

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหืด
 - ความหมายของโรคหืด
 - ปัจจัยเสี่ยงสำหรับโรคหืด
 - การวินิจฉัยโรค
 - การจำแนกความรุนแรงของโรคหืด
 - การรักษา
 - การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ
2. การให้ความรู้ด้านสุขภาพ
 - รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ
 - ความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหืด
 - การให้ความรู้ด้านสุขภาพ
 - การให้ความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหืด
 - การดูแล
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ
4. แนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิต
 - ความหมาย
 - องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - การประเมินคุณภาพชีวิต
 - ผลกระทบของโรคหืดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหืด
 - งานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหืด

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหืด

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคหืดนั้น ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาความหมายของโรคหืด ปัจจัยเสี่ยงสำหรับโรคหืด การวินิจฉัยโรค การจำแนกความรุนแรงของโรคหืด การรักษา และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความหมายของโรคหืด

โรคหืด (asthma) เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้เยื่อผนังหลอดลมของผู้ป่วยโรคหืดมีการตอบสนองต่อสารภูมิแพ้ และสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ เซลล์สำคัญที่ทำให้เกิดการอักเสบ คือ แมสเซลล์ (mast cells) อีโอซิโนฟิลล์ (eosinophils) และที เซลล์ (T-cell) แทรกอยู่ทั่วไปในบริเวณผนังหลอดลมปล่อยสารซึ่งทำให้เกิดการทำงานหลายชนิดที่ทำให้เกิดการอักเสบ เช่น ฮิสตามีนออกมา ทำให้การอักเสบของหลอดลมรุนแรงยิ่งขึ้น เยื่อเมือกบวมและต่อมน้ำเมือกเพิ่มจำนวนมากขึ้น กล้ามเนื้อเรียบจะหนาขึ้นเกิดการหดเกร็งทำให้ท่ออากาศตีบแคบ มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีด หอบเหนื่อย ผู้ป่วยโรคหืดบางรายอาจมีอาการไอเป็นสำคัญ บางรายจะมีอาการกำเริบในตอนกลางคืนระหว่างเวลา 01.00 น.- 04.00 น. (คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2537; ไพบูลย์, 2545; ราพรรณ, 2542; วันชัย, 2542; สมเกียรติ และชัยเวช, 2542; สมจิต และปานจิตร, 2536; สุขชัย, 2543; Dahl & Bjerner, 2000; Woolcock & Peat, 1995) โรคหืดเป็นโรคที่มีความแตกต่างจากโรคปอดอุดกั้นอื่นที่การอุดกั้นส่วนมากจะกลับมาเป็นปกติได้เกือบทั้งหมดหรือทั้งหมด และความสามารถในการทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซเป็นปกติ (นันทา และสมชัย, 2541; Mackin & Bullock, 2000; Sheffer, 1991)

ปัจจัยเสี่ยงสำหรับโรคหืด

ประกอบด้วย 2 ประการ คือ

1. ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหืด ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ปัจจัยพื้นฐาน เกี่ยวกับพันธุกรรม ได้แก่ เพศ วิจัยรุ่นเพศชายมีโอกาสการพัฒนาการเกิดโรคหืดมากกว่าเพศหญิง และวัยก่อนวัยรุ่น พบอัตราส่วนการเป็นโรคหืดของเพศชายต่อเพศหญิง 2: 1 ส่วนในผู้ใหญ่ผู้หญิงจะเป็นมากกว่าผู้ชาย (Dodge & Burrows, 1990) ผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ร้อยละ 5-15 มีโอกาสที่จะเป็นโรคหืด (อดิศร, อิโรชิ, และสุวัฒน์, 2546) พบความชุกของโรคหืดในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหืดมากกว่าครอบครัวที่ไม่เป็นโรคหืด (พูนเกษม, 2545) 2) ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ สารก่อภูมิแพ้ต่าง ๆ เช่น ไรฝุ่น เชื้อรา แมลงสาป ละอองเกสร ยาแอสไพริน และสารที่ทำให้เกิดโรคหืดในที่ทำงาน

3) ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ อาหารบางชนิด การติดเชื้อในทางเดินหายใจ การสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่ มลพิษทางอากาศทั้งภายนอกและภายในอาคาร เป็นต้น

2. ปัจจัยที่กระตุ้นให้เริ่มอาการกำเริบฉับพลัน ได้แก่ สารก่อภูมิแพ้ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงของอากาศ มลพิษในอากาศ เป็นต้น (สมเกียรติ และชัยเวช, 2542; สมเกียรติ, 2544 ก.)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคหืดมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาสาเหตุ หรือปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดอาการกำเริบ และนำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้ในการป้องกันรักษาผู้ป่วยโรคหืดอย่างมีประสิทธิภาพ (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2541) สามารถวินิจฉัยได้จาก

1. ประวัติ ผู้ป่วยโรคหืดมักจะมีประวัติไอ โดยมากเป็นไอแห้ง ๆ แน่นหน้าอก มีอาการเหนื่อยง่ายหายใจลำบาก ได้ยินเสียงหวีดในทรวงอกเมื่อมีอาการกำเริบ หรือเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น เกิดอาการหายใจลำบาก หายใจไม่เต็มอิ่ม โดยที่อาการดังกล่าวเกิดขึ้นเป็นพัก ๆ หายเป็นปกติในบางช่วง หรืออาจหายได้เมื่อได้รับยาขยายหลอดลม สำหรับผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่ได้รับการรักษา หรือควบคุมอาการไม่ดีจะมีอาการกำเริบเกิดขึ้นตอนกลางคืน (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2541; อติสร และคณะ, 2546)

2. การตรวจร่างกาย โรคหืดไม่สามารถตรวจพบได้ถ้าไม่มีอาการกำเริบรุนแรง (Vollmer et al., 1999) แต่ในขณะที่ผู้ป่วยโรคหืดมีอาการกำเริบ การตรวจทางระบบการหายใจพบว่า มีอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ได้ยินเสียงหวีด หรือเสียงเสมหะ (rhonchi) จากปอดทั้งสองข้าง (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2541)

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การวัดการอุดกั้นของทางเดินหายใจด้วยเครื่องมือวัดสมรรถภาพปอด หรือมาตรวัดหายใจ (spiro meter) ค่าที่ได้จะเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับอายุ และความสูงของผู้ป่วยโรคหืดแต่ไม่ขึ้นกับน้ำหนัก เช่น การวัดปริมาตรอากาศหายใจออกใน 1 วินาทีแรก (forced expiratory volume in one second: FEV₁) ค่าปกติ 3.2 - 4 ลิตร หรือการวัดอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก (peak expiratory flow: PEF) ด้วยเครื่องวัดความเร็วสูงสุดของลม (peak flow meter) ค่าปกติคือ 500-700 ลิตร/นาที่ในผู้ชาย และ 380-500 ลิตร/นาที่ในผู้หญิง (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2541)

การจำแนกความรุนแรงของโรคหืด

การจำแนกความรุนแรงของโรคหืด ขึ้นอยู่กับสมรรถภาพการทำงานของปอด อาการทางคลินิก จำนวนและขนาดของยาที่ใช้ (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2541; สุขชัย, 2543; Dahl & Bjermer, 2000; Mackin & Bullock, 2000) แบ่งได้เป็น 4 ระดับ คือ

ระดับ 1 ผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการนาน ๆ ครั้ง (intermittent asthma) ผู้ป่วยโรคหืดในกลุ่มนี้จะมีอาการหอบหืดเกิดขึ้นน้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวนครั้งของการหอบหืดในเวลากลางคืนต่ำกว่า 2 ครั้งต่อเดือน มีอาการกำเริบช่วงสั้น ๆ ช่วงที่ไม่มีอาการกำเริบ ไม่มีอาการและสมรรถภาพของปอดปกติ การตรวจสมรรถภาพการทำงานของปอดพบว่า ค่าอัตราไหลสูงสุดของอากาศหายใจออก หรือค่าปริมาตรอากาศหายใจออกเต็มที่หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ใน 1 วินาทีแรก มีค่าสูงตั้งแต่ร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐานขึ้นไป มีความผันผวนของค่าอัตราไหลสูงสุดของอากาศหายใจออก หรือค่าปริมาตรอากาศหายใจออกเต็มที่หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ใน 1 วินาทีแรก ในช่วงวันต่ำกว่าร้อยละ 20

การรักษาที่ควรได้รับ ใช้ยาเสริมฤทธิ์เบต้าทูที่ออกฤทธิ์เร็วและระยะสั้นชนิดสูดพ่น (short action β_2 - agonist) เมื่อมีอาการเป็นครั้งคราว แต่น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (สุณี, 2546)

ระดับ 2 ผู้ป่วยโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงน้อย (mild persistent asthma) ผู้ป่วยโรคหืดในกลุ่มนี้ จะมีอาการหอบหืดเกิดขึ้น 1 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า แต่น้อยกว่า 1 ครั้งต่อวัน หรือมีจำนวนครั้งของการหอบหืดในเวลากลางคืนมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน อาการกำเริบมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนของผู้ป่วยโรคหืด การตรวจสมรรถภาพของปอดพบว่าค่าอัตราไหลสูงสุดของอากาศหายใจออก หรือค่าปริมาตรอากาศหายใจออกเต็มที่หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ใน 1 วินาทีแรก มีค่าสูงตั้งแต่ร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐานขึ้นไปและมีความผันผวนของค่าอัตราไหลสูงสุดของอากาศหายใจออก หรือค่าปริมาตรอากาศหายใจออกเต็มที่หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ใน 1 วินาทีแรก ในช่วงวันอยู่ระหว่างร้อยละ 20-30

การรักษาที่ควรได้รับ ใช้ยาเสริมฤทธิ์เบต้าทูที่ออกฤทธิ์เร็วและระยะสั้นชนิดสูดพ่น เมื่อมีอาการเป็นครั้งคราวแต่ใช้ไม่มากกว่า 3-4 ครั้งต่อวัน ใช้ยาสูดพ่นป้องกันอาการกำเริบเป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อต้านการอักเสบทุกวัน (สุณี, 2546)

ระดับ 3 ผู้ป่วยโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงปานกลาง (moderate persistent asthma) ผู้ป่วยโรคหืดในกลุ่มนี้มีอาการหอบทุกวัน หรือมีอาการหอบตอนกลางคืนมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ อาการกำเริบมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนของผู้ป่วยโรคหืด การตรวจสมรรถภาพการทำงานของปอดพบว่า ค่าอัตราไหลสูงสุดของอากาศหายใจออก หรือค่าปริมาตรอากาศหายใจออกเต็มที่หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ใน 1 วินาทีแรก มีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 60-80 ของค่ามาตรฐาน

และมีความผันผวนของค่าอัตราไหลสูงสุดของอากาศหายใจออก หรือค่าปริมาตรอากาศหายใจออกเต็มที่หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ใน 1 วินาทีแรกในช่วงวันมากกว่าร้อยละ 30 ผู้ป่วยโรคหืดจำเป็นต้องใช้ยาเสริมฤทธิ์เบต้าทูที่ออกฤทธิ์เร็วและระยะสั้นชนิดสูดพ่นทุกวัน

การรักษาที่ควรได้รับ ใช้ยาเสริมฤทธิ์เบต้าทูที่ออกฤทธิ์เร็วและระยะสั้นชนิดสูดพ่น เมื่อมีอาการเป็นครั้งคราวแต่ใช้ไม่มากกว่า 3 – 4 ครั้งต่อวัน ใช้ยาสูดพ่นป้องกันอาการกำเริบเป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อต้านการอักเสบทุกวัน (สุณี, 2546)

ระดับ 4 ผู้ป่วยโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงมาก (severe persistent asthma) ผู้ป่วยโรคหืดในกลุ่มนี้มีอาการหอบตลอดเวลา หอบตอนกลางคืนบ่อย ๆ รวมทั้งมีอาการกำเริบบ่อย กิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหืดถูกจำกัดด้วยอาการหอบ การตรวจสอบสมรรถภาพของปอดพบว่า ค่าอัตราไหลสูงสุดของอากาศหายใจออก หรือค่าปริมาตรอากาศหายใจออกเต็มที่หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ใน 1 วินาทีแรก มีค่าตั้งแต่ร้อยละ 60 ของค่ามาตรฐานลงไป และมีความผันผวนของค่าอัตราไหลสูงสุดของอากาศหายใจออก หรือค่าปริมาตรอากาศหายใจออกเต็มที่หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ใน 1 วินาทีแรกในช่วงวันมากกว่าร้อยละ 30 ใช้ยาเสริมฤทธิ์เบต้าทูที่ออกฤทธิ์เร็วและระยะสั้นชนิดสูดพ่น เมื่อมีอาการมากกว่า 4 ครั้งต่อวัน

