



การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจกับการดูแลและ การให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคหืด

Utilization of Protection Motivation Theory with Caring and Advice for Patients with Asthma

จิรสุดา ทะเรรัมย์ พย.ม.* นรลักขณ์ เอื้อกิจ ปร.ด.**

Jirasuda Tareram M.N.S* Noraluk Ua-Kit PhD**

บทนำ

ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทฤษฎีนี้ได้ผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ในทฤษฎีสามารถอธิบายกระบวนการรับรู้ของบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค 3) การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และ 4) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งในการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค เป็นกระบวนการในการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นกระบวนการในการประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งทุกกระบวนการมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพ อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

สำหรับบทความวิชาการนี้ได้นำเสนอการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด โดยพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหืดได้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพ และส่งเสริมให้การพยาบาลมีคุณภาพ และประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ป่วยโรคหืด

*อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สาระสำคัญ

ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพนับเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ¹ เมื่อบุคคลทราบถึงการเกิดโรคร่วมมีพฤติกรรมสุขภาพที่นำไปสู่การแสวงหาวิธีการป้องกันโรค ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation theory)² จึงเป็นทฤษฎีหนึ่งที่ได้รับการสนใจและถูกนำมาประยุกต์ใช้ในศาสตร์การพยาบาลอย่างแพร่หลาย ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพมากขึ้น ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle range theory) ที่มุ่งส่งเสริมและป้องกันโรคแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถทำให้บุคคลมีความตระหนักรู้ทางสุขภาพ รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง อันนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ

ในบทความวิชาการนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers อธิบายกระบวนการการเรียนรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งเป็นตัวเชื่อมโยงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่เน้นการเรียนรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองมาร่วมอธิบายในผู้ป่วยโรคหืดโดยใช้กรณีศึกษา

ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจ

ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Theory) พัฒนาครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ.1975 โดย Rogers³ ต่อมาได้นำมาปรับปรุงแก้ไขใหม่และนำมาใช้ในปี ค.ศ.1983 ซึ่งเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว^{2,4} โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self - efficacy)^{5,6} นั่นคือการรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ที่เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ รวมทั้งการให้ความสำคัญต่อสิ่งที่กำลังคุกคามทางสุขภาพ หรือเป็นกระบวนการด้านบุคคลที่ใช้ในการคิดเพื่อแก้ไขภาวะที่กำลังคุกคามขณะนั้น^{7,8} การประเมินการรับรู้มาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับสื่อที่มากระตุ้น สามารถสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ได้ 2 แบบ⁷ มีรายละเอียดดังนี้

แบบที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal) ประกอบด้วย

1) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) สามารถพัฒนาได้จาก การรู้ว่าถ้ากระทำ หรือไม่กระทำ

พฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ^{7,8} เช่น ข้อความ “มีอันตรายถึงชีวิต” เป็นต้น ซึ่งกระบวนการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเกิดอันตรายหรือภาวะคุกคามดีกว่าการกระตุ้นตามปกติและทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้^{3,8}

2) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) จะใช้การสื่อสารโดยการชี้ที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง^{7,8} เช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้ที่สูบบุหรี่เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดเป็นโรค มะเร็งปอด เป็นต้น แต่การรับรู้จะขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าถ้าไม่ปฏิบัติตามเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจะทำให้ตนมีโอกาสรุนแรงต่อการเป็นโรคหรือมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากภาวะคุกคามนั้น^{3,8}

แบบที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal) ประกอบด้วย

1) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Outcome expectation) กระทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตามเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคของบุคคล^{7,8} ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องนั้น จากการศึกษาของ Maddux และ Rogers พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำ โดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการงดสูบบุหรี่ คือช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและโรคปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่สูง และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันและรักษาสุขภาพของบุคคล จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเพิ่มความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ที่ดีส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม การเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะกรณีที่บุคคลรู้ตัวว่ากำลังเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง^{3,8}

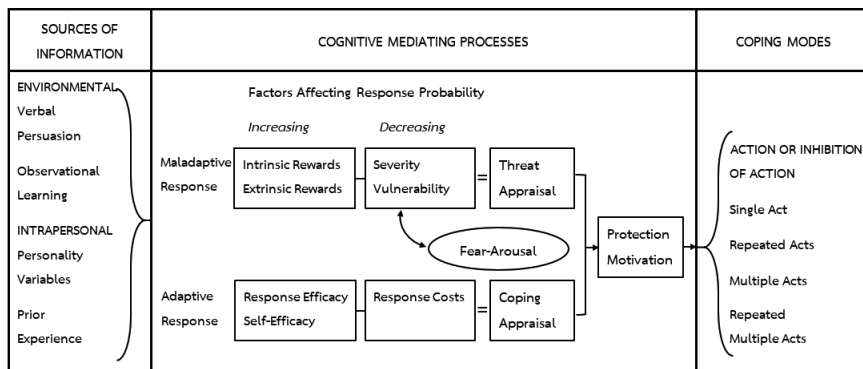
2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมหนึ่งในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงได้หรือไม่ ซึ่งพฤติกรรมนี้จะเกี่ยวกับความมั่นใจในการปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จ การรับรู้ความสามารถไม่เกี่ยวกับทักษะว่าจะมีมากมีน้อย แต่เป็นการที่บุคคลตัดสินใจตนเองว่าทักษะที่ตนเองมีอยู่นี้ สามารถกระทำพฤติกรรม



