



ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ป่วยใหญ่*

จิรสุดา ทะเรรัมย์ พย.ม.**

นรลักษณ์ เอื้อกิจ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ป่วยใหญ่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ป่วยใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 - 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ และระดับการควบคุมโรคหืด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ป่วยใหญ่ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม มีค่าความตรงตามเนื้อหาทุกตัวเท่ากับ 1 และมีค่าความสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .74, .83, .93, .85 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ป่วยใหญ่ หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ป่วยใหญ่ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โรคหืด การเสริมสร้างแรงจูงใจ พฤติกรรมการจัดการตนเอง

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ป่วยใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ป่วยใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



The Effect of Motivation Promoting Program on Self-Management Behavior in Asthmatic Adult Patients*

Jirasuda Tareram M.N.S.**

Noraluk Ua-Kit PhD***

Abstract

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 group were matched by gender, ages and the levels of asthma control. The control group received 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. 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. Their Cronbach's alpha coefficients were .74, .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 patient 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 patient after receiving with the motivation promoting program in the experimental group was significantly higher than that in the control group at the significance level of .05.

Keywords : Asthma, Motivation promoting program, Self-management behavior

*Thesis of Master of Nursing Science, Adult Nursing, Graduate School, Chulalongkorn University

**Student in Master of Nursing Science Program, Adult Nursing Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Advisor



บทนำ

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย องค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลก 300 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ใน 15 ปีที่ผ่านมา^{1,2} พบการเสียชีวิตจากโรคนี้ 255,000 คน คาดการณ์ว่าในปี 2568 ผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 400 ล้านคน³

ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหืดประมาณ 3 ล้านคน พบความชุกร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด⁴ พบในวัยผู้ใหญ่ อายุ 20 - 44 ปี⁵ และพบอุบัติการณ์ร้อยละ 6.92⁶ นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 5 ของผู้ป่วยโรคหืดจะเสียชีวิตจากอาการของโรค⁷ และพบข้อมูลการรักษาเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2551, 2552 และ 2553 คือ 113,530, 114,814 และ 119,058 คน คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 179.60, 180.93 และ 186.90 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁸

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่ต้องมารักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบที่รุนแรงไม่ต่ำกว่าปีละ 1 ล้านคน⁷ การสำรวจผลการรักษาโรคหืดในประเทศไทยพบว่า การควบคุมโรคหืดต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้เป็นอย่างมาก โดยพบผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ ร้อยละ 14.8 มีอาการหอบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และร้อยละ 21.7 มารักษาที่ห้องฉุกเฉินในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา⁹ ซึ่งปัญหาที่พบส่วนใหญ่ขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าร้อยละ 84.8 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจและมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม ในเรื่องการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการควบคุมอาหาร เป็นต้น ร้อยละ 33.87 มีการใช้ยาพ่นที่ไม่ถูกวิธี และร้อยละ 31.62 ไม่มาตรฐานตามนัดหรือมาพบแพทย์เฉพาะเมื่อมีอาการหอบกำเริบ จึงทำให้ผู้ป่วยบางส่วนมีอาการหอบกำเริบซ้ำบ่อย และร้อยละ 12.20 มีการจัดการตนเองที่ไม่ดี เมื่อเกิดภาวะหอบกำเริบเฉียบพลัน¹⁰ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหืดยังมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่คือผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์¹¹

