บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้

Effects of Supportive Education Programon Self - Care Behaviors Among Uncontrolled Asthma Patients

ลำพรรณ แสนบิ้ง (LampanSanbing)*
สุภาพร แนวบุตร (SupapornNaewbood)**
ประทุมา ฤทธิ์โพธิ์ (PratumaRithpho)***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมอาการไม่ได้โรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของโอเร็มประกอบด้วยการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และการปรับพฤติกรรมในการสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นเวลา 12 สัปดาห์ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.80 และทดสอบสถิติโดยใช้ paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้ สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดต่อไปได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมอาการไม่ได้

Abstract

This pretest-posttest quasi experimental research waspurposed to the effects of supportive education program on self - care behaviors among uncontrolled asthma patients. Sixty subjects were purposively selected which were discontrolled asthma patients who received treatment at Phichai hospital. The sample wasdivided into experimental and control group each group composed of 30 patients. The experimental group received the supportive education program, nursing care consisted of teaching, guiding, supporting and providing a suitable environmentfor 12 weeks while the control group received the conventional nursing care. The tools was used in thiscomposed of supportive education program, demographic data record form andtheself-care behavior questionnaire which The reliability of Thequestionnaire was 0.8 using Cronbach's alpha coefficient. The data were analyzed by using percentile, mean, standard deviation, Paired t-test and Independent t-test.

The finding showed thatbehavioral self-care average scoresof theexperimental group after participating in the supportive education program were significantly higher than before participating in supportive education program ($p < .05$). The behavioralself-care average score of theexperimental group after participating inthe programwere significantly higher than that of control group ($p < .05$).

This study indicated that supportive education program on self-care behaviors among uncontrolled asthma patients was useful to improvingself-care behaviors and could be implemented to take care of asthma patients.

Keywords*:* Supportive Education Program, Self-Care behaviors, Uncontrolled Asthma Patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืดมีอุบัติการณ์สูงถึง 334 ล้านคนทั่วโลก (Global Asthma Report, 2014) เป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยค่อนข้างสูง ผู้ป่วยจะมีหลอดลมตีบ ทำให้สมรรถภาพปอดลดลง เหนื่อยง่ายทำกิจกรรมได้น้อยกว่าคนปกติ เมื่อมีอาการกำเริบของโรคหืด ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน บางครั้งอาการหอบกำเริบรุนแรงก็ต้องเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาล หรือแม้กระทั่งเสียชีวิตได้ ซึ่งผลกระทบนอกจากจะส่งผลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรงแล้วยัง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย และประเทศชาติร่วมด้วย (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2556, หน้า 1) จากผลกระทบดังกล่าวทำให้องค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับ National Heart Lung and blood Institute (NHLBI) ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ร่วมมือกันทำโครงการ Global Initive for Asthma (GINA) ขึ้นในปี ค.ศ.1989 เพื่อรณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงปัญหาผลกระทบของโรคหืด (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2556, หน้า 1)

ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหืดมากถึง 3 ล้านราย (สำนักโครงการสนับสนุนนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล , 2554 หน้า 19) ค่าใช้จ่ายสำหรับการนอนโรงพยาบาลสูงถึงประมาณครั้งละ 5,809-6,587 บาท รัฐบาลประมาณการว่าต้องใช้จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืดรุนแรงเฉียบพลันไม่ต่ำกว่า 600,000,000 บาทต่อปี (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2556, หน้า 2-3) จากรายงานอัตราการใช้บริการผู้ป่วยโรคหืดในเขตสุขภาพที่ 2 ปี 2559 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหืดทั้งหมด 16,029 ราย สำหรับจังหวัดอุตรดิตถ์พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 3,035 ราย ซึ่งมีอัตราการใช้บริการ ต่อ100,000ประชากรสูงถึง 2.24 ซึ่งมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 2 (เขตสุขภาพที่ 2, 2559)