การรักษาที่ควรได้รับ ใช้ยาเสริมฤทธิ์เบต้าทูที่ออกฤทธิ์เร็วและระยะสั้นชนิดสูดพ่น เมื่อมีอาการ ใช้ยาสูดพ่นป้องกันอาการกำเริบเป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อต้านการอักเสบทุกวัน ร่วมกับการกินยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตอรรอยด์ (สุณี, 2546)

การจำแนกความรุนแรงของโรคหืด เมื่อพบอาการแสดงข้อใดข้อหนึ่งที่ระบุไว้ถือว่าอยู่ในระดับความรุนแรงนั้น ๆ ได้ (สุณี, 2546) ร่วมกับการวัดสมรรถภาพปอด ความผันผวนของค่าอัตราไหลสูงสุดของอากาศหายใจออก หรือค่าปริมาตรอากาศหายใจออกเต็มที่หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ใน 1 วินาทีแรก และความไวของหลอดลม ซึ่งเอามาพิจารณาร่วมกัน ในทางปฏิบัติมักจะพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่จะใช้อาการของผู้ป่วยในการประเมินความรุนแรงของโรคหืด (วัชร, 2540; สุณี, 2546)

การรักษา

เป้าหมายของการรักษาโรคหืดคือ สามารถควบคุมอาการของโรค ป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค ยกเว้นสมรรถภาพการทำงานของปอดของผู้ป่วยโรคหืดให้ดีทัดเทียมกับคนปกติหรือให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เหมือนคนปกติ หลีกเลี่ยงผลแทรกซ้อนจากยารักษาโรคหืด ป้องกันการเกิดภาวะหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ป้องกันหรือลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากโรคหืด (สุชัย, 2543; สุณี, 2546) ผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่แรก

จะช่วยลดอัตราความพิการ และอัตราเสียชีวิตจากโรคหืดได้ (Haahetela, 2002) แพทย์สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยโรคหืด (Lim, 2002) เนื่องจากโรคหืดมีอาการเปลี่ยนแปลงได้มาก การรักษาจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนตามอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลง และตามแต่ลักษณะของผู้ป่วยโรคหืดแต่ละคน (วิศิษฐ์, 2544)

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืดจำแนกออกจากกันได้เป็นสองกลุ่ม (วันชัย, 2544; สมาคมออร์เวจซ์แห่งประเทศไทย, 2541) ที่มีการใช้แตกต่างกันคือ

1. ยาที่ใช้ป้องกันอาการกำเริบ เป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อต้านการอักเสบ (antoinflammatory agent) ยาที่ใช้มากที่สุดคือ คอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) ยาหลักในการรักษาโรคหืด คือ คอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดดม ยาในกลุ่มนี้สามารถควบคุมการอักเสบในหลอดลมลดลงเมื่อได้รับยานานพอจะทำให้เซลล์เยื่อหลอดลมที่เคຍหลุดลอกไปกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ และคอร์ติโคสเตียรอยด์มีผลยับยั้งต่อเซลล์ต่าง ๆ ที่มีผลทำให้เกิดโรคหืดและเซลล์ที่ก่อให้เกิดการอักเสบ การใช้ยาดังกล่าวเป็นเวลานานพอสมควรจะทำให้อาการของโรคดีขึ้น อาการข้างเคียงของยาที่พบได้แก่ 1) เกิดเชื้อราในช่องปากและลำคอ สามารถหลีกเลี่ยง หรือลดการเกิดเชื้อราได้โดยการใช้ทอพัทยา และกลั้วคอก่อนน้ำบ้วนปากทุกครั้งหลังจากพ่นยา 2) เสียงแหบ พบได้ร้อยละ 30 ของผู้เข้า เกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อกล่องเสียง อาการไม่รุนแรงและจะหายไปได้หลังจากหยุดยา 3) การไอ และอาการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้หลอดลมหดเกร็งซึ่งเกิดจากสารที่นำยาเข้าหลอดลมในกระบอกพ่นยา เมื่อเปลี่ยนไปใช้ยาสูดพ่นชนิดผง จะทำให้อาการหายไปได้ (ไพบูลย์, 2545, สมเกียรติ, 2544 ข., สิทธิเทพ, 2545)

2. ยาที่ใช้รักษาเมื่อเกิดอาการกำเริบขึ้น เป็นยาขยายหลอดลม ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ป้องกันและรักษาอาการหดเกร็งของหลอดลมที่เกิดขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและทำให้หลอดลมขยายตัวไม่มีผลในการลดการอักเสบของหลอดลมได้แก่ ยาเสริมฤทธิ์เบต้าทู (β_2 - agonist) เป็นยาขยายหลอดลมที่ดีที่สุด และเป็นยาหลักในการบรรเทาอาการของโรคหืดทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว มีฤทธิ์ในการยับยั้งสารนำให้เกิดการทำงานของแมสเซลล์ และช่วยเพิ่มอัตราชำระมูกด้วยขนกวัด ซึ่งยามีทั้งรูปแบบยากิน ยาฉีด และยาพ่น การรับประทานยาเสริมฤทธิ์เบต้าทูเป็นที่นิยม เพราะราคาถูก กินง่าย แต่มีอาการข้างเคียงมาก คือ ใจสั่น มือสั่น ภาวะวุ่นวาย นอนไม่หลับ อาเจียน มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งต้องระวังในผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นเบาหวาน สำหรับผู้ป่วยโรคหืดที่มีภาวะธัยรอยด์เป็นพิษร่วมด้วยจะทำให้ยาออกฤทธิ์ได้ผลไม่เต็มที่ และการใช้ยาพ่นยาเสริมฤทธิ์เบต้าทูจะได้ผลดีมาก ยาออกฤทธิ์เร็ว มีประสิทธิภาพสูง เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่ำ และมีราคาต่อครั้งถูกกว่าเมื่อให้รับประทานหรือฉีด ยาในกลุ่มนี้ที่รู้จักกันดีได้แก่ ซัลบูตามอล (salbutamol) และเทอร์บูทาไลน์ (terbutaline) (วิศิษฐ์, 2544, สิทธิเทพ, 2545)

การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่อาการของโรคมักรุนแรงและระยะกำเริบ (ชัยเวช, 2542) การเรียนรู้เท่าทันธรรมชาติของโรค ซึ่งมีลักษณะจำเพาะจะช่วยให้สามารถหาวิธีป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบ เพื่อลดอันตราย และสามารถอยู่ร่วมกับภาวะเจ็บป่วยได้ (สุรเกียรติ, 2546) สำหรับผู้ป่วยโรคหืด การดูแลตนเองด้วยการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบรุนแรงเป็นสิ่งจำเป็น ประกอบด้วย การปฏิบัติตัวด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ

1. ด้านอาหาร ผู้ป่วยโรคหืดควรรับประทานอาหารที่เป็นการฟื้นฟูสุขภาพ ดังนี้คือ อาหารรสจืด มีคุณค่าทางอาหารและวิตามินสูง ควรรับประทานอาหารประเภทผลไม้ ผักสด และ ธัญพืชต่าง ๆ เพิ่มขึ้น รับประทานอาหารปริมาณน้อยแต่หลายมื้อ และดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อทดแทน ภาวะขาดน้ำ สำหรับผู้ป่วยโรคหืดที่มีเสมหะข้นเหนียวต้องกระตุ้นให้ดื่มน้ำ 3,000-4,000 มล./วัน ช่วยให้เสมหะเหลวขับออกมาได้ง่าย (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2541) ผู้ป่วยโรคหืดควรสังเกตตัวเอง และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการแพ้อาหาร เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบ ร้อยละ 90 ของอาหารที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบของโรคหืดคือ ไข่ นม ถั่วลิสง ถั่วเหลือง ถั่วชนิดต่าง ๆ ข้าวสาลี ปลา และหอย มักจะเป็นอาหารที่ประกอบด้วย โปรตีนเป็นส่วนใหญ่ (ณัฐสกล, 2544; สุขชัย, 2547) ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำเย็นที่ทำให้ เกิดแก๊สได้ง่าย อาหารที่เย็นหรือร้อนเกินไป อาหารที่มีกลิ่นแรง (จำพรธม, 2542) ไม่รับประทาน อาหารเย็นให้อิ่มมากเกินไป และงดอาหารมื้อก่อนนอน เพราะกระเพาะอาหารที่แน่นจะขึ้นไปดัน กระบังลมจนทำให้ช่องว่างในทรวงอกหดแคบลง ทำให้เกิดอาการกำเริบได้ (จำพรธม, 2542) ลด การรับประทานอาหารประเภทไขมันและแอลกอฮอล์

จากการทบทวนงานวิจัยและบทความที่เกี่ยวกับบทบาทของอาหาร ในด้านการ ป้องกันการเกิดอาการของโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยเดนนี่, ทอมป์สัน, และมาร์เก็ต (Denny, Thompson, & Margetts, 2003) พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่รับประทานอาหารที่อุดมไปด้วย ผลไม้ ผักสด มักจะไม่มีปัญหาของระบบทางเดินหายใจเนื่องจาก สารต้านอนุมูลอิสระที่พบเป็น จำนวนมากในผลไม้และผักสด มีการศึกษาของฮู และคัสซาโน (Hu & Cassano, 2000) ได้ศึกษาถึง บทบาทของสารต้านอนุมูลอิสระที่มีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินหายใจ ซึ่งสารต้านอนุมูล อิสระที่ศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย วิตามินซี วิตามินอี เบต้าแคโรทีน และซิลิเนียม พบว่า ระดับ ของสารต้านอนุมูลอิสระในเลือดมีความสัมพันธ์กับค่าการวัดปริมาตรอากาศหายใจออกใน 1 วินาที แรก (forced expiratory volume in one second: FEV₁) ที่แสดงสมรรถภาพการทำงานของปอด ระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ตรวจพบระดับของสารต้าน อนุมูลอิสระในเลือดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ และค่าการวัดปริมาตรอากาศหายใจออกใน 1 วินาที

แรกต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่ด้วย แสดงว่าระดับของสารต้านอนุมูลอิสระในเลือดสูง สมรรถภาพการทำงานของปอดดี สอดคล้องกับการศึกษาของโคเฮิน, นิวแมน, และนาฮัม (Cohen, Newman, & Nahum, 1997) เรื่องผลของวิตามินซีต่อการยับยั้งการเกิดอาการกำเริบจากการออกกำลังกายโดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดจำนวน 20 ราย อายุ 7-28 ปี โดยผู้ป่วยโรคหืดทุกรายต้องหยุดรับประทานยาทุกชนิดรวมถึงการสูบบุหรี่ 12 ชั่วโมงก่อนทำการทดสอบ และวัดสมรรถภาพการทำงานของปอด (pulmonary function test: PFT) ก่อนและหลังการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคหืดทั้ง 20 รายพบว่าหลังออกกำลังกายผู้ป่วยโรคหืดทุกรายมีการเปลี่ยนแปลงของค่า PFT ลดลงอย่างชัดเจน เมื่อแบ่งผู้ป่วยโรคหืดออกเป็น 2 กลุ่มโดยให้กลุ่มแรกรับประทานยาหลอก อีกกลุ่มให้รับประทานวิตามินซีจำนวน 2 กรัมก่อนการออกกำลังกาย 1 ชั่วโมง พบว่าหลังการออกกำลังกายกลุ่มที่ได้รับประทานยาหลอกมีค่า PFT ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับประทานวิตามินซี และจากการศึกษาของไซแมนท์ (ไซแมนท์ อ้างตาม สรจักร, 2544) ได้ทดลองให้ผู้ป่วยโรคหืดรับประทานอาหารรสเผ็ด สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ควบคู่กับการรักษาตามปกติ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และถุงลมอักเสบโป่งพองมีอาการดีขึ้น ไม่ต้องมาได้รับการรักษาบ่อย เกิดอาการกำเริบน้อยลง เนื่องจากอาหารเผ็ดร้อนบางชนิด เช่น พริก กระเพรา พริกไทย มีส่วนประกอบที่สำคัญคือ แคปไซซิน ช่วยลดความไวของปอด ลดการบวมของเซลล์หลอดลมใหญ่และเล็ก ลดการหดเกร็งกล้ามเนื้อรอบหลอดลม และมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาคล้ายยาขับเสมหะแผนปัจจุบัน ช่วยละลายเสมหะและกระตุ้นการขับเสมหะ ทำให้หายใจสะดวก

