ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่

นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF MOTIVATION PROMOTING PROGRAM ON SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR IN ASTHMATIC ADULT PATIENT

Miss Jirasuda Tareram

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่
โดย	นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ้งนภา ผาณิตรัตน์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จิรสุดา ทะเรรัมย์ : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ (THE EFFECT OF MOTIVATION PROMOTING PROGRAM ON SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR IN ASTHMATIC ADULT PATIENT) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 255 หน้า.

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 - 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ คัดเลือกกลุมตัวอย่างตามคุณสมัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ และระดับการควบคุมโรคหืด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม มีค่าความตรงตามเนื้อหาทุกตัวเท่ากับ 1.0 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76, .83, .93, .85 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2560 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

5877182436 : MAJOR NURSING SCIENCE
KEYWORDS: ASTHMA / MOTIVATION PROMOTING PROGRAM / SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR

JIRASUDA TARERAM: THE EFFECT OF MOTIVATION PROMOTING PROGRAM ON SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR IN ASTHMATIC ADULT PATIENT. ADVISOR: ASST. PROF.NORALUK UA-KIT, Ph.D., 255 pp.

This quasi-experimental research aimed to study the effects of motivation promoting program on self-management behavior in asthmatic adult patient. Patients both males and females aged 18 - 59 years were enrolled from the asthma clinic, Surin hospital. The participants were assigned to the experimental and control group (22 for each group). Two groups were matched by gender, ages and the levels of asthma control. The control group recevied a usual care while the experimental group received the motivation promoting program.The program was conducted for 4 weeks. Data were collected using demographic information sheet, questionnaires of self-management behavior, questionnaires of perceived severity of asthma, questionnaires of perceived susceptibility, questionnaires of outcome expectation and questionnaires of perceived self-efficacy. The content validity index of these questionnaires all were 1.0. Their Crobach's alpha coefficients were .76, .83, .93, .85, and .90, respectively. Independent and dependent t-test were used to analyze data.

The results revealed that:

1. The mean score of self-management behavior in asthmatic adult patients after receiving with the motivation promoting program was significantly higher than before receiving to the program at the significance level of .05

2. The mean score of self-management behavior in asthmatic adult patients after raceiving with the motivation promoting program in the experimental group was significantly higher than in the control group at the significance level of .05.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Field of Study: Nursing Science Student's Signature .....

Academic Year: 2017 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ ตลอดจนการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ้งนภา ผาณิตรัตน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ภายนอกคณะฯ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะซึ่งเป็นประโยชน์ในการวิทยานิพนธ์ ช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้เหมาะสมกับงานวิจัยมากยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ รวมทั้งหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล แพทย์ พยาบาลเภสัชกร เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคหืด ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยด้วยดีเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ให้ความเมตตากรุณา ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดจนประสบการณ์ต่างๆ ที่มีคุณค่า รวมถึงเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ช่วยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาล อาจารย์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่กรุณาให้การสนับสนุนด้านทุนการศึกษา ด้านระยะเวลาในการศึกษา และความช่วยเหลือเกื้อกูลต่างๆ ตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณผู้ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จในครั้งนี้ บิดา-มารดา พี่น้อง และสามีอันเป็นที่รักยิ่งของผู้วิจัย ที่คอยเป็นแรงผลักดัน คอยดูแลเอาใจใส่ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และคอยอยู่เคียงข้างผู้วิจัยเสมอมา รวมถึงการสนับสนุนที่เป็นอย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาการศึกษา จนทำให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ
กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ
สารบัญ ..... ช
สารบัญตาราง ..... ฌ
สารบัญภาพ ..... ฐ
บทที่ 1 บทนำ 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
คำถามการวิจัย 7
วัตถุประสงค์การวิจัย 7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย 7
สมมติฐานการวิจัย 10
ขอบเขตการวิจัย 11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 11
ประโยชน์ที่ได้รับ 12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 13
1. ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ (Asthmatic adult patient) 14
2. พฤติกรรมการจัดการตนเอง (Self-management behavior) 36
3. ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) 52
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 56
5. กรอบแนวคิดการวิจัย 64
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย 65

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 65
เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria) 65
เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) 66
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 66
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 69
การเก็บรวบรวมข้อมูล 82
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง 87
การวิเคราะห์ข้อมูล 88
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 90
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 99
รายการอ้างอิง 111
ภาคผนวก 125
ภาคผนวก ก ประกาศอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ของผู้วิจัย 126
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 128
ภาคผนวก ค หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ 130
ภาคผนวก ง หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย หนังสือตอบรับและอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย 134
ภาคผนวก จ หนังสือขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 142
ภาคผนวก ฉ ประกาศนียบัตรการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน เอกสารรับรองโครงการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 145
ภาคผนวก ช ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 148
ภาคผนวก ซ ตารางวิเคราะห์ข้อมูล (เพิ่มเติม) 216
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 255

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืด ตามลักษณะอาการ (Classification of asthma severity by clinical features) 24

ตารางที่ 2 การประเมินระดับการควบคุมโรคหืด (The levels of asthma control) 26

ตารางที่ 3 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (Matched-Pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านเพศ อายุ และระดับการควบคุมโรคหืด 68

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่เป็นโรคหืด โรคประจำตัว/โรคร่วมอื่นที่นอกจากโรคหืด การใช้ยาพ่น และระดับการควบคุมโรคหืด ดังตาราง 91

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลองเป็นรายบุคคล 95

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ($n_1=n_2=22$) 97

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$) 98

ตารางที่ 8 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ 217

ตารางที่ 9 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด 220

ตารางที่ 10 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด 221

ตารางที่ 11 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด 222

ตารางที่ 12 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด 224

หน้า

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง 226

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง 230

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลองเป็นรายบุคคล 234

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลองเป็นรายบุคคล 235

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลองเป็นรายบุคคล 236

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการการป้องกันโรคหืด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลองเป็นรายบุคคล 237

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง 238

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง 239

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง 240

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง 241

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง 242

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง 244

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง 246

ตารางที่ 26 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง 248

ตารางที่ 27 การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 250

ตารางที่ 28 การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 250

ตารางที่ 29 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$) 251

ตารางที่ 30 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$) 252

ตารางที่ 31 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$) 253

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

ตารางที่ 32 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$) 254

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการรู้คิด และด้านสรีรวิทยา... 42

ภาพที่ 2 แบบจำลองทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) 53

ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย..... 64

ภาพที่ 4 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย..... 89

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย องค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลก 300 ล้านคน ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ภายใน 15 ปีที่ผ่านมา (Morrison et al., 2014; สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551) และในสหรัฐอเมริกายังพบว่าโรคหืดเป็นสาเหตุสำคัญลำดับที่ 3 ในการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (Bennett, Rowe, & Katz, 1998) และพบการเสียชีวิตจากโรคนี้ 255,000 คน มีการคาดการณ์ว่าในปี 2568 ผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 400 ล้านคน (สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2551) ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหืดประมาณ 3 ล้านคน พบความชุกร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2559) อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 20 - 44 ปี (นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย, 2556) และพบอุบัติการณ์ร้อยละ 6.92 (Boonsawat et al., 2002) ผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการหอบรุนแรงต้องรักษาที่ห้องฉุกเฉินไม่ต่ำกว่าปีละ 1 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 5 ของผู้ป่วยโรคหืดจะเสียชีวิตจากอาการของโรค (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2555) และพบข้อมูลการรักษาเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2551, 2552 และ 2553 คือ 113,530, 114,814 และ 119,058 คน คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 179.60, 180.93 และ 186.90 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558)

โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมร่วมกับมีภาวะหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น ที่เป็นผลมาจากปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งการอักเสบของหลอดลมที่เกิดขึ้นนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา จากการที่หลอดลมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้ สิ่งแวดล้อมและสิ่งกระตุ้นต่างๆ มากกว่าคนปกติ ทำให้หลอดลมมีการระคายเคือง (World Health Organization [WHO], 2016a; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2553) ขณะมีอาการของโรคจะทำให้หลอดลมเกิดการหดเกร็ง มีเสมหะอุดตัน ทำให้ลมผ่านหลอดลมลำบาก มีการหลั่งของน้ำทำให้ผนังหลอดลมบวม และมีการหนาตัวของผนังหลอดลมทำให้หลอดลมตีบเรื้อรัง จากกลไกดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการหายใจตื้นหรือหายใจสั้น แน่นหน้าอก ไอ หายใจเสียงดัง และเกิดอาการหอบมากขึ้น (วิทยา ศรีมาดา, 2550) หากผู้ป่วยรายใดไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง การอักเสบเรื้อรังของหลอดลมนี้อาจนำไปสู่การเกิดพังผืดและหนาตัวอย่างมากของผนังหลอดลมที่เรียกว่า Airway remodeling เกิดขึ้น ซึ่งมีผลทำให้มีการอุดกั้นของหลอดลมอย่างถาวร (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2549) และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (ปราณี ทู้ไพเราะ, 2554; ปิติกานต์ บูรณาภาพ, 2554) จากอาการไอ

หายใจมีเสียงวี้ดที่เกิดขึ้น จนทำให้เกิดภาวะหายใจลำบาก ผู้ป่วยบางรายจัดการกับอาการได้ แต่ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถจัดการกับอาการเหล่านี้ได้ จนนำไปสู่ภาวะหายใจหอบรุนแรงเฉียบพลัน (Acute exacerbation) ได้ ต้องเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปี บางรายเกิดภาวะหายใจล้มเหลวและเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งเป็นผลจากการขาดการจัดการตนเองในการป้องกันและควบคุมโรค (Haldar & Pavord, 2012)

โรคหืดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (Wilson et al., 2012) ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี้ด แน่นหน้าอก ไอ และมีเสมหะ (นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย, 2556; ปารยะ อาศนะเสน, 2556; ยุบล สุขสอาด, 2541) ระบบต่างๆ ของร่างกายเสียสมดุล การทำหน้าที่ของปอดลดลง (กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ, 2549) อาการหอบหืดรบกวนการนอนหลับ ทำให้คุณภาพการนอนหลับต่ำลง (Fitzpatrick et al., 1991; Greenberg & Cohen, 2012; Huang, 2007) และทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ตามปกติ (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2549) 2) ด้านจิตใจ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าและความภูมิใจในตนเองลดลง (สุมาลี เกียรติบุญศรี, 2547) เบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดกำลังใจ (นิราวดี พัชนี, 2557) วิตกกังวล (Deshmukh et al., 2007; Wang et al., 2011) ซึมเศร้า (Kumar et al., 2013; Wang et al., 2011; นุชรีย์ แสงสว่าง และ บุศรา แสงสว่าง, 2558) และมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (Kullowatz et al., 2007) 3) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยสูญเสียรายได้จากการขาดงาน (Boonsawat et al., 2004; Ward, Javitz, Smith, & Whan, 2002) และก่อให้เกิดการสูญเสีย สิ้นเปลืองทั้งผู้ป่วยและรัฐบาล (Jansson, 2007) และ 4) ด้านสังคม การเจ็บป่วยทำให้การเข้าสังคมเปลี่ยนแปลงไป การมีส่วนร่วมในสังคมลดลง (Bruzzese, Fisher, Lemp, & Warner, 2009) มีข้อจำกัดทางสังคม (Huang, 2007) และแยกตัวออกจากสังคม (Di Marco et al., 2010) จากผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับตนเองได้อย่างเหมาะสม ขาดทักษะในการจัดการตนเอง (วิยดา สุวรรณชาติ และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2559) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบซ้ำ และไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ (Lahdensuo, 1999)

แนวทางการรักษาโรคหืดเพื่อที่จะทำให้การรักษาได้ผลดีขึ้นและมีมาตรฐานเดียวกัน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ร่วมกับ National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) ของประเทศสหรัฐอเมริกา จึงได้ร่วมกันเขียนแนวทางการรักษาโรคหืดขึ้น เรียกว่า Global Initiative for Asthma (GINA) ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างมากเพราะมีหลายประเทศที่ได้นำเอา GINA guidelines ประยุกต์ในการทำแนวทางการรักษาโรคหืดของตนเองรวมทั้งประเทศไทยด้วย แนวทางการรักษาโรคหืดได้มีการปรับปรุงใหม่ล่าสุดในปี ค.ศ. 2012 ทำให้แนวทางการรักษาฉบับนี้ได้รับการยอมรับมากที่สุด กล่าวคือ โรคหืดเป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การที่จะควบคุมโรคหืดเพื่อบรรลุเป้าหมายของการรักษานั้น จะต้องมีการให้ความรู้เรื่องโรคหืดแก่ผู้ป่วยและ

ญาติ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา การแนะนำวิธีหลีกเลี่ยงหรือขจัดสิ่งต่างๆ ที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้และอาการหอบอย่างเป็นรูปธรรม คือสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง การประเมินอาการความรุนแรงของโรคหืด และผู้ป่วยสามารถประเมินอาการของตนเองได้ ประเมินผลการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยและผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคหืดได้ด้วยตนเอง การจัดแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน เช่น การฝึกทักษะการบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง ทักษะการบริหารการหายใจ และการจัดระบบการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ (Global Initiative for Asthma [GINA], 2017; สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2555)

จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 21.7 ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบรุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้งในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา และร้อยละ 14.8 ต้องเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาล (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2556) สาเหตุสำคัญคือผู้ป่วยส่วนมากไม่ได้รับการรักษาตามที่แนวทางการรักษาโรคหืดได้ให้คำแนะนำไว้ จากการสำรวจโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่ต้องมารักษาที่ห้องฉุกเฉินจากอาการหอบเฉียบพลัน เนื่องจากผู้ป่วยยังขาดทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค ได้แก่ ขาดการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ ร้อยละ 31 ไม่สามารถจัดการกับอาการเมื่อเกิดอาการหอบ ร้อยละ 28 และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มสมรรถภาพปอด ร้อยละ 41 (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551) และพบว่าผู้ป่วยโรคหืดไม่ต่ำกว่า 1 ล้านคน ต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหอบเฉียบพลัน และผู้ป่วยโรคหืดเพียงร้อยละ 6.7 เท่านั้น ที่มีการใช้ยารักษาอย่างต่อเนื่อง (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2555) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าการรักษาในประเทศไทยจะมีการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย (Easy asthma clinic) แต่ผู้ป่วยโรคหืดยังขาดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมในการควบคุมโรคหืด และจากการสำรวจผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดสามารถควบคุมอาการของโรคได้สมบูรณ์เพียงร้อยละ 2.9 เท่านั้น ส่วนมากร้อยละ 62.4 จะควบคุมได้บางส่วน และอีกร้อยละ 34.7 ไม่สามารถควบคุมโรคได้ และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลฉุกเฉินบ่อยกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ แสดงให้เห็นว่าแม้ว่าความรู้ความเข้าใจของโรคหืดในปัจจุบันจะดีมาก แต่ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่ยังคงทุกข์ทรมานกับโรค (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2556)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง (Self-management behavior) ตามแนวคิดของ Tobin และคณะ (1986) หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพหรือป้องกันการเกิดโรคด้วยตนเองโดยมีความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ มีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรม (Behavioral) เป็นการกระทำด้วยตนเองของบุคคลนั้นๆ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ก่อให้เกิดประสบการณ์ความชำนาญ เพื่อสร้างความสามารถของตนเอง และส่งผลต่อกระบวนการของโรค 2) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental) จะก่อให้เกิดการจัดการตนเองตาม

เป้าหมาย โดยเกิดความพึงพอใจตามความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งแวดล้อมจะบอกถึงลำดับของการตอบสนองตามลำดับ บอกถึงกระบวนการรับรู้ซึ่งสามารถจัดลำดับการตอบสนองได้และมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางสรีรวิทยาโดยตรง 3) ด้านการรู้คิด (Cognitive) มีบทบาทสำคัญในทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมในรูปแบบของการจัดการตนเอง ซึ่งส่วนประกอบของการรับรู้จะมีเป้าหมาย ทั้งทางด้านทักษะความคาดหวัง จะมีอิทธิพลต่อสมรรถนะแห่งตน การรับรู้สามารถก่อให้เกิดการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดตามกระบวนการทางกายภาพ และควบคุมกระบวนการทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และ 4) ด้านสรีรวิทยา (Physiological) เป็นองค์ประกอบด้านกายภาพของบุคคลซึ่งมีผลต่อกระบวนการเกิดโรค พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค สิ่งเหล่านี้ทำให้กระบวนการของโรคร้ายแรงขึ้น อาจเป็นผลมาจากการรับรู้และอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งการจัดการตนเองของผู้ป่วยในแต่ละโรคก็มีแนวทางในการจัดการตนเองที่แตกต่างกันไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดตามแนวคิดของ Tobin และคณะ (1986) ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรม เกิดจากการใช้ยาพ่นด้วยตนเองไม่ถูกต้อง (Williams et al., 2004) และการบริหารการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ (นิราวดี พัชนี, 2557) 2) ด้านสิ่งแวดล้อม เกิดจากผู้ป่วยไม่รู้ถึงสิ่งกระตุ้นและไม่สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นรอบตัวที่ทำให้เกิดอาการหอบหืดกำเริบได้ (Kavut & Kalpaklioglu, 2010; วิยดา สุวรรณชาติ และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2559) 3) ด้านการรู้คิด เกิดจากผู้ป่วยขาดการรับรู้และการสังเกตอาการเตือนที่จะนำไปสู่อาการหอบกำเริบและอาการจับหืด ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองเมื่อมีอาการหอบเกิดขึ้นได้ และขาดการมารับยารักษาอย่างต่อเนื่อง (อรนุช เรืองขจร และ วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล, 2554) และ 4) ด้านสรีรวิทยา เกิดจากการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดไม่มีประสิทธิภาพ (Martin et al., 2009) และการออกกำลังกายที่ยังไม่เหมาะสม (เนติญา พารพ, 2557) จากพฤติกรรมการจัดการตนเองดังกล่าวจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดไม่สามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการหอบกำเริบเฉียบพลันหรืออาการจับหืดเฉียบพลัน จากการศึกษาของ อรนุช เรืองขจร และวราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล (2554) พบว่าผู้ป่วยโรคหืดจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีต้องมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี และพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการควบคุมอาการของโรคและการป้องกันอาการไม่ให้รุนแรงมากขึ้นด้วย (Andrew, Jones & Massesseval, 2002) หากผู้ป่วยโรคหืดไม่เห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี จะส่งผลทำให้การควบคุมโรคหืดไม่ดีตามมา (Eakin & Rand, 2012)

โรคหืดจะสามารถควบคุมโรคได้ ผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี และผู้ที่จะสามารถจัดการตนเองได้ดีที่สุด คือ ตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งแพทย์และพยาบาลเป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติเท่านั้น ผู้ป่วยโรคหืดต้องนำคำแนะนำต่างๆ ที่ได้รับไปปฏิบัติเองและปรับตัวให้เหมาะสม

กับตนเองในสถานการณ์ต่างๆ จากการศึกษาของ Laforest et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดไม่สามารถจัดการตนเองได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มั่นใจในการพ่นยาด้วยตนเอง ทำให้เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันต้องรับการพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 20 และไม่มั่นใจในการออกกำลังกาย ร้อยละ 15 – 20 จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหืดยังขาดความมั่นใจในการจัดการตนเองที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ เพศ ซึ่งเพศที่ต่างกันส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ต่างกัน สุชาพร ทิพย์สีนวล และคณะ (2547) ศึกษาพบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ($\beta = .26$, $p < .01$) อายุ ผู้ที่มีอายุมากกว่าเกิดการเสื่อมของปอดมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการตนเองลดลง (วิยดา สุวรรณชาติ และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2559) ระดับการควบคุมโรค ผู้ป่วยที่มีระดับการควบคุมโรคได้ดี มีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการควบคุมโรคได้บางส่วนหรือควบคุมไม่ได้ (อรรถการ นาคำ, 2551) ระดับการศึกษา บุคคลที่มีการศึกษาจะทำให้บุคคลมีความรู้ มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา คิดมีเหตุมีผล สามารถเลือกตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองที่ดี นุสรา มณีโชติสกุลวงศ์ (2552) ศึกษาพบว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสใฝ่หาความรู้ ในการจัดการตนเองดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค เมื่อบุคคลที่มีการรับรู้ความรุนแรงและรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคอยู่ในระดับมาก ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เพิ่มมากขึ้น เมื่อบุคคลเห็นความสำคัญในการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการจัดการตนเองต่ออาการหอบกำเริบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม (ทัชชภร หมื่นนิพัฒ, 2555; วรินธร ดำรงรัตน์นุวงศ์, 2548) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลและสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น (บังอร ปีประทุม, 2548; วิยดา สุวรรณชาติ และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2559) ณรงค์กร ชัยวงศ์ (2557) ศึกษาพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .70$, $p < .01$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ($\beta = .55$, $p < .01$) การสนับสนุนทางสังคม เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยสนับสนุนและเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการแสดงพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม สินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .502$, $p < .01$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ($\beta = .26$, $p < .05$) ณรงค์กร ชัยวงศ์ (2557) ศึกษาพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .61$, $p < .01$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ($\beta = .21$, $p < .01$)

จากการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเอง มีดังนี้ วิยดา สุวรรณชาติ และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อรนุช เรืองขจร และ วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล (2554) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ติดตามผลสัปดาห์ที่ 16 และ 20 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ วันวิสาข์ โลหะสาร (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อความรู้เรื่องโรคและทักษะการจัดการตนเอง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดโดยรวมเพิ่มขึ้นและมีทักษะการจัดการตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง จากการศึกษาข้างต้นใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 4 - 12 สัปดาห์

แม้ว่าจะมีงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด แต่จากสถิติที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญและความตระหนักต่อการจัดการตนเองในการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน และยังไม่มั่นใจในสัญญาณเตือนของการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ทำให้การประเมินอาการหอบกำเริบเฉียบพลันต่ำกว่าความเป็นจริง (อัมรา ศิริทองสุข, 2559) ซึ่งการรักษาในปัจจุบันมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและสามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้

จากการศึกษาพบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ปัจจัยดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล (Bandura, 1977) อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ จึงต้องมีการนำการเสริมสร้างแรงจูงใจมาเป็นตัวขับเคลื่อนให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ซึ่งการเสริมสร้างแรงจูงใจจะเกิดขึ้นได้นั้นต้องเกิดจากการประเมินกระบวนการรับรู้ในเรื่องการประเมินอันตรายต่อสุขภาพและการประเมินการเผชิญปัญหา ที่สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพได้ การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดความกลัว จากการรับรู้ 4 ด้าน คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมี

กระบวนการคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Tobin และคณะ (1986) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรม (Behavioral) 2) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental) 3) ด้านการรู้คิด (Cognitive) และ 4) ด้านสรีรวิทยา (Physiological) มาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ดังนี้

1) ด้านพฤติกรรม (Behavioral) เมื่อผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในเรื่องการบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบซ้ำได้ด้วยตนเองที่เหมาะสม (Fregonezi, Resqueti, & Rous, 2004; Kellett & Mullan, 2002) จะช่วยให้ระบบทางเดินหายใจ ปอด และกระบังลม มีความแข็งแรง และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental) ที่มีผลต่อผู้ป่วยโรคหืดทั้งร่างกายและจิตใจคือการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดรอบข้างของผู้ป่วย รวมทั้งจากบุคลากรทีมสุขภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในการบริหารยาขยายหลอดลม การบริหารการหายใจ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบกำเริบซ้ำ เช่น หลีกเลี่ยงการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงมลพิษต่างๆ ควันบุหรี่ ควันไฟ ฝุ่นละอองต่างๆ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่แออัด อากาศร้อนหรืออากาศเย็นจัด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ และอาการกำเริบเฉียบพลัน เช่น มีอาการเหนื่อยมากขึ้น ไอมีเสมหะมากขึ้น หายใจหอบมากขึ้น ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์ทันที (Smith et al., 2007; สุชาพร ทิพย์สีนวล, 2547) และการสนับสนุนทางสังคมยังเป็นแรงกระตุ้น ส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้เหมาะสม ทั้งนี้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต้องได้รับความร่วมมือ ความเอาใจใส่ และการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องอีกด้วย หากผู้ป่วยมีจิตใจท้อแท้ สิ้นหวัง จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมได้

3) ด้านการรู้คิด (Cognitive) ผู้ป่วยโรคหืดจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหืดมีผลกระทบต่อร่างกายตนเองและมีความเสี่ยงที่จะมีความรุนแรงของโรคมากขึ้นจากการเจ็บป่วย การที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงลักษณะอาการ และอาการแสดงของโรคหืด ทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงการดูแลตนเองมากขึ้น โดยการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม เช่น การใช้ยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัด ไม่ไปซื้อยารับประทานเอง และการประเมินอาการ อาการแสดงของการเกิดโรคหืด โดยการสังเกตตนเองว่ามีอาการหอบ แน่นหน้าอกเวลาใด และการรับรู้ถึงการมารับยาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาและการพ่นยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด (Martin et al., 2009; ชมนาด วรรณพรศิริ และ วราภรณ์ สัตยวงค์, 2551) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม จะทำให้อาการกำเริบรุนแรง จนอาจเกิดอันตรายแก่ชีวิตได้ ผู้ป่วยก็จะมีพัฒนาการในการจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น

4) ด้านสรีรวิทยา (Physiological) จากความแตกต่างด้านเพศ ทั้งด้านโครงสร้างร่างกาย ความคิด บทบาทหน้าที่ จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่แตกต่างกัน ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ในเรื่องการบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคให้สงบลงได้ ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้ดีขึ้น (Martin et al., 2009)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดทั้งสิ้น ผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องมีการกำกับปัจจัยทั้ง 4 ด้านให้ครอบคลุม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดให้เหมาะสม

โรคหืดเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอ ต้องใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นตัวช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคหืดจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่าง

เหมาะสม จึงต้องมีกระบวนการรับรู้ในการขับเคลื่อนพฤติกรรม คือ การเสริมสร้างแรงจูงใจตามทฤษฎีของ Rogers (1983) ที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดการรับรู้เกิดอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง ผู้ป่วยมีความกลัวเกิดขึ้น สามารถหาวิธีทางป้องกันจากความกลัวที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้เหมาะสม เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคตามมา นำไปสู่การมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมตามมา

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) ซึ่งกล่าวว่าการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลจะเป็นตัวเชื่อมโยงที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อธิบายตามองค์ประกอบของการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยมีการประเมินกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อใช้ในการวางแผนให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองให้ดีขึ้น โดยคำนึงถึงการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดังนี้

1) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของตนเองถึงความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ ทัชชภร หมื่นนิพัฒ (2555) ศึกษาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหืดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48$, $p < .01$)

2) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น ทัชชภร หมื่นนิพัฒ (2555) ศึกษาพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหืดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .19$, $p < .01$)

3) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Outcome expectation) เป็นความเชื่อที่บุคคลประเมินว่าพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้ ณฏฐพงษ์ พิมพ์โคตร และคณะ (2556) ศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคหืดมากที่สุด ในเรื่องการรับประทานยาและการพ่นยาตามแพทย์สั่ง จะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น และการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาจะช่วยให้ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง

4) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นการตัดสินความสามารถของบุคคลที่สามารถทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จ บังอร ปีประทุม (2548) ศึกษาพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .65$, $p < .01$)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) ในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากการเสริมสร้างแรงจูงใจจะเป็นตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด และยังสามารถเป็นตัวขับเคลื่อนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) พบว่ามีการนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ บุญชู เหลิมทอง (2554) ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กองทัพอากาศ ติดตามวัดผลลัพธ์สัปดาห์ที่ 4 และ 8 พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยแต่ละด้านสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ศศิธร กรุณา (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ จากการศึกษาใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 8 - 12 สัปดาห์ ซึ่งการศึกษาข้างต้นเป็นการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีการประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) มาใช้ ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคเรื้อรังที่แตกต่างกัน แต่โรคเรื้อรังดังกล่าวเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมทั้งสิ้น ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง จึงจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจตามทฤษฎีของ Rogers (1983) โดยเชื่อว่าหากผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่มีการรับรู้การประเมินอันตราย และการรับรู้การเผชิญปัญหาแล้วนั้น ผู้ป่วยโรคหืดจะรับรู้ถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว และต้องการหาวิธีป้องกันจากความกลัวที่เกิดขึ้น จึงมีผลต่อการตั้งความคาดหวังและความสามารถของตนเองเพื่อที่จะปฏิบัติตนให้เหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้น ทำให้เกิดการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองตามมา ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่มีแรงจูงใจในการจัดการตนเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมตามมา โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหืด ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติดูแลรักษาสุขภาพและการป้องกันโรคด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ เพื่อไม่ให้เกิดอาการอาการกำเริบรุนแรง ภายในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยพฤติกรรม 4 ด้าน ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) ดังนี้ 1) ด้านพฤติกรรม 2) ด้านสิ่งแวดล้อม 3) ด้านการรู้คิด และ 4) ด้านสรีรวิทยา ซึ่งประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ของ วิยดา สุวรรณชาติ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2559) ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ หมายถึง รูปแบบกิจกรรมทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดกระทำขึ้นอย่างมีแบบแผน ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดการรับรู้ 4 ด้าน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองให้ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ โดยมีการให้ความรู้และการเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีกิจกรรม ดังนี้

1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด มีกิจกรรม ดังนี้ ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอันตรายจากโรคหืดด้วยตนเอง ให้ความรู้เรื่องโรคหืด มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากโรคหืดที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคหืดที่เกิดขึ้น และมอบสื่อคู่มือ

2) การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด มีกิจกรรม ดังนี้ ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองในการป้องกันโรคหืด มีการสาธิตวิธีการบริหารยาขยายหลอดลม วิธีการ

บริหารการหายใจ และวิธีการออกกำลังกายบริหารปอดที่ถูกต้อง และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะ รวมทั้งมีการกันตั้งเป้าหมายในการป้องกันโรคหืด เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก กระตุ้นอารมณ์ทางบวก ชื่นชมให้กำลังใจ และกระตุ้นติดตามการป้องกันโรคหืดโดยวิธีการโทรศัพท์

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคหืดได้รับจากพยาบาลประจำคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งเป็นรูปแบบการพูดคุย ให้ความรู้ทั่วๆ ไป ในเรื่องโรคหืด และเรื่องการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคหืด รวมถึงการตอบคำถาม อธิบายข้อสงสัย หรือปัญหาตามที่ผู้ป่วยต้องการ โดยไม่เฉพาะเจาะจงในรายละเอียด

ประโยชน์ที่ได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลนำไปพัฒนาใช้ในผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และลดการกลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยสรุปสาระสำคัญและนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่
    - 1.1 สถานการณ์โรคหืดในปัจจุบัน
    - 1.2 ความหมายของโรคหืด
    - 1.3 สาเหตุของการเกิดโรคหืด
    - 1.4 พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรคหืด
    - 1.5 อาการและอาการแสดงของโรคหืด
    - 1.6 การวินิจฉัยโรคหืด
    - 1.7 การประเมินผู้ป่วยโรคหืด
    - 1.8 ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคหืด
    - 1.9 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด
2. พฤติกรรมการจัดการตนเอง
    - 2.1 แนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเอง
    - 2.2 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด
    - 2.3 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด
    - 2.4 การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด
3. ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
    - 4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่
    - 4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง
    - 4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ (Asthmatic adult patient)

1.1 สถานการณ์โรคหืดในปัจจุบัน (Current asthma)

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก เกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย องค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลก 300 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้น 2 เท่า ภายใน 15 ปี (Morrison et al., 2014; สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551) และในสหรัฐอเมริกายังพบว่าโรคหืดเป็นสาเหตุลำดับที่ 3 ในการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (Bennett et al., 1998) และพบการเสียชีวิตจากโรคนี้ 255,000 คน คาดการณ์ว่าในปี 2568 ผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 400 ล้านคน (สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2551) ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหืดประมาณ 3 ล้านคน พบความชุกร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2559) อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 20 - 44 ปี (นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย, 2556) และพบอุบัติการณ์ร้อยละ 6.92 (Boonsawat et al., 2002) ผู้ป่วยที่มีอาการหอบรุนแรงต้องรักษาที่ห้องฉุกเฉินไม่ต่ำกว่าปีละ 1 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 5 ของผู้ป่วยโรคหืดจะเสียชีวิตจากอาการของโรค (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2555) และพบข้อมูลการรักษาเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2551, 2552 และ 2553 คือ 113,530, 114,814 และ 119,058 คน คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 179.60, 180.93 และ 186.90 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558)

1.2 ความหมายของโรคหืด (Definition of asthma)

มีผู้ให้ความหมายของโรคหืดไว้หลากหลาย สามารถสรุปความหมายได้ ดังนี้

วัชรา บุญสวัสดิ์ (2550) ให้ความหมายว่าโรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นหลอดลมจะหดตัวตีบลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอ หอบเหนื่อย และหายใจมีเสียงวี้ด ซึ่งอาการเหล่านี้จะดีขึ้นเองหรือโดยการรักษา

กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ (2554) ให้ความหมายว่าเป็นโรคของหลอดลมที่มีการตีบแคบ ซึ่งเป็นผลจากการอักเสบเรื้อรังร่วมกับกล้ามเนื้อเรียบรอบหลอดลมหดตัวง่ายกว่าปกติ เมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเย็นหรือตามหลังการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน

ปราณี ทู้ไพเราะ (2554) ให้ความหมายว่าเป็นภาวะที่มีการอุดตันของหลอดลมเนื่องจากการอักเสบของหลอดลมแบบเรื้อรัง ทำให้มีการหดเกร็งตีบแคบของหลอดลม และมีการหลั่งเมือกออกมาในหลอดลมเป็นจำนวนมากจากการแพ้

นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย (2556) ให้ความหมายว่าโรคหืดเป็นโรคซึ่งเกิดจากการอักเสบของหลอดลม และพบมีภาวะหลอดลมไวเกิน (airway hyperresponsiveness, AHR) ต่อสิ่งกระตุ้นหรือสารก่อภูมิแพ้ร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการหายใจดังวี้ด หายใจลำบาก แน่นหน้าอก และไอ

สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย (2559) ให้ความหมายว่าโรคหืดเป็นโรคที่มีอาการหลากหลาย มีลักษณะการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ผู้ป่วยมีประวัติอาการทางเดินหายใจ ได้แก่ หายใจเสียงวี้ด หอบเหนื่อย แน่นหน้าอกและอาการไอ โดยอาการผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงได้หลายรูปแบบ ในด้านเวลาการดำเนินโรคและระดับความรุนแรงร่วมกับการตรวจพบการแปรปรวนของการอุดกั้นการไหลของลมในช่วงขาออกและอาการอาจกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำๆ ได้

World Health Organization: WHO (2016a) ให้ความหมายว่าโรคหอบหืดเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้ทุกวัย แต่มักจะเกิดขึ้นในวัยเด็ก มีลักษณะเฉพาะโดยมีการกำเริบของการหายใจลำบากและการหายใจมีเสียงวี้ด สภาวะนี้เกิดจากการอักเสบของระบบทางเดินหายใจในปอดและมีผลกระทบต่อความไวของหลอดลมจากการระคายเคือง เป็นสาเหตุทำให้เยื่อบุทางเดินหายใจบวม ส่งผลต่อการเกิดการตีบแคบและลดการไหลเวียนอากาศเข้าออกจากปอดน้อยลง

ดังนั้นจึงสรุปความหมายของโรคหืดได้ว่า โรคหืดเป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้หลอดลมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าคนปกติ ทำให้หลอดลมมีการหดเกร็งและตีบแคบ ผู้ป่วยมีอาการไอ หอบเหนื่อย หายใจไม่สะดวก หายใจมีเสียงวี้ด และแน่นหน้าอก

1.3 สาเหตุของการเกิดโรคหืด (Cause of asthma)

สาเหตุของการเกิดโรคหืดยังไม่เป็นที่แน่ชัด แต่พบว่าการเกิดโรคหืดนั้นเกิดขึ้นมาจากหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม (World Health Organization [WHO], 2016b) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยกระตุ้นที่บ่งชี้ว่าเป็นสาเหตุให้เกิดอาการจับหืดหรือมีอาการโรคหืดที่รุนแรงขึ้น จำแนกได้ 2 ปัจจัย (อรรถการ นาคำ, 2551) ดังนี้

1.3.1 ปัจจัยจากตัวบุคคลหรือผู้ป่วย (Host factors)

1) พันธุกรรม (Genetics) โรคหืดเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (heritable disease) มีหลายการศึกษายืนยันถึงทารกฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มีอัตราการเกิดโรคหืดสูงกว่าฝาแฝดจากไข่คนละใบ (อรรถการ นาคำ, 2551) ปัจจัยทางพันธุกรรมจึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคหืด โดยมีการตอบสนองของ Immunoglobulin (IgE) มากกว่าคนปกติ โดยความผิดปกตินี้ถ่ายทอดแบบยีนด้อย (Autosomal recessive) (กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ, 2552; ภาสกร ศรีทิพย์สุโข, 2544) นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ เกิดมาจากครอบครัวที่มีพ่อ แม่ หรือญาติใกล้ชิดเป็นโรคหืด หรือโรคภูมิแพ้ชนิดใดชนิดหนึ่ง มีโอกาสที่จะเป็นโรคหืดสูงกว่าบุคคลที่

เกิดในครอบครัวที่ไม่เป็นโรคภูมิแพ้หรือโรคหืด (วิทยา ศรีมาดา, 2550)

2) ภาวะการตอบสนองที่ไวเกินของทางเดินอากาศหายใจ (Airway hyperresponsiveness) การตอบสนองของหลอดลมที่ไวเกินต่อสารก่อภูมิแพ้เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะหลอดลมตีบแคบและจับหืดอย่างเฉียบพลัน ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับ IgE ในซีรัมและกระบวนการอักเสบของหลอดลมที่เกิดขึ้น (อรรถการ นาคำ, 2551)

3) เพศ (Gender) และอายุ (Age) ในช่วงวัยเด็กมีความชุกของโรคหืดในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง เพราะเพศชายลักษณะทางเดินอากาศหายใจแคบกว่า แรงบีบตัวของหลอดลม และระดับ IgE สูงกว่าเพศหญิง ในช่วงวัยรุ่นพบความชุกของโรคหืดได้เท่าๆ กัน ทั้งเพศชายและเพศหญิง และเมื่อเข้าสู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่จะพบความชุกของโรคหืดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (National Hearth Lung and Blood Institute [NHLBI], 2007; อรรถการ นาคำ, 2551)

4) เชื้อชาติ (Ethnic) พบอุบัติการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละเชื้อชาติ ส่วนใหญ่คนผิวดำมีอุบัติการณ์มากกว่าคนผิวขาว แต่อย่างไรก็ตามแม้เชื้อชาติที่ต่างกันมาอยู่ในสภาพแวดล้อมเดียวกัน มีโอกาสสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ที่สามารถทำให้เกิดโรคได้เช่นเดียวกันกับคนในท้องถิ่น (American Lung Association, 2012; อรรถการ นาคำ, 2551)

5) ความอ้วน (Obesity) ผู้ที่มีน้ำหนักหรือรูปร่างที่อ้วนมากเกินไปเสี่ยงต่อการเกิดโรคหืดได้มากกว่าผู้ที่น้ำหนักหรือรูปร่างปกติ (อรรถการ นาคำ, 2551)

6) ภาวะภูมิแพ้ (Atopy) เป็นภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้ (Allergen) โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะนี้จะมีระดับของ Allergen-specific IgE ในเลือดสูงผิดปกติตามหลังการก่อภูมิแพ้ (Allergen sensitization) และการทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนัง (Skin prick test) ให้ผลบวกต่อสารก่อภูมิแพ้ (Common allergens) ภาวะภูมิแพ้จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหลอดลมไวเกิน และการก่อภูมิแพ้อาจส่งเสริมให้เกิดโรคหืด (กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ, 2552) ภาวะภูมิแพ้ที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมโรคหืดได้ไม่ดี (Greener, 2010)

7) การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ (Extreme emotional expression) สภาพจิตใจที่ผิดปกติ เช่น เครียด กลัว วิตกกังวล โกรธ หงุดหงิด เสียใจ ตื่นเต้น หัวเราะ ร้องไห้ เป็นต้น หรือบางครั้งเกิดจากการกระตุ้นด้วยอาการเจ็บปวดรุนแรง เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น พบว่าผู้ป่วยมีการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอกแทนกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ซึ่งทำให้การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เหล่านี้ ทำให้เกิดอาการหายใจที่เร็วเกินไป ร่างกายมีการระบายอากาศที่เร็วเกินไป (Hyperventilation) ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบ หายใจลึกหรือหายใจเร็ว (Christensen & Kockrow, 2011) ส่งผลให้ร่างกายขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกมากเกินไป ภายในร่างกายจึงมีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์น้อยเกินไป (Hypocapnia) การเกิดภาวะ

เช่นนี้สามารถทำให้ทางเดินหายใจ มีการตีบแคบลงได้ (Airway narrowing) ซึ่งเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืดขึ้นได้ (Di Marco et al., 2010)

1.3.2 ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม (Environmental factors)

1) สารก่อภูมิแพ้ (Allergen) ที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญ คือ สิ่งแวดล้อม (Holgate, 2008) ผู้ป่วยโรคหืดที่เกิดจากสาเหตุภูมิแพ้ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีสารก่อภูมิแพ้เป็นเวลานาน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ต่อสารนั้นและทำให้เกิดอาการหอบหืดขึ้นมาได้ สารก่อภูมิแพ้ที่พบบ่อยภายในบ้าน/อาคารที่อยู่อาศัย เช่น ฝุ่นบ้าน ตัวไรฝุ่น แมลงสาบ สัตว์เลี้ยงที่มีขน เป็นต้น ส่วนภายนอกบ้าน เช่น ละอองเกสร ละอองข้าว หญ้า วัชพืช ดอกไม้ชนิดต่างๆ เป็นต้น และเชื้อรา ซึ่งเชื้อรานี้พบได้ทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน (อรรถการ นาคำ, 2551)

2) สารระคายเคืองหรือสิ่งกระตุ้นต่างๆ ภายในบ้านและภายนอกบ้าน (Indoor allergens / Outdoor allergens) สารระคายและมลพิษที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมเป็นจำนวนมาก สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคหืดทั้งชนิดที่เกิดจากโรคภูมิแพ้และชนิดที่ไม่ได้เกิดจากภูมิแพ้ ทำให้มีอาการหอบหืดเกิดขึ้นได้ เช่น สารพิษในอากาศ เช่น ออกไซด์ของไนโตรเจนซัลเฟอร์ สารไฮโดรคาร์บอน และโอโซน เป็นต้น มลภาวะของอากาศ เช่น ตัวไรฝุ่น ฝุ่นบ้าน ฝุ่นจากที่นอน หมอน ผ้าห่ม ผ้าม่าน ละอองเกสรดอกไม้ หญ้า เชื้อรา ขนสัตว์ ควันบุหรี่ ควันท่อไอเสียรถ ควันไฟ ควันธูป กลิ่นอาหาร และกลิ่นฉุนๆ เป็นต้น เมื่อสูดดมหายใจเข้าไปจะเกิดการระคายเคืองเยื่อบุหลอดลมโดยตรง ทำให้มีอาการหอบหืดขึ้นมาได้ (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2554; สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551)

3) สภาวะทางกายภาพและการเปลี่ยนแปลงของอากาศ (Weather changes) เช่น อากาศเย็นจัดเปลี่ยนเป็นอากาศร้อนจัด หรืออากาศร้อนจัดเปลี่ยนเป็นอากาศเย็นจัด ฝนตก อากาศแห้งหรือชื้น มลภาวะทางอากาศ มลพิษจราจร เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการหอบหืดขึ้นได้ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2553)

4) การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (Respiratory infection) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัส อาจส่งผลต่อการกระตุ้นอาการหอบหืด เช่น ไข้หวัดต่างๆ เป็นต้น แม้แต่การติดเชื้อแบคทีเรียของทางเดินหายใจส่วนบน เช่น ไซนัสอักเสบ และทอนซิลอักเสบ เป็นต้น มีผลทำให้เกิดอาการหอบหืดกำเริบขึ้นได้ โดยเฉพาะหากมีการเกิดปฏิกิริยาร่วมกับภาวะภูมิแพ้ ทำให้มีการตอบสนองของอาการหอบที่รุนแรง (Dougherty & Fahy, 2009; Rodrigo, Rodrigo, & Hall, 2004)

5) การออกกำลังกาย (Exercise) สำหรับผู้ป่วยโรคหืดมีข้อบ่งชี้สำหรับการออกกำลังกายที่ใช้ในการสังเกตว่าตนเองกำลังถูกการออกกำลังกายกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหรือ Exercise Induced Asthma (EIA) คือ อาการไอที่ถี่ขึ้น หายใจขัดหรือหายใจลำบากมากขึ้น อาการเหมือนแน่นหน้าอก หรือการหายใจมีเสียงวี้ดๆ ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นในขณะที่ออกกำลังกาย

ระหว่างการหยุดพัก หรือทันทีที่ออกกำลังเสร็จก็ได้ ซึ่งเชื่อว่ากลไกการเกิดภาวะ EIA นี้มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการแลกเปลี่ยนน้ำและความร้อนของเยื่อบุทางเดินหายใจ โดยการออกกำลังกายจะทำให้มีการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีผิดปกติ ขณะเดียวกันเกิดความเย็นของเยื่อบุทางเดินหายใจ ทำให้ Mast cells หลั่ง Histamine ออกมา ทำให้ผนังหลอดลมบวม ต่อมเมือกและ Goblet cells หลั่งเมือกออกมา เป็นสาเหตุให้หลอดลมตีบ เกิดอาการหอบหืดขึ้นได้ (Anderson & Holzer, 2000; สมพัฒน์ จำรัสโรมรัน, 2553) และยังพบว่าความเย็น และการเปลี่ยนแปลงของความดันออสโมซีสของเยื่อบุทางเดินหายใจ (Osmolarity of fluid lining the airway mucosa) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการหดเกร็งของหลอดลมได้ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากความไม่สมดุลในการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ในระบบพาราซิมพาธิติคจะมีผลต่อเส้นประสาทเวกัส โดยทำให้ตัวรับประสาทเวกัสมีการออกฤทธิ์มากเกินไป เป็นสาเหตุให้เกิดอาการหอบหืดภายหลังการออกกำลังกายได้ (วิทยา ศรีมาดา, 2550) ซึ่งลักษณะเฉพาะจะเกิดขึ้นหลังการออกกำลังกายประมาณ 2 – 5 นาที ไม่ได้เกิดขึ้นขณะออกกำลังกาย (สุมาลี เกียรติบุญศรี, 2547)

6) อาหาร (Food) พบว่าอาหารบางชนิดกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืดขึ้นได้ เช่น นม ไข่ ถั่วลิสง ข้าวสาลี งาขาว งาดำ เป็นต้น เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ เมื่อรับประทานอาหารเข้าไปจะกระตุ้นปฏิกิริยาภูมิแพ้ IgE และ mast cells ให้เกิดการหลั่งสารที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ขึ้น หรืออาหารที่มีสารซัลไฟต์สูง เช่น อาหารหมักดอง อาหารตากแห้ง เบียร์ หรือไวน์ เป็นต้น หรืออาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ขนมขบเคี้ยวบรรจุซองสำเร็จรูป ผงชูรส เป็นต้น ซึ่งเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหืดได้ (พิมพ์ใจ กันต์ดินทร์ทร, 2552)

7) ยาหรือสารเคมีบางชนิด (Drugs or some chemicals) โดยเฉพาะกลุ่มยาแอสไพริน (Aspirin) ยาต้านการอักเสบ (NSAID) ยาเบต้าบล็อกเกอร์ (B-blocker) จะทำให้หลอดลมหดเกร็งทันที โดยยับยั้งการตอบสนองต่อสาร Catecholamine เมื่อได้สูดดมละอองของยาเหล่านี้เข้าไป และสารเคมี เช่น ยาฆ่าแมลง ผลซักฟอก สารแต่งสี เป็นต้น (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2554; อรรถการ นาคำ, 2551)

1.4 พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรคหืด (Pathophysiology of asthma)

โรคหืดมีสาเหตุที่สำคัญจากสารก่อภูมิแพ้ ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการอักเสบเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจ ทำให้หลอดลมมีความไวต่อการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าปกติ ส่งผลให้มีอาการหายใจลำบาก อาการแสดงของโรคตามลักษณะทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ อาการไอ หายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี้ด โดยเฉพาะในช่วงการหายใจออก มีการใช้กล้ามเนื้อบริเวณหน้าอกช่วยในการหายใจมากผิดปกติ ทำให้หน้าอกและช่องซี่โครงบุ๋ม ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นเป็นการปรับตัวของร่างกาย เพื่อให้มีการนำออกซิเจนมาเลี้ยงร่างกายอย่างเพียงพอ อาการของโรคหืดเกิดขึ้นได้ทั้งเฉียบพลัน และเรื้อรังแต่หาก

อาการกำเริบรุนแรงขึ้นก็จะเกิดอาการหายใจหอบร่วมกับมีเสมหะและเสียงวี้ดในหลอดลม ซึ่ง National Heart Lung and Blood Institute: NHLBI (2007) ได้อธิบายกลไกลการเกิดภาวะหอบ ดังต่อไปนี้