พฤติกรรมในการจัดการตนเอง (Self-management behavior) ตามแนวคิดของ Tobin¹² หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพหรือป้องกันการเกิดโรคด้วยตนเองโดยมีความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ มีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านพฤติกรรม (Behavioral) 2) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental) 3) ด้านการรู้คิด (Cognitive) และ 4) ด้านสรีรวิทยา (Physiological) ซึ่งการจัดการตนเองของผู้ป่วยในแต่ละโรคก็มีแนวทางในการจัดการตนเองที่ต่างกัน ไปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดตามแนวคิดของ Tobin¹² ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรม เกิดจากการใช้ยาพ่นด้วยตนเองไม่ถูกต้อง¹³ และการบริหารการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ¹⁴ 2) ด้านสิ่งแวดล้อม เกิดจากผู้ป่วยไม่รู้ถึงสิ่งกระตุ้นและไม่สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นรอบตัวที่ทำให้เกิดอาการหอบหืดกำเริบได้^{15,16} 3) ด้านการรู้คิด เกิดจากผู้ป่วยขาดการรับรู้และการสังเกตอาการเตือนที่จะนำไปสู่อาการหอบกำเริบและอาการจ็บหืด ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองเมื่อมีอาการหอบเกิดขึ้นได้ และขาดการมารับยารักษาอย่างต่อเนื่อง¹⁷ และ 4) ด้านสรีรวิทยา เกิดจากการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดไม่มีประสิทธิภาพ¹⁸ และการออกกำลังกายที่ยังไม่เหมาะสม¹⁹ จากพฤติกรรมในการจัดการตนเองดังกล่าวจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดไม่สามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ ผู้ป่วยต้องกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการหอบกำเริบเฉียบพลันหรืออาการจ็บหืดเฉียบพลัน

ดังนั้นการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ตระหนักถึงการมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่เหมาะสม ปัจจัยที่สำคัญในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคือการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers²⁰ ซึ่งกล่าวว่าการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลจะเป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม โดยมีการประเมินการรับรู้ 2 แบบ คือ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยง และ 2) การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อใช้ในการวางแผนให้ผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่ดีขึ้น จากการศึกษาของวิทยาสุวรรณชาติและนวลลักษณ์ เอื้อกิจ¹⁵ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อนุชเรืองขจร¹⁷ ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองและระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรม



การจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และวันวิสาข โหหะสาร²¹ ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อความรู้เรื่องโรคและทักษะการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีทักษะการจัดการตนเองโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers²⁰ ในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ เนื่องจากการเสริมสร้างแรงจูงใจจะเป็นตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด และยังสามารเป็นตัวขับเคลื่อนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมด้วย จากการศึกษาของ บุญชู เหลิมทอง²² ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กองทัพอากาศติดตามวัดผลลัพธ์ที่ 4 และ 8 สัปดาห์ พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยแต่ละด้านสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ศศิธร กรุณา²³ ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ จากการศึกษาใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 8-12 สัปดาห์ ซึ่งการศึกษาข้างต้นเป็นการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีการประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers²⁰ มาใช้ ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคเรื้อรังที่แตกต่างกัน แต่โรคเรื้อรังดังกล่าวเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมทั้งสิ้น ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง จึงจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม

ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมโดยยึดหลักของการเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Rogers²⁰ โดยมีการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ คือ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยง การประเมินการเผชิญปัญหา คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยพัฒนาเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ จัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ โดยใช้แนวคิดพฤติกรรมจัดการตนเองของ Tobin¹² มีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการรู้จัก และด้านสรีรวิทยา และประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers²⁰ ที่เป็นตัวขับเคลื่อนให้ผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการตนเองให้ดีขึ้น มีกรอบแนวคิดดังนี้

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ ตามทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ได้แก่

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การสร้างให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด มีกิจกรรม ดังนี้ ให้ความรู้เรื่องโรคหืด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของโรคหืด วิเคราะห์ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคหืด และมอบสื่อคู่มือ
2. การประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืดและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด มีกิจกรรม ดังนี้ สาธิตและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะ วิธีการบริหารหายใจ หลอดลม วิธีการบริหารการหายใจ และวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก กระตุ้นอารมณ์ทางบวก ชื่นชม ให้กำลังใจ และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

พฤติกรรมจัดการตนเอง

- 1) ด้านพฤติกรรม ได้แก่ การบริหารหายใจ หลอดลมด้วยตนเอง และการบริหารการหายใจ
- 2) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นรอบตัวที่ทำให้เกิดอาการหอบ
- 3) ด้านการรู้จัก ได้แก่ การประเมินอาการและอาการแสดง ก่อนและขณะเกิดอาการหอบ
- 4) ด้านสรีรวิทยา ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Tobin et al., 1986)