2. ด้านการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคหืดจำเป็นต้องมีการออกกำลังกายเพื่อรักษา ระดับของสุขภาพไว้ให้คงเดิมหรือเพิ่มขึ้น (Bannister, 1972 cited by Satta, 2000) แม้ว่าการออกกำลังกายจะเป็นปัจจัยกระตุ้นตัวหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ (Tan & Spector, 2002) แต่การออกกำลังกาย จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหืดรู้สึกว่าการเหนื่อยหอบจะเป็นน้อยลง เนื่องจากกล้ามเนื้อที่แข็งแรงต้องการออกซิเจนน้อยกว่า และทำงานมีประสิทธิภาพมากกว่า (วิจิตร, 2542)

การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอด ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเดิน (lower extremity training strength) เป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคปอด ทำให้ประสิทธิภาพในการเดินและความทนทานของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคปอดดีขึ้น ควรออกกำลังกาย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์และนานติดต่อกัน 20-30 นาที ชนิดของการออกกำลังกาย เช่น การเดิน จักรยานอยู่กับที่ ว่ายน้ำ เป็นต้น 2) การบริหารกล้ามเนื้อแขนขา และสะบัก (upper extremity training strength) เพื่อเพิ่มกำลังและความทนทานของกล้ามเนื้อ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพการหายใจดีขึ้นด้วย วิธีการออกกำลังกายที่นิยมใช้กันมี 2 วิธี คือ ปั่นจักรยานแขนที่ความเร็ว 50 รอบต่อนาทีเป็นเวลา 20-30 นาที โดย

อาศัยความล้าของกล้ามเนื้อแขนและอาการเหนื่อยเป็นตัวบ่งชี้จำกัด และวิธีการยกน้ำหนักโดยเริ่มจากน้ำหนักน้อย แล้วค่อย ๆ เพิ่มน้ำหนักขึ้นเป็นเวลา 20-30 นาทีโดยดูจากความล้าและอาการเหนื่อยเช่นเดียวกัน 3) การบริหารการหายใจ (breathing exercise หรือ ventilatory muscles training strength) เป็นการฝึกกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ผู้ป่วยโรคปอดส่วนใหญ่มักหายใจเข้า-ออกเร็วและแรง ใช้กล้ามเนื้อส่วนคอ ทรวงอกและไหล่ช่วยในการหายใจทำให้มีการใช้พลังงานในการหายใจสูง อากาศคงค้างในปอดสูง ดังนั้นควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคปอดฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อส่วนล่าง กล้ามเนื้อหน้าท้อง และกะบังลมอย่างผสมผสาน อาจทำได้โดยให้ผู้ป่วยโรคปอดนอนหงาย ชันเข่า วางถุงทรายตรงระดับสะดือ แล้วใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องดันถุงทรายให้ขึ้น-ลงตามจังหวะการหายใจเข้าออก การบริหารแบบอื่นที่อาจช่วยให้มีการบริหารกล้ามเนื้อของกะบังลม หรือหน้าท้องได้แก่ การเป่าลูกโป่ง หรือเป่าเปลวเทียน หลักในการบริหารการหายใจที่ถูกต้อง ได้แก่ การหายใจโดยใช้ส่วนของกล้ามเนื้อหายใจโดยเฉพาะที่กะบังลมให้มากที่สุด ตำแหน่งของกะบังลมควรอยู่ต่ำสุดในช่วงหายใจเข้าและอยู่สูงสุดในช่วงหายใจออก (ไพบูลย์, 2538) การปฏิบัติอย่างนี้จะทำให้กะบังลมแข็งแรง และกล้ามเนื้อกะบังลมจะช่วยปอดในการขยายและหดได้เป็นอย่างดี (วิจิตร, 2542)

มีการศึกษาของ ฮอลสแตน, เบสส์, และสโคอิน (Hallstrand, Bates, & Schoene, 2000) เรื่อง ผลของการฝึกการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการรุนแรงน้อยต่อการลดอาการกำเริบจากการออกกำลังกาย และการเพิ่มปริมาตรของการระบายอากาศจากการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการรุนแรงน้อยจำนวน 5 รายและผู้มีสุขภาพดีจำนวน 5 รายพบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการออกกำลังกายสามารถเพิ่มความแข็งแรงของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นเวลา 10 สัปดาห์ทั้งสองกลุ่ม ทำให้ปริมาตรของการระบายอากาศเพิ่มขึ้น และลดอาการกำเริบจากการออกกำลังกายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการรุนแรงน้อย มีการเปลี่ยนแปลงของค่า FEV₁ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับการใช้จ่ายขยายหลอดลม การเกิดอาการแสดงระหว่างวัน การเกิดอาการกำเริบตอนกลางคืนและอาการไอ หลังจากการฝึกการออกกำลังกายไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอ็มท์เนอร์, เฮราลา, และสตาลเคอ (Emtner, Herala, & Stalenheim, 1996) เรื่องการฝึกการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหืดโดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลา 10 สัปดาห์ พบว่าสมรรถภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มขึ้น ลดปริมาณการใช้จ่าย ลดจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และลดจำนวนวันที่ต้องหยุดโรงเรียน แต่ผลของการออกกำลังกายไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอดที่ชัดเจน แต่พบว่าผลรวมของการออกกำลังกายทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดดีขึ้น

ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหืด ก่อนการออกกำลังกาย ควรทำการอบอุ่นร่างกายก่อนอย่างน้อย 5-10 นาทีทุกครั้ง เพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกาย การออกกำลังกายควรทำอย่างช้า ๆ ไม่หักโหมจนเหนื่อยเกินไป เริ่มออกกำลังกายทีละน้อย ค่อย ๆ เพิ่ม ความถี่ของการออกกำลังกาย แล้วจึงเพิ่มระยะเวลาการออกกำลังกาย ลำดับสุดท้ายเป็นการเพิ่มความหนักของการออกกำลังกาย ใช้เวลาในการออกกำลังกายประมาณ 20-30 นาทีต่อครั้ง และทำ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ควรออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศปลอดโปร่ง ปราศจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ เช่น ควันท่อไอเสียรถยนต์ ควันไฟ เสื้อผ้าที่สบาย ระบายเหงื่อได้ดี และเมื่อสิ้นสุดการออกกำลังกายควรทำการผ่อนคลายร่างกายหลังการออกกำลังกายอย่างน้อย 5 นาที เพื่อปรับร่างกายให้เข้าสู่ภาวะปกติ (มงคล, 2541; วิจิตร, 2542; สุชาติ, 2542)

3. ด้านการพักผ่อนนอนหลับ การพักผ่อนและการนอนหลับมีความสำคัญต่อสุขภาพเพื่อคงความสมดุลของร่างกาย ทำได้หลายวิธี เช่น การอ่านหนังสือ การทำงานอดิเรก การพักระหว่างการทำงานในแต่ละวัน (วิภาวรรณ, 2543) รวมทั้งการนอนหลับซึ่งเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่มีความจำเป็นในการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย ช่วยบรรเทาอาการกำเริบของโรค และด้านจิตใจ ทำให้มีสมาธิ ควบคุมอารมณ์ได้ สมองปลอดโปร่งแจ่มใส (กองบรรณาธิการชีวิต, 2544) สำหรับผู้ป่วยโรคหืด การพักผ่อนนอนหลับที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ทำให้รู้สึกสบาย ผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ควรนอนหลับคืนละประมาณ 5-8 ชั่วโมง แต่หากมีอาการนอนไม่หลับ ควรปฏิบัติดังนี้ 1) เข้านอนและตื่นตรงเวลาทุกวันซึ่งจะทำให้เกิดความเคยชิน 2) ไม่งีบหลับในเวลากลางวัน 3) ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนนอนเพื่อให้ร่างกายอยู่ในสภาพผ่อนคลายและมีสมาธิดีขึ้น 4) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ออกกำลังกายภายใน 3 ชั่วโมงก่อนนอน 5) ไม่รับประทานอาหารมื้อเย็นมากเกินไป 6) หลีกเลี่ยงการดื่มสารกระตุ้น เช่น คาเฟอีน เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนนอน 7) เมื่อเข้านอนแต่นอนไม่หลับนานเกิน 30 นาทีให้ลุกขึ้นจากเตียงแล้วทำกิจกรรมซึ่งให้ความเพลิดเพลิน เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ และกลับมานอนใหม่เมื่อรู้สึกง่วงนอน (สมภพ, 2545)

4. ด้านการจัดการกับความเครียด ความเครียดเป็นความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายและจิตใจของตัวบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า หรือสถานการณ์อันไม่พึงปรารถนา (อัมพร, 2538) และเป็นประสบการณ์พื้นฐานของมนุษย์เกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัยไม่ว่าจะอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย โดยมีอิทธิพลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคคลเป็นอย่างมาก (ชอลดา, 2536) สำหรับผู้ป่วยโรคหืดความเครียดเป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงได้ จากการศึกษาของยูล (2541) และสมใจ (2531) พบว่า ความเครียดมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ส่งผลต่อการเกิดอาการกำเริบ หากผู้ป่วยโรคหืดไม่มีการจัดการกับความเครียดที่ดี

จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของตนเองได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของอดัม, สมิธ, และราฟฟิน (Adams, Smith, & Ruffin, 2000) พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดที่มีการจัดการกับความเครียดในระดับต่ำจะเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน และเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้น

วิธีการที่จะช่วยลดหรือป้องกันความเครียดและลดผลของความเครียดแบ่งออกได้เป็น 3 ด้านใหญ่ ๆ (เทอดศักดิ์, 2541; วิกาวรรณ, 2543; สมจิต, 2537) คือ 1) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือรูปแบบการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรู้จักบริหารเวลา รู้จักหาทางออกเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ รู้จักสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน ทำให้มีที่ปรึกษาและระบายเมื่อมีความทุกข์ รับประทานอาหารที่เหมาะสม งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา รู้จักออกกำลังกาย 2) ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตนเอง เช่น บุคลิกภาพที่เอาจริงเอาจังจนเกินไป ควรมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง ไม่ทำให้เหตุการณ์ปกติเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด มองโลกในแง่ดี ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น และเรียนรู้ข้อจำกัดของตนเอง 3) เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การผ่อนคลาย การทำสมาธิ การฝึกหายใจ การใช้จิตควบคุมการตอบสนองทางร่างกายและการควบคุมร่างกายของตนเองให้ผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ไปดูภาพยนตร์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือระบายความโกรธด้วยการออกกำลังกาย การขุดดินทำสวน ซึ่งการเลือกใช้วิธีการต่าง ๆ นั้นจะต้องรู้จักเลือกให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของยูล (2541) สุชาพร (2544) พบว่า การจัดการกับความเครียดที่ทำให้เกิดอาการ โมโห ตกใจ หงุดหงิด โดยใช้วิธีต่าง ๆ ดังนี้ คือ การทำจิตใจให้สงบ สวดมนต์ไหว้พระ ทำสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบรุนแรง และจากการศึกษาของสุนันทา, ไพลิน, และสมพร (2540) เรื่องผลของการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลาย ในการลดความเครียดและความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ภายหลังจากทดลองฝึกสมาธิ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลองฝึกสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

5. ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญคือ การคิดเชิงลบทางจิตใจส่วนบน และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว เช่น การเปลี่ยนแปลงของอากาศ อุณหภูมิ ความชื้น และสารก่อภูมิแพ้ต่าง ๆ (นันทา และสมชัย, 2541; สุชัย, 2547; Jenkins, 2002) ซึ่งจากการศึกษาของอภิรักษ์, วรุตม์, อธิก, สดภาพร, และรัตนภรณ์ (2543) เรื่องการศึกษาสารก่อภูมิแพ้โดยการทดสอบทางผิวหนังในผู้ป่วยโรคหืด จากผู้ป่วยโรคหืดหืดจำนวน 180 คน พบว่าผู้ป่วยโรคหืดให้ผลบวกต่อการทดสอบ 171 ราย คิดเป็นร้อยละ 95 ผลบวกต่อสารภูมิแพ้ที่พบได้

บ่อยที่สุดคือ ไรฝุ่น เชื้อราผสม แมลงสาป เกสรหญ้า ควันบุนทรีย์ นุ่น กระจินณรงค์ เกสรวัชพืช รา *alternaria* รังแคแมว และรังแคสุนัข การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ (สมบัติ, 2545) มีดังนี้