สำหรับผู้ป่วยโรคหืดของโรงพยาบาลพิชัยใน 3ปีย้อนหลัง ในปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2558 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยในแต่ละปีเพิ่มขึ้นจาก 198 รายเป็น 207 ราย และ 209 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ 157 ราย, 160 รายและ 154 รายส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25 ถึง 59 ปี ซึ่งส่งผลทำให้โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากเพิ่มขึ้นทุกปี ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล 316,176 บาท เป็น 395,220 บาทและ 441,329 บาทจะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหืดมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทุกปี (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลพิชัย, 2558)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหืดและอาการกำเริบของโรคมีทั้งปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ซึ่งปัจจัยภายในจากตัวผู้ป่วยเองคือ กรรมพันธุ์ ที่เกิดจากความผิดปกติของพันธุกรรมที่ควบคุมอาการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน และภาวะผิดปกติภูมิแพ้เรื้อรังอื่นๆ ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมได้แก่ สารก่อภูมิแพ้ หรือสิ่งกระตุ้น ภายในและภายนอกบ้าน จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น หรือมีอาการกำเริบใหม่ แม้จะทุเลาลงแล้ว หรือควบคุมให้สงบลงได้ เช่น ฝุ่นบ้าน ไรฝุ่น ขนสัตว์จากสัตว์เลี้ยงในบ้าน เกสรดอกไม้ วัชพืช มลภาวะในอากาศ สารระคายเคืองเช่น ควันบุรี่ สเปรย์ ละอองยาฆ่าแมลง (สำนักโครงการสนับสนุนนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2554, หน้า 21) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะ โรคหืดกำเริบเฉียบพลันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด (วิริสสร วงศ์ศรีชนาลัย และอดิศร วงษา, 2556, หน้า 159)

นอกจากนี้ยังพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่มากขึ้นจะทำให้คุณภาพชีวิตลดลง โดยเฉพาะในมิติของการทำงานของร่างกาย ภาวะสุขภาพทั่วไป และภาวะสุขภาพจิต ผู้ป่วยที่มีอาการหอบรุนแรง จะมีปัญหาในการประกอบกิจกรรมทางร่างกายในชีวิตประจำวัน และยังพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และหดหู่ตลอดเวลา (ปรียานุช ศิริมัย, จุฬาภรณ์ ลิ้มวัฒนานนท์ และวัชรา บุญสวัสดิ์, 2550, หน้า 81) สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถปรับปรุงดูแลรักษาให้ผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ซึ่งทีมสุขภาพ สหวิชาชีพ มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหืด

ให้เกิดการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีระดับความรุนแรงของโรคน้อยที่สุดตั้งแต่การใช้ยาป้องกันอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่อาจกระตุ้นให้เกิดโรคหืด (สมพร มีมะโน , 2553, หน้า 371) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาและการรับรู้การควบคุมโรคของผู้สูงอายุโรคหืด พบว่าการสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหืด (สารภี พุฒเคง, 2554)

ดังแนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 1991อ้างใน สมจิตร หนุเจริญกุล, 2540) ซึ่งเป็นแนวคิดของการ สนับสนุน และให้ความรู้ ในระบบนี้ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและการกระทำการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับการสอนแนะนำและสนับสนุนจากพยาบาลในส่วนที่บุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ โดยมีวิธีกระทำ ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

ผู้วิจัย สนใจศึกษาโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาล ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 1991อ้างใน สมจิตร หนุ-เจริญกุล, 2540) คือ 1. การสอนโดยการใช้คู่มือในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคทั้ง 6 ด้าน 1) ด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการหลีกเลี่ยงและกำจัดสิ่งกระตุ้น 4) ด้านการใช้ยาและติดตามการรักษา 5) ด้านภาวะอารมณ์และจิตใจ 6) ด้านการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะหืดกำเริบ (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2555, หน้า 68) 2. การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยการสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ เจตคติในการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับโรคหืด โดยการสังเกต ให้คำแนะนำ และ ติดตามเยี่ยมบ้าน 3. การสนับสนุนโดยการ แจกแผ่นพับการดูแลตนเองโรคหืด โปสเตอร์โรคหืด การแนะนำช่องทางฉุกเฉินเมื่อมีภาวะโรคหืดกำเริบ 4. การชี้แนะ โดยการให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยการโทรศัพท์ติดตามและส่งข้อความเกี่ยวกับข้อมูลความรู้และข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถควบคุมระดับของโรคหืดได้ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขตามสภาพความเป็นอยู่และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลองก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้