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ แบบแผนการทดลองเป็นแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design)²⁴

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistical Power Table) โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) ที่ .05 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test ในการทดสอบสมมุติฐานทางเดียว (One-tailed test) จากการเปิดตารางอำนาจทดสอบได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 22 คน²⁵ เลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criterias) คือ 1) มีระดับการควบคุมโรคหืดได้บางส่วน (Partly controlled) และไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้ (Uncontrolled) 2) มีความสนใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ 3) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ สะดวก เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะวิกฤติที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนขณะรอรับการตรวจรักษาหรือขณะอยู่ที่บ้าน ได้แก่ มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี๊ด เป็นต้น โดยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ด้วยวิธีการจับคู่ (Matched-Pairs) โดยพิจารณาตัวแปรดังนี้ 1) เพศ 2) อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี 3) ระดับการควบคุมโรคหืด ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบก่อน แล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่เป็นโรคหืด โรคประจำตัว/โรคอื่นที่นอกจากโรคหืด และการใช้ยาพ่นลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

1.2 แบบประเมินระดับการควบคุมโรคหืดของ Nathan²⁶ แปลเป็นภาษาไทยโดย อติสร วงษา และคณะ 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 หมายถึงควบคุมอาการได้สมบูรณ์ (Controlle) คะแนน 21 - 24 หมายถึงควบคุมอาการได้บางส่วน (Partly controlled) คะแนน ≥ 20 หมายถึงควบคุมอาการไม่ได้ (Uncontrolled)

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ ของ วิดา สุวรรณชาติ และนวลลักษณ์ เอื้อกิจ¹⁵ จำนวน 31 ข้อ ซึ่งเป็นแบบสอบถามทางบวก 23 ข้อ และทางลบ 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ทำทุกครั้ง ทำเกือบทุกครั้ง ทำบางครั้ง และไม่ได้ทำ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเป็น 2 ระดับ ดังนี้ คะแนนในช่วง 31 - 99 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองไม่เหมาะสม คะแนนในช่วง 100 - 124 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองเหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามทฤษฎีของ Rogers²⁰ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) แผนการสอนเรื่องความรู้และพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ 2) คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ 3) สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point presentation) เรื่องความรู้และพฤติกรรมจัดการตนเอง



ของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ และ 4) แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดของทัชชกร หมื่นนิพัทธ์²⁷ ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1990) จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3.2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดของทัชชกร หมื่นนิพัทธ์²⁷ ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1990) จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3.3 แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดของณัฐพงษ์ พิมพ์โคตร²⁸ ที่สร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

3.4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดของณัฐพงษ์ พิมพ์โคตร²⁸ ที่สร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ของ Bloom²⁹ คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนของแต่ละแบบสอบถามมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 3 ส่วน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 1 คน พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 2 คน และอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 2 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยทำการรวบรวมความเห็นของแบบสอบถามทั้งหมดที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ตรวจสอบแล้ว มาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ทุกตัว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหืดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30²⁵ ณ คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76, .83, .93, .85 และ .90 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ องค์การแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ อนุมัติในวันที่ 2 มิถุนายน 2560

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกันยายน พ.ศ. 2560

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง และเตรียมเครื่องมือการวิจัย พร้อมทั้งนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์การแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



2. ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือ และขอเก็บรวบรวมข้อมูล และขอเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าคลินิกโรคหืด เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว และชี้แจงการดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ (Pre-test) และนัดหมายอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5

2) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยเข้าพบแพทย์และแพทย์ให้ข้อมูลที่เน้นเกี่ยวกับโรคและการรักษา หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนวิธีการใช้ยาจากเภสัชกรและได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำคลินิกก่อนกลับบ้าน

3) สัปดาห์ที่ 5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ (Post-test) พร้อมกับเสริมสร้างแรงจูงใจและแนะนำวิธีการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหืดแก่กลุ่มตัวอย่าง และมอบคู่มือการปฏิบัติ

