

# The effectiveness of self-management program on medication compliance for asthma controlled in asthma patients at Uthai Hospital, Phra Nakorn Si Ayutthaya Province

*Seksan Chawanadelert, M.D.\**

## Abstract

---

This Quasi experimental research used pretest-posttest control group design and two groups comparison proposed to study the proper self-management program for adult asthma patients (age 25 and older). The experimental group consisted of 27 asthma patients and the control group consisted of 24 asthma patients. Each patient received both oral medication and metered-dosed inhaler. The experimental group received self-management program for 3 months consisted of medical evaluation, problem finding, determining the target, learning in self-management, recording the drug-related problems, role playing and follow up phone calls after the program. The study revealed that the self-management program could reach the asthmatic controlled achievement ( $p$ -value $<0.001$ ) and improve the patient's compliance of using the metered-dosed inhaler ( $p$ -value $<0.001$ ). The self-management program on the medication compliance model can enhance better treatment outcomes in asthma patients.

**Keywords:** Asthma; Self-management; medication compliance

---

\*Uthai Hospital, Phra Nakorn Si Ayutthaya Province

Received: April 22, 2022; Revised: June 27, 2022; Accepted: August 25, 2022

ประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อความร่วมมือ  
ในการใช้ยาเพื่อควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

เศกสรรค์ ชวนะดีเลิศ, พ.บ.\*

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนหลังการทดลอง (Pretest – Posttest control group design) และแบบเปรียบเทียบ สองกลุ่มเพื่อศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหืดอายุ 25 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาด้วยยาพ่นและยาพ่นโรคหืด สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ด้วยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ได้กลุ่มควบคุม 25 รายและกลุ่มทดลอง 27 ราย กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 3 เดือน ประกอบด้วย ประเมินการใช้ยาพ่นและยาพ่น ค้นหา ปัญหาตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง ให้ความรู้ฝึกทักษะการจัดการตนเอง ให้แบบบันทึกปัญหา ในการใช้ยา ส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองจากสถานการณ์สมมติ และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ประเมินผลโดยใช้แบบวัดความร่วมมือในการใช้กิน 10 ข้อและแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาพ่น 12 ข้อผลการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการควบคุมโรคหอบหืดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 3.909, p < 0.001$ ) คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการ รับประทานยาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน ( $t = 1.214, p = .116$ ) และ คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการพ่นยา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ( $t = 4.247, p < 0.001$ ) และพบว่า กลุ่มทดลอง มีระดับการควบคุมโรคหอบหืดหลังการ ทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $X^2 = 23.710, p < 0.001$ ) จึงเสนอแนะให้ นำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้กับผู้ป่วยโรคหืด

**คำสำคัญ :** โรคหืด; การจัดการตนเอง; ความร่วมมือในการใช้ยา

\*โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ได้รับต้นฉบับ: 22 เมษายน 2565; แก้ไขบทความ: 27 มิถุนายน 2565; รับลงตีพิมพ์: 25 สิงหาคม 2565

## บทนำ

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญและพบได้ทุกเพศทุกวัย เป็นปัญหาสุขภาพและปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก พบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีรายงานผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกกว่า 235 ล้านคน องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก 100 ล้านคน<sup>(1)</sup> ประเทศไทยในปัจจุบันพบมีผู้ป่วยโรคหืดกว่า 3 ล้านคน และการควบคุมการดำเนินไปของโรคยังไม่ดีพอ จำนวนการเข้าห้องฉุกเฉินในโรคหืดด้วยอาการหืดกำเริบมากกว่าปีละ 1 ล้านครั้ง<sup>(2)</sup> สถานการณ์ปัจจุบันพบโรคหืดในคนไทยมากถึงร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ และจากข้อมูลของสำนักโรคไม่ติดต่อพบว่าผู้ป่วยโรคหืดมีแนวโน้มเสียชีวิตมากกว่า 2,000 รายต่อปี<sup>(3)</sup> โรคหืดเป็นภาวะสุขภาพที่ต้องการการดูแลทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรังเนื่องจากมีหลายปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคและอาการกำเริบของโรคหืด ทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง บุคคลผู้ดูแล สภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหืดทั้งต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายคือแนวทางของ The Global Initiative for Asthma (GINA)<sup>(4)</sup> โดยแนวทางล่าสุดในปีพ.ศ. 2561 (ค.ศ. 2018) ได้กำหนดหลักการทั่วไปในการรักษาโรคหืดตามการควบคุมได้ของโรค (control-based management) โดยให้มีการปรับเปลี่ยนการรักษาเป็นรอบวงจร ได้แก่ ประเมิน (assess) รักษา (treatment) และทบทวน