1) หลอดลมตีบเฉียบพลัน (Acute bronchoconstriction) เกิดจากกล้ามเนื้อเรียบหดเกร็ง หลังจากสัมผัสกับสิ่งกระตุ้น โดยอาจเป็นผลจากการกระตุ้นโดยตรงในเซลล์ของกล้ามเนื้อเรียบหรือผ่าน Immunoglobulin E ทำให้ Mast cells จับกับโปรตีนของสารภูมิแพ้ และเกาะกับผิวของเซลล์เม็ดเลือดขาว หลังจากนั้นจะเกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ เกิดการหลั่งของสารเคมีหลายชนิด เช่น Histamine และ Prostaglandin ออกมาหรืออาจกระตุ้นเฉพาะที่และที่บริเวณของประสาทส่วนกลาง กลไกของหลอดลมตีบเฉียบพลันนี้ ส่งผลทำให้เกิดการจำกัดของการไหลเวียนของอากาศอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดอาการหอบเฉียบพลัน

2) การบวมของผนังทางเดินหายใจ (Swelling of the airway wall) มักเกิดหลังจากมีสิ่งกระตุ้นนานกว่า 6 - 24 ชั่วโมง และก่อให้เกิดอาการหอบในระยะหลัง เกิดจากมีการซึมผ่าน และการรั่วของผนังหลอดเลือดขนาดเล็กๆ ทำให้มีการเคลื่อนที่ของเซลล์ที่ก่อให้เกิดการอักเสบออกมาและหลั่งสาร Mediators ต่างๆ เช่น Eosinophil, Neutrophil, Mast cell และ T-cell เป็นต้น ทำให้ผนังหลอดลมบวมและหนาตัวขึ้น โดยอาจมีการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

3) การสร้างเยื่อเมือกและสิ่งคัดหลั่งที่ทำให้เกิดการอุดตันเพิ่มขึ้นอย่างเรื้อรัง เซลล์ที่ตายและสารโปรตีนในซีรั่มที่ข้นแบบ Exudate จะค้างอยู่ภายในหลอดลม (Mucous plug) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของทางเดินหายใจส่วนปลาย ซึ่งจะอยู่นานเป็นสัปดาห์และถูกระบายออกยาก

4) การสร้างผนังทางเดินหายใจใหม่ (Airway wall remodeling) เมื่อเกิดการอักเสบของทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่อง จะมีกลไกการซ่อมแซมและการสร้างเนื้อเยื่อขึ้นมาใหม่ ซึ่งจะมีกล้ามเนื้อเรียบต่อมเยื่อเมือก (Mucous gland) มีการสร้างและสะสมของคอลลาเจนในชั้น Interstitium และในชั้น Lamina reticulalis ของผนังเยื่อบุที่อยู่ข้างใต้ (Subbasement membrane)

1.5 อาการและอาการแสดงของโรคหืด (Signs and symptoms of asthma)

อาการที่สำคัญของผู้ป่วย คือ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก และหายใจมีเสียงวี้ด บางครั้งอาจมีอาการไอมากและมีเสมหะเหนียวข้น อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว และมีอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น (National Hearth Lung and Blood Institute [NHLBI], 2007) ซึ่งอาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นทันทีทันใด และอาการจะเกิดนานเพียงใดขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งอาจจะมีอาการเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันก็ได้ ความถี่ของอาการไม่แน่นอนบางราย เกิดเพียงปีละ 1 - 2 ครั้ง บางรายมีอาการทุกวัน สำหรับเวลาที่มีอาการก็ไม่แน่นอน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการเวลาเช้ามืด (Nocturnal attack) อาการไอส่วนใหญ่ไม่มีเสมหะ ยกเว้นในรายที่เป็นมาหลายวันหรือมีภาวะติดเชื้อร่วมด้วย

(วัชรา บุญสวัสดิ์, 2554) ในผู้ป่วยที่มีประวัติภูมิแพ้อาจจะมีอาการคันจมูก น้ำมูกไหลหรือมีอาการตาแดง (Conjunctivitis) ร่วมด้วย และในผู้ป่วยบางรายจะมีอาการหอบหืดหลังจากออกกำลังกาย (Heba & Ashraf, 2013; สมพัฒน์ จำรัสโรมรัน, 2553)

อาการแสดง พบว่าในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น จะมีอาการพูดลำบากขณะหายใจ เยื่อบุปากและปลายเล็บจะคล้ำ ทำให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (Workman, 2010) มีปอดขยายโตขึ้น (Over inflation) อาจเห็นหน้าอกมีลักษณะคล้ายถังเบียร์ (Barrel shaped) ซึ่งเป็นผลจากการมีอากาศค้างในปอด คล้ายผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) ถ้าเคาะปอดจะพบว่าโปร่งกว่าปกติ (Increase resonance) บริเวณหัวใจและตับจะเคาะทึบน้อยลง (Decrease dullness) อาการแสดงดังกล่าวจะหายไปถ้าภาวะหลอดลมตีบตันหายไป ในผู้ป่วยที่มีอาการติดต่อกันนานๆ หลายปี อาจมีลักษณะกระดูกกลางหน้าอกโป่งยื่นออกมาเหมือนอกไก่ (Pigeon chest) ได้ และอาจจะกลับเป็นปกติได้ถ้าให้การรักษาที่เหมาะสม (วิชัย ประยูรวิวัฒน์ และคณะ, 2547) การฟังปอดจะได้ยินเสียง Wheezing ถ้าหลอดลมตีบไม่มากจะได้ยินเสียง Wheezing เฉพาะช่วงหายใจออกแรงๆ เท่านั้น ถ้ามีอาการมากขึ้นจะได้ยินเสียง Wheezing ดัง ทั้งช่วงหายใจเข้าและหายใจออก และถ้าหลอดลมตีบมากจนอากาศเข้าปอดน้อยมากจะไม่ได้ยินเสียง Wheezing ดังนั้นผู้ป่วยที่ฟังปอดไม่ได้ยินเสียง Wheezing อาจจะมีอาการหนักมากแล้ว อาการทั่วไปที่จะพบคือผู้ป่วยกระวนกระวาย นอนราบไม่ได้ หัวใจเต้นเร็ว หายใจแบบเป่าปาก (Pursed lips) และมีช่วงหายใจออกยาวขึ้น เหงื่อออก ไอ และพูดไม่ค่อยออกเพราะเหนื่อย (สุมาลี เกียรติบุญศรี, 2547) ถ้าวัดความดันจะมี Pulse pressure กว้าง และมี Pulsus paradoxus (มากกว่า 10 mm.Hg) ได้ ถ้าหากมีไข้จะบ่งบอกถึงการติดเชื้อ โดยเฉพาะในระบบทางเดินหายใจจะพบได้บ่อยที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

1.6 การวินิจฉัยโรคหืด (Diagnosis of asthma)

การวินิจฉัยโรคหืดมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการป่วยด้วยโรคหืดและเพื่อค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหอบ ซึ่งนำไปสู่การป้องกันและการรักษาผู้ป่วยโรคหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถวินิจฉัยได้จากลักษณะทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

1.6.1 การซักประวัติ (History examination) (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2555; สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551) ดังนี้

1) ประวัติเคยมีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงวี้ด และหอบเหนื่อยเป็นๆ หายๆ หรือไม่

2) ประวัติเคยมีอาการเกิดขึ้นทันที เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น หรือไม่

3) ประวัติไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมอาการได้ไม่ดี จะมีอาการหอบเกิดขึ้นในช่วงเวลากลางคืนหรือเช้ามืด หรือไม่

4) ประวัติเคยมีอาการภูมิแพ้อื่นๆ เช่น Allergic rhinitis, Allergic conjunctivitis และ Allergic dermatitis หรือไม่

5) ประวัติสมาชิกในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ หรือพี่น้อง ป่วยเป็นโรคหืดหรือไม่

6) ประวัติเคยมีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก และหายใจมีเสียงวี้ด หลังออกกำลังกาย หรือไม่

1.6.2 การตรวจร่างกาย (Physical examination) (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2555; สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551) ดังนี้

1) ไอ เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี้ด โดยเฉพาะอย่างยิ่งตอนหายใจเข้า หรือหายใจออกแรงๆ

2) หน้าอกโป่ง ถ้าเป็นเรื้อรังมานาน

3) มีอาการแสดงของ Allergic rhinitis, Allergic conjunctivitis หรือ Atopic dermatitis

4) บางรายอาจตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติ เมื่อไม่มีอาการหอบหืด ทำให้การวินิจฉัยทำได้ยาก อย่างไรก็ดี ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อมีอาการ ซึ่งทำให้สามารถวินิจฉัยได้ง่ายขึ้น

1.6.3 การตรวจพิเศษเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย (Extra examination) ได้แก่

1.6.3.1 การตรวจทางรังสีทรวงอก (Chest x-ray) จะพบปอดขยายมากกว่าปกติ (ไม่จำเป็นต้องทำทุกครั้ง) แต่จะมีประโยชน์ในกรณีดังต่อไปนี้ (ดรุณี ชุณหะวัต, 2556; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2553)

1) เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดครั้งแรก

2) เมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยมีโรคอื่นเกิดขึ้นมาร่วมด้วย เช่น ภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) หรือวัณโรค (Tuberculosis) เป็นต้น

3) เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา

4) เมื่อต้องการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด เช่น ภาวะมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) ภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) เป็นต้น

1.6.3.2 การวัดสมรรถภาพการทำงานของปอด (Lung function test/Pulmonary function test) (Global Initiative for Asthma [GINA], 2017; National Hearth Lung and Blood Institute [NHLBI], 2007; อรรถการ นาคำ, 2551) ดังนี้

1) การตรวจภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ หลังจากได้รับยาขยายหลอดลมดีขึ้นได้หรือไม่ โดยการวัดด้วย Spirometer ซึ่งในผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ควรมีปริมาณอากาศที่สามารถหายใจออกมาได้ใน 1 วินาที เพิ่มมากกว่าร้อยละ 12 หลังได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมแล้ว หรือโดยการวัดด้วย Peak flow meter ซึ่งผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ควรมีค่า PEF (Peak expiratory flow) เพิ่มมากกว่าร้อยละ 12 หลังได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมแล้ว (ชมนาด วรรณพรศิริ และ วราภรณ์ สัตยวงค์, 2551)

2) การดูค่าความผันผวนของค่า PEFR (Peak Expiratory Flow Rate Variability) ใช้ประเมินสภาวะและความรุนแรงของโรคหืดเพื่อปรับแผนการรักษาในผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าเต็มที่แล้วเป่าเครื่อง Peak Flow Meter อย่างเร็วและแรงในท่ายืน (อรรถการ นาคำ, 2551) ซึ่งเป็นการวัดสมรรถภาพปอดแบบง่าย โดยให้ผู้ป่วยวัดค่า PEER โดยใช้เครื่องวัดความเร็วของลมสูงสุด (Peak Flow Meter) ในตอนเช้าและเย็น เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 1 - 2 สัปดาห์ แล้วคำนวณหาค่าผันผวนโดยมีสูตรคำนวณ (H. Reddel, Jenkins, & Woolcock, 1999; นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย, 2556) ดังนี้

$$\text{ค่าความผันผวน} = \frac{(\text{PEER สูงสุด} - \text{PEER ต่ำสุด})}{\frac{1}{2}(\text{PEER สูงสุด} + \text{PEER ต่ำสุด})} \times 100$$

ในคนปกติค่า PEER ที่เป่าได้มักจะคงที่ ดังนั้นค่าความผันผวนของ PEER จะน้อยกว่าร้อยละ 15 แต่คนที่เป็นโรคหืดหลอดลมมักจะหด–ขยาย ทำให้ค่า PEER ที่วัดได้แตกต่างกัน ในแต่ละช่วงวัน ถ้าวัดความผันผวนของค่าสูงสุดกับค่าต่ำสุดมากกว่าร้อยละ 20 ถือว่าเป็นโรคหืด (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2554)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1.6.3.3 การวัดความไวของหลอดลมต่อสิ่งกระตุ้น (Bronchial provocation test) ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการหอบ การตรวจด้วย Spirometer อาจพบว่าไม่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจได้ ในกรณีเช่นนี้ การทำ Bronchial provocation test ด้วย Histamine หรือ Methacholine เพื่อทดสอบความไวของหลอดลมก็สามารถให้การวินิจฉัยได้ (ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์, 2553; เบญจมาศ ช่วยชู, 2556) การวัดความไวของหลอดลมสามารถทำได้ง่ายๆ โดยให้ผู้ป่วยสูดหายใจเอาสารกระตุ้น เช่น Histamine หรือ Methacholine เข้าไป แล้ววัดการหดตัวของหลอมลมโดยใช้เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด ระดับความไวของหลอดลมจะบ่งบอกความรุนแรงของโรคหืดได้ (Kudo, Ishigatsubo, & Aoki, 2013) ที่นิยมใช้คือ Spirometer ซึ่งวัดค่า FEV1 ค่อยๆ เพิ่มความเข้มข้นของ Histamine หรือ Methacholine จนกระทั่งสมรรถภาพปอดลดลงถึงค่าที่กำหนด (โดยทั่วๆ ไป ใช้ค่า

FEV1 ลดลง 20% จาก Baseline) เมื่อนำค่าสมรรถภาพปอดที่ลดลงและขนาดของ Histamine หรือ Methacholine ที่ใช้มา Plot กราฟ ก็จะได้ Dose response curve ของ Histamine หรือ Methacholine ขนาดของ Methacholine ที่ทำ FEV1 ลดลง 20% เราเรียกว่า PD20 (Provocative Dose) ซึ่งแสดงถึงระดับความไวของหลอดลม ถ้า PD20 ต่ำๆ หมายความว่าใช้ Methacholine เพียงเล็กน้อยก็ทำให้ FEV1 ลดลง 20% แสดงว่าหลอดลมไวมาก แต่ถ้า PD20 มากๆ ก็หมายความว่าหลอดลมไม่ไว เป็นต้น (วิชัย ประยูรวิวัฒน์ และคณะ, 2547)

ระดับความไวของหลอดลมจะบ่งบอกความรุนแรงของโรคหืดได้ โดยพบว่าระดับความไวของหลอดลมจะมีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย ความต้องการยาในการรักษาอาการและค่าความผันผวนของ PEER การวัดความไวของหลอดลมนอกจากจะใช้วินิจฉัยโรคหืดแล้ว ยังใช้ในการประเมินความรุนแรงของโรค และใช้ในการติดตามผลการรักษาด้วย (Kudo et al., 2013)

1.6.3.4 การตรวจเพื่อหาภาวะภูมิแพ้ (Allergic status test) เช่น การตรวจภูมิแพ้ทางผิวหนัง (Allergic skin prick test) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหืดจำนวนมากกว่าร้อยละ 70 จะมีสภาวะแพ้ (Atopic status) ร่วมด้วย อาจช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคหืด รวมทั้งเป็นการหาสาเหตุจากภูมิแพ้ในผู้ป่วยคนนั้นด้วย (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2552)

1.6.3.5 การตรวจอื่นๆ ในกรณีที่วินิจฉัยแยกโรค จากโรคหรือสภาวะอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะอาการหรืออาการแสดงคล้ายคลึงกับโรคหืด คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD), ภาวะปอดบวมน้ำเฉียบพลัน (Acute pulmonary edema), ภาวะสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ (Foreign body aspiration), โรคกรดไหลย้อน (Gastro-esophageal reflux disease: GERD), โรคหลอดลมโป่งพอง (Bronchiectasis), ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) อาจมีการตรวจเพิ่มเติมเฉพาะกรณี ได้แก่ การตรวจเลือด ตรวจเสมหะ ตรวจระดับ IgE ทดสอบภูมิแพ้ เป็นต้น (นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย, 2556; พูนเกษม เจริญพันธุ์, 2545; วิทยา ศรีมาดา, 2550)

1.7 การประเมินผู้ป่วยโรคหืด (Assessment of asthma patient)

โรคหืดมีลักษณะทางคลินิกที่หลากหลาย เนื่องจากมีทั้งภาวะหลอดลมตีบ หลอดลมมีความไวต่อสิ่งกระตุ้น และมีการอักเสบเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหลอดลมอย่างถาวร (ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์, 2556) ซึ่งแนวทางในการประเมินผู้ป่วยโรคหืด ประเมินได้จากลักษณะอาการทางคลินิกที่สัมพันธ์กับพยาธิวิทยาที่เกิดจากกระบวนการอักเสบของระบบทางเดินหายใจ (Castro & Kraft, 2008)

1.7.1 การประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืด (Classification of asthma severity) เพื่อให้สอดคล้องตามการรักษาพยาบาลโรคหืดขององค์การอนามัยโลกร่วมกับสถาบันโรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจและโรคเลือดของสหรัฐอเมริกา ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคหืด ออกเป็น 4 ระดับ โดยอาศัยอาการ สมรรถภาพปอด (FEV1 หรือ PEFR) และค่าความผันผวนของ PEFR ดังนี้ (National Hearth Lung and Blood Institute [NHLBI], 2007)

ระดับ 1 มีอาการนานๆ ครั้ง หรือมีอาการเป็นครั้งคราว (Intermittent)
ระดับ 2 หืดเรื้อรัง มีอาการรุนแรงน้อย (Mild persistent)
ระดับ 3 หืดเรื้อรัง มีอาการรุนแรงปานกลาง (Moderate persistent)
ระดับ 4 หืดเรื้อรัง มีอาการรุนแรงมาก (Severe persistent)

คณะทำงานเพื่อจัดทำร่างแนวทางการรักษาพยาบาลโรคหืดในประเทศไทยได้เห็นพ้องกันว่าการประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืดในประเทศไทยควรเป็นไปตาม Guideline ดังกล่าวเพื่อให้ได้มาตรฐานสากล และสะดวกต่อการรักษาพยาบาลโดยทั่วไป ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืด ตามลักษณะอาการ (Classification of asthma severity by clinical features) (Global Initiative for Asthma [GINA], 2017; National Hearth Lung and Blood Institute [NHLBI], 2007; วัชรา บุญสวัสดิ์, 2554; สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2555)

ระดับ	อาการช่วงกลางวัน	อาการช่วงกลางคืน	PEF or FEV1 / PEF variability
ระดับ 1 มีอาการนานๆ ครั้ง Intermittent	มีอาการหอบหืดน้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการจับหืดช่วงสั้นๆ มีค่า PEF ปกติ ช่วงที่ไม่มีอาการจับหืด	มีอาการหอบเวลากลางคืนน้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน	≥ 80% / < 20%
ระดับ 2 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงน้อย Mild persistent	มีอาการหอบหืดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่น้อยกว่า 1 ครั้งต่อวัน เวลาจับหืดอาจมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนหลับ	มีอาการหอบเวลากลางคืนมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน	≥ 80% / < 20 - 30%

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ระดับ	อาการช่วงกลางวัน	อาการช่วงกลางคืน	PEF or FEV1 / PEF variability
ระดับ 3 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงปานกลาง Moderate persistent	มีอาการหอบทุกวัน เวลาจับหืดมีผลต่อ การทำกิจกรรม และการนอนหลับ	มีอาการหอบ เวลากลางคืนมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	60 - 80% > 30%
ระดับ 4 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงมาก Severe persistent	มีอาการหอบตลอดเวลา มีการจับหืดบ่อย และมีข้อจำกัด ในการทำกิจกรรมต่างๆ	มีอาการหอบ เวลากลางคืนบ่อยๆ	≤ 60 > 30%

1.7.2 การประเมินระดับการควบคุมโรคหืด (The levels of asthma control) แบ่งเป็น 2 ข้อสำคัญ (Reddel et al., 2009) ดังนี้

1.7.2.1 ระดับการควบคุมโรคหืดทางคลินิกในปัจจุบัน (Current clinical asthma control) ที่ได้จากการประเมินลักษณะทางคลินิกของโรคหืด จำนวนของการใช้ยาบรรเทาอาการ (reliever bronchodilator) ลดลง สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และมีผลต่อสมรรถภาพปอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์, 2556)

1.7.2.2 ความเสี่ยงในการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ในอนาคต (Risk of future adverse events) ได้แก่ การควบคุมอาการไม่ได้ (loss of control) อาการหืดกำเริบ (asthma exacerbation) สมรรถภาพปอดที่แย่ลง (accelerated decline in lung function) และการเกิดผลข้างเคียงจากยา (side effects) (ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์, 2556)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดนานาชาติ (Guideline based categorical asthma control) ตามความเห็นของคณะกรรมการที่จัดทำในแต่ละประเทศ ใช้คำจำกัดความที่แตกต่างกันไป เช่น ในแนวทางการรักษาโรคหืด เช่น GINA ได้แยกระดับการควบคุมโรคหืดเป็นควบคุมได้ดี (controlled), ควบคุมได้บางส่วน (partly controlled) และควบคุมไม่ได้เลย (uncontrolled) ส่วนแนวทางการรักษาโรคหืดของประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ Expert Panel Report 3 (EPR3) แยกระดับการควบคุมโรคหืดเป็นควบคุมได้ดี (well controlled), ควบคุมได้ไม่ดี (not well controlled), ควบคุมไม่ได้เลย (very poor controlled) แนวทางการรักษาโรคหืดของประเทศฝรั่งเศส ได้จำแนกการควบคุมโรคหืดเป็นควบคุมได้อย่างเหมาะสม (optimal), ควบคุมได้พอควรยอมรับได้ (acceptable) และควบคุมไม่ได้เลย (unacceptable) (Roche, Morel, Martel, & Godard, 2005) และแนวทางการรักษาโรคหืดของประเทศนิวซีแลนด์ จำแนกเป็นควบคุมได้อย่าง

เหมาะสม (optimal controlled), ควบคุมได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น (sub-optimal controlled), ควบคุมได้ไม่ดี (not well controlled) และควบคุมไม่ได้เลย (markedly out of control) (Holt, Kljakovic, & Reid, 2003)

ในประเทศไทยใช้การประเมินระดับการควบคุมโรคหืดแทนการประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืดเนื่องจากง่ายและสะดวกต่อการประเมินผู้ป่วยมากกว่า (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2555) โดยการตั้งเป้าหมายของการรักษา คือ การควบคุมโรคหืดให้ได้ (Asthma controlled) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินระดับการควบคุมโรคหืด (The levels of asthma control) (Global Initiative for Asthma [GINA], 2017; National Hearth Lung and Blood Institute [NHLBI], 2007; วัชรา บุญสวัสดิ์, 2554; สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2555)

ลักษณะทางคลินิก	**กลุ่มควบคุมได้ดี (Controlled)** (ผ่านครบทุกข้อ)	**กลุ่มควบคุมได้บางส่วน (Partly controlled)** (ไม่ผ่านอย่างน้อย 1 ข้อ)	**กลุ่มควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled)**
1. อาการตอนกลางวัน	ไม่มี (หรือ ≤ 2 ครั้ง/สัปดาห์)	> 2 ครั้ง/สัปดาห์	ไม่ผ่าน ≥ 3 ข้อพิจารณา (ในช่วงสัปดาห์ใดก็ได้)
2. การจำกัดกิจกรรม	ไม่มีอาการขณะทำกิจกรรม	มีอาการขณะทำกิจกรรม	
3. อาการตอนกลางคืน/การรบกวนการนอนหลับ	ไม่มีอาการ	มีอาการบางครั้ง	
4. การใช้ยาขยายหลอดลม (reliever/rescue treatment)	ไม่มี (หรือ ≤ 2 ครั้ง/สัปดาห์)	> 2 ครั้ง/สัปดาห์	
5. ผลการตรวจสมรรถภาพปอด* (PEF หรือ FEV1)	ปกติ (> 80% หรือ < 20%)	< 80% ของค่ามาตรฐาน	
6. หืดกำเริบเฉียบพลัน (Exacerbation)**	ไม่มี	≥1 ครั้ง/ปี	1 ครั้ง/สัปดาห์ (ในช่วงสัปดาห์ใดก็ได้)

** ในเด็กอายุ ≤ 5 ปี ไม่ต้องใช้ค่า PEF และ FEV1 เนื่องจากยังไม่สามารถตรวจสมรรถภาพปอดได้*

*** อาการหอบหืดรุนแรงจนต้องได้รับการรักษาแบบฉุกเฉิน*

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1.7.3 เครื่องมือการประเมินการควบคุมโรคหืด (Measurement of asthma control) มีการพัฒนาและนำมาใช้อย่างกว้างขวาง ดังนี้

1.7.3.1 Asthma Control Test (ACT) พัฒนาโดย Nathan และคณะ และจดทะเบียนในชื่อการค้าของ Quality Metric ซึ่งเป็น self-complete questionnaire ที่ประกอบไปด้วยตัวแปรที่ใช้ ประเมิน 5 ข้อ ได้แก่ breathlessness, night waking, interference with activity, rescue bronchodilator use และ patient rating of asthma control ซึ่งเป็นการประเมินในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ในแต่ละข้อจะมีการให้น้ำหนักคะแนน ตั้งแต่ 1-5 และคะแนนรวม คือ 5 - 25 คะแนน นอกจากนี้ ACT ยังมีแบบสอบถามสำหรับเด็กอีกด้วย หรือ Childhood Asthma Control Test (C-ACT) ที่ใช้ในเด็กอายุระหว่าง 4 - 11 ปี โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 – 27 (Liu et al., 2007) คะแนน ACT ได้รับการตรวจสอบเปรียบเทียบกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการให้คะแนนการทดสอบด้วย spirometry และคุณภาพชีวิต ค่าจุดตัดที่ใช้ในการแยก well controlled คือ 20 คะแนน ต่ำกว่านั้น คือ partly controlled และ poorly controlled asthma คือ คะแนน 15 หรือต่ำกว่า (Nathan et al., 2004; Schatz et al., 2006) สำหรับ C-ACT ใช้ค่าคะแนนจุดตัดที่ต่ำกว่า 20 เป็นตัวบอกว่าเป็น uncontrolled asthma (Liu et al., 2007) ปัจจุบันได้มีการแปลแบบทดสอบ ACT ไปแล้วกว่า 40 ภาษา (Schatz et al., 2006)

1.7.3.2 Asthma Controlled Questionnaire (ACQ) พัฒนาโดย Juniper และคณะ ได้นำมาใช้ในการประเมินการ ควบคุมโรคหืดในงานวิจัยและในคลินิก คำถามที่ใช้จะเป็นการย้อนถามทบทวน (recall) อาการในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา ประกอบไปด้วย breathlessness, nocturnal waking, symptoms on waking, activity limitation, wheeze, frequency of SABA use และ pre-bronchodilator FEV1 (% predicted) โดยที่ทั้ง 7 ข้อจะถูกประเมินเป็น 7-point scale จาก 0 - 6 โดยกำหนดให้ 0 คือ good control และ 6 คือ poor control และโดยคะแนนที่ได้สุดท้ายจะคำนวณจากค่าเฉลี่ย (mean) ซึ่งมีค่าระหว่าง 0 - 6 คะแนน (Juniper et al., 1999) ค่าคะแนน ACQ ได้มีถูกประเมินเปรียบเทียบความถูกต้องกับคุณภาพชีวิต (quality of life) และการประเมินอาการโดยรวมโดยแพทย์ (global physician assessment) โดยค่าที่มีนัยสำคัญทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงหลังการรักษา คือ คะแนน 0.5 (Juniper et al., 2005) จากการศึกษาของ GOAL study ได้กำหนดค่า ACQ ที่ต่ำกว่า 0.75 เพื่อบอกว่าเป็น well controlled asthma และค่าคะแนนมากกว่า 1.5 บอกว่าเป็น not well controlled asthma (Boulet, Boulet, & Milot, 2002) ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่จะมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 2.5 คะแนน กรณีที่ค่าคะแนน ACQ มากกว่า 4 จะพบเฉพาะผู้ป่วยอาการโรคหืดกำเริบ แม้ว่า ACQ จะได้นับเอาค่าคะแนนที่มาจาก pre-bronchodilator FEV1 เข้าไป แต่น้ำหนักสัมพัทธ์ของ FEV1 นั้นไม่เท่ากับค่าคะแนนอีก 6 ข้อ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

(Jenkins et al., 2005) ดังนั้น จึงได้มีการปรับ ACQ ให้สั้นลง (short version ACQ) คือ ตัดการใช้ SABA use และค่า pre-bronchodilator FEV1 ออกไป เพื่อให้ใช้ง่ายขึ้น (Juniper et al., 2005)

1.7.3.3 Asthma Therapy Assessment Questionnaire (ATAQ) พัฒนาโดย Volmer และคณะ เป็นแบบทดสอบในการประเมินโรคหืดด้วยตนเองที่บ่งบอกถึงการใช้ health care utilization ซึ่ง ATAQ นั้นประกอบ ไปด้วยคำถาม 4 ข้อ ประเมินผลการรักษาโรคหืดในรอบ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบไปด้วย self-perception of asthma control, missed school หรือ missed work หรือimpaired normal daily activity จากโรคหืด night time waking due to asthma symptoms และexcessive use of quick relief inhaled medication แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 โดยที่ 0 คือ no control problem และ 4 คือ control problems สำหรับ ATAQ ได้รับการประเมินและเปรียบเทียบกับ แบบทดสอบคุณภาพชีวิต เช่น St. George Respiratory Questionnaire, AQLQ และพยากรณ์การรับการรักษาโรคหืดเฉียบพลัน (Vollmer et al., 1999)

1.7.3.4 Asthma Control Scoring System (ACSS) พัฒนาโดย Boulet และคณะ ประกอบไปด้วยลักษณะทางคลินิก คือ daytime และ nocturnal symptoms, rescue SABA use และ activities ในรอบ 7 วันที่ผ่านมา ค่าสมรรถภาพปอด FEV1 และ induced sputum eosinophil count ซึ่งเป็น composite score ที่รวม airway inflammation marker เข้าไป รวมทั้งหมดคิดเป็นร้อยละเทียบกับอายุ ค่าคะแนนร้อยละ 100 ถือเป็น ideal control (Boulet et al., 2002)

สำหรับในประเทศไทย การประเมินการควบคุมโรคหืด มีการศึกษาแปลเป็นฉบับภาษาไทยและนำเครื่องมือมาใช้ คือ Asthma Control Test (ACT) และ Siriraj Asthma Controlled Questionnaire (Siriraj ACQ) ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1) แบบสอบถาม ACT ผู้ป่วยจะเป็นผู้กรอกข้อมูลเองทั้งหมด โดยผู้ป่วยต้องตอบคำถามที่ถามถึงอาการหืดย้อนหลังไป 4 สัปดาห์ก่อน มีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการหอบหืดที่เกิดขึ้นในเวลากลางวันและกลางคืน ผลกระทบของโรคต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำนวนของยาขยายหลอดลมที่ใช้ และความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการควบคุมโรคหืดจากการรักษาในระยะ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 (ไม่มีอาการ = 5 มีอาการมาก = 1) ผลการศึกษาของ Nathan และคณะ (2004) ได้แสดงให้เห็นว่า ACT มีความแม่นยำและไวต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหืด โดยมีจุดที่ ACT มี Sensitivity และ Specificity สูงสุด ในการประเมินว่าผู้ป่วยโรคหืดอยู่ในภาวะควบคุมอาการไม่ได้ อยู่ที่ 19 คะแนน ในด้านการแปลผล ถ้าผลรวม 25 คะแนน หมายถึง ควบคุมอาการได้สมบูรณ์ ในขณะ

ที่คะแนนระหว่าง 20 - 24 แสดงว่ายังควบคุมอาการโรคหืดได้ไม่สมบูรณ์ ส่วนคะแนนตั้งแต่ 19 ลงไป ถือว่าอยู่ในกลุ่มที่ยังควบคุมอาการไม่ได้ (Nathan et al., 2004) สำหรับอดิศร วงษา และคณะ (2545) ศึกษาและแปลเป็นฉบับภาษาไทย พบว่า Sensitivity และ Specificity สูงสุด ที่ประเมินผู้ป่วยโรคหืดอยู่ในภาวะควบคุมอาการไม่ได้ จะตรงกับ 20 คะแนน ดังนั้นการแปลผลการใช้ ACT ฉบับภาษาไทย จึงถือว่าคะแนน 25 และ 21 – 24 อยู่ในกลุ่มควบคุมได้สมบูรณ์ และควบคุมได้บางส่วน ตามลำดับ ในขณะที่คะแนนตั้งแต่ 20 ลงไป ถือว่าอยู่ในกลุ่มควบคุมไม่ได้

2) แบบสอบถาม Siriraj ACQ เป็นแบบสอบถามที่ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับแบบสอบถามเป็นผู้กรอกข้อมูล เพื่อป้องกันการแปรปรวนของข้อมูลที่ได้ระหว่างเจ้าหน้าที่ในการถามตามแบบสอบถาม โดยคำถามจะเป็นการถามอาการหืดย้อนหลังไป 1 สัปดาห์ก่อน มีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคหืดที่เกิดขึ้นในเวลากลางวันและกลางคืน อาการของโรคหืดที่มีผลต่อการจำกัดกิจกรรม อาการแสดงของโรคหืด และจำนวนการใช้ยาขยายหลอดลม จากการรักษาในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการให้คะแนนตั้งแต่ข้อ 1 ถึง 5 เป็นคะแนนรวมเฉลี่ย (≥ 1.5 ถือว่าโรคหืดควบคุมไม่ได้ และ < 1.5 ถือว่าโรคหืดควบคุมได้) ผลการศึกษาของ Saejong และคณะ (2011) ได้แสดงให้เห็นว่า Siriraj ACQ มีความน่าเชื่อถือในการนำเครื่องมือไปติดตามอาการของผู้ป่วยโรคหืดที่มีความสัมพันธ์กับการวินิจฉัยของแพทย์

ในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกใช้แบบสอบถาม Asthma Control Test (ฉบับภาษาไทย) ที่แปลโดย อดิศร วงษา และคณะ (2545) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ใช้ง่าย และสะดวกต่อการประเมินผู้ป่วยมากกว่าแบบสอบถาม Siriraj ACQ

1.8 ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคหืด (The effect of asthma)

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายของการรักษาเพียงเพื่อการควบคุมอาการของโรคให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้เท่าเทียมกับคนปกติให้มากที่สุด การเจ็บป่วยด้วยโรคหืดจึงส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม (Wilson et al., 2012) ดังนี้

1.8.1 ด้านร่างกาย

ผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการเรื้อรังมานาน อาจจะมีอาการเป็นๆ หายๆ หรือนานๆ ครั้ง จะมีอาการหอบกำเริบขึ้น เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงวี้ด ไอ และมีเสมหะ เนื่องมาจากมีการตอบสนองของหลอดลมไวเกิน ทำให้ทางเดินหายใจมีการตีบแคบชั่วคราว (นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย, 2556; ปารยะ อาศนะเสน, 2556) ผลจากการตอบสนองของหลอดลมที่ไวเกิน ทำให้มีการอุดกั้นของอากาศ จึงเกิดความไม่สมดุลของการ

ระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซ ร่างกายขาดออกซิเจน เกิดมีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายมากขึ้น ผู้ป่วยต้องใช้พลังงานในการหายใจเพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญอาหารและมีการดึงพลังงานสะสมมาใช้มากขึ้น มีการสูญเสียพลังงานจากการมีเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้การนำออกซิเจนเข้าสู่เซลล์น้อยลง (สุมาลี เกียรติบุญศรี, 2547) ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจและพลังงานสะสมในกล้ามเนื้อลดลง จึงเกิดอาการเหนื่อยล้าและอ่อนเพลีย (ชมนาด วรรณพรศิริ และ วราภรณ์ สัตยวงค์, 2551) ซึ่งจากอาการดังกล่าวยังส่งผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยหลับยากขึ้น อาการหอบยังทำให้ผู้ป่วยนอนราบไม่ได้ต้องอยู่ในท่านั่งเอนหรือโน้มตัวไปข้างหน้าหรือฟุบกับโต๊ะตลอดทั้งคืน (สมพัฒน์ จำรัสโรมรัน, 2553) นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องตื่นบ่อยๆ จากการหอบในตอนกลางคืนอีกด้วย (Huang, 2007; Teodorescu et al., 2006) เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการหายใจหอบที่รุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลง มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ประกอบอาหาร รับประทานอาหาร และทำความสะอาดที่พัก เป็นต้น ผู้ป่วยจึงมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ตามปกติ (Ferreira, Brito, & Ferreira, 2010) หากภาวะนี้ยังดำเนินต่อไป ผู้ป่วยจะแสดงอาการหายใจเร็วและหอบเหนื่อยมากขึ้น จากการคั่งของกรด Lactic ในร่างกาย เนื่องจากความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น จึงเกิดการเผาผลาญพลังงานโดยไม่ใช้ออกซิเจน ซึ่งอาจส่งผลต่อการหยุดหายใจได้

1.8.2 ด้านจิตใจ

ผู้ป่วยโรคหืดมักเกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ได้ง่าย เมื่อผู้ป่วยมีอาการหอบเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดกำลังใจ ซึมเศร้า และเกิดการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Deshmukh et al., 2007; Kumar et al., 2013; นิราวดี พัชนี, 2557) ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและความภาคภูมิใจในตนเองลดลง (สุมาลี เกียรติบุญศรี, 2547) ทั้งนี้เมื่ออาการหอบเกิดขึ้นเฉียบพลัน และไม่สามารถควบคุมอาการได้ เช่น ไอบ่อย หายใจมีเสียงวี้ด และหายใจลำบาก เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ (Kullowatz et al., 2007) เมื่อผู้ป่วยเข้าสังคมหรือไปในสถานที่ที่แออัดจำเป็นต้องใช้ผ้าปิดปากและจมูกร่วมด้วย ผู้ป่วยจึงไม่อยากให้ใครเห็นภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงนี้

1.8.3 ด้านเศรษฐกิจ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน เมื่อเกิดโรคหืดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นบุคคลในช่วงวัยทำงาน ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีอาการหอบหืดกำเริบเกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องลางานหรือหยุดงาน (Boonsawat et al., 2004) และต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่ายา ค่าเดินทางไป

ตรวจตามนัดหรือเมื่อมีอาการฉุกเฉินเกิดขึ้น (ยุบล สุขสอาด, 2541) ทำให้รายได้ของผู้ป่วยไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตทั้งของตนเองและครอบครัว (Ward et al., 2002) จากการรักษาที่ยาวนานส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นตามมาด้วย ทำให้เกิดการสิ้นเปลืองทั้งงบประมาณส่วนตัวผู้ป่วยและงบประมาณของรัฐบาล (Jansson, 2007)

1.8.4 ด้านสังคม

ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่มักจะถูกจำกัดกิจกรรมเนื่องจากความเจ็บป่วย หรือกลัวว่าจะมีอาการมากขึ้นเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ มากเกินไป การเจ็บป่วยจึงทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในสังคมลดลง มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทภายในครอบครัว เกิดการพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากขึ้น การมีบทบาทภายในครอบครัวลดลง ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวที่มีการเปลี่ยนแปลงไป (Bruzzese et al., 2009) รวมถึงการเข้าสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางสังคมเพิ่มขึ้น และเกิดการแยกตัวออกจากสังคมตามมา (Di Marco et al., 2010)

1.9 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด (Guidelines for treatment of asthma)

ปัจจุบันเชื่อว่าการอักเสบเป็นสาเหตุของโรคหืด ดังนั้นการใช้ยาเพื่อลดการอักเสบจึงเป็นยาหลักในการรักษาโรคหืด เนื่องจากยาคอร์ติโคสเตอรอยด์ชนิดพ่นสูด (inhaled corticosteroids, ICS) มีประสิทธิภาพสูงในการลดการอักเสบและมีผลข้างเคียงต่ำ สำหรับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็วจะใช้เพื่อบรรเทาอาการหืดกำเริบเท่านั้น โดยเป้าหมายของการรักษาคือการควบคุมโรคหืดให้ได้ (controlled asthma) แล้วปรับการรักษาเพื่อที่จะใช้ยาให้น้อยที่สุดที่สามารถควบคุมโรคหืดได้ นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยการไม่ใช้ยา เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การหยุดสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้หรือสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2560)

เป้าหมายการรักษา คือ การควบคุมโรคหืด (asthma control) ซึ่งหมายถึง การควบคุมอาการในปัจจุบัน (current control) ได้แก่ การไม่มีอาการหอบทั้งกลางวันและกลางคืน ไม่ต้องใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็ว ไม่มีโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน สามารถทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ มีสมรรถภาพปอดปกติ และการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (future risks prevention) ได้แก่ การกำเริบของโรคหืด การเสียชีวิตจากโรคหืด การลดลงของสมรรถภาพปอดจนเกิดการอุดกั้นถาวร (airway remodeling) และอาการข้างเคียงจากการรักษา (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2560)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ในประเทศไทยมีหลักเกณฑ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดตามแนวทางของ GINA Guidelines (2012) ที่ต้องอาศัยการรักษาโรคหืดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ดังนี้

1.9.1 การใช้ยาในการรักษาโรคหืด (Medication of asthma)

ในการรักษาโรคหืดนั้นคือมุ่งเน้นการลดการอักเสบของหลอดลม จึงต้องได้รับการรักษาด้วยยากลุ่มควบคุมเพื่อลดการอักเสบเป็นหลัก และอาศัยยาขยายหลอดลมเป็นตัวเสริมเพื่อให้อาการของโรคหืดดีขึ้น (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2555)

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืดในปัจจุบันแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ยาที่ใช้ในการควบคุมอาการ (Controllers medications) และยาที่ใช้บรรเทาอาการ (Relievers medications) (ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์, 2553) ดังนี้

1.9.1.1 ยาที่ใช้ในการควบคุมอาการ (Controllers medications) ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ต่อต้านการอักเสบ มีผลทำให้การอักเสบของหลอดลมลดลง ช่วยให้อาการของโรคไม่กำเริบและป้องกันการจับหืดอย่างเฉียบพลัน เช่น ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์นาน (Long-acting bronchodilators) เป็นต้น ทำให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม ป้องกันหลอดลมหดเกร็งในภาวะหอบหืดเฉียบพลัน ยาสูดพ่นสเตียรอยด์ซึ่งมีฤทธิ์ต้านการอักเสบของหลอดลมลดการตอบสนองไวเกินของหลอดลมและป้องกันอาการของโรคหอบหืดได้ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551; อรรถการ นาคำ, 2551) แบ่งเป็น 8 กลุ่ม ได้แก่

1.9.1.1.1 ยาสูดพ่นสเตียรอยด์ (Inhaled glucocorticosteriods) ยาสูดพ่นสเตียรอยด์เป็นยาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในปัจจุบันในการลดกระบวนการอักเสบในผู้ป่วยโรคหืด และยังช่วยบรรเทาอาการ เพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอด ลดความถี่และความรุนแรงของการจับหืดเฉียบพลันได้ (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2549)

1.9.1.1.2 ยากลุ่ม Leukotriene modifiers ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์ Leukotriene โดยยับยั้งเอนไซม์ 5-Lipoxygenase เช่น ยา Zileuton และมีผลต้านฤทธิ์ของ Cystinyl leukotriene ที่หลั่งจาก Mast cells หรือ Eosinophils ในการจับ Receptor เช่น ยา Montelukast และ Zafirlukast มีผลทำให้หลอดลมขยายตัวและลดภาวะหลอดลมหดเกร็งด้วยการกระตุ้นด้วยสารก่อภูมิแพ้หรือออกกำลังกาย (อรรถการ นาคำ, 2551)

1.9.1.1.3 ยากลุ่มสูดพ่น β2 -agonists ชนิดออกฤทธิ์นาน ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ขยายหลอดลม โดยการเพิ่มระดับ cAMP ระหว่างเซลล์ โดยการเพิ่มอัตราการสร้างด้วยการกระตุ้น Adenylyl cyclase (AC) ของยากลุ่ม B-adrenocptor agonists คุณสมบัติของยากลุ่มนี้คือคลายกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม เพิ่มการจำกัดของสารเมือกในทางเดินหายใจ ลดการรั่วของของเหลวจากหลอดเลือดและอาจมีผลการควบคุมการหลั่งสารสื่อการแพ้จาก Mast cells และ

Basophils เช่น Formoterol และ Salmeterol (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2549)

1.9.1.1.4 ยากลุ่ม Methylxanthines คือ Theophylline และ Aminophylline ชนิดออกฤทธิ์นาน (Sustained-release) กลไกการออกฤทธิ์คือเพิ่มระดับ cAMP ระหว่างเซลล์ โดยการลดการทำลาย cAMP จากการยับยั้งเอนไซม์ Phosphodiesterase (PDE) ทำให้หลอดลมขยายตัว (อรรถการ นาคำ, 2551)

1.9.1.1.5 ยากลุ่ม Cromones ยากลุ่มนี้ ได้แก่ ยาสูดพ่น Sodium cromoglycate และ nedocromil sodium กลไกการออกฤทธิ์ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าการควบคุมอาการของโรคหืดเกิดจากคุณสมบัติในการยับยั้งการหลั่งสาร IgE จาก Mast cell และมีผลในการกดการทำงานของเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาการอักเสบบางชนิด เช่น Macrophages, Eosinophils, Monocytes การใช้ Sodium cromoglycate ช่วยลดปริมาณของ Eosinophils ใน Bronchial lavage ส่วนใหญ่นิยมใช้ยาสูดพ่นทั้งสองชนิดในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคต่ำ สามารถใช้ในการป้องกันการจับหืดที่อาจถูกเหนี่ยวนำจากสารก่อภูมิแพ้ การสัมผัสอากาศเย็น หรือการออกกำลังกาย (อรรถการ นาคำ, 2551)

1.9.1.1.6 ยากลุ่ม Anti-IgE ได้แก่ ยา Omalizumab ซึ่งมีผลลดระดับ IgE ในซีรัม ใช้ในผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่และวัยเด็กที่มีอายุมากกว่า 12 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะรุนแรงร่วมด้วยมักใช้เป็นยาเสริมในรายที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้จากการใช้ยาสูดพ่นสเตียรอยด์ในขนาดสูงและ/หรือยาสูดพ่น B2- agonists ชนิดออกฤทธิ์นาน ช่วยลดความถี่ของการกำเริบ และการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล (อรรถการ นาคำ, 2551)

1.9.1.1.7 ยารับประทานหรือยาฉีดสเตียรอยด์ (Systemic glucocorticosteriods) การรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทานระยะยาวมากกว่าสองสัปดาห์ขึ้นไป อาจใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2553; อรรถการ นาคำ, 2551)

1.9.1.1.8 ยากลุ่มอื่นที่มีผลควบคุมอาการของโรคหืด ได้แก่

1) Steroid-sparing agents เช่นMethotrexate และ Cyclosporine ใช้เพื่อลดความต้องการยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทานของผู้ป่วย มักใช้ในผู้ป่วยที่เกิดอาการข้างเคียง จากการใช้ยาสเตียรอยด์ (อรรถการ นาคำ, 2551)

2) Second-generation antihistamines ยากลุ่มนี้ใช้เพื่อหวังผลในการยับยั้งการตอบสนองต่อภูมิแพ้ โดยยับยั้งการจับของ Histamine ที่ H1-receptors ประสิทธิผลทางคลินิกเชื่อว่ามีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อจมูกอักเสบ เพราะผู้ป่วยที่เป็นโรคหืดมักมีอาการสัมพันธ์กับโรคภูมิแพ้ เช่น Acrivastine, Astemizole, Cetirizine, Fexofenadine,

Kitotifen และ Loratadine เป็นต้น (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2553)

3) Allergen-specific immunotherapy ช่วยในการปรับสมดุลของสารก่อภูมิแพ้ สารก่อการอักเสบในร่างกาย (อรรถการ นาคำ, 2551)

1.9.1.2 ยาที่ใช้บรรเทาอาการ (Relievers medications) ยากลุ่มนี้ใช้รักษาภาวะหลอดลมหดเกร็งและบรรเทาอาการต่างๆ ของโรคหอบหืด เช่น การหายใจมีเสียงวี้ด แน่นหน้าอก และไอ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551; อรรถการ นาคำ, 2551) แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

1.9.1.2.1 ยาสูดพ่น β2 -agonists ชนิดออกฤทธิ์เร็ว ใช้บรรเทาอาการหอบหืดอย่างเฉียบพลัน และใช้ในการป้องกันการจับหืดจากการออกกาลังกาย ได้แก่ Salbutamol, Terbutaline, Fenoterol, Reproterol, Metaproterenol และ Pirbuterol เป็นต้น (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2553)

1.9.1.2.2 ยารับประทานหรือยาฉีดสเตียรอยด์ ออกฤทธิ์เร็วในการบรรเทาอาการ ทำให้การดำเนินของโรคหอบหืดดีขึ้นและมีประสิทธิภาพดีในการรักษาภาวะโรคหอบหืดอย่างรุนแรง ลดความต้องการการรักษาแบบฉุกเฉินและการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ลดการกลับซ้ำหลังจากเกิดอาการจับหืดอย่างเฉียบพลันและได้รับการรักษาฉุกเฉิน (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2549)

1.9.1.2.3 ยาสูดพ่นกลุ่ม Anticholinergics ออกฤทธิ์ขยายหลอดลมโดยยับยั้งการหลั่งสาร Acetylcholine (Ach) จากปลายประสาท Cholinergic ได้แก่ Ipratropium bromide, Oxitropium bromide และ Tiotropium เป็นต้น (อรรถการ นาคำ, 2551)

1.9.1.2.4 ยากลุ่ม Methylxanthiness ได้แก่ Theophylline และ Aminophylline ชนิดออกฤทธิ์สั้น (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551)

1.9.1.2.5 ยารับประทาน β2-agonists ชนิดออกฤทธิ์สั้น ใช้เพื่อคลายกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม มีฤทธิ์ขยายหลอดลม ได้แก่ Salbutamol และ Terbutaline เป็นต้น (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551)