5.1 ไรฝุ่นบ้าน อาศัยอยู่บนที่นอน การสัมผัสหรือสูดละอองตัวไรฝุ่นเข้าสู่ระบบการหายใจ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบ วิธีป้องกันโดยซักเครื่องนอนเช่น ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนในน้ำร้อนที่มีอุณหภูมิสูง 60 องศาเซลเซียสนาน 30 นาที จะสามารถฆ่าไรฝุ่นได้ ร่วมกับการนำเครื่องนอนไปผึ่งแดด ควรทำความสะอาดบ้านให้โปร่งและปราศจากฝุ่นโดยใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดทำความสะอาด ใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกขณะทำความสะอาด ไม่ควรใช้ไม้ขีดฝุ่น เพราะจะทำให้ฝุ่นฟุ้งกระจายมากขึ้น หลีกเลี่ยงการปูพรมในห้องนอน การใช้เครื่องเรือน ของเล่นที่ประกอบด้วยนุ่นหรือสำลี

5.2 สารก่อภูมิแพ้จากละอองเกสรหญ้าและสปอร์เชื้อรา สำหรับประเทศไทย เดือนตุลาคมถึงกุมภาพันธ์ของทุกปี เป็นฤดูที่มีการกระจายตัวของเกสรหญ้ามาก ควรปิดประตูหน้าต่างเพื่อป้องกันละอองเกสรหญ้าจากภายนอก หรือติดเครื่องปรับอากาศ เครื่องฟอกอากาศที่มีระบบฟอกอากาศอาจลดปริมาณละอองเกสรหญ้าลงได้ ควรตากผ้าไว้ในบ้านเพื่อป้องกันละอองเกสรหญ้าและสปอร์เชื้อราอาจล่องลอยมาเกาะ ใช้น้ำยาพ่นฆ่าหรือกันเชื้อราในบริเวณที่พบเชื้อราอยู่มาก

5.3 สารภูมิแพ้จากแมลงสาป ควรทำความสะอาดบ้านเรือน กำจัดขยะและเศษอาหารภายในบ้านทุกวัน เพื่อไม่ให้เป็นที่แหล่งเพาะพันธุ์แมลงสาป อาจพิจารณาใช้ยาฆ่าแมลง หรือจ้างผู้เชี่ยวชาญในการกำจัดแมลง เข้ามานัดยกำจัดแมลงในบ้านเป็นระยะ

5.4 ควันบุนทรีย์ ควันบุนทรีย์เป็นปัจจัยสำคัญทำให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงได้ เนื่องจากควันบุนทรีย์ประกอบด้วยสารเคมีต่าง ๆ เช่นนิโคติน มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติทำให้หลอดลมหดเกร็ง น้ำมันดิน ทำให้เซลล์ผิวของเยื่อเมือกหลอดลมเพิ่มจำนวนและเปลี่ยนสภาพ กรดไฮโดรไซยานิก ทำลายเซลล์ผิวและขนอ่อนของเยื่อเมือกหลอดลม ทำให้หลอดลมอักเสบคัดหลั่งมากขึ้นเกิดอาการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อเยื่อทางเดินหายใจ (ราพรรณ, 2542; ลินจง, 2539) งดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่สูบบุหรี่

5.5 สารก่อภูมิแพ้จากรังแคแมว รังแคสุนัข หรือขนสัตว์บางชนิด เช่น กระจาดย หรือขนแกะเลี้ยงสัตว์เลี้ยงต่าง ๆ เหล่านี้ หรือกันออกไปจากห้อง หรือที่พักผ่อนเป็นประจำ ในกรณีที่ต้องเลี้ยงไว้ในบ้าน และไม่สามารถกำจัดได้ ควรอาบน้ำสัตว์เลี้ยงเหล่านี้เป็นประจำทุกสัปดาห์ และไม่ให้ผู้ป่วยโรคหืดคลุกคลีใกล้ชิด

5.6 การเป็นหวัดหรือการติดเชื้อไวรัสในระบบทางเดินหายใจ สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบได้บ่อย (สมเกียรติ, 2540; Sheffer, 1991) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหืดมีโภชนาการ

ที่ดี รักษาสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นหวัด และรีบรักษาเมื่อเริ่มเป็น (ยุบล, 2541) หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีการหวัด หรือการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ

5.7 การอยู่ในสถานที่แออัดมีกลิ่นรุนแรง ผู้ป่วยโรคหืดมักจะทนต่อกลิ่นต่าง ๆ ไม่ค่อยได้ ผู้ป่วยโรคหืดแต่ละคนมีระดับความไวต่อกลิ่นแตกต่างกันออกไป บางคนเพียงได้กลิ่นบางอย่างจะมีอาการกำเริบ เช่น กลิ่นไอเสียรถยนต์ น้ำมันรถ เป็นต้น (ราพรรณ, 2542) ควรอยู่ในสถานที่ปลอดโปร่ง ระบายอากาศดี หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดคับแคบ

6. ด้านยาและติดตามการรักษา โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์โดยการใช้ยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะควบคุมอาการกำเริบของโรคได้ ผู้ป่วยโรคหืดควรมีการดูแลตนเองเพื่อควบคุมและป้องกันการเกิดอาการกำเริบ ดังนี้ 1) ควรใช้ยาทุกชนิดตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้น ไม่ควรเพิ่มขนาดของยา ลดยาหรือหยุดยาเอง 2) ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง หรือใช้ยาพ่นโดยไม่ได้รับการปรึกษาแพทย์ 3) มีความรู้ถึงการปฏิบัติในการใช้ยาสูดพ่นอย่างถูกต้องเพื่อประสิทธิภาพของการใช้ยาสูดพ่น 4) มีความรู้ถึงการเกิดอาการข้างเคียงของการใช้ยาเช่น อาการนอนไม่หลับ ใจสั่น และ 5) ควรไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (สุชาพร, 2544)

การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์นั้นเกี่ยวข้องกับวิธีการบริหารยา ยาที่ผู้ป่วยโรคหืดใช้มีทั้งประเภทยารับประทาน ยาประเภทสูดพ่น วิธีการบริหารยาที่ถูกต้องย่อมที่ควบคุมอาการกำเริบของโรคได้ดี และใช้ยาได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการบริหารยาประเภทสูดพ่น ควรฝึกให้ผู้ป่วยโรคหืดบริหารยาสูดพ่นให้ถูกต้องและทดสอบการบริหารยาเป็นระยะ ๆ เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการบริหารยาผิดวิธี การให้ความรู้ การสาธิตวิธีการใช้และการทดสอบวิธีการใช้ยาสูดพ่น สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคหืดใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้นแต่เมื่อเวลาผ่านไปถ้าไม่มีการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดใช้ยาได้ถูกต้องน้อยลง จากการศึกษาของอังคณา (2543) เรื่องผลลัพธ์ของโครงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนอกโรคหืดที่โรงพยาบาลอ่างทอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดกลุ่มทดลองได้รับการสอนเกี่ยวกับโรคหืด ยาที่ใช้ และเทคนิคการใช้เครื่องวัดความเร็วลมหายใจออก ภายหลังจากการให้บริการ 3 เดือน ผู้ป่วยโรคหืดกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืด และการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยโรคหืดมีความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ และวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ด้านคลินิกประเมินจากการเปลี่ยนแปลงค่าความเร็วสูงสุดของลมหายใจออก ของผู้ป่วยโรคหืดกลุ่มทดลองมีค่าความเร็วสูงสุดของลมหายใจออกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ (2540) เรื่อง การเพิ่มประสิทธิผลการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดโดยการให้คำปรึกษาแนะนำในโรงพยาบาลตำรวจ พบว่า การประเมินประสิทธิผลการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดหลังจาก

ได้รับคำแนะนำโดยพิจารณาจากผลการรักษาและจำนวนปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา พบว่าอาการทางคลินิกดีขึ้น การทำงานของปอดดีขึ้น และมีการใช้ยาถูกต้องมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคหืดมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาดีขึ้น และจากการศึกษาของโอภาส และรุ่งทิพย์ (2543) พบว่าการให้ความรู้และการติดตามการทดสอบการใช้ผลิตภัณฑ์สุดท้ายของผู้ป่วยโรคหืดอย่างต่อเนื่องจะสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยโรคหืดควรได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวรวมทั้งการปรับขนาดของยาที่ใช้ในกรณีที่มีหอบหืดเพิ่มมากขึ้น และการกลับมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อมีอาการมากขึ้น

7. ด้านการจัดการเมื่อมีอาการกำเริบของโรค อาการกำเริบของโรคหืดมักเกิดแบบฉับพลัน ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นระหว่างนอนหลับแล้วตกใจตื่น (ราพรธณ, 2542) ผู้ป่วยโรคหืดจึงควรมีการวางแผนการดูแลตนเอง เมื่อเกิดอาการกำเริบขึ้นผู้ป่วยโรคหืดควรจัดทำทางเพื่อผ่อนคลายหรืออาจใช้ร่วมกับใช้ทำพักเหนื่อย โดยปฏิบัติดังนี้ 1) ให้นั่งพักแล้วเอนตัวไปข้างหน้าเล็กน้อยวางข้อศอกบนเข่าทั้งสองข้าง หายใจเข้าและหายใจออกช้า ๆ 2) นั่งพับเพียบ หรือนั่งขัดสมาธิ เอาหมอนวางบนหน้าตักวางแขนและชันหน้าลงบนหมอน เพื่อช่วยทำให้รู้สึกสบายขึ้นและเหนื่อยน้อยลง ร่วมกับใช้วิธีบริหารการหายใจโดยการห่อปากโดยให้ผู้ป่วยโรคหืดหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ (นับในใจหนึ่งและสอง) จากนั้นหายใจออกทางปากโดยให้ผู้ป่วยโรคหืดห่อปากเล็กน้อยคล้ายผิวปาก (นับในใจหนึ่ง สอง สาม และสี่) ให้การหายใจออกยาวนานเป็นสองเท่าของการหายใจเข้า ซึ่งการบริหารการหายใจจะช่วยลดอาการหอบเหนื่อยได้ ร่วมกับการใช้ยาเสริมฤทธิ์เบต้าทูที่ออกฤทธิ์เร็วและระยะสั้นชนิดสูดพ่น เมื่อมีอาการหอบเหนื่อยอย่างน้อย 20 นาทีแต่ไม่ควรเกิน 3 ครั้งต่อชั่วโมง

ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหืดมีเครื่องวัดความเร็วลมหายใจออก ให้วัดค่าสมรรถภาพปอดร่วมด้วยและปฏิบัติดังนี้ 1) อาการดีขึ้น ค่าการตรวจสมรรถภาพปอดสูงกว่าร้อยละ 80 ของค่าปกติ ให้ใช้ยาเสริมฤทธิ์เบต้าทูที่ออกฤทธิ์เร็วและระยะสั้นพ่นขยายหลอดลมสูดทุก 3-4 ชั่วโมงต่อไปอีก 24-48 ชั่วโมง แล้วติดต่อขอคำแนะนำจากแพทย์ผู้รักษา หรือนัดพบแพทย์ผู้รักษา 2) อาการดีขึ้นเล็กน้อยค่าการตรวจสมรรถภาพปอดร้อยละ 50-80 ของค่าปกติให้ผู้ป่วยโรคหืดพ่นยาเสริมฤทธิ์เบต้าทูที่ออกฤทธิ์เร็วและระยะสั้นพ่นขยายหลอดลมทุก 3-4 ชั่วโมงเพิ่มขนาดยาพ่นระงับการอักเสบเป็น 2 เท่า หรือรับประทานยาสเตียรอยด์ (เพรดนิโซโลน) ในขนาด 20-40 มิลลิกรัม และไปพบแพทย์ผู้รักษาโดยด่วน 3) อาการเลวลง ค่าการตรวจสมรรถภาพปอดต่ำกว่าร้อยละ 50 ของค่าปกติ ให้ผู้ป่วยโรคหืดพ่นยาขยายหลอดลมทุก 20 นาที ร่วมกับรับประทานยาสเตียรอยด์ (เพรดนิโซโลน) ในขนาด 20-40 มิลลิกรัมต่อวันและไปพบแพทย์ทันที (มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2545) ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหืดไม่มีเครื่องวัดความเร็วลมหายใจออกหากปฏิบัติแล้วผู้ป่วยโรคหืดยังมีอาการไม่ทุเลา ผู้ป่วยโรคหืด ญาติและคนรอบข้างต้องมีความสามารถในการประเมินลักษณะอาการที่บ่งชี้