(review) ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินและติดตามอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้มีการปรับแผนการรักษาที่เหมาะสมได้ดียิ่งขึ้น หลักการรักษาคือผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการรักษาตามความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับยาควบคุมอาการอย่างสม่ำเสมอ (regular asthma controller) ได้แก่ ยาสูดพ่นคอร์ติโคสเตียรอยด์ (ICS) เป็นยาหลักในการควบคุมโรคหืด และยาสูดพ่นขยายหลอดลมเพื่อบรรเทาอาการ (reliever) เมื่อมีอาการหืดหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดสำหรับทีมที่ดูแลรักษา คือ ประเมินผู้ป่วยทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังมีการปรับเปลี่ยนขนาดยาที่ใช้ควบคุมอาการ ในกรณีที่มีผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้แล้วให้ติดตามผลว่าผู้ป่วยได้รับการปรับขนาดยาลงหรือไม่ ส่วนกรณีที่มีผู้ป่วยยังคงควบคุมอาการไม่ได้ควรประเมินและแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความถูกต้องของเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น ความร่วมมือในการใช้ยา และการได้รับปัจจัยกระตุ้นให้จับหืดที่บ้านหรือที่ทำงาน เพื่อพิจารณาปรับเพิ่มขนาดยา ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

การจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยกับทีมสุขภาพในทุกกระบวนการ ซึ่งเกิดจากการมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และมีทักษะในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งหากผู้ป่วยประเมินและตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีคุณค่าจะส่งผลให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง<sup>(5-8)</sup> การจัดการตนเองมีประสิทธิภาพที่ดีที่สุด<sup>(9-10)</sup> ซึ่งเกิดจากความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและทีมที่ดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเอง<sup>(11)</sup> ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญ

เพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด<sup>(9)</sup> การที่ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมโรคหืดได้ดีนั้น ต้องมีการจัดการตนเองที่ดี และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดนั้นจะเน้นการเคร่งครัดต่อกระบวนการและแผนการรักษา โดยผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรักษาทางยา การมีส่วนร่วมในการประเมินอาการด้วยตนเอง ด้วยการประเมินอาการและการอ่านค่าความเร็วลมในปอด (Peak flow reading) สามารถใช้ยาพ่นสำหรับป้องกันในระยะยาวและการป้องกันรักษาอาการกำเริบได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ รวมถึงการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง มีการฝึกการหายใจซึ่งจะช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดให้ดีขึ้น การลดความเครียดซึ่งเป็นตัวกระตุ้นอาการกำเริบ และการพักผ่อนให้เพียงพอ<sup>(12)</sup> เป็นต้น ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะทำให้เกิดผลเสียต่างๆ มากมายทั้งการรักษาที่ไม่ได้ผล อาจมีอาการรุนแรงขึ้น การสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) มาพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาให้ควบคุมภาวะโรคหืดของตนเองให้เป็นไปตามแผนการรักษา ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อผลการรักษาผู้ป่วยหอบหืดที่มีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีความสุข

### วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการกินยาและพ่นยาของผู้ป่วยโรคหืด

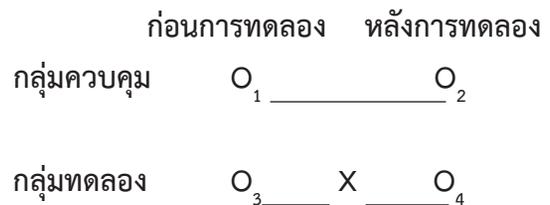
ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการกินยาและพ่นยาของผู้ป่วยโรคหืด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง (Pretest – Posttest control group design) และแบบเปรียบเทียบสองกลุ่มเพื่อศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

### รูปแบบการวิจัย



$O_1, O_2$  คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดกลุ่มควบคุม ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

$O_3$  คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 1 ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด

$O_4$  คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด

X โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ

- ก. เพศ ทั้งเพศหญิงและชาย
- ข. อายุ อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป
- ค. ลักษณะ เป็นประชากรที่รับการรักษา

โรคหืดที่โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา  
ง. จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืด (Asthma) ที่มารับบริการ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาโรคหืด ระหว่าง 1 พฤษภาคม – 30 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน กำหนดขนาดตัวอย่างบนพื้นฐานของอำนาจการวิเคราะห์ (Power analysis) ของ Cohen (1988) โดยกำหนดให้ขนาดอิทธิพลกลุ่ม (Effect size) ขนาดปานกลาง เท่ากับ .50 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดลอง (Power) .80 การทดสอบสมมติฐานแบบข้างเดียว (One – tailed test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 50 คน ป้องกันกลุ่มตัวอย่างที่อาจออกในระหว่างการศึกษามากกว่า 20% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม (Control group) หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติ จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลอง (Experimental group) หมายถึง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคหืดจำนวน 30 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กระบวนการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) และแบบสะดวก (Convenience sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจากรายชื่อผู้ป่วยโรคหืดจากเวชระเบียนประวัติผู้ป่วยรับบริการในคลินิกโรคหืด (Asthma) รพ.อุทัย เพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลรักษาตามปกติ (Routine asthma care) ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจวัดสัญญาณชีพ ชักประวัติ ประเมินอาการ ประเมิน cast score และ asthma score โดยพยาบาล จากนั้น นักกายภาพบำบัดจะประเมินสมรรถภาพปอดด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างเป่า peak flow และแนะนำการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ประจำคลินิกโรคหืด หลังจากพบแพทย์ พยาบาลจะให้การดูแลตามแผนการรักษา ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง ลงทะเบียนและทำบัตรนัดให้ผู้ป่วยพร้อมกับแนะนำให้มาตรวจตามนัด เกสัชกรจัดยาให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษา แนะนำวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องและประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย

กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติและได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดประกอบด้วย การให้คำแนะนำการจัดการพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การรับประทานยา, การพ่นยาและการมาตรวจตามนัด โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรม ดังนี้

1. การประเมินและการวางแผน โดยประเมินความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหืด พฤติกรรม

การกินยาและใช้ยาฟัน พร้อมทั้งประเมินคะแนน การควบคุมโรคหืด และประเมินความร่วมมือในการ กินยาและฟันยา เพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วย โรคหืดก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

2. เตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคเพิ่มเติมและ ฝึกทักษะการจัดการตนเองให้กับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย การสังเกตและบันทึกอาการกำเริบ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ การจัดการตนเองในการ กินยาและใช้ยาฟันสำหรับผู้ป่วยโรคหืด โดยมีการ กำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่ง ผู้วิจัยได้จัดทำแบบบันทึกการปฏิบัติการจัดการ ตนเองให้กลุ่มตัวอย่างนำไปติดตามอาการและ บันทึกกิจกรรมที่บ้าน

3. ฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง เป็น ขั้นตอนที่ผู้ป่วยโรคหืดต้องใช้เทคนิคการจัดการ ตนเองไปปฏิบัติที่บ้าน และผู้วิจัยเป็นผู้ทำหน้าที่ให้ แรงเสริมด้วยการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ เมื่อกลุ่มตัวอย่างพบปัญหาในการรับประทานยา หรือปัญหาในการฟันยา มีการกระตุ้นเตือนทาง โทรศัพท์

4. ได้รับการติดตามและประเมินผลการ ปฏิบัติเมื่อเสร็จสิ้นการส่งเสริมการจัดการตนเอง เดือนที่ 1 ผู้วิจัยได้ติดตามประเมินคะแนนความร่วมมือในการกินยาและฟันยาเพื่อควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่าง และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในเดือนที่ 2 และ 3

5. ประเมินผลความร่วมมือในการใช้ยา และประเมินการควบคุมโรคหืด ในเดือนที่ 3 หลังได้รับโปรแกรม

## ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด

ตัวแปรตาม คือ ความร่วมมือในการ ใช้ยา (ยารับประทาน, ยาฟัน)

## เกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

- ผู้ป่วยโรคหืดผู้ใหญ่ที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป
- สามารถสื่อสารภาษาไทยโดยการพูด และฟังได้
- สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาตลอดทั้ง 3 เดือน
- ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน และชนิดสูดพ่น

## เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

- ประชากรที่ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดการศึกษา เจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนทำให้ไม่สะดวก
- ประชากรที่ไม่สามารถมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุทัยได้ หรือต้องเดินทางไปรับการรักษาในสถานบริการพยาบาลอื่น

ในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม ควบคุมออกระหว่างการศึกษามีจำนวน 5 คน เนื่องจากเปลี่ยนที่อยู่อาศัยช่วงที่มีการระบาดโรค ไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ออกระหว่างการศึกษามีจำนวน 3 คน เนื่องจาก ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม เหลือกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม 25 คนและกลุ่มทดลอง 27 คน

## สถานที่เก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกโรคหืด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง โดยคลินิกโรคหืดจะเปิดให้บริการแก่ผู้ป่วย ทุกวันพุธแรกของเดือน เวลา 8.00 – 12.00 น. จำนวนผู้ป่วยหืดที่รับบริการในแต่ละครั้งประมาณ 25 – 30 คน

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง โดยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ได้ตั้งไว้ ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินและการวางแผน โดยประเมินความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหืด พฤติกรรมการกินยาและใช้ยาพ่น พร้อมทั้งประเมินความร่วมมือในการกินยาและพ่นยาเพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืดก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

2. การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคเพิ่มเติมและฝึกทักษะการจัดการตนเองให้กับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย การสังเกตและบันทึกอาการกำเริบ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ การจัดการตนเองในการกินยาและใช้ยาพ่นสำหรับผู้ป่วยโรคหืด โดยมีการกำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำแบบบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองให้กลุ่มตัวอย่างนำไปติดตามอาการและบันทึกกิจกรรมที่บ้าน

3. การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยโรคหืดต้องใช้เทคนิคการจัดการตนเองไปปฏิบัติที่บ้าน และผู้วิจัยเป็นผู้ทำหน้าที่ให้แรงเสริมด้วยการติดตามเยี่ยมบ้าน และการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์

4. ระยะเวลาติดตามและประเมินผลการปฏิบัติเมื่อเสร็จสิ้นการส่งเสริมการจัดการตนเองเดือนที่ 1 ผู้วิจัยได้ติดตามประเมินคะแนนความร่วมมือในการกินยาและพ่นยาเพื่อควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่าง และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในเดือนที่ 2 และ 3

5. เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการทดลอง กลุ่มควบคุม (Control group) จะได้รับข้อมูลและกิจกรรมเช่นเดียวกับที่กลุ่มทดลองได้รับ เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการศึกษาวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่เป็นโรคหืด โรคประจำตัว การออกกำลังกาย การฝึกบริหารการหายใจ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาพ่น การฝึกพ่นยาด้วยตนเอง ชนิดของยา กินและยาพ่น การพ่นยาผ่านกระบอกพ่นยา และอาการผิดปกติหลังใช้ยาพ่นขยายหลอดลม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับการควบคุมโรคหืด Asthma Control Test: ACT (ฉบับภาษาไทย)

จำนวน 5 ข้อ ของ Nathan และคณะ (2004) แปลเป็นภาษาไทยโดย อติศร วงษา และคณะ (2545) แบบสอบถาม 5 คำถาม เกี่ยวกับอาการหอบหืดที่เกิดขึ้นในเวลากลางวันและกลางคืน ผลกระทบของโรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวนยาขยายหลอดลมที่ใช้ และความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการควบคุมโรค จากการรักษาในระยะ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 (มีอาการมาก = 1, ไม่มีอาการ = 5) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน และแบ่งการประเมินระดับการควบคุมโรคหืดเป็น 3 ระดับ ดังนี้

≤ 20 คะแนน หมายถึง ควบคุมอาการไม่ได้ (Uncontrolled)

21-24 คะแนน หมายถึง ควบคุมอาการได้บางส่วน (Partly controlled)

25 คะแนน หมายถึง ควบคุมอาการได้ (Controlled)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยหืด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 10 คะแนน แบ่งระดับความร่วมมือเป็น 2 ระดับคือ

< 8 คะแนน หมายถึง ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาโรคหืด

8 – 10 คะแนน หมายถึง ร่วมมือในการรับประทานยาโรคหืด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความร่วมมือในการพ่นยาของผู้ป่วยหืด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 12 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 12 คะแนน แบ่งระดับความร่วมมือเป็น 2 ระดับคือ