อะไรได้บ้าง นั่นคือ มีความแตกต่างกันระหว่างการมีทักษะกับการมีความสามารถที่จะใช้ทักษะได้ดี ดังนั้นการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง นอกจากจะพิจารณาในด้านทักษะแล้ว ยังต้องสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคคลด้วยว่าตนเองสามารถใช้ทักษะนั้นได้ดีและมีประสิทธิภาพ บุคคลเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่มีต่อทางเลือกนั้นๆ ซึ่งการสร้างเชื่อมั่นในความสามารถของตน กระทำได้หลายวิธี เช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้หรือการสอน เป็นต้น ความสามารถของตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุด และเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตาม^{3,8}

กระบวนการรับรู้ดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร (Sources of information) คือ สิ่งแวดล้อม (การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต) และลักษณะของบุคคล (บุคลิกลักษณะและประสบการณ์ที่ผ่านมา) ทำให้เกิดความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม โดยปัจจัยการตอบสนองได้จากการประเมินความน่ากลัวต่อ

สุขภาพที่เป็นการประเมินปัจจัยการเพิ่มหรือลด ทำให้มีความน่าจะเป็นในการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีปัจจัยที่เพิ่มโอกาสของการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ รางวัลจากภายใน และรางวัลจากภายนอก ปัจจัยที่ลดโอกาสการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การประเมินอันตราย การรับรู้อันตราย และความน่ากลัวของอันตราย สำหรับการกระตุ้นด้วยความกลัวมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความน่ากลัว แต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการแสดงพฤติกรรมที่แท้จริง โดยสรุปการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ จะเป็นการเพิ่มหรือลดโอกาสในการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การวิเคราะห์ความกลัว ในการประเมินการเผชิญปัญหาของบุคคล ประกอบด้วย ประสิทธิภาพของการตอบสนองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งมีการกระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัวและสามารถวิเคราะห์ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่น่ากลัวนั้นได้ เมื่อบุคคลเห็นความน่ากลัวที่เกิดขึ้นกับสุขภาพนั้นมีความรุนแรง บุคคลจึงรับรู้ถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าสามารถตอบสนองให้เหมาะสมได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แบบจำลองทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers⁶

โรคหืดและแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหืด

โรคหืดเป็นโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เกิดขึ้นได้กับทุกเพศ ทุกวัย องค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลก 300 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ใน 15 ปีที่ผ่านมา พบการเสียชีวิตจากโรคนี้ 255,000 คน คาดการณ์ว่าในปี 2568 ผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 400 ล้านคน⁹⁻¹¹

ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหืดประมาณ 3 ล้านคน พบความชุกร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด⁴ พบในวัยผู้ใหญ่ อายุ 20 - 44 ปี¹² และพบอุบัติการณ์ร้อยละ 6.92¹³ นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 5 ของผู้ป่วยโรคหืดจะเสียชีวิตจากการของโรค

ปัจจุบันนี้วิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหืดเชื่อว่าการอักเสบบริเวณหลอดลมเป็นสาเหตุของโรคหืด^{3,14} ดังนั้นการใช้ยาเพื่อลดการอักเสบจึงเป็นยาหลักในการรักษาโรคหืด เนื่องจากยาคอร์ติโคสเตออยด์ชนิดพ่นสูด (Inhaled corticosteroids, ICS) มีประสิทธิภาพสูงในการลดการอักเสบและมีผลข้างเคียงต่ำ สำหรับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็วจะใช้เพื่อบรรเทาอาการหืดกำเริบเท่านั้น โดยเป้าหมายของการรักษา คือ การควบคุมโรคหืดให้ได้ (controlled asthma) แล้วปรับการรักษาเพื่อที่จะใช้ยาน้อยที่สุดที่สามารถควบคุมโรคหืดได้ ซึ่งการรักษาด้วยวิธีการใช้ยาเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ มีเป้าหมายหลัก