ว่ามีอาการกำเริบรุนแรง เพื่อจะได้รับนำผู้ป่วยโรคหืดไปปรับการดูแลจากแพทย์อย่างทันที่ทันที่ ก่อนที่จะมีอาการกำเริบรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต (มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2545) ดังนี้คือ 1) ไข้ยาพ่นบ่อยขึ้น แต่พ่นยาแล้วได้ผลน้อยลง 2) มีอาการเหนื่อยจนพูดได้ไม่จบประโยค อาจพูดเป็นคำหรือวลีและเว้นเป็นช่วง ๆ 3) ต้องใช้กล้ามเนื้อบริเวณคอ หรือไหล่ช่วยเวลาหายใจ เนื่องจากอาการเหนื่อยหายใจลำบาก 4) กระสับกระส่าย นอนราบไม่ได้ หายใจไม่สะดวก เหงื่อออกมาก ซีฟจรเต้นเร็ว 5) มีปัจจัยที่เสี่ยงอาจทำให้หืดกำเริบรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ได้แก่ เคยมีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาหรือมีปัญหาด้านจิตใจหรือสังคม และในภาวะปกติใช้ยาอย่างน้อย 3 ชนิดในการควบคุมโรค

จากการศึกษาของยุบล (2541) พบว่า วิธีการที่ผู้ป่วยโรคหืดใช้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบจัดเป็นหมวดหมู่ได้เป็น 10 วิธีดังนี้คือ จัดการเรื่องยา พบแพทย์ตามนัด ปรับพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อลดหรือเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรง จัดการกับอารมณ์ ส่งเสริมสุขภาพ วางแผนการใช้บริการสุขภาพยามฉุกเฉิน วางแผนเรื่องค่าใช้จ่าย และจัดทำนอนในเวลา กลางคืน และจากการศึกษาของสุชาพร (2544) พบว่าการบรรเทาอาการหายใจหอบเหนื่อยนั้น ผู้ป่วยโรคหืดร้อยละ 99 ใช้ยาพ่นบรรเทาอาการ ร้อยละ 85 ใช้วิธีนั่งนิ่ง ๆ หยุดการทำกิจกรรมทั้งหมด ร้อยละ 55 ใช้วิธีหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย ร้อยละ 33 ใช้วิธีบริหารการหายใจ นอกจากนั้นใช้วิธีต่าง ๆ ดังนี้ คั้นน้ำร้อน ดมยา ทำจิตใจให้สงบสวดมนต์ไหว้พระ เช็ดตัว นวด นั่งพับ ใช้พัดลมเป่า และฟังเพลงดูโทรทัศน์ จากการศึกษานี้ของยุบลและสุชาพร พบว่าผู้ป่วยโรคหืดจะใช้มากกว่า 1 วิธีเมื่อมีอาการหายใจหอบเหนื่อย

การให้ความรู้ด้านสุขภาพ

การให้ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหืดในการวิจัยครั้งนี้ ให้ตามแนวคิด รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model [HBM]) พัฒนาโดย นักจิตวิทยาสังคม 4 ท่าน คือ ฮอคบอม, ทีเกล, ลีเวนทาล, และ โรเซนสตอค (Hochbaum, Kegeles, Levental, & Rosenstock cited by Salazar, 1991) มีแนวคิดว่าการที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคจะต้องมีความเชื่อว่า 1) ตนเองเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต 3) การปฏิบัติพฤติกรรม

สุขภาพเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือในกรณีที่เป็นโรคแล้วจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต้องมากกว่าการรับรู้อุปสรรค การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจึงจะเกิดขึ้น (Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1990) ซึ่งองค์ประกอบในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ที่สำคัญคือ

1. การรับรู้ของบุคคล (individual perceptions) เป็นความเชื่อด้านการรับรู้ที่มีผลโดยตรงต่อแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลในส่วนนี้ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity)

2. ปัจจัยร่วม (modifying factors) เป็นปัจจัยที่มีผลโดยอ้อมต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคของบุคคลที่จะเกิดพฤติกรรมตามที่แนะนำ ปัจจัยร่วมในส่วนนี้ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร ตัวแปรด้านจิตสังคม และตัวแปรด้านโครงสร้าง

3. แนวโน้มของการปฏิบัติ (likelihood of action) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลจะพิจารณาเปรียบเทียบกันระหว่างการรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเสียเวลา การเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นเมื่อการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าการรับรู้อุปสรรค

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเอื้ออำนวยให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) ซึ่งมีความสำคัญที่ช่วยให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยทำหน้าที่เป็นตัวชี้แนะ หรือสิ่งกระตุ้น ให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพได้ ดังภาพ 2 ซึ่งดิกแนน และคาร์ (Dignan & Carr, 1992 cited by Butler, 2001) กล่าวว่าองค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และประสิทธิผลของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับ 1) ความพร้อมของบุคคลที่พิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จะป้องกันโรคหรือการลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค 2) การกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงและเกิดความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับการดำรงอยู่และพลังในการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคลนั้น และ 3) พฤติกรรมของบุคคล ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมามีอิทธิพลสัมพันธ์กับบุคลิกภาพ และสภาพแวดล้อมรอบตัวของบุคคลนั้น

สำหรับประเทศไทยได้มีการนำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น จากการศึกษาของจตุรงค์ (2540) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร จากการศึกษาของจินตนา (2538) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากสามีกับพฤติกรรมดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นโรคหอบหืด จากการศึกษาของธัญญาลักษณ์ (2544) เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จากการศึกษาของอรชร (2541) เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จากการศึกษาดังกล่าวพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความเชื่อว่าความเครียดและความรุนแรงของโรคคุกคามต่อชีวิต และอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีน้อยกว่าผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วยการแสวงหาการรักษาพยาบาล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งกระตุ้นให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัณย์ (2537) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรค คือกลุ่มตัวอย่างไม่มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ทำให้ไม่มีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ที่ถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะว่าควรศึกษาหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนการรับรู้ หรือความเชื่อที่เป็นอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยส่งเสริมให้มีความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคเอดส์ซึ่งคำนึงถึงอุปสรรคในการป้องกันโรคเอดส์ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ที่ถูกต้อง

ความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหืด

อาการกำเริบของผู้ป่วยโรคหืดนั้นเป็นสาเหตุสำคัญที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยโรคหืดซึ่งบางครั้งเกิดจากผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม อาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น การขาดความรู้ในเรื่องโรคทำให้ไม่สามารถประเมินความรุนแรงของการกำเริบได้ (ชลีรัตน์, 2545; ชัยเวช, 2543) การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (ธวัชชัย, 2542; มาศรินทร์, 2539; Jenkins, 2002) รวมทั้งการมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง (Jenkins, 2002; Berg, Dunbar-Jacob, & Sereika, 1997) ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้ที่นึกถึง ความเข้าใจ การยอมรับ

เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล (Barbara, Phipps, & Wood, 1983 อ้างตาม วนิดา, 2538) ดังนั้นบุคคลจึงมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกันไป โดยองค์ประกอบหลักที่ใช้ในการอธิบายถึงความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลตามแนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคลทั้ง 4 ด้านดังนี้

1. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) หมายถึง การรับรู้ความเสี่ยงของบุคคลต่อการเกิดโรคหรือปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งบุคคลมีการรับรู้แตกต่างกันออกไป บางคนเชื่อว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเกิดปัญหาด้านสุขภาพใด ๆ แต่บางคนก็เชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเกิดปัญหาด้านสุขภาพได้ง่าย (Rosenstock, 1990) บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพในระดับสูงจะมีผลทำให้มีการแสดงพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพมากขึ้น (Janz & Becker, 1984) สำหรับผู้ป่วยโรคหืดอาการกำเริบเกิดจากปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ ดังนั้นการให้ความรู้ในเรื่องโรคหืด ความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคหืดต่อการเกิดอาการกำเริบ เพื่อเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ เมื่อผู้ป่วยโรคหืดมีความรู้เรื่องโรคหืด การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ น่าจะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหืดมีความตั้งใจในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบนั้น และจากการศึกษาของยูล (2541) พบว่าผู้ป่วยโรคหืดเกือบทุกรายสามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดบ้างที่กระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบ ซึ่งปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่ออาการกำเริบได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยโรคหืด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกแรงทำกิจกรรม

จากการศึกษาของสมใจ (2531) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด และจากการศึกษาของ วรรณิการ์ (2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธัญลักษณ์ (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารน้ำจากร่างกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) หมายถึง ความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่ประเมินความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง เป็นการประเมินความรุนแรงของโรคที่มีผลกระทบต่อด้านร่างกาย เช่น เสียชีวิต พิการ และผลกระทบด้านสังคม เช่น หน้าที่การงาน ชีวิต

ครอบครัว สัมพันธภาพทางสังคม (Rosenstock, 1990; Salazar, 1991) เมื่อบุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นเป็นการกระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัว ทำให้มีพฤติกรรมตอบสนองต่อการรับรู้ที่แตกต่างกัน ดังนั้นการให้ความรู้จะทำให้บุคคลได้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง (Rosenstock, 1990) สำหรับผู้ป่วยโรคหืดที่ต้องเผชิญกับการดำเนินของโรคมั้ทั้งระยะสงบไม่มีอาการ และระยะกำเริบ อาการกำเริบที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถระบุเวลาและความรุนแรงได้ ก่อให้เกิดการคุกคามต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืดซึ่งจากการศึกษาของยุบล (2541) พบว่า ผลจากอาการกำเริบสามารถจำแนกได้เป็น 6 ด้านคือ 1) บั่นทอนสุขภาพ ทำให้อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มีอารมณ์หงุดหงิด 2) คุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยโรคหืดรู้สึกว่ายหายใจลำบาก หายใจเข้าหรือออกไม่ได้ แน่นหน้าอกมาก อึดอัดมาก เหมือนจะขาดใจหรือกำลังจะตาย 3) วิถีชีวิตเปลี่ยนไป ผู้ป่วยโรคหืดต้องติดตามประเมิน และหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นหลายอย่าง ทั้งการเปลี่ยนแปลงในตัวเอง สิ่งแวดล้อม และการออกแรงทำกิจกรรม 4) ภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนไป รู้สึกว่าตนเองไม่เหมือนผู้อื่น และเป็นที่รังเกียจของผู้อื่น 5) ค่าใช้จ่ายของครอบครัวเพิ่มขึ้น เพื่อชำระค่ารักษา ค่าเดินทางมาตรวจตามนัดหรือค่าใช้จ่ายยามฉุกเฉิน รวมทั้งไม่สามารถทำงานหารายได้อย่างเต็มที่ รายได้ของครอบครัวจึงลดลง และ 6) แผนการในอนาคตเบี่ยงเบนไป ผลจากอาการกำเริบดังกล่าวที่ผู้ป่วยโรคหืดต้องเผชิญส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด

การรับรู้ความรุนแรงของอาการกำเริบเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดความกลัว และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพขึ้น มีผลการศึกษาที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การดูแลตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังเช่นจากการศึกษาของจตุรงค์ (2540) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมี่ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และจากการศึกษาของ กรรณิการ์ (2535) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ (2531) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคหืด ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived benefits to taking action) เป็นการรับรู้ถึงผลดีต่อภาวะสุขภาพจากการได้รับการรักษา และมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเป็นสิ่งชักนำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากขึ้น และทางเลือกที่กระทำนั้นเป็นประโยชน์สำหรับตนเองในการลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Rosenstock, 1990) หากผู้ป่วย

โรคหืดมีการรับรู้ถึงผลดีจากการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพต่อสุขภาพของตนเอง ว่าสามารถป้องกันการเกิดอาการกำเริบ และควบคุมความรุนแรงของอาการกำเริบได้ จะเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดเลือกที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ เช่น ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น ด้านยาและติดตามการรักษา และด้านการจัดการเมื่อมีอาการกำเริบของโรค เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของจตุรงค์ (2540) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองในระดับสูง และพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แต่จากการศึกษาของสมใจ (2531) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived barriers) เป็นการรับรู้ด้านลบของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ จากการปฏิบัติพฤติกรรม ที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเสียเวลา การเสียค่าใช้จ่าย ทำให้ขาดรายได้ ความไม่สะดวก ความไม่สบาย (Salazar, 1991) สำหรับผู้ป่วยโรคหืดการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ อาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เกิดความไม่สบายกาย ความไม่สบายใจ ความไม่สะดวก ต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น แต่ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้อง อาจจะลดอาการกำเริบที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหืด ผู้ป่วยโรคหืดสามารถวางแผนการ เพื่อหลีกเลี่ยงหรือป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบ ซึ่งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง อาจจะทำให้การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวลดลง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหืดจะนำความรู้ที่ได้มาประเมิน ระหว่างประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนตัดสินใจกระทำ ถ้าพบอุปสรรคในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพมีมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ อาจทำให้ผู้ป่วยโรคหืดไม่มีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่าองค์ประกอบที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และจากการศึกษา พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความแตกต่างกันตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การให้ความรู้ด้านสุขภาพ

