

ประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด
ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับการควบคุมโรค
ของผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา
The Effectiveness of Self-management Program
on Self-management Behavior and Asthma Controlled level
in Asthma Patient at Ranode Hospital, Songkhla Province

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2554

Volume 34 No.3 (July-September) 2011

อรนุช เรืองขจร พย.ม.* วราลักษณ์ กิตติวัฒนไพศาลา Ph.D.**

Oranuch Ruengkajorn MSN.* Waraluk Kittiwatanapaisan**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา โดยนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมโรคหืดได้บางส่วนและไม่สามารถควบคุมโรคได้ทั้งหมด มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 19 คน ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเสร็จสิ้นที่ 3 เดือน ระยะติดตามผลที่ 4 เดือน และ 5 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเสร็จสิ้นที่ 3 เดือน ระยะติดตามผลที่ 4 เดือน และ 5 เดือน ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคหืดได้

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง พฤติกรรมจัดการตนเอง การควบคุมโรคหืด

Abstract

This quasi-experimental research was to examine the effect of self-management program on self-management behavior and asthma controlled level in patient with asthma at Ranode Hospital, Songkhla province. The conceptual model used in this study was Kanfer's self-management model. Participate in those study was 19 patients with partly or poorly controlled asthma. The results revealed that, the mean score on self-management behavior of asthma patients after receive self-management program at 3 month, 4 month and 5 month were significantly higher than before receive self-management program ($p < .05$). Asthma control level of asthma patients after receive self-management program at 3 month, 4 month and 5 month were significantly better than those before receiving self-management program ($p < .05$). The results of this study indicated that the self-management program could improve the self-management behavior and the asthma controlled achievement. Therefore the self-management program in this study could apply both for nursing practice and for further research.

keywords: self-management, self-management behavior, asthma controlled

* นักศึกษาศาสตรบัณฑิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้ในทุกเพศทุกวัย และเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ¹ เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง ทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยก่อโรคและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการของโรคกำเริบรุนแรงขึ้น² ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหืดได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และจิตวิญญาณ^{3,4} แม้แนวทางการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจะได้มาตรฐาน แต่หากผู้ป่วยขาดการยึดมั่นในการรักษา ไม่ได้ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาการของโรคหืดอาจกำเริบได้ตลอดเวลา ประสิทธิภาพในการรักษาที่ได้รับจะไม่เกิดผลอย่างเต็มที่ เพราะการควบคุมโรคหืดนั้นการใช้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะควบคุมโรคหืดได้ เนื่องจากโรคหืดยังมีตัวแปรหลายอย่างที่จะทำให้อาการดีขึ้นหรือทำให้อาการของโรคแย่ลง เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษา จนสามารถกลับบ้านได้ ผู้ป่วยโรคหืดจะต้องกลับไปจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตประจำวันในบางเรื่องให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา

จากการศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่ผ่านมา พบว่า เป็นการให้ความรู้และคำแนะนำจากทีมสุขภาพในเรื่องต่างๆ^{6,7,8} ซึ่งการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง⁹ การจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer จะเป็นกระบวนการที่ใช้ในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง (self-regulatory behavior) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาเนื่องจากอดีตที่ผ่านมาความล้มเหลวของการรักษาเกิดจาก 2 ปัจจัย คือ วิธีการรักษาอาจจะไม่มีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยละเลยที่จะกระทำตามเกณฑ์การรักษาที่กำหนด ซึ่งไม่ได้กระทำอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วย เป็นวิธีที่จะเพิ่มความตระหนักของผู้ป่วยต่อกระบวนการรักษา โดยทีมสุขภาพจะเป็นผู้เสนอแนะวิธีการเปลี่ยนแปลง แนะนำ