< 10 คะแนน หมายถึง ไม่ร่วมมือในการพ่นยาโรคหืด

10-12 คะแนน หมายถึง ร่วมมือในการพ่นยาโรคหืด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) โดยแบ่งผู้ป่วยโรคหืดเป็นรายกลุ่ม จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ระหว่างการศึกษา มีกลุ่มตัวอย่างออกระหว่างการศึกษานี้เนื่องจากสถานการณ์ระบาด โรคโควิด-19 ทำให้ไม่สะดวกในการเข้ารับบริการและติดตามผล โดยกลุ่มควบคุมออกระหว่างการศึกษาราย 5 ราย และกลุ่มทดลองออกระหว่างการศึกษาราย 3 ราย เหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 27 ราย

โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) มาพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ 1. การประเมินและการวางแผน 2. การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง 3. การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง และ 4. ระยะติดตามและประเมินผลการจัดการตนเอง

ส่วนที่ 2 คู่มือเอกสารประจำตัวการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดและแบบบันทึกติดตามการจัดการตนเองด้านการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหืด 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและโครงสร้าง รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ผู้วิจัยปรับแก้ไขความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาจากนั้น คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถาม ได้เท่ากับ 0.94

**การตรวจดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามกับวัตถุประสงค์** (The Index of Item Objective Congruence: IOC) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามตรวจดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามกับวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

แบบประเมินระดับการควบคุมโรคหืด Asthma Control Test: ACT (ฉบับภาษาไทย) จำนวน 5 ข้อ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.92

แบบประเมินความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยหืด จำนวน 10 ข้อ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.96

แบบประเมินความร่วมมือในการพ่นยาของผู้ป่วยหืด จำนวน 12 ข้อ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.95

วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินความร่วมมือในการกินยาและพ่นยาเพื่อควบคุมโรคหืดโดยใช้สูตร Kuder Richardson (KR-20)

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยา กิน และพ่นยา เพื่อควบคุมโรคหืด ก่อนการทดลองและหลังเสร็จสิ้นการทดลองเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3

## การวัดผลการศึกษา

1. เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยของความสม่ำเสมอในการใช้ยาเพื่อควบคุมโรคหืด ก่อนและหลังการทดลอง เมื่อเสร็จสิ้นเดือนที่ 3

2. เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยของความสม่ำเสมอในการใช้ยาเพื่อควบคุมโรคหืด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติ เมื่อเสร็จสิ้นเดือนที่ 3

## การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เลขที่ 3/2563 ลงวันที่ 9 กรกฎาคม 2563

## ผลการศึกษา

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหอบหืด (n=52)

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	34.60
หญิง	34	65.40
สถานภาพ		
โสด	12	23.10
คู่/ สมรส	38	73.10
หม้าย/หย่า/แยก	2	3.80
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	1	1.90
ประถมศึกษา	15	28.80
มัธยมต้น	13	25.00
มัธยมปลาย/ปวช.	13	25.00
ปวส./อนุปริญญา	10	19.20
สิทธิการรักษา		
ชำระเงินเอง	1	1.90
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	41	78.80
ประกันสังคม	3	5.80
เบิกได้	7	13.50
โรคประจำตัว (นอกจากหอบหืด)		
ไม่มีโรคประจำตัวอื่น	21	40.40
มีโรคอื่นร่วมด้วย	31	59.60
สิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบ		
ฝุ่นควัน	33	63.50
บุหรี	3	5.80
ฝุ่นควันและบุหรี	13	25.00
เกสรดอกไม้	3	5.80
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	20	38.50
ออกกำลังกาย	32	61.50
การฝึกหายใจ		
ไม่เคยฝึก/ฝึก $\leq 2$ ครั้ง/เดือน	2	3.80
ฝึกมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน	50	96.20