1. ความหมาย

การให้ความรู้ หมายถึง กระบวนการที่ส่งเสริม หรือช่วยให้บุคคลเกิดความเจริญงอกงามทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ทำให้ผู้เรียนเกิดความคิด ได้แสดงความคิดเห็น รู้จักหาความรู้เพิ่มเติมและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ (มานี, 2521) การให้ความรู้ เป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการสอนสุขภาพ (health education process) หรือการให้สุขศึกษา หรือการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนหนึ่งของเนื้อหาจึงเน้นที่การให้ความรู้เรื่องสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตนเพื่อการดูแลช่วยเหลือตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการรักษา ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค และความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (Lowrence, 1980 อ้างตาม จริยาวัตร, 2542; Tones & Tilford, 1994) เพื่อที่จะให้ผู้เรียนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่พึงประสงค์โดยเกี่ยวข้องกับความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ทัศนคติของผู้เรียน ซึ่งทัศนคติเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดความเชื่อ ความศรัทธา ความรู้สึกต่อเรื่องสุขภาพดีขึ้น หรือเพิ่มพูนมากขึ้นกว่าเดิม และพฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับทัศนคติเป็นสำคัญ (ก้วน, 2527)

2. ขั้นตอนการให้ความรู้

ขั้นตอนการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มี 7 ขั้นตอนดังนี้ (นที, 2541; Nixon, 1967 cited by Butler, 2001)

2.1 สำรวจความสนใจในเรื่องที่ผู้เรียนต้องการจะรู้ และตั้งเป้าหมายในการเรียนรู้ ซึ่งการให้ความรู้ต้องมีขอบเขตที่ชัดเจน และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องที่ทำให้มีความรู้ความสำคัญของการเรียนรู้ได้

2.2 กำหนดวัตถุประสงค์ในการให้ความรู้ เพื่อให้การเรียนรู้แต่ละครั้งมีทิศทางที่แน่นอน และบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

2.3 เนื้อหาที่สอนต้องเสริมจากความรู้เดิม ให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงในสิ่งที่ผู้เรียนต้องการ โดยเฉพาะเรื่องการรักษาและคำแนะนำในการปฏิบัติตน

2.4 การเลือกรูปแบบการให้ความรู้ อาจใช้หลายวิธีร่วมกัน ควรเลือกวิธีการให้ความรู้ที่ง่ายและสะดวกต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน

2.5 ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ โดยมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

2.6 ใช้ภาษาที่ผู้เรียนเข้าใจได้ดี

2.7 มีการประเมินผล ทำให้ทราบว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้หรือไม่

จากที่กล่าวมาเมื่อมีการสำรวจความสนใจในการเรียนรู้ การกำหนดวัตถุประสงค์แล้วควรมีแผนการสอนเพื่อให้ความรู้ได้ตรงกับความต้องการของผู้เรียน การให้ความรู้ที่มีการวางแผนการสอนไว้อย่างเป็นระบบจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดี (ดวงใจ, 2545) แผนการสอนเป็นสิ่งที่ประยุกต์มาจากความต้องการของผู้สอนและผู้เรียน แผนการสอนจะประกอบไปด้วย 5 ส่วนที่สำคัญคือ วัตถุประสงค์ เนื้อหา รูปแบบการสอน กิจกรรมการเรียน และการประเมินผล ซึ่งแผนการสอนจัดว่าเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาการสอนและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ดำเนินต่อไป (Reilly & Oermann, 1992) นอกจากนี้การใช้สิ่งช่วยเสริมหรือเป็นตัวช่วยในการสอน เช่น การทำตัวอย่างให้ดู ใช้เอกสาร ใบปลิว ภาพพลิก สามารถเปลี่ยนประสบการณ์จากนามธรรมเป็นรูปธรรม ทำให้ผู้เรียนเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องมากขึ้นซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (นที, 2541)

3. รูปแบบการให้ความรู้

รูปแบบการให้ความรู้มีหลายวิธี แต่ละวิธีก็จะมีเหมาะสม และมีประสิทธิภาพเฉพาะสำหรับแต่ละเรื่องราวและกลุ่มเป้าหมาย วิธีการให้ความรู้ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันสามารถแบ่งตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมายได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

3.1 การให้ความรู้เป็นรายบุคคล เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพแบบตัวต่อตัว วิธีการนี้มีข้อดีคือ ผู้สอนได้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหา และความต้องการของผู้เรียนแต่ละรายทำให้สามารถให้ความรู้ตรงกับความต้องการของผู้เรียนมากที่สุด ผู้เรียนและผู้สอนมีปฏิสัมพันธ์กันโดยตรง สามารถสื่อสารได้สองทาง ทำให้มีความรู้สึกเป็นกันเอง ผู้เรียนมีโอกาสซักถาม ผู้สอนสามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการอธิบายเหตุผลเสนอข้อเท็จจริงได้ นอกจากนี้ยังสามารถช่วยแก้ปัญหาส่วนตัว สอนทักษะพิเศษเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่งก็ได้ สามารถประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียนได้ทันที เป็นวิธีการสอนที่ตอบสนองต่อความสนใจ ความสามารถและความต้องการของผู้เรียนแต่ละคน ข้อเสียสำหรับวิธีการนี้คือต้องใช้เวลาและกำลังคนมาก (จริยาวัตร, 2542; ดวงใจ, 2545; มณฑาทิพย์, 2543) วิธีการให้ความรู้เป็นรายบุคคล เช่น การสัมภาษณ์ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน วิธีการสุศึกษาทางโทรศัพท์ การใช้บทเรียนสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เป็นต้น

มีการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ การให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายบุคคล ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของบุคคล เช่นจากการศึกษาของธีรนนท์ (2543) เกี่ยวกับผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเข่าด้วย

กล้องส่องข้อที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย แผนการสอนผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ ภาพพลิกและคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลในครั้งที่ 1 วันก่อนผ่าตัด ครั้งที่ 2 วันแรกหลังผ่าตัด และครั้งที่ 3 วันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หลังการให้ข้อมูล 2 สัปดาห์ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยและทำการสัมภาษณ์ซ้ำอีกครั้ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนและพฤติกรรมสุขภาพหลังการให้ข้อมูลสูงกว่าก่อนการให้ข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา (2541) เรื่องผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 40 คน แบ่ง กลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลตามแผนการให้ข้อมูลทางสุขภาพโดยให้ข้อมูลในวันที่ 2 และ 3 ของการรักษาพร้อมกับการใช้อุปกรณ์ภาพพลิกและคู่มือเกี่ยวกับความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผนมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นด้านการรับรู้สาเหตุและอาการ ด้านการรับรู้การดำเนินโรคและความรุนแรง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตน ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาพยาบาล หลังได้รับข้อมูลสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนพลังอำนาจภายในตนเองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 วิธีการให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม เป็นการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้เรียนตั้งแต่สองคนขึ้นไป ขนาดของกลุ่มมีผลต่อการเลือกวิธีการให้ความรู้ เช่น กลุ่มขนาดเล็ก ๆ 5-10 คน อาจใช้วิธีการสอนโดยการสาธิต การอภิปรายกลุ่ม หรือการประชุมสัมมนา สำหรับกลุ่มที่มีขนาดใหญ่ เช่น 30-60 คนหรือมากกว่านั้น อาจใช้การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม ข้อดีของวิธีการให้ความรู้รายกลุ่มทำให้ประหยัดเวลา และทรัพยากรในการสอน ทำให้ผู้เรียนเกิดทักษะในการใช้ความคิด การสะท้อนความคิด มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก แต่มีข้อเสียคือ ถ้าเป็นกลุ่มใหญ่อาจจะประเมินผลการสอนได้ยาก ผู้ที่มีปัญหาแตกต่างจากกลุ่มอาจไม่ได้รับการแก้ไข (ดวงใจ, 2545; นที, 2541; นพรัตน์, 2538) การให้ความรู้รายกลุ่มสามารถใช้วิธีการบรรยาย การสาธิต การอภิปรายกลุ่ม การประชุมสัมมนา เป็นต้น

มีการศึกษาวิจัยที่นำการอภิปรายกลุ่มและการบรรยาย ตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ดังเช่นจากการศึกษาของทิพวิไล (2544) เรื่อง ผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการทำงานต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของ

อาสาสมัครกู้ภัย จังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นอาสาสมัครกู้ภัย ที่เข้าร่วมปฏิบัติงาน บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 14 คน ซึ่งดำเนินการ รวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัยในกำหนดระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั่วไป ดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ โดยใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มและบรรยายประกอบสื่อ คือ การนำเสนอภาพสไลด์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และให้คู่มือเกี่ยวกับการติดเชื้อจากการ ทำงาน ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของอาสาสมัครกู้ภัยเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ทั้งก่อนและหลังการให้ความรู้ พบว่าหลังการให้ความรู้อาสาสมัครกู้ภัยมีคะแนนความเชื่อด้าน สุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ ของการป้องกันการติดเชื้อ และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าก่อนให้ความรู้ อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่คะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อไม่มีความ แตกต่างทางสถิติ แสดงว่าการให้ความรู้ด้วยวิธีการอภิปรายกลุ่มร่วมกับการบรรยาย โดยมีเนื้อหา สอดคล้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำให้บุคคลมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวรรณ (2541) ศึกษาเรื่อง ผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลโสนลอย อำเภอบาง บัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 74 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 37 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม 2 ครั้ง และกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับ คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม ระยะเวลาการวิจัย 9 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อ ด้านสุขภาพ ความรู้ในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แสดงว่าการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความ เชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองถูกต้องดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำแนะนำ แบบมีส่วนร่วม

การให้ความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหืด

ความรู้ด้านสุขภาพที่ให้แกผู้ป่วยโรคหืด ควรจะประกอบด้วยข้อมูลดังนี้

1. ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคหืด เป็นข้อมูลที่ช่วยให้รับรู้ว่าคุณเองมี โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอาการกำเริบ เพื่อจะได้มีการป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิด อาการกำเริบ ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ
2. ลักษณะของอาการกำเริบรุนแรง เป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืด ได้รับรู้ถึง ความรุนแรงของโรค การจำแนกความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบ ซึ่ง

ประกอบด้วยอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ได้แก่ หายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีด แน่นหน้าอก ไอ เป็นต้น ซึ่งอาการกำเริบที่เกิดขึ้นส่งผลคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยโรคหืด

3. วิธีการรักษา และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ เป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ได้แก่ ยาที่ใช้ในการรักษา การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น ด้านยาและติดตามการรักษา และด้านการจัดการเมื่อมีอาการกำเริบของโรคหืด

4. แนวทางในการแก้ไขปัญหา หรืออุปสรรคในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และแนวทางแก้ไข ได้แก่ การเสียเวลาจากการเดินทางและการรพบแพทย์ตามนัด การเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น การขาดรายได้ และความไม่สะดวกสบาย

สำหรับการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกวิธีการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มมาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหืด เนื่องจากสามารถให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหืดได้พร้อมกันหลายคน ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่าง และการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ที่เกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพด้วยกัน และเหมาะสมกับรูปแบบการมารับบริการของผู้ป่วยโรคหืดที่คลินิกทรวงอก แผนกผู้ป่วยนอก สำหรับการให้ความรู้ด้านสุขภาพนั้น ผู้วิจัยได้สำรวจความสนใจในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการจะรู้จากการทบทวนวรรณกรรม และบทความวิจัย และตั้งเป้าหมายในการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ จัดทำแผนการสอนที่ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมผู้เรียนและผู้สอน สื่อการสอน และแนวทางการประเมินผลไว้ ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด 2) ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ 3) ความรุนแรงของอาการกำเริบ 4) การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น ด้านยาและติดตามการรักษา และด้านการจัดการเมื่อมีอาการกำเริบของโรค 5) ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และ 6) อุปสรรคของการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้ภาพพลิก เป็นสื่อการสอน และมอบคู่มือการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืดให้กับผู้ป่วยโรคหืด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถนำมาอ่านทบทวนข้อมูลที่ได้รับไปแล้ว โดยเชื่อว่าเมื่อผู้ป่วยโรคหืดมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ผู้ป่วยโรคหืดสามารถปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบได้