พฤติกรรมจัดการตนเอง ให้ความรู้ (education) และฝึกทักษะ (training) ที่จำเป็นในการจัดการกับโรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เมื่อบุคคลมีความรู้ที่จะประเมินและตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้นๆ มีคุณค่าก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง และเมื่อสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นให้บรรลุตามเป้าหมายได้ จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น¹⁰ โดยผู้วิจัยเชื่อว่า การที่ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมโรคหืดได้ตั้งต้นต้องมีการจัดการตนเองที่ดี ซึ่งการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดจะเน้นที่ความยึดมั่นกระบวนกรรักษา การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการประเมินโรคหืดได้ด้วยตนเอง โดยการศึกษาจากอาการและการอ่านค่าความเร็วลมในปอด (Peak flow reading) สามารถใช้สูงสุดพ่นยาสำหรับป้องกันในระยะยาวและการรักษาอาการหืดกำเริบได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ รวมถึงการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง มีการฝึกหายใจซึ่งจะช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดที่ดีขึ้น การลดความเครียด การพักผ่อนให้เพียงพอ^{6,7,11}

ดังนั้น การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ใหญ่โรคหืด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปในทิศทางเดียวกับแผนการรักษา และสามารถควบคุมโรคหืดได้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเอง และระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด ก่อน-หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเสร็จสิ้นที่ 3 เดือน ระยะติดตามผลที่ 4 และ 5 เดือน

สมมติฐานของการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการจัดการตนเองที่ 3, 4 และ 5 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

2. ระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืดภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่ 3, 4 และ 5 เดือน ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

Kanfer กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลไม่สามารถปรับเปลี่ยนโดยบุคคลอื่นได้นอกจากตัวบุคคลนั่นเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจะต้องอาศัยแรงจูงใจทำให้บุคคลนั้นยอมรับและเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา¹⁰ โดยใช้กระบวนการกำกับตนเอง ซึ่ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง (self-monitoring or self-observation) การประเมินตนเอง (self-evaluation) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ผู้วิจัยเชื่อว่า การที่ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมโรคหืดได้ดีนั้น ผู้ป่วยโรคหืดต้องมีการจัดการตนเองที่ดี เพราะยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคหืดเป็นยาสเตียรอยด์ ซึ่งต้องใช้สลับอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานเพื่อลดการอักเสบของหลอดลม รวมถึงผู้ป่วยจะต้องสังเกตและหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้เฉพาะตน มีการฝึกกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ซึ่งจะส่งผลให้สมรรถภาพปอดแข็งแรงอย่างต่อเนื่อง วิธีการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหืดมีการปฏิบัติการจัดการตนเองที่ดีขึ้นได้นั้น ประกอบด้วย การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา ร่วมกับการฝึกทักษะที่จำเป็นในรูปแบบของการปฏิบัติการจัดการตนเอง โดยการสังเกตอาการ การดำเนินโรคและพฤติกรรมปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของตนเองในด้านต่าง ๆ มีการประเมินตนเองโดยเปรียบเทียบพฤติกรรมที่ปฏิบัติกับมาตรฐานที่ควรเป็น รวมทั้งมีการเสริมแรงตนเองโดยการให้รางวัลหรือให้กำลังใจแก่ตนเองอย่างต่อเนื่อง

เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคหืดได้

ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหืด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินและการวางแผน 2) การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง 3) การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง 4) ระยะติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (the one group pretest posttest design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหืดที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลระนอง จังหวัดสงขลา มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นที่มีผลต่อระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหัวใจ วัณโรค โรคถุงลมโป่งพอง ทั้งที่สามารถควบคุมโรคหืดได้บางส่วนและไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา เป็นผู้ที่มีมารู้ที่ดี ไม่มีอาการทางจิตประสาท ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การพูด การอ่านหรือการเขียน สมรรถภาพและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญหรือแบบสะดวก (accidental selection or convenience sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ของโคเฮน¹² ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 17 คน เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียวและเป็นการศึกษาในระยะยาว เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างลดน้อยลงจากการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก 10% จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์¹⁰ สมุดคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด และสมุดบันทึกการติดตามตนเองของผู้ป่วยโรคหืด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหืด ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว ประวัติการรักษาที่เคยได้รับ และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืดของสุชาพรทิพย์ศรีนวน¹³ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 55 ข้อ แบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 10 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านการพักผ่อนนอนหลับ จำนวน 5 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 7 ข้อ ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น จำนวน 10 ข้อ ด้านยาและติดตามการรักษา จำนวน 11 ข้อ ด้านการจัดการเมื่อมีอาการกำเริบของโรค จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับการควบคุมโรคหืด ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการควบคุมโรคของโครงการคลินิกโรคหืดแบบง่าย¹⁴ และแบบประเมินการควบคุมโรคหืดของมูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย¹⁵ โดยประเมินจากลักษณะอาการทางคลินิก 6 ข้อ ได้แก่ อาการหอบในช่วงกลางวัน อาการหอบในช่วงตอนกลางคืน ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การไอขยายหลอดลม บรรเทาอาการ อาการหืดกำเริบจนต้องไปรับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน การวัดสมรรถภาพปอด (PEFR)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรง

คุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .88 และแบบประเมินระดับการควบคุมโรคหืดใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson: KR-20) ได้เท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2553 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 มีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 คน ผู้วิจัยไม่ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างตลอดการวิจัย จำนวน 19 คน ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. ประเมินและการวางแผน ประเมินความรู้การรับรู้เกี่ยวกับโรคหืด พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับการควบคุมโรค

2. การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องโรคเพิ่มเติมและฝึกทักษะการจัดการตนเองให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย การสังเกตและบันทึกอาการที่ดាំเรื้อ การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีการกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำแบบบันทึกการปฏิบัติจัดการตนเองให้กลุ่มตัวอย่างนำไปติดตามอาการ และบันทึกกิจกรรมที่ปฏิบัติที่บ้าน

3. การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยต้องใช้เทคนิคการกำกับตนเองปฏิบัติที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยให้แรงเสริมโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน กระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์

4. ระยะเวลาติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ เมื่อเสร็จสิ้นการส่งเสริมการจัดการตนเองที่ 3 เดือน ผู้วิจัยได้ติดตามประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และระดับการควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่าง และมีการติดตามประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและระดับการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีการส่งเสริมการจัดการตนเองในเดือนที่ 4 และ 5

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นที่ 3 เดือน, 4 เดือน และ 5 เดือน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures one-way ANOVA)

3. เปรียบเทียบระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นที่ 3 เดือน, 4 เดือน และ 5 เดือน โดยใช้การทดสอบของ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.7) อายุเฉลี่ย \pm 58.83 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 57.9) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 57.9) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 42.1) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพรักษาฟรี (ร้อยละ 78.9) และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 94.7) มีเพียง 1 คนที่เคยสูบบุหรี่มานานกว่า 10 ปี แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 36.8) เมื่อเจ็บป่วยจะมีผู้ดูแล (ร้อยละ 84.2) และผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นคู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 36.8)

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคหืดมานานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 52.6) และมีโรคความดันโลหิตสูง ร่วมด้วย 7 คน (ร้อยละ 36.84) ใน 1 ปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการจับที่ตรุนแรงจำนวน 12 คน (ร้อยละ 63.2) และนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหืดจำนวน 6 คน (ร้อยละ 31.6) ในจำนวนนี้ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 1 คน กลุ่มตัวอย่างทุกคนทราบถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการหืดกำเริบ ส่วนใหญ่ คือ ฝุ่นละออง (ร้อยละ 78.9) รองลงมา คือ ควันไฟ (ร้อยละ 47.4) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องโรคหืดจากพยาบาล (ร้อยละ 94.7) รองลงมาได้รับจากแพทย์ (ร้อยละ 84.2) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับการสอนวิธีการพ่นยาจากเภสัชกร (ร้อยละ 94.7) รองลงมาได้รับจากพยาบาล (ร้อยละ 78.9) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ร่วมกับยาพ่นขยายหลอดลม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเมื่อเสร็จสิ้นที่ 3 เดือน ระยะติดตามผลที่ 4 เดือน และ 5 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะติดตามผลที่ 4 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองต่ำกว่าทั้งในระยะหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเสร็จสิ้นที่ 3 เดือน และในระยะติดตามผลที่ 5 เดือน ดังตารางที่ 1, 2

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเสร็จสิ้นที่ 3 เดือน ระยะติดตามผลที่ 4 เดือน และ 5 เดือน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	14540.145	2.118	6863.791	155.269*
ภายในกลุ่ม	1685.605	38.131	44.206	
รวม	16225.75	40.249		

* p < .05

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเสร็จสิ้นที่ 3 เดือน ระยะติดตามผลที่ 4 เดือน และ 5 เดือน โดยเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธีทดสอบแบบ Bonferroni