คือ การควบคุมโรคหืด (asthma control) ที่หมายถึงการควบคุมอาการในปัจจุบัน (current control) ได้แก่ การไม่มีอาการหอบทั้งกลางวันและกลางคืน ไม่ต้องใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็ว ไม่มีโรคหืดกำเริบเฉียบพลันสามารถทำกิจกรรมต่างๆ และออกกำลังกายได้ตามปกติ มีสมรรถภาพปอดปกติ และป้องกันความเสี่ยงในการกำเริบของโรค ความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากโรค การลดลงของสมรรถภาพปอดจนเกิดการอุดกั้นถาวร (airway remodeling) และอาการข้างเคียงจากการรักษา นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยการไม่ใช้ยา เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การหยุดสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้หรือสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง เป็นต้น¹⁴

บทบาทพยาบาลในการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคหืด

จากแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหืดในปัจจุบัน เพื่อบรรลุเป้าหมายตามกำหนดกระทรวงสาธารณสุข พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่ต้องช่วยดูแลผู้ป่วยให้ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ¹⁵ ดังนี้

1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ใกล้ชิด เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้ทราบข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับโรคหืด ได้แก่ เรื่องธรรมชาติของโรคหืด ปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรคหืด ชนิดของยาและวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง การใช้เครื่อง peak flow meter ที่ถูกวิธี และการประเมินผลการควบคุมโรคหืด รวมทั้งคำแนะนำในการปฏิบัติตัว

2. การแนะนำวิธีหลีกเลี่ยงหรือขจัดสิ่งต่างๆ ที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้

การให้คำแนะนำวิธีหลีกเลี่ยงหรือขจัดสิ่งต่างๆ ที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ โดยทั่วไป ปัจจัยและสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืดขึ้น ได้แก่ สารก่อภูมิแพ้ สารระคายเคือง สภาวะทางกายภาพและการเปลี่ยนแปลงของอากาศ ยา โดยเฉพาะกลุ่ม NSAID aspirin และ β -blocker การติดเชื้อไวรัสของทางเดินหายใจส่วนต้น อารมณ์เครียด สาเหตุอื่นๆ เช่น หืดที่กระตุ้นด้วยการออกกำลังกาย และโรคที่พบร่วมได้บ่อย เช่น โรคภูมิแพ้โพรงจมูก โรคไซนัสอักเสบเรื้อรัง โรคกรดไหลย้อน เป็นต้น

3. การประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืด และการประเมินผลการควบคุมโรคหืด

การประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืด มีประโยชน์ในการนำไปใช้พิจารณาผู้ป่วยรายที่ยังไม่เคยผ่านการรักษามาก่อนว่าผู้ป่วยรายใดควรรักษาแบบใด ที่ได้จากการประเมินตามลักษณะอาการ¹⁶⁻¹⁸ และการประเมินผลการควบคุมโรคหืด มุ่งเน้นการลดการอักเสบของหลอดลม ด้วยยากลุ่มควบคุม (controller) เพื่อทำให้อาการของโรคหืดดีขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ประเมินผลการควบคุมโรคหืดที่อาศัยลักษณะอาการทางคลินิกในปัจจุบัน และความเสี่ยงของการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ในอนาคต ร่วมกับการประเมินสมรรถภาพการทำงานของปอด ซึ่งแบบประเมินผลการควบคุมโรคหืดที่นำมาใช้ในประเทศไทย¹⁶⁻¹⁸ ได้แก่ Asthma Control Test (ACT)¹⁹ และ Siriraj Asthma Controlled Questionnaire (Siriraj ACQ)²⁰

4. การจัดแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรัง (Chronic asthma)

การจัดแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรัง โดยการใช้ยาในรักษา ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ยาที่ใช้ในการควบคุมโรค (Controller) ซึ่งมีฤทธิ์รักษาการอักเสบในผนังหลอดลม ลดการกำเริบเฉียบพลัน และลดการเกิดหลอดลมตีบถาวร การใช้ยาในกลุ่มนี้ติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้การกำเริบของหลอดลมลดลง¹⁵ 2) ยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการ (Reliever) ใช้เป็นครั้งคราว ในกรณีที่มีอาการกำเริบ ซึ่งมีฤทธิ์ป้องกันและรักษาอาการหดเกร็งของหลอดลมที่เกิดขึ้น แต่จะไม่มีผลต่อการอักเสบที่เกิดขึ้นในผนังหลอดลม และ 3) ยาที่ใช้เสริมในการรักษา (Add-on therapies) ในกรณีที่โรคหืดระดับรุนแรง

5. การจัดแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน (Asthma exacerbation)

การจัดแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน โดยแพทย์ต้องเป็นผู้ซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อประเมินความรุนแรงของโรค และค้นหาสาเหตุที่อาจทำให้เกิดอาการคล้ายโรคหืดเฉียบพลัน เช่น ปอดอักเสบ ปอดแฟบ พร้อมๆ กับการรักษา การประเมินความรุนแรงทำได้โดยการดูความสามารถในการพูดสวดประโยค อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ และการใช้กล้ามเนื้อหายใจสำรอง (accessory muscle) โดยส่วนใหญ่เมื่อผู้ป่วยโรคหืดเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันขึ้น ผู้ป่วยจะมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งการรักษาหลัก ประกอบด้วย