จะเห็นได้ว่า โรคหืดเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับเยื่อบุหลอดลมที่ไวกว่าคนปกติ ทำให้เกิดการอักเสบขึ้นบริเวณผนังของหลอดลมเป็นระยะเวลายาวนาน และการอักเสบนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการต่างๆ ของโรคหืดตามมา สำหรับยาหลักที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหืดจึงมีฤทธิ์ในการต้านการอักเสบ ซึ่งเป็นยากลุ่มควบคุมอาการ แพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้พิจารณาเลือกใช้ยาให้เหมาะสมกับโรคและลักษณะอาการของผู้ป่วย (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551) ผู้ป่วยจึงต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินตามแนวทางการรักษา โดยการใช้ยาอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ ซึ่งในบริบทของโรงพยาบาลสุรินทร์ แพทย์ผู้ตรวจรักษาพิจารณาให้ยาผู้ป่วยโรคหืดทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ให้เป็นยาชนิดสูดพ่นสเตียรอยด์ และยาสูดพ่น β2-agonists

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1.9.2 การไม่ใช้ยาในการรักษาโรคหืด (Non-medication of asthma)

การรักษาโรคหืดที่ไม่ใช้ยาเป็นการจัดการตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญสำหรับแผนการรักษาที่ใช้ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยการใช้ยา การรักษาที่ไม่ใช้ยาส่งผลที่สำคัญให้เกิดการติดตามอาการ อาการแสดงของตนเอง ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น เกิดความผาสุก และพยากรณ์โรคดีขึ้น ส่งให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติมากขึ้น ดังนี้

1.9.2.1 การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ ผู้ป่วยโรคหืดจำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับสารก่อภูมิแพ้เฉพาะตน ควรให้ความสำคัญและจดจำสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการหืดของตนเองกำเริบ จะทำให้สามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ดีขึ้น (Global Initiative for Asthma [GINA], 2017; National Hearth Lung and Blood Institute [NHLBI], 2007; สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2555)

1.9.2.2 การออกกำลังกาย เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรงและเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค รวมถึงประโยชน์ต่างๆ เช่น ระบบหมุนเวียนเลือดทำงานได้ดีขึ้น ระบบการหายใจแข็งแรงขึ้น และเพิ่มความทนทานให้แก่ร่างกาย การออกกำลังกายที่สามารถช่วยให้สมรรถภาพปอดที่ดีขึ้นนั้นต้องเป็นการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง การบริหารร่างกายทั่วไป (Muscle training) และการบริหารกล้ามเนื้อการหายใจ (Respiratory muscle traing) เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น ความแข็งแรง ความทนทานของกล้ามเนื้อหายใจ เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอด และหัวใจ (เทิดศักดิ์ เดชคง, 2550) ซึ่งการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหืด เช่น การฝึกโยคะ ไทชิ เป็นต้น การออกกำลังกายควรเป็นการออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศอบอุ่นและชุ่มชื้น เช่น การว่ายน้ำหรือการออกกำลังกายในน้ำ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบหืดในขณะออกกำลังกาย ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในที่ที่มีมลภาวะสูง เช่น การออกกำลังกายข้างถนนที่มีการจราจรหนาแน่น หรือในที่ที่มีฝุ่นละอองมาก เป็นต้น ผู้ป่วยโรคหืดควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 - 5 ครั้ง โดยใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ครั้งละประมาณ 20 - 45 นาที ควรมีการอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังการออกกำลังกายอย่างน้อย 10 - 15 นาที (สมพัฒน์ จำรัสโรมรัน, 2553; เสาวนีย์ วรวุฒางกูร, 2543)

1.9.2.3 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยโรคหืดควรหลีกเลี่ยงอาหารที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบกำเริบ เช่น นม ไข่ ถั่วลิสง ข้าวสาลี งาขาว งาดำ เป็นต้น หรืออาหารที่มีสารซัลไฟต์สูง เช่น อาหารหมักดอง อาหารตากแห้ง เบียร์ หรือไวน์ เป็นต้น หรืออาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ขนมขบเคี้ยวบรรจุซองสำเร็จรูป ผงชูรส เป็นต้น ซึ่งเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหืดได้ (พิมพ์ใจ กันต์ดินทร์ทร, 2552)

1.9.2.4 การนอนหลับพักผ่อน เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคหืด เพื่อช่วยสงวนพลังงาน ช่วยให้ร่างกายและจิตใจแข็งแรงขึ้น

1.9.2.5 การป้องกันการติดเชื้อ เป็นการป้องกันในรายที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น การไม่อยู่ในที่ชุมชนแออัด การใช้หน้ากากปิดจมูกและปาก หลีกเลี่ยงผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ (Dougherty & Fahy, 2009)

2. พฤติกรรมการจัดการตนเอง (Self-management behavior)

พฤติกรรมการจัดการตนเองมีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ประกอบด้วยทฤษฎีย่อยที่มีความสัมพันธ์กัน คือ กระบวนการของจิตวิทยา-สรีรวิทยา (Psycho-physiology) จิตวิทยาการเรียนรู้ (Cognitive psychology) และพฤติกรรมทางจิตวิทยา (Behavior psychology) รูปแบบของทฤษฎีนี้มีความหมายเกี่ยวกับกระบวนการรู้คิด แรงจูงใจ สรีรวิทยา และพฤติกรรม เพื่อดำรงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตตามบทบาทหน้าที่ของบุคคล (Karoly & Kanfer, 1982)

สำหรับแนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเองเริ่มมีการนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างแพร่หลายมากขึ้น ซึ่งได้รับความสนใจในการนำมาใช้ดูแลสุขภาพในปัจจุบัน พฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ช่วยให้บุคคลควบคุมตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพหรือป้องกันโรค การทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และการจัดการตนเองที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคจะทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม (Tobin et al., 1986)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.1 แนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Concept of self-management behavior)

พฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งมีหลากหลายวิธีตามแนวคิดของแต่ละคน ดังนี้

2.1.1 แนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986)

2.1.1.1 ความหมาย

พฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพด้วย

2.1.1.2 องค์ประกอบ

พฤติกรรมการจัดการตนเอง มีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านพฤติกรรม (Behavioral) เป็นการกระทำด้วยตนเองของบุคคลนั้นๆ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมก่อให้เกิดประสบการณ์ความชำนาญ เพื่อสร้างความสามารถของตนเองและจะส่งผลต่อกระบวนการของโรค

2) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental) จะก่อให้เกิดการจัดการตนเองตามเป้าหมายโดยเกิดความพึงพอใจตามความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งแวดล้อมจะบอกถึงลำดับของการตอบสนอง บอกถึงกระบวนการรับรู้ซึ่งสามารถจัดลำดับการตอบสนองได้และมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางสรีรวิทยาโดยตรง

3) ด้านการรู้คิด (Cognitive) มีบทบาทสำคัญในทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมในรูปแบบของการจัดการตนเอง ซึ่งส่วนประกอบของการรับรู้จะมีเป้าหมาย ทั้งทางด้านทักษะความคาดหวัง จะมีอิทธิพลต่อสมรรถนะแห่งตน การรับรู้สามารถก่อให้เกิดการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดตามกระบวนการทางกายภาพ และควบคุมกระบวนการทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

4) ด้านสรีรวิทยา (Physiological) เป็นองค์ประกอบด้านกายภาพของบุคคลซึ่งมีผลต่อกระบวนการเกิดโรค พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้กระบวนการของโรคร้ายแรงขึ้นอาจเป็นผลมาจากการรับรู้และอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม

2.1.2 แนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเองของ Kanfer (1980)

2.1.2.1 ความหมาย

พฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง การเพิ่มแรงจูงใจของบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ เพิ่มความตระหนักของผู้ป่วยต่อกระบวนการรักษาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง

2.1.2.2 องค์ประกอบ

พฤติกรรมการจัดการตนเอง เป็นการปฏิบัติการจัดการตนเองที่ต้องมีการประสานทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม อันเป็นกระบวนการธรรมชาติที่มีทิศทางเป็นของตนเอง โดยมีการตัดสินใจของบุคคล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Kanfer & Gaelick, 1991)

1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (Self-observation) เป็นขั้นตอนที่บุคคลจะมีการสังเกต การบันทึก และติดตามพฤติกรรมของตนเองซึ่งบุคคลจะพยายามควบคุมพฤติกรรมของตนเองและระมัดระวังตัวไม่ให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่ดีออกมา

2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรมที่ได้จากการติดตามตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งจะช่วยแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมใดควรเปลี่ยนหรือควรคงไว้ และนำไปสู่การตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

3) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) เป็นขั้นตอนที่เกิดจากเมื่อบุคคลสามารถประสบความสำเร็จจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะนำความสำเร็จมาเป็นแรงเสริมตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม

2.1.3 แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) มีกระบวนการ ดังนี้

2.1.3.1 ความหมาย

พฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการที่เน้นให้ผู้ป่วยกระทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองเพื่อควบคุมและจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจการลงมือปฏิบัติ และการประเมินตนเอง ซึ่งมีความสำคัญในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมรวมทั้งสร้างร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ในการควบคุมโรค

2.1.3.2 องค์ประกอบ

พฤติกรรมการจัดการตนเอง มี 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selecting) เป็นการกำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลควรร่วมกันตั้งเป้าหมายโดยการปรึกษาต่อรองและกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองออกมา การตั้งเป้าหมายร่วมกันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะสามารถตั้งเป้าหมายได้ ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และทักษะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเจ็บป่วย การตั้งเป้าหมายเป็นการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการและยังเป็นการเพิ่มข้อผูกมัดแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตนให้บรรลุเป้าหมาย

2) การรวบรวมข้อมูล (Information collection) เป็นการเฝ้าระวังและสังเกตอาการของผู้ป่วยด้วยตนเอง (Self–monitoring) ประกอบไปด้วย การสังเกตอาการของตนเอง (Self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-recording) การเฝ้าระวังตนเองเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้สามารถบรรลุเป้าหมาย แนวทางการเฝ้าระวังตนเองที่จะช่วยให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จ

3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจเป็นค่ามาตรฐานสากลหรือค่าเฉพาะของ

ผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการสำคัญของโรค และวิธีการสังเกตตนเอง โดยผู้ป่วยต้องสามารถเรียนรู้และประเมินได้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยต้องเรียนรู้กระบวนการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและโรคที่เป็น โดยผู้ป่วยจะต้องใช้ความรู้ที่ได้จากการเลือกเป้าหมายและการรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินและรับรู้ถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ผิดปกติ

4) การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเองหลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ประมวลผล และประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเป็นพื้นฐาน การตัดสินใจของผู้ป่วยถือเป็นหัวใจสำคัญในการจัดการตนเอง การเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยเพื่อควบคุมโรคโดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานและสามารถตัดสินใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคได้

5) การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ สิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย การกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติด้วยตนเอง และการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการปฏิบัติจะประสบผลสำเร็จต้องให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเองตามแนวทางที่วางไว้

6) การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติของตนเองในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคว่าสามารถควบคุมโรคได้ตามที่ตั้งไว้หรือไม่ เพื่อให้บุคคลสามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริงหรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติมและทราบข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ เป็นการช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.1.4 แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003)

2.1.4.1 ความหมาย

พฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง ทักษะส่วนบุคคลเพื่อให้ใช้ชีวิตร่วมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ด้วยการควบคุมกระบวนการต่างๆ ของร่างกาย และจิตใจในการเผชิญโรคเรื้อรังเพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี การเคารพตนเองในการร่วมจัดการการรักษา การจัดการบทบาท และการจัดการอารมณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ให้ผู้ป่วยปรับใช้ความรู้ จากการเรียนรู้ด้วยตนเอง ในการเพิ่มประสบการณ์การจัดการตนเองที่ผ่านมา ใช้ชีวิตร่วมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การมีสุขภาพที่ดี และปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีความรู้และความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน

2.1.4.2 องค์ประกอบ

พฤติกรรมการจัดการตนเอง มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนและได้ผ่านการทดลองใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังหลายกลุ่ม พบว่าทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ประกอบด้วยสิ่งที่ต้องกระทำ 3 ประการ (self-management tasks) ดังนี้

1) การจัดการทางการแพทย์ (Medical or behavior management) เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม

2) การจัดการกับบทบาท (Role management) เพื่อคงไว้หรือเปลี่ยนแปลงและสร้างพฤติกรรมหรือบทบาทใหม่ของตนเองให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง

3) การจัดการกับอารมณ์ที่เป็นผลจากภาวะเรื้อรังของโรค (Emotional management) เช่น การเรียนรู้ในการจัดการกับความโกรธ ความกลัว ความผิดหวัง ความเครียด เป็นต้น

ทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมี 6 ประการ ดังนี้

1) การแก้ไขปัญหา (problem solving) เป็นทักษะที่ทาให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาของตนเองประกอบด้วย การระบุปัญหาด้วยตนเอง การใช้แหล่งข้อมูลเพื่อขอคำแนะนำในการแก้ไขปัญหาจากเพื่อน และผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ รวมทั้งมีการปฏิบัติและการประเมินผลการปฏิบัติในการแก้ปัญหา

2) การตัดสินใจ (decision making) เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค เนื่องจากผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องมีการตัดสินใจที่จะกระทำเพื่อจัดการกับอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของโรคเรื้อรังที่ตนมีอยู่ และการจัดการที่เหมาะสมกับอาการเหล่านั้น

3) การใช้แหล่งข้อมูล (resource utilization) เมื่อผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือหรือคำแนะนำเมื่อเกิดปัญหา โดยการสอนให้ผู้ป่วยในการเข้าถึง และการใช้แหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เช่น การใช้สมุดโทรศัพท์การใช้อินเตอร์เน็ต การใช้ห้องสมุด เป็นต้น

4) การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ (forming of patient/health care provider partnership) โดยบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการสอนและแนะนำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเลือกและจัดรูปแบบการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรักษาภาวะเจ็บป่วย สามารถอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการรักษากับบุคลากรด้านสุขภาพ และสามารถรายงานเกี่ยวกับอาการของตนเองได้อย่างถูกต้อง

5) การลงมือปฏิบัติ (taking action) เป็นทักษะที่มีความคล้ายคลึงกับทักษะการแก้ไขปัญหา เป็นการสอนทักษะการเรียนรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการวางแผนการปฏิบัติระยะสั้น และเฉพาะเจาะจง โดยต้องระบุพฤติกรรมเฉพาะที่จะปฏิบัติและต้องสามารถปฏิบัติได้จริง

6) การปรับทักษะความรู้ในการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (self-tailoring) การจัดการตนเองจะประสบผลสำเร็จเมื่อบุคคลนั้นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2.1.6 การจัดการตนเองในแนวคิดของ Riegel, Carlson, and Glaser (2000)

2.1.6.1 ความหมาย

พฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการเรียนรู้โดยผู้ป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และการจัดการกับภาวะเจ็บป่วย

2.1.6.2 องค์ประกอบ

พฤติกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

1) การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยสามารถจำได้และรับรู้การเปลี่ยนแปลงของอาการเปลี่ยนแปลงไปจากพื้นฐานของภาวะสุขภาพเดิม (baseline healthcare status) และการเปลี่ยนแปลงนั้นสัมพันธ์กับอาการของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

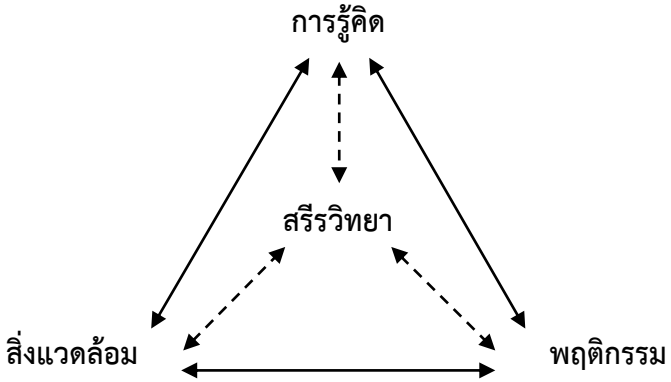
2) การประเมินการเปลี่ยนแปลงใช้กระบวนการรู้คิด (cognitive) ผู้ป่วยสามารถพิจารณาว่าการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพได้ว่ามีความสำคัญหรือไม่สำคัญ ซึ่งผู้ป่วยสามารถตัดสินเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง มีความสำคัญพอที่ลงมือปฏิบัติหรือไม่ และนำไปสู่ผลที่อันตรายหรือผลที่เป็นประโยชน์ต่อการลงมือปฏิบัติ

3) การลงมือปฏิบัติโดยเลือกกลยุทธ์ในการรักษา คือการกระทำหรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยตอบสนองจากการประเมินการเปลี่ยนแปลงโดยใช้กระบวนการรู้คิดต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการ

4) ประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติ ในกระบวนการนี้ผู้ป่วยเลือกการประเมินผลจากการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เช่น อาการและอาการแสดงจากภาวะแทรกซ้อนลดลง เป็นต้น

จากการทบทวนแนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ได้กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ดังนี้ 1) การจัดการตนเองเป็นกระบวนการในการจัดการตนเองที่มีลำดับขั้นตอน และ 2) การจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) ที่อธิบายว่าการจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพหรือการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ดังภาพ



ภาพที่ 1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการรู้คิด และด้านสรีรวิทยา ของ Rogers (1983)

(ที่มา: Self-management and social learning theory p.33-35, 1986)

พฤติกรรมการจัดการตนเองจึงเป็นแนวทางที่ใช้ร่วมกับการรักษาโดยวิธีอื่นในผู้ป่วยโรคหืด เพราะโรคหืดเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถป้องกันหรือจัดการให้อาการทุเลาได้ โรคหืดต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้กำเริบและสามารถดำเนินชีวิตได้เทียบเท่าคนปกติ โดยองค์ประกอบหลักของพฤติกรรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Tobin และคณะ (1986) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรม (Behavioral) 2) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental) 3) ด้านการรู้คิด (Cognitive) และ 4) ด้านสรีรวิทยา (Physiological) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงนำแนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) มาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหืดมีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม กล่าวคือ

1) ด้านพฤติกรรม (Behavioral) เมื่อผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในเรื่องการบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบซ้ำได้ด้วยตนเองที่เหมาะสม (Fregonezi et al., 2004; Kellett & Mullan, 2002) จะช่วยให้ระบบทางเดินหายใจ ปอด และกระบังลม มีความแข็งแรง และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental) ที่มีผลต่อผู้ป่วยโรคหืดทั้งร่างกายและจิตใจคือการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดรอบข้างของผู้ป่วย รวมทั้งจากบุคลากรทีมสุขภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการจัดการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ในการบริหารยาขยายหลอดลม การบริหารการหายใจ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบกำเริบซ้ำ เช่น หลีกเลี่ยงการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงมลพิษต่างๆ ควันบุหรี่ ควันไฟ ฝุ่นละอองต่างๆ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่แออัด อากาศร้อนหรืออากาศเย็นจัด รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ และอาการกำเริบเฉียบพลัน เช่น มีอาการเหนื่อยมากขึ้น ไอมีเสมหะมากขึ้น หายใจหอบมากขึ้น ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์ทันที (Smith et al., 2007; สุชาพร ทิพย์สีนวล, 2547) และการสนับสนุนทางสังคมยังเป็นแรงกระตุ้น ส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้เหมาะสม ทั้งนี้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต้องได้รับความร่วมมือ ความเอาใจใส่ และการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องอีกด้วย หากผู้ป่วยมีจิตใจท้อแท้ สิ้นหวัง จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมได้

3) ด้านการรู้คิด (Cognitive) ผู้ป่วยโรคหืดจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหืดมีผลกระทบต่อร่างกายตนเองและมีความเสี่ยงที่จะมีความรุนแรงของโรคมากขึ้นจากการเจ็บป่วย การที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงลักษณะอาการ และอาการแสดงของโรคหืด ทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงการดูแลตนเองมากขึ้น โดยการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม เช่น การใช้ยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัด ไม่ไปซื้อยารับประทานเอง และการประเมินอาการ อาการแสดงของการเกิดโรคหืด โดยการสังเกตตนเองว่ามีอาการหอบ แน่นหน้าอกเวลาใด และการรับรู้ถึงการมารับยาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาและการพ่นยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด (Martin et al., 2009; ชมนาด วรรณพรศิริ และวราภรณ์ สัตยวงค์, 2551) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม จะทำให้อาการกำเริบรุนแรง จนอาจเกิดอันตรายแก่ชีวิตได้ ผู้ป่วยก็จะมีพัฒนาการในการจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

4) ด้านสรีรวิทยา (Physiological) จากความแตกต่างด้านเพศ ทั้งด้านโครงสร้างร่างกาย ความคิด บทบาทหน้าที่ จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่แตกต่างกัน ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ในเรื่องการบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคให้สงบลงได้ ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้ดีขึ้น (Martin et al., 2009)

สรุปปัจจัยทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดทั้งสิ้น ผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องมีการกำกับปัจจัยทั้ง 4 ด้านให้ครอบคลุม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดให้เหมาะสม

2.2 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด (Self-management behavior of asthma)

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้กำเริบได้และสามารถดำเนินชีวิตได้เทียบเท่าคนปกติ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองให้เหมาะสม ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่เหมาะสม เช่น การพ่นยาด้วยตนเองไม่ถูกต้อง (Williams et al., 2004) การบริหารการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ (นิราวดี พัชนี, 2557) ผู้ป่วยไม่รู้ถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบและไม่สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นรอบตัวที่ทำให้เกิดอาการหอบหืดกำเริบได้ (Kavut & Kalpakliogl u, 2010; วิยดา สุวรรณชาติ และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2559) ผู้ป่วยขาดการรับรู้และการสังเกตอาการเตือนที่จะนำไปสู่อาการหอบกำเริบและอาการจับหืด ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองเมื่อมีอาการหอบเกิดขึ้นได้ และขาดการมารับยารักษาอย่างต่อเนื่อง (อรนุช เรืองขจร และ วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล, 2554) ผู้ป่วยยังมีการออกกำลังกายที่ยังไม่เหมาะสม (เนติญา พารพ, 2557) ส่งผลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้ไม่มีประสิทธิภาพ (Martin et al., 2009) จากพฤติกรรมการจัดการตนเองดังกล่าวจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดไม่สามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้

จากการศึกษาจึงสามารถสรุปได้ว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่เหมาะสม ตามการประยุกต์ใช้แนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) มีทั้งหมด 4 ด้าน ซึ่งพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดจะเกิดขึ้นได้ ต้องได้รับความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยและได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ในการประเมินปัญหา ตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับโรคด้วยตนเอง การติดตามตนเอง และการกระตุ้นเตือนตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหืด ประกอบด้วย

2.2.1 การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ ผู้ป่วยโรคหืดจำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับสารก่อภูมิแพ้เฉพาะตน ควรให้ความสำคัญและจดจำสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการหืดของตนเองกำเริบ จะทำให้สามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ดีขึ้น (GINA, 2017; NHLBI, 2007; สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2555; สุชาพร ทิพย์สีนวล, 2547)

2.2.2 การประเมินอาการและอาการแสดงก่อนและขณะเกิดอาการหอบ ผู้ป่วยโรคหืดต้องรู้จักการสังเกตอาการและอาการแสดงของตนเองว่าการหายใจหอบ แน่นหน้าอกเวลาอะไร ผู้ป่วยต้องสามารถประเมินอาการแสดงก่อนที่จะมีอาการหอบ และทราบว่าขณะนี้ตนเองเริ่มมีอาการหอบเกิดขึ้นแล้ว จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดหาวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อการควบคุมอาการจับหืดต่อไป (ชมนาด วรรณพรศิริ และ วราภรณ์ สัตยวงค์, 2551)

2.2.3 การบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง ผู้ป่วยโรคหืดมักจะได้รับการรักษาด้วยยา 2 ประเภท คือ ยาที่ใช้ในการควบคุมโรค (Controllers) และยาบรรเทาอาการ (Relievers) ประกอบด้วย ยาสูดพ่นขยายหลอดลม และยาสูดพ่นสเตียรอยด์ ดังนั้น ผู้ป่วยควรมีความรู้และทักษะการใช้ยาในรูปแบบต่างๆ เพื่อการบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเองที่เหมาะสม (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2555)

2.2.4 การบริหารการหายใจ เป็นการฝึกใช้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ดังนั้นควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อส่วนล่าง กล้ามเนื้อหน้าท้อง และกล้ามเนื้อกระบังลมอย่างผสมผสาน (เทิดศักดิ์ เดชคง, 2550) ผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้เรื่องการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อเวลาเกิดอาการขึ้น จะได้ช่วยเหลือตนเองได้ตามสมควร และวิธีการหายใจที่เพิ่มประสิทธิภาพในการหายใจให้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด คือ การหายใจแบบห่อปากหรือเป่าปาก (Pursed lips) (Fregonezi et al., 2004; สมพัฒน์ จำรัสโรมรัน, 2553)

2.2.5 การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยโรคหืดควรปฏิบัติควบคู่ไปกับการใช้ยาคือการออกกำลังกายฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรงและเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค รวมถึงประโยชน์ต่างๆ เช่น ระบบหมุนเวียนเลือดทำงานได้ดีขึ้น ระบบการหายใจแข็งแรงขึ้น เพิ่มความทนทานให้แก่ร่างกาย ลดความหนักและความถี่ของการหายใจขัด หายใจลำบาก ในขณะหรือหลังออกกำลังกาย ลดความเครียด ความกังวลจากอาการโรคหืดให้น้อยลง ช่วยบรรเทาอาการหอบจากการออกกำลังกายให้น้อยลง ช่วยลดการใช้ยารับประทานหรือยาพ่นขยายหลอดลม และทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมถึงการออกกำลังกายได้ดีและนานขึ้น การออกกำลังกายควรเป็นการออกกำลังกายหรือกีฬาเบาๆ หากออกกำลังกายที่หนักหรือหักโหมจนเกินไปอาจกระตุ้นให้อาการหอบหืดกำเริบได้ การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหืด เช่น การฝึกโยคะ ไทชิ เป็นต้น การออกกำลังกายควรเป็นการออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศอบอุ่นและชุ่มชื้น เช่น การว่ายน้ำหรือการออกกำลังกายในน้ำ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบหืดในขณะออกกำลังกาย ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในที่ที่มีมลภาวะสูง เช่น การออกกำลังกายข้างถนนที่มีการจราจรหนาแน่น หรือในที่ที่มีฝุ่นละอองมาก เป็นต้น ผู้ป่วยโรคหืดควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 - 5 ครั้ง โดยใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ครั้งละประมาณ 20 - 45 นาที ควรมีการอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังการออกกำลังกายอย่างน้อย 10 - 15 นาที และควรพ่นยาขยายหลอดลม 15 - 30 นาที ก่อนออกกำลังกายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการหอบหืดขึ้น (สมพัฒน์ จำรัสโรมรัน, 2553; เสาวนีย์ วรวุฒางกูร, 2543)

2.2.6 การมารับยารักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคที่สามารถสังเกตอาการหรือประเมินความรุนแรงของโรคได้ เพื่อควบคุมอาการหอบไม่ให้กำเริบและสามารถวางแผนการรักษาได้ กรณีที่ผู้ป่วยโรคหืดมีอาการหอบเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง อาจไม่จำเป็นต้องใช้ยา เพียงนั่ง

พักหรือหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นก็เพียงพอ แต่หากผู้ป่วยมีอาการหอบระดับน้อย รักษาด้วยการรับประทานยาขยายหลอดลม หรือหากมีอาการหอบปานกลางร่วมด้วย ก็ต้องใช้ยาพ่นร่วมกับการรับประทานยาขยายหลอดลม และหากมีอาการหอบรุนแรง อาจต้องใช้ยาพ่นขนาดสูงร่วมกับการรับประทานยาขยายหลอดลมชนิด Long acting ผู้ป่วยโรคหืดจำเป็นต้องใช้ยาพ่นเพื่อควบคุมอาการหอบทุกวัน (Radwan et al., 2013) ซึ่งการมารับยาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหืด

จากการศึกษาพฤติกรรมในข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Tobin และคณะ (1986) กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยโรคหืดมีการรับรู้ตนเอง ทำให้สามารถจัดการตนเองได้ในเรื่องการบริหารยา การบริหารการหายใจ การป้องกันหรือหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ การออกกำลังกาย และการมารับยาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมจึงเป็นการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้ดีขึ้นด้วย

2.3 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด (Factors for self-management behavior of asthma)

ปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ดังนี้

2.3.1 เพศ เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านโครงสร้างร่างกายและด้านจิตใจ ซึ่งเพศที่ต่างกันจะบ่งบอกถึงการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ต่างกัน คือ เพศชายจะมีโครงสร้างของร่างกายที่แข็งแรง มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง มีพฤติกรรมในด้านการใช้กำลังมากกว่าเพศหญิง ส่วนเพศหญิงจะมีโครงสร้างที่บอบบางกว่า มีอารมณ์อ่อนไหวและเปลี่ยนแปลงง่าย มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลร่างกายตนเองดีกว่าเพศชาย ดังนั้น ความแตกต่างของเพศจึงมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมการจัดการตนเอง (สายรุ้ง บัวระพา, 2547) จากการศึกษาของสุชาพร ทิพย์สีนวล และคณะ (2547) พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ($\beta = .26$, $p < .01$)

2.3.2 อายุ เป็นปัจจัยทางชีวภาพของบุคคลที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกนึกคิด ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมายด้วยการพิจารณาไตร่ตรองตามธรรมชาติ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) นอกจากนี้ Peter (2005) ศึกษาคนงานในโรงงานที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีจำนวน 227 คน เป็นเวลา 5 ปี พบว่าอายุหรือระยะเวลาการสัมผัสสิ่งกระตุ้นที่แตกต่างกันจะส่งผลให้เกิดอาการหอบกำเริบและความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน โดยในผู้ที่สูงอายุกว่ามักเกิดการเสื่อมสภาพโดยธรรมชาติของปอดมากกว่าผู้ที่อายุน้อย และเมื่อมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น จะทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองลดลงด้วย (วิยดา สุวรรณชาติ และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2559)

2.3.3 ระดับการควบคุมโรคหืด แสดงถึงระดับการควบคุมความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (Personal biological factors) ที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Pender et al., 2006) และระดับการควบคุมโรคที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับข้อจำกัดของทางเดินหายใจที่แตกต่างกัน ที่ต้องได้รับการรักษาและการตอบสนองของการรักษาที่แตกต่างกันด้วย จากการศึกษาของ Apter (2003) พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่มีระดับการควบคุมโรคได้ดี มีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีการควบคุมโรคได้บางส่วนหรือควบคุมไม่ได้ (อรรถการ นาคำ, 2551)

2.3.4 ระดับการศึกษา การศึกษาทำให้บุคคลมีความรู้ มีสติปัญญา มีเหตุมีผล สามารถเลือกตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี และระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันได้ (ธันยาภรณ์ โพธิ์ถาวร, 2549) จากการศึกษาของ นุสรา มณีโชติสกุลวงศ์, พรรณรัตน์ นนทธิ และไพสิฐ มารยาท (2552) พบว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสใฝ่หาความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาความรู้ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และการซักถามปัญหาดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย

2.3.5 ชนิดของโรงพยาบาลที่รับการรักษา การที่บุคคลเข้ารับการรักษาในสังกัดโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน มีผลต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพแตกต่างกัน จากการศึกษาของ สุชาพร ทิพย์สีนวล และคณะ (2547) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีคะแนนการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ($\beta = .53$, $p < .001$)

2.3.6 การรับรู้ความรุนแรง ความเชื่อที่บุคคลประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายนั้นก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต มีความยากลำบาก ต้องใช้เวลานานในการรักษา (Becker, 1974) เมื่อผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมาก จะทำให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้น (ทัชชภร หมื่นนิพัฒ, 2555)

2.3.7 การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค สัมผัสโรค หรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด จะมีความสัมพันธ์กับการกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงกับภาวะที่เจ็บป่วย และมีการรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกันออกไป (Becker, 1974) เมื่อผู้ป่วยรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เพิ่มมากขึ้น (ทัชชภร หมื่นนิพัฒ, 2555)

2.3.8 การรับรู้ประโยชน์ เป็นการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใดๆ โดยขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การคาดการณ์ถึงผลประโยชน์เป็นการแสดงออกทางจิตใจ โดยคำนึงถึงผลทางบวกหรือการเสริมแรงของการกระทำ

พฤติกรรมนั้น (Pender et al., 2006) เมื่อผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการตนเองต่ออาการหอบกำเริบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม (ทัชชภร หมื่นนิพัฒ, 2555; วรินธร ดำรงรัตน์นุวงศ์, 2548)

2.3.9 การรับรู้อุปสรรค ความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงอุปสรรคของการจัดการตนเองต่ออาการหอบกำเริบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม (ทัชชภร หมื่นนิพัฒ, 2555; วรินธร ดำรงรัตน์นุวงศ์, 2548)

2.3.10 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการตัดสินของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Bandura, 1977) ผู้ป่วยที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลและสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น (วิยดา สุวรรณชาติ และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2559) จากการศึกษาของ ณรงค์กร ชัยวงศ์, สุภาภรณ์ ด้วงแพง และเขมารดี มาสิงบุญ (2557) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .70$, $p < .01$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ($\beta = .55$, $p < .01$)

2.3.11 การสนับสนุนทางสังคม เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยการเห็นคุณค่า และการให้ความรัก การเข้าใจในปัญหาและรับฟังปัญหาต่างๆ ด้วยความเข้าใจ และช่วยเหลือด้านทรัพยากรในด้านต่างๆ 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเองในระดับมาก จึงช่วยสนับสนุนและเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (House, 1981) จากการศึกษาของ สินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .502$, $p < .01$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ($\beta = .26$, $p < .05$) จากการศึกษาของ ณรงค์กร ชัยวงศ์, สุภาภรณ์ ด้วงแพง และเขมารดี มาสิงบุญ (2557) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .61$, $p < .01$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ($\beta = .21$, $p < .01$)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด มีปัจจัยสาเหตุ คือ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายเชื่อมโยงได้ตามทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) ที่กล่าวว่าการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลจะเป็นตัวเชื่อมโยงที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

และเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ควบคุมปัจจัย โดยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ (สุชาพร ทิพย์สีนวล, 2547) อายุ ต่างกันไม่เกิน 5 ปี (วิยดา สุวรรณชาติ และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2559) และระดับการควบคุมโรคหืด (อรรถการ นาคำ, 2551) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการทดลอง เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่โดยตรง แต่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ เช่น การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมตามมา

2.4 การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด (Self-management behavior assessment of asthma)

2.4.1 แบบวัดทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดของ วันวิสาข์ โลหะสาร (2550) ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก (Epilepsy SM Skill) ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับแนวคำถามให้สอดคล้องกับทักษะที่จำเป็นของผู้ป่วยโรคหืด คือ การยอมรับว่าหืดเป็นโรคที่ต้องใช้เวลานานในการรักษา การมีส่วนร่วมในการควบคุมและจัดการโรคหืดของตนได้ สามารถอธิบายวิธีป้องกันปัจจัยกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้และการลดการกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบได้ รับรู้ถึงอาการและอาการแสดงของการกำเริบของโรคหืดได้ ใช้ยาได้ถูกวิธีในการใช้ MDI, Dry-power inhalers, Diskhalers, Spacers or Nebulizers ปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมในการป้องกันและรักษาอาการในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน และใช้ยาได้เหมาะสมทั้งในภาวะปกติและในภาวะฉุกเฉิน จำนวน 29 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 23 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78

2.4.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของศันสนีย์ กองสกุล (2552) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงบางส่วนจากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองโดยชดช้อย วัฒนะ (2550) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านต่างๆ ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

2.4.3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดของ อรนุช เรืองขจร และวราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล (2554) ที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืดของสุชาพร พิมพ์ศรีนวล (2544) ที่วัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ 7 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการใช้ยาและติดตามการรักษา 2) ด้านการจัดการเมื่อมีอาการกำเริบ 3) ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น 4) ด้านการจัดการกับความเครียด 5) ด้านการพักผ่อนนอนหลับ 6) ด้านการออกกำลังกาย และ 7) ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 55 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกมี 43 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .93 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

2.4.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สร้างโดย ณรงค์กร ชัยวงศ์ (2557) ที่สร้างขึ้นตาม Guideline for cardiac rehabilitation and secondary prevention (ACC/AHA, 2007) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรม 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการบริโภคอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมที่เหมาะสม 3) ด้านการจัดการกับความเครียด และ 4) ด้านการปฏิบัติตัวด้านการรักษา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

2.4.5 แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สร้างโดย สินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) ที่พัฒนาจากแบบประเมินของ Riegel, Carlson, & Glaser (2000) เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม 2) ด้านการรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ 3) ด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และ 4) ด้านการเฝ้าระวังและจัดการอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

2.4.6 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของธนัญชกร ช่วยท้าว (2558) ที่พัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของสุภาภรณ์ ด้วงแพง (2548) การปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต พฤติกรรมด้านการจัดการอาการหายใจลำบาก และพฤติกรรมจัดการด้านอารมณ์ จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .96 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86

2.4.7 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ของวิยดา สุวรรณชาติ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2559) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดของอุรารักษ์ ลำน้อย (2552) ที่วัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ 6 ด้าน ดังนี้ 1) การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ 2) การประเมินอาการหอบเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น 3) การฝึกการบริหารการหายใจและการใช้ยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง 4) การปฏิบัติตัวเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบหืดได้ด้วยตนเอง 5) การออกกำลังกายที่เหมาะสม และ 6) การมารับยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 22 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74

2.4.8 แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วย ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการกับอาการและอารมณ์ ด้านการใช้ยา และด้านการตรวจตามนัด จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ ตามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดย 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านนั้นเลย และ 5 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านนั้นเป็นประจำ

2.4.9 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สร้างโดย Siu, Chan, Poon, Chui, & Chan (2007) ได้แปลแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นภาษาจีนโดยถามถึงความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง มีข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมการจัดการตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ การออกกาลังกาย การรับรู้อาการและการจัดการอาการ การใช้ประโยชน์จากแหล่งชุมชน และการติดต่อกับแพทย์ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับตามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ของ วิยดา สุวรรณชาติ และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ (2559) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ซึ่งตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ จำนวนข้อคำถามมีความชัดเจนครอบคลุมนิยามเชิงปฏิบัติการของพฤติกรรมการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) มีค่าความตรงตามเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นยอมรับได้

3. ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983)

3.1 องค์ประกอบหลักของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจนี้ ได้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร การประเมินการรับรู้มาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่มากระตุ้นและในการประเมินการรับรู้สามารถสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) และการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ดังนี้

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะ ได้แก่

1) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) สามารถพัฒนาได้จากการขู่ว่าถ้ากระทำ หรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเกิดอันตรายหรือภาวะคุกคามดีกว่าการกระตุ้นตามปกติและทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและเปลี่ยนพฤติกรรมได้ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด โดยการให้ความรู้เรื่องโรคหืด การถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบและวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคหืดที่เกิดขึ้นจากการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน

2) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) จะใช้การสื่อสารโดยการขู่ที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้ที่สูบบุหรี่เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปอด แต่การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากภาวะคุกคามนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด โดยมีการให้ความรู้เรื่องโรคหืดและปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคและวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงของโรคหืดที่เกิดขึ้น

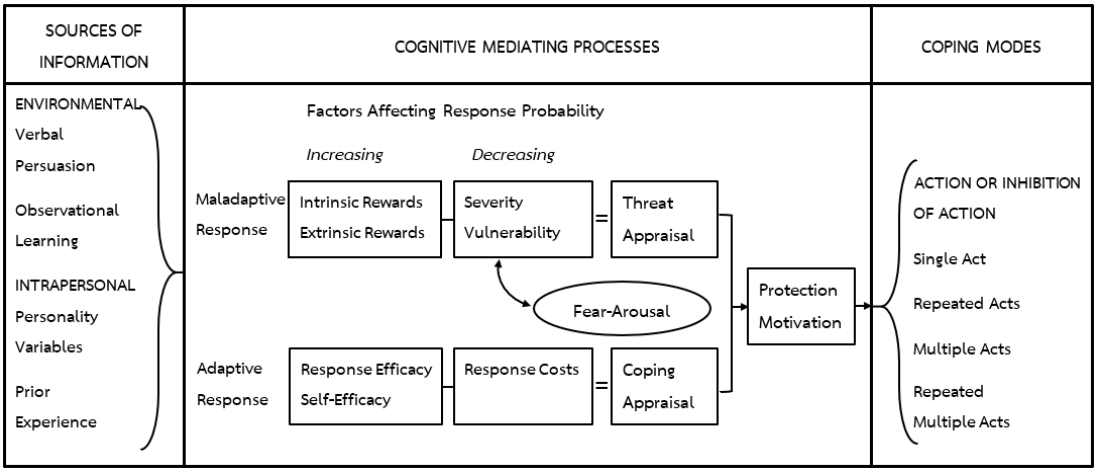
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ ได้แก่

1) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Outcome expectation) คือ กระทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับ หรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องนั้น จากการศึกษาของ Maddux และ Rogers (1992) พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำโดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการงดบุหรี่ คือช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและโรคปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่สูง และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันรักษาสุขภาพของตนเอง จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการเพิ่มความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ที่ดี ส่งผล

ให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองนั้น โดยการใช้ตัวแบบด้านบวกเล่าประสบการณ์ถึงผลดีของพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม

2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมหนึ่งในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงได้ หรือไม่ซึ่งพฤติกรรมนี้ จะเกี่ยวกับความมั่นใจในการปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จการรับรู้ความสามารถไม่เกี่ยวกับทักษะว่าจะมีมากมีน้อย แต่เป็นการที่บุคคลตัดสินตนเองว่าทักษะที่ตนเองมีอยู่นี้ สามารถกระทำพฤติกรรมอะไรได้บ้าง นั่นคือมีความแตกต่างกันระหว่างการมีทักษะกับการมีความสามารถที่จะใช้ทักษะได้ดีดังนั้น การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง นอกจากจะพิจารณาในด้านทักษะแล้ว ยังต้องสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคคลด้วยว่าตนเองสามารถใช้ทักษะนั้นได้ดีและมีประสิทธิภาพบุคคล เชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่มีต่อทางเลือกนั้นๆ ซึ่งการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตน กระทำได้หลายวิธี เช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้หรือการสอน ความสามารถของตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุด และเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตาม การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการกระตุ้นให้เกิดการควบคุมตนเอง การสาธิต และฝึกทักษะในด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ การประเมินอาการและอาการแสดงก่อนและขณะเกิดอาการหอบ การบริหารยาขยายหลอดลม การบริหารการหายใจ และการออกกำลังกายฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ดังภาพ



ภาพที่ 2 แบบจำลองทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983)
(ที่มา: Protection motivation theory (adapted from Roger, 1983) p.97, 1998)

3.2 การประเมินการเสริมสร้างแรงจูงใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในปัจจุบันมีวิธีการประเมินการเสริมสร้างแรงจูงใจหลายวิธีโดยแบ่งได้ตามองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ ดังนี้

3.2.1 การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity)

3.2.1.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงของ บุญชู เหลิมทอง และคณะ (2554) ที่สร้างขึ้นโดยการประยุกต์จากแบบสอบถามของอนุชา นิลอยู่ (2542) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

3.2.1.2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของ อภัสริน มะโน (2554) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78

3.2.1.3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดของ ทัชชภร หมื่นนิพัฒ (2555) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1990) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78

3.2.1.4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานของ สมฤทัย เพชรประยูร (2557) จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .82 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .77

3.2.1.5 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงของ รำไพ นอกตาจั่น (2559) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74

3.2.2 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง (perceived susceptibility)

3.2.2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงของ บุญชู เหลิมทอง และคณะ (2554) ที่สร้างขึ้นโดยการประยุกต์จากแบบสอบถามของอนุชา นิลอยู่ (2542) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78

3.2.2.2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของ อภัสริน มะโน (2554) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76

3.2.2.3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืดของ ทัชชภร หมื่นนิพัฒ (2555) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1990) จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78

3.2.2.4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงของ รำไพ นอกตาจั่น (2559) จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .73

3.2.3 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Outcome expectation)

3.2.3.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติของ บุญชู เหลิมทอง และคณะ (2554) ที่สร้างขึ้นโดยการประยุกต์จากแบบสอบถามของอนุชา นิลอยู่ (2542) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

3.2.3.2 แบบสอบถามการรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันความดันโลหิตสูงของ อภัสริน มะโน (2554) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .75

3.2.3.3 แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืดของ ณฏฐพงษ์ พิมพ์โคตร และคณะ (2556) ที่สร้างขึ้นโดยการประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 16 ข้อ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97

3.2.3.4 แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของ รำไพ นอกตาจั่น (2559) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

3.2.4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy)

3.2.4.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในความสามารถตนเองของ บุญชู เหลิมทอง และคณะ (2554) ที่สร้างขึ้นโดยการประยุกต์จากแบบสอบถามของอนุชา นิลอยู่ (2542) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

3.2.4.2 แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของ อภัสริน มะโน (2554) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

3.2.4.3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืดของ ณฏฐพงษ์ พิมพ์โคตร และคณะ (2556) ที่สร้างขึ้นโดยการประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96

3.2.4.4 แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของ รำไพ นอกตาจั่น (2559) จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74

3.2.4.5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ของ วิยดา สุวรรณชาติ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2559) ที่ดัดแปลงมาจากการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเด็กวัยเรียนโรคหืดของ อุรารักษ์ ลำน้อย (2552) จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .72

3.2.4.6 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันของ อัมรา ศิริทองสุข และคณะ (2559) ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการจัดการเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหืดของ บังอร ปีประทุม (2548) จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบสอบถาม ได้แก่ 1) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด (ทัชชภร หมื่นนิพัฒ, 2555) 2) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด (ทัชชภร หมื่นนิพัฒ, 2555) 3) แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด (ณฏฐพงษ์ พิมพ์โคตร, 2556) และ 4) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด (ณฏฐพงษ์ พิมพ์โคตร, 2556) เนื่องจากสามารถประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่

ธันยาภรณ์ โพธิ์ถาวร (2549) ศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้

ด้านสุขภาพ ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยโรคหืดภายหลังได้รับความรู้ด้านสุขภาพในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ป่วยโรคหืดภายหลังได้รับความรู้ด้านสุขภาพในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สวรรค์ รุจิชยากูร (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหืด ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมไพร เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 15 คน ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุดาวรรณ มีสุข (2551) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคหอบหืด ทัศนคติ การดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนต่อการดูแลตนเองและพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราป่วยซ้ำดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นพรดา เมธาสุวภัทร (2552) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการดูแลตามการประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการหอบกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคหอบหืด เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลตามการประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน โดยการเข้าร่วมกิจกรรม 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 9 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสงเดือน หาญครุฑ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตนต่อระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหอบหืด ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตนมีคะแนนการควบคุมโรคหืดก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และผู้ป่วยโรคหืดในกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตนมีคะแนนการควบคุมโรคหลังการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เนติญา พารพ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลตนเองและการหอบกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Wilson et al. (1993) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองกลุ่มตัวอย่างจำนวน 323 คน ประเมินผลที่ 5 เดือนและ 12 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับโปรแกรมการสอนการจัดการตนเองทั้งการสอนแบบรายกลุ่มและแบบรายบุคคล สามารถควบคุมอาการของโรคได้ มีเทคนิคการพ่นยาที่ถูกต้อง สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ และมีสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

สุชาพร ทิพย์สีนวล และคณะ (2547) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคภูมิแพ้ จำนวน 100 คน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ได้แก่ ชนิดของโรงพยาบาลที่มารับการรักษาและเพศ โดยการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและเพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งตัวแปรทั้ง 2 สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้ร้อยละ 34 ($p < .01$)

บังอร ปีประทุม (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านความ ร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 90 คน พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านความร่วมมือรักษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .65$, $p < .01$) และพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ดีที่สุดคือร้อยละ 43.3 ($R^2 = .443$, $p < .01$)

วรินธร ดำรงรัตร์นุวงศ์ (2548) ศึกษาอิทธิพลด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดที่มีอาการหอบหืด ที่มารับการรักษาที่

โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด จำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .54$, $p < .01$) และปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = -.39$, $p < .01$) และปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 37.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วันวิสาข์ โลหะสาร (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อความรู้เรื่องโรคและทักษะการจัดการตนเอง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืด โดยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ติดต่อกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยส่งจดหมายกระตุ้นเตือน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีทักษะการจัดการตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรนุช เรืองขจร และ วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล (2554) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 19 คน ใช้ระยะเวลา 20 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเสร็จสิ้นที่ 3 เดือน ระยะติดตามผลที่ 4 เดือน และ 5 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิยดา สุวรรณชาติ และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Perneger et al. (2002) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการจัดการตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหืด เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหืดที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล จำนวน 115 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 57 คน และกลุ่มควบคุม 58 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ทันทีหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งโปรแกรมการให้ความรู้ มี 3 ขั้นตอน คือ 1) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการฝึกการควบคุมตนเองและการประเมินอาการที่