ระยะเวลา	Mean Difference	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
ก่อนได้รับโปรแกรม					
หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นที่ 3 เดือน	-31.263 [*]	1.775	.000*	-36.522	-26.004
ระยะติดตามผลที่ 4 เดือน	-30.053 [*]	2.255	.000*	-36.733	-23.372
ระยะติดตามผลที่ 5 เดือน	-34.000 [*]	2.175	.000*	-40.444	-27.556

ระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืดภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเมื่อเสร็จสิ้นที่ 3 เดือน ระยะติดตามผลที่ 4 เดือน และ 5 เดือน ดีวก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตารางที่ 3, 4

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเสร็จสิ้นที่ 3 เดือน ระยะติดตามผลที่ 4 เดือน และ 5 เดือน

กลุ่มทดลอง	ระดับการควบคุมโรค					
	ควบคุมโรคไม่ได้		ควบคุมโรคได้บางส่วน		ควบคุมโรคได้ทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง	13	68.4	6	31.6	0	0
หลังการทดลองที่ 3 เดือน	5	26.3	11	57.9	3	15.8
หลังการทดลองที่ 4 เดือน	7	36.8	5	26.4	7	36.8
หลังการทดลองที่ 5 เดือน	1	5.3	11	57.9	7	36.8

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืดก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเสร็จสิ้นที่ 3 เดือน ระยะติดตามผลที่ 4 เดือน และ 5 เดือน

กลุ่มทดลอง	ระดับการควบคุมโรคหืด	n	Mean Rank		Z	P-value
			- Rank	+Rank		
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองที่ 3 เดือน	19	5	6.1	-2.653	.005*
	หลังการทดลองที่ 4 เดือน	19	5	8.18	-2.44	.005*
	หลังการทดลองที่ 5 เดือน	19	7	9.12	-3.477	.000*

* p < .05.

การอภิปรายผล

จากผลการทดลอง อภิปรายผลตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเสร็จสิ้นที่ 3, 4 และ 5 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า เป็นผลจากการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวความคิดจัดการตนเองของ Kanfer มาเป็นกรอบในการจัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ที่ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอด ระยะเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁶ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยเอตส์ที่ติดเชื้อไวรัสโรคปอด พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเอตส์ที่ติดเชื้อไวรัสโรคปอด มีพฤติกรรมการสังเกตตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .000$)¹⁷ การศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับพฤติกรรมตนเองต่อความยึดมั่นในการควบคุมสารน้ำของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการกำกับตนเองมีแนวโน้มการปฏิบัติกิจกรรมการควบคุมสารน้ำได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.08$ ¹⁸

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมในแต่ละขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นตอนการประเมินและวางแผน เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และเกิดความมั่นใจในการซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ มากขึ้น¹⁹ โดยเปิดโอกาส

ให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์ในแต่ละระยะของการดำเนินโรค เพื่อนำข้อมูลที่ได้สะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างเล็งเห็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 2) ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมเพื่อจัดการตนเอง เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องโรค และการปฏิบัติตัวในด้านต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ จากนั้นร่วมกันตั้งเป้าหมายของการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม¹⁰ โดยตั้งเป้าหมายสูงสุดของการปฏิบัติกิจกรรม คือ การควบคุมโรคหืดได้ การฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ พร้อมทั้งแจกคู่มือให้กลุ่มตัวอย่างไว้ทบทวนที่บ้าน ซึ่งเป็นประโยชน์ในการไขข้อข้องใจเมื่อเกิดปัญหาหรือต้องการคำอธิบายหรือต้องการหาความรู้บางอย่าง เพื่อให้ได้คำตอบอย่างรวดเร็ว และสามารถศึกษาได้ด้วยตนเอง 3) ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างต้องใช้เทคนิคการกำกับตนเองปฏิบัติที่บ้าน โดยขั้นตอนการติดตามตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้สังเกตอาการหืดกำเริบในตอนกลางวัน-กลางคืน อาการหอบที่ต้องมาพ่นยาที่แผนกฉุกเฉิน การใช้ยาพ่นขยายหลอดลม ติดตามการวัดสมรรถภาพปอดด้วยการเป่า Peak flow meter ทุกวัน ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติ คือ ควบคุมการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ ฝึกการบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย การควบคุมและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การควบคุมความเครียดและสภาวะอารมณ์ การจัดการเมื่อมีอาการหืดกำเริบ โดยบันทึกสังเกตอาการและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลงในแบบบันทึกการปฏิบัติจัดการตนเองที่ผู้วิจัยแจกให้ ขั้นตอนการประเมินตนเอง กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบพฤติกรรมที่ปฏิบัติกับเป้าหมายซึ่งกำหนดไว้ด้วยตนเอง เป็นจำนวนครั้งของการปฏิบัติกิจกรรม ขั้นตอนการเสริมแรงตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมได้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาการหืดกำเริบลดลง ค่าความเร็วลมในปอดเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรม ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเหล่านี้จะเป็นแรงเสริมจากภายในตัวเอง และบางคนจะให้แรงเสริมแก่ตนเองเป็นสิ่งที่หรือกิจกรรม เช่น