1) การให้ Oxygen ในขนาดที่เหมาะสม โดยให้ oxygen ผ่านทาง nasal cannula หรือ mask เพื่อให้ได้ O₂ saturation ปลายนิ้ว ³ 90%²¹

2) การให้ยาขยายหลอดลม ในกรณีหอบไม่รุนแรง (PEF ³ 50% ของค่ามาตรฐานหรือค่าที่ดีที่สุดของผู้ป่วย) ให้ rapid onset β 2-agonist สูดจาก nebulizer หรือจาก MDI ผ่าน spacer²² ขนาดยาที่ใช้สำหรับ nebulizer คือ 0.5 - 1 มิลลิลิตร (salbutamol 2.5 - 5 มิลลิกรัม) สำหรับขนาดยาที่ใช้จาก MDI ผ่าน spacer ใช้ 2 puff ต่อครั้ง ทุก 15 - 30 นาที อาจพ่นซ้ำต่อเนื่องได้ถึง 16 puff ในช่วงแรกของรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจึงเปลี่ยนให้ยาซ้ำทุก 4 - 6 ชั่วโมง การพ่นยาทาง nebulizer นั้นอาจจะให้ทำซ้ำได้อีกทุก 15 - 30 นาทีในช่วงแรกของรักษาเช่นกัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจึงเปลี่ยนให้ยาซ้ำทุก 4 - 6 ชั่วโมง²¹

ในกรณีที่หอบรุนแรง (PEF < 50% ของค่ามาตรฐานหรือค่าที่ดีที่สุดของผู้ป่วยหรือเหนื่อยจนพูดไม่ได้หรือพูดที่ละคำไม่ติดต่อกันเป็นประโยคและมีการใช้ accessory muscle ฯลฯ) ควรพิจารณาให้สูดยา anticholinergic ร่วมกับ B2-agonist เลยตั้งแต่แรก เพราะอาจให้ผลดีกว่า และอาจช่วยลดอุบัติการณ์ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาขั้นต้นแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น อาจพิจารณาให้ยาอื่น ๆ²³ ได้แก่ Aminophylline, Mgso⁴

3) การให้ยา Corticosteroid²¹ ควรเริ่มให้ทันที เพราะทำให้อาการกำเริบหายเร็วขึ้น²⁴ โดยใช้ corticosteroid ชนิดฉีดหรือรับประทาน เช่น ให้ dexamethasone 4 - 10 มิลลิกรัม หรือ methyl prednisolone 60 - 80 มิลลิกรัม หรือ hydrocortisone 100 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง หรือ รับประทาน prednisolone 30 - 60 มิลลิกรัมต่อวัน และเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นให้ลดขนาดยา corticosteroid ชนิดฉีดลงเรื่อยๆ จนในที่สุดเปลี่ยนเป็นยา corticosteroid ชนิดรับประทาน การให้ systemic corticosteroid รักษา acute attack ควรให้ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 7 - 10 วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหืดชนิด intermittent ที่มี exacerbation และมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วหลังการรักษา อาจไม่จำเป็นต้องให้ corticosteroid ชนิดฉีดต่อเนื่องติดต่อกันในระยะยาว

4) การใช้ยาอื่นๆ ในการรักษาร่วมด้วย²¹

- ยาต้านจุลชีพ มีข้อบ่งชี้เฉพาะในกรณีที่มียาอาการแสดงหรือตรวจพบการอักเสบติดเชื้อแบคทีเรีย
- ยาแก้ลมพิษ ยานอนหลับ ควรใช้อย่างระมัดระวัง เพราะยาเหล่านี้จะไปกดศูนย์ควบคุมการหายใจ

ยกเว้นผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ

- ยา antihistamine อาจทำให้เสมหะข้นเหนียว

6. การจัดระบบให้มีการดูแลรักษาต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁹

สถานบริการสาธารณสุขที่มีความพร้อม ควรจัดให้มีคลินิกเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยโรคหืด เช่น Easy asthma clinic เพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่ได้มาตรฐานและเป็นแบบแผนเดียวกัน อีกทั้งสามารถสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง วิธีการประเมินการควบคุมโรคหืดได้ด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถาม เช่น Asthma Control Test รวมทั้งการจัดแผนการดูแลตนเองขึ้นต้นที่บ้าน เมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลัน และแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วย

7. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดในกรณีพิเศษ¹⁸

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดในกรณีพิเศษเป็นการเฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้ป่วยโรคหืดอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ดังนี้

1) การออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายอาจกระตุ้นให้โรคหืดกำเริบได้ในผู้ป่วยบางราย โดยที่อาจเป็นสาเหตุสำคัญหรือเป็นสาเหตุเพียงอย่างเดียว การกำเริบของโรคหืดจากการออกกำลังกายพบได้ทุกสภาวะอากาศ โดยมักพบในสภาพอากาศที่เย็นและมีความชื้นน้อย บ่อยครั้งที่การเกิดอาการหอบจากการออกกำลังกายเป็นข้อบ่งชี้ว่าโรคหืดในผู้ป่วยรายนั้นยังควบคุมได้ไม่ดีพอ ดังนั้น การใช้ยาด้านการอักเสบและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จะช่วยลดการเกิดอาการหอบหืดกำเริบจากการออกกำลังกายได้¹⁵

2) การตั้งครรภ์¹⁴ พบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหืด จะมีอาการดีขึ้นระหว่างมีครรภ์ อีก 1 ใน 3 พบว่าอาการไม่เปลี่ยนแปลง และที่เหลือจะมีอาการทรุดหนักลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เป็โรคหืดในระดับรุนแรงหรือควบคุมอาการไม่ได้ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น Pre-eclampsia ภาวะบุตรตายในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด หรือทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ เป็นต้น ซึ่งภาวะหืดกำเริบเฉียบพลัน (exacerbation) พบได้บ่อยในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์²⁵ การควบคุมโรคหืดไม่ให้มีอาการกำเริบ จึงมีความสำคัญที่สุดที่จะลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ได้¹⁴ อย่างไรก็ตามหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการควบคุมโรคหืดอย่างเหมาะสมจะสามารถคงสภาวะตั้งครรภ์ปกติได้¹⁵ โดยมีความเสี่ยงต่อตนเองและบุตรในครรภ์เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ทั้งนี้การดูแลรักษาโรคหืดอย่างเข้มงวดเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อรักษา



สมรรถภาพการทำงานของปอด และระดับออกซิเจนในเลือดให้เป็นปกติมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้แน่ใจว่ามีออกซิเจนสำหรับส่งผ่านให้เด็กในครรภ์ได้อย่างเพียงพอ รวมทั้งเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหอบกำเริบอย่างเฉียบพลัน

3) การผ่าตัด¹⁴ ผู้ป่วยโรคหืดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้มากกว่าคนปกติ เนื่องจากมี bronchial hyper-responsiveness การหายใจติดขัด และการมีสารคัดหลั่งมากเกินไป ความเป็นไปได้ที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความรุนแรงของโรคหืดขณะเข้ารับการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และชนิดของยาสลบ จึงต้องมีการประเมินตัวแปรต่างๆ เหล่านี้ก่อนเข้ารับการผ่าตัด โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจสอบสมรรถภาพการทำงานของปอด ผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามีความ FEV₁ น้อยกว่าร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน ควรพิจารณาให้ systemic corticosteroid ก่อนการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่เคยได้รับ systemic corticosteroid ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ควรได้รับยา corticosteroid ทางหลอดเลือดดำครอบคลุมไว้ ก่อนและระหว่างการผ่าตัดด้วย และลดขนาดยาลงโดยเร็ว ภายใน 24 ชั่วโมง ถ้าไม่มีอาการกำเริบของโรคหืด¹⁵

จากแนวทางการรักษา ผู้ป่วยโรคหืดรายใหม่ทุกราย ต้องได้รับคำแนะนำจากพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้าน การดูแลผู้ป่วยโรคหืด เรื่องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การจัดการอาการที่ผิดปกติต่างๆ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการเลือกรับประทานอาหาร การควบคุมโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เป็นต้น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการแนะนำแหล่งประโยชน์ เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหืดอย่างต่อเนื่อง

การปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหืด

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การพ่นยาด้วยตนเองไม่ถูกต้อง การบริหารการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยไม่รู้ถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบและไม่สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นรอบตัวที่ทำให้เกิดอาการหอบกำเริบได้²⁰ ผู้ป่วยขาดการรับรู้และการสังเกตอาการเตือนที่จะนำไปสู่อาการหอบกำเริบและอาการจับหืด ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองเมื่อมีอาการหอบเกิด

ขึ้นได้ และขาดการมารับยารักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายไม่เหมาะสม ส่งผลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดไม่มีประสิทธิภาพ จากพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดไม่สามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ การใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอ ต้องใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นตัวช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคหืดจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม จึงต้องมีกระบวนการรับรู้ในการขับเคลื่อนพฤติกรรม คือ การเสริมสร้างแรงจูงใจตามทฤษฎีของ Rogers การที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดการรับรู้อันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความกลัวเกิดขึ้น สามารถหาวิธีทางป้องกันจากความกลัวที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อไม่ให้มีอาการกำเริบและรุนแรงขึ้น นำไปสู่การมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมตามมา

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยโรคหืด

ในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจในครั้งนี้ ทำการศึกษาโดยใช้กรณีศึกษาในบริบทของการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด 2 ราย โดยเลือกผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ และมีระดับความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหืดรายใหม่นั้นยังไม่มีความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และยังไม่เคยได้รับการพยาบาลจากคลินิกโรคหืด จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้ ซึ่งอธิบายโดยใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจ ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 59 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นโรคหืดมา 10 ปี รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 69 kgs. ส่วนสูง 159 cms. (BMI = 27.29 kg/m²) มีระดับควบคุมโรคได้บางส่วน ให้ประวัติว่า 1 เดือนก่อนมา รพ. ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจมีเสียงวี๊ดตอนกลางคืน ไอมีเสมหะในลำคอ ขับออกเองไม่ได้ ผู้ป่วยมีอาการไอและหอบเหนื่อยมากขึ้นนอนราบไม่ได้ จึงมารักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในครั้งนั้นแพทย์จึงพิจารณาให้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่ออาการดีขึ้น แพทย์จึงพิจารณาให้กลับบ้าน ในขณะที่อยู่ที่บ้านผู้ป่วยมีสามีและบุตรสาวคอยดูแลอย่างใกล้ชิด วันนั้นมาตรวจผิวนิด พยาบาลประจำคลินิกโรคหืดได้ประเมินสุขภาพ



พบว่า ผู้ป่วยมีรูปร่างอ้วน BMI = 27.29 kg/m² ไม่ได้ออกกำลังกาย พักผ่อนน้อย ทำงานหนัก ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตแบบนี้มา 2 ปี ปฏิเสธการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ จากข้อมูลผู้ป่วยที่กล่าวมา พยาบาลจึงให้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ เรื่องการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบกำเริบ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การให้ยาขยายหลอดลมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง และรู้ถึงวิธีการบริหารการหายใจที่เหมาะสม รวมถึงการรับรู้อาการหอบกำเริบ การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการมารับยารักษาอย่างต่อเนื่องตามนัด พยาบาลได้พูดคุยและให้คำแนะนำ เป็นเวลาทั้งสิ้น 1 ชั่วโมง และมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกระทั่งผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นผู้ป่วยได้กลับมาตรวจตามนัดอีก 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี น้ำหนักตัวลดลง 1 กิโลกรัม ไม่มีอาการแน่นหน้าอกหรือเหนื่อยหอบ หรือหายใจมีเสียงวี๊ดนอนหลับได้ปกติ จากการสอบถามและประเมินสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดี สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหอบกำเริบได้ จึงไม่มีการหอบกำเริบซ้ำ ไม่มีการตื่นตอนกลางคืน สามารถพ่นยาได้ถูกต้องตามคำแนะนำ รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สามารถบริหารกล้ามเนื้อส่วนบนและส่วนล่างได้ดี จากกรณีศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายโดยใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจได้ดังนี้

ผู้ป่วยรายนี้หลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ในการป้องกันการเกิดอาการหอบกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยเข้าใจถึงความรุนแรงและความเสี่ยงที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยจึงหลีกเลี่ยงอากาศที่ร้อนหรือเย็นเกินไป หลีกเลี่ยงการเจอฝุ่นละออง และรักษาสีสิ่งแวดล้อมรอบๆ บ้านให้สะอาดได้ (การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด) สามารถใช้ยาขยายหลอดลมได้อย่างถูกต้อง มีการใช้ยาควบคุมอาการหอบได้เป็นประจำทุกวัน แม้ไม่มีอาการหอบเกิดขึ้น สามารถบริหารการหายใจแบบเป่าปาก ร่วมกับการออกกำลังกายบริหารปอด ทั้งการบริหารปอดกล้ามเนื้อส่วนบนในท่าเหยียดแขน หมุนข้อศอก และท่ายกแขนสุดหายใจ การบริหารกล้ามเนื้อส่วนล่างในท่าเหยียดเข่า และท่ายกขาที่เหมาะสม รวมถึงการรับรู้การ

หอบกำเริบ การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการมารับยารักษาอย่างต่อเนื่องตามนัด (ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืดและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด) เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด จากการสอบถามและประเมินสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยมีความตระหนัก และมีแรงจูงใจในการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม และการได้กำลังใจจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถควบคุมอาการได้อย่างเหมาะสม