ทำให้เกิดอาการจับหืด 2) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการฝึกเกี่ยวกับการบริหารยาพ่นและ 3) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการวางแผนการจัดการตนเอง หลังจากนั้นมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ มีการประเมินผลที่ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีเทคนิคการพ่นยาและความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Martin et al. (2009) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางคอมพิวเตอร์ช่วยสอนในเรื่องของการจัดการกับอาการหอบเฉียบพลัน การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคหืด การใช้ยาควบคุมอาการหอบ การจัดการกับอารมณ์และสิ่งแวดล้อม การมาพบแพทย์ตามนัดทุกสัปดาห์ และมีการเยี่ยมบ้าน 6 ครั้ง ใช้เวลาระยะ 12 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยโรคหืดภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเสร็จสิ้น 3 เดือน และระยะติดตามผลที่ 6 เดือน มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ

จารุภา เลาหพจนารถ (2544) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 40 คน ใช้ระยะเวลา 16 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมและการมีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศศิธร กรุณา (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็น 3 โปรแกรมย่อย ได้แก่ 1) เสริมสร้างความตั้งใจในการปฏิบัติตัว 2) ลดอุปสรรคในการปฏิบัติตัว และ 3) เสริมสร้างความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติตัว ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุญชู เหลิมทอง และคณะ (2554) ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กองทัพอากาศ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มละ 30 คน ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยติดตามวัดผลลัพธ์ที่ 4 และ 8 สัปดาห์ พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยแต่ละด้านสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภัสริน มะโน (2555) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันความดันโลหิตสูงในชายวัยกลางคน เขตกรุงเทพมหานคร แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถ การรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติ และมีพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิชัย ศรีผา (2557) ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 38 คน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานหลังจากได้รับโปรแกรมฯ มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้มีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้นทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการผ่อนคลายความเครียด เมื่อเทียบกับก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมบูรณ์ พันธุ์บุตร (2557) ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้แรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลไร่ขี อำเภอลือ จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 50 คน พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจในการป้องกันโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและแรงสนับสนุนทางสังคมดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รำไพ นอกตาจั่น (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดัน

โลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Bennett et al. (1998) ศึกษาทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรักษาและการป้องกันโรคหืด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ใช้ยาสเตียรอยด์ จำนวน 100 คน พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ มี 71 คน ที่สามารถป้องกันอาการหอบกำเริบและมีความสามารถในการใช้ยาพ่นที่ถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีงานวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ เชิงทำนาย และเชิงทดลองที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหืด โดยมีรูปแบบการศึกษาทดลองที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การเสริมสมรรถนะแห่งตน และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด แต่ยังพบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่มีจำกัด ซึ่งพบเพียงการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ (วิยดา สุวรรณชาติ และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2559) การศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด (อรนุช เรืองขจร และ วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล, 2554) และการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อความรู้เรื่องโรคและทักษะการจัดการตนเอง (วันวิสาข์ โลหะสาร, 2550) เป็นต้น

แม้ว่าจะมีงานวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด แต่จากสถิติที่ผ่านมาจึงพบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญและความตระหนักต่อการจัดการตนเองในการป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน และยังไม่มั่นใจในสัญญาณเตือนของการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ทำให้การประเมินอาการหอบกำเริบเฉียบพลันต่ำกว่าความเป็นจริง (อัมรา ศิริทองสุข, 2559) ซึ่งการรักษาในปัจจุบันมีเป้าหมาย เพื่อลดอัตราการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันและสามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้ (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2555) และจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการศึกษาทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ 2 แบบ คือ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อเป็นปัจจัยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น

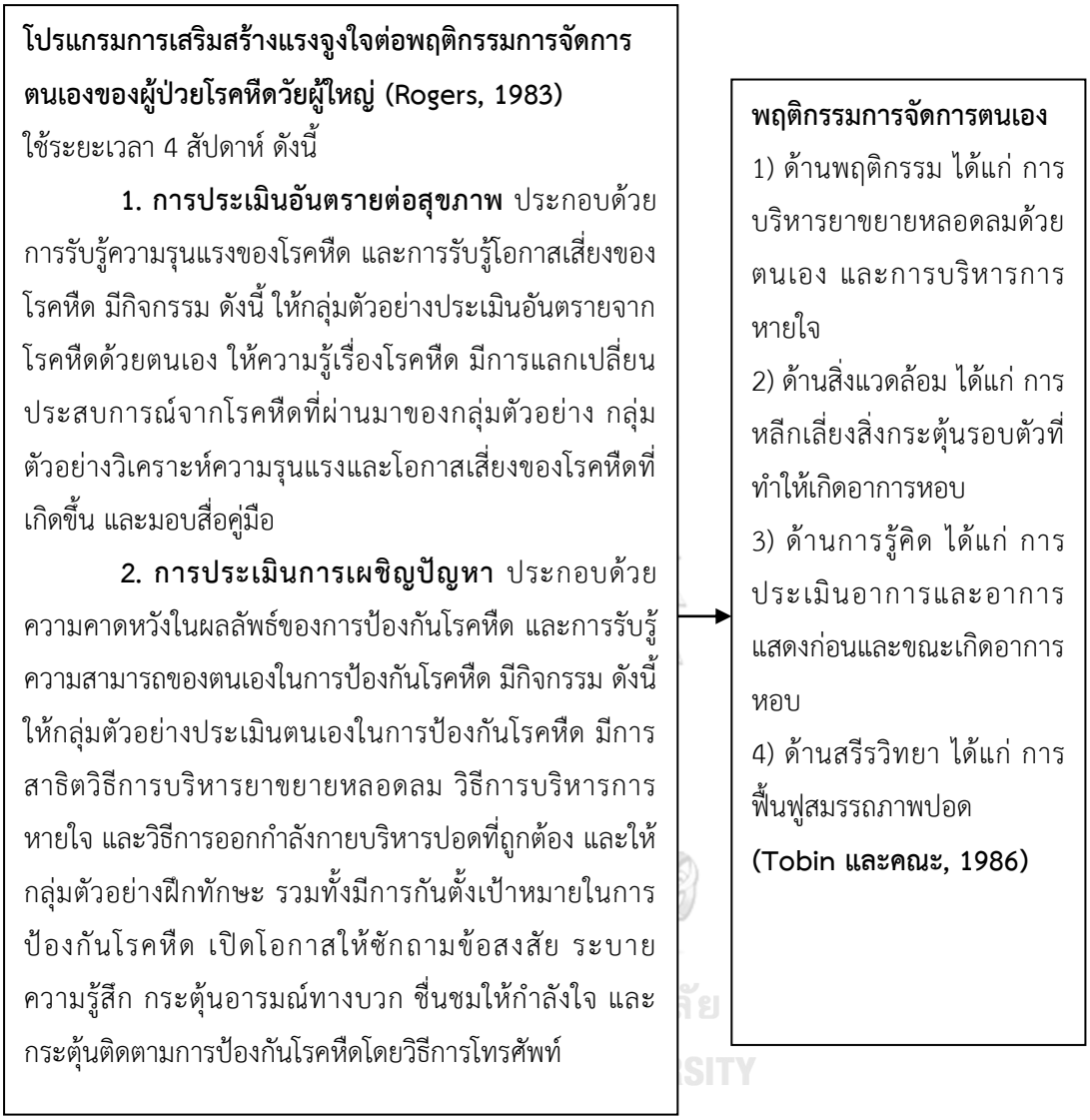
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) นำมาจัดกิจกรรมในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด โดยใช้การประเมินอันตราย ได้แก่ การสร้างให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงและรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด มีการให้ความรู้เรื่องโรคหืด และการวิเคราะห์ประสบการณ์การเกิดโรคหืดของตนเองที่ผ่านมา การประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความคาดหวังในผลลัพธ์และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีการสาธิตและฝึกทักษะการบริหารยาขยายหลอดลม วิธีการบริหารการหายใจ และวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องด้วยตนเอง โดยมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

จากการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าว สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

5. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ แบบแผนการทดลองเป็นแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit & Hungler, 2013) โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม O_1 O_2

กลุ่มทดลอง O_3 X O_4

O_1 หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม
O_2 หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม
O_3 หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง
O_4 หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
X หมายถึง การพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 18 - 59 ปี ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. มีระดับการควบคุมโรคหืดได้บางส่วน (Partly controlled) และไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้ (Uncontrolled) ตามเกณฑ์ของ Asthma Control Test: ACT (2004) ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
2. มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้
3. ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้
4. สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะวิกฤติที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนขณะรอรับการตรวจรักษาหรือขณะอยู่ที่บ้าน ได้แก่ มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี้ด เป็นต้น

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหืด ให้มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยวิธีการจับคู่ (Matched-Pairs) เป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยพิจารณาตัวแปรดังนี้ 1) เพศ (สุชาพร ทิพย์สีนวล, 2547) 2) อายุ ต่างกันไม่เกิน 5 ปี (วิยดา สุวรรณชาติ และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2559) และ 3) ระดับการควบคุมโรคหืด (อรรถการ นาคำ, 2551) ตามเกณฑ์ Asthma Control Test (2004)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistical Power Table) ด้วยการกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .50 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ α = .05 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test ในการทดสอบสมมุติฐานทางเดียวกัน (One-tailed test) จากการเปิดตารางอำนาจทดสอบได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 44 คน กลุ่มละ 22 คน (Polit & Hungler, 2013)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยมีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนทุกวันพฤหัสบดี เพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลในวันศุกร์ เนื่องจากโรงพยาบาลสุรินทร์ มีคลินิกโรคหืด ทุกวันศุกร์ เวลา 08.00 - 12.00 น.

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยดูข้อมูลจากเวชระเบียนประวัติการรักษาของผู้ป่วยโรคหืด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคหืด เพื่อแนะนำตัว และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ตลอดจนขั้นตอนดำเนินการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent Form) ผู้วิจัยจึงจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนทุกวันพฤหัสบดี เพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลในวันศุกร์ เนื่องจากโรงพยาบาลสุรินทร์ มีคลินิกโรคหืด ทุกวันศุกร์ เวลา 08.00 - 12.00 น.

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยดูข้อมูลจากเวชระเบียนประวัติการรักษาของผู้ป่วยโรคหืด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคหืด เพื่อแนะนำตัว และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ตลอดจนขั้นตอนดำเนินการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent Form) ผู้วิจัยจึงจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มทดลอง

4. ผู้วิจัยพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มควบคุม (Matched-Pairs) โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่อง 1) เพศ 2) อายุ ต่างกันไมเกิน 5 ปี และ 3) ระดับการควบคุมโรคหืด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการคัดเลือกกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 22 คน หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มทดลองจนครบ 22 คน ในระหว่างดำเนินการคัดเลือกกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched-Pairs) เพื่อให้กลุ่มทดลองมีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มควบคุม โดยพิจารณาตัวแปร ดังนี้ 1) เพศ (สุชาพร ทิพย์สีนวล, 2547) 2) อายุ ต่างกันไม่เกิน 5 ปี (วิยดา สุวรรณชาติ และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2559) และ 3) ระดับการควบคุมโรคหืด (อรรถการ นาคำ, 2551) ตามเกณฑ์ Asthma Control Test (2004) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 22 คู่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 3 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (Matched-Pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านเพศ อายุ และระดับการควบคุมโรคหืด

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n = 22)			กลุ่มทดลอง (n = 22)		
	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการควบคุมโรค	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการควบคุมโรค
1	หญิง	25	ควบคุมโรคได้บางส่วน	หญิง	26	ควบคุมโรคได้บางส่วน
2	หญิง	33	ควบคุมโรคได้บางส่วน	หญิง	34	ควบคุมโรคได้บางส่วน
3	หญิง	42	ควบคุมโรคได้บางส่วน	หญิง	46	ควบคุมโรคได้บางส่วน
4	หญิง	48	ควบคุมโรคได้บางส่วน	หญิง	49	ควบคุมโรคได้บางส่วน
5	หญิง	54	ควบคุมโรคได้บางส่วน	หญิง	54	ควบคุมโรคได้บางส่วน
6	หญิง	55	ควบคุมโรคได้บางส่วน	หญิง	55	ควบคุมโรคได้บางส่วน
7	หญิง	58	ควบคุมโรคได้บางส่วน	หญิง	59	ควบคุมโรคได้บางส่วน
8	หญิง	56	ควบคุมไม่ได้	หญิง	56	ควบคุมไม่ได้
9	หญิง	39	ควบคุมไม่ได้	หญิง	36	ควบคุมไม่ได้
10	หญิง	50	ควบคุมไม่ได้	หญิง	52	ควบคุมไม่ได้
11	หญิง	57	ควบคุมไม่ได้	หญิง	56	ควบคุมไม่ได้
12	ชาย	22	ควบคุมโรคได้บางส่วน	ชาย	26	ควบคุมโรคได้บางส่วน
13	ชาย	30	ควบคุมโรคได้บางส่วน	ชาย	33	ควบคุมโรคได้บางส่วน
14	ชาย	37	ควบคุมโรคได้บางส่วน	ชาย	37	ควบคุมโรคได้บางส่วน
15	ชาย	44	ควบคุมโรคได้บางส่วน	ชาย	44	ควบคุมโรคได้บางส่วน
16	ชาย	49	ควบคุมโรคได้บางส่วน	ชาย	48	ควบคุมโรคได้บางส่วน
17	ชาย	53	ควบคุมโรคได้บางส่วน	ชาย	55	ควบคุมโรคได้บางส่วน
18	ชาย	56	ควบคุมโรคได้บางส่วน	ชาย	56	ควบคุมโรคได้บางส่วน
19	ชาย	38	ควบคุมไม่ได้	ชาย	35	ควบคุมไม่ได้
20	ชาย	41	ควบคุมไม่ได้	ชาย	41	ควบคุมไม่ได้
21	ชาย	50	ควบคุมไม่ได้	ชาย	52	ควบคุมไม่ได้
22	ชาย	59	ควบคุมไม่ได้	ชาย	55	ควบคุมไม่ได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่เป็นโรคหืด โรคประจำตัว/โรคร่วมอื่นที่นอกจากโรคหืด และการใช้ยาพ่น ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

1.2 แบบประเมินระดับการควบคุมโรคหืด (Asthma Control Test: ACT) ของ Nathan และคณะ (2004) โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับอาการหอบที่เกิดขึ้นในเวลากลางวันและกลางคืน ผลกระทบของโรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวนยาขยายหลอดลมที่ใช้ และความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการควบคุมโรค จากการรักษาในระยะ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 (ไม่มีอาการ = 5, มีอาการมาก = 1) และแบ่งการประเมินระดับการควบคุมโรคหืด เป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

คะแนน 25	หมายถึง	ควบคุมอาการได้สมบูรณ์ (Controlled)
คะแนน 21-24	หมายถึง	ควบคุมอาการได้บางส่วน (Partly controlled)
คะแนน ≤ 20	หมายถึง	ควบคุมอาการไม่ได้ (Uncontrolled)

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ของ วิยดา สุวรรณชาติ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2559) ที่เป็นแบบสอบถามโดยการวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ 6 ด้าน ดังนี้ 1) การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ 2) การประเมินอาการหอบเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น 3) การฝึกการบริหารการหายใจและการใช้ยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง 4) การปฏิบัติตัวเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบหืดได้ด้วยตนเอง 5) การออกกำลังกายที่เหมาะสม และ 6) การมารับยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ จำนวน 31 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 23 ข้อ และด้านลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1.2, 1.4, 1.5, 5.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74 โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ทำทุกครั้งหรือทำทุกวัน	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมการจัดการตนเองในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำ
ทำเกือบทุกครั้งหรือเกือบทุกวัน	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมการจัดการตนเองในเรื่องนั้นๆ เกือบทุกครั้งหรือเกือบทุกวัน (ทำ 4-6 วันใน 1 สัปดาห์)
ทำบางครั้งหรือบางวัน	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมการจัดการตนเองในเรื่องนั้นๆ นานๆ ครั้ง หรือบางวัน (ทำ 1-3 วันใน 1 สัปดาห์)
ไม่ได้ทำ	หมายถึง	ท่านไม่ได้ทำกิจกรรมการจัดการตนเองในเรื่องนั้นๆ เลย

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
ทำทุกครั้ง	4 คะแนน	1 คะแนน
ทำเกือบทุกครั้ง	3 คะแนน	2 คะแนน
ทำบางครั้ง	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่ได้ทำ	1 คะแนน	4 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน นำคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอยู่ในช่วง 31 – 124 คะแนน มาคำนวณเป็นร้อยละแล้วแปลผล โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Bloom, Hastings, and Madaus (1971) ออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (100 – 124 คะแนน)	หมายถึง	มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเหมาะสม
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 (31 – 99 คะแนน)	หมายถึง	มีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่เหมาะสม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไป

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 1 คน พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหืด 2 คน และอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 2 คน

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์การตัดสินความตรงตามเนื้อหาตามความเห็นที่สอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8

จากสูตรดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนเห็นว่าสอดคล้อง/สอดคล้องมาก (ระดับ 3 และ 4)}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ เท่ากับ 1.0

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วไปใช้กับผู้ป่วยที่โรคหืด ไปใช้กับผู้ป่วยโรคหืดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน (Burns & Grove, 2009) ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งมีเกณฑ์พิจารณา ค่าที่ยอมรับได้ คือ ≥ .70 (Polit & Beck, 2008)

ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .76

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยพัฒนาจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) และแนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ มีขั้นตอนดังนี้

2.1.1 ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด

2.1.2 สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย หลักการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการดำเนินการแต่ละขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการ และการประเมินผลของโปรแกรม

2.1.3 กำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคหืดเป็นรายบุคคล การถ่ายทอดประสบการณ์ในการประเมินอันตราย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด การประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ การเสริมสร้างทักษะการประเมินอาการและอาการแสดงก่อนและขณะเกิดอาการหอบ การบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง การบริหารการหายใจ และการออกกำลังกายในท่าบริหารปอดที่ถูกต้อง มอบคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด และการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม กระตุ้นเตือน และให้คำปรึกษา

2.1.4 จัดทำเอกสารและสื่อประกอบการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ สำหรับผู้ป่วยโรคหืดตามที่กำหนด ในการวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือและสื่อที่ใช้ในการดำเนินการ ดังนี้

2.1.4.1 แผนการสอนเรื่องความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด แนวทางการดูแลรักษาโรคหืด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ การบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง การบริหารการหายใจ และการออกกำลังกายในท่าบริหารปอดที่เหมาะสม เป็นต้น โดยนำเสนอเนื้อหาตามแผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (Power point presentation)

2.1.4.2 คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตของเนื้อหา ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด แนวทางการดูแลรักษาโรคหืด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ การบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง การบริหารการหายใจ และการออกกำลังกายในท่าบริหารปอดที่เหมาะสม

2.1.4.3 แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ผู้วิจัยกำหนดเนื้อหาในการสนทนาทางโทรศัพท์ที่มีความสอดคล้องกับเนื้อหาในแผนการสอนและคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อพูดคุยให้กำลังใจ ติดตามและกระตุ้นเตือนทบทวนความรู้ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง

2.1.5 ผู้วิจัยกำหนดการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ในสัปดาห์ที่ 5 ของการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการศึกษาตำราและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) และแนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) ซึ่งได้กำหนดเนื้อหาตามองค์ประกอบในการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อใช้ในการวางแผนให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองให้เหมาะสม ทั้งนี้ได้คำนึงถึงการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยการวิจัยครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 60 นาที

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด เริ่มดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์แรกที่พบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและปฏิบัติต่อเนื่องจนสิ้นสุดโปรแกรมฯ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองเพื่อสร้างความไว้วางใจและความเชื่อมั่นแก่กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1.1 ผู้วิจัยพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหืดของตนเอง และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอันตรายของโรคหืดจากประสบการณ์ที่ผ่านมาตามการรับรู้ของตนเอง เกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของโรคหืด และปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบขึ้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคหืด ตามการรับรู้การประเมินอันตรายที่จะส่งผลคุกคามต่อชีวิต เพื่อนำไปสู่การตั้งเป้าหมายและหาแนวทางป้องกัน

1.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด แนวทางการดูแลรักษาโรคหืด อาการและความรุนแรงที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ โดยการใช้สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point presentation) พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง

1.3 ผู้วิจัยกระตุ้นอารมณ์ทางบวก ชื่นชมให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้

2. การประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยกิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตั้งความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากโรคหืดจากประสบการณ์ที่ผ่านมา และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ตั้งความคาดหวังในการป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรคหืด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.2 ผู้วิจัยเป็นตัวแบบในการสาธิตวิธีการบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเองที่ถูกต้อง การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายในท่าบริหารปอด

2.3 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการบริหารยาขยายหลอดลม การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายบริหารปอดด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยคอยแนะนำอยู่ข้างๆ ตรวจสอบและชี้แนะการปฏิบัติทักษะที่ถูกต้อง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในตนเอง สามารถปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองในการบริหารยาขยายหลอดลม บริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายบริหารปอดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2.4 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทักษะการบริหารยาขยายหลอดลม การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายบริหารปอด ให้ผู้วิจัยดู 1 ครั้ง เพื่อประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติทักษะ

2.5 ผู้วิจัยมอบสื่อคู่มือพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ให้กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปทบทวนความรู้ด้วยตนเอง และนำไปปฏิบัติทักษะเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

2.6 ผู้วิจัยกระตุ้นอารมณ์ทางบวก ชื่นชมให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้

สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 – 15 นาที

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ทบทวนความรู้ตามคู่มือปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ประเมินปัญหา/อุปสรรคในการจัดการตนเอง พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไข พูดคุยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และเน้นย้ำถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนัก สร้างความมั่นใจ และความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้

ประเมินผลลัพธ์ คือ การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ในสัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 15 – 20 นาที ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่าถึงประสบการณ์การจัดการตนเองโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ และผู้วิจัยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด และแผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 1 คน พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหืด 2 คน และอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 2 คน

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ทำการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ โดยมีข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1) แผนการสอน

แผนการสอนเรื่องความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ เนื้อหาเข้าใจง่าย ไม่ยากจนเกินไป แต่ควรปรับให้สั้นกระชับ ได้ใจความ ไม่ควรใช้ภาษาวิชาการ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจยาก ปรับภาษาให้เหมาะสม ศัพท์ทางเทคนิคตัดออก หรือบอกความหมายที่เป็นภาษาไทยให้ชัดเจน

2) คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่

รูปภาพควรเป็นรูปภาพที่วาดเอง เพื่อป้องกันการถูกฟ้องร้อง เพิ่มภาพประกอบเรื่องการใช้ยาพ่น ทบทวนเนื้อหาให้สอดคล้องกับ Guideline ในประเทศไทย และปรับภาษาสำหรับประชาชนมากขึ้น ลดการใช้ภาษาอังกฤษลง เพิ่มการสรุปกิจกรรมท้ายเล่ม

3) สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point presentation)

เรื่องความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ เนื้อหาเหมาะสม ระวังเรื่องภาพทางอินเตอร์เน็ต เป็นรูปของผู้อื่น ควรใช้ภาพที่วาดเอง เนื้อหาในสไลด์ยาวเกินไป ควรใช้รูปภาพแทนการบรรยาย เพื่อความน่าสนใจ และปรับภาษาสำหรับประชาชนมากขึ้น

4) แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

ควรเพิ่มเป้าหมายในการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ที่ชัดเจน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือทดลอง ได้แก่ แผนการสอนเรื่องความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน และแผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง ก่อนนำไปทดลองใช้

2. การทดลองใช้

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหืดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน ที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของรูปแบบ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม พบว่า ภาษาที่ใช้เข้าใจง่าย ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาได้เป็นอย่างดี เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมทั้งหมดประมาณ 60 นาที

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด

ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดของทัชชภร หมื่นนิพัฒ (2555) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1990) จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78 โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อคำถามด้านบวก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน นำคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอยู่ในช่วง 6 – 30 คะแนน มาคำนวณเป็นร้อยละแล้วแปลผล โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Bloom et al. (1971) ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (24 – 30 คะแนน) หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดสูง

คะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79 (18 - 23 คะแนน) หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (6 – 17 คะแนน) หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดต่ำ

3.2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด

ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืดของทัชชภร หมื่นนิพัฒ (2555) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1990) จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78 โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อคำถามด้านบวก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน นำคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอยู่ในช่วง 6 – 30 คะแนน มาคำนวณเป็นร้อยละแล้วแปลผล โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Bloom et al. (1971) ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (24 – 30 คะแนน)	หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืดสูง
คะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79 (18 - 23 คะแนน)	หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืดปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (6 – 17 คะแนน)	หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืดต่ำ

3.3 แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด

ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืดของณฏฐพงษ์ พิมพ์โคตร และคณะ (2556) ที่สร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96 โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
เห็นด้วย	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน	3 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน นำคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอยู่ในช่วง 16 – 48 คะแนน มาคำนวณเป็นร้อยละแล้วแปลผล โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Bloom et al. (1971) ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (38 – 48 คะแนน) หมายถึง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืดสูง

คะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79 (29 - 37 คะแนน) หมายถึง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืดปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (16 – 28 คะแนน) หมายถึง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืดต่ำ

3.4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด

ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืดของณฏฐพงษ์ พิมพ์โคตร และคณะ (2556) ที่สร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96 โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

มั่นใจว่าทำได้	หมายถึง	ท่านสามารถทำกิจกรรมนั้นได้
ทำได้บ้าง	หมายถึง	ท่านสามารถทำกิจกรรมนั้นได้บ้างบางส่วน
ไม่มั่นใจ/ทำไม่ได้	หมายถึง	ท่านไม่มั่นใจว่าทำกิจกรรมนั้นได้หรือทำกิจกรรมนั้นไม่ได้เลย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อคำถามด้านบวก
มั่นใจว่าทำได้	3 คะแนน
ทำได้บ้าง	2 คะแนน
ไม่มั่นใจ/ทำไม่ได้	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน นำคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอยู่ในช่วง 15 – 45 คะแนน มาคำนวณเป็นร้อยละแล้วแปลผล โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Bloom et al. (1971) ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (36 – 45 คะแนน)	หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืดสูง
คะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79 (27 - 35 คะแนน)	หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืดปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (15 – 26 คะแนน)	หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืดต่ำ

สรุปผลการกำกับการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนของแต่ละแบบสอบถามมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองทุกคน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ คือ แบบสอบถามการเสริมสร้างแรงจูงใจตามทฤษฎีของ Rogers (1983) ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด 2) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด 3) แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และ 4) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 1 คน พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหืด 2 คน และอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 2 คน

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์การตัดสินความตรงตามเนื้อหาตามความเห็นที่สอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Hungler, 2013)

จากสูตรดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนเห็นว่าสอดคล้อง/สอดคล้องมาก (ระดับ 3 และ 4)}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหา ดังนี้

1) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด เท่ากับ 1.0

2) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด เท่ากับ 1.0

3) แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด เท่ากับ 1.0

4) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด เท่ากับ 1.0

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเสริมสร้างแรงจูงใจตามทฤษฎีของ Rogers (1983) ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด 2) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด 3) แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และ 4) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วไปใช้กับผู้ป่วยที่โรคหืดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน (Burns & Grove, 2009) ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งมีเกณฑ์พิจารณา ค่าที่ยอมรับได้ คือ ≥ .70 (Polit & Beck, 2008)

ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยง ดังนี้

1) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด เท่ากับ .83

2) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด เท่ากับ .93

3) แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด เท่ากับ .85

4) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด เท่ากับ .90

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ระหว่าง วันที่ 15 พฤษภาคม – 30 กันยายน พ.ศ. 2560 ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง เริ่มตั้งแต่ วันที่ 15 พฤษภาคม – 30 กันยายน พ.ศ. 2560 มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตัวเอง โดยการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหืด การฝึกวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดโดยเครื่องเป่าปอดอย่างง่าย (Peak flow meter) การฝึกวิธีการใช้ยาพ่น-สูดยาขยายหลอดลม ฝึกท่าบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายบริหารปอดให้เกิดความชำนาญและมีทักษะที่ถูกต้อง เพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ

2. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ แผนการสอนเรื่องความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ และแผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

3. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และตัวอย่างเครื่องมือวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

4. ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2560 (เลขที่หนังสือรับรอง 21/2560) ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และเครื่องมือวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์

5. ภายหลังการได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เริ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งสิ้นสุดการทดลอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง เริ่มตั้งแต่ วันที่ 2 มิถุนายน – 30 กันยายน พ.ศ. 2560 มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 1 วัน

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทุกวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.00 – 12.00 น.

3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ในขณะที่รอเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์ ณ คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเพื่อการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent Form) โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง รวม 44 คน โดยดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

5. ผู้วิจัยประเมินระดับการควบคุมโรคหืด (Asthma Control Test: ACT) โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับการควบคุมโรคหืดของ Nathan และคณะ (2004) ในผู้ป่วยที่มีระดับการควบคุมโรคหืดได้บางส่วน (Partly controlled) และไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้ (Uncontrolled) จนครบตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

6. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองตามกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ณ คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ณ คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย และชี้แจงการดำเนินงานวิจัย เพื่อขอความร่วมมือโดยอธิบายประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการวิจัยในครั้งนี้

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ โดยวัดพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้สิ่ง

กระตุ้นและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ 2) การประเมินอาการและอาการแสดงก่อนและขณะเกิดอาการหอบ 3) การบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเองและการบริหารการหายใจ 4) การปฏิบัติตัวเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง 5) การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และ 6) การมารับยาอย่างต่อเนื่อง โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อความในแบบสอบถามเองและบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 25 - 30 นาที (Pre-test)

3. ผู้วิจัยอธิบายกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมว่าผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลและแพทย์ตามมาตรฐานของโรงพยาบาลเช่นเดิม

สัปดาห์ที่ 1 - 4 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมดำเนินชีวิต และมารับยาตามนัดตามปกติ

สัปดาห์ที่ 5 การประเมินผลการวิจัย มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ตามนัดที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ โดยใช้แบบสอบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ โดยวัดพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้สิ่งกระตุ้นและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ 2) การประเมินอาการและอาการแสดงก่อนและขณะเกิดอาการหอบ 3) การบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเองและการบริหารการหายใจ 4) การปฏิบัติตัวเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง 5) การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และ 6) การมารับยาอย่างต่อเนื่อง โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อความในแบบสอบถามเองและบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม ใช้เวลา 25 - 30 นาที (Post-test) และมอบคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (กิจกรรมที่ 1) ณ คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ (30 นาที)

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย และชี้แจงการดำเนินงานวิจัย เพื่อขอความร่วมมือโดยอธิบายประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการวิจัยในครั้งนี้

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ โดยวัดพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้สิ่งกระตุ้นและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ 2) การประเมินอาการและอาการแสดงก่อนและขณะเกิดอาการหอบ 3) การบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเองและการบริหารการหายใจ 4) การปฏิบัติตัว เมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง 5) การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และ 6) การมารับยาอย่างต่อเนื่อง โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อความในแบบสอบถามเองและบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 25 - 30 นาที (Pre-test)

สัปดาห์ที่ 1 (กิจกรรมที่ 2)

1. ผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายบุคคล ตามแผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (Power point presentation) มีเนื้อหาดังนี้ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด แนวทางการดูแลรักษาโรคหืด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ การบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง การบริหารการหายใจ และการออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น (30 นาที)

2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหืดของตนเอง และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอันตรายของโรคหืดจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ตามการรับรู้ของตนเองเกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของโรคหืด และปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบขึ้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคหืด ตามการรับรู้การประเมินอันตรายที่จะส่งผลคุกคามต่อชีวิต เพื่อนำไปสู่การตั้งเป้าหมายและหาแนวทางป้องกัน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง จากนั้นผู้วิจัยทำการกระตุ้นอารมณ์ทางบวก ชื่นชมให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ (10 นาที)

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการเผชิญปัญหา โดยการประเมินความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากโรคหืดจากประสบการณ์ที่ผ่านมา และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ตั้งความคาดหวังในการป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรคหืด จากนั้นผู้วิจัยเป็นตัวแบบในการสาธิตวิธีการบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเองที่ถูกต้อง การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายในท่าบริหารปอด เมื่อผู้วิจัยทำการสาธิตทักษะเสร็จแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการบริหารยาขยายหลอดลม การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายบริหารปอดด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยคอยแนะนำอยู่ข้างๆ ตรวจสอบและชี้แนะการปฏิบัติทักษะที่ถูกต้อง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม (15 นาที)

4. ผู้วิจัยเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง กระตุ้นการประเมินอันตรายและการประเมินการเผชิญปัญหาจากโรคหืด เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคหืด และเป็นการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติทักษะ และระบายความรู้สึกต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง จากนั้นผู้วิจัยทำการกระตุ้นอารมณ์ทางบวก ชื่นชมให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ (5 นาที)

สรุปกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ใช้วิเคราะห์การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด โดยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงอาการหอบที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีอาการที่เกิดขึ้นได้บ่อย คือ อาการหอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่มหรือหายใจไม่สะดวก หายใจมีเสียงวี้ด และอาการไอ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทราบว่าหากมีอาการหอบที่รุนแรงจะเกิดอาการจับหืดขึ้นทันที ต้องใช้ยาพ่นฉุกเฉิน

การประเมินการเผชิญปัญหา โดยให้กลุ่มตัวอย่างตั้งความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตั้งความคาดหวังในการป้องกันโรคหืดได้ และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบรุนแรงจากโรคหืดได้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถทำการปฏิบัติทักษะการบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายบริหารปอดได้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4

ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ (15 นาที) โดยติดตามทบทวนความรู้ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย รวมถึงให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาและให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง พร้อมทั้งประเมินการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยโรคหืด ในสัปดาห์ที่ 4 และนัดหมายเข้าพบ เพื่อประเมิน Post-test ในสัปดาห์ที่ 5

สรุปกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4

กลุ่มตัวอย่างให้เบอร์โทรศัพท์ที่ถูกต้อง สามารถติดตามเยี่ยมได้ทุกคน ในการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการสนทนาและตอบคำถามของผู้วิจัยได้เป็นอย่างดี กลุ่มตัวอย่างบางรายซักถามข้อสงสัยในเรื่องวิธีการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และขอคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายบริหารปอด กลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเองได้ บริหารการหายใจแบบเป่าปากทุกวัน และออกกำลังกายในท่าบริหารปอดได้สัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ภายหลังการสนทนาทุกครั้งกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมีความยินดีให้ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในครั้งต่อไปตามวันเวลาที่สะดวก ผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยแบบสอบถามการเสริมสร้างแรงจูงใจในสัปดาห์ที่ 4

สัปดาห์ที่ 5

กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ตามนัดที่คลินิกโรคหืด ผู้วิจัยเข้าพบให้กลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการ

ตนเองที่เหมาะสม และเน้นย้ำการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยกล่าวสรุปกิจกรรม และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง หลังจากการดำเนินกิจกรรมสิ้นสุดลง รวมระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ (15 - 20 นาที)

สรุปกิจกรรมสัปดาห์ที่ 5

กลุ่มตัวอย่างยินดีและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างบางรายชื่นชมการทำกิจกรรมแบบนี้ และบอกว่าควรจัดกิจกรรมแบบนี้ต่อไปอีก ก่อนการดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่เหมาะสม หลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมทุกคน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ คือ การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ในสัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 15 – 20 นาที

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่าถึงประสบการณ์การจัดการตนเองโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ และให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการ บริหารยาขยายหลอดลม การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายบริหารปอด ให้ผู้วิจัยดู 1 ครั้ง เพื่อประเมินความถูกต้องของทักษะปฏิบัติจากการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงในที่ผ่านมา ผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยแบบสอบถามการเสริมสร้างแรงจูงใจตามทฤษฎีของ Rogers (1983) ในสัปดาห์ที่ 4 พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 5 เมื่อกิจกรรมสิ้นสุดลง ผู้วิจัยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องต่อไป ผู้วิจัยกล่าวสรุปกิจกรรม และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และปิดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2560 (เลขที่หนังสือรับรอง 21/2560) ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ ผู้วิจัยเข้าชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการวิจัย โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลและเวลาที่เพียงพอในการตัดสินใจอย่างอิสระ ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอน

ตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการหรือการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับตามสิทธิ์ และชี้แจงว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในขณะดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการดำเนินการวิจัยโดยทันที และประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิกโรคหืด เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาที่เหมาะสมต่อไป หรือกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอยู่บ้าน ผู้วิจัยจะประสานงานกับหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดเพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ภาพที่ 4 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 18 – 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และนำเสนอรูปแบบผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่เป็นโรคหืด โรคประจำตัว/โรคร่วมอื่นนอกเหนือจากโรคหืด และการใช้ยาพ่น ดังตารางที่ 4

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 5

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ดังตารางที่ 6

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ดังตารางที่ 7

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่เป็นโรคหืด โรคประจำตัว/โรคร่วมอื่นที่นอกจากโรคหืด การใช้ยาพ่น และระดับการควบคุมโรคหืด ดังตาราง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n_1 = 22)		กลุ่มทดลอง (n_2 = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ*				
ชาย	11	50.0	11	50.0
หญิง	11	50.0	11	50.0
อายุ (ปี)*				
20 - 29	2	9.09	2	9.09
30 - 39	5	22.73	5	22.73
40 - 49	5	22.73	5	22.73
50 - 59	10	45.45	10	45.45
อายุเฉลี่ย	$\overline{X}$ = 45.27		$\overline{X}$ = 45.68	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	SD = 11.00		SD = 10.47	
ดัชนีมวลกาย (Kg/m^2)				
18.5 - 22.99	8	36.36	7	31.82
23.0 – 24.99	4	18.18	5	22.73
25.0 – 29.99	8	36.36	6	27.27
30 ขึ้นไป	2	9.10	4	18.18
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย	$\overline{X}$ = 24.64		$\overline{X}$ = 25.30	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	SD = 4.41		SD = 3.81	

* ตัวแปรที่ใช้ในการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched-Pairs)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4 (ต่อ) จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่เป็นโรคหืด โรคประจำตัว/โรคร่วมอื่นที่นอกจากโรคหืด การใช้ยาพ่น และระดับการควบคุมโรคหืด ดังตาราง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n_1 = 22)		กลุ่มทดลอง (n_2 = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
โสด	5	22.73	2	9.10
คู่	13	59.09	17	77.28
หม้าย	3	13.64	1	4.54
หย่าร้าง	1	4.54	1	4.54
แยกกันอยู่	-	-	1	4.54
ศาสนา				
พุทธ	22	100	22	100
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	10	45.54	6	27.30
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	4.54	4	18.18
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	4.54	7	31.80
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา	2	9.10	1	4.54
ปริญญาตรี	6	27.27	4	18.18
สูงกว่าปริญญาตรี	2	9.10	-	-
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	4.54	3	13.64
รับราชการ	5	22.72	2	9.09
รัฐวิสาหกิจ	-	-	2	9.09
พนักงานบริษัท	1	4.54	-	-
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	1	4.54	6	27.27
เกษตรกรรม	8	36.36	6	27.27
รับจ้าง	6	27.30	3	13.64

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4 (ต่อ) จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่เป็นโรคหืด โรคประจำตัว/โรคร่วมอื่นที่นอกจากโรคหืด การใช้ยาพ่น และระดับการควบคุมโรคหืด ดังตาราง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n_1 = 22)		กลุ่มทดลอง (n_2 = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	4	18.18	5	22.73
5,000 - 9,999 บาท	9	40.91	7	31.82
10,000 - 14,999 บาท	2	9.09	3	13.63
15,000 – 19,999บาท	-	-	2	9.09
20,000 บาท ขึ้นไป	7	31.82	5	22.73
สิทธิการรักษาพยาบาล				
ชำระเงินเอง	2	9.1	1	4.55
ประกันสังคม	4	18.18	4	18.18
เบิกจากต้นสังกัด	6	27.27	3	13.64
บัตรทอง	10	45.45	14	63.63
ระยะเวลาที่เป็นโรค				
ระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย	$\overline{X}$ = 10.91		$\overline{X}$ = 10.06	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	SD = 9.53		SD = 6.52	
โรคประจำตัว/โรคร่วมอื่นที่นอกจากโรคหืด				
ไม่มี	11	50.00	15	68.18
มี	11	50.00	7	31.82
การใช้ยาพ่น				
ใช้	22	100.00	22	100.00
ยาพ่นควบคุมอาการ	4	18.18	6	27.27
ยาพ่นทั้ง 2 ชนิด	18	81.82	16	72.73
ระดับการควบคุมโรคหืด*				
ควบคุมไม่ได้	8	36.36	8	36.36
ควบคุมได้บางส่วน	14	63.64	14	63.64

* ตัวแปรที่ใช้ในการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched-Pairs)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีจำนวนเพศที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.27 ปี (SD = 11.00) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.68 ปี (SD = 10.47) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 24.64 (SD = 4.41) และ 25.30 (SD = 3.81) ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 59.09 และ 77.28 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.54 และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 31.80 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 27.30 และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 27.27 ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,000 – 9,999 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 40.91 และ 63.63 ตามลำดับ สิทธิการรักษาพยาบาลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพทั่วหน้า (บัตรทอง) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.45 และ 63.63 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เป็นโรคหืดเฉลี่ยกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 10.91 (SD = 9.53) และกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 10.06 (SD = 6.52) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว/โรคร่วมอื่นที่นอกจากโรคหืด คิดเป็นร้อยละ 50.00 และ 31.82 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการใช้ยาพ่น แบบพ่นทั้ง 2 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 81.82 และ 72.73 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีระดับการควบคุมโรคหืดได้บางส่วนและควบคุมไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 36.36 และ 63.64 ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของ ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลองเป็นรายบุคคล

คู่ที่	คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่					
	กลุ่มควบคุม (n_1 = 22)			กลุ่มทดลอง (n_2 = 22)		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง
1	97	98	+1	85	114	+29
2	92	94	+2	84	107	+23
3	65	67	+2	82	109	+27
4	87	84	-3	85	112	+27
5	73	75	+2	81	110	+29
6	77	78	+1	80	108	+28
7	84	87	+3	87	115	+28
8	85	88	+3	90	112	+22
9	75	77	+2	84	113	+29
10	95	96	+1	84	113	+29
11	89	91	+2	80	111	+31
12	86	87	+1	96	115	+19
13	73	75	+2	75	110	+35
14	96	99	+3	86	114	+28
15	97	98	+1	82	117	+35
16	109	107	-2	95	119	+24
17	87	88	+1	88	120	+32
18	105	106	+1	80	118	+38
19	95	96	+1	100	116	+16
20	88	90	+2	101	117	+16
21	84	85	+1	97	115	+18
22	82	85	+3	96	115	+19

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 5 (ต่อ) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลองเป็นรายบุคคล

คู่ที่	คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่					
	กลุ่มควบคุม (n_1 = 22)			กลุ่มทดลอง (n_2 = 22)		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	แปลผล	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	แปลผล
Mean	87.32	88.68	1.36	87.18	113.64	26.45
SD	10.72	10.26	1.47	7.28	3.53	6.19

จากตารางที่ 5 พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่อยู่ในระดับใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเท่ากับ 87.32 (SD = 10.72) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเท่ากับ 87.18 (SD = 7.28) หมายความว่า ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่เหมาะสม

หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองเท่ากับ 88.68 (SD = 10.26) หมายความว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่เหมาะสม และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองเท่ากับ 113.64 (SD = 3.53) หมายความว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ($n_1=n_2=22$)

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	87.32	10.72			
			21	4.37	0.00
หลังการทดลอง	88.68	10.26			
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	87.18	7.28			
			21	20.06	0.00
หลังการทดลอง	113.64	3.53			

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ก่อนการทดลองเท่ากับ 87.32 (SD = 10.72) หลังการทดลองเท่ากับ 88.68 (SD = 10.26) เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มควบคุมแตกต่างกันกับก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ก่อนการทดลองเท่ากับ 87.18 (SD = 7.28) หลังการทดลองเท่ากับ 113.64 (SD = 3.53) เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	87.32	10.72			
			42	-0.05	0.48
กลุ่มทดลอง	87.18	7.28			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	88.68	10.26			
			25.90	10.79	0.00
กลุ่มทดลอง	113.64	3.53			

จากตารางที่ 7 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest control group design) โดยกลุ่มควบคุมคือผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองคือผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ

2. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 18 - 59 ปี ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ด้วยการกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .50 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ α = .05 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 22 คน (Polit & Hungler, 2013)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินระดับการควบคุมโรคหืด Asthma Control Test (ACT) และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้และวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ โดยโปรแกรมที่นำไปใช้ ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point presentation) เรื่องความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ และแผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบสอบถามการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ตามทฤษฎีของ Rogers (1983) ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืดหืด แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน แล้วนำมาแก้ไข และนำมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83, .93, .85 และ .90 ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตัวเอง โดยการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหืด การฝึกวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดโดยเครื่องเป่าปอดอย่างง่าย (Peak flow meter) การฝึกวิธีการใช้ยาพ่นสูด การใช้ยาขยายหลอดลม การฝึกท่าบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายบริหารปอด

2. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และตัวอย่างเครื่องมือวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3. ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2560 (เลขที่หนังสือรับรอง 21/2560) ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และเครื่องมือวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์

4. ภายหลังการได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เริ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งสิ้นสุดการทดลอง

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทุกวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.00 – 12.00 น. โดยสอบถามพยาบาลประจำการที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหืด ณ คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์

6. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ในขณะที่รอเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์ ณ คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเพื่อการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ

7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent Form) โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง รวม 44 คน

8. ภายหลังคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเริ่มทำกิจกรรมที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ (Pre-test) กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติจากแพทย์ พยาบาลประจำการ และเภสัชกร นัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ในอีก 4 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามนัด และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการ

จัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ (Post-test) อธิบายภาวะของการเจ็บป่วยของโรคหืด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบกำเริบ การประเมินอาการ อาการแสดงของอาการหอบกำเริบ การบริหารยาขยายหลอดลมและการบริหารปอดด้วยตนเอง และการออกกำลังกายบริหารปอดแก่กลุ่มตัวอย่าง และมอบคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง หลังจากการดำเนินกิจกรรมสิ้นสุดลง

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ (Pre-test) ก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจจากผู้วิจัย กิจกรรมประกอบด้วยการให้ข้อมูลการรับรู้เป็นรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 1 โดยมีเนื้อหา ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด แนวทางการดูแลรักษาโรคหืด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ การบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง การบริหารการหายใจ และการออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น รวมทั้งผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์ของโรคหืดที่ผ่านมา มีการประเมินอันตรายจากโรคหืดที่เกิดขึ้น นำมาวิเคราะห์ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคหืดร่วมกัน และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการเผชิญปัญหา มีการตั้งความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืดและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด โดยผู้วิจัยเป็นตัวแบบในการสาธิตวิธีการบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเองที่ถูกต้อง การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายในท่าบริหารปอด หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายบริหารปอด พร้อมมอบคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม ในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 ในการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการเสริมสร้างแรงจูงใจ และนัดประเมินผลพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 5 เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง หลังจากการดำเนินกิจกรรมสิ้นสุดลง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผล ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจตามทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) ที่กล่าวว่าการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลจะเป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่อธิบายตามองค์ประกอบของการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยมีการประเมินกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพและการประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค และผลกระทบจากการเกิดโรค ที่ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ (Mackay, 1992) 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค และผลกระทบจากการเกิดโรคที่เสี่ยงต่อการเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ (Mackay, 1992) 3) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง ได้แก่ การทราบถึงผลที่เกิดขึ้นตามการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Mackay, 1992) และ 4) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ การทราบถึงความสามารถของตนเองตามคำแนะนำ

(Mackay, 1992) ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด

1.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด เป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นการสื่อสารโน้มน้าวจูงใจ เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของโรคหืด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดความกลัว ด้วยการรวบรวมข้อมูล ประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด จากการรับรู้ประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์ของตนเอง บันทึกคำตอบและปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดที่ได้ลงในแบบสอบถามและแบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อวิเคราะห์ประสบการณ์และสะท้อนถึงการแก้ปัญหาให้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญชู เหลิมทอง (2554) พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเช่นเดียวกับ สมบูรณ์ พันธุ์บุตร (2557) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด เป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นให้ถึงโอกาสในการเกิดอาการหอบและภาวะแทรกซ้อนจากอาการหอบกำเริบเฉียบพลันที่เกิดขึ้น ทั้งส่งผลต่อตนเอง ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งการสื่อสารโดยการขู่ถึงสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในอันตราย มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น เมื่อบุคคลรับรู้ต่อการเกิดความเสี่ยงต่อโรคสูง จะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงนั้น (Mackay, 1992) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหืดและภาวะแทรกซ้อนจากโรคหืด จากการประเมินการรับรู้ประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน บันทึกคำตอบและปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืดที่ได้ลงในแบบสอบถามและแบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อวิเคราะห์ประสบการณ์และสะท้อนถึงการแก้ปัญหาให้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญชู เหลิมทอง (2554) พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเช่นเดียวกับ สมบูรณ์ พันธุ์บุตร (2557) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อย่างไรก็ตามจากข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ความแตกต่างของดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรค ส่งผลให้เกิดความเสื่อมสภาพของปอดได้ (Killian et al., 1992) สถานภาพสมรสคู่ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในเทคนิคของการบริหารยาขยายหลอดลม (สุชาพร ทิพย์สีนวล, 2547) และระดับการศึกษา ทำให้บุคคลมีความรู้ สติปัญญา มีเหตุมีผล ซึ่งการศึกษาของ นุสรา มณีโชติสกุลวงศ์, พรรณรัตน์ นนทธิ และไพสิฐ มารยาท (2552) พบว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมใฝ่หาความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาความรู้ การจัดการตนเอง และการซักถามปัญหาดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย

2. การประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด

2.1 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด เป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นให้เห็นถึงประโยชน์และผลดีของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหืดสูง โดยการเล่าประสบการณ์ด้านบวกและผลกระทบที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไข เมื่อสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องสม่ำเสมอจะมีผลต่อการป้องกันโรคหืดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังการศึกษาของ Maddux & Rogers (1992) พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำโดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการงดสูบบุหรี่ คือช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและโรคปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างตั้งใจในการหยุดสูบบุหรี่สูง และนำไปสู่การตั้งใจในการป้องกันการรักษาสุขภาพของตนเอง ผู้วิจัยเน้นให้กลุ่มตัวอย่างตั้งความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด ในการฝึกทักษะการบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายบริหารปอด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในตนเอง และผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตทักษะการบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายบริหารปอดย้อนกลับ เพื่อประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติ และกระตุ้นอารมณ์ทางบวก ชื่นชมให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มตัวเกิดความเชื่อมั่น สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม บันทึกปัญหาเกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน เพื่อวิเคราะห์และสะท้อนการแก้ปัญหาเป็นรายบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญชู เหลิมทอง (2554) พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเช่นเดียวกับ สมบูรณ์ พันธุ์บุตร (2557) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด เป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามนำแนะนำได้ โดยมีการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว การฝึกทักษะต่างๆ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และเข้าใจพฤติกรรมการจัดการตนเองมากขึ้นตามตัวแบบ และจากการที่กลุ่มตัวอย่างสังเกตเห็นตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันและประสบความสำเร็จ ก็จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องตามแนวทางการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของ Bandura (1997) ที่ได้พัฒนาความสามารถของตนเองไว้ 4 วิธี คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดยกย่องชมเชย และการรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงภายในตนเอง ผู้วิจัยได้เน้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นและเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองที่ผ่านมา เพื่อร่วมวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเองให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน และได้แรงสนับสนุนจากผู้วิจัยในการให้กำลังใจและกล่าวชมเชย ซึ่งเป็นส่วนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการพัฒนาให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญชู เหลิมทอง (2554) พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเช่นเดียวกับ สมบูรณ์ พันธุ์บุตร (2557) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นการให้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ดังเช่นการศึกษาสอดคล้องกับ อรนุช เรืองขจร และวราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล (2554) พบว่าผู้ป่วยโรคหืด ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ได้ฝึกทักษะการจัดการตนเอง ได้รับการเยี่ยมบ้าน และได้รับการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเสร็จสิ้นที่ 3 เดือน ระยะติดตามผลที่ 4 เดือน และ 5 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับ แสงเดือน หาญครุฑ (2553) พบว่าผู้ป่วยโรคหืด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตน มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเป็นรายกลุ่ม สอนและให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติจากประสบการณ์ความสำเร็จ รวมทั้งฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 8 สัปดาห์ มีการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะ เพื่อติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยโรคหืดมีคะแนนการควบคุมโรคหืดก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับ วิยดา สุวรรณชาติ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ

แห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อเน้นย้ำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ Perneger et al. (2002) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการจัดการตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหืด พบว่าการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ทันทีหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ทันทีหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีเทคนิคการพ่นยาและความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ วิชัย ศรีผา (2557) ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานหลังจากได้รับโปรแกรมฯ มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้มีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้นทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการผ่อนคลายความเครียด เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเช่นเดียวกับ รำไพ นอกตาจั่น (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังจากได้รับโปรแกรมฯ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากงานวิจัยข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ถึงแม้จะทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มโรคที่แตกต่างกัน แต่มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง ให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นเหมาะสมกับโรค เช่นเดียวกับโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้ดำเนินกับกลุ่มทดลอง ที่ช่วยเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรคหืด

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผล ดังนี้

ทั้งนี้กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลจากพยาบาลประจำการที่คลินิกโรคหืด ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยร่วมกับผู้ช่วยพยาบาล แพทย์ และเภสัชกร ในการดูแลเกี่ยวกับการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามแผนการบริหารยาขยายหลอดลมตามที่เภสัชกรแนะนำ โดยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลเท่านั้น โดยกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการติดตามการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการแจกคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ไม่ได้รับการเน้นย้ำเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง และไม่ได้รับการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ให้ตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอที่เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง (ภาคผนวก ช) พบว่าก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพียงเล็กน้อย ซึ่งยังไม่เหมาะสมต่อการปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีโอกาสทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการหอบกำเริบเฉียบพลันตามมาได้

อย่างไรก็ตามจากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี ซึ่งบ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกนึกคิด มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Pender et al., 2006) เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองลดลง (วิยดา สุวรรณชาติ และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2559)

การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองที่กลุ่มทดลองได้รับจากโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การให้ความรู้อย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ การได้รับคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่เพื่อนำกลับไปทบทวนที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ทั้งด้านการประเมินปัญหาและอุปสรรคและการหาแนวทางการจัดการร่วมกัน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ

จัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนัญชกร ช่วยเท้า (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับ จีรนุช ติวุตานนท์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการควบคุมอาการหอบกำเริบและอัตราเร็วสูงสุดของลมหายใจออกในผู้ป่วยโรคหืด พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมการควบคุมอาการหอบกำเริบดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเช่นเดียวกับ อัมรา ศิริทองสุข, อัมพรพรรณ ธีราบุตร และวัชรา บุญสวัสดิ์ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหืด พบว่าผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยข้างต้น จะเห็นได้ว่าการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพมีความคล้ายคลึงกัน ถึงแม้จะทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มโรคที่แตกต่างกัน แต่มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Tobin และคณะ (1986) ต้องได้รับการขับเคลื่อนตามทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่นั้น มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืดที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จัดอบรมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้แรงจูงใจ เกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในเรื่องการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ การพ่นยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง การใช้เทคนิคการหายใจ และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถนะปอด เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถให้คำแนะนำกับผู้ป่วยที่ถูกต้องและเหมาะสมได้

2. พยาบาลที่คลินิกโรคหืด ควรพิจารณาแนวทางร่วมกันในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ในหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วยโรคหืด

3. การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ อีกทั้งยังเป็นวิธีประเมินอุปสรรคต่างๆ ในการปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรลดระยะเวลาการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินผลของโปรแกรมให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาล เช่น 2, 4, 6 และ 8 สัปดาห์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ในแต่ละช่วงเวลา

2. ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเรื้อรังต่างๆ ที่หลากหลาย เช่น โรคมะเร็ง โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับโรค

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ. (2549). *ความรู้เกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจ: โรคหอบหืด โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังและถุงลมโป่งพอง.* นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ. (2552). ส่วนที่ 2 โรคระบบการหายใจ: โรคหืด ใน วันชัย วนะชิวนาวิน, สุทิน ศรีอัษฎาพร และ วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย (บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์: โรคตามระบบ 1.* กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ. (2554). โรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใน จารุพิมพ์ สูงสว่าง, วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย, เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์ และ นิศารัตน์ โอภาสเกียรติกุล (บรรณาธิการ), *คู่มือแพทย์เวร* (พิมพ์ครั้งที่ 2). โครงการตำรา-ศิริราช สำนักงานรองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพฯ.

จารุภา เลาหพจนารถ. (2544). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยามหิดล.

ชมนาด วรรณพรศิริ และ วราภรณ์ สัตยวงค์. (2551). *การพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาในระบบต่างๆ ของร่างกาย: การประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพ เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

ณฏฐพงษ์ พิมพ์โคตร, วีระศักดิ์ สืบเสาะ และดนัย ธีวันดา. (2556). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหอบหืด. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา,* 8(2), 89-99.

ณรงค์กร ชัยวงศ์, สุภาภรณ์ ด้วงแพง และ เขมารดี มาสิงบุญ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 9(3), 112-119.

ดรุณี ชุณหะวัต, ปราณี ทู้ไพเราะ และ มุกดา หนุ่ยศรี. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการผันแปรของออกซิเจน.* นนทบุรี: โครงการผลิตตำราจากเอกสารการสอนของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ทัชชภร หมื่นนิพัฒ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหืดในผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

เทิดศักดิ์ เดชคง. (2550). ลมปราณและการหายใจ (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ หมอชาวบ้าน.

ธนัญชกร ช่วยท้าว. (2558). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ธันยาภรณ์ โพธิ์ถาวร. (2549). ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์. (2553). บทที่ 21 ผู้ป่วยโรคหืด ใน วสันต์ สุเมธกุล, สมนึก สังฆานุภาพ และ ศศิโสภิญ เกียรติบูรณกุล (บรรณาธิการ), *ปัญหาทางอายุรศาสตร์ในเวชปฏิบัติ.* กรุงเทพฯ: คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์. (2556). การประเมินการควบคุมโรคหืด (*Assessment of Asthma Control)* ใน สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, เบญจมาศ ช่วยชู, อรพรรณ โพชนุกูล และ ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคหืด.* กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์

นพรดา เมธาสุวภัทร. (2552). ผลการใช้โปรแกรมการดูแลตามการประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการหอบกำเริบซ้ำของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย. (2556). โรคหืด ในนิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์ทั่วไป.* กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.

นิราวดี พัชนี, สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และ ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 8(3), 92-103.

นุชรีย์ แสงสว่าง และ บุศรา แสงสว่าง. (2558). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคหืด: พยาธิสรีรวิทยา ผลกระทบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแล. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 22(2), 61-70.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

นุสรา มณีโชติสกุลวงศ์, พรรณรัตน์ นนทธิ และ ไพสิฐ มารยาท. (2552). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กรณีศึกษา อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย. *วารสารโรงพยาบาลพิจิตร*, 24(2), 21-32.

เนติญา พารพ, พูลสุข หิงคานนท์, ปกรณ์ ประจันบาน และ ณิชกานต์ ทรงไทย. (2557). ผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการหอบกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคหอบหืดในอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 8(3), 234-251.

บังอร ปีประทุม. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญชู เหลิมทอง, ทัศนีย์ รวิวรกุล และ สุวัฒน์ ศรีสรฉัตร. (2554). ผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง กองทัพอากาศ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(4), 61-71.

เบญจมาศ ช่วยชู. (2556). การตรวจสมรรถภาพปอด ใน พูลชัย จรัสเจริญวิทยา, วันรัชดา คัชมาตย์ และ พจมาน พิศาลประภา (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ทันยุค 2556.* กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.

ปราณี ทู้ไพเราะ. (2554). *คู่มือโรค* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership.

ปารยะ อาศนะเสน. (2556). ไซนัสอักเสบ และโรคหืด. Retrieved 28 พฤศจิกายน 2559, จาก http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl//articledetail.asp?id=1055

ปิติกานต์ บูรณาภาพ. (2554). *หอบ หืด ภูมิแพ้ ดูแลเป็น.* กรุงเทพฯ: บริษัท ยูโรปา เพรส จำกัด.

พิมพ์ใจ กันต์ดินทร์ทร. (2552). *บำบัดโรคภูมิแพ้และหอบหืด เพื่อสุขภาพดีตลอดไป.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ฟีลกูด.

พูนเกษม เจริญพันธุ์. (2545). การบำบัดระบบทางเดินหายใจในโรคหลอดลม ในสุมาลี เกียรติบุญศรี (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษาโรคระบบหายใจในผู้ใหญ่*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ่นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.

ภาสกร ศรีทิพย์สุโข. (2544). การป้องกันโรคหืด. *วารสารธรรมศาสตร์เวชสาร*, 1(8), 31-38.

ยุบล สุขสอาด. (2541). ประสบการณ์การมีอาการ ผลจากอาการ และวิธีจัดการกับอาการจับหืดของผู้ป่วยโรคหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

รำไพ นอกตาจั่น. (2559). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(2), 16-28.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วีนัส ลีฬหกุล และ พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร. (2552). พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: บริษัท บุญศิริการพิมพ์ จำกัด.

วรินธร ดำรงรัตน์นุวงศ์. (2548). อิทธิพลด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดที่มีอาการหอบหืด ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

วัชรา บุญสวัสดิ์. (2549). ปัญหาของการรักษาโรคหืด (บทบรรณาธิการ). *วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต*, 26, 233-234.

วัชรา บุญสวัสดิ์. (2550). โรคหืด (*Asthma)* ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ)*, ตำราโรคระบบการหายใจ.* กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.

วัชรา บุญสวัสดิ์. (2554). Asthma update 2011. *Srinagarind Medical Journal,* 26(Suppl), 48-52.

วัชรา บุญสวัสดิ์. (2556). ผลกระทบของโรคหืดต่อระบบสาธารณสุข (*Burden of Asthma on Public Health)* ใน สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, เบญจมาศ ช่วยชู, อรพรรณ โพชนุกูล และ ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์ (บรรณาธิการ)*, ตำราโรคหืด*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.

วันวิสาข์ โลหะสาร. (2550). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อความรู้เรื่องโรคและทักษะการจัดการตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิชัย ประยูรวิวัฒน์ และคณะ. (2547). *เวชบำบัดวิกฤตทางอายุรศาสตร์.* กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.

วิชัย ศรีผา. (2557). ผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 8(3), 268-278.

วิทยา ศรีมาดา. (2550). *ตำราอายุรศาสตร์ 3: ประสาทวิทยา โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิสม โรคปอดและทางเดินหายใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิยดา สุวรรณชาติ และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่. *วารสารเกื้อการุณย์*, *23*(1), 60-72.

ศศิธร กรุณา, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์ และ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2549). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิจัย มข.(บศ.)*, *6*(ฉบับพิเศษ), 91-101.

ศันสนีย์ กองสกุล. (2552). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมพัฒน์ จำรัสโรมรัน. (2553). การออกกำลังกายกับโรคหอบหืด. *Healthtoday magazine* (*นิตยสารเพื่อสุขภาพเต็มร้อย)*, 10(117), 66-68.

สมฤทัย เพชรประยูร, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล และธวัชชัย พีรพัฒน์ดิษฐ์. (2557). อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, *26*(1), 38-51.

สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. (2555). อภิชาต คณิตทรัพย์ และมุกดา หวังวีรวงศ์ (บรรณาธิการ). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย V.5 สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555.* กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนียนอุตราไวโอเร็ต จำกัด.

สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. (2559). *Controversial Issues in Asthma* 2016. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2559.

สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. (2560). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ใหญ่ พ.ศ. 2560.* กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางการปฏิบัติบริการสาธารณสุข: การดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ. 2551.* กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

สวรรค์ รุจิชยากูร. (2550). ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหืดในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมไพร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สายรุ้ง บัวระพา. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคหัวใจวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหืด (J45-J46) ต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ปี พ.ศ.2550 - 2557 จำแนกรายจังหวัด เขตบริการสุขภาพ และภาพรวมประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร)

สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2551). วันรณรงค์โรคหืดโลก 2551 ภายใต้การสนับสนุนของสมาพันธ์โรคหืดองค์การอนามัยโลก Retrieved from http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=15143

สินีนุช หลวงพิทักษ์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุชาพร ทิพย์สีนวล, สุนุตตรา ตะบูนพงศ์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และ วิไลวรรณ วิริยะไชโย. (2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วยโรคหืด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 22(4), 237-247.

สุดาวรรณ มีสุข. (2551). ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุมาลี เกียรติบุญศรี. (2547). *การดูแลรักษาโรคระบบหายใจในผู้ใหญ่*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2553). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2 : 350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี กรุงเทพฯ.

เสาวนีย์ วรวุฒางกูร. (2543). การฝึกกล้ามเนื้อหายใจ. *วารสารกายภาพ*, 22(2), 133-142.

อภัสริน มะโน, วันเพ็ญ แก้วปาน, อาภาพร เผ่าวัฒนา และ ปาหนัน พิชยภิญโญ. (2555). ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันความดันโลหิตสูงในชายวัยกลางคน เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 28(1).

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

อรนุช เรืองขจร และ วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล. (2554). ประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, *34(3)*, 11-21.

อรรถการ นาคำ. (2551). *หลักการใช้ยาและการดูแลผู้ป่วยโรคหืด.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัมรา ศิริทองสุข, อัมพรพรรณ ธีราบุตร และ วัชรา บุญสวัสดิ์. (2559). โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหืด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 39(1), 61-69.

ภาษาอังกฤษ

American Lung Association. (2012). Trends in asthma morbidity and mortality. research and health education division, epidemiology and statistics unit.

Anderson, S. D., & Holzer, K. (2000). Exercise-induced asthma: Is it the right diagnosis in elite athletes? . *Journal of Allergy and Clinical Immunology,* 106(3), 419-428.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review,* 84(2), 191-215.

Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles B.Slack.

Bennett, P., Rowe, A., & Katz, D. (1998). Reported adherence with preventive asthma medication: A test of protection motivation theory. *Psychology, Health & Medicine,* 3(4), 347-354.

Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on formative and summative of student learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company.

Boonsawat, W., Charoenphan, P., Kaitboonsri, S., Wiriyachaiyoo, V., Pothirat, C., & Wongtim, S., . . . , et al. (2002). *Prevalence of asthma symptoms in adult in* 4 *cities of Thailand Joint scientific meeting the Thoracic Society of Thailand, the Malaysia Thoracic Society and the Singapore Thoracic Society*. Bangkok: Thailand. (p112.).

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Boonsawat, W., Charoenphan, P., Kiatboonsri, S., Wongtim, S., Viriyachaiyo, V., Pothirat, C., & Thanomsieng, N. (2004). Survey of asthma control in Thailand. *Respirology,* 9(3), 373-378.

Boulet, L. P., Boulet, V., & Milot, J. (2002). How should we quantify asthma control? A proposal. *Chest,* 122(6), 2217-2223.

Bruzzese, J.-M., Fisher, P. H., Lemp, N., & Warner, C. M. (2009). Asthma and social anxiety in adolescents. *The Journal of Pediatrics,* 155(3), 398-403.

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nurse research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Loius: MO; Elsevier Saunders.

Castro, M., & Kraft, M. (2008). *Clinical Asthma*. St. Louis: Mosby.

Christensen, B. L., & Kockrow, E. O. (2011). *Adult Health Nursing* (6th ed.). St.Louis: Mosby.

Creer, T. L., (2000). Self-management of chronic illness. In Bockaert, M., Pintrich, P.R., & Zeidner, M., (Eds.). (2000). *Handbook of self-regulation*. San Diego: Academic Press.

Deshmukh, V. M., Toelle, B. G., Usherwood, T., O'Grady, B., & Jenkins, C. R. (2007). Anxiety, panic and adult asthma: A cognitive-behavioral perspective. *Respiratory Medicine,* 101(2), 194-202.

Di Marco, F., Verga, M., Santus, P., Giovannelli, F., Busatto, P., Neri, M., . . . , & Centanni, S. (2010). Close correlation between anxiety, depression, and asthma control. *Respiratory Medicine,* 104(1), 22-28.

Dougherty, R. H., & Fahy, J. V. (2009). Acute exacerbations of asthma: epidemiology, biology and the exacerbation-prone phenotype. *Clinical and Experimental Allergy: Journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology,* 39(2), 193-202.

Eakin, M. N., & Rand, C. S. (2012). Improving patient adherence with asthma self-management practices: What Works? *Annals of Allergy, Asthma and Immunology,* 109(2), 90-92.

Ferreira, L. N., Brito, U., & Ferreira, P. L. (2010). Quality of life in asthma patients. *Revista Portuguesa de Pneumologia (English Edition),* 16(1), 23-55.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Fitzpatrick, M. F., Engleman, H., Whyte, K. F., Deary, I. J., Shapiro, C. M., & Douglas, N. J. (1991). Morbidity in nocturnal asthma: sleep quality and daytime cognitive performance. *Thorax,* 46(8), 569-573.

Fregonezi, G. A. F., Resqueti, V. R., & Rous, R. G. (2004). Pursed lips breathing. *Archivos de Bronconeumología (English Edition),* 40(6), 279-282.

Global Initiative for Asthma [GINA]. (2017). GINA report, global strategy for asthma management and prevention. Retrieved 21 May 2017, from http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/

Greenberg, H., & Cohen, R. I. (2012). Nocturnal asthma. *Current Opinion in Pulmonary Medicine,* 18(1), 57-62.

Greener, M. (2010). Improving outcomes among adults with asthma. *Nurse Prescribing,* 8(6), 270-273.

Haldar, P., & Pavord, I. D. (2012). Diagnosis and management of adult asthma. *Medicine,* 40(5), 243-251.

Heba, H. A., & Ashraf, K. A. (2013). Impact of a 12 weeks supervised exercise training program on pulmonary functions of patients with exercise induced asthma. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis,* 62(1), 33-37.

Holgate, S. T. (2008). Pathogenesis of Asthma. *Clinical & Experimental Allergy,* 38(6), 872-897.

Holt, S., Kljakovic, M., & Reid, J. (2003). Asthma morbidity, control and treatment in New Zealand: results of the Patient Outcomes Management Survey (POMS), 2001*., 16;* 116(1174), U436.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley Publishing.

Huang, T. T. (2007). Self-care behavior of adult asthma patients. *Journal of Asthma,* 44(8), 613-619.

Jansson, S. A., Ronmark, E., Forsberg, B., Lofgren, C., Lindberg, A., & Lundback, B. (2007). The economic consequences of asthma among adults in Sweden. *Respiratory Medicine,* 101(11), 2263-2270.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Jenkins, C. R., Thien, F. C., Wheatley, J. R., & Reddel, H. K. (2005). Traditional and patient-centred outcomes with three classes of asthma medication. *European Respiratory Journal,* 26, 36-44.

Juniper, E. F., Svensson, K., Mork, A. C., & Stahl, E. (2005). Measurement properties and interpretationof three shortened versions of the asthma control questionnaire. *Respiratory Medicine,* 99(5), 553-558.

Juniper, E. F., O'Byrne, P. M., Guyatt. G. H., Ferrie, P. J., & King, D. R. (1999). Development and validation of a questionnaire to measure asthma control. *European Respiratory Journal,* 14(4), 902-907.

Kanfer, F., & Gaelick, B. L. (1991). *Self-management methods. In. Kanfer, F. H., & Goldstein, A. P. (Eds.). Helping people change: A textbook of methods* (4th ed.). New York: Pergamon.

Karoly, P., & Kanfer, F. H. (1982). *Self-management and behavior change: From theory to practice*. New York: Pergamon Press.

Kavut, A. B., & Kalpaklioglu, A. F. (2010). Impact of asthma education meeting on asthma control level assessed by asthma control test. *World Allergy Organization Journal,* 3(1), 6.

Kellett, C., & Mullan, J. (2002). Breathing control techniques in the management of asthma. *Physiotherapy,* 88(12), 751-758.

Killian, K. J., Leblanc, P., Martin, D. H., Summers, E., Jone, N. L., & Campbell, E. J. (1992). Exercise capacity and ventilatory, circulatory and symptom limitation in patients with chronic airflow limitation. *American Review of Respiratory Disease,* 146(4), 935-940.

Kudo, M., Ishigatsubo, Y., & Aoki, I. (2013). Pathology of asthma. *Frontiers in Microbiology,* 4, 263, 1-16.

Kullowatz, A., Kanniess, F., Dahme, B., Magnussen, H., & Ritz, T. (2007). Association of depression and anxiety with health care use and quality of life in asthma patients. *Respiratory Medicine,* 101(3), 638-644.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Kumar, P., Misra, S., Kundu, S., Ghoshal, A., & Majumdar, D. (2013). Asthma diagnosis and treatment–1024. Prevalence of depression among asthma patients and effects of asthma control on severity of depression. *The World Allergy Organization Journal,* 6(Suppl 1), p23.

Laforest, L., El Hasnaoui, A., Pribil, C., Ritleng, C., Schwalm, M. S., & Van Ganse, E. (2009). Asthma patients' perception of their ability to influence disease control and management. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology,* 102(5), 378-384.

Lahdensuo, A. (1999). Guided self management of asthma-how to do it. *BMJ: British Medical Journal,* 319(7212), 759-760.

Liu, A. H., Zeiger, R., Sorkness, C., Mahr, T., Ostrom, N., Burgess, S., . . . , & Manjunath, R. (2007). Development and cross-sectional validationof the Childhood Asthma Control Test. *Journal of Allergy and Clinical Immunology,* 119(4), 817-825.

Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine,* 26(1), 1-7.

Mackay, B. C. (1992). *AIDS and Protection Motivation Theory (PMT): Effects of imagined scenarios on intent to use condoms*. Michigan: A Belland Howell Information Company.

Martin, M. A., Catrambone, C. D., Kee, R. A., Evans, A. T., Sharp, L. K., . . . Shannon, J. J. (2009). Improving asthma self-efficacy: Developing and testing a pilot community-based asthma intervention for African American adults. *The journal of allergy and clinical immunology,* 123(1), 153-159.

Morrison, D., Wyke, S., Agur, K., Cameron, E. J., Docking, R. I., Mackenzie, A. M., . . . , & Mair, F. S. (2014). Digital asthma self-management Interventions: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research,* 16(2), e51.

Nathan, R. A., Sorkness, C. A., Kosinski, M., Schatz, M., Li, J. T., Marcus, P., . . ., & Pendergraft, T. B. (2004). Development of the asthma control test: A survey for assessing asthma control. *Journal of Allergy and Clinical Immunology,* 113(1), 59-65.

National Hearth Lung and Blood Institute [NHLBI]. (2007). Expert Panel Report 3: guidelines for the diagnosis and management of asthma. Retrieved 23 November 2016, from https://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/current/asthma-guidelines/full-report

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Upper Saddle River. NJ: Pearson/Prentice Hall.

Perneger, T. V., Sudre, P., Muntner, P., Uldry, C., Courteheuse, C., . . . Assal, J. P. (2002). Effect of patient education on self-management skills and health status in patients with asthma: a randomized trial. *The American Journal of Medicine,* 113(1), 7-14.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2013). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer: Lippincott Williams and Wilkins.

Radwan, A., Salem, H. A. E.-A., Abdelrahim, M. A., Farhat, A. A., & Attia, G. A. (2013). Inhaled corticosteroids and leukotriene modifiers as mono-therapy for mild persistent asthma. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis,* 62(3), 363-369.

Reddel, H. K., Taylor, D. R., Bateman, E. D., Boulet, L. P., Boushey, H. A., & Busse, W. W., . . . , et al. (2009). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: asthma control and exacerbations: standardizing endpoints for clinical asthma trials and clinical practice. *American journal of respiratory and critical care medicine,* 180(1), 59-99.

Reddel, H., Jenkins, C., & Woolcock, A. (1999). Diurnal variability-time to change asthma guidelines? *BMJ: British Medical Journal,* 319(7201), 45-47.

Riegel, B., Carlson, B., & Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart Lung,* 29(1), 4-15.

Roche, N., Morel, H., Martel, P., & Godard, P. (2005). Clinical practice guidelines: medical follow-up of patients with asthma-adults and adolescents. *Respiratory Medicine,* 99, 793-815.

Rodrigo, G. J., Rodrigo, C., & Hall, J. B. (2004). Acute asthma in adults: A review. *Chest,* 125(3), 1081-1102.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. *Social psychophysiology*, 153-176.

Schatz, M., Sorkness, C. A., Li, J. T., Marcus, P., Murray, J. J., Nathan, R. A., . . ., & Jhinqran, P. (2006). Asthma control test: reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists. *Journal of Allergy and Clinical Immunology,* 117(3), 549-556.

Smith, L., Bosnic-Anticevich, S. Z., Mitchell, B., Saini, B., Krass, I., & Armour, C. (2007). Treating asthma with a self-management model of illness behaviour in an Australian community pharmacy setting. *Social Science & Medicine,* 64(7), 1501-1511.

Teodorescu, M., Consens, F. B., Bria, W. F., Coffey, M. J., McMorris, M. S., Weatherwax, K. J., . . . , & Chervin, R. D. (2006). Correlates of daytime sleepiness in patients with asthma. *Sleep Medicine,* 7(8), 607-613.

Tobin, D., L., Reynolds, R. V. C., Holroyd, K. A., & Creer, T. L. (1986). *Self-management and social theory., In Creer, T. L., & Holroyd, K. A. (Eds.), Self-management of chronic disease: handbook of clinical interventions and research*. Orlando: Academic Press.

Vollmer, W. M., Markson, L. E., O'Connor, E., Sanocki, L. L., Fitterman, L., Berger, M., & Buist, A. S. (1999). Association of asthma control with health care utilization and quality of life. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.,* 160(5), 1647-1652.

Wang, G., Zhou, T., Wang, L., Wang, L., Fu, J. J., Zhang, H. P., & Ji, Y. L. (2011). Relationship between current psychological symptoms and future risk of asthma outcomes: a 12-month prospective cohort study. *Journal of Asthma,* 48(10), 1041-1050.

Ward, M. M., Javitz, H. S., Smith, W. M., & Whan, M. A. (2002). Lost income and work limitations in persons with chronic respiratory disorders. *Journal of Clinical Epidemiology,* 55(3), 260-268.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Williams, L. K., Pladevall, M., Xi, H., Peterson, E. L., Joseph, C., Lafata, J. E., . . . , & Johnson, C. C. (2004). Relationship between adherence to inhaled corticosteroids and poor outcomes among adults with asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology,* 114(6), 1288-1293.

Wilson, S. R., Rand, C. S., Cabana, M. D., Foggs, M. B., Halterman, J. S., . . . Taggart, V. (2012). Asthma outcomes: Quality of life. *Journal of Allergy and Clinical Immunology,* 129(3, Supplement), S88-S123.

Wilson, S. R., Scamagas, P., German, D. F., Hughes, G. W., Lulla, S., . . . Arsham, G. M. (1993). A controlled trial of two forms of self-management education for adults with asthma. *The American Journal of Medicine,* 94(6), 564-576.

Workman, M. L. (2010). *Care of patients with noninfectious lower respiratory problems. In Ignatavious, D. D., & Workman M. L. (Eds.). Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care*. St. Louis, MO: Elsevier.

World Health Organization [WHO]. (2016a). Asthma: Definition. Retrieved 17 November 2016, from http://www.who.int/respiratory/asthma/definition/en/

World Health Organization [WHO]. (2016b). Asthma: Fact sheet NO 307. Retrieved 17 November 2016, from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก

ประกาศอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ของผู้วิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประกาศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์
ครั้งที่ 24/2559 ประจำปีการศึกษา 2559

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5877182436
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวจิรสุดา ทะเรวัมย์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ประธานกรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ้งนภา ผาณิตรัตน์
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ THE EFFECT OF MOTIVATION PROMOTING PROGRAM ON SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR IN ASTHMATIC ADULT PATIENT
ครั้งที่อนุมัติ	24/2559
ระดับ	ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5877209836
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวอัญชลี เกาะอ้อม
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพิณ ผลสุข
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธีระ สินเดชารักษ์
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการออกกำลังกายแบบบาสโลบต่อระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง THE EFFECT OF MOTIVATION COMBINED WITH PASLOP EXERCISE PROGRAM ON BLOOD PRESSURE AMONG PERSONS WITH PREHYPERTENSION
ครั้งที่อนุมัติ	24/2559
ระดับ	ปริญญาโท

จากมติคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 6/2560 วันที่ 2 พฤษภาคม 2560

ประกาศ ณ วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ – นามสกุล	**ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน**
1. นายแพทย์ สมชัย อัศวรัศมี	นายแพทย์ชำนาญการ แพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินหายใจ ประจำคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์
2. ผศ.ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รศ.ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางกัลยรัตน์ สังข์มรรทร	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์
5. นางทัศนาภรณ์ จิตติลาภ	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อาคาร 14/4 โรงพยาบาลสุรินทร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ค

หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ที่ ศธ 0512.11/ 0825

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

24 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (อายุรศาสตร์) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์ โทร. 08-1075-4498

ที่ ศธ 0512.11/0825

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

24 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์ โทร. 08-1075-4498

ที่ ศธ 0512.11/ 0825

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

24 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์ สมชัย อัศวรัศมี	นายแพทย์ชำนาญการ แพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินหายใจ ประจำคลินิกโรคหืด
2. นางกัลยรัตน์ สังข์มรรทร	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม
3. นางทัศนาภรณ์ จิตติลาภ	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อาคาร 14/4

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ สมชัย อัศวรัศมี, นางกัลยรัตน์ สังข์มรรทร และนางทัศนาภรณ์ จิตติลาภ
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์ โทร. 08-1075-4498

ภาคผนวก ง

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

หนังสือตอบรับและอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	147
วันที่	16 พ.ค. 60
เวลา	15:43 น.
ผู้รับ	

เรื่อง ขอหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์ รหัสประจำตัว 5877182436
นิสิตสาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ แขนงวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 143/4 ถนน เทศบาล 2
ตำบล/แขวง ในเมือง อำเภอ/เขต เมือง จังหวัด สุรินทร์ รหัสไปรษณีย์ 32000
โทรศัพท์ 08-1075-4498

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาววิยดา สุวรรณชาติ
4. ปีของวิทยานิพนธ์ ปีการศึกษา 2557

...

ลงนาม จิรสุดา ทะเรรัมย์ **ผู้ยื่นคำร้อง**
(นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์)
16 / พฤษภาคม / 2560

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	**ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ**
เห็นควรให้ใช้เครื่องมือได้	อนุญาตให้ใช้เครื่องมือได้
ลงนาม	ลงนาม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ)	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ)
.....16...../.....พฤษภาคม...../.....2560.....	.....16...../.....พฤษภาคม...../.....2560.....

อนุญาต
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
.....17...../.....พฤษภาคม...../.....2560.....

16 พ.ค. 60

ที่ ศธ 0512.11/ 0868

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เนื่องด้วย นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคหอบหืด จำนวน 15 ข้อ และแบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหอบหืด จำนวน 16 ข้อ จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหอบหืด ของผู้ป่วย ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ของนายณฏฐพงษ์ พิมพ์โคตร สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (2555) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วีระศักดิ์ สืบเสาะ และนายแพทย์ดนัย ธีวันดา เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์ โทร. 08-1075-4498

ที่ ศธ 0512.11/ 0869

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

เนื่องด้วย นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหืด จำนวน 6 ข้อ และแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหืด จำนวน 5 ข้อ จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหืดในผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดนครปฐม ของนางสาวทัชชภร หมื่นนิพัฒ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (2555) โดยมี ดร. สุพัฒนา คำสอน และพันเอกหญิง ดร. นงพิมล นิมิตรอานันท์ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์ โทร. 08-1075-4498

Ms. Jirasuda Tareram (Graduate student)
Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
Boromarajonani Srisatapat Building, 11th Floor
Rama 1 Road, Bangkok 10330
Phone: 0-2218-1131 Fax: 0-2218-1130

June 22, 2017

Dr. Robert A. Nathan
2709 N Tejon St, Colorado Springs, CO 80907
Phone: (719) 473-0872 Fax: (719) 630-3658

Dear Dr. Robert A. Nathan

My name is Ms. Jirasuda Tareram, a graduate student from Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, located in Bangkok, Thailand. I am now working on the thesis with the topic of "The Effect of motivation promoting program on self-management behavior in asthmatic adult patient".

I am very interested in your article "Development of the Asthma Control Test: A survey for assessing asthma control" which was published earlier in Journal of Allergy and Clinical Immunology 2004; 113: 59–65.

As your article is related to my studies, I would like to request for your permission to use your content to be factors in my thesis. This will also includes the translation of your article from English into Thai language and appropriately modify into Thai cultural context.

Thank you very much and I look forward to your response.

Best regards,

Jirasuda Tareram

Jirasuda Tareram
Graduate student from Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

**Please kindy let us know if you allow us to use your research tool by e-mail: jirasuda.wk@gmail.com or na_rak_pin@yahoo.com

ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘ (๑.๔.๓.)/ ๓๐๙

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง อนุญาตให้นำแบบสอบถามไปใช้

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดย นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ แจ้งความประสงค์ขออนุญาตใช้แบบสัมภาษณ์ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคหอบหืด จำนวน ๑๕ ข้อ และแบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหอบหืด จำนวน ๑๖ ข้อ ตามความละเอียดทราบแล้วนั้น

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นประโยชน์ และสมควรสนับสนุนอย่างยิ่ง จึงอนุญาตให้ใช้แบบสัมภาษณ์ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ว่าที่พันตรี

(วีระพงษ์ หาญรินทร์)
รองคณบดีฝ่ายบริหาร รักษาการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓

มหาวิทยาลัยคริสเตียน *มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย*
ตู้ ปณ. ๓๓ ปณจ.นครปฐม ๗๓๐๐๐ โทร. ๐-๓๔๒๒-๙๔๘๐ โทรสาร ๐-๓๔๒๒-๙๔๙๙
ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์ วิทยาคารสภาคริสตจักรในประเทศไทย
๓๒๘ ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐ โทร. ๐-๒๒๑๔-๖๐๓๘ โทรสาร ๐-๒๒๑๔-๖๐๓๙
CHRISTIAN UNIVERSITY OF THAILAND *THE CHURCH OF CHRIST IN THAILAND FOUNDATION*
P.O.Box 33 Nakhonpathom 73000 Thailand TEL. 66-3422-9480 FAX. 66-3422-9499 E-mail : christian@christian.ac.th

ที่ ม.คต.26/ 2716 /2560

วันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2560

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในงานวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา
รองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือที่ ศธ 0512.11/0869 ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2560 เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ชื่อเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหืดในผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ของนางสาวทัชชภร หมื่นนิพัฒ วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน พ.ศ. 2550 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์นั้น

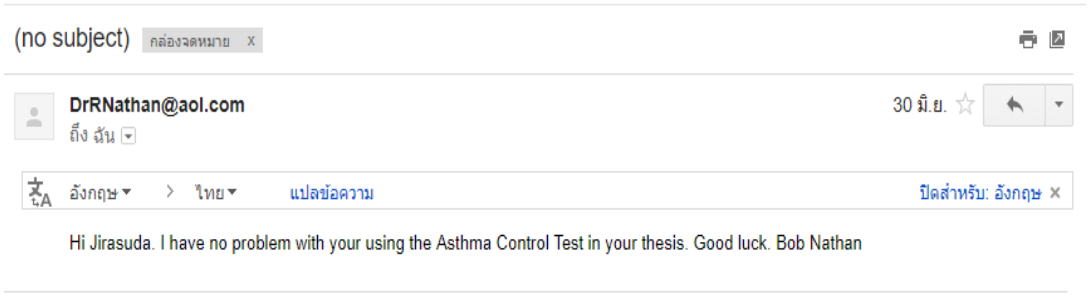
ในการนี้ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้พิจารณาแล้วยินดีอนุญาตให้นำเครื่องมือวิจัยดังระบุข้างต้นในการทำวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.เบ็ญจวรรณ พุทธิอังกูร)
รักษาการรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการและวิจัย
ปฏิบัติการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยคริสเตียน

สำนักบริหารบัณฑิตวิทยาลัย (นางสาวพรประภา พุ่มตะโก)
โทรศัพท์ 0-3422-9480 ถึง 7 ต่อ 1401 โทรสาร 0-3422-9499



(no subject) กล่องจดหมาย x

DrRNathan@aol.com
ถึง ฉัน

30 มิ.ย.

อังกฤษ › ไทย แปลข้อความ ปิดสำหรับ: อังกฤษ ×

Hi Jirasuda. I have no problem with your using the Asthma Control Test in your thesis. Good luck. Bob Nathan

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก จ

หนังสือขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ที่ ศธ 0512.11/๐๙๓๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

8 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหืด ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 18 – 59 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 74 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับการควบคุมโรคหืด แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด แผนการสอน เรื่องความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่องความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ และแผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต	นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์ โทร. 08-1075-4498

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย
กรณีที่อาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ที่บรรลุนิติภาวะ
INFORMED CONSENT FORM

การวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
บัตรประชาชน/ข้าราชการเลขที่.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับเอกสารและคำอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีวิจัย อันตรายหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังไม่ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้วิจัยเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าได้ตามที่ผู้วิจัยเห็นสมควร ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการนี้โดยความสมัครใจ และมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้

ผู้วิจัยและ/หรือผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยขอให้คำรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นการสรุปการวิจัย โดยไม่ระบุตัวบุคคลผู้เป็นเจ้าของข้อมูล และหากเกิดอันตรายหรือความเสียหายอันเป็นผลจากการวิจัยต่อข้าพเจ้า ผู้วิจัยและ/หรือผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยจะจัดการรักษาพยาบาลให้จนกลับคืนสภาพเดิม และจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาพยาบาลรวมทั้งชดใช้ค่าเสียหายอื่นถ้าหากมี

ผู้วิจัยแจ้งด้วยว่าข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์
ได้ที่ 320 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ 32000
โทรศัพท์ 08-1075-4498 โทรสาร 044-511737 E-mail: jirasuda.wk@gmail.com

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....อาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
( )
ลงนาม.....ผู้วิจัย
( )
ลงนาม.....พยาน
( )
ลงนาม.....พยาน
( )

ภาคผนวก ฉ

ประกาศนียบัตรการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน

เอกสารรับรองโครงการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหิดล

มอบประกาศนียบัตรนี้เพื่อแสดงว่า

นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์

ได้เข้ารับการอบรม

เรื่อง "จริยธรรมการวิจัยในคน สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์"

รุ่นที่ ๒ ประจำปี ๒๕๕๙

วันศุกร์ที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๕๙ เวลา ๘.๓๐ – ๑๖.๐๐ น.

ณ ห้อง MLC322 ชั้น ๓ อาคารศูนย์การเรียนรู้ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา

(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรรณแข มไหสวริยะ)
ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต)
อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธีรเดช ฉายอรุณ)
อาจารย์ประจำคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

(อาจารย์ ดร. ภัทรียา กิจเจริญ)
อาจารย์ประจำคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

MU-CERT
Center of Ethical Reinforcement for Human Research

โรงพยาบาลสุรินทร์
68 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ 32000

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์

เลขที่หนังสือรับรอง .....21 / 2560.....

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่
ชื่อโครงการ/ ภาษาอังกฤษ	THE EFFECT OF MOTIVATION PROMOTING PROGRAM ON SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR IN ASTHMATIC ADULT PATIENT
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์ นิสิตปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลสุรินทร์
เอกสารรับรอง	-แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณา -หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ -แบบบันทึกข้อมูล
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์
วันที่รับรอง	2 มิถุนายน 2560
วันหมดอายุ	1 มิถุนายน 2561

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ ตามเกณฑ์สากล (ICH-GCP)

.....

(นางอุษณีย์ สุขนิตย์)
เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสุรินทร์

.....

(นายชูสิทธิ์ พานิชวิทิตกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสุรินทร์

ภาคผนวก ช
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับการควบคุมโรคหืด

Asthma Control Test: ACT (ฉบับภาษาไทย)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แผนการสอนเรื่องความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคหืดวัยผู้ใหญ่

ส่วนที่ 2 คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่

ส่วนที่ 3 สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point presentation)

เรื่องความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่

ส่วนที่ 4 แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบสอบถามการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ตามทฤษฎีของ Rogers (1983) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืดหืด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

❒ Pre-test ❒ Post-test

เลขที่แบบสอบถาม.....

กลุ่มตัวอย่าง ❒ ควบคุม ❒ ทดลอง

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงความเป็นจริงของท่าน หรือเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. อายุ.....ปี (เกิดเดือน.....พ.ศ.....)

3. น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ค่าดัชนีมวลกาย..... กก./ม^2. **(สำหรับผู้วิจัย)**

4. สถานภาพสมรส

☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ ☐ 3. หม้าย

☐ 4. หย่าร้าง ☐ 5. แยกกันอยู่

5. ศาสนา

☐ 1. พุทธ ☐ 2. คริสต์

☐ 3. อิสลาม ☐ 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....

6. ระดับการศึกษา

☐ 1. ไม่ได้รับการศึกษา ☐ 2. ประถมศึกษา

☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ 5. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ / อนุปริญญา ☐ 6. ปริญญาตรี

☐ 7. สูงกว่าปริญญาตรี โปรดระบุ.....

7. อาชีพ

☐ 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ 2. รับราชการ

☐ 3. รัฐวิสาหกิจ ☐ 4. ข้าราชการบำนาญ

☐ 5. พนักงานบริษัท ☐ 6. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว

☐ 7. เกษตรกรรม ☐ 8. รับจ้าง

☐ 9. อื่นๆ โปรดระบุ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)

☐ 1. ไม่มีรายได้ ☐ 2. น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน

☐ 3. 5,000-9,999 บาท/เดือน ☐ 4. 10,000-14,999 บาท/เดือน

☐ 5. 15,000-19,999 บาท/เดือน ☐ 6. มากกว่า 20,000 บาท/เดือน

9. สิทธิการรักษาพยาบาล

☐ 1. ชำระเงินเอง ☐ 2. ประกันสังคม

☐ 3. เบิกจากต้นสังกัด ☐ 4. บัตรประกันสุขภาพทั่วหน้า (บัตรทอง)

☐ 5. อื่นๆ โปรดระบุ.....

10. ระยะเวลาที่เป็นโรคหืด.....ปี.....เดือน

11. โรคประจำตัว/โรคร่วมอื่นที่นอกจากโรคหืด

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี ระบุ.....