รับประทานอาหารที่ชอบ ไปเที่ยวตลาดในตัวอำเภอ ไปเยี่ยมญาติที่ต่างจังหวัด 4) ขั้นตอนการติดตามและการประเมินผล ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งตั้งเป้าหมายใหม่หรือการปรับเป้าหมายของการปฏิบัติให้มากขึ้นในสัปดาห์ถัดไป เพื่อมุ่งใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ

ในสัปดาห์แรกกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ติดตามตนเองในทุกกิจกรรม โดยเริ่มจากกิจกรรมที่เป็นปัญหาหลัก เช่น ในรายที่ล้มพ่นยาสแตียรอยด์บ่อย ๆ จะให้บันทึกการพ่นยาสแตียรอยด์ทุกวัน เพื่อใช้ในการติดตามและเตือนตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นจนชำนาญและเกิดความเคยชิน จึงเพิ่มการปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ ต่อไป นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการเสริมแรงในลักษณะของการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ติดตาม เป็นการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการจัดการตนเองที่เกิดขึ้น ทบทวนพฤติกรรมจัดการตนเอง และการนัดหมายครั้งต่อไป การกระตุ้นเตือน ด้วยวิธีนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือดีขึ้น²⁰

ระยะติดตามผลที่ 4 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองต่ำกว่า ทั้งในระยะหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเสร็จสิ้นที่ 3 เดือน และในระยะติดตามผลที่ 5 เดือน ซึ่งเป็นปัญหาที่อาจพบได้ในการปรับพฤติกรรม คือ การคงอยู่ของพฤติกรรม หลังจากพฤติกรรมเป้าหมายนั้นได้เปลี่ยนไปแล้ว พบว่า พฤติกรรมเป้าหมายเหล่านั้นมักจะเกิดขึ้นในระยะเวลาหนึ่งแล้วจะค่อย ๆ หายไปหรือเกิดขึ้นในเฉพาะสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงเท่านั้น เพราะสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันของเราเปลี่ยนแปลงไปทุกวัน สิ่งเร้าภายนอกจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ถ้าบุคคลมีทักษะในการควบคุมตนเองในระดับต่ำ สิ่งเร้าภายนอกย่อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้นมากนั่นเอง²¹ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้านการใช้ยาและการติดตามการรักษา ด้านการจัดการเมื่อมีอาการกำเริบ ด้านการพักผ่อนนอนหลับ และด้านการ