การดูแล

การดูแล เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแล เป็นความรู้สึกร่วมกันทางด้านอารมณ์และเจตคติที่พยาบาลร่วมรู้สึกกับผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแล เป็นการป้องกันระแวดระวัง เพื่อให้การกระทำถูกต้อง ตลอดจนคอยปกป้องอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแล (สมจิต, 2543) และเป็นหนึ่งในหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งต้องทำหน้าที่ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ใช้ความรู้และทักษะพื้นฐานในการให้การพยาบาล โดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในหอผู้ป่วย หรือในหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อการวางแผนและให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางศาสตร์ทางการพยาบาล ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง สอนและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาการ (สมจิต, 2543)

การดูแล เป็นการให้การพยาบาลตามหน้าที่ที่รับผิดชอบ ตามลักษณะงานในหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน มีการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนคล้ายคลึงกัน เช่นการให้ความรู้ด้านสุขภาพอาจให้เพียงคำแนะนำสั้น ๆ สำหรับด้านการสอนนั้น จันท์จิรา (2545) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในสตรีที่ได้รับการคุมกำเนิดแบบแยกส่วน ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่า การสอนตามกิจวัตรหรือการสอนตามปกตินั้น เนื้อหาที่สอนให้สตรีที่ได้รับการคุมกำเนิดแบบแยกส่วน จะเป็นเนื้อหาในแผ่นพับสั้น ๆ ไม่ได้ระบุเหตุผล หรือรายละเอียดของการดูแลตนเองที่ชัดเจน ตลอดจนไม่ได้ประเมินความรู้หลังการสอน สอดคล้องกับคุชฎี (2548) ที่ศึกษาเรื่องผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจให้ความหมายของการสอนตามปกติ ว่าเป็นวิธีการสอนที่พยาบาลสอนตามปกติ หรือตามกิจวัตร เป็นการสอนแนะนำในกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ อาจทำให้ได้เนื้อหาที่ไม่ครบถ้วนและครอบคลุม โดยพยาบาลให้ความรู้เฉพาะขณะเข้าไปดูแลผู้ป่วยในแต่ละเตียง ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลโดยพยาบาลหลายคน และการที่พยาบาลสอนญาติผู้ดูแลในแต่ละครั้ง อาจทำให้ขาดการส่งต่อข้อมูลที่ได้ให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล เวลาที่พยาบาลใช้ในการสอนเฉพาะเตียงจะมีน้อย ภาระงานที่มีมากของพยาบาลอาจทำให้พยาบาลให้ข้อมูลในประเด็นสำคัญต่าง ๆ ไม่ครบถ้วน

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ การดูแลตามปกติ เป็นการดูแลที่ผู้ป่วยโรคหืดได้รับการดูแลจากพยาบาลคลินิกโรคทรวงอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหาดใหญ่ ทุกวันพุธ เวลา 13.00-16.00 น. ซึ่งผู้ป่วยโรคหืดจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการรักษา และการดูแลตัวเองเป็นรายบุคคล โดยใช้ระยะเวลาสั้น ๆ หากผู้ป่วยมีข้อสงสัยสามารถซักถามจากพยาบาลได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ

การที่บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้นั้น มีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของบุคคล อาจแบ่งได้ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านประชากร ได้แก่

1.1 อายุ มีความสัมพันธ์กับการสะสมประสบการณ์ที่ส่งผลถึงการตัดสินใจในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นต่างกัน และมีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมและการดูแลตนเองจากประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ สำหรับผู้ป่วยโรคหืด อายุอาจจะมีผลต่อการควบคุมอาการกำเริบของโรค เนื่องจากการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการใช้ยาสูดพ่นอาจจะไม่ได้ผล จากการศึกษาของวันดี (2539) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มักเกิดปัญหาในการบริหารยา ทำให้ประสิทธิภาพในการใช้ยาควบคุมอาการลดลง และการดูแลตนเองลดลงด้วย แต่จากการศึกษาของนิรามัย (2535) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.2 เพศ เป็นปัจจัยที่บอกถึงความแตกต่างทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ อาจมีผลต่อการดูแลตนเอง และอาจเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา เป็นปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อความต้องการดูแลตนเองและเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างด้านค่านิยมซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1995) จากการศึกษาของวรรณระวี (2534) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง คือ เพศชายมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิงเนื่องจาก เพศชายมีการศึกษาสูงกว่า มีรายได้ที่เพียงพอมากกว่า และเป็นผู้ที่อยู่กับคู่สมรส ซึ่งเปรียบเสมือนแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเพศหญิง ปัจจัยเหล่านี้ อาจส่งเสริมให้เพศชายมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง แต่จากการศึกษาของไวส์สเฟลด์, เกิสซ์ท, และบร็อก (Weissfeld, Kirscht, & Brock, 1990) พบว่าเพศหญิงมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเห็นคุณค่าของการเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย

1.3 สถานภาพการสมรส การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือได้รับกำลังใจในการตระหนักถึงคุณค่าของตนเองจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น (สมจิต, 2537) จากการศึกษาของวรรณระวี (2534) พบว่า สถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือผู้ที่มีสถานภาพคู่ มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า หรือแยก

2. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ

2.1 ระดับการศึกษา การศึกษาทำให้มนุษย์มีความรู้ มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีเหตุผล สามารถตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยได้ดี และระดับการศึกษาของบุคคลที่แตกต่างกันมีผลต่อความรู้ ทักษะและการปฏิบัติทางสุขภาพ บุคคลที่มีการศึกษามากจะมีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง บุคคลที่มีการศึกษาย่อมมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติทางสุขภาพถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อย (ประภาเพ็ญ, 2527) สอดคล้องกับการศึกษาของภาวิณี (2538) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการศึกษาของจตุรงค์ (2540) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 แต่จากการศึกษาของสมใจ (2531) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด

2.2 รายได้ เป็นแหล่งประโยชน์ที่อำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองของบุคคล ทำให้บุคคลสามารถหาอาหารที่มีประโยชน์มารับประทานอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จัดหาของใช้ที่จำเป็นเพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี (Pender, 1982) สอดคล้องกับการศึกษาของจตุรงค์ (2540) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งบุคคลที่มีรายได้เพียงพอจะไม่มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี และจากการศึกษาของศิริกาญจน (2543) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดาในการปฏิบัติดูแลบุตร โรคหอบหืด คือมารดาที่มีรายได้ครอบครัวพอเพียงทำให้มีการดูแลบุตรได้ดีกว่ามารดาที่มีรายได้ครอบครัวไม่พอเพียง

3. ปัจจัยด้านสุขภาพ

3.1 ระยะเวลาที่รับรู้การเป็นโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค ระยะในการรักษาโรคที่ยาวนาน และผลของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของ สุวิมล (2543) พบว่าระยะเวลาในการรับรู้การเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เนื่องจากระยะเวลาที่เป็นโรคที่ยาวนาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสศึกษาหาความรู้ในเรื่องโรคส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสินีนาน (2545) พบว่า ระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพที่

ถูกต้องและเหมาะสม อาจจะมีผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้

3.2 ความรู้เรื่องโรค เป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของตนเอง (Janz & Becker, 1984) จากการศึกษาของเรณู (2537) พบว่า ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพและการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกสูงจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูง เพื่อมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก

แนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิต

ความหมาย

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อตนเองตามเป้าหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานของบุคคลนั้น ทั้งด้านสุขภาพกาย สภาวะจิตใจ ความเป็นตัวของตัวเอง ความสัมพันธ์ทางสังคม ที่สัมพันธ์กับวัฒนธรรม ความเชื่อ สภาพแวดล้อมต่าง ๆ รอบ ๆ ตัวของบุคคล (The WHOQoL Group, 1994 cited by Hawthorne, 2003) ชะเอม (2542) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า ชีวิตที่มีคุณภาพ ได้แก่ชีวิตที่ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาให้กับสังคม เป็นชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ เศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่ตนเองสามารถปรับเข้าได้ ซึ่งการปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างไม่มีสิ่งชีวิตแน่นอนตายตัว ทุกคน ทุกสังคม ทุกประเทศ สามารถที่จะกำหนดกฎเกณฑ์ตามมาตรฐานที่ต่างกันไป กฎเกณฑ์หรือความเหมาะสมย่อมเปลี่ยนแปลงไปได้ตามกาลเวลาและภาวะการณ์นั้น ๆ เฟอแรนส์ (Ferrans, 1990) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกถึงความพึงพอใจในชีวิตของตนเองที่ประเมินได้จากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิต และองค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ต่อชีวิตตามเป้าหมาย ความคาดหวังและมาตรฐานของบุคคล ภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรมที่บุคคลนั้นอยู่อาศัย อย่างไรก็ตาม เทเลอร์, โจนส์, และเบิร์นส์ (Taylor, Jones, & Burns, 1998) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตที่ดี คือ การได้มาเมื่อช่องว่างระหว่างความปรารถนาของผู้ป่วย ความหวัง ประสบการณ์ที่เป็นจริงเข้าใกล้กันมากที่สุด สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด ขึ้นอยู่กับการเกิดอาการกำเริบของโรคหืด ที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (Juniper, Guyatt, Epstein et al., 1992) และจาก

การศึกษาของอาภรณ์พรรณ (2546) เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าประเด็นการให้ความหมายคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สอดคล้องกันใน 5 ลักษณะ คือ 1) ความเป็นอยู่ที่ดี 2) มีชีวิตที่ปลอดภัยจากอาการกำเริบของโรค 3) มีความสุขใจ 4) เลี้ยงดูบุตรได้ดี มีความสำเร็จในชีวิต 5) ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคม เป็นชีวิตที่มีความสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีภายใต้สภาพความเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับผลกระทบของโรคต่อมิต้องครวญของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยตรง

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตแต่ละด้านประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ องค์ประกอบเหล่านั้นมีความสำคัญต่อบุคคลนั้นมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ประเพณี วัฒนธรรมของแต่ละสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ บุคคลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นประกอบด้วยองค์ประกอบในชีวิตหลาย ๆ ด้าน และขึ้นอยู่กับ การรับรู้และความพึงพอใจของบุคคลนั้นต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ได้มีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตนั้นมีความคล้ายคลึงและแตกต่างกันดังนี้

องค์การอนามัยโลก (The WHOQOL group, 1996) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย (physical) เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย พลังงาน ความอ่อนเพลีย การพักผ่อนและนอนหลับ 2) ด้านจิตใจ (psychological) เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึกในด้านดีและลบ การเรียนรู้ ความจำ ความเคารพนับถือในตนเอง สมาธิ และภาพลักษณ์ 3) ระดับของการพึ่งพา (level of independence) เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพาการรักษาด้านการแพทย์ และความสามารถในการทำงาน 4) ความสัมพันธ์กับสังคม (social relationship) เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม 5) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของชีวิตสภาพแวดล้อมของที่พักอาศัย แหล่งเงินทุน ความเท่าเทียมกันของการได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพ และทางสังคม โอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสาร สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ และการคมนาคม 6) ด้านจิตวิญญาณ (spiritual) เกี่ยวข้องกับความต้องการทางจิตวิญญาณ ความเชื่อของบุคคล และศาสนา

ซ่าน (Zhan, 1992) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction in various domains) เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายนอกเป็นอิทธิพลจากประสบการณ์ของบุคคลนั้น บุคลิกลักษณะ สิ่งแวดล้อม และระดับของสุขภาพทางกาย 2) ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (self-concept, psychological well-being) เป็นการรับรู้ถึงประเด็น

ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ซึ่งเน้นในเรื่องการประเมินตนเอง เกี่ยวกับมุมมองของประสบการณ์ชีวิต รวมทั้ง ความเคารพนับถือในตนเอง และภาพลักษณ์ 3) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (health functioning, physical well-being) เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และภาวะสุขภาพ 4) ด้านเศรษฐกิจและสังคม (socio-economic factors, social well-being) เกี่ยวกับการรับรู้เรื่องอาชีพ การศึกษา และรายได้