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหอบหืด (n=52) (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ได้รับความรู้เกี่ยวกับยาพ่น		
ไม่เคยได้รับ	0	0
เคยได้รับแต่ไม่มั่นใจว่าทำได้ถูกต้อง	39	75.00
เคยได้รับและมั่นใจว่าทำได้ถูกต้อง	13	25.00
ประสบการณ์ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง		
ไม่เคยได้รับ	1	1.92
เคยได้รับแต่ไม่มั่นใจว่าทำได้ถูกต้อง	32	61.54
เคยได้รับและมั่นใจว่าทำได้ถูกต้อง	19	36.54
การรักษาด้วยยาพ่น		
ยาพ่น Beradual		
ได้รับ	16	30.80
ไม่ได้รับ	36	69.20
ยาพ่น Ventolin		
ได้รับ	34	65.40
ไม่ได้รับ	18	34.60
ยาพ่น Budesonide		
ได้รับ	32	61.50
ไม่ได้รับ	20	38.50
การรักษาด้วยยารับประทาน		
Theophylline		
ได้รับ	19	36.50
ไม่ได้รับ	33	63.50
Cetirizine		
ได้รับ	16	30.80
ไม่ได้รับ	36	69.20
ยาแก้ไอละลายลายเสมหะ		
ได้รับ	29	55.80
ไม่ได้รับ	23	44.20
ประสบการณ์พ่นยาผ่านกระบอกยา		
ไม่เคยพ่นยาผ่านกระบอกยา	10	19.20
พ่นยาผ่านกระบอกยาของบริษัท	3	5.80
พ่นยาโดยใช้ผลิตภัณฑ์ของ รพ.	39	75.00

**ตาราง 2** เปรียบเทียบระดับการควบคุมโรคหอบหืด ก่อน-หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม (n=25) และกลุ่มทดลอง (n=27) ด้วยสถิติทดสอบไคกำลังสอง

	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	$X^2$	p-value
กลุ่มควบคุม (n=25)			4.677	.096
ควบคุมไม่ได้	17	23	(Fisher's exact)	
ควบคุมได้บางส่วน	7	2		
ควบคุมได้	1	0		
กลุ่มทดลอง (n=27)			23.710	.000*
ควบคุมไม่ได้	17	1	(Fisher's exact)	
ควบคุมได้บางส่วน	8	26		
ควบคุมได้	0	0		

\*p < 0.05

จากตารางเปรียบเทียบระดับการควบคุมโรคหอบหืด ก่อน-หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม (n=25) และกลุ่มทดลอง (n=27) พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการควบคุมโรคหอบหืดก่อนการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $X^2 = 23.710, p < 0.001$ ) และหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ( $X^2 = 4.677, p = .096$ )

**ตาราง 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการควบคุมโรคหอบหืด คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา และคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการพ่นยา กลุ่มควบคุม (n=25) ระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test)

คะแนนเฉลี่ย	กลุ่มควบคุม (n=25)		t-test	p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
การควบคุมโรค (5-25 คะแนน)	19.36	19.76	-1.044	.307
ความร่วมมือในการรับประทานยา (0-10 คะแนน)	8.20	.64	1.713	.100
ความร่วมมือในการพ่นยา (0-12 คะแนน)	6.64	8.64	-5.695	.000*

\*p < 0.05

จากตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการควบคุมโรคหอบหืดในกลุ่มควบคุมจำนวน 25 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการควบคุมโรคหืดและความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการ

ทดลองไม่แตกต่างกัน ( $t = -1.044, p = .307$ ) และ ( $t = 1.713, p = .100$ ) ตามลำดับและเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการพ่นยา พบว่า หลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -5.695, p < 0.001$ )

**ตาราง 4** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการควบคุมโรคหอบหืด คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา และคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการพ่นยา กลุ่มทดลอง ( $n=27$ ) ระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test)

คะแนนเฉลี่ย	กลุ่มทดลอง ( $n=27$ )		t-test	p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
การควบคุมโรค (5-25 คะแนน)	18.15	21.44	-8.193	.000*
ความร่วมมือในการรับประทานยา (0-10 คะแนน)	7.33	7.26	.159	.437
ความร่วมมือในการพ่นยา (0-12 คะแนน)	6.37	10.22	-8.134	.000*

\* $p < 0.05$

จากตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการควบคุมโรคหอบหืดในกลุ่มทดลองจำนวน 27 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการควบคุมโรคหืดและความร่วมมือในการพ่นยาก่อนและหลังการทดลอง

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -8.193, p = .000$ ) และ ( $t = -8.134, p < 0.001$ ) ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา ระหว่างก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน ( $t = .159, p = .437$ )