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ให้กลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

2. กลุ่มทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 : ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว และชี้แจงการดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ (Pre-test) พร้อมทั้งมอบคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ให้กลุ่มตัวอย่าง

จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยผ่าน Power point presentation และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์ของโรคหืดที่ผ่านมา การประเมินอันตรายที่เกิดจากโรคหืด เพื่อวิเคราะห์อันตรายของโรคหืด ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการเผชิญปัญหา มีการตั้งความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด จากนั้นผู้วิจัยทำการสาธิตวิธีการบริหารหายใจ หลอดลม การบริหารการหายใจ และการออกกำลังกาย บริหารปอด และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะด้วยตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ โดยติดตามทบทวนความรู้ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย รวมถึงให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง พร้อมทั้งประเมินการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยโรคหืดในสัปดาห์ที่ 4 และนัดหมายเข้าพบ เพื่อประเมิน Post-test ในสัปดาห์ที่ 5

สัปดาห์ที่ 5 กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ตามนัดที่คลินิกโรคหืด ผู้วิจัยเข้าพบให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ (Post-test) และสรุปกิจกรรม ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้



1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่มาก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่มาก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีจำนวนเพศที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.48 ปี (SD = 10.62) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนระดับ 2 มีค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่

ระหว่าง 25.0–29.99 คิดเป็นร้อยละ 38.64 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 68.18 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.36 มีอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 31.82 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,000–9,999 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 36.36 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.55 ระยะเวลาที่เป็นโรคหืดมากที่สุด คือมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.36 มีโรคประจำตัวที่นอกจากโรคหืด คิดเป็นร้อยละ 40.91 มีการใช้ยาพ่นแบบพ่นทั้ง 2 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 77.27 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับการควบคุมโรคหืดได้บางส่วนและควบคุมไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 36.36 และ 63.64 ตามลำดับ

2. คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่มาก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่มาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ($n_1=n_2=22$)

พฤติกรรมจัดการตนเอง	$\bar{X}$	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 1 พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่มาก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 87.32$, SD = 10.72) แตกต่างกับหลังการทดลอง ($\bar{X} = 88.68$, SD = 10.26) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สำหรับกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่มาก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 87.18$, SD = 7.28) แตกต่างกับหลังการทดลอง ($\bar{X} = 113.64$, SD = 3.53) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3. คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่มาก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่มาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

พฤติกรรมจัดการตนเอง	$\bar{X}$	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 2 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ตามทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers²⁰ ที่กล่าวว่าการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลจะเป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่อธิบายตามองค์ประกอบของการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยมีการประเมินกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพและการประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค³⁰ 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค³⁰ 3) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง³⁰ และ 4) การรับรู้ความสามารถของตนเอง³⁰ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจที่พัฒนาขึ้น มี 2 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้กลุ่มเป็นรายบุคคลอย่างมีแบบแผน โดยส่งเสริมการรับรู้ให้คำแนะนำ ให้ความรู้เรื่องโรคหืด อาการ แผนการรักษา การออกกำลังกาย และการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรคหืด อาการหอบกำเริบเฉียบพลันอาจเกิดขึ้นหากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม เน้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคหืด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญชู เหลิมทอง²² พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การประเมินการเผชิญปัญหา ผู้วิจัยได้ประเมินความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด เน้นให้เห็นถึงประโยชน์และผลดีของการปฏิบัติตัว เมื่อสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องสม่ำเสมอจะมีผลต่อการป้องกันโรคหืดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังการศึกษาของ Maddux & Rogers³¹ พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำโดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการงดสูบบุหรี่ คือช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและโรคปอด ผู้วิจัยเน้นให้กลุ่มตัวอย่างตั้งความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืดในการฝึกทักษะการบริหารยายายทอดลมด้วยตนเอง การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายบริหารปอด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในตนเอง พร้อมทั้งกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะด้วยตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด เน้นให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ช่วยให้ผู้กลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ เกิดการเรียนรู้ และเข้าใจพฤติกรรมจัดการตนเองมากขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของ Bandura³² ที่ได้พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองไว้ 4 วิธี คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดยกย่องชมเชย และการรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงในตนเอง

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับการพยาบาลตามปกติจากแพทย์ พยาบาลประจำการ และเภสัชกรประจำคลินิกโรคหืด ในระยะเวลาการให้ข้อมูลที่จำกัด โดยกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการติดตามการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการแจกเอกสารหรือคู่มือ ไม่ได้รับการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม และไม่ได้รับการประเมินอุปสรรคที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง เมื่อพิจารณาคะแนนการเสริมสร้างแรงจูงใจหลังได้รับโปรแกรมฯ เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ทุกอย่าง ซึ่งอธิบายได้ว่า กิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองที่กลุ่มทดลองได้รับจากโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การให้ความรู้



มีแบบแผนเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเอง การได้รับคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อนำกลับไปทบทวนที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการสร้างแรงจูงใจที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ทั้งด้านการประเมินปัญหาอุปสรรคและการหาแนวทางการจัดการร่วมกัน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุตววรรณ มีสุข³³ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคหืด ทักษะการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนต่อการดูแลตนเองและพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราป่วยซ้ำดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05. เช่นเดียวกับการศึกษาของราไฟ นอกตาจัน³⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01.

ดังนั้นในการศึกษครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers²⁰ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืดที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรลดระยะเวลาการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินผลของโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เช่น 2, 4, 6 และ 8 สัปดาห์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ในแต่ละช่วงเวลา
2. ควรมีการทบทวนเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเรื้อรังต่างๆ ที่

หลากหลาย เช่น โรคมะเร็ง โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองให้เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ บุคลากรคลินิกโรคหืด ผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลสุรินทร์ทุกท่านที่ได้อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตในครั้งนี้

References

1. Morrison D, Wyke S, Agur K, Cameron EJ, Docking RI, MacKenzie AM, . . . Mair FS. Digital Asthma Self-Management Interventions: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research* 2014; 16(2): e51.
2. Thoracic Society of Thailand. CPG & Protocol Asthma 2009. Bangkok; Sri Mueang Printing; 2009.
3. Information Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. 2008 World Asthma Action Day, under the auspices of the World Health Organization, Retrieved November 23, 2016 from http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=15143
4. Thai Asthma Council and Association. *Controversial Issues in Asthma 2016*. Bangkok. Thailand.
5. Rittayamai N. Asthma In: Chierakul N. General Internal Medicine. Bangkok; Parbipim; 2013.
6. Boonsawat W, Charoenphan P, Kaitboonsri S, Wiriyachaiyoo V, Pothirat C, & Wongtim S, et al. 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; 2002; Bangkok, Thailand; 112.
7. Thai Asthma Council. In Kanitsap A, & Vangveeravong M. Asthma Guideline Thailand V.5. Bangkok; Union Ultra-Violet. 2012.