รับประทานอาหาร ยังคงมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการออกกำลังกาย ลดลงในระยะติดตามผลที่ 4 เดือน เนื่องจากโรคหืดมีลักษณะเด่นคือ มีภาวะหลอดลมไวผิดปกติ เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น จะสามารถทำให้เกิดหลอดลมตีบลงได้ มักจะมีอาการเป็นบางฤดูกาล²² ซึ่งช่วงที่ศึกษาสภาพภูมิอากาศของเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคมของภาคใต้เป็นช่วงที่ฝนตกชุกและพายุลมแรง ประกอบกับส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และค้าขาย ซึ่งยังคงประกอบอาชีพตามปกติ สถานที่ทำงานอยู่ในที่โล่ง ไม่มีที่กำบัง การหลบหลีกจะทำได้ยาก จึงทำให้ต้องสัมผัสกับ ฝุ่นละออง ละอองฝน คิวบุนหรืออยู่ตลอด และจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ อีกทั้งความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลกระทบต่อโรคทางกาย ทำให้อาการของโรคกำเริบและรุนแรงขึ้นได้²³ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าจะไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้จากภัยธรรมชาติที่เกิดขึ้นตลอดทั้งเดือนพฤศจิกายน ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้ อีกทั้งผู้วิจัยมีการส่งเสริมการจัดการตนเองให้กลุ่มตัวอย่างในระยะเวลานั้น ๆ เพียง 3 เดือน ผู้วิจัยไม่ได้กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมต่อเนื่องเป็นระยะ เพียงติดตามประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง จึงมีกลุ่มตัวอย่างเพียงบางคนที่ยังคงปฏิบัติกิจกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องทุกวัน มีการติดตามอาการของตนเอง โดยการจดบันทึกอาการที่ดื่บกำเริบ การใช้ยาและประเมินสมรรถภาพปอดของตนเองทุกวัน และมีกิจกรรมที่ปฏิบัติจนเป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น การฝึกหายใจ ออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงและจัดการกับสิ่งกระตุ้นภายในบ้าน การพกพวยชยาหลอดลม สวมหน้ากากกันฝุ่น เพราะตระหนักและเล็งเห็นแล้วว่า พฤติกรรมเหล่านั้นมีประโยชน์ ทำให้อาการของโรคหืดดีขึ้น

ส่วนระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืดภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเสร็จสิ้นที่ 3

เดือน ระยะติดตามผลที่ 4 เดือน และ 5 เดือน ดีกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งก่อนการทดลองผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สามารถควบคุมโรคหืดได้บางส่วน (ร้อยละ 68.4) และไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้ทั้งหมด (ร้อยละ 31.6) โดยประเมินจากแบบประเมินการควบคุมโรคหืด ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเสร็จสิ้นที่ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมโรคหืดได้ทั้งหมดเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 15.8) จากการนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืด สามารถนำไปสู่การควบคุมโรคหืดได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในหน่วยงานเวชปฏิบัติครอบครัวต่อการควบคุมโรคหืดและคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคหืดได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)²⁴ แต่ในระยะติดตามผลที่ 4 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมโรคหืดไม่ได้กลับเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 36.8) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 คน ที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากช่วงที่ศึกษาสภาพภูมิอากาศของเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคมของภาคใต้ เป็นช่วงที่ฝนตกชุก กลุ่มตัวอย่างยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรมและค้าขายตามปกติ แม้จะสวมเสื้อกันฝนเพื่อป้องกันแล้ว แต่ร่างกายไม่ได้รับความอบอุ่นที่เพียงพอ และสภาพอากาศที่ชื้นตลอดเวลาสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการหืดกำเริบรุนแรงขึ้นมาได้²⁵ ส่วนระยะติดตามผลเดือนที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมโรคได้ทั้งหมดเท่ากับระยะติดตามผลที่ 4 เดือน (ร้อยละ 36.8) และมีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้บางส่วนเพิ่มขึ้นจากรยะติดตามผลที่ 4 เดือน (ร้อยละ 57.9) ซึ่งจะเห็นว่า กระบวนการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว จากประสบการณ์ที่ผ่านมา จะเป็นแรงจูงใจและเป็นแรงเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความพยายามที่จะควบคุมโรคให้ได้อีกครั้ง

สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดนี้ สามารถส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งนำไปสู่ความสามารถในการควบคุมโรคหืดได้ แม้ในขณะที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจเกิดความยุ่งยาก เนื่องจากความเคยชินกับการดำเนินชีวิตมาในระยะยาว มีปัญหาและอุปสรรค ทำให้หมดกำลังใจ เบื่อหน่ายชีวิต และยุติพฤติกรรมที่เหมาะสมเหล่านั้นได้ ทั้งนี้ต้องอาศัยการเสริมแรงที่จะกระตุ้นให้บุคคลเล็งเห็นคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นวิจัยแบบกลุ่มเดียว เนื่องจากประชากรที่ศึกษามีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบการวิจัยเป็นแบบวัดซ้ำ เพื่อลดข้อเสียของการไม่มีกลุ่มควบคุม และไม่ใช้การสุ่ม ซึ่งจะเพิ่มความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการจัดการตนเองไปใช้การดูแลผู้ป่วยโรคหืด โดยมีการปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมให้เข้ากับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลไปยังหน่วยปฐมภูมิ ในการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อเสริมแรงให้กับผู้ป่วย โดยชี้ให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง
2. ควรศึกษาซ้ำโดยเพิ่มกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาที่คอยให้คำแนะนำ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Asthma Fact sheet NO 307**[online] 2008 [2008 Dec 18]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/index.html>.
2. กิตติพงษ์ มณีโชติสุวรรณ. ความรู้เกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจ: โรคหอบหืด โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังและถุงลมโป่งพอง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2549.
3. Fitzpatrick MF, Engleman H, Whyte KF, Deary IJ, Shapiro CM, Douglas NJ. **Morbidity in nocturnal asthma: sleep quality and daytime cognitive performance** [online] 1991 [cited 2009 Jan 27]. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=463276>.
4. Douglas NJ. **Nocturnal Asthma** [online] 1993 [cited 2009 Jan 27]. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=464281&blobtype=pdf>.
5. วัชรานุกูลสวัสดิ์. ปัญหาของการรักษาโรคหืด. *วารสารวัณโรคโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต* 2549; 26: 233-4.
6. อันยาภรณ์ โพธิ์ถาวร. ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 2550; 27(3): 1-22.
7. นิธินาถ เอื้อบัณฑิต. ผลลัพธ์ของการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคหืด ณ ศูนย์สาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยพยาบาลเภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
8. สุณี เลิศสินอุดม. โรคหืดและ Pitfall ของการรักษา (ตอนที่ 1). *คลินิก* 2006; 261(22): 741-53.
9. Clark NM, Nothwehr F. Self-management of asthma by adult patients. **Patient Educ. Couns** [online] 1997; 32: 5-20.
10. Kanfer FH. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. **Helping People Change: Textbook of Methods**. 2nd ed. New York: Pergamon Press; 1980.
11. Koch T, Jenkin P, Kralik D. Chronic illness self-management: Locating the "self". **J Adv Nurs** [online] 2004; 48(5): 484-92.
12. Cohen J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
13. สุขภาพ ทัพย์สีนวล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วยโรคหืด. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2547; 22(4): 237-47.
14. เครือข่ายโรคหืดแบบง่าย. **สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคหืด**. กรุงเทพฯ: บริษัทแก๊สโซลมิทโคลสันประเทศไทย จำกัด; 2552.
15. มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย. **สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคหืด**. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคหืดแห่งประเทศไทย; 2550.
16. จุฬารัตน์ คำพานุฑย์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองอาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และควมวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
17. สมพร พงศ์ชู. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อไวรัสโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต; 2550.
18. Christensen AJ, Wiebe JS, Moran PJ, Ehlers SL, Lawton WJ. Effect of a Behavioral Self-regulation Intervention on patient Adherence in Hemodialysis. **Health Psychol** 2002; 21(4): 393-7.

19. Karoly P, Kanfer FH. **Self-management and Behavior Change From Theory to Practice.** New York: Pergamon Press; 1982.
20. นรรัตน์ สมเพชร, ชิตชนก เรือนก้อน และ อัญชลี เพิ่มสุวรรณ. ผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก. **สงขลานครินทร์เวชสาร** 2550; 25(2): 89-97.
21. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับปรุงกิจกรรม.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
22. Global initiative for asthma. **Global strategy for asthma management and prevention updated 2007** [online] 2008 [cited 2008 Jun 9]. Available from <http://www.ginasthma.com/Guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intld=60>.
23. ผ่องศรี ศรีมรกต. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: โอกรูปเพรส; 2551.
24. Thoonen BPA, Schermer TRJ, Boon GVD, Molema J, Folgering H, Akkermans R.P, et al. Self-management of asthma in general practice, asthma control and quality of life: a randomized controlled trial. **Thorax** 2002; 58(1): 30-36.
25. ณีภูริกา แซ่แต่. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใต้เหตุการณ์ไม่สงบของพื้นที่ชายแดนใต้. **สงขลานครินทร์เวชสาร** 2552; 27(5): 359-68.