**ตาราง 5** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองในด้านการควบคุมโรคหอบหืด ความร่วมมือในการรับประทานยา และความร่วมมือในการพ่นยา ระหว่างกลุ่มควบคุม (n=25) และกลุ่มทดลอง (n=27) ด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test)

คะแนนเฉลี่ย	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	t-test	p-value
การควบคุมโรคหอบหืด (5-25 คะแนน)	19.76	21.44	3.909	.000*
ความร่วมมือในการ รับประทานยา (0 – 10 คะแนน)	7.64	7.26	1.214	.116
ความร่วมมือในการพ่นยา (0-12 คะแนน)	8.64	10.22	4.247	.000*

\*p< 0.05

จากตาราง เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองในด้านการควบคุมโรคหอบหืด ความร่วมมือในการรับประทานยา และความร่วมมือในการพ่นยา ระหว่างกลุ่มควบคุม (n=25) และกลุ่มทดลอง (n=27) ด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการควบคุมโรคหอบหืดและความร่วมมือในการพ่นยาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 3.909$ ,  $p < 0.001$ ) และ ( $t = 4.247$ ,  $p < 0.001$ ) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน ( $t = 1.214$ ,  $p = .116$ )

### วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหืดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนเฉลี่ยความ

ร่วมมือในการรับประทานยาระหว่างกลุ่มที่ได้รับ การดูแลรักษาตามปกติและกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเอง ไม่แตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยา ที่พบมากสุดในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มคือ จะหยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้น (ร้อยละ 40) และลืมรับประทานยาในบางมื้อ (ร้อยละ 42.50) โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 60.20) จะลืมนำยารับประทานติดตัวไปด้วยเมื่อเดินทาง โดยพบปัญหาดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ สินีนาฏ เนาวิสุวรรณ<sup>(13)</sup> ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา ที่พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองกับความ สม่่าเสมอในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านอายุ และผู้ดูแลที่เป็นบุคคลใน ครอบครัว โดยเสนอแนะให้บุคลากรทีมสุขภาพให้ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชนิดต่างๆ กับสมาชิกใน ครอบครัวนอกเหนือจากที่ให้แต่เพียงผู้ป่วยโดย

เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ โดยการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดจะได้ผลดี หากได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษาของสุณี เลิศสินอุดมและเกศริน ชูปัญญาเลิศ<sup>(14)</sup> ที่ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดโรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่า การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในคลินิกโรคหืดจะส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกโดยเฉพาะการควบคุมอาการหืดได้ผลดีขึ้นและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยเฉพาะแพทย์ผู้ทำการรักษาหากให้ความสำคัญกับการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยโรคหืดจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดสูงขึ้น ข้อจำกัดของการศึกษานี้เรื่องยาเกินที่ผู้ป่วยได้รับเกินครึ่งเป็นยาละลายเสมหะซึ่งเป็นยาตามอาการ อาจมีผลให้ผู้ป่วยหยุดยาเอง เมื่ออาการดีขึ้น

จากผลการศึกษาพบว่า คณะนอแกนเยื่อความร่วมมือในการพ่นยาของผู้ป่วยโรคหืด หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคณะนอแกนเยื่อความร่วมมือในการพ่นยาของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน หาญครุฑ<sup>(15)</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตนต่อระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยส่งเสริมพฤติกรรมด้านการฝึกการหายใจ แสดงการใช้ยาพ่นที่ถูกวิธีและตัวแบบจริง สาธิตการใช้ยาพ่นที่ถูกวิธีร่วมกับการฝึกการหายใจ โดยมีการติดตามผู้ป่วยโรคหืดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของ

วียดา สุวรรณชาติ<sup>(16)</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ พบว่า การส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการพ่นยาขยายหลอดลมอย่างมีประสิทธิภาพ ความร่วมมือในการพ่นยาของผู้ป่วยโรคหืด ร่วมกับการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้หอบ เทคนิคการหายใจ และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพอด ทำให้การควบคุมอาการของผู้ป่วยโรคหืดดีขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนอกจากจะให้การรักษาตามมาตรฐานกับผู้ป่วยโรคหืดแล้วยังสอดแทรก การให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย มีการติดตามผลการจัดการดูแลตนเองหลังจากที่ผู้ป่วยกลับไปบ้าน ทุก 1 เดือน ทั้งการเยี่ยมบ้าน และทางโทรศัพท์ และเปิดโอกาสให้ซักถามเมื่อมีปัญหาสุขภาพเป็นการให้แรงเสริมที่สำคัญเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยหืดได้รับคำแนะนำในการจัดการ ปัญหาที่พบในการใช้ยาจากแพทย์ที่ดูแลโดยตรง ซึ่งให้คำปรึกษาและติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการพ่นยาของผู้ป่วยโรคหืดดีขึ้น ระดับการควบคุมโรคหืดสูงขึ้น ซึ่งนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องและทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้

### ข้อเสนอแนะสำหรับการดูแลรักษา

1. นำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้กับผู้ป่วยโรคหืดและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยปรับรูปแบบการติดตามประเมินผู้ป่วย รวมถึงการให้คำปรึกษาเน้นการประเมินอาการตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากผู้ป่วยโรคหืดแต่ละราย

มีความแตกต่างกัน การค้นหาปัจจัยที่ทำให้อาการ  
หืดกำเริบจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ดี

2. แพทย์ผู้ดูแลรักษาควรให้เวลาในการ  
พูดคุย ซักถามและสร้างสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งจะทำให้  
ผู้ป่วยกล้าแสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลการกิน  
ยาและการพ่นยาอย่างตรงไปตรงมา ส่งผลให้เกิด  
ความร่วมมือในการรักษา

### ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือใน  
การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหืด  
ในชุมชน

2. ศึกษาความร่วมมือในการรับประทาน  
ยาและความร่วมมือในการพ่นยาของผู้ป่วยโรคหืด  
ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดต่อผ่านการดูแล  
รักษาแบบทางไกล (Telemedicine หรือ  
VDO call)

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. Boonsawat W, Charoenphan P, Kiatboonsri S, Wongtim S, Viriyachaiyo V, Pothirat C, et al. Survey of asthma control in Thailand. *Respirology* 2004; 9(3):373-8.
3. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ใหญ่ พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต] 2562. [เข้าถึงเมื่อ 20 มิ.ย.2564]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.tac.or.th/download/>
4. Reddel HK, Fitz Gerald JM, Bateman ED, Bacharier LB, Becker A, Brusselle G, et al. GINA 2019: a fundamental change in asthma management. *Eur Respir J* 2019 53:1901046. DOI: 10.1183/13993003.01046-2019.
5. Kanfer FH. Helping people change. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Pergamon; 1980.
6. Tobin DL, Reynolds RVC, Holroyd KA, Creer T L. Self-management and social learning theory. In Holroyd KA, Creer TL, editors. *Self-management of chronic disease: handbook of clinical intervention and research*. London: Academic Press; 1986. p.29-55.
7. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003;26(1):1-7.
8. Edworthy SM. How important is patient self-management? *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol* 2000;14(4):705-14.

9. Hill-Briggs F, Gary TL, Yeh HC, Batts-Turner M, Powe NR, Daudek CD, et al. Association of social problem solving with glycemic control in a sample of urban African Americans with type 2 diabetes. *J Behav Med* 2006;29(1):69-78.
10. Mensing C, Boucher J, Cypress M, Weinger K, Mulcahy K, Barta P, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 2005;28 (Suppl 1):S72-9.
11. National Asthma Education and Prevention Program. Expert panel report: guidelines for the diagnosis and management of asthma. [Internet] 2002. [cited 2021 Jun 20]. Available from: [https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/asthmafullrpt\\_archive.pdf](https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/asthmafullrpt_archive.pdf)
12. อรณูช เรื่องขจร, วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล. ประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลระนอง จังหวัดสงขลา. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2554;34(3):11-21.
13. สีนินาฏ เนาว์สุวรรณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืด. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา* 2560;18(1):29-38.
14. สุณี เลิศสินอุดม, เกศริน ชูปัญญาเลิศ. ผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน* 2559;11(ฉบับพิเศษ): 234-44.
15. แสงเดือน หาญครุฑ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตนต่อระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยหอบหืด. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ* 2553;4(2):72-81.
16. วิยดา สุวรรณชาติ, นรลักษณ์ เอื้อกิจ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่. *วารสารเกื้อการุณย์* 2559;23(1):60-72.