สมมุติฐานของการวิจัย

1. หลังการทดลองผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

2. หลังการทดลองผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้

ประชากร คือผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด ที่มารับการบริการที่คลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลพิชัย อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ที่มีอาการหอบ ทั้งกลางวันและกลางคืนไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระดับที่ควบคุมอาการหืดไม่ได้ (Uncontrolled) ตั้งแต่เดือน มกราคม-พฤษภาคม ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 154 ราย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ได้มาจากประชากรข้างต้น กำหนดเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโรคหืดที่มีอายุระหว่าง 25 ถึง 59 ปี 2) สามารถ อ่าน ฟัง และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 3) มีระดับการควบคุมโรคหืดอยู่ในระดับที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled) 4) ไม่เป็นโรคปอดแฟบ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน 5)มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ และการตอบ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งได้จากการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม โดยการคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับ a = .05 และ Power (1-β) = .80 จากการเปิดตารางโพสิส (Polit&Hungler, 1987 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตนรางกูร, 2553, หน้า 563) ได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน โดยผู้วิจัยทำการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คนเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย คำถามข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การรักษาที่ได้รับ และสิ่งแวดล้อม เป็นคำถามมีตัวเลือกให้ตอบ และให้เติมคำตอบ

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการหลีกเลี่ยงและกำจัดสิ่งกระตุ้น 4) ด้านการใช้ยาและติดตามการรักษา 5) ด้านภาวะอารมณ์และจิตใจ 6) ด้านการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะหืดกำเริบ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบ Likertข้อคำถาม 5 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติน้อยที่สุด แบบสอบถามหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1 และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Cronbrach's Alpha-coeffcient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.80

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้ ตามทฤษฎีการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 1991 อ้างอิงในสมจิต หนุเจริญกุล, 2540, หน้า 41-47) ซึ่งประกอบด้วย 1)การสอนโดยใช้คู่มือสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคหืด ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารการหายใจ และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพปอด โดยวิธีการให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ และ สาธิตย้อนกลับ 2) การจัดสิ่งแวดล้อมโดยการติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคล โดยการสังเกต ให้คำแนะนำ และชี้แนะให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเจตคติ ในการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับโรคหืด 3) การสนับสนุนโดยการ แจกแผ่นพับการดูแลตนเองโรคหืด โปสเตอร์โรคหืด การแนะนำช่องทางฉุกเฉินเมื่อมีภาวะโรคหืดกำเริบ และ 4) การชี้แนะโดยการให้คำปรึกษาแบบสั้น (BATH -technique) โดยการโทรศัพท์ติดตาม และส่งข้อความเกี่ยวกับข้อมูลความรู้ และข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง โดยผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคหืดโรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมรวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ตามที่ได้กำหนดไว้ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ จากนั้นกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมโดยการเข้ารับการสอนให้ความรู้เรื่องโรคหืด การปฏิบัติตัว การบริหารร่างกาย การฝึกการหายใจ และได้รับคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืด กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติที่คลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลพิชัย

สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมโดยการติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคล โดยการสังเกต ให้คำแนะนำ และชี้แนะให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเจตคติ ในการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับโรคหืดและ มีการสนับสนุนโปสเตอร์โรคหืดคู่มือการเรียกรถฉุกเฉิน และแนะนำช่องทางฉุกเฉินเมื่อมีภาวะหืดกำเริบ

สัปดาห์ที่ 4,6,10 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้โดยการชี้แนะโดยได้การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ติดตามและการส่งข้อความเกี่ยวกับข้อมูลความรู้และข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับโรคหืดโดยมีการติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งที่ 2 พร้อมกับให้คำชี้แนะแก่กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผล โดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด จากนั้นกล่าวสรุปการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง และหลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้ไปแนะนำให้กับกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ต่อไปหลังจากสิ้นสุดการวิจัยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติดังนี้ ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยสถิติ Paired t-test และ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบทีอิสระ Independent t- test