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 41 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม เป็นโรคหืดมา 5 ปี น้ำหนัก 75 kgs. ส่วนสูง 171 cms. (BMI = 25.68 kg/m²) อ้วนระดับ 1 มีประวัติหอบกำเริบรุนแรง แน่นหน้าอก และไอมากขึ้น เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง แพทย์พิจารณาให้นอนโรงพยาบาล ขณะนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลผู้ป่วยมีกรรยาออกดูละเอียดถี่ขึ้นวันนี้มาตรวจตามนัดพยาบาลประจำคลินิกโรคหืดได้ประเมินสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยรายนี้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ยังพ่นยาไม่ถูกต้อง และมีน้ำหนักตัวอ้วน รวมทั้งไม่ได้ออกกำลังกาย อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คลุกคลีกับสัตว์เลี้ยง มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรา จากข้อมูลผู้ป่วยที่กล่าวมา พยาบาลจึงให้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้เริ่มออกกำลังกายฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยการบริหารกล้ามเนื้อส่วนบนและส่วนล่าง แนะนำการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบกำเริบ การให้ยาพ่นอย่างถูกต้องและการสังเกตอาการผิดปกติที่รุนแรง พยาบาลได้พูดคุยและให้คำแนะนำเป็นเวลาทั้งสิ้น 1 ชั่วโมง และมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกระทั่งผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นผู้ป่วยได้กลับมาตรวจตามนัดอีก 1 เดือน หลังจากนั้นผู้ป่วยได้กลับมาตรวจตามนัด 1 เดือน ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ยิ้มแย้มแจ่มใส ไม่มีอาการหอบรุนแรง สามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สามารถบริหารกล้ามเนื้อส่วนบนและส่วนล่างได้ตามคำแนะนำ สามารถบริหารการหายใจด้วยวิธีเป่าปากได้ดี มีการใช้ยาพ่นได้อย่างถูกต้องตามคำแนะนำ จากกรณีศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายโดยใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจได้ ดังนี้

ผู้ป่วยรายนี้หลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ เกิดความตระหนักและมีแรงจูงใจในการจัดการตนเอง ป้องกันการเกิดอาการหอบกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยจึงหลีกเลี่ยงสิ่ง



กระตุ้นทำให้เกิดอาการหอบกำเริบซ้ำ โดยการไม่คลุกคลีกับแมวที่เลี้ยง มีการซักผ้าปูที่นอนทุกสัปดาห์ และพินยาควบคุมอาการหอบเป็นประจำทุกวัน ไม่ขาดยา (การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด) สามารถบริหารการหายใจแบบเป่าปาก มีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยการบริหารกล้ามเนื้อส่วนบนและส่วนล่างได้เป็นอย่างดี รวมถึงการรับรู้อาการหอบกำเริบ การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง และการมารับยารักษาอย่างต่อเนื่องตามนัด (ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืดและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด) เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดจากการสอบถามและประเมินสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยมีความ

ตระหนักและมีแรงจูงใจในการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองสามารถควบคุมอาการได้อย่างเหมาะสม

จากกรณีศึกษาทั้งสองรายพบว่ากรณีศึกษาที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของจิรสุดา ทะเวรัมย์ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ²⁸ พบว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลต่อกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยโรคหืดได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืดที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ตารางที่ 1 สรุปการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจกับกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหืด

ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal)		
1) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility)	- ผู้ป่วยเข้าใจถึงความรุนแรงและความเสี่ยงที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยจึงหลีกเลี่ยงอากาศที่ร้อนหรือเย็นเกินไป หลีกเลี่ยงการสัมผัสฝุ่นละออง และรักษาสิ่งแวดล้อมรอบๆ บ้านให้สะอาดได้	- ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุความรุนแรง จึงหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบกำเริบซ้ำ โดยการไม่คลุกคลีกับแมวที่เลี้ยง มีการซักผ้าปูที่นอนทุกสัปดาห์ และพินยาควบคุมอาการหอบเป็นประจำทุกวัน ไม่ขาดยา
แบบที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal)		
1) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Outcome expectation) 2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy)	- ผู้ป่วยสามารถใช้ยาขยายหลอดลมได้อย่างถูกต้อง มีการใช้ยาควบคุมอาการหอบได้เป็นประจำทุกวัน แม้ไม่มีอาการหอบเกิดขึ้น สามารถบริหารการหายใจแบบเป่าปากร่วมกับการออกกำลังกายบริหารปอด ทั้งการบริหารปอดกล้ามเนื้อส่วนบนในท่าเหยียดแขน หมุนข้อศอก และท่ายกแขนสุดหายใจ การบริหารกล้ามเนื้อส่วนล่างในท่าเหยียดเข่า และท่ายกขาที่เหมาะสม รวมถึงการรับรู้อาการหอบกำเริบ การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการมารับยารักษาอย่างต่อเนื่องตามนัด	- ผู้ป่วยสามารถบริหารการหายใจแบบเป่าปาก มีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยการบริหารกล้ามเนื้อส่วนบนและส่วนล่างได้เป็นอย่างดี รวมถึงการรับรู้อาการหอบกำเริบ การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง และการมารับยารักษาอย่างต่อเนื่องตามนัด