12. การใช้ยาพ่น

☐ 1. ไม่ได้ใช้ ☐ 2. ใช้

หากท่านใช้ยาพ่น (โปรดระบุประเภทยาพ่นที่ใช้)

☐ 1. ยาควบคุมอาการ

☐ 2. ยาขยายหลอดลม

☐ 3. ยาทั้ง 2 ชนิด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับการควบคุมโรคหืด Asthma Control Test: ACT (<u>ฉบับภาษาไทย)</u>

<u>คำชี้แจง</u> แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบระดับการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยโรคหืดในแต่ละราย โดยการประเมินในระยะ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการหอบหืดที่เกิดขึ้น ผลกระทบของโรคหืดต่อกิจวัตรประจำวัน จำนวนของการใช้ยาขยายหลอดลม และความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคหืดต่อการควบคุมโรค มีทั้งหมด 5 ข้อ ตามขั้นตอน 2 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1: กรุณาตอบคำถามแต่ละข้อโดยทำเครื่องหมาย "✓" ในช่อง ☐ ภายใต้ตัวเลขในคำตอบที่ท่านเลือก และนำตัวเลขนั้นไปเขียนในช่องสี่เหลี่ยมขวามือ กรุณาตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงให้มากที่สุด เพื่อช่วยให้ทั้งตัวท่านและทีมสุขภาพของท่าน สามารถเข้าใจได้ถูกต้องว่าโรคหืดของท่านเป็นอย่างไรบ้าง

คำถามข้อที่ 1					**คะแนน**
ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่โรคหืดทำให้คุณไม่สามารถทำงานที่เคยทำได้ ไม่ว่าจะเป็นงานที่ทำงาน ที่โรงเรียน หรือที่บ้าน?					
(1) ตลอดเวลา	(2) บ่อยมาก	(3) บางครั้ง	(4) น้อยมาก	(5) ไม่เคยเลย	

คำถามข้อที่ 2					**คะแนน**
ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่คุณรู้สึกหายใจไม่สะดวก หรือหายใจไม่อิ่ม?					
(1) มากกว่า 1 ครั้งต่อวัน	(2) วันละครั้ง	(3) 3–6 ครั้งต่อสัปดาห์	(4) 1–2 ครั้งต่อสัปดาห์	(5) ไม่เคยเลย	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คำถามข้อที่ 3					**คะแนน**
ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่คุณมีอาการของโรคหืด (หายใจมีเสียงวี้ดๆ ไอ หายใจไม่อิ่ม แน่นหรือเจ็บหน้าอก) จนทำให้ต้องตื่นขึ้นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ?					
(1) 4 คืนต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	(2) 2-3 คืนต่อสัปดาห์	(3) 1 คืนต่อสัปดาห์	(4) 1–2 คืน	(5) ไม่เคยเลย	

คำถามข้อที่ 4					**คะแนน**
ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณต้องใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็ว หรือยาเม็ดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็ว บ่อยแค่ไหนเพื่อช่วยให้คุณหายใจได้ดีขึ้น?					
(1) 3 ครั้งต่อวันหรือมากกว่า	(2) 1-2 ครั้งต่อวัน	(3) 2–3 ครั้งต่อสัปดาห์	(4) 1 ครั้งต่อสัปดาห์หรือน้อยกว่า	(5) ไม่เคยเลย	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คำถามข้อที่ 5					**คะแนน**
ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณคิดว่าคุณสามารถควบคุมโรคหืดของคุณได้ดีมากน้อยแค่ไหน?					
(1) ควบคุมไม่ได้เลย	(2) ควบคุมได้ไม่ค่อยดี	(3) ควบคุมได้บ้าง	(4) ควบคุมได้ดี	(5) ควบคุมได้สมบูรณ์	

ขั้นตอนที่ 2: กรุณานำคะแนนในแต่ละข้อมาบวกกันเป็นคะแนนรวม

คะแนนรวม	

หมายเหตุ คะแนน 25 หมายถึง ควบคุมอาการได้สมบูรณ์ (Controlled)
คะแนน 21 – 24 หมายถึง ควบคุมอาการได้บางส่วน (Partly controlled)
คะแนน ≤ 20 หมายถึง ควบคุมอาการไม่ได้ (Uncontrolled)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 31 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ **<u>ภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา</u>** โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามอ่านข้อความในแบบสอบถามทีละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังต่อไปนี้

ทำทุกครั้งหรือทำทุกวัน หมายถึง ท่านทำกิจกรรมการจัดการตนเองในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำ

ทำเกือบทุกครั้งหรือเกือบทุกวัน หมายถึง ท่านทำกิจกรรมการจัดการตนเองในเรื่องนั้นๆ เกือบทุกครั้งหรือเกือบทุกวัน (ทำ 4 - 6 วันใน 1 สัปดาห์)

ทำบางครั้งหรือบางวัน หมายถึง ท่านทำกิจกรรมการจัดการตนเองในเรื่องนั้นๆ นานๆ ครั้งหรือบางวัน (ทำ 1 - 3 วันใน 1 สัปดาห์)

ไม่ได้ทำ หมายถึง ท่านไม่ได้ทำกิจกรรมการจัดการตนเองในเรื่องนั้นๆ เลย

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ไม่ได้ทำ	ทำบางครั้ง	ทำเกือบทุกครั้ง	ทำทุกครั้ง
1. การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ				
1.1 ท่านใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อเจอฝุ่นหรือควัน				
1.2 ท่านคลุกคลีหรืออยู่ใกล้ชิดกับคนที่เป็นหวัด				
1.3 ท่านไม่อยู่ใกล้คนที่กำลังสูบบุหรี่				
1.4 ท่านเล่นคลุกคลีกับสุนัขหรือแมว				
1.5 ท่านสัมผัสหรือสูดดมละอองเกสรดอกไม้				
2. การประเมินอาการหอบเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น				
2.1 ท่านสังเกตว่ามีอาการหอบเหนื่อย เมื่อออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา				
2.2 ท่านสังเกตว่ามีอาการไอ หายใจลำบาก เมื่อสูดดมกลิ่นดอกไม้บางชนิด				
2.3 ท่านสังเกตว่ามีอาการไอ หายใจเสียงดังวี้ด เมื่อสัมผัสหรืออยู่ในห้องที่มีอากาศเย็น				
2.4 ท่านสังเกตว่ามีอาการไอ หายใจลำบาก เมื่ออยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ไม่ได้ทำ	ทำบางครั้ง	ทำเกือบทุกครั้ง	ทำทุกครั้ง
2.5 ท่านสังเกตว่ามีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก เมื่อสัมผัสควันรถหรือฝุ่นละอองต่างๆ				
3. การฝึกการบริหารการหายใจและการใช้ยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง				
3.1 ท่านฝึกบริหารการหายใจโดยวิธีเป่าปาก วันละ 2 ครั้ง เพื่อให้ร่างกายสามารถทนอาการหอบเหนื่อยได้ดีขึ้น				
3.2 ท่านบริหารการหายใจโดยหายใจเข้าทางจมูกท้องป่อง และหายใจออก เป่าปากท้องแฟบ เมื่อเกิดอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก				
3.3 ท่านกินยาหรือพ่นยาขยายหลอดลม ตามคำแนะนำของแพทย์				
3.4 ท่านใช้ยาพ่นขยายหลอดลมได้ถูกต้อง ตามขั้นตอนและวิธีการพ่นยาแต่ละประเภท เช่น การใช้อินเฮเล่อร์โดยตรง การใช้อินเฮเล่อร์โดยพ่นผ่านทางสเปสเซอร์ การใช้แอคคิวเฮเล่อร์และการใช้เทอร์บูเฮเล่อร์ เป็นต้น				
3.5 ท่านบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดทุกครั้งหลังพ่นยาสเตียรอยด์ เพื่อลดการสะสมของยาบริเวณกระพุ้งแก้ม ที่อาจทำให้เกิดเชื้อราในช่องปากได้				
4. การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบหืดได้ด้วยตนเอง				
4.1 ท่านหยุดทำกิจกรรมทันทีที่เกิดอาการหอบเหนื่อยหรือหายใจลำบาก				
4.2 ท่านดื่มน้ำอุ่นทีละน้อยๆ บ่อยๆ ครั้ง เพื่อช่วยขับเสมหะออกได้ง่าย				
4.3 ท่านกินยาหรือพ่นยาขยายหลอดลมทันที เมื่อรู้สึกหอบเหนื่อย				
4.4 ท่านบริหารการหายใจร่วมกับการใช้ยา เมื่อเกิดอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก				
4.5 ท่านแจ้งคนใกล้ชิดให้พาไปโรงพยาบาล หลังจากพ่นยาขยายหลอดลมและบริหารการหายใจแล้วอาการหอบไม่ดีขึ้น				

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ไม่ได้ทำ	ทำบางครั้ง	ทำเกือบทุกครั้ง	ทำทุกครั้ง
5. การออกกำลังกายที่เหมาะสม				
5.1 ท่านออกกำลังกายที่ทำให้เหนื่อยมาก				
5.2 ท่านเล่นกีฬาที่ออกแรงน้อยๆ ก่อน แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มกำลังให้แรงขึ้นเรื่อยๆ				
5.3 ท่านออกกำลังกายเพื่อช่วยในการบริหารปอด เช่น การเล่นโยคะ การเต้นแอโรบิค การเดินเล่น การวิ่งระยะสั้น การใช้ยางยืด การว่ายน้ำ เป็นต้น				
5.4 ในระหว่างออกกำลังกายเมื่อรู้สึกเหนื่อย ท่านจะหยุดพัก และพักในท่าที่ลำตัวเอนไปข้างหน้าหรือฟุบหน้าที่โต๊ะให้ตัวเอนไปข้างหน้า เพื่อช่วยให้อาการเหนื่อยลดน้อยลง และทำให้การหายใจได้สะดวกขึ้น				
5.5 ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละประมาณ 20 - 30 นาที โดยประเมินจากอาการของตนเองและไม่ออกกำลังกายที่หักโหม				
6. การรับยารักษาอย่างต่อเนื่อง				
6.1 ท่านใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ เพื่อควบคุมอาการหอบทุกวันตามคำแนะนำของแพทย์				
6.2 ท่านเพิ่มหรือลดขนาดยาตามอาการของตนเอง				
6.3 ท่านใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ เพื่อควบคุมอาการเฉพาะช่วงที่มีอาการหอบเท่านั้น				
6.4 ท่านขอยาพ่นแก้หอบจากผู้ป่วยอื่นหรือเพื่อนบ้านมาใช้				
6.5 ท่านซื้อยาแก้หอบมารับประทานเองจากร้านขายยาใกล้บ้าน				
6.6 ท่านมาตรวจตามแพทย์นัด				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) แนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ของ Tobin และคณะ (1986) และได้กำหนดเนื้อหาตามองค์ประกอบในการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อใช้ในการวางแผนให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งได้คำนึงถึงการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยการวิจัยครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 60 นาที

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยง เริ่มดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์แรกที่พบผู้ป่วย ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและปฏิบัติต่อเนื่องจนสิ้นสุดโปรแกรม โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองเพื่อสร้างความไว้วางใจและความเชื่อมั่น ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหืดของตนเอง และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอันตรายของโรคหืดจากประสบการณ์ที่ผ่านมาตามการรับรู้ของตนเอง เกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของโรคหืด และปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบขึ้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคหืด ตามการรับรู้การประเมินอันตรายที่จะส่งผลคุกคามต่อชีวิต เพื่อนำไปสู่การตั้งเป้าหมายและหาแนวทางป้องกัน

1.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด แนวทางการดูแลรักษาโรคหืด อาการและความรุนแรงที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ โดยการใช้สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point presentation) พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง

1.3 ผู้วิจัยกระตุ้นอารมณ์ทางบวก ชื่นชมให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้

2. การประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยกิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตั้งความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากโรคหืดจากประสบการณ์ที่ผ่านมา และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ตั้งความคาดหวังในการป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรคหืด

2.2 ผู้วิจัยเป็นตัวแบบในการสาธิตวิธีการบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเองที่ถูกต้อง การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายในท่าบริหารปอด

2.3 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการบริหารยาขยายหลอดลม การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายบริหารปอดด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยคอยแนะนำอยู่ข้างๆ ตรวจสอบและชี้แนะการปฏิบัติทักษะที่ถูกต้อง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในตนเองสามารถปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองในการบริหารยาขยายหลอดลม บริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายบริหารปอดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2.4 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทักษะการบริหารยาขยายหลอดลม การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายบริหารปอด ให้ผู้วิจัยดู 1 ครั้ง เพื่อประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติทักษะ

2.5 ผู้วิจัยมอบสื่อคู่มือพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ให้กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปทบทวนความรู้ด้วยตนเอง และนำไปปฏิบัติทักษะเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

2.6 ผู้วิจัยกระตุ้นอารมณ์ทางบวก ชื่นชมให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้

สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 – 15 นาที

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ทบทวนความรู้ตามคู่มือปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ประเมินปัญหา/อุปสรรคในการจัดการตนเอง พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไข พูดคุยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และเน้นย้ำถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนัก สร้างความมั่นใจ และความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้

ประเมินผลลัพธ์ คือ การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ในสัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 15 – 20 นาที ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่าถึงประสบการณ์การจัดการตนเองโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ และผู้วิจัยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องต่อไป

ส่วนที่ 1 แผนการสอน เรื่อง “ความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคหืดวัยผู้ใหญ่”

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอนเรื่อง ความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่

สำหรับ ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ จำนวน 1 - 2 คน

สถานที่สอน คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์

ผู้สอน นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์ นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

ระยะเวลาที่ใช้สอน 30 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคหืดและพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม
2. เพื่อให้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม
3. เพื่อให้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่สามารถนำพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมไปปฏิบัติได้ถูกต้อง

แผนการสอน

เรื่อง ความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนกับผู้ฟัง 2. เพื่อให้ผู้ฟังสนใจและให้ความสำคัญกับหัวข้อการสอน	**ขั้นนำ (5 นาที)** ผู้สอนเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้สอน เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และความไว้วางใจ ภายหลังการสร้างสัมพันธภาพ ผู้สอนแจ้งวัตถุประสงค์ของการสอนในครั้งนี้ **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อให้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคหืดและพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม 2. เพื่อให้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม 3. เพื่อให้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่สามารถนำพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมไปปฏิบัติได้ถูกต้อง	- ผู้สอนกล่าวแนะนำตัว ทักทายผู้ฟัง พูดคุย สร้างสัมพันธภาพ และสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง - ผู้สอนชี้แจงหัวข้อและวัตถุประสงค์ของการสอน - ผู้สอนกระตุ้นความพร้อม และความสนใจของผู้ฟัง		- ประเมินสีหน้า ท่าทางของผู้ฟังที่แสดงออกถึงความสนใจ ความตั้งใจ เช่น การพยักหน้า และการซักถามข้อสงสัยต่างๆ - ผู้ฟังสามารถบอกวัตถุประสงค์ของการสอนได้

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียน การสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
3. เพื่อให้ผู้ฟังมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถบอก ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยส่งเสริม และอาการของการเกิดโรคหืดได้	**ขั้นสอน (20 นาที)** **ความหมายของโรคหืด** โรคหืด (Asthma) เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม มีผลทำให้หลอดลมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ ผู้ป่วยมักมีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงวี้ด หรือมีอาการหอบเหนื่อยเกิดขึ้น เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นหรือสารก่อโรค อาการเหล่านี้อาจหายไปได้เอง หรือหายไปเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม **อาการของผู้ป่วยโรคหืด** 1. มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดลมหลังจากได้รับสารก่อภูมิแพ้ ทำให้ลมผ่านหลอดลมลำบาก 2. มีการหลั่งของมูก ทำให้ผนังหลอดลมบวม ผู้ป่วยจะหอบเพิ่มขึ้น 3. มีเสมหะอุดกั้นหลอดลม ทำให้ลมผ่านหลอดลมลำบาก 4. มีการหนาตัวของผนังหลอดลม ทำให้หลอดลมตีบเรื้อรัง จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหายใจตื้น หรือหายใจสั้น แน่นหน้าอก ไอ หายใจมีเสียงวี้ด	- ทบทวนความหมาย อาการ และปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหืด - สุ่มถามผู้ฟัง ให้บอกความหมาย อาการ และปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหืด	- Power Point เรื่อง ความหมาย อาการ และปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหืด - เอกสารประกอบการสอน คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่	- ผู้ฟังสามารถบอกความหมาย อาการ และปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหืดได้ถูกต้องมากกว่า 80%

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	สาเหตุของการเกิดโรคหืด โรคหืดเกิดมาจากหลายปัจจัยด้วยกันที่สัมพันธ์กันทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการจับหืดหรือมีอาการโรคหืดที่รุนแรงขึ้น จำแนกได้ 2 ปัจจัย ดังนี้ **1. ปัจจัยภายในตัวบุคคลหรือปัจจัยจากผู้ป่วย (host factors)** 1) พันธุกรรม (Genetics of asthma) โรคหืดเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ เกิดมาจากครอบครัวที่มีพ่อ แม่ หรือญาติใกล้ชิดเป็นโรคหืด หรือโรคภูมิแพ้ชนิดใดชนิดหนึ่ง มีโอกาสที่จะเป็นโรคหืดสูงกว่าบุคคลที่เกิดในครอบครัวที่ไม่เป็นโรคภูมิแพ้หรือโรคหืด 2) ภาวะการตอบสนองที่ไวเกินของทางเดินอากาศหายใจ (Airway hyperresponsiveness) การตอบสนองของหลอดลมที่ไวเกินต่อสารก่อภูมิแพ้เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะหลอดลมตีบแคบและจับหืดอย่างเฉียบพลัน 3) เพศ (Gender) และอายุ (Age) ในช่วงวัยเด็กมีความชุกของโรคหืดในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง เพราะเพศชายลักษณะทางเดิน			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	อากาศหายใจแคบกว่า แรงบีบตัวของหลอดลม และระดับ IgE สูงกว่าเพศหญิง ในช่วงวัยรุ่นพบความชุกของโรคหืดได้เท่าๆ กัน ทั้งเพศชายและเพศหญิง และเมื่อเข้าสู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่จะพบความชุกของโรคหืดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 4) เชื้อชาติ (Ethnic) พบอุบัติการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละเชื้อชาติ โดยคนผิวดำมีอุบัติการณ์มากกว่าคนผิวขาว 5) ความอ้วน (Obesity) ผู้ที่อ้วนมากเกินไปจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหืดได้ 6) ภาวะภูมิแพ้ (Atopy) เป็นภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้ (Allergen) โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะนี้จะมีระดับของ Immunoglobulin (IgE) ในเลือดสูงผิดปกติตามหลังการก่อภูมิแพ้ (allergen sensitization) และการทดสอบทางผิวหนังให้ผลบวกต่อสารก่อภูมิแพ้ ภาวะภูมิแพ้จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหลอดลมไวเกิน และการก่อภูมิแพ้อาจส่งเสริมให้เกิดโรคหืด 7) การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ (Extreme emotional expression) สภาพจิตใจที่ผิดปกติ เช่น ความเครียด กลัว วิตกกังวล โกรธ หงุดหงิด เสียใจ ตื่นเต้น หัวเราะ ร้องไห้ เป็นต้น หรือ			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	บางครั้งเกิดจากการกระตุ้นด้วยอาการเจ็บปวดรุนแรง เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น **2. ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม (environment factors)** 1) สารก่อภูมิแพ้ (Allergen) ที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญ คือ สิ่งแวดล้อม ซึ่งสารก่อภูมิแพ้ที่พบบ่อย ภายในบ้าน/อาคารที่อยู่อาศัย ได้แก่ ฝุ่นบ้าน ตัวไรฝุ่น แมลงสาบ สัตว์เลี้ยงที่มีขน ส่วนภายนอกบ้าน ได้แก่ ละอองเกสร ละอองข้าว หญ้า วัชพืช ดอกไม้ชนิดต่างๆ เป็นต้น 2) สารระคายเคืองหรือสิ่งกระตุ้นต่างๆ ภายในบ้าน และภายนอกบ้าน (Indoor allergens / Outdoor allergens) ได้แก่ สารพิษในอากาศ เช่น ออกไซด์ของไนโตรเจนซัลเฟอร์ สารไฮโดรคาร์บอน และโอโซน ที่มาจากโรงงานอุตสาหกรรม มลภาวะของอากาศ เช่น ตัวไรฝุ่น ฝุ่นบ้าน ฝุ่นจากที่นอน หมอน ผ้าห่ม ผ้าม่าน ละอองเกสรดอกไม้ หญ้า เชื้อรา ขนสัตว์ ควันบุหรี่ ควันท่อไอเสียรถ ควันไฟ ควันธูป กลิ่นอาหาร และกลิ่นฉุนๆ 3) สภาวะทางกายภาพและการเปลี่ยนแปลงของอากาศ (Weather changes) เช่น อากาศเย็นจัดเปลี่ยนเป็นอากาศร้อนจัด			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	จนเกินไป หรืออากาศร้อนเปลี่ยนเป็นอากาศเย็นจัดจนเกินไป ฝนตก อากาศแห้ง หรือชื้น มลภาวะทางอากาศ มลพิษจากการจราจร 4) การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (Respiratory infection) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัส เช่น ไข้หวัด การติดเชื้อแบคทีเรียของทางเดินหายใจส่วนบน เช่น ไซนัสอักเสบ ทอนซิลอักเสบ เป็นต้น 5) การออกกำลังกาย (Exercise) ในผู้ป่วยโรคหืดที่มีการควบคุมโรคไม่ได้ การออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม จะทำให้เกิดอาการจับหืดขึ้นได้ (Asthmatic attack) 6) อาหาร (Food) พบว่าอาหารบางชนิดกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืดขึ้นได้ เช่น นม ไข่ ถั่วลิสง ข้าวสาลี งา อาหารทะเล เป็นต้น หรืออาหารที่มีสารซัลไฟต์สูง เช่น ของหมักดอง อาหารตากแห้ง ผลไม้แห้ง เบียร์หรือไวน์ เป็นต้น และอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ขนมขบเคี้ยวบรรจุซองสำเร็จรูป แมลงทอด ผงชูรส เป็นต้น 7) ยาหรือสารเคมีบางชนิด (Drugs) โดยเฉพาะกลุ่มยาแอสไพริน (Aspirin) ยาต้านการอักเสบ (NSAID) ยาเบต้าบล็อกเกอร์ (B-blocker) และสารเคมี เช่น ยาฆ่าแมลง ผลซักฟอก สารแต่งสี เป็นต้น			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
4. เพื่อให้ผู้ฟังสามารถบอกแนวทางการดูแลโรคหืดได้	**แนวทางการดูแลรักษาโรคหืด** โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ส่วนใหญ่รักษาไม่หายขาด ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อได้รับการรักษาที่ได้ผลแล้ว สามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ ซึ่งแนวทางการดูแลรักษาโรคหืด แบ่งได้เป็น 4 ข้อใหญ่ ดังนี้ **1. ผู้ป่วยและครอบครัวต้องให้ความสนใจกับโรคหืดของตนเอง** โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเพิ่มเติม จากการอ่านหนังสือ หรือการสอบถามจากแพทย์ หรือจากพยาบาล **2. การใช้ยาพ่นรักษา** แบ่งออกได้เป็น 2.ประเภท คือยาพ่นควบคุมอาการหอบและยาพ่นฉุกเฉิน - ยาพ่นควบคุมอาการหอบ เป็นยาที่ใช้ลดการอักเสบของหลอดลม ต้องใช้เป็นประจำทุกวันอย่างสม่ำเสมอ แม้ไม่มีอาการหอบ โดยการพ่นยาตามแพทย์สั่ง ห้ามหยุดยาเอง เพราะจะทำให้อาการหอบกำเริบซ้ำได้	- ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาโรคหืด - สุ่มถามผู้ฟัง ให้บอกถึงแนวทางในการดูแลรักษาโรคหืด - เปิดโอกาสให้ผู้ฟังซักถามข้อสงสัย	- Power Point เรื่อง แนวทางการดูแลรักษาโรคหืด - เอกสารประกอบการสอน คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่	- สังเกตความสนใจในการฟัง การสบตาของผู้ฟังขณะผู้สอนทำการสอน - ผู้ฟังสามารถบอกแนวทางการดูแลรักษาโรคหืดได้ถูกต้องมากกว่า 80%

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	- ยาพ่นฉุกเฉิน เป็นยาขยายหลอดลม ใช้ทันทีขณะที่มีอาการหอบกำเริบ เพื่อลดอาการหอบเหนื่อย มีฤทธิ์ขยายหลอดลมที่หดตัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถหายใจรับออกซิเจนได้มากขึ้น			
5. เพื่อให้ผู้ฟังสามารถบอกวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบได้	**3. การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคหืด** **1) หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ดังนี้** <u>การหลีกเลี่ยงไรฝุ่น</u> - ควรซักชุดเครื่องนอนทุกสัปดาห์ ด้วยน้ำร้อนอุณหภูมิ 55 - 60 องศาเซลเซียส นาน 30 นาที จึงจะสามารถฆ่าเชื้อไรฝุ่นได้ การผึ่งลม หรือผึ่งแดด ไม่สามารถกำจัดไรฝุ่นได้ - ควรใช้ผ้าคลุมที่นอนที่กันไรฝุ่น - หลีกเลี่ยงการใช้ที่นอน หมอน ที่ประกอบด้วยนุ่น หรือสำลี หรือมีส่วนประกอบของผ้าหรือขนสัตว์ - หลีกเลี่ยงการปูพรม หรือการใช้ผ้าม่านในห้องนอน ถ้าใช้ผ้าม่าน ควรซักด้วยน้ำร้อนเป็นประจำ	- ทบทวนถึงวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ - สุ่มถามผู้ฟัง ให้บอกวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ - เปิดโอกาสให้ผู้ฟังซักถามข้อสงสัย	- Power Point เรื่อง วิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ - เอกสารประกอบการสอน คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด	- สังเกตพฤติกรรมของผู้ฟังขณะรับฟัง ไม่นั่งเหม่อลอย สนใจและตั้งใจฟัง มีการสบตาผู้สอน - ผู้ฟังสามารถบอกวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบได้ถูกต้องมากกว่า 80%

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<u>การหลีกเลี่ยงควัน และสารระเหย ระคายเคือง</u> - หลีกเลี่ยงการสูดดมควัน หรือสารระเหย โดยการออกมาจากสิ่งแวดล้อมนั้นจนกว่าสิ่งกระตุ้นนั้นจะหมดไป หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ให้ใช้ผ้าปิดจมูกแทน <u>การหลีกเลี่ยงขนสัตว์</u> - ไม่เลี้ยงสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัข แมว หนู กระต่าย นก เป็ด หรือไก่ เป็นต้น เพราะอาจหายใจรับขนสัตว์หรือสะเก็ดผิวหนังของสัตว์เลี้ยง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหืดกำเริบได้ <u>การหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้จากละอองเกสรดอกไม้ หรือดอกหญ้า</u> - ควรปิดประตูและหน้าต่างบ้านให้มิดชิด ในช่วงฤดูเกสรฟุ้งกระจาย - ควรหลีกเลี่ยงการสูดละอองเกสรดอกไม้โดยตรง			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<u>การหลีกเลี่ยงเชื้อรา</u> - หมั่นรักษาความสะอาดบ้าน เครื่องใช้ ที่นอน และเครื่องนุ่งห่มให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ หลีกเลี่ยงความอับชื้นอันเป็นสาเหตุของเชื้อรา หากพบเชื้อราในบ้านควรทำความสะอาดและกำจัดโดยเร็ว หากเป็นเครื่องใช้ก็ไม่ควรนำมาใช้อีก <u>การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ</u> - หลีกเลี่ยงใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการหวัด หรือติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ			
6. เพื่อให้ผู้ฟังสามารถบอกอาการหอบหืดกำเริบได้	**2) การรับรู้อาการหอบหืดกำเริบ** อาการผิดปกติที่เกิดจากหืดกำเริบ เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการไอ หายใจหอบเหนื่อย หายใจมีเสียงดังวี้ด หายใจลำบาก เนื่องจากกล้ามเนื้อหลอดลมหดตัวร่วมกับผนังหลอดลมบวมจากการอักเสบและมีเสมหะเพิ่มมากขึ้นในหลอดลม หากมีอาการมากหลอดลมจะตีบจนอาจเสียชีวิตจากการขาดอากาศหายใจได้ ซึ่งอาการที่พบได้	- ทบทวนอาการหอบหืดกำเริบ - สุ่มถามผู้ฟัง ให้บอกลักษณะอาการหอบหืดกำเริบ	- Power Point เรื่องอาการหอบหืดกำเริบ - เอกสารประกอบการสอน คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการ	- สังเกตการสบตาของผู้ฟังขณะผู้สอนทำการสอน - ผู้ฟังสามารถบอกถึงอาการหอบหืดกำเริบได้ถูกต้องมากกว่า 80%

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	เบื้องต้น มีดังนี้ หายใจเร็ว หายใจตื้น หรือหายใจสั้น แน่นหน้าอก ไอ และหายใจเสียงดังวี้ด เป็นต้น	- เปิดโอกาสให้ผู้ฟังซักถามข้อสงสัย	ตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่	
7. เพื่อให้ผู้ฟังสามารถใช้ยาขยายหลอดลมด้วยตนเองและบริหารการหายใจแบบเป่าปากได้	**3) การใช้ยาขยายหลอดลมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง และรู้ถึงวิธีการบริหารการหายใจที่เหมาะสม** **วิธีใช้ยาพ่นชนิดมิเตอร์โดสอินเฮเลอร์ โดยพ่นจากอินเฮเล่อร์โดยตรง** มีขั้นตอนดังนี้ 1) จับกระบอกยา เปิดฝาครอบออก แล้วเขย่ากระบอก ยาในแนวดิ่ง หายใจออก 2) อมปากกระบอกยาให้สนิท เงยหน้าเล็กน้อย 3) กดยาพร้อมกับหายใจเข้าทางปากช้าๆ ลึกๆทันที 4) กลั้นลมหายใจไว้ 10 วินาที โดยที่เอากระบอกยาออกจากปาก ปิดปากให้สนิทหลังจากนั้นหายใจออกทางจมูก **วิธีใช้ยาพ่นชนิดมิเตอร์โดสอินเฮเลอร์ โดยพ่นผ่านทางสเปสเซอร์** มีขั้นตอนดังนี้ 1) ถอดฝาครอบออกจากกระบอกเครื่องพ่น 2) เขย่ากระบอกยาในแนวดิ่งให้ยาเข้ากันดี	- สาธิตวิธีการใช้ยาขยายหลอดลมในรูปแบบต่างๆ - สาธิตการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก - ให้ผู้ฟังทำการสาธิตย้อนกลับ การฝึกใช้ยาขยายหลอดลมด้วยตนเองและการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก	- Power Point เรื่องการใช้ยาขยายหลอดลมและการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก - เอกสารประกอบการสอน คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่	- ผู้ฟังสามารถใช้ยาขยายหลอดลมได้ด้วยตนเอง และบริหารการหายใจแบบเป่าปากได้ถูกต้องมากกว่า 80%

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	3) ต่อสเปสเซอร์เข้ากับปากกระบอกพ่นยา สอดปากกระบอกเครื่องพ่นเข้าที่ปลายด้านหนึ่งที่อยู่ตรงข้าม กับปากกระบอกของเครื่องสเปสเซอร์ 4) หายใจออกทางปากก่อน 5) อมที่ปากกระบอกของเครื่องสเปสเซอร์ให้สนิท 6) กดหลอดเครื่องพ่น 1 ครั้งแล้วหายใจเข้าทางปากช้าๆ ลึกๆ 7) กลั้นหายใจไว้ประมาณ 10 วินาที แล้วค่อยๆ หายใจออกทางจมูกช้าๆ 8) สูดลมหายใจเข้าทางปากอีก 2-3 ครั้ง โดยไม่ต้องกดหลอดเครื่องพ่น 9) การพ่นครั้งต่อไป ให้พ่นหลังจากพ่นครั้งแรกแล้วประมาณ 1 นาที ถ้าอาการไม่ดีขึ้น **วิธีใช้ยาสูดชนิดดรายพาวเดอร์อินแอคคิวเฮเล่อร์ มีขั้นตอนดังนี้** 1) เปิดเครื่องแอคคิวเฮเลอร์ โดยใช้มือข้างหนึ่งจับที่ตัวเครื่องด้านนอกไว้ แล้วใช้นิ้วหัวแม่มือของอีกมือหนึ่งวางลงที่ร่องดันนิ้วหัวแม่มือในทิศทางออกจากตัวไปจนสุด			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	2) ถือเครื่องไว้โดยให้ด้านปากกระบอกหันเข้าหาตัวดันแกนเลื่อนออกไปจนสุด จนได้ยินเสียง “คลิก” จึงพร้อมที่จะใช้งาน 3) ก่อนที่จะสูดยา ให้ถือเครื่องแอคคิวเฮเลอร์ให้ห่างจากปากไว้ก่อนแล้วหายใจออกให้สุด อย่าพ่นลมหายใจเข้าไปในเครื่องมือ 4) ถือเครื่องแอคคิวเฮเลอร์โดยให้ส่วนปากกระบอกทาบริมฝีปาก สูดลมหายใจเข้าทางปากโดยผ่านทางเครื่องมือให้ แรง เร็ว และลึกที่สุด โดยไม่ต้องกั้นหายใจหลังสูด 5) เอาเครื่องแอคคิวเฮเลอร์ออกจากปาก 6) ปิดเครื่องแอคคิวเฮเลอร์ โดยวางนิ้วหัวแม่มือลงบนร่องแล้วเลื่อนกลับเข้าหาตัวจนสุด เมื่อเครื่องถูกปิดจะมีเสียงดัง“คลิก”ตัวแกนจะเลื่อนคืนกลับที่ตำแหน่งเดิมและจะถูกตั้งเครื่องใหม่โดยอัตโนมัติเพื่อพร้อมที่จะใช้งานได้ในครั้งต่อไป **วิธีใช้ยาสูดชนิดรายพาวเดอร์อินเทอร์บูเฮเล่อร์** มีขั้นตอนดังนี้ 1) เปิดเครื่องเทอร์บูเฮเล่อร์ โดยใช้มือข้างหนึ่งจับที่ตัวเครื่องด้านนอกไว้ แล้วใช้มือหมุนคลายเกลียวฝาครอบออก จะได้ยินเสียงขณะคลายเกลียวฝาครอบ			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	2) ถือกระบอกยาในแนวตั้งตรง ให้ฐานสีแดงอยู่ด้านล่าง หมุนฐานกระบอกยาไปด้านใดด้านหนึ่งจนสุด จากนั้นหมุนบิดกลับไปอีกด้านจนสุด จะได้ยินเสียง “คลิก” ในขณะหมุนฐานกระบอกยา ในขณะหมุนฐานกระบอกยา อย่าจับบริเวณปากกระบอกด้านบน 3) ก่อนที่จะสูดยา ให้หายใจออกช้าๆ จนสุด อย่าหายใจออกในขณะอมปากกระบอกยา 4) อมปากกระบอกยา โดยให้ปากกระบอกยาอยู่ระหว่างฟันบนและฟันล่าง ปิดปากให้สนิท สูดลมหายใจเข้าทางปากโดยแรงและลึก ห้ามเคี้ยวหรือกัดปากกระบอกยา 5) เอาปากกระบอกยาออกจากปาก หุบปาก แล้วผ่อนลมหายใจออกทางจมูกช้าๆ 6) ปิดฝาครอบกระบอกยา โดยหมุนเกลียวฝาครอบปิดให้แน่น **การบริหารการหายใจ** เป็นการฝึกใช้กล้ามเนื้อที่ช่วย ในการหายใจ ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่มักหายใจ เข้า-ออก เร็วและแรง ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ส่วนคอ ทรวงอกและไหล่ ทำให้มีการใช้พลังงานในการหายใจสูง อากาศคงค้างในปอดสูง ดังนั้นควรกระตุ้น			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	ให้ผู้ป่วยฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อส่วนล่าง กล้ามเนื้อหน้าท้อง และกระบังลมอย่างผสมผสาน ผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้เรื่องการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อเวลาเกิดอาการขึ้นแล้วจะได้ช่วยเหลือตนเองได้ตามสมควรและวิธีการหายใจที่เพิ่มประสิทธิภาพในการหายใจให้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด คือ การหายใจแบบห่อปากหรือเป่าปาก โดยเริ่มจากจัดให้ผู้ป่วยนั่งโน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อย ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกมากที่สุดค้างไว้ประมาณ 3-4 วินาที จากนั้นหายใจออกทางปากโดยผู้ป่วยต้องทำการห่อปากให้เล็กมากที่สุดและเป่าลมออกให้ช้าและยาวที่สุดเท่าที่จะทำได้ เมื่อหายใจออกจนหมดลมแล้วให้ทำการหายใจเข้าทางจมูกอีกครั้ง และหายใจออกทางปากโดยการห่อปากเหมือนเดิม โดยการฝึกหายใจโดยการห่อปากนี้ควรจะทำประมาณ 6-8 ครั้งต่อรอบและพักประมาณ 1-2 นาที แล้วจึงทำซ้ำอีก 2 รอบ การหายใจแบบนี้ผู้ป่วยสามารถทำได้ทุกครั้งเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
8. เพื่อให้ผู้ฟังสามารถบอกการปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง	**4) การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง** ในกรณีที่มีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจลำบากหรือหายใจไม่สะดวก อาการหอบรุนแรงขึ้น แม้ว่าจะใช้ยาพ่นขยายหลอดลมบ่อยกว่าเดิม ทุก 3-4 ชั่วโมง อาการหอบไม่ดีขึ้น ควรขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลที่อยู่ใกล้เคียงให้นำส่งโรงพยาบาล ก่อนจะมีอาการหอบรุนแรงมากขึ้น	- ทบทวนการปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง - สุ่มถามผู้ฟัง ให้บอกการปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง - เปิดโอกาสให้ผู้ฟังซักถามข้อสงสัย	- Power Point เรื่อง การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง - เอกสารประกอบการสอน คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่	- สังเกตการสบตาของผู้ฟังขณะผู้สอนทำการสอน - ผู้ฟังสามารถบอกการปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเองได้ถูกต้องมากกว่า 80%
9. เพื่อให้ผู้ฟังสามารถบอกวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้	**5) การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด** โดยการออกกำลังกายจะช่วยเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรงและเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค ผู้ป่วยโรคหืดควรออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เช่น ปั่นจักรยาน เดิน วิ่ง ว่ายน้ำ เป็นต้น ควรเป็นกีฬาเบาๆ การออกกำลังกายที่หนักหรือหักโหมจนเกินไป อาจกระตุ้นให้หอบหืดกำเริบได้ ควรพ่นยาขยายหลอดลม	- สาธิตวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม - ให้ผู้ฟังทำการสาธิตย้อนกลับและฝึกทักษะการออกกำลังกายที่เหมาะสม	- Power Point เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยการออกกำลังกายที่เหมาะสม - เอกสารประกอบการสอน คู่มือการปฏิบัติ	- ผู้ฟังสามารถออกกำลังกาย ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้ถูกต้องมากกว่า 80%

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	15–30 นาทีก่อนออกกำลังกายเพื่อป้องกันหอบหืดกำเริบ และควรอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังออกกำลังกายอย่างน้อย 15 นาที การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคหืดจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบทางเดินหายใจช่วยเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหืด และยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมอีกด้วย ซึ่งการออกกำลังกายที่ช่วยบริหารปอดในผู้ป่วยโรคหืด มีดังนี้ **การบริหารกล้ามเนื้อส่วนบน** 1) ท่าเหยียดแขน นั่งหรือยืน แยกขาเล็กน้อย วางมือข้างลำตัวพร้อมกับสูดหายใจเข้าทางจมูก หน้าท้องป่อง หลังจากนั้นกางและยกแขนขึ้นไปด้านข้างระดับหัวไหล่พร้อมกับ หายใจออกแบบเป่าปาก หน้าท้องแฟบ 2) ท่าหมุนข้อศอก นั่งหรือยืน แยกขาเล็กน้อย วางมือลงบนไหล่ ให้ ข้อศอกอยู่ระดับเดียวกับหัวไหล่พร้อมสูดหายใจเข้าทางจมูก หน้าท้องป่อง หลังจากนั้นหมุนเป็นวงกลมไปด้านหน้าและหมุนกลับพร้อมกับหายใจออกแบบเป่าปาก หน้าท้องแฟบ		พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	3) ท่ายกแขนสูดหายใจ นั่งหรือยืน แยกขาเล็กน้อย ยกแขนขึ้นมา ด้านหน้า งอข้อศอกให้ข้อศอกอยู่ระดับเดียวกับหัวไหล่ หันฝ่ามือเข้าหากัน เหวี่ยงแขนออกด้านข้าง ลำตัวทั้งสองข้างพร้อมกับสูดหายใจเข้าทางจมูก หน้าท้องป่อง หลังจากนั้นเหวี่ยงแขนคืนตำแหน่งเดิม ในท่าเริ่มต้นพร้อมกับหายใจออกแบบเป่าปาก หน้าท้องแฟบ **การบริหารกล้ามเนื้อส่วนล่าง** 1) ท่าเหยียดเข่า นั่งเก้าอี้ท่าปกติ ให้เข่าทั้งสองข้างเหยียดพร้อมกับสูด หายใจเข้าทางจมูก หน้าท้องป่อง หลังจากนั้นยกขาขึ้นจากพื้นพร้อมกับหายใจออกแบบเป่าปาก หน้าท้องแฟบ 2) ท่ายกขา นั่งเก้าอี้ในท่าปกติสูดหายใจเข้าทางจมูก หน้าท้องป่อง ยกขาขึ้นหนึ่งข้าง ในขณะที่งอเข่า ยกให้เข่าเข้าใกล้หัวไหล่พร้อมกับหายใจออกแบบเป่าปาก หน้าท้อง แฟบ หลังจากนั้นทำซ้ำแต่เปลี่ยนเป็นยกขาอีกข้างหนึ่ง สลับกันไป ในระหว่างออกกำลังกาย เมื่อรู้สึกเหนื่อยหอบให้หยุดพักและพักในท่าที่ลำตัวเอนไปด้านหน้า ซึ่งจะช่วยการทำงานของกระบังลมให้ดีขึ้น เพื่อช่วยผ่อนคลายความเหนื่อยและช่วยให้หายใจได้			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	ง่ายขึ้น เช่น นั่งตามสบายโน้มตัวไปด้านหน้า เอาศอกยันไว้ที่ต้นขา ปล่อยศีรษะตามสบาย อยู่ในท่านี้จนกระทั่งไม่เหนื่อยหอบหรือนั่งฟุบหน้าที่โต๊ะให้ตัวเอนไปด้านหน้า การออกกำลังกายที่ดีควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้เวลาในการออกกำลังวันละ 20-30 นาที และอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ในกลุ่มผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงและปานกลาง ส่วนในผู้ป่วยที่อาการรุนแรงอาจออกกำลังกายช่วงสั้นๆ 3-5 นาทีวันละ 3-4 ครั้ง ขึ้นกับอาการของแต่ละ บุคคล ไม่ควรหักโหม **6) การมารับยารักษาอย่างต่อเนื่อง** เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคที่สามารถสังเกตอาการหรือประเมินความรุนแรงของโรคได้ เพื่อควบคุมอาการไม่ให้กำเริบและวางแผนการรักษาได้ กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหอบนานๆ ครั้ง อาจไม่จำเป็นต้องใช้ยา เพียงนั่งพักหรือหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นก็เพียงพอ แต่หากผู้ป่วยมีอาการหอบระดับน้อยเพียงรับประทานยาขยายหลอดลม หรือหากมีอาการหอบปานกลางก็ต้องใช้ยาพ่นร่วมกับการกินยาขยายหลอดลมและหากมีอาการหอบรุนแรงอาจต้องใช้ยาพ่นขนาดสูงร่วมกับการกินยาขยายหลอดลมชนิด Long acting ผู้ป่วย			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	โรคหืดบางรายจำเป็นต้องใช้ยาพ่นเพื่อควบคุมอาการหอบทุกวัน การมารับยาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหืด **4. ตรวจการทำงานของปอดเป็นระยะ** ผู้ป่วยโรคหืดควรมีการทดสอบสมรรถนะปอดเป็นระยะ โดยการใช้เครื่องเป่าปอดอย่างง่าย เพื่อเป็นการประเมินความรุนแรงของการตีบแคบของหลอดลมและเป็นการประเมินผลการรักษาที่ได้รับ ซึ่งเป็นการช่วยวางแผนในการรักษาต่อไป **ขั้นสรุป (5 นาที)**			
10. เพื่อให้ผู้ฟังสามารถสรุปบทเรียนได้	เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด แต่สามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคหืดจึงต้องมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมในทุกๆ ด้าน คือ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ รู้อาการเมื่อหืดกำเริบ การใช้ยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การปฏิบัติตัวเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยตนเอง การ	- ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคหืด และพฤติกรรมการจัดการตนเอง - สุ่มผู้ฟัง สรุปการสอนเรื่องหืด และพฤติกรรมการจัดการตนเอง		- สังเกตพฤติกรรมของผู้ฟังขณะรับฟัง และการให้ความร่วมมือในการฟัง - สังเกตพฤติกรรมของผู้ฟังขณะทบทวนความรู้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	ฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยการออกกำลังกายที่เหมาะสม และการมารับยารักษาอย่างต่อเนื่อง	- เปิดโอกาสให้ผู้ฟังซักถามข้อสงสัย - กล่าวชมเชยผู้ฟังที่ร่วมกันอภิปรายและตอบคำถามเป็นอย่างดี		เกี่ยวกับโรคหืด โดยผู้ฟังตั้งใจฟัง ไม่เหม่อลอย - สังเกตจากการซักถามข้อสงสัยและปัญหาต่างๆ และผู้ฟังสามารถสรุปบทเรียนได้

ส่วนที่ 2 คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่

คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง
ของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่

จัดทำโดย นางสาวจิรสุดา ทะเรัมย์
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ

คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่

หากมีข้อสงสัยโปรดติดต่อ.. จิรสุดา ทะเรรัมย์
นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทรศัพท์ 08-1075-4498
E-mail : jirasuda.wk@gmail.com

คำนำ

โรคหืด เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้ ซึ่งจากการพัฒนาการรักษาในปัจจุบัน ผู้ป่วยโรคหืดจำเป็นต้องอยู่กับโรคนี้ไปตลอดชีวิต ความร่วมมือของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การรักษาบรรลุเป้าหมาย ความรู้ของโรคหืด การลดความรุนแรงและการจัดการกับอาการหอบกำเริบของโรคหืดที่ส่งผลคุกคามต่อชีวิต จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ต้องตระหนักและปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ทั้งในเรื่องการใช้ยาอย่างถูกวิธี การป้องกันอาการจับหืด และการประเมินอาการหอบกำเริบ เพื่อการจัดการกับอาการที่เหมาะสมกับปัญหาอย่างทันท่วงที เพื่อเป็นการควบคุมการดำเนินของโรค และทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ

คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่เล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ แนวทางการรักษา และการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคหืด ในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ผู้จัดทำ
จิรสุดา ทะเรรัมย์
มกราคม 2560

บันทึก

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
โรคหืดคืออะไร	1
สาเหตุของการเกิดโรคหืด	2
อาการของโรคหืด	3
การรักษาของแพทย์	4
เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยโรคหืด	4
แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด	5
บทสรุป	27
เอกสารอ้างอิง	28

“โรคหืด”

สามารถควบคุมอาการได้ ถ้าใส่ใจสุขภาพ

“ปรับ เปลี่ยน พฤติกรรม

ตั้งแต่ตอนนี้..

โดยเน้น..การจัดการที่ตัวเรา”

บันทึก

เอกสารอ้างอิง

ปิติกานต์ บูรณาภาพ. (2554). *หอบ หืด ภูมิแพ้ ดูแลเป็น* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท ยูโรปา เพรส จำกัด.

วิยดา สุวรรณชาติ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่. *วารสารเกื้อการุณย์,* 23(1), 60-72.

สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. (2559). *Controversial Issues in Asthma* 2016 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2559

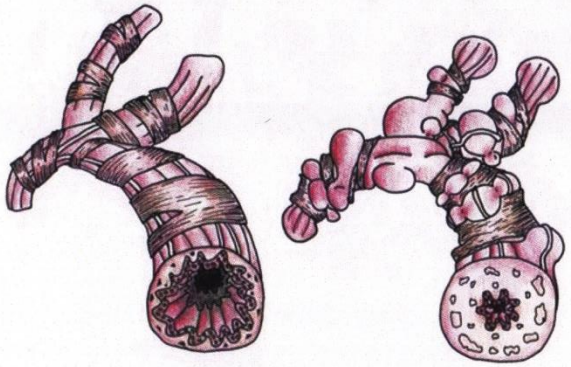
สมาคมองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. (2555). อภิชาต คณิตทรัพย์ และมุกดา หวังวีรวงศ์ (บรรณาธิการ). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย V.5 สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ.2555* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนียนอุตราไวโอเร็ต จำกัด.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2553). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2 : 350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี กรุงเทพฯ.

อรรถการ นาคำ. (2551). *หลักการใช้ยาและการดูแลผู้ป่วยโรคหืด* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โรคหืด คืออะไร?

โรคหืด เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมที่มีผลทำให้หลอดลมของผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ ผู้ป่วยมักมีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงวี๊ด หรือหอบเหนื่อย เกิดขึ้น เมื่อได้รับสารก่อโรค หรือสิ่งกระตุ้น และอาการเหล่านี้อาจหายไปได้เอง หรือหายไปเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม

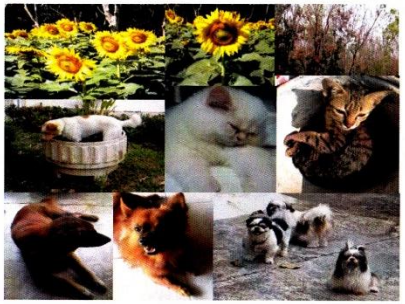


สาเหตุของการเกิดโรคหืด

การเกิดโรคหืดนั้นเกิดขึ้นมาจากหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทำให้เกิดโรคและเป็นปัจจัยกระตุ้นที่บ่งชี้ว่าเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการจับหืดหรือมีอาการของโรคหืดที่รุนแรงขึ้น จำแนกได้ 2 ปัจจัย ดังนี้

1) **พันธุกรรม** เป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดโรค ผู้ป่วยที่เป็นโรคหืดมักจะมีประวัติบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคหืด รวมถึงประวัติการเป็นโรคภูมิแพ้ร่วมด้วย

2) **สารก่อภูมิแพ้** ที่สำคัญคือสารที่สูดเข้าทางการหายใจ เช่น ไรฝุ่น ซึ่งเป็นสารก่อภูมิแพ้ที่สำคัญและพบได้บ่อยที่สุด นอกจากนี้แล้วสารก่อภูมิแพ้อาจเป็นขน และรังแคสัตว์ หรือสิ่งขับถ่ายของสัตว์เลี้ยง เช่น แมว สุนัข เศษแมลงในบ้าน เชื้อราในอากาศ และละอองเกสรดอกไม้ เป็นต้น



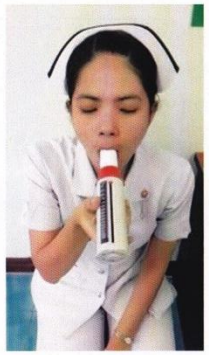
บทสรุป

โรคหืด เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้หลอดลมตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งกระตุ้นมากกว่าปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจมีเสียงวี๊ด เหนื่อย แน่นหน้าอก หรือมีอาการไอ เป็นๆ หายๆ อาการมักเป็นช่วงกลางคืน หรือช่วงเช้ามืด อาการมักถูกกระตุ้นด้วยสารก่อภูมิแพ้ ฝุ่น การติดเชื้อหรืออาจเป็นหลังออกกำลังกาย อาการเหล่านี้อาจหายเองได้หรือหายหลังได้รับการรักษา

ซึ่งแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดในปัจจุบันเป็นการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะโรคหืดไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การที่ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก ผู้ป่วยโรคหืดจะต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างถูกต้อง ทั้งในเรื่องการใช้ยาพ่นอย่างถูกวิธี การออกกำลังกายบริหารปอด การป้องกันการเกิดอาการจับหืด และการประเมินอาการหอบกำเริบด้วยตนเอง เพื่อเป็นการควบคุมการดำเนินของโรค และทำให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4. ตรวจการทำงานของปอดเป็นระยะ

ผู้ป่วยโรคหืดควรมีการทดสอบสมรรถนะปอดเป็นระยะ โดยการใช้**เครื่องเป่าปอดอย่างง่าย** เพื่อเป็นการประเมินความรุนแรงของการตีบแคบของหลอดลมและเป็นการประเมินผลการรักษาที่ได้รับ ซึ่งเป็นการช่วยวางแผนในการรักษาต่อไป



อาการของโรคหืด

อาการของโรคหืด จะเริ่มจาก..