การพิทักษ์สิทธ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเสนอโครงการเพื่อขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งได้รับการพิจารณาและรับรองเลขที่ COA No. 183/2016 และ IRB No. 181/59 จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนการวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.70 และ เพศชายร้อยละ 13.30 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีอายุอยู่ในช่วง 55-59 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย 51.13 ปี ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 5-6 ปี (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 83.30 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 70) ส่วนใหญ่ในช่วง 4 สัปดาห์ จะมีอาการหอบ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 60.10 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 63.30) ในช่วงระยะเวลา 1 ปีส่วนใหญ่ไม่ได้นอนโรงพยาบาล (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 63.30 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 66.70) และสมรรถภาพปอดทั้งสองกลุ่มอยู่ในช่วง 61- 79 % คิดเป็นร้อยละ 83.30

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง รายด้าน และโดยรวมของผู้ป่วยโรคหืดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n = 30)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	$\overline{X}$	S.D.	t-test	p- value
ด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค				
ก่อนการทดลอง	2.58	0.39	-11.41	.000
หลังการทดลอง	4.61	0.25		
ด้านการออกกำลังกาย				
ก่อนการทดลอง	2.05	0.42	-14.56	.000
หลังการทดลอง	4.38	0.30		
ด้านการหลีกเลี่ยงและกำจัดสิ่งกระตุ้น				
ก่อนการทดลอง	2.72	0.50	-13.68	.000
หลังการทดลอง	4.45	0.31		
ด้านการใช้ยาและติดตามการรักษา				
ก่อนการทดลอง	3.56	0.53	-4.58	.001
หลังการทดลอง 4.48	0.13			
ด้านภาวะอารมณ์และจิตใจ				
ก่อนการทดลอง	3.64	0.31	-3.37	.002
หลังการทดลอง	4.62	0.22		
ด้านการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะหืดกำเริบ				
ก่อนการทดลอง	2.52	0.61	-6.95	.000
หลังการทดลอง	4.57	0.22		
โดยรวม				
ก่อนการทดลอง	2.84	0.77	-14.46	.000
หลังการทดลอง	4.56	0.43		

มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

จากตาราง 1 เมื่อพิจารณารายด้าน 1) ด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการหลีกเลี่ยงและกำจัดสิ่งกระตุ้น 4) ด้านการใช้ยาและติดตามการรักษา 5) ด้านภาวะอารมณ์และจิตใจ และ 6) ด้านการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะหืดกำเริบ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองรายด้าน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และโดยรวมก่อนทดลอง เท่ากับ 2.84 ($\overline{X}$ = 2.84, S.D. = 0.77) หลังการทดลองเท่ากับ 4.56 ($\overline{X}$ = 4.56, S.D. = 0.43) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างกัน พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยโรคหืดหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม (n = 30)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	$\overline{X}$	S.D.	t-test	p- value
ด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค				
กลุ่มทดลอง	4.61	0.25	10.61	.000
กลุ่มควบคุม	2.74	0.53		
ด้านการออกกำลังกาย				
กลุ่มทดลอง	4.38	0.30	9.01	.000
กลุ่มควบคุม	1.94	0.67		
ด้านการหลีกเลี่ยงและกำจัดสิ่งกระตุ้น				
กลุ่มทดลอง	4.45	0.31	6.59	.000
กลุ่มควบคุม	2.70	0.49		
ด้านการใช้ยาและติดตามการรักษา				
กลุ่มทดลอง	4.48	0.13	4.54	.001
กลุ่มควบคุม	3.69	0.52		
ด้านภาวะอารมณ์และจิตใจ				
กลุ่มทดลอง	4.62	0.22	2.47	.033
กลุ่มควบคุม	3.64	0.47		
ด้านการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะหืดกำเริบ				
กลุ่มทดลอง	4.57	0.22	7.85	.000
กลุ่มควบคุม	2.31	0.76		
โดยรวม				
กลุ่มทดลอง	4.56	0.43	5.91	.000
กลุ่มควบคุม	2.84	0.21		

มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

จากตาราง 2 เมื่อพิจารณารายด้าน 1) ด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการหลีกเลี่ยงและกำจัดสิ่งกระตุ้น 4) ด้านการใช้ยาและติดตามการ 5) ด้านภาวะอารมณ์และจิตใจ และ 6) ด้านการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะหืดกำเริบ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองรายด้าน หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และโดยรวม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เท่ากับ 4.56 ($\overline{X}$ = 4.56, S.D. = 0.43) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 2.84 ($\overline{X}$ = 2.84 , S.D. = 0.21) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างกัน พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

สมมุติฐานที่ 1 หลังการทดลองผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ 1

อธิบายได้ว่า การประยุกต์ใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดแนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาล ของโดโรธี โอเร็ม (Orem, 1991)ซึ่งเป็นแนวคิดของการ สนับสนุน และให้ความรู้ในระบบนี้ ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและการกระทำการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับการสอนแนะนำและสนับสนุนจากพยาบาลในส่วนที่บุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยมีวิธีกระทำ ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย การสอน การสนับสนุน การชี้แนะ และการสร้างสิ่งแวดล้อมส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Orem, 1991 อ้างอิงใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2540) ซึ่งผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมดังนี้ 1) การสอนเป็นรายกลุ่ม โดยการบรรยาย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสาธิตย้อนกลับ ตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นในเรื่องของการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการหลีกเลี่ยงและกำจัดสิ่งกระตุ้น 4) ด้านการใช้ยาและติดตามการรักษา 5) ด้านภาวะอารมณ์และจิตใจ และ 6) ด้านการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะหืดกำเริบ ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น คาดว่ามาจากการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่อย่างชัดเจน และการมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ รวมถึงเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองสอดคล้องกับงานวิจัย ของนันนภัส พีระพฤฒิพงศ์ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองต่อความรู้กิจกรรมการดูแลตนเองและค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ซึ่งใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ที่ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานเป็นรายกลุ่ม ฝึกทักษะการปรับความคิด การสื่อสาร การแก้ปัญหาและกิจกรรมการดูแล ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความรู้และกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวานหลังเข้าโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.0002) การสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับโรค พร้อมกับการสนับสนุนในด้านของโพสเตอร์ แผ่นพับ และแนะนำช่องทางฉุกเฉินเมื่อมีภาวะโรคหืดกำเริบ โดยการติดตามการเยี่ยมบ้าน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับญาติของผู้ป่วย ผู้วิจัย โดยมีการซักถาม พูดคุย การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อช่วยเหลือการเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพให้เหมาะสม ซึ่ง โอเร็มเชื่อว่าการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สอนกับผู้รับบริการจะส่งเสริม และ เอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ได้เร็วขึ้น และให้ความร่วมมือในการนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (สมจิต หนุเจริญกุล, 2540) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Altay and Cavusoglu(2013) ศึกษาผลของการใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นวัยรุ่น มีการให้ความรู้และติดตามการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 8 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีทักษะในการใช้ยา ทักษะในการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยตนเอง (Peak expiratory flow meter) มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองและหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะกระตุ้นให้อาการโรคหืดกำเริบสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05และ 3) การชี้แนะ โดยการให้คำปรึกษาโดยการใช้โทรศัพท์ติดตาม และส่งข้อความเกี่ยวกับความรู้และข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของรังสิมา รัตนศิลา (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีซึ่งประยุกต์ทฤษฎี

ระบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ประกอบด้วย กิจกรรม การวางแผนการดูแลรายบุคคลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้จัดการรายกรณี ให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล การให้ความรู้และคำแนะนำ การเยี่ยมบ้าน การติดตามและกระตุ้นทางโทรศัพท์ และกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สมมุติฐานที่ 2 หลังการทดลองผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการทดลอง

จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งอธิบายได้ว่าการประยุกต์ใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของโดโรธีโอเร็ม (Orem, 1991อ้างอิงใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2540) ซึ่งประกอบด้วย การสอน การสนับสนุน การชี้แนะ และการสร้างสิ่งแวดล้อมส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมสอดคล้องกับงานวิจัยของ กาญจนานิมตรง(2555)ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 รวมถึงงานวิจัยของอมรรัตน์ สมมิตร (2554)ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งแสดงว่าการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีประสิทธิภาพดีในการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ทำให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การสอน การสนับสนุน การชี้แนะ และการสร้างสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหืดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้นจึงควรจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดกลุ่มนี้ให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้

2. จากการศึกษาโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมไม่ได้พบว่าผู้ป่วยโรคหืดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้นจึงเป็นแนวทางในการนำโปรแกรมไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในพื้นที่อื่นๆ โดยการนำเสนอผลการวิจัยให้กับบุคคลากรทางด้านสุขภาพทราบโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมสามารถควบคุมอาการของโรคได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษา การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคอย่างต่อเนื่อง

2. พัฒนารูปแบบ การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคหืดในระบบเครือข่าย ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน อำเภอ และ ระดับจังหวัด เพื่อให้สังคมได้ตระหนักถึงอันตรายจากโรคหืด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ และ กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา นิมตรง. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ,* 6(2), 99-109.

เขตสุขภาพที่ 2. (2559). *อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในโรคหืด สิทธิ UC.*สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2559,จาก http://r2dc.rh2.go.th/r2dc/web/qof/changwat?kpi_id=qof_0005&rep_year=2016.

งานเวชระเบียนโรงพยาบาลพิชัย.(2558). *สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลประจำปี.*อุตรดิตถ์: โรงพยาบาลพิชัย.

นันนภัส พีระพฤฒิพงค์. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการการดูแลตนเองต่อความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง และค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสมาคมพยาบาลฯสาขาภาตะวันออกเฉียงเหนือ,* 30(2), 98-105.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2553).*ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปรียานุช ศิริมัย, จุฬาภรณ์สิมวัฒนานนท์, และวัชรา บุญสวัสดิ์. (2550). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นผู้ใหญ่. *วารสารแพทย์เขต6-7, 26*(1),81.

รังสิมา รัตนะศิลา. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้.*วารสารพยาบาลสาธารณสุข,* 29(1), 68 -79.

วัชรา บุญสวัสดิ์. (2556). ผลกระทบของโรคหืดต่อระบบสาธารณสุข. ใน สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, เบญจมาศ ช่วยชู, อรพรรณ โพชนุกูล,และธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคหืด*(หน้า 1-5). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.

วิริสสร วงศ์ศรีชนาลัย, และอดิศร วงษา. (2556). ภาวะหืดเฉียบพลันในผู้ใหญ่. ในสมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, เบญจมาศ ช่วยชู, อรพรรณ โพชนุกูล,และธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคหืด* (หน้า 159-173). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพ: ห้างหุ่นส่วนจำกัด วี.เจ. พริ้นติ้ง.

สมพร มีมะโม. (2553). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก. *พุทธชินราชเวชสาร,27* (ฉบับเพิ่มเติม), 371.

สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ.2555* พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: โรงพิมพ์ ยูเนียนอุตรไวโอเร็ตจำกัด.

สารภี พุฒคง. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาและการรับรู้การควบคุมโรคหืดของผู้สูงอายุโรคหืด. *รามาธิบดีพยาบาลสาร,17*(3), 309-327.

สำนักโครงการสนับสนุนนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (2554) .*การพัฒนาระบบการดูแลโรคหืดเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ (CUP) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล* พิมพ์ครั้งที่ 1. เพชรบูรณ์:บริษัท บูเลติน จำกัด.

อมรรัตน์ สมมิตร. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ,5*(2), 55-66.

Altay, N., & Cavusoglu, H.(2013). Using Orem's self-care model for asthmatic adolescents. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 18,233-242.

Global Asthma Report.(2014). *The global Burden of Asthma: Current Estimates.*Retrieved 12 November 12 2015from http://www. globalasthmareport.org/burden.php.df