สรุป

ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจ³ เชื่อว่ากระบวนการรับรู้ของบุคคลมี 2 แบบ ประกอบด้วย แบบที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค และแบบที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกรณีแรกเป็นผู้ป่วยหญิง ส่วนผู้ป่วยกรณีที่สองเป็นผู้ป่วยชาย ผู้ป่วยทั้งสองกรณีมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคหืดที่คล้ายคลึงกัน โดยผู้ป่วยทั้งสองกรณีจะได้รับการประเมินจากพยาบาล และการให้ความรู้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้และทัศนคติในดูแลสุขภาพตนเองและให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันอันตรายจากโรค และสามารถเผชิญกับโรคได้อย่างเหมาะสม จากการประเมินสุขภาพที่ผ่านมาของผู้ป่วยทั้งสองกรณีพบว่าผู้ป่วยมีกระบวนการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดี ทำให้เกิดความพร้อมในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองร่วมกันกับทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สามารถป้องกันอาการกำเริบและการกำเริบซ้ำของโรคหืดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอรนุช เรืองขจร และวรลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล²⁷ พบว่าผู้ป่วยโรคหืดจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการควบคุมอาการของโรคและการป้องกันอาการไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้นด้วย

สำหรับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจไปประยุกต์ใช้นั้น จะช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหืด เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่างๆ และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดรวมทั้งครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืด โดยการดูแลต้องให้ครอบคลุมมิติสุขภาพองค์รวม 4 มิติ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งในการนำทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ ต้องจัดทำร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น การประสานความร่วมมือกับแพทย์

เภสัชกร เป็นต้น เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดกระบวนการรับรู้ทางสุขภาพ มีทัศนคติที่ดีในการรักษาโรค และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม

References

1. Silpasuwan P. Philosophy of knowledge to practice in community nursing. Bangkok; Faculty of public Health, Mahidol University; 2014.
2. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. Social psychophysiology 1983; 153-176.
3. Norman P, Boer H, Seydel ER. Protection Motivation Theory. In Conner M. & Norman P. (Eds.) Predicting health behaviour: Research and practice with social cognitive models. Maidenhead: Open University Press; 2005.
4. Maddux JE, Rogers RW. Protection motivation theory and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. Journal of Experimental social psychology 1983; 19: 469-479.
5. Maville JA & Huerta CG. Health promotion in nursing. 2nd ed. United States of America: Thomson delmar learning; 2007.
6. Boer H & Seydel ER. Protection Motivation Theory. In Conner M. & Norman P. (Eds.) Predicting health behaviour: Research and practice with social cognitive models. Maidenhead: Open University Press; 1998.
7. Tiautchasuwan Y, et al. Health promotion and disease prevention. Nonthaburi: Sukhothaimathirath Press; 2015.
8. Pensirirapa N, et al. Health education and public relation for public health work. Nonthaburi: Sukhothaimathirath Press; 2014.
9. Manawatthanawong A. How Many NCD Patients Have Risky Health Behaviors?: Report from Health and Welfare Survey. Journal of Health Systems Research 2017; 11(3): 345-354.



10. 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.
11. Thoracic Society of Thailand. CPG & Protocol Asthma 2009. Bangkok; Sri Mueang Printing; 2009.
12. Rittayamai N. Asthma In: Chierakul N. General Internal Medicine. Bangkok; Parbpim; 2013.
13. Boonsawat W, Charoenphan P, Kaitboonsri S, Wiriychaiyoo 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.
14. Thai Asthma Council. Guidelines for diagnosis and treatment of asthma in Thailand For adults 2017. Nonthaburi; Beyond enterprise co; 2017.
15. Thai Asthma Council. Controversial Issues in Asthma 2016. Paper presented; 2016.
16. National Heart Lung and Blood Institute. Expert Panel Report 3: guidelines for the diagnosis and management of asthma [Internet]. 2007. [Cited 2018 April 23]. from: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/current/asthma-guidelines/full-report>
17. Global Initiative for Asthma. GINA report, global strategy for asthma management and prevention [Internet]. 2018 [Cited 2018 May 2]. from <http://ginasthma.org/2018-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>
18. Boonsawat W. Asthma update. *Srinagarind Medical Journal* 2011; Suppl 26, 48-52.
19. 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.
20. Saejong R & Dejsomritrutai W. Validity and reliability assessment of the Siriraj Asthma Control Questionnaire. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2011; Suppl 1: 72-76.
21. National Health Security Office. Guideline: Asthma Care 2008. Bangkok; Sri Mueang Printing; 2009.
22. Nana A, Youngchaiyud P, Maranetra N, et al. Beta 2-agonists administered by a dry powder inhaler can be used in acute asthma. *Respiratory Medicine* 1998; 92:167-172.
23. Parameswaran K, Belda J & Rowe BH. Addition of intravenous aminophylline to beta2-agonists in adults with acute asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2000:CD002742.
24. Manser R, Reid D & Abramson M. Corticosteroids for acute severe asthma in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2001:CD001740.
25. Kiatboonsri S. Respiratory care in adult. Bangkok; Parbpim printing; 2005.
26. 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.
27. 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.
28. Tareram J, Ua-Kit N. The effect of motivation promoting program on self-management behavior in asthmatic adult patients. *Journal of Nursing and Health Care* 2018; 36(3): 221-232.