- Δ แน่นหน้าอก
- Δ หายใจไม่สะดวก/หายใจลำบาก
- Δ หายใจมีเสียงวี๊ด
- Δ มีอาการไอ (ในระยะแรกอาจยังไม่มีเสมหะ)

อาการจะเกิดขึ้นโดยเฉพาะเวลากลางคืน หรือตอนเช้ามืด

การรักษาของแพทย์

โรคหืด เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม จะเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ท่านสามารถควบคุมอาการของโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยโรคหืด

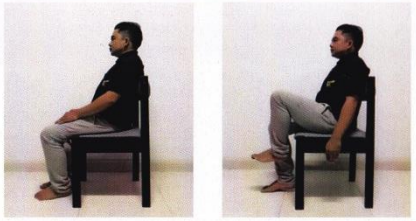
1. สามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้
2. ป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค ยกระดับสมรรถภาพการทำงานของปอดของผู้ป่วยให้ดีทัดเทียมกับคนปกติ หรือให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้
3. สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เช่นเดียวหรือใกล้เคียงกับคนปกติ
4. หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากยารักษาโรคให้น้อยที่สุด
5. ป้องกันหรือลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากโรคหืด

ในระหว่างออกกำลังกาย เมื่อรู้สึกเหนื่อยหอบให้หยุดพักและพักในท่าที่ลำตัวเอนไปด้านหน้า ซึ่งจะช่วยการทำงานของกระบังลมให้ดีขึ้น เพื่อช่วยผ่อนคลายความเหนื่อยและช่วยให้หายใจได้ง่ายขึ้น เช่น นั่งตามสบายโน้มตัวไปด้านหน้า เอาศอกยันไว้ที่ต้นขา ปล่อยศีรษะตามสบาย อยู่ในท่านี้จนกระทั่งไม่เหนื่อยหอบหรือนั่งฟุบหน้าที่โต๊ะให้ตัวเอนไปด้านหน้า การออกกำลังกายที่ดีควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้เวลาในการออกกำลังวันละ 20-30 นาที และอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ในกลุ่มผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงและปานกลาง ส่วนในผู้ป่วยที่อาการรุนแรงอาจออกกำลังกายช่วงสั้นๆ 3-5 นาที วันละ 3-4 ครั้ง ขึ้นกับอาการของแต่ละบุคคล ไม่ควรหักโหม

6) การมารับยารักษาอย่างต่อเนื่อง

เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคที่สามารถสังเกตอาการหรือประเมินความรุนแรงของโรคได้ เพื่อควบคุมอาการไม่ให้กำเริบและวางแผนการรักษาได้ กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหอบนานๆ ครั้ง อาจไม่จำเป็นต้องใช้ยา เพียงนั่งพักหรือหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นก็เพียงพอ แต่หากผู้ป่วยมีอาการหอบระดับน้อยเพียงรับประทานยาขยายหลอดลม หรือหากมีอาการหอบปานกลางก็ต้องใช้ยาพ่นร่วมกับการกินยาขยายหลอดลมและหากมีอาการหอบรุนแรงอาจต้องใช้ยาพ่นขนาดสูงร่วมกับการกินยาขยายหลอดลมชนิด Long acting ผู้ป่วยโรคหืดบางรายจำเป็นต้องใช้ยาพ่นเพื่อควบคุมอาการหอบทุกวัน การมารับยาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหืด

2) ท่ายกขา นั่งเก้าอี้ในท่าปกติ สูดหายใจเข้าทางจมูก หน้าท้องป่อง ยกขาขึ้นหนึ่งข้าง ในขณะที่งอเข่า ยกให้เข่าเข้าใกล้หัวไหล่พร้อมกับหายใจออกแบบเป่าปาก หน้าท้อง แฟบ หลังจากนั้นทำซ้ำแต่เปลี่ยนเป็นยกขาอีกข้างหนึ่ง สลับกันไป



แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถควบคุมอาการของโรคหืดให้สงบลงได้ ป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค ยกระดับสมรรถภาพการทำงานของปอดให้ใกล้เคียงกับคนปกติ หรือให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เช่นเดียวหรือใกล้เคียงกับคนปกติ หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากยารักษาโรคหืดให้น้อยที่สุด ป้องกันการเกิดภาวะหลอดลมอุดกั้นถาวร (Airway remodeling) และป้องกันหรือลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากโรคหืด

1. ผู้ป่วยและครอบครัวต้องให้ความสนใจกับโรคหืดของตนเอง

โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเพิ่มเติม จากการอ่านหนังสือหรือการสอบถามจากแพทย์ หรือจากพยาบาล

2. การใช้ยาพ่น แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) ยาพ่นควบคุมอาการหอบ เป็นยาที่ใช้ลดการอักเสบของหลอดลม ต้องใช้เป็นประจำทุกวันอย่างสม่ำเสมอ แม้ไม่มีอาการหอบ โดยการพ่นยาตามแพทย์สั่ง ห้ามหยุดยาเอง เพราะจะทำให้อาการหอบกำเริบซ้ำได้

การป้องกันอาการข้างเคียงจากยา

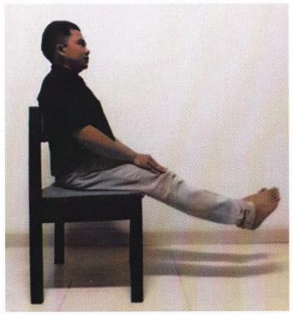
ยากลุ่มนี้เป็นยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นสูด **หลังพ่นยา** อาจทำให้เกิดอาการระคายเคืองคอ คอแห้ง เสียงแหบ และอาจทำให้เกิดเชื้อราในช่องปาก **ดังนั้น ควรบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดหลังพ่นยาทุกครั้ง** เพื่อลดการสะสมของยาบริเวณกระพุ้งแก้มและลำคอ

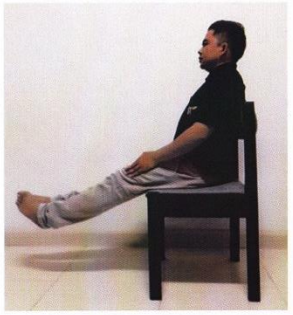
2) **ยาพ่นฉุกเฉิน** เป็นยาขยายหลอดลม ใช้ทันทีขณะที่มีอาการหอบกำเริบ เพื่อลดอาการหอบเหนื่อย มีฤทธิ์ขยายหลอดลมที่หดตัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้สะดวกมากยิ่งขึ้น

ผู้ป่วยโรคหืดทุกราย ควรพกยาฉุกเฉินติดตัวตลอดเวลา เพื่อนำมาใช้เมื่อเกิดอาการจับหืดกำเริบ

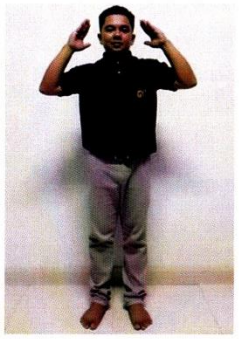
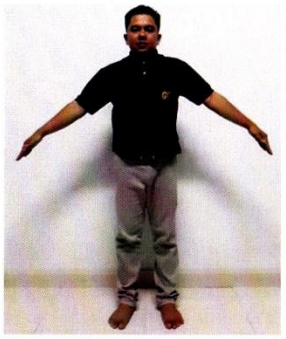
5.2 การบริหารกล้ามเนื้อส่วนล่าง

1) **ท่าเหยียดเข่า** นั่งเก้าอี้ในท่าปกติ ให้เข่าทั้งสองข้างเหยียดพร้อมกับสูดหายใจเข้าทางจมูก หน้าท้องป่อง หลังจากนั้นยกขาขึ้นจากพื้นพร้อมกับหายใจออกแบบเป่าปาก หน้าท้องแฟบ





3) ท่ายกแขนสูดหายใจ ยืน แยกขาเล็กน้อย ยกแขนขึ้นมา ด้านหน้า งอข้อศอกให้ข้อศอกอยู่ระดับเดียวกับหัวไหล่ หันฝ่ามือเข้าหากัน เหวี่ยงแขนออกด้านข้าง ลำตัวทั้งสองข้างพร้อมกับสูดหายใจเข้าทางจมูก หน้าท้องป่อง หลังจากนั้นเหวี่ยงแขนคืนตำแหน่งเดิม ในท่าเริ่มต้นพร้อมกับหายใจออกแบบเป่าปาก หน้าท้องแฟบ

3. การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคหืด ประกอบด้วย

1) หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ดังนี้

<u>การหลีกเลี่ยงไรฝุ่น</u>

- ควรซักชุดเครื่องนอนทุกสัปดาห์ ด้วยน้ำร้อนอุณหภูมิ 55-60 °C นานมากกว่า 30 นาที จึงจะสามารถฆ่าเชื้อไรฝุ่นได้ การผึ่งลม หรือผึ่งแดด ไม่สามารถกำจัดไรฝุ่นได้
- ควรใช้ผ้าคลุมที่นอนที่กันไรฝุ่น
- หลีกเลี่ยงการใช้ที่นอน หมอน ที่ทำด้วยนุ่น สำลี หรือขนสัตว์
- หลีกเลี่ยงการปูพรม หรือการใช้ผ้าม่านในห้องนอน (ถ้าใช้ผ้าม่าน ควรซักด้วยน้ำร้อนเป็นประจำ)

<u>การหลีกเลี่ยงควัน และสารระเหย ระคายเคือง</u>

- หลีกเลี่ยงการสูดดมควัน หรือสารระเหย โดยการออกมาจากสิ่งแวดล้อมนั้นจนกว่าสิ่งกระตุ้นนั้นจะหมดไป หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ให้ใช้ผ้าปิดจมูกแทน

การหลีกเลี่ยงขนสัตว์

- ไม่เลี้ยงสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัข แมว หนู กระต่าย นก เป็ด หรือไก่ เพราะอาจหายใจรับขนสัตว์หรือสะเก็ดผิวหนังของสัตว์เลี้ยง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหืดกำเริบได้

การหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้จากละอองเกสรดอกไม้ หรือดอกหญ้า

- ควรปิดประตูและหน้าต่างบ้านให้มิดชิด ในช่วงฤดูเกสรฟุ้งกระจาย
- ควรหลีกเลี่ยงการสูดละอองเกสรดอกไม้โดยตรง

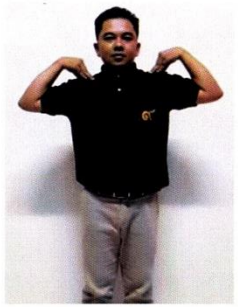
การหลีกเลี่ยงเชื้อรา

- หมั่นรักษาความสะอาดบ้าน เครื่องใช้ ที่นอน และเครื่องนุ่งห่มให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ หลีกเลี่ยงความอับชื้นอันเป็นสาเหตุของเชื้อรา หากพบเชื้อราในบ้านควรทำความสะอาดและกำจัดโดยเร็ว หากเป็นเครื่องใช้ก็ไม่ควรนำมาใช้อีก

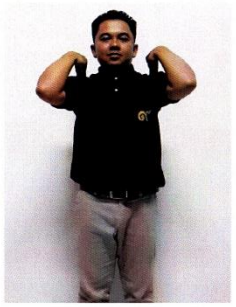
การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

- หลีกเลี่ยงใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการหวัด หรือติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

2) ท่าหมุนข้อศอก ยืน แยกขาเล็กน้อย วางมือลงบนไหล่ ให้ข้อศอกอยู่ระดับเดียวกับหัวไหล่พร้อมสูดหายใจเข้าทางจมูก หน้าท้องป่อง



หลังจากนั้นหมุนเป็นวงกลมไปด้านหน้าและหมุนกลับพร้อมกับหายใจออกแบบเป่าปาก หน้าท้องแฟบ



การออกกำลังกายที่ช่วยบริหารปอดในผู้ป่วยโรคหืด ดังนี้

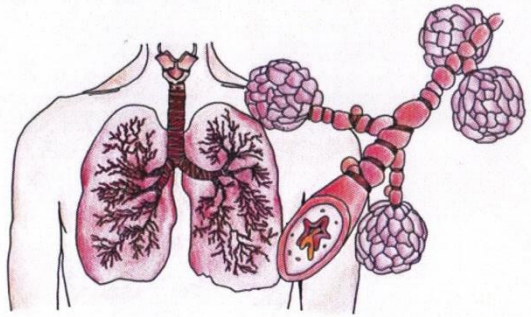
5.1 การบริหารกล้ามเนื้อส่วนบน

1) ท่าเหยียดแขน ยืน แยกขาเล็กน้อย วางมือข้างลำตัวพร้อมกับสูดหายใจเข้าทางจมูก หน้าท้องป่อง

หลังจากนั้นกางและยกแขนขึ้นไปด้านข้างระดับหัวไหล่พร้อมกับหายใจออกแบบเป่าปาก หน้าท้องแฟบ

2) การรับรู้อาการหอบหืดกำเริบ

อาการผิดปกติที่เกิดจากหืดกำเริบ เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการไอ หายใจหอบเหนื่อย หายใจมีเสียงดังวี๊ด หายใจลำบาก เนื่องจากกล้ามเนื้อหลอดลมหดตัวร่วมกับผนังหลอดลมบวมจากการอักเสบ และมีเสมหะเพิ่มมากขึ้นในหลอดลม หากมีอาการมากหลอดลมจะตีบจนอาจเสียชีวิตจากการขาดอากาศหายใจได้ ซึ่งอาการที่พบได้เบื้องต้น มีดังนี้ หายใจเร็ว หายใจตื้น หรือหายใจสั้น แน่นหน้าอก ไอ และหายใจเสียงดังวี๊ด



3) การใช้ยาขยายหลอดลมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง และรู้ถึงวิธีการบริหารการหายใจที่เหมาะสม

3.1 การใช้ยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง มี 3 วิธี ดังนี้

3.1.1 วิธีใช้ยาพ่น ชนิดมิเตอร์โดสอินเฮเล่อร์ โดยพ่นจากอินเฮเลอร์โดยตรง

1) จับกระบอกยา เปิดฝาครอบออก แล้วเขย่ากระบอกยาในแนวดิ่ง หายใจออก

2) อมปากกระบอกยาให้สนิท เงยหน้าเล็กน้อย

3) กดยา พร้อมกับหายใจเข้าทางปากช้าๆ ลึกๆ ทันที

4) กลั้นลมหายใจไว้ 10 วินาที โดยที่เอากระบอกยาออกจากปาก ปิดปากให้สนิทหลังจากนั้นหายใจออกทางจมูก

4) การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง

ในกรณีที่มีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจลำบากหรือหายใจไม่สะดวก อาการหอบรุนแรงขึ้น แม้ว่าจะใช้ยาพ่นขยายหลอดลมบ่อยกว่าเดิมทุก 3 - 4 ชั่วโมง อาการหอบไม่ดีขึ้น ควรขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลที่อยู่ใกล้เคียงให้นำส่งโรงพยาบาล ก่อนจะมีอาการหอบรุนแรงมากขึ้น

เมื่อโรคหืดกำเริบควรใช้ยาขยายหลอดลมแบบพ่น จะออกฤทธิ์ได้เร็ว ภายใน 3-5 นาที ถ้ายังไม่ดีขึ้นสามารถพ่นยาเพิ่มได้อีกทุก 15 นาที

5) การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

โดยการออกกำลังกายจะช่วยเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรงและเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค ผู้ป่วยโรคหืดควรออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เช่น ปั่นจักรยาน เดิน วิ่ง ว่ายน้ำ เป็นต้น ควรเป็นกีฬาเบาๆ การออกกำลังกายที่หนักหรือหักโหมจนเกินไป อาจกระตุ้นให้หอบหืดกำเริบได้ **ควรพ่นยาขยายหลอดลม 15–30 นาทีก่อนออกกำลังกาย เพื่อป้องกันหอบหืดกำเริบ** และควรอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังออกกำลังกายอย่างน้อย 15 นาที

การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคหืด จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบทางเดินหายใจช่วยเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหืด และยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมอีกด้วย ซึ่งการออกกำลังกายบริหารปอดที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ง่ายด้วยตนเอง คือ การออกกำลังกายที่ช่วยบริหารปอดในท่าการบริหารกล้ามเนื้อส่วนบนและส่วนล่าง

3.2.1 การหายใจแบบห่อปากหรือเป่าปาก

เริ่มจากจัดให้ผู้ป่วยนั่งโน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อย ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกมากที่สุดค้างไว้ประมาณ 3-4 วินาที จากนั้นหายใจออกทางปาก โดยผู้ป่วยต้องทำการห่อปากให้เล็กมากที่สุดและเป่าลมออกให้ช้าและยาวที่สุดเท่าที่จะทำได้ เมื่อหายใจออกจนหมดลมแล้วให้ทำการหายใจเข้าทางจมูกอีกครั้ง และหายใจออกทางปากโดยการห่อปากเหมือนเดิม โดยการฝึกหายใจโดยการห่อปากนี้ควรจะทำประมาณ 6-8 ครั้งต่อรอบ และพักประมาณ 1-2 นาที แล้วจึงทำซ้ำอีก 2 รอบ

หมายเหตุ การหายใจแบบนี้ผู้ป่วยสามารถทำได้ทุกครั้งเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย

3.1.2 วิธีใช้ยาพ่น ชนิดมิเตอร์โดสอินเฮเล่อร์ โดยพ่นผ่านทางสเปสเซอร์

1) ถอดฝาครอบออกจากกระบอกเครื่องพ่น

2) เขย่ากระบอกยาในแนวดิ่งให้ยาเข้ากันดี

3) ต่อสเปสเซอร์เข้ากับปากกระบอกพ่นยา สอดปากกระบอกเครื่องพ่นเข้าที่ปลายด้านหนึ่งที่อยู่ตรงข้าม กับปากกระบอกของเครื่องสเปสเซอร์

4) หายใจออกทางปากก่อน

5) ครอบกระบอกสเปสเซอร์รอบจมูกและปากให้สนิท

6) กดหลอดเครื่องพ่น 1 ครั้ง แล้วหายใจเข้าทางปากช้าๆ ลึกๆ

7) กลั้นหายใจไว้ประมาณ 10 วินาที แล้วค่อยๆ หายใจออกทางจมูกช้าๆ

8) สูดลมหายใจเข้าทางปากอีก 2-3 ครั้ง โดยไม่ต้องกดหลอดเครื่องพ่น

9) การพ่นครั้งต่อไป ให้พ่นหลังจากพ่นครั้งแรกแล้วประมาณ 1 นาที ถ้าอาการไม่ดีขึ้น

หมายเหตุ ควรทำความสะอาดกระบอกช่วยพ่นยา ด้วยน้ำยาล้างจานหรือสบู่อ่อน ด้วยวิธีการเขย่าเบาๆ ไม่ควรขัดถู หลังจากนั้นล้างด้วยน้ำสะอาด แล้วปล่อยทิ้งไว้ให้แห้ง ไม่ต้องใช้ผ้าเช็ด เพราะจะทำให้เกิดไฟฟ้าสถิตได้

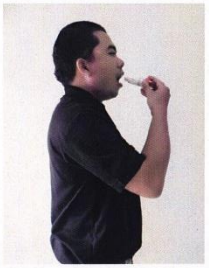
3.2 การบริหารการหายใจ

เป็นการฝึกใช้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่มักหายใจ เข้า-ออก เร็วและแรง ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ส่วนคอ ทรวงอก และไหล่ ทำให้มีการใช้พลังงานในการหายใจสูง อากาศคงค้างในปอดสูง ดังนั้นควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อส่วนล่าง กล้ามเนื้อหน้าท้อง และกระบังลมอย่างผสมผสาน

ผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้เรื่องการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อเวลาเกิดอาการขึ้นแล้วจะได้ช่วยเหลือตนเองได้ตามสมควรและวิธีการหายใจที่เพิ่มประสิทธิภาพในการหายใจให้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด คือ **การหายใจแบบห่อปากหรือเป่าปาก**

3) ก่อนที่จะสูดยา ให้หายใจออกช้าๆ จนสุด อย่าหายใจออกในขณะอมปากกระบอกยา

4) อมปากกระบอกยา โดยให้ปากกระบอกยาอยู่ระหว่างฟันบนและฟันล่าง ปิดปากให้สนิท สูดลมหายใจเข้าทางปากโดยแรงและลึก ห้ามเคี้ยวหรือกัดปากกระบอกยา



5) เอาปากกระบอกยาออกจากปาก หุบปาก แล้วผ่อนลมหายใจออกทางจมูกช้าๆ

6) ปิดฝาครอบกระบอกยา โดยหมุนเกลียวฝาครอบปิดให้แน่น

หมายเหตุ ควรทำความสะอาดเครื่องพ่นยา ด้วยผ้าสะอาดหรือกระดาษทิชชูเช็ดบริเวณด้านนอก ห้ามนำไปล้างน้ำหรือแช่น้ำโดยเด็ดขาด

หลังพ่นยา ควรทำความสะอาดช่องปากทุกครั้ง โดยการบ้วนปากด้วยน้ำสะอาด เพื่อป้องกันการตกค้างของยาในช่องปากและลำคอ และไม่ควรหยุดยาเองถึงแม้จะไม่มีอาการ

3.1.3 วิธีใช้ยาสูดพ่น มี 2 วิธี ดังนี้

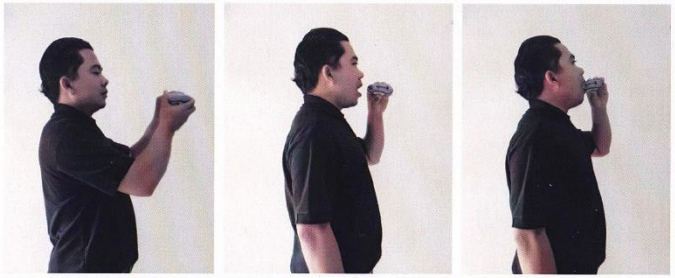
3.1.3.1 ชนิดดรายพาวเดอร์อินแอคคิวเฮเล่อร์

1) เปิดเครื่องแอคคิวเฮเล่อร์ โดยใช้มือข้างหนึ่งจับที่ตัวเครื่องด้านนอกไว้ แล้วใช้นิ้วหัวแม่มือของอีกมือหนึ่งวางลงที่ร่องดันนิ้วหัวแม่มือในทิศทางออกจากตัวไปจนสุด

2) ถือเครื่องไว้โดยให้ด้านปากกระบอกหันเข้าหาตัวดันแกนเลื่อนออกไปจนสุด จนได้ยินเสียง “คลิก” จึงพร้อมที่จะใช้งาน

3) ก่อนที่จะสูดยา ให้ถือเครื่องแอคคิวเฮเล่อร์ให้ห่างจากปากไว้ก่อนแล้วหายใจออกให้สุด อย่าพ่นลมหายใจเข้าไปในเครื่องมือ

4) ถือเครื่องแอคคิวเฮเล่อร์ โดยให้ส่วนปากกระบอกทาบริมฝีปาก สูดลมหายใจเข้าทางปากโดยผ่านทางเครื่องมือให้ แรง เร็ว และลึกที่สุด โดยไม่ต้องกลั้นหายใจหลังสูด



5) เอาเครื่องแอคคิวเฮเล่อร์ออกจากปาก

6) ปิดเครื่องแอคคิวเฮเล่อร์ โดยวางนิ้วหัวแม่มือลงบนร่อง แล้วเลื่อนกลับเข้าหาตัวจนสุด เมื่อเครื่องถูกปิดจะมีเสียงดัง “คลิก” ตัวแกนจะเลื่อนคืนกลับที่ตำแหน่งเดิมและจะถูกตั้งเครื่องใหม่โดยอัตโนมัติเพื่อพร้อมที่จะใช้งานได้ในครั้งต่อไป

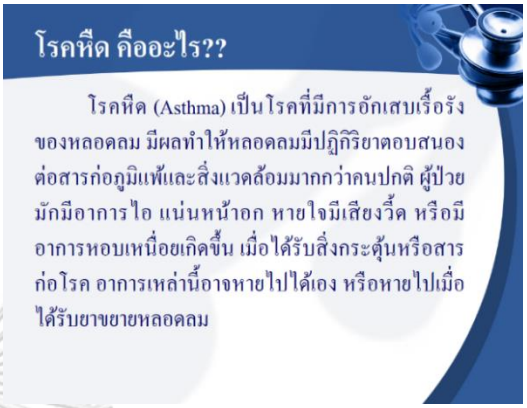
หมายเหตุ ควรทำความสะอาดเครื่องพ่นยา ด้วยผ้าสะอาดหรือกระดาษทิชชูเช็ดบริเวณด้านนอก ห้ามนำไปล้างน้ำหรือแช่น้ำโดยเด็ดขาด

3.1.3.2 ชนิดตรายพาวเดอร์อินเทอร์บูเฮเล่อร์

1) เปิดเครื่องเทอร์บูเฮเล่อร์ โดยใช้มือข้างหนึ่งจับที่ตัวเครื่องด้านนอกไว้ แล้วใช้มือหมุนคลายเกลียวฝาครอบออก จะได้ยินเสียงขณะคลายเกลียวฝาครอบ

2) ถือกระบอกยาในแนวตั้งตรง ให้ฐานสีแดงอยู่ด้านล่าง หมุนฐานกระบอกยาไปด้านใดด้านหนึ่งจนสุด จากนั้นหมุนบิดกลับไปอีกด้านจนสุด จะได้ยินเสียง “คลิก” ในขณะหมุนฐานกระบอกยา ในขณะหมุนฐานกระบอกยา อย่าจับบริเวณปากกระบอกด้านบน

ส่วนที่ 3 สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point presentation)
เรื่องความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่



2. การใช้ยารักษา แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) พ่นควบคุมอาการหอบ เป็นยาที่ใช้ลดการอักเสบของหลอดลม ต้องใช้เป็นประจำทุกวันอย่างสม่ำเสมอ แม้ไม่มีอาการหอบ โดยการพ่นยาตามแพทย์สั่ง ห้ามหยุดยาเอง เพราะจะทำให้อาการหอบกำเริบซ้ำได้

การป้องกันอาการข้างเคียงจากยา

ยากลุ่มนี้เป็นยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นสูด หลังพ่นยา อาจทำให้เกิดอาการระคายเคืองคอ เสียงแหบ และทำให้เกิดเชื้อราในช่องปาก

ดังนั้น ควรบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดหลังพ่นยาทุกครั้ง เพื่อลดการสะสมของยาบริเวณกระพุ้งแก้มและลำคอ

2) ยาพ่นฉุกเฉิน เป็นยาขยายหลอดลม ใช้ทันทีขณะที่มีอาการหอบกำเริบ เพื่อลดอาการหอบเหนื่อย มีฤทธิ์ขยายหลอดลมที่หดตัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้สะดวกมากยิ่งขึ้น

3. การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคหืด

1) หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ดังนี้

- สารก่อภูมิแพ้ เช่น ฝุ่น ไรฝุ่น ละอองเกสรดอกไม้ และขนสัตว์
- การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ควันธูป และควันจากท่อไอเสียรถยนต์
- ภาวะอารมณ์ เช่น เครียด ดีใจ เสียใจ โกรธ ร้องไห้ หัวเราะ
- การติดเชื้อ เช่น ไข้หวัด

2) การรับรู้อาการหอบหืดกำเริบ

อาการผิดปกติที่เกิดจากหืดกำเริบ

- หายใจเร็ว
- หายใจตื้น หรือหายใจสั้น
- แน่นหน้าอก
- ไอ
- หายใจเสียงดังวี๊ด

3) การใช้ยาขยายหลอดลมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง และรู้ถึงวิธีการบริหารการหายใจที่เหมาะสม

วิธีใช้ยาพ่นชนิดมิเตอร์โดสอินเฮเลอร์ โดยพ่นจากอินเฮเล่อร์โดยตรง

1) จับกระบอกยา เปิดฝาครอบออก แล้วเขย่ากระบอก ยาในแนวดิ่ง

หายใจออก

2) อมปากกระบอกยาให้สนิท เงยหน้าเล็กน้อย

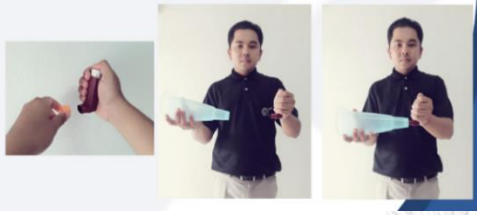
3) กดยาพร้อมกับหายใจเข้าทางปากช้าๆ ลึกๆ พันที

4) กลั้นลมหายใจไว้ 10 วินาที โดยที่เอากระบอกยาออกจากปาก ปิดปากให้สนิทหลังจากนั้นหายใจออกทางจมูก

วิธีใช้ยาพ่นชนิดมิเตอร์โดสอินเฮเลอร์ โดยพ่นผ่านทางสเปสเซอร์

1) ถอดฝาครอบออกจากกระบอกเครื่องพ่น เขย่ากระบอกยาในแนวดิ่งให้ยาเข้ากันดี

2) ต่อสเปสเซอร์เข้ากับปากกระบอกพ่นยา สอดปากกระบอกเครื่องพ่นเข้าที่ปลายด้านหนึ่งที่อยู่ตรงข้าม กับปากกระบอกของเครื่องสเปสเซอร์



3) หายใจออกทางปากก่อน

4) ครอบกระบอกสเปสเซอร์รอบปากให้สนิท

5) กดหลอดเครื่องพ่น 1 ครั้ง แล้วหายใจเข้าทางปากช้าๆ ลึกๆ

6) กลั้นหายใจไว้ประมาณ 10 วินาที แล้วค่อยๆ หายใจออกทางจมูกช้าๆ

7) สูดลมหายใจเข้าทางปากอีก 2-3 ครั้ง โดยไม่ต้องกดหลอดเครื่องพ่น

8) การพ่นครั้งต่อไป ให้พ่นหลังจากพ่นครั้งแรกแล้วประมาณ 1 นาที ถ้าอาการไม่ดีขึ้น

วิธีใช้ยาสูดพ่น มี 2 วิธี ดังนี้

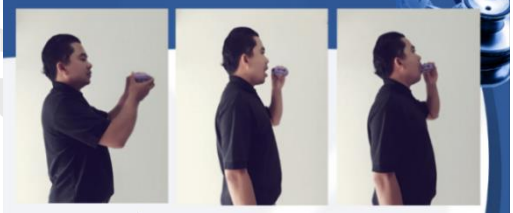
1. ชนิดดรายพาวเดอร์อินแฮลคิวเฮเล่อร์

1) เปิดเครื่องแฮลคิวเฮเล่อร์ โดยใช้มือข้างหนึ่งจับที่ตัวเครื่องด้านนอกไว้ แล้วใช้นิ้วหัวแม่มือของอีกมือหนึ่งวางลงที่ร่องดันนิ้วหัวแม่มือในทิศทางออกจากตัวไปจนสุด

2) ถือเครื่องไว้โดยให้ด้านปากกระบอกพันเข้าหาตัวดันแกนเลื่อนออกไปจนสุด จนได้ยินเสียง "คลิก" จึงพร้อมที่จะใช้งาน

3) ก่อนที่จะสูดยา ให้ถือเครื่องแฮลคิวเฮเล่อร์ให้ห่างจากปากไว้ก่อนแล้วหายใจออกให้สุด อย่าพ่นลมหายใจเข้าไปในเครื่องมือ

4) ถือเครื่องแฮลคิวเฮเล่อร์ โดยให้ส่วนปากกระบอกหาริมฝีปาก สูดลมหายใจเข้าทางปากโดยผ่านทางเครื่องมือให้ แรง เร็ว และลึกที่สุด โดยไม่ต้องกลั้นหายใจหลังสูด



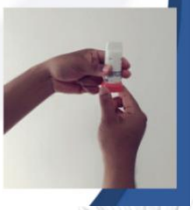
5) เอาเครื่องแฮลคิวเฮเล่อร์ออกจากปาก

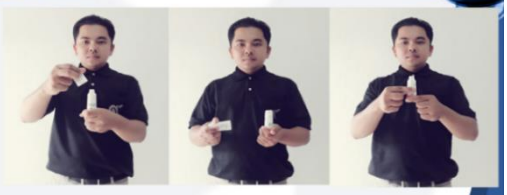
6) ปิดเครื่องแฮลคิวเฮเล่อร์ โดยวางนิ้วหัวแม่มือลงบนร่องแล้วเลื่อนกลับเข้าหาตัวจนสุด เมื่อเครื่องถูกปิดจะมีเสียงดัง "คลิก" ตัวแกนจะเลื่อนคืนกลับที่ตำแหน่งเดิมและจะถูกตั้งเครื่องใหม่โดยอัตโนมัติ เพื่อพร้อมที่จะใช้งานได้ในครั้งต่อไป

2. ชนิดรายพาวเดอร์อินเทอร์บูเฮเล่อร์

1) เปิดเครื่องเทอร์บูเฮเล่อร์ โดยใช้มือข้างหนึ่งจับที่ตัวเครื่องด้านนอกไว้ แล้วใช้มือหมุนคลายเกลียวฝาครอบออก จะได้ยินเสียงขณะคลายเกลียวฝาครอบ

2) ถือกระบอกยาในแนวตั้งตรง ให้ฐานสีแดงอยู่ด้านล่าง หมุนฐานกระบอกยาไปด้านใดด้านหนึ่งจนสุด จากนั้นหมุนบิดกลับไปอีกด้านจนสุด จะได้ยินเสียง "คลิก" ในขณะหมุนฐานกระบอกยา อย่าจับบริเวณปากกระบอกด้านบน





3) ก่อนที่จะสูดยา ให้หายใจออกช้าๆ จนสุด อย่าหายใจออกในขณะอมปากกระบอกยา

4) อมปากกระบอกยา โดยให้ปากกระบอกยาอยู่ระหว่างฟันบนและฟันล่าง ปิดปากให้สนิท สูดลมหายใจเข้าทางปากโดยแรงและลึก ห้ามเคี้ยวหรือกัดปากกระบอกยา

5) เอาปากกระบอกยาออกจากปาก หุบปาก แล้วผ่อนลมหายใจออกทางจมูกช้าๆ

6) ปิดฝาครอบกระบอกยา โดยหมุนเกลียวฝาครอบปิดให้แน่น

การหายใจแบบห่อปากหรือเป่าปาก

ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกมากที่สุดค้างไว้ประมาณ 3 – 4 วินาที จากนั้นหายใจออกทางปากโดยผู้ป่วยต้องทำการห่อปากให้เล็กมากที่สุดและเป่าลมออกให้ช้าและยาวที่สุดเท่าที่จะทำได้ เมื่อหายใจออกจนหมดลมแล้วให้ทำการหายใจเข้าทางจมูกอีกครั้ง และหายใจออกทางปากโดยการห่อปากเหมือนเดิม

ฝึกหายใจประมาณ 6-8 ครั้งต่อรอบและพักประมาณ 1-2 นาที แล้วจึงทำซ้ำอีก 2 รอบ

4) การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง

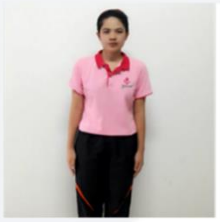
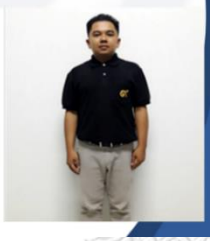
ในกรณีที่มีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หรือหายใจไม่สะดวก อาการหอบรุนแรงขึ้น แม้ว่าจะใช้ยาพ่นขยายหลอดลมบ่อยกว่าเดิม ทุก 3 - 4 ชั่วโมง อาการหอบไม่ดีขึ้น ควรขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลที่อยู่ใกล้เคียงให้นำส่งโรงพยาบาล ก่อนจะมีอาการหอบรุนแรงมากขึ้น

5) การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

- ควรออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เช่น ปั่นจักรยาน เดิน วิ่ง ว่ายน้ำ เป็นต้น
- ควรเป็นกีฬาเบาๆ การออกกำลังกายที่หนักหรือหักโหมจนเกินไป อาจกระตุ้นให้หอบหืดกำเริบได้
- ควรพ่นยาขยายหลอดลม 15 – 30 นาทีก่อนออกกำลัง

การบริหารกล้ามเนื้อส่วนบน

1) ท่าหยียดแขน ยืน แยกขาเล็กน้อย วางมือข้างลำตัวพร้อมกับสูดหายใจเข้าทางจมูก หน้าท้องป่อง

หลังจากนั้นกางและยกแขนขึ้นไปด้านข้างระดับหัวไหล่พร้อมกับหายใจออกแบบเป่าปาก หน้าท้องแฟบ

2) ท่าหมุนข้อศอก ยืน แยกขาเล็กน้อย วางมือลงบนไหล่ให้ข้อศอกอยู่ระดับเดียวกับหัวไหล่พร้อมสูดหายใจเข้าทางจมูก หน้าท้องป่อง

หลังจากนั้นหมุนเป็นวงกลมไปด้านหน้าและหมุนกลับพร้อมกับหายใจออกแบบเป่าปาก หน้าท้องแฟบ

3) ท่ายกแขนสูดหายใจ ยืน แยกขาเล็กน้อย ยกแขนขึ้นมาด้านหน้า งอข้อศอกให้ข้อศอกอยู่ระดับเดียวกับหัวไหล่ หันฝ่ามือเข้าหากัน เหวี่ยงแขนออกด้านข้าง ลำตัวทั้งสองข้างพร้อมกับสูดหายใจเข้าทางจมูก หน้าท้องป่อง

หลังจากนั้นเหวี่ยงแขนคืนตำแหน่งเดิม ในท่าเริ่มต้น พร้อมกับหายใจออกแบบเป่าปาก หน้าท้องแฟบ

การบริหารกล้ามเนื้อส่วนล่าง

1) ท่าเหยียดเข่า นั่งเก้าอี้ในท่าปกติ ให้เข่าทั้งสองข้างเหยียดพร้อมกับสูด หายใจเข้าทางจมูก หน้าท้องป่อง หลังจากนั้นยกขาขึ้นจากพื้นพร้อมกับหายใจออกแบบเป่าปาก หน้าท้องแฟบ

2) ท่ายกขา นั่งเก้าอี้ในท่าปกติ สูดหายใจเข้าทางจมูก หน้าท้องป่อง ยกขาขึ้นหนึ่งข้าง ในขณะที่งอเข่า ยกให้เข่าเข้าใกล้หัวไหล่พร้อมกับหายใจออกแบบเป่าปาก หน้าท้อง แฟบ หลังจากนั้นทำซ้ำแต่เปลี่ยนเป็นยกขาอีกข้างหนึ่ง สลับกันไป

๑) การมารับยาอย่างต่อเนื่อง

- เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคที่สามารถสังเกตอาการหรือประเมินความรุนแรงของโรคได้ เพื่อควบคุมอาการไม่ให้กำเริบและวางแผนการรักษาได้ กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหอบนานๆ ครั้ง อาจไม่จำเป็นต้องใช้ยา
- ผู้ป่วยโรคหืดบางรายจำเป็นต้องใช้ยาพ่นเพื่อควบคุมอาการหอบทุกวัน การมารับยาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหืด

4. ตรวจการทำงานของปอดเป็นระยะ

ผู้ป่วยโรคหืดควรมีการทดสอบสมรรถนะปอดเป็นระยะ โดยการใช้เครื่องเป่าปอดอย่างง่าย เพื่อเป็นการประเมินความรุนแรงของการตีบแคบของหลอดลมและเป็นการประเมินผลการรักษาที่ได้รับ ซึ่งเป็นการช่วยวางแผนในการรักษาต่อไป

สรุป

โรคหืด เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้หลอดลมตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งกระตุ้นมากกว่าปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจมีเสียงวี้ด เหนื่อย แน่นหน้าอก หรือมีอาการไอเป็นๆ หายๆ อาการมักเป็นช่วงกลางคืน หรือช่วงเช้ามืด อาการมักถูกกระตุ้นด้วยสารก่อภูมิแพ้ ฝุ่น การติดเชื้อ หรืออาจเป็นหลังออกกำลังกาย อาการเหล่านี้อาจหายเองได้หรือหายหลังได้รับการรักษา

ซึ่งแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดในปัจจุบันเป็นการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะโรคหืดไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การที่ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก ผู้ป่วยโรคหืดจะต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างถูกต้อง ทั้งในเรื่องการใช้ยาพ่นอย่างถูกวิธี การออกกำลังกายบริหารปอด การป้องกันการเกิดอาการจับหืด และการประเมินอาการหอบกำเริบด้วยตนเอง เพื่อเป็นการควบคุมการดำเนินของโรค และทำให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ส่วนที่ 4 แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

บทสนทนา แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

สัปดาห์ที่ 2 โทรศัพท์ครั้งที่ 1 (ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที)

แนะนำตัว/ยืนยันข้อมูล

“สวัสดีค่ะ” ดิฉัน จิรสุดา ทะเรรัมย์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ค่ะ ขอเรียนสายคุณ....(ชื่อกลุ่มตัวอย่าง)....ค่ะ ดิฉันโทรมาเยี่ยมตามนัดที่ตกลงกันไว้ที่โรงพยาบาลสุรินทร์ ค่ะ “ไม่ทราบว่าคุณ.....สะดวกที่จะพูดสายหรือไม่คะ” (ถ้าสะดวก) เริ่มบทสนทนาต่อไป (ถ้าไม่สะดวก) รบกวนคุณ...ติดต่อกลับมาที่ดิฉัน หรือแจ้งช่วงเวลาที่สะดวกในการติดต่อ เพื่อให้ดิฉันติดต่อกลับไปใหม่ค่ะ”

บทนำ

“ คุณ..... เป็นอย่างไรบ้างคะ อาการเป็นอย่างไรบ้าง มีอาการผิดปกติ เช่น ไอ มีเสมหะ หายใจลำบาก หายใจหอบเหนื่อย หรือหายใจมีเสียงวี้ด หรืออื่นๆ หรือไม่คะ ” วันนี้ดิฉันโทรมา เพื่อติดตามเยี่ยม และพูดคุยกันตามที่เรานัดกันไว้นะคะ ก่อนอื่นดิฉันต้องขอทบทวนกำหนดการ โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม และวัตถุประสงค์อีกครั้งดังนี้ค่ะ ” โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมทั้งหมด 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและพฤติกรรมการจัดการตนเองแล้ว 1 สัปดาห์ ครั้งละ 10 - 15 นาที มีวัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนความรู้ และการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) การรับรู้สิ่งกระตุ้นและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ 2) การประเมินอาการและอาการแสดงก่อนและขณะเกิดอาการหอบ 3) การบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเองและการบริหารการหายใจ 4) การปฏิบัติตัวเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง 5) การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และ 6) การมารับยาอย่างต่อเนื่อง

2. เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

เนื้อหา

สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยใช้คำถาม เช่น “คุณหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบกำเริบ อย่างสม่ำเสมอหรือไม่ค่ะ หากไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติแต่ไม่สม่ำเสมอ ให้ผู้ป่วยอธิบายว่าเกิดจากสาเหตุอะไร

ประเมินปัญหาอุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยใช้คำถาม เช่น คุณได้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านไหนหรือไม่ค่ะ ที่คุณปฏิบัติไม่ได้ หรือมีปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น” กรณีผู้ป่วยมีปัญหา จะต้องหาทางออกร่วมกันในการแก้ไขปัญหา

สรุป

เน้นย้ำกับผู้ป่วยว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต และป้องกันการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันหรือภาวะแทรกซ้อนได้

นัดหมาย

หลังจบการสนทนาแต่ละครั้ง ทำการนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ถัดไป

สัปดาห์ที่ 3 โทรศัพท์ครั้งที่ 2 (ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที)

แนะนำตัว/ยืนยันข้อมูล

“สวัสดีค่ะ” ดิฉัน จิรสุดา ทะเรรัมย์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ค่ะ ขอเรียนสายคุณ....(ชื่อกลุ่มตัวอย่าง)....ค่ะ ดิฉันโทรมาเยี่ยมตามนัดที่ตกลงกันไว้ที่โรงพยาบาลสุรินทร์ค่ะ “ไม่ทราบว่าคุณ.....สะดวกที่จะพูดสายหรือไม่คะ” (ถ้าสะดวก) เริ่มบทสนทนาต่อไป (ถ้าไม่สะดวก) รบกวนคุณ...ติดต่อกลับมาที่ดิฉัน หรือแจ้งช่วงเวลาที่สะดวกในการติดต่อ เพื่อให้ดิฉันติดต่อกลับไปใหม่ค่ะ”

บทนำ

“ คุณ..... เป็นอย่างไรบ้างคะ สัปดาห์นี้มีอาการเป็นอย่างไรบ้าง มีอาการผิดปกติ เช่น ไอแน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย หรือหายใจมีเสียงวี้ด หรืออื่นๆ หรือไม่คะ ”

เนื้อหา

สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยใช้คำถาม เช่น “คุณสามารถใช้ยาขยายหลอดลมด้วยตนเองได้ทุกวัน ตามเวลา อย่างสม่ำเสมอหรือไม่ค่ะ หากไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติแต่ไม่สม่ำเสมอ ให้ผู้ป่วยอธิบายว่าเกิดจากสาเหตุอะไร

ประเมินปัญหาอุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยใช้คำถาม เช่น คุณได้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านไหนหรือไม่ค่ะ ที่คุณปฏิบัติไม่ได้ หรือมีปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น” กรณีผู้ป่วยมีปัญหา จะต้องหาทางออกร่วมกันในการแก้ไขปัญหา

สรุป

เน้นย้ำกับผู้ป่วยว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต และป้องกันการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันหรือภาวะแทรกซ้อนได้

นัดหมาย

หลังจบการสนทนาแต่ละครั้ง ทำการนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ถัดไป

สัปดาห์ที่ 4 โทรศัพท์ครั้งที่ 3 (ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที)

แนะนำตัว/ยืนยันข้อมูล

"สวัสดีค่ะ" ดิฉัน จิรสุดา ทะเรรัมย์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ค่ะ ขอเรียนสายคุณ....(ชื่อกลุ่มตัวอย่าง)....ค่ะ ดิฉันโทรมาเยี่ยมตามนัดที่ตกลงกันไว้ที่โรงพยาบาลสุรินทร์ ค่ะ "ไม่ทราบว่าคุณ.....สะดวกที่จะพูดสายหรือไม่คะ" (ถ้าสะดวก) เริ่มบทสนทนาต่อไป (ถ้าไม่สะดวก) รบกวนคุณ...ติดต่อกลับมาที่ดิฉัน หรือแจ้งช่วงเวลาที่สะดวกในการติดต่อ เพื่อให้ดิฉันติดต่อกลับไปใหม่ค่ะ"

บทนำ

" คุณ..... เป็นอย่างไรบ้างคะ สัปดาห์นี้มีอาการเป็นอย่างไรบ้าง มีอาการผิดปกติ เช่น ไอ แน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย หรือหายใจมีเสียงวี้ด หรืออื่นๆ หรือไม่คะ "

เนื้อหา

ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่า การโทรศัพท์ครั้งนี้ จะเป็นการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งสุดท้าย ตามที่ตกลงไว้ จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสรุปเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยใช้คำถาม เช่น "คุณฝึกการหายใจแบบเป่าปากทุกวัน ตามเวลาที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ค่ะ หากไม่ได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติแต่ไม่สม่ำเสมอ ให้ผู้ป่วยอธิบายว่าเกิดจากสาเหตุอะไร

ประเมินปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยใช้คำถาม เช่น มีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านไหนหรือไม่ค่ะ ที่คุณปฏิบัติไม่ได้ หรือมีปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองนั้น" กรณีผู้ป่วยมีปัญหา จะต้องหาทางออกร่วมกันในการแก้ไขปัญหา กล่าวชมเชย และให้กำลังใจผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สรุป

เน้นย้ำกับผู้ป่วยว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต และป้องกันการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันหรือภาวะแทรกซ้อนได้

นัดหมาย

ทำการนัดหมายการพบผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เพื่อทำการตอบแบบสอบถามการเสริมสร้างแรงจูงใจในวันถัดไป และนัดหมายผู้ป่วยในสัปดาห์ถัดไป (สัปดาห์ที่ 5) ที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ (Post-test)

❒ Pre-test ❒ Post-test

เลขที่แบบสอบถาม.....

กลุ่มตัวอย่าง ❒ ควบคุม ❒ ทดลอง

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามอ่านข้อความในแบบสอบถามทีละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การมีอาการจับหืด ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดลง					
2. การมีอาการจับหืด อาจทำให้เสียชีวิตได้					
3. การมีอาการจับหืด ทำให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น					
4. การมีอาการจับหืด ทำให้ไม่สามารถทำงานหนักได้					
5. การมีอาการจับหืด ที่ไม่ได้รักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้					
6. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทำให้อาการจับหืดกำเริบขึ้นได้					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

❒ Pre-test ❒ Post-test

เลขที่แบบสอบถาม.....

กลุ่มตัวอย่าง ❒ ควบคุม ❒ ทดลอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามอ่านข้อความในแบบสอบถามทีละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การอยู่ในสถานที่ที่มีฝุ่น ควัน ขนสัตว์ หรือควันบุหรี่ อาจทำให้ท่านมีโอกาสเกิดอาการจับหืด					
2. อากาศที่เปลี่ยนแปลง อาจกระตุ้นให้ท่านมีโอกาสเกิดอาการจับหืด					
3. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ อาจทำให้ท่านมีโอกาสเกิดอาการจับหืด					
4. ยา อาหาร หรือสารเคมีบางชนิด อาจทำให้ท่านมีโอกาสเกิดอาการจับหืด					
5. การอยู่ในสถานที่ที่แออัด อาจทำให้ท่านมีโอกาสเกิดอาการจับหืด					
6. การวิ่งหรือออกกำลังกายอย่างหนัก อาจทำให้ท่านมีโอกาสเกิดอาการจับหืด					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

❒ Pre-test ❒ Post-test

เลขที่แบบสอบถาม.....