8. Bureau of Policy & Strategy Public Health. Number and rate of patients with asthma (J45-J46) per 100,000 population (including all diagnoses) in 2007-2014 by province Health Services And country overview (Including Bangkok)
9. Boonsawat W, Chareonphan P, Kiatboonsri S, Wongtim S, Viriyachaiyo V, & Pothirat C, et al. Survey of asthma control in Thailand. *Respirology* 2004; 9:373-8.
10. Tiwutanon J, Suntayakorn C, Juntarawijit Y, & Prachanban P. The effects of an empowerment program on asthmatic exacerbation control behaviors and peak expiratory flow rate in asthma patients. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2013; 7(3): 98-107.
11. Boonsawat W. Asthma update. *Srinagarind Medical Journal* 2011; Suppl 26, 48-52.
12. Tobin DL, Reynolds RVC, Holroyd KA, & Creer TL. Self-management and social theory. In Creer TL, & Holroyd, KA(eds), *Self-management of chronic disease: handbook of clinical interventions and research* Orlando: Academic Press; 1986.
13. Williams LK, Pladevall M, Xi H, Peterson EL, Joseph C, Lafata JE, . . . Johnson CC. Relationship between adherence to inhaled corticosteroids and poor outcomes among adults with asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2004; 114(6): 1288-1293.
14. Puchchanee N, Tepsuriyanont S, Chaichanawirote U, & Siripornpibul T. Influencing factors of medication use behavior in asthmatic patients. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2014; 8(3): 92-103.
15. Suwannachart W, Ua-Kit N. The effect of perceived self-efficacy promoting program on self-management behavior in asthmatic adult patients. *Kuakarun Journal of Nursing* 2016; 23(1): 60-72.
16. Kavut AB, Kalpaklioglu AF. Impact of Asthma Education Meeting on Asthma Control Level Assessed by Asthma Control Test. *World Allergy Organization Journal* 2010; 3(1): 6.
17. Ruengkajorn O, Kittiwatanapaisan W. The effectiveness of self-management program on Self-management behavior and asthma controlled level in asthma patient at Ranode hospital, Songkhla province. *Journal of Nursing Science & Health* 2011; 34(3): 11-21.
18. Martin MA, Catrambone CD, Kee RA, Evans AT, Sharp LK, Lyttle C, . . . Shannon JJ. Improving asthma self-efficacy: Developing and testing a pilot community-based asthma intervention for African American adults. *The Journal of allergy and clinical immunology* 2009; 123(1): 153-159.
19. Parop N, Hingkanont P, Prachanban P, Songthai N. Effects of an empowerment program on self-care behavior and exacerbaton of asthma patients at Nong Phai hospital, Phetchabun province. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2014; 8(3): 234-251.
20. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. *Social psychophysiology* 1983; 153-176.
21. Lohasan W. The Effect of a self-management education program on knowledge and self-Management skills in patients with asthma. [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2007.
22. Leamtong B, Rawiworrakul T, & Srisorrachatr S. Effect of the protection motivation theory application program on health promotion behaviors among hypertensive risk group, Royal Thai Air Force. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2011; 19(4): 61-71.
23. Karuna S, Iimumnoilap S, Phanphruk W, & Methakanjanasak N. The effect of motivational program on blood glucose control in type 2 diabetic patients. *KKU Research Journal (Graduate Studies)* 6 : Supplement 2006: 91-101.



24. Polit DF, & Hungler BP. *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
25. Burns N, Grove SK. *The practice of nurse research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis: MO; Elsevier Saunders; 2009.
26. Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, Schatz M, Li JT, Marcus P, . . . Pendergraft TB. Development of the asthma control test: A survey for assessing asthma control. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2004; 113(1): 59-65.
27. Muennipat T. *The Factors influencing preventive health behaviors amongst asthmatic patients receiving services at the secondary level hospital in Nakhon Pathom province. [Thesis].* Christian: Christian University; 2012.
28. Pimkhot N, Suebsoh W, Teewunda D. *Effect of Perceived Self-efficacy and Social Support on Behavior Modification of Asthma Patients. The Public Health Journal of Burapha University* 2013; 8(2): 89-99.
29. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. *Handbook on formative and summative of student learning.* New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
30. Mackay BC. *AIDS and Protection Motivation Theory (PMT): Effects of imagined scenarios on intent to use condoms.* Michigan: A Belland Howell Information Company; 1992.
31. Maddux JE & Rogers RW. *Protection Motivation and Self-Efficacy: A Revised Theory of Fear Appeals and Attitude Change.* *Journal of experimental social psychology* 1983; 19: 469-479.
32. Bandura A. *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change.* *Psychological Review* 1977; 84(2): 191-215.
33. Meesuk S. *Effectiveness of health education program for promoting self-care behaviors of asthmatic patients in Banmoh Hospital, Saraburi Province. [Thesis].* Kasetsart: Kasetsart University; 2008.
34. Noktajun R. *The effects of protection motivation theory application program for hypertension prevention behaviors of the population at risk.* *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2016; 27(2): 16-28.