กลุ่มตัวอย่าง ❒ ควบคุม ❒ ทดลอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามอ่านข้อความในแบบสอบถามทีละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังต่อไปนี้

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย
1. การใช้ผ้าปิดจมูก ป้องกันควัน ฝุ่นละออง ไม่สามารถป้องกันการกำเริบของโรคหืดได้			
2. การมารับการตรวจรักษาโรคหืดตามนัดทุกครั้ง ทำให้ทราบการเปลี่ยนแปลงของโรคได้			
3. การให้ความรู้เรื่องโรคหืดแก่ผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดทราบวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง			
4. การให้ความรู้แก่ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหืด ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาเพิ่มขึ้น			
5. การสนทนาแลกเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคหืดระหว่างผู้ป่วยโรคหืดด้วยกัน จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น			
6. การมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามการรักษาที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดมีกำลังใจในการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาโรคเพิ่มขึ้น			
7. การได้รับทราบผลการเปลี่ยนแปลงของโรคทางที่ดีขึ้น ช่วยเพิ่มความหวังในการรักษาโรค			
8. เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขมีส่วนสำคัญในการชักจูงให้ผู้ป่วยโรคหืด ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาโรคได้			

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย
9. การรับประทานยาและพ่นยาตามคำสั่งแพทย์ จะทำให้ผลการรักษาโรคหืดดีขึ้น			
10. การออกกำลังกายบริหารปอดด้วยวิธีการเป่าปากทุกวัน จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด			
11. การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาพ่น จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดพ่นยาและใช้ยาพ่นได้อย่างถูกต้อง			
12. เมื่อพ่นยาขยายหลอดลมก่อนการออกกำลังกาย จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดออกกำลังกายได้มากขึ้น			
13. การพ่นยาขยายหลอดลมทุกวัน จะช่วยให้อาการหอบไม่กำเริบ			
14. การบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดหลังพ่นยาสเตียรอยด์ทุกครั้ง จะช่วยลดการเกิดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก			
15. การมีอุปกรณ์ช่วยในการพ่นยา เช่น กระบอกพ่นยา จะทำให้ได้รับยาในขนาดที่แพทย์สั่ง			
16. การฝึกสูดยากับกระบอกยาเปล่า จะทำให้เกิดความชำนาญในการใช้ยาพ่น			

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

❒ Pre-test ❒ Post-test

เลขที่แบบสอบถาม.....

กลุ่มตัวอย่าง ❒ ควบคุม ❒ ทดลอง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามอ่านข้อความในแบบสอบถามทีละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังต่อไปนี้

มั่นใจว่าทำได้	หมายถึง	ท่านสามารถทำกิจกรรมนั้นได้
ทำได้บ้าง	หมายถึง	ท่านสามารถทำกิจกรรมนั้นได้บ้างบางส่วน
ไม่มั่นใจ/ทำไม่ได้	หมายถึง	ท่านไม่มั่นใจว่าทำกิจกรรมนั้นได้หรือทำกิจกรรมนั้นไม่ได้เลย

ข้อความ	ไม่มั่นใจ/ทำไม่ได้	ทำได้บ้าง	มั่นใจว่าทำได้
1. ท่านสามารถแก้ไขอาการกำเริบของโรคหืดเบื้องต้นได้โดยไม่ต้องไปพบแพทย์			
2. หากท่านพ่นยาขยายหลอดลมแล้ว 3 ครั้ง อาการยังไม่ดีขึ้น ท่านสามารถตัดสินใจไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาได้ทันที			
3. ท่านสามารถประเมินตนเองจากอาการเตือนที่เกิดขึ้น เช่น คัดจมูก น้ำมูกไหล ไอมาก ว่าท่านจะมีอาการกำเริบของโรคหืด			
4. ท่านสามารถประเมินอาการหอบหืดกำเริบได้ ว่าเมื่อใดควรใช้ยาพ่นขยายหลอดลม			
5. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการของโรคหืด			
6. ท่านสามารถจดบันทึกเกี่ยวกับอาการหอบกำเริบและจำนวนครั้งที่ใช้ยาพ่นขยายหลอดลม			
7. ท่านสามารถป้องกันสิ่งกระตุ้น โดยใช้อุปกรณ์ป้องกันเมื่อเผชิญกับสิ่งกระตุ้น			

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อความ	ไม่มั่นใจ/ทำไม่ได้	ทำได้บ้าง	มั่นใจว่าทำได้
8. ท่านสามารถมารับบริการตรวจรักษาโรคหืดได้ตามนัดทุกครั้ง			
9. ท่านสามารถจดบันทึกได้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคหืด			
10. ท่านสามารถรับประทานยาหรือพ่นยาได้เอง โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ			
11. ท่านสามารถแก้ปัญหายาหมดก่อนนัดได้			
12. ท่านสามารถพกพายาพ่นขยายหลอดลมติดตัวได้ตลอดเวลา			
13. ท่านสามารถออกกำลังกายเป็นประจำ 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์			
14. ท่านสามารถออกกำลังกายติดต่อกันได้นานเกิน 30 นาทีต่อครั้ง			
15. ท่านสามารถบริหารปอดโดยวิธีการเป่าปากได้เป็นประจำ			

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ซ
ตารางวิเคราะห์ข้อมูล (เพิ่มเติม)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 8 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.759	.761	31

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
A1	3.07	.828	30
A2	2.60	1.133	30
A3	2.90	1.125	30
A4	2.77	1.278	30
A5	2.83	1.147	30
B1	2.17	.874	30
B2	2.37	1.273	30
B3	2.53	1.042	30
B4	3.03	1.159	30
B5	2.60	.855	30
C1	2.33	1.028	30
C2	2.47	1.042	30
C3	3.80	.484	30
C4	3.80	.484	30
C5	3.37	.809	30
D1	3.40	.968	30
D2	3.17	.874	30
D3	3.33	.922	30
D4	2.93	.868	30
D5	2.83	1.289	30

	Mean	Std. Deviation	N
E1	3.30	.915	30
E2	2.83	1.020	30
E3	2.63	1.129	30
E4	2.93	1.048	30
E5	2.47	1.074	30
F1	3.73	.640	30
F2	3.03	1.159	30
F3	1.93	1.112	30
F4	3.90	.305	30
F5	3.93	.254	30
F6	3.77	.679	30

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A1	89.70	101.941	.382	.747
A2	90.17	119.178	-.463	.794
A3	89.87	92.189	.720	.724
A4	90.00	128.000	-.713	.814
A5	89.93	120.271	-.500	.797
B1	90.60	105.007	.181	.757
B2	90.40	89.283	.753	.718
B3	90.23	95.220	.625	.731
B4	89.73	94.685	.576	.733
B5	90.17	102.144	.355	.748
C1	90.43	97.702	.504	.739
C2	90.30	90.976	.853	.717
C3	88.97	108.309	.047	.760
C4	88.97	106.654	.212	.756
C5	89.40	96.731	.731	.732
D1	89.37	102.447	.287	.751
D2	89.60	96.593	.678	.732
D3	89.43	104.254	.208	.755
D4	89.83	101.040	.413	.746
D5	89.93	89.513	.732	.719
E1	89.47	116.947	-.443	.786
E2	89.93	94.202	.696	.728
E3	90.13	94.051	.625	.730
E4	89.83	92.695	.754	.723
E5	90.30	96.493	.539	.736
F1	89.03	105.895	.206	.755
F2	89.73	113.720	-.245	.783
F3	90.83	109.385	-.069	.772
F4	88.87	108.395	.082	.759
F5	88.83	109.040	-.017	.760
F6	89.00	107.379	.083	.760

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
92.77	109.013	10.441	31

จากตารางที่ 8 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ผลการคำนวณได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 แสดงว่า แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ มีค่าความเที่ยงในระดับดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 9 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.825	.833	6

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Se1	4.10	1.125	30
Se2	4.03	.850	30
Se3	3.53	1.196	30
Se4	3.87	1.358	30
Se5	4.20	1.243	30
Se6	4.27	.944	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Se1	19.90	19.955	.338	.847
Se2	19.97	18.930	.671	.789
Se3	20.47	17.568	.561	.804
Se4	20.13	14.120	.848	.732
Se5	19.80	17.683	.516	.815
Se6	19.73	17.926	.726	.775

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
24.00	24.621	4.962	6

จากตารางที่ 9 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด ผลการคำนวณได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 แสดงว่า แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด มีค่าความเที่ยงในระดับดี

ตารางที่ 10 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.930	.932	6

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Sus1	4.53	.819	30
Sus2	4.37	.809	30
Sus3	4.47	.571	30
Sus4	4.40	.724	30
Sus5	4.37	.850	30
Sus6	4.20	.887	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Sus1	21.80	11.131	.835	.912
Sus2	21.97	10.999	.879	.906
Sus3	21.87	12.878	.771	.924
Sus4	21.93	12.547	.643	.935
Sus5	21.97	10.585	.915	.900
Sus6	22.13	11.016	.776	.921

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
26.33	16.368	4.046	6

จากตารางที่ 10 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด ผลการคำนวณได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 แสดงว่า แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด มีค่าความเที่ยงในระดับดี

ตารางที่ 11 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.845	.890	16

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Oc1	1.90	.845	30
Oc2	2.93	.254	30
Oc3	2.87	.346	30
Oc4	2.80	.407	30
Oc5	2.63	.556	30
Oc6	2.70	.466	30
Oc7	2.80	.407	30
Oc8	2.80	.407	30
Oc9	2.97	.183	30
Oc10	2.67	.479	30
Oc11	2.90	.305	30
Oc12	2.40	.498	30
Oc13	2.50	.509	30
Oc14	2.98	.192	30
Oc15	2.60	.498	30
Oc16	2.53	.507	30

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Oc1	41.08	16.480	-.172	.902
Oc2	40.04	15.532	.210	.846
Oc3	40.11	13.935	.760	.825
Oc4	40.18	13.778	.686	.826
Oc5	40.34	13.674	.494	.835
Oc6	40.28	13.696	.610	.828
Oc7	40.18	13.916	.638	.828
Oc8	40.18	13.502	.786	.821
Oc9	40.01	15.293	.483	.841
Oc10	40.31	13.159	.755	.819
Oc11	40.08	14.597	.569	.834
Oc12	40.58	13.625	.583	.829
Oc13	40.48	13.975	.469	.836
Oc14	40.00	15.310	.444	.841
Oc15	40.38	13.387	.653	.825
Oc16	40.44	13.696	.549	.831

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
42.98	16.016	4.002	16

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 11 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด ผลการคำนวณได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 แสดงว่า แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด มีค่าความเที่ยงในระดับดี

ตารางที่ 12 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.900	.903	15

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SE1	2.07	.583	30
SE2	2.43	.817	30
SE3	2.57	.626	30
SE4	2.67	.547	30
SE5	2.43	.626	30
SE6	2.50	.630	30
SE7	2.40	.675	30
SE8	2.77	.430	30
SE9	2.37	.765	30
SE10	2.80	.407	30
SE11	2.57	.626	30
SE12	2.80	.407	30
SE13	2.23	.679	30
SE14	2.10	.803	30
SE15	2.10	.759	30

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SE1	34.73	35.168	.384	.900
SE2	34.37	31.482	.656	.891
SE3	34.23	33.771	.550	.894
SE4	34.13	34.464	.530	.895
SE5	34.37	34.309	.472	.897
SE6	34.30	32.424	.745	.887
SE7	34.40	33.283	.569	.894
SE8	34.03	34.516	.685	.892
SE9	34.43	32.047	.639	.891
SE10	34.00	35.724	.468	.898
SE11	34.23	33.771	.550	.894
SE12	34.00	35.172	.586	.895
SE13	34.57	32.599	.659	.890
SE14	34.70	31.459	.673	.890
SE15	34.70	32.079	.641	.891

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
36.80	38.166	6.178	15

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 12 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด ผลการคำนวณได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90 แสดงว่า แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด มีค่าความเที่ยงในระดับดี

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่	กลุ่มควบคุม (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
1. การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ								
1.1 ท่านใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อเจอฝุ่นหรือควัน	3.32	1.09	1	4	3.18	.59	2	4
*1.2 ท่านคลุกคลีหรืออยู่ใกล้ชิดกับคนที่เป็นหวัด	3.00	.93	1	4	2.77	.53	2	4
1.3 ท่านไม่อยู่ใกล้คนที่กำลังสูบบุหรี่	2.36	.95	1	4	2.77	.53	2	4
*1.4 ท่านเล่นคลุกคลีกับสุนัขหรือแมว	3.27	.94	1	4	3.09	.68	2	4
*1.5 ท่านสัมผัสหรือสูดดมละอองเกสรดอกไม้	3.27	.94	1	4	3.05	.72	2	4
2. การประเมินอาการหอบเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น								
2.1 ท่านสังเกตว่ามีอาการหอบเหนื่อยเมื่อออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา	2.36	.95	1	4	2.59	.85	1	4
2.2 ท่านสังเกตว่ามีอาการไอ หายใจลำบาก เมื่อสูดดมกลิ่นดอกไม้บางชนิด	2.23	.97	1	4	2.32	.78	1	4
2.3 ท่านสังเกตว่ามีอาการไอ หายใจเสียงดังวี้ด เมื่อสัมผัสหรืออยู่ในห้องที่มีอากาศเย็น	2.86	.89	2	4	2.64	.79	2	**4**
2.4 ท่านสังเกตว่ามีอาการไอ หายใจลำบาก เมื่ออยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่	2.95	.90	1	4	2.95	.79	2	4
2.5 ท่านสังเกตว่ามีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก เมื่อสัมผัสควันรถหรือฝุ่นละอองต่างๆ	2.95	.84	2	4	2.95	.79	2	4
3. การฝึกการบริหารการหายใจและการใช้ยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง								
3.1 ท่านฝึกบริหารการหายใจโดยวิธีเป่าปาก วันละ 2 ครั้ง เพื่อให้ร่างกายสามารถทนอาการหอบเหนื่อยได้ดีขึ้น	1.64	.92	1	4	1.50	.86	1	4

*** ข้อคำถามเชิงลบ**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 13 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่	กลุ่มควบคุม (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
3.2 ท่านบริหารการหายใจโดยหายใจเข้าทางจมูกท้องป่อง และหายใจออก เป่าปากท้องแฟบ เมื่อเกิดอาการหอบเหนื่อยหายใจลำบาก	1.73	.55	1	3	1.77	.53	1	3
3.3 ท่านกินยาหรือพ่นยาขยายหลอดลมตามคำแนะนำของแพทย์	3.86	.57	2	4	3.45	.74	2	4
3.4 ท่านใช้ยาพ่นขยายหลอดลมได้ถูกต้อง ตามขั้นตอนและวิธีการพ่นยาแต่ละประเภท เช่น การใช้อินเฮเล่อร์โดยตรง การใช้อินเฮเล่อร์โดยพ่นผ่านทางสเปสเซอร์ การใช้แอคคิวเฮเล่อร์ และการใช้เทอร์บูเฮเล่อร์ เป็นต้น	3.50	.91	1	4	3.45	.67	2	4
3.5 ท่านบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดทุกครั้งหลังพ่นยาสเตียรอยด์ เพื่อลดการสะสมของยาบริเวณกระพุ้งแก้ม ที่อาจทำให้เกิดเชื้อราในช่องปากได้	3.23	1.07	1	4	3.23	.87	2	4
4. การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบหืดได้ด้วยตนเอง								
4.1 ท่านหยุดทำกิจกรรมทันทีที่เกิดอาการหอบเหนื่อย หรือหายใจลำบาก	3.00	.87	2	4	3.23	.53	2	4
4.2 ท่านดื่มน้ำอุ่นทีละน้อยๆ บ่อยๆ ครั้ง เพื่อช่วยขับเสมหะออกได้ง่าย	2.41	1.05	1	4	2.59	.91	1	4
4.3 ท่านกินยาหรือพ่นยาขยายหลอดลมทันที เมื่อรู้สึกหอบเหนื่อย	3.05	1.09	1	4	3.27	.83	2	4
4.4 ท่านบริหารการหายใจร่วมกับการใช้ยา เมื่อเกิดอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก	2.27	1.16	1	4	2.41	1.01	1	4

*** ข้อคำถามเชิงลบ**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 13 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่	กลุ่มควบคุม (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
4.5 ท่านแจ้งคนใกล้ชิดให้พาไปโรงพยาบาล หลังจากพ่นยาขยายหลอดลมและบริหารการหายใจแล้วอาการหอบไม่ดีขึ้น	2.50	1.23	1	4	2.77	.87	2	4
5. การออกกำลังกายที่เหมาะสม								
*5.1 ท่านออกกำลังกายที่ทำให้เหนื่อยมาก	3.32	.84	1	4	3.09	.53	2	4
5.2 ท่านเล่นกีฬาที่ออกแรงน้อยๆ ก่อน แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มกำลังให้แรงขึ้นเรื่อยๆ	2.27	.99	1	4	2.73	.70	2	4
5.3 ท่านออกกำลังกายเพื่อช่วยในการบริหารปอด เช่น การเล่นโยคะ การเต้นแอโรบิค การเดินเล่น การวิ่งระยะสั้น การใช้ยางยืด การว่ายน้ำ เป็นต้น	1.77	.87	1	4	2.05	.72	1	4
5.4 ในระหว่างออกกำลังกายเมื่อรู้สึกเหนื่อย ท่านจะหยุดพักและพักในท่าที่ลำตัวเอนไปข้างหน้าหรือฟุบหน้าที่โต๊ะให้ตัวเอนไปข้างหน้า เพื่อช่วยให้อาการเหนื่อยลดน้อยลงและทำให้การหายใจได้สะดวกขึ้น	2.45	1.06	1	4	2.64	.66	2	4
5.5 ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละประมาณ 20 - 30 นาที โดยประเมินจากอาการของตนเองและไม่ออกกำลังกายที่หักโหม	2.05	.95	1	4	2.32	.72	1	4
6. การรับยารักษาอย่างต่อเนื่อง								
6.1 ท่านใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ เพื่อควบคุมอาการหอบทุกวันตามคำแนะนำของแพทย์	3.59	.85	1	4	3.55	.51	3	4

*** ข้อคำถามเชิงลบ**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 13 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่	กลุ่มควบคุม (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
*6.2 ท่านเพิ่มหรือลดขนาดยาตามอาการของตนเอง	2.82	1.22	1	4	2.86	.83	1	4
*6.3 ท่านใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ เพื่อควบคุมอาการเฉพาะช่วงที่มีอาการหอบเท่านั้น	2.32	1.21	1	4	2.32	.89	1	4
*6.4 ท่านขอยาพ่นแก้หอบจากผู้ป่วยอื่นหรือเพื่อนบ้านมาใช้	3.86	.35	3	4	3.82	.40	3	4
*6.5 ท่านซื้อยาแก้หอบมารับประทานเองจากร้านขายยาใกล้บ้าน	3.59	.73	2	4	3.64	.73	2	4
6.6 ท่านมาตรวจตามแพทย์นัด	3.68	.72	2	4	3.68	.72	2	4
รวม	**87.32**	**10.72**	**65**	**109**	**88.68**	**10.26**	**67**	**107**

*** ข้อคำถามเชิงลบ**

จากตารางที่ 13 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ใกล้เคียงกัน โดยพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองเพียงเล็กน้อย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่	กลุ่มทดลอง (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
1. การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ								
1.1 ท่านใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อเจอฝุ่นหรือควัน	2.36	.79	1	4	3.73	.46	3	4
*1.2 ท่านคลุกคลีหรืออยู่ใกล้ชิดกับคนที่เป็นหวัด	3.55	.51	3	4	4.00	.00	4	4
1.3 ท่านไม่อยู่ใกล้คนที่กำลังสูบบุหรี่	2.86	.77	2	4	3.86	.35	3	4
*1.4 ท่านเล่นคลุกคลีกับสุนัขหรือแมว	3.00	.82	1	4	3.91	.29	3	4
*1.5 ท่านสัมผัสหรือสูดดมละอองเกสรดอกไม้	3.27	.94	1	4	4.00	.00	4	4
2. การประเมินอาการหอบเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น								
2.1 ท่านสังเกตว่ามีอาการหอบเหนื่อยเมื่อออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา	1.77	.97	1	4	3.68	.48	3	4
2.2 ท่านสังเกตว่ามีอาการไอ หายใจลำบาก เมื่อสูดดมกลิ่นดอกไม้บางชนิด	2.18	.80	1	4	3.77	.43	3	4
2.3 ท่านสังเกตว่ามีอาการไอ หายใจเสียงดังวี้ด เมื่อสัมผัสหรืออยู่ในห้องที่มีอากาศเย็น	2.73	.70	2	4	3.77	.43	3	4
2.4 ท่านสังเกตว่ามีอาการไอ หายใจลำบาก เมื่ออยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่	2.86	.71	2	4	3.77	.43	3	4
2.5 ท่านสังเกตว่ามีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก เมื่อสัมผัสควันรถหรือฝุ่นละอองต่างๆ	3.09	.68	2	4	3.77	.43	3	4
3. การฝึกการบริหารการหายใจและการใช้ยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง								
3.1 ท่านฝึกบริหารการหายใจโดยวิธีเป่าปาก วันละ 2 ครั้ง เพื่อให้ร่างกายสามารถทนอาการหอบเหนื่อยได้ดีขึ้น	1.73	.70	1	4	3.59	.50	3	4

*** ข้อคำถามเชิงลบ**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 14 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่	กลุ่มทดลอง (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
3.2 ท่านบริหารการหายใจโดยหายใจเข้าทางจมูกท้องป่อง และหายใจออก เป่าปากท้องแฟบ เมื่อเกิดอาการหอบเหนื่อยหายใจลำบาก	1.86	.83	1	4	4.00	.00	4	4
3.3 ท่านกินยาหรือพ่นยาขยายหลอดลมตามคำแนะนำของแพทย์	3.05	.90	1	4	4.00	.00	4	4
3.4 ท่านใช้ยาพ่นขยายหลอดลมได้ถูกต้อง ตามขั้นตอนและวิธีการพ่นยาแต่ละประเภท เช่น การใช้อินเฮเล่อร์โดยตรง การใช้อินเฮเล่อร์โดยพ่นผ่านทางสเปสเซอร์ การใช้แอคคิวเฮเล่อร์ และการใช้เทอร์บูเฮเล่อร์ เป็นต้น	3.32	.84	2	4	4.00	.00	4	4
3.5 ท่านบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดทุกครั้งหลังพ่นยาสเตียรอยด์ เพื่อลดการสะสมของยาบริเวณกระพุ้งแก้ม ที่อาจทำให้เกิดเชื้อราในช่องปากได้	3.59	.67	2	4	4.00	.00	4	4
4. การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบหืดได้ด้วยตนเอง								
4.1 ท่านหยุดทำกิจกรรมทันทีที่เกิดอาการหอบเหนื่อย หรือหายใจลำบาก	3.00	.87	2	4	3.41	.50	3	4
4.2 ท่านดื่มน้ำอุ่นทีละน้อยๆ บ่อยๆ ครั้ง เพื่อช่วยขับเสมหะออกได้ง่าย	2.55	.60	2	4	3.23	.43	3	4
4.3 ท่านกินยาหรือพ่นยาขยายหลอดลมทันที เมื่อรู้สึกหอบเหนื่อย	3.18	.80	2	4	3.18	.40	3	4
4.4 ท่านบริหารการหายใจร่วมกับการใช้ยา เมื่อเกิดอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก	2.36	.90	1	4	2.95	.65	2	4

*** ข้อคำถามเชิงลบ**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 14 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่	กลุ่มทดลอง (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
4.5 ท่านแจ้งคนใกล้ชิดให้พาไปโรงพยาบาล หลังจากพ่นยาขยายหลอดลมและบริหารการหายใจแล้วอาการหอบไม่ดีขึ้น	2.32	.72	1	4	3.27	.63	2	4
5. การออกกำลังกายที่เหมาะสม								
*5.1 ท่านออกกำลังกายที่ทำให้เหนื่อยมาก	3.36	.73	2	4	3.41	.50	3	4
5.2 ท่านเล่นกีฬาที่ออกแรงน้อยๆ ก่อน แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มกำลังให้แรงขึ้นเรื่อยๆ	2.36	.95	1	4	2.73	.55	2	4
5.3 ท่านออกกำลังกายเพื่อช่วยในการบริหารปอด เช่น การเล่นโยคะ การเต้นแอโรบิค การเดินเล่น การวิ่งระยะสั้น การใช้ยางยืด การว่ายน้ำ เป็นต้น	2.00	.82	1	4	3.18	.80	2	4
5.4 ในระหว่างออกกำลังกายเมื่อรู้สึกเหนื่อย ท่านจะหยุดพักและพักในท่าที่ลำตัวเอนไปข้างหน้าหรือฟุบหน้าที่โต๊ะให้ตัวเอนไปข้างหน้า เพื่อช่วยให้อาการเหนื่อยลดน้อยลงและทำให้การหายใจได้สะดวกขึ้น	1.91	.87	1	3	3.32	.57	2	4
5.5 ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละประมาณ 20 - 30 นาที โดยประเมินจากอาการของตนเองและไม่ออกกำลังกายที่หักโหม	2.05	.84	1	4	3.09	.75	2	4
6. การรับยารักษาอย่างต่อเนื่อง								
6.1 ท่านใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ เพื่อควบคุมอาการหอบทุกวันตามคำแนะนำของแพทย์	2.91	.81	2	4	4.00	.00	4	4

*** ข้อคำถามเชิงลบ**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 14 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่	กลุ่มทดลอง (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
*6.2 ท่านเพิ่มหรือลดขนาดยาตามอาการของตนเอง	3.73	.70	1	4	4.00	.00	4	4
*6.3 ท่านใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ เพื่อควบคุมอาการเฉพาะช่วงที่มีอาการหอบเท่านั้น	2.77	.92	1	4	4.00	.00	4	4
*6.4 ท่านขอยาพ่นแก้หอบจากผู้ป่วยอื่นหรือเพื่อนบ้านมาใช้	3.86	.35	3	4	4.00	.00	4	4
*6.5 ท่านซื้อยาแก้หอบมารับประทานเองจากร้านขายยาใกล้บ้าน	3.77	.43	3	4	4.00	.00	4	4
6.6 ท่านมาตรวจตามแพทย์นัด	3.82	.40	3	4	4.00	.00	4	4
รวม	**87.18**	**7.28**	**75**	**101**	**113.64**	**3.53**	**107**	**120**

*** ข้อคำถามเชิงลบ**

จากตารางที่ 14 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่แตกต่างกัน โดยพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างเห็นได้ชัด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลองเป็นรายบุคคล

คู่ที่	คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด					
	กลุ่มควบคุม (n_1 = 22)			กลุ่มทดลอง (n_2 = 22)		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง
1	21	22	+1	21	27	+6
2	22	25	+3	19	24	+5
3	21	22	+1	22	27	+5
4	20	21	+1	19	25	+6
5	23	25	+2	24	30	+6
6	20	21	+1	24	30	+6
7	20	21	+1	21	26	+5
8	19	18	-1	22	28	+6
9	19	19	0	21	27	+6
10	24	24	0	23	28	+5
11	23	25	+2	21	27	+6
12	25	26	+1	22	28	+6
13	21	22	+1	21	27	+6
14	20	19	-1	22	27	+5
15	21	22	+1	24	29	+5
16	22	22	0	20	26	+6
17	24	24	0	23	28	+5
18	18	20	+2	21	27	+6
19	17	19	+2	23	29	+6
20	22	21	-1	21	27	+6
21	22	23	+1	20	26	+6
22	21	23	+2	20	25	+5
Mean	21.14	22.00	0.95	21.55	27.18	5.64
SD	1.98	2.23	0.84	1.50	1.53	0.49

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลองเป็นรายบุคคล

คู่ที่	คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด					
	กลุ่มควบคุม (n_1 = 22)			กลุ่มทดลอง (n_2 = 22)		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง
1	22	23	+1	22	27	+5
2	19	20	+1	22	27	+5
3	19	19	0	21	26	+5
4	21	24	+3	19	24	+5
5	19	20	+1	20	25	+5
6	22	23	+1	21	27	+6
7	21	20	-1	23	30	+7
8	17	17	0	17	24	+7
9	21	23	+2	19	25	+6
10	20	20	0	20	26	+6
11	21	22	+1	21	28	+7
12	22	22	0	21	29	+8
13	19	19	0	18	27	+9
14	21	22	+1	21	26	+5
15	20	21	+1	21	29	+8
16	18	18	0	22	28	+6
17	24	25	+1	23	30	+7
18	23	23	0	20	27	+7
19	20	21	+1	19	28	+9
20	25	24	-1	22	27	+5
21	23	23	0	24	30	+6
22	24	24	0	23	28	+5
Mean	20.95	21.50	0.55	20.86	27.18	6.32
SD	2.06	2.16	0.91	1.75	1.79	1.32

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลองเป็นรายบุคคล

คู่ที่	คะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด					
	กลุ่มควบคุม (n_1 = 22)			กลุ่มทดลอง (n_2 = 22)		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง
1	36	38	+2	31	40	+9
2	36	38	+2	39	47	+8
3	40	41	+1	34	41	+7
4	31	33	+2	41	48	+7
5	35	36	+1	32	41	+9
6	31	34	+3	35	44	+9
7	39	38	-1	39	47	+8
8	33	35	+2	33	42	+9
9	40	39	-1	39	46	+7
10	36	37	+1	40	48	+8
11	34	36	+2	38	44	+6
12	41	40	-1	40	48	+8
13	38	38	0	38	44	+6
14	34	37	+3	36	45	+9
15	38	38	0	37	46	+9
16	37	36	-1	36	45	+9
17	32	34	+2	37	45	+8
18	38	38	0	33	42	+9
19	35	36	+1	38	47	+9
20	34	36	+2	39	47	+8
21	38	38	0	36	45	+9
22	37	38	+1	34	43	+9
Mean	36.05	37.00	0.95	36.59	44.77	8.18
SD	2.87	1.95	1.29	2.82	2.45	1.01

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการการป้องกันโรคหืด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลองเป็นรายบุคคล

คู่ที่	คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด					
	กลุ่มควบคุม (n_1 = 22)			กลุ่มทดลอง (n_2 = 22)		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง
1	33	34	+1	32	41	+9
2	39	39	0	37	44	+7
3	32	34	+2	36	44	+8
4	32	32	0	35	43	+8
5	28	30	+2	38	44	+6
6	35	37	+2	33	42	+9
7	30	31	+1	38	44	+6
8	29	31	+2	31	40	+9
9	27	29	+2	37	43	+6
10	40	39	-1	34	42	+8
11	35	34	-1	35	41	+6
12	35	36	+1	34	40	+6
13	30	31	+1	34	42	+8
14	38	38	0	37	43	+6
15	39	40	+1	37	44	+7
16	38	37	-1	36	42	+6
17	35	35	0	33	42	+9
18	36	37	+1	38	45	+7
19	31	33	+2	33	40	+7
20	37	38	+1	34	43	+9
21	34	34	0	34	42	+8
22	30	29	-1	32	41	+9
Mean	33.77	34.45	0.68	34.91	42.36	7.45
SD	3.84	3.41	1.09	2.14	1.47	1.22

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด	กลุ่มควบคุม (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
1. การมีอาการจับหืด ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดลง	3.36	.58	2	4	3.64	.49	3	4
2. การมีอาการจับหืด อาจทำให้เสียชีวิตได้	3.50	.60	2	4	3.73	.55	3	5
3. การมีอาการจับหืด ทำให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น	3.41	.50	3	4	3.68	.57	3	5
4. การมีอาการจับหืด ทำให้ไม่สามารถทำงานหนักได้	3.55	.60	3	5	3.68	.57	3	5
5. การมีอาการจับหืด ที่ไม่ได้รักษาอย่างต่อเนื่อง ให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้	3.64	.58	3	5	3.59	.73	3	5
6. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทำให้อาการจับหืดกำเริบขึ้นได้	3.68	.78	3	5	3.68	.72	3	5
รวม	**21.14**	**1.98**	**17**	**25**	**22.00**	**2.23**	**18**	**26**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 19 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด แตกต่างกัน โดยพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองเพียงเล็กน้อย

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด	กลุ่มทดลอง (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\overline{X}$	SD	Min	Max	$\overline{X}$	SD	Min	Max
1. การมีอาการจับหืด ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดลง	3.32	.57	2	4	4.32	.72	3	5
2. การมีอาการจับหืด อาจทำให้เสียชีวิตได้	3.55	.60	2	4	4.36	.58	3	5
3. การมีอาการจับหืด ทำให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น	3.50	.67	2	4	4.32	.65	3	5
4. การมีอาการจับหืด ทำให้ไม่สามารถทำงานหนักได้	3.55	.51	3	4	4.82	.40	4	5
5. การมีอาการจับหืด ที่ไม่ได้รักษาอย่างต่อเนื่อง ให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้	3.64	.49	3	4	4.73	.55	3	5
6. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทำให้อาการจับหืดกำเริบขึ้นได้	4.00	.44	3	5	4.64	.49	4	5
รวม	**21.55**	**1.50**	**19**	**24**	**27.18**	**1.53**	**24**	**30**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 20 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดแตกต่างกัน โดยพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างเห็นได้ชัด

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด	กลุ่มควบคุม (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
1. การอยู่ในสถานที่ที่มีฝุ่น ควัน ขนสัตว์ หรือควันบุหรี่ อาจทำให้ท่านมีโอกาสเกิดอาการจับหืด	3.50	.67	3	5	3.73	.77	3	5
2. อากาศที่เปลี่ยนแปลง อาจกระตุ้นให้ท่านมีโอกาสเกิดอาการจับหืด	3.50	.60	3	5	3.41	.50	3	4
3. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ อาจทำให้ท่านมีโอกาสเกิดอาการจับหืด	3.27	.63	2	4	3.45	.67	2	4
4. ยา อาหาร หรือสารเคมีบางชนิด อาจทำให้ท่านมีโอกาสเกิดอาการจับหืด	3.73	.63	3	5	3.50	.60	3	5
5. การอยู่ในสถานที่ที่แออัด อาจทำให้ท่านมีโอกาสเกิดอาการจับหืด	3.55	.67	2	5	3.91	.75	3	5
6. การวิ่งหรือออกกำลังกายอย่างหนัก อาจทำให้ท่านมีโอกาสเกิดอาการจับหืด	3.41	.67	2	5	3.50	.60	3	5
รวม	**20.95**	**2.06**	**17**	**25**	**21.50**	**2.16**	**17**	**25**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 21 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด แตกต่างกัน โดยพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองเพียงเล็กน้อย

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด	กลุ่มทดลอง (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
1. การอยู่ในสถานที่ที่มีฝุ่น ควัน ขนสัตว์ หรือควันบุหรี่ อาจทำให้ท่านมีโอกาสเกิดอาการจับหืด	2.95	.72	2	4	4.36	.66	3	5
2. อากาศที่เปลี่ยนแปลง อาจกระตุ้นให้ท่านมีโอกาสเกิดอาการจับหืด	2.95	.65	2	4	4.36	.58	3	5
3. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ อาจทำให้ท่านมีโอกาสเกิดอาการจับหืด	3.45	.60	3	5	4.50	.51	4	5
4. ยา อาหาร หรือสารเคมีบางชนิด อาจทำให้ท่านมีโอกาสเกิดอาการจับหืด	3.27	.46	3	4	4.45	.51	4	5
5. การอยู่ในสถานที่ที่แออัด อาจทำให้ท่านมีโอกาสเกิดอาการจับหืด	3.86	.64	2	5	4.73	.46	4	5
6. การวิ่งหรือออกกำลังกายอย่างหนัก อาจทำให้ท่านมีโอกาสเกิดอาการจับหืด	4.36	.58	3	5	4.77	.43	4	5
รวม	**20.86**	**1.75**	**17**	**24**	**27.18**	**1.79**	**24**	**30**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 22 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืดแตกต่างกัน โดยพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างเห็นได้ชัด

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด	กลุ่มควบคุม (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
1. การใช้ผ้าปิดจมูก ป้องกันควัน ฝุ่น ละออง ไม่สามารถป้องกันการกำเริบของโรคหืดได้	2.14	.71	1	3	2.23	.53	1	3
2. การมารับการตรวจรักษาโรคหืดตามนัดทุกครั้ง ทำให้ทราบการเปลี่ยนแปลงของโรคได้	2.32	.48	2	3	2.27	.46	2	3
3. การให้ความรู้เรื่องโรคหืดแก่ผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดทราบวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง	2.36	.49	2	3	2.32	.48	2	3
4. การให้ความรู้แก่ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหืด ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาเพิ่มขึ้น	2.27	.55	1	3	2.32	.57	1	3
5. การสนทนาแลกเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหืดระหว่างผู้ป่วยโรคหืดด้วยกัน จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น	2.27	.55	1	3	2.27	.55	1	3
6. การมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามการรักษาที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดมีกำลังใจในการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาโรคเพิ่มขึ้น	2.09	.61	1	3	2.18	.50	1	3
7. การได้รับทราบผลการเปลี่ยนแปลงของโรคทางที่ดีขึ้น ช่วยเพิ่มความหวังในการรักษาโรค	2.41	.50	2	3	2.32	.48	2	3
8. เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขมีส่วนสำคัญในการชักจูงให้ผู้ป่วยโรคหืดปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาโรคได้	2.14	.64	1	3	2.18	.50	1	3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 23 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด	กลุ่มควบคุม (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
9. การรับประทานยาและพ่นยาตามคำสั่งแพทย์ จะทำให้ผลการรักษาโรคหืดดีขึ้น	2.05	.72	1	3	2.09	.61	1	3
10. การออกกำลังกายบริหารปอดด้วยวิธีการเป่าปากทุกวัน จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด	2.14	.64	1	3	2.18	.59	1	3
11. การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาพ่น จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดพ่นยาและใช้ยาพ่นได้อย่างถูกต้อง	2.45	.51	2	3	2.59	.50	2	3
12. เมื่อพ่นยาขยายหลอดลมก่อนการออกกำลังกาย จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดออกกำลังกายได้มากขึ้น	2.23	.61	1	3	2.45	.51	2	3
*13. การพ่นยาขยายหลอดลมทุกวันจะช่วยให้อาการหอบไม่กำเริบ	1.82	.59	1	3	2.23	.69	1	3
*14. การบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดหลังพ่นยาสเตียรอยด์ทุกครั้ง จะช่วยลดการเกิดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก	2.27	.77	1	3	2.41	.59	1	3
15. การมีอุปกรณ์ช่วยในการพ่นยา เช่น กระบอกพ่นยา จะทำให้ได้รับยาในขนาดที่แพทย์สั่ง	2.45	.51	2	3	2.36	.49	2	3
16. การฝึกสูดยากับกระบอกยาเปล่าจะทำให้เกิดความชำนาญในการใช้ยาพ่น	2.64	.49	2	3	2.59	.50	2	3
รวม	**36.05**	**2.87**	**31**	**41**	**37.00**	**1.95**	**33**	**41**

*** ข้อคำถามเชิงลบ**

จากตารางที่ 23 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด แตกต่างกันโดยพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองเพียงเล็กน้อย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด	กลุ่มทดลอง (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
1. การใช้ผ้าปิดจมูก ป้องกันควัน ฝุ่นละออง ไม่สามารถป้องกันการกำเริบของโรคหืดได้	2.05	.65	1	3	2.36	.49	2	3
2. การมารับการตรวจรักษาโรคหืดตามนัดทุกครั้ง ทำให้ทราบการเปลี่ยนแปลงของโรคได้	2.77	.43	2	3	2.73	.46	2	3
3. การให้ความรู้เรื่องโรคหืดแก่ผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดทราบวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง	1.91	.87	1	3	2.27	.77	1	3
4. การให้ความรู้แก่ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหืด ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาเพิ่มขึ้น	2.41	.80	1	3	2.68	.48	2	3
5. การสนทนาแลกเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหืดระหว่างผู้ป่วยโรคหืดด้วยกัน จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น	2.32	.72	1	3	2.95	.21	2	3
6. การมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามการรักษาที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดมีกำลังใจในการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาโรคเพิ่มขึ้น	2.32	.72	1	3	2.86	.35	2	3
7. การได้รับทราบผลการเปลี่ยนแปลงของโรคทางที่ดีขึ้น ช่วยเพิ่มความหวังในการรักษาโรค	2.50	.74	1	3	2.95	.21	2	3
8. เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขมีส่วนสำคัญในการชักจูงให้ผู้ป่วยโรคหืดปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาโรคได้	2.64	.49	2	3	3.00	.00	3	3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 24 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด	กลุ่มทดลอง (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
9. การรับประทานยาและพ่นยาตามคำสั่งแพทย์ จะทำให้ผลการรักษาโรคหืดดีขึ้น	2.55	.60	1	3	3.00	.00	3	3
10. การออกกำลังกายบริหารปอดด้วยวิธีการเป่าปากทุกวัน จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด	2.68	.48	2	3	3.00	.00	3	3
11. การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาพ่น จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดพ่นยาและใช้ยาพ่นได้อย่างถูกต้อง	2.45	.60	1	3	3.00	.00	3	3
12. เมื่อพ่นยาขยายหลอดลมก่อนการออกกำลังกาย จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดออกกำลังกายได้มากขึ้น	2.59	.50	2	3	2.91	.29	2	3
*13. การพ่นยาขยายหลอดลมทุกวันจะช่วยให้อาการหอบไม่กำเริบ	2.50	.60	1	3	2.91	.29	2	3
*14. การบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดหลังพ่นยาสเตียรอยด์ทุกครั้ง จะช่วยลดการเกิดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก	2.14	.35	2	3	2.82	.40	2	3
15. การมีอุปกรณ์ช่วยในการพ่นยา เช่น กระบอกพ่นยา จะทำให้ได้รับยาในขนาดที่แพทย์สั่ง	1.32	.57	1	3	2.64	.49	2	3
16. การฝึกสูดยากับกระบอกยาเปล่าจะทำให้เกิดความชำนาญในการใช้ยาพ่น	1.45	.60	1	3	2.68	.48	2	3
รวม	**36.59**	**2.82**	**31**	**41**	**44.77**	**2.45**	**40**	**48**

* ข้อคำถามเชิงลบ

จากตารางที่ 24 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืดแตกต่างกัน โดยพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างเห็นได้ชัด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด	กลุ่มควบคุม (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
1. ท่านสามารถแก้ไขอาการกำเริบของโรคหืดเบื้องต้นได้โดยไม่ต้องไปพบแพทย์	2.05	.58	1	3	2.09	.61	1	3
2. หากท่านพ่นยาขยายหลอดลมแล้ว 3 ครั้ง อาการยังไม่ดีขึ้น ท่านสามารถตัดสินใจไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาได้ทันที	2.45	.80	1	3	2.77	.43	2	3
3. ท่านสามารถประเมินตนเองจากอาการเตือนที่เกิดขึ้น เช่น คัดจมูก น้ำมูกไหล ไอมาก ว่าท่านจะมีอาการกำเริบของโรคหืด	2.45	.60	1	3	2.64	.49	2	3
4. ท่านสามารถประเมินอาการหอบหืดกำเริบได้ ว่าเมื่อใดควรใช้ยาพ่นขยายหลอดลม	2.55	.60	1	3	2.64	.49	2	3
5. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการของโรคหืด	2.32	.65	1	3	2.50	.51	2	3
6. ท่านสามารถจดบันทึกเกี่ยวกับอาการหอบกำเริบและจำนวนครั้งที่ใช้ยาพ่นขยายหลอดลม	2.00	.76	1	3	2.00	.54	1	3
7. ท่านสามารถป้องกันสิ่งกระตุ้น โดยใช้อุปกรณ์ป้องกัน เมื่อเผชิญกับสิ่งกระตุ้น	2.09	.75	1	3	2.09	.75	1	3
8. ท่านสามารถมารับบริการตรวจรักษาโรคหืดได้ตามนัดทุกครั้ง	2.68	.48	2	3	2.27	.70	1	3
9. ท่านสามารถจดบันทึกได้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคหืด	2.05	.65	1	3	1.82	.59	1	3
10. ท่านสามารถรับประทานยาหรือพ่นยาได้เอง โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ	2.68	.48	2	3	2.55	.60	1	3
11. ท่านสามารถแก้ปัญหายาหมดก่อนนัดได้	2.36	.58	1	3	2.27	.77	1	3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 25 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด รายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด	กลุ่มควบคุม (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
12. ท่านสามารถพกพายาพ่นขยายหลอดลมติดตัวได้ตลอดเวลา	2.36	.49	2	3	2.45	.51	2	3
13. ท่านสามารถออกกำลังกายเป็นประจำ 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์	2.09	.53	1	3	2.14	.35	2	3
14. ท่านสามารถออกกำลังกายติดต่อกันได้นานเกิน 30 นาทีต่อครั้ง	1.95	.58	1	3	2.14	.56	1	3
15. ท่านสามารถบริหารปอดโดยวิธีการเป่าปากได้เป็นประจำ	1.68	.48	1	2	2.09	.53	1	3
รวม	**3.77**	**3.84**	**27**	**40**	**34.45**	**3.41**	**29**	**40**

จากตารางที่ 25 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืดรายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืดแตกต่างกัน โดยพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองเพียงเล็กน้อย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 26 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด	กลุ่มทดลอง (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
1. ท่านสามารถแก้ไขอาการกำเริบของโรคหืดเบื้องต้นได้โดยไม่ต้องไปพบแพทย์	1.86	.77	1	3	2.64	.49	2	3
2. หากท่านพ่นยาขยายหลอดลมแล้ว 3 ครั้ง อาการยังไม่ดีขึ้น ท่านสามารถตัดสินใจไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาได้ทันที	2.27	.77	1	3	2.82	.40	2	3
3. ท่านสามารถประเมินตนเองจากอาการเตือนที่เกิดขึ้น เช่น คัดจมูก น้ำมูกไหล ไอมาก ว่าท่านจะมีอาการกำเริบของโรคหืด	2.14	.56	1	3	2.68	.48	2	3
4. ท่านสามารถประเมินอาการหอบหืดกำเริบได้ ว่าเมื่อใดควรใช้ยาพ่นขยายหลอดลม	2.41	.59	1	3	2.95	.21	2	3
5. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการของโรคหืด	2.27	.70	1	3	2.82	.40	2	3
6. ท่านสามารถจดบันทึกเกี่ยวกับอาการหอบกำเริบและจำนวนครั้งที่ใช้ยาพ่นขยายหลอดลม	2.68	.48	2	3	3.00	.00	3	3
7. ท่านสามารถป้องกันสิ่งกระตุ้น โดยใช้อุปกรณ์ป้องกัน เมื่อเผชิญกับสิ่งกระตุ้น	2.45	.51	2	3	2.95	.21	2	3
8. ท่านสามารถมารับบริการตรวจรักษาโรคหืดได้ตามนัดทุกครั้ง	2.68	.48	2	3	2.82	.40	2	3
9. ท่านสามารถจดบันทึกได้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคหืด	2.41	.59	1	3	2.91	.29	2	3
10. ท่านสามารถรับประทานยาหรือพ่นยาได้เอง โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ	2.68	.48	2	3	2.95	.21	2	3
11. ท่านสามารถแก้ปัญหายาหมดก่อนนัดได้	2.73	.55	1	3	2.86	.35	2	3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 26 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด	กลุ่มทดลอง (n = 22)							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
12. ท่านสามารถพกพายาพ่นขยายหลอดลมติดตัวได้ตลอดเวลา	2.50	.51	2	3	3.00	.00	3	3
13. ท่านสามารถออกกำลังกายเป็นประจำ 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์	2.05	.72	1	3	2.86	.35	2	3
14. ท่านสามารถออกกำลังกายติดต่อกันได้นานเกิน 30 นาทีต่อครั้ง	2.05	.58	1	3	2.41	.50	2	3
15. ท่านสามารถบริหารปอดโดยวิธีการเป่าปากได้เป็นประจำ	1.73	.55	1	3	2.68	.48	2	3
รวม	**34.91**	**2.14**	**31**	**38**	**42.36**	**1.47**	**40**	**45**

จากตารางที่ 26 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด รายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืดแตกต่างกัน โดยพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างเห็นได้ชัด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 27 การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pretest	.106	22	.200*	.982	22	.942

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

จากตารางที่ 27 พบค่าการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ได้ค่า Sig = .942 แปลว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ

ตารางที่ 28 การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pretest	.163	22	.132	.924	22	.091

a. Lilliefors Significance Correction

จากตารางที่ 28 พบค่าการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ได้ค่า Sig = .091 แปลว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 29 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	21.14	1.50			
			42	0.77	0.23
กลุ่มทดลอง	21.55	1.98			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	22.00	2.23			
			42	9.00	0.00
กลุ่มทดลอง	27.18	1.53			

จากตารางที่ 29 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 30 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	20.95	2.06			
			42	-0.16	0.44
กลุ่มทดลอง	20.86	1.75			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	21.50	2.16			
			42	9.51	0.00
กลุ่มทดลอง	27.18	1.79			

จากตารางที่ 30 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืดก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืดดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 31 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	36.05	2.87			
			42	0.64	0.26
กลุ่มทดลอง	36.59	2.82			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	37.00	1.95			
			42	11.64	0.00
กลุ่มทดลอง	44.77	2.45			

จากตารางที่ 31 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืดก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืดดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 32 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	33.77	3.84			
			32.85	1.21	0.12
กลุ่มทดลอง	34.91	2.14			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	34.45	3.41			
			28.52	10.01	0.00
กลุ่มทดลอง	42.36	1.47			

จากตารางที่ 32 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืดก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืดดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจิรสุดา ทะเรรัมย์ เกิดเมื่อวันพฤหัสบดีที่ 31 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2530 ที่โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เมื่อปี พ.ศ. 2553 ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ระยะสั้น 4 เดือน รุ่นที่ 8 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เมื่อปี พ.ศ. 2556 และได้ลาศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2558 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University