เฟอแรนส์ (Ferrans, 1990) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (health and functioning domain) ประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ต่อผู้อื่น การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความรับผิดชอบในหน้าที่ ภาวะสุขภาพของตนเอง ภาวะเครียด งานอดิเรก การเกษียณจากงาน การท่องเที่ยว การมีอายุยืน ชีวิตสมรส การดูแลสุขภาพ และความไม่สุขสบายหรือความเจ็บปวด 2) ด้านเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic domain) ประกอบด้วย มาตรฐานการดำเนินชีวิต การพึ่งพาด้านการเงิน ที่พักอาศัย การทำงานประกอบอาชีพ เพื่อนบ้าน เพื่อน การสนับสนุนด้านอารมณ์ การศึกษา และนโยบายของรัฐ 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychological/spiritual domain) ประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข ความเป็นตัวเอง (self) เป้าหมาย ความผาสุกทางจิตใจ บุคลิกลักษณะ การนับถือศาสนา และการควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเอง 4) ด้านครอบครัว (family domain) ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว บุตร คู่สมรส และสภาวะของครอบครัว

มีเบอร์ก (Meeberg, 1993) ได้รวบรวมวิเคราะห์องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่มีผู้ให้นิยามต่าง ๆ สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของบุคคลนั้น ๆ 2) เป็นความต้องการด้านจิตใจที่ประเมินโดยตัวบุคคลนั้น ๆ หรือ ความรู้สึกพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ อีกร้อยหนึ่ง 3) เป็นการรับรู้ถึงระดับของ ร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ 4) เป็นการวัดเชิงวัดฤวิสัยโดยบุคคลอื่น ประเมินจากการจัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และไม่มีอันตราย

จูนิเปอร์, กุยาทท์, แอ็บส์ทีน, และคณะ (Juniper, Guyatt, Epstein et al., 1992) กล่าวถึง องค์ประกอบคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านอาการและอาการแสดง เป็นผลจากอาการกำเริบที่ส่งผลต่อการทำงานของร่างกาย 2) ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน เป็นผลจากอาการกำเริบที่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน 3) ด้านการจัดการกับอารมณ์ ประเมินความกลัว วิตกกังวล และอารมณ์หงุดหงิดที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และ 4) ด้านการจัดการกับสิ่งแวดล้อม การจัดการกับสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยโรคหืดต้องเผชิญ

อาภรณ์พรรณ (2546) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้กำหนดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของตนเองเป็น 6 ด้าน คือ 1) การยอมรับความเจ็บป่วย เป็นการปรับตัวด้านอัตมโน-

ทัศนส่วนบุคคลด้านคุณธรรม เพื่อความมั่นคงด้านจิตใจ 2) การรับรู้ต่อโรคและการรักษา ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และปรับภาวะสมดุลทางอารมณ์ 3) การรับรู้ต่อความสามารถของตนเอง ในด้านการป้องกันและแก้ไขอาการหายใจลำบาก การทำกิจกรรมให้เหมาะสม และร่วมดูแลปัญหาครอบครัว 4) การมีความมั่นคงในชีวิต ในด้านมีความมั่นคงทางอารมณ์ และมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ 5) การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ใน 3 ลักษณะ คือ ดูแลไม่ให้ลำบาก เอื้ออาทรเป็นการดูแลด้านจิตสังคม และพบหมอบพบความสุข และ 6) การดำรงบทบาททางสังคม พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดำรงบทบาททางสังคมใน 4 ลักษณะ คือ เป็นคู่ทุกข์คู่ยาก เป็นพุทธศาสนิกชน เป็นที่ปรึกษาของบุตรหลาน และการดำรงบทบาททางสังคม

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตนั้นมีวิธีการประเมินที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย เฟอแรนส์ และพาวเวอร์ (Ferrans & Powers, 1985) กล่าวว่า สิ่งสำคัญที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตคือความพึงพอใจในช่วงระยะเวลานั้นของบุคคล เป็นเรื่องเฉพาะบุคคล

แฟรงค์-สโตรมเบิร์ก (Frank-Stromborg, 1984) ได้จำแนกองค์ประกอบในการประเมินคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (objective scale yielding quantitative data) ซึ่งเป็นการประเมินโดยบุคคลอื่น เช่น แพทย์ บุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ เป็นต้น ผลการประเมินเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินด้วยตัวของบุคคลนั้นเองในเชิงปริมาณ โดยขึ้นอยู่กับคำจำกัดความคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเองนั้นเองในเชิงปริมาณ โดยขึ้นอยู่กับคำจำกัดความคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเองนั้น เช่น ความพึงพอใจในชีวิต และความสุขที่ตนเองเคยได้รับผลการประเมินเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ (subjective scale yielding qualitative data) เป็นการประเมินด้วยตนเอง ผลที่ได้เป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่บุคคลนั้นเป็นอยู่

มีเบอร์ก (Meeberg, 1993) ได้จำแนกตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตเป็น 2 ประเภท คือ

1. ตัวชี้วัดเชิงวัตถุวิสัย (objective indicator) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา การทำหน้าที่ของร่างกาย

2. ตัวชี้วัดเชิงจิตวิสัย (subjective indicator) เป็นการประเมินทางด้านจิตวิทยา เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

ณัฐธิดา (2541) ได้เสนอลักษณะของแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีว่า ควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เนื้อหา มีความสอดคล้องกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เช่น ในการประเมินคุณภาพชีวิตของคนไทย ควรจะสอดคล้องกับค่านิยม และวัฒนธรรมของคนไทย

2. ควรเป็นเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้ สามารถให้คะแนนเป็นตัวเลขได้

3. สามารถใช้ได้หลายสถานการณ์ โดยมีข้อจำกัดน้อยที่สุด ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ที่มีความหลากหลายทางด้านอายุ เพศ อาชีพ และชนิดของโรค

4. มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้

5. เป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะจากผู้ชำนาญทางคลินิก

6. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

7. แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างเด่นชัด ในกลุ่มที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน

8. มีความน่าเชื่อถือในเชิงเหตุผล

สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหืดนั้น จูนิเปอร์, บรูส, คอกซ์, เฟอร์รี, และคิง (Juniper, Buist, Cox, Ferrie, & King, 1999) ได้สร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด

(The Asthma Quality of Life Questionnaire: AQLQ) โดยมีเป้าหมายพัฒนาแบบสอบถาม เพื่อให้มีความสามารถวัดคุณภาพชีวิตของบุคคลในระยะเวลาต่าง ๆ กัน ให้ครอบคลุม มีหลัก 7 ประการดังนี้

1) วัดความรู้สึกที่มีต่อทางสุขภาพด้านร่างกายและด้านอารมณ์ 2) ข้อคำถามต้องสะท้อนถึงขอบเขตของอาการสำคัญของผู้ป่วยโรคหืด 3) คะแนนรวมที่ออกมาสามารถนำไปวิเคราะห์ได้ทางสถิติ 4)

แบบสอบถามมีความไวในการประเมินอาการของผู้ป่วยโรคหืด แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย 5) แบบสอบถามได้รับการยอมรับ ว่าตัวชี้วัดตรงกับระดับของสุขภาพ 6) แบบสอบถาม

ควรสั้นและกระชับ เพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย 7) แบบสอบถามควรทำให้ผู้ป่วยโรคหืดตอบได้ด้วยตนเอง หรือตอบแบบสอบถามจากการสัมภาษณ์ แบบวัดคุณภาพชีวิตของจูนิเปอร์, บรูส และคณะ

(Juniper, Buist et al., 1999) ได้ประเมินผลกระทบของโรคหืดที่มีต่อการทำงานของร่างกาย โดยแบ่งเป็นกิจกรรมทางกาย (generic activities) 5 ด้าน ประกอบด้วย กิจกรรมที่ต้องใช้กำลังมาก

(strenuous activities) เช่น การออกกำลังกาย การวิ่ง การเล่นกีฬา กิจกรรมที่ใช้กำลังปานกลาง (moderate activities) เช่น การเดิน การทำงานบ้าน การทำสวน การเดินซื้อของ กิจกรรมทางสังคม (social activities) เช่น การพูด การเล่นกับบุตรหลานหรือสัตว์เลี้ยง การเยี่ยมเยือนเพื่อนฝูง กิจกรรมการทำงาน (work-related activities) คือภาระงานที่ทำงาน และการนอนหลับ (sleeping) โดยให้ผู้ป่วยโรคหืดเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ต่อมา Juniper, Guyatt, Cox et al., (1999) ได้ปรับปรุงแบบวัดคุณภาพชีวิตโรคหืดเป็นฉบับย่อ (The Mini Asthma Quality of Life Questionnaire: Mini AQLQ) โดยปรับลดข้อคำถามบางข้อที่มีความซ้ำซ้อนกัน ทดสอบความสัมพันธ์ของทั้งสองแบบวัดคุณภาพชีวิต พบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างฉบับเต็ม และฉบับย่อในระดับสูง ($r = 0.9$) แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อของผู้ป่วยโรคหืด ประกอบด้วย 4 ด้านคือ ด้านอาการและอาการแสดง ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการจัดการกับสิ่งแวดล้อม แบ่งแบบวัดคุณภาพชีวิตเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนแรกประเมินด้านอาการและอาการแสดง ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการจัดการกับสิ่งแวดล้อม มีคะแนนในการประเมิน 7 ระดับวัดจากความรู้สึกด้านอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหืดคือ มีอาการตลอดเวลา จนถึงไม่มีอาการเลย ส่วนที่สองคือ ประเมินการทำงานของร่างกายเมื่อ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคะแนนในการประเมิน 7 ระดับคือ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทั้งหมดจนถึงไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม

ผลกระทบของโรคหืดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหืด

1. ผลกระทบด้านร่างกาย โรคหืดเป็นโรคที่มีทั้งระยะสงบ และระยะที่เกิดอาการกำเริบขึ้น ซึ่งผลของการเกิดอาการกำเริบนั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหืดทำให้เกิดภาวะบั่นทอนสุขภาพ ทำให้อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยง่าย (ยุบล, 2541) อาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจไม่เต็มอิ่ม หายใจมีเสียงหวีด มีอาการไอ เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต หากผู้ป่วยโรคหืดมีอาการหอบตลอดเวลา หอบตอนกลางคืนบ่อย ๆ รวมทั้งหากเกิดอาการกำเริบบ่อย กิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคหืดถูกจำกัดด้วยอาการหอบ ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง รวมทั้งผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการกำเริบบ่อยมักจะมีปัญหาอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ (นนทา และสมชัย, 2541; วัชร, 2540; สมจิต และปานจิตร, 2536; Kolbe, et al, 2002; Put, et al, 1999)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ จากความไม่แน่นอนของการเกิดอาการกำเริบ การรักษา การดำเนินชีวิต รวมทั้งต้องควบคุมอารมณ์ไม่ให้มีอารมณ์ที่รุนแรง เช่น เสียใจมาก ดีใจมาก เพราะอารมณ์เป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดความเครียด หากผู้ป่วยโรคหืดไม่สามารถบรรเทาความเครียดได้ดีย่อมทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิด ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมอง

ว่าภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนไป รู้สึกแตกต่างจากบุคคลอื่น และคิดว่าเป็นที่รังเกียจของผู้อื่น เกิดอาการซึมเศร้า ความมีคุณค่าในตนเองลดลง และคุณภาพชีวิตลดลงได้ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโรคหืดโดยรวม (ยุบล, 2541; Blumenschein & Johannesson, 1998; Ede, Yzermans, & Brouwer, 1999)

3. ผลกระทบด้านสังคม หากผู้ป่วยโรคหืดไม่สามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคได้และอาการกำเริบมีอาการรุนแรง ผู้ป่วยโรคหืดจึงต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินบ่อย ๆ หรือนอนพักรักษาที่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน (Eisner, et al., 1998) ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดต้องขาดเรียน ขาดงานบ่อย ประสิทธิภาพในการทำงานและการเรียนลดลง อัตราการขาดงานและขาดเรียนสูงขึ้น (Stempel, 2003) มีวิถีชีวิตเปลี่ยนไป ผู้ป่วยโรคหืดต้องติดตามประเมิน และหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นหลายอย่างทั้งการเปลี่ยนแปลงในตัวเอง สิ่งแวดล้อม และการออกกำลังกาย (ยุบล, 2541) ผู้ป่วยโรคหืดต้องสูญเสียจำนวนปีของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ชยันตร์ธร, 2542) และมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว (ดวงรัตน์, 2540)

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่อาการของโรคไม่แน่นอน ผู้ป่วยโรคหืดต้องมาตรวจตามนัด และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ค่าใช้จ่ายของครอบครัวเพิ่มขึ้น เพื่อชำระค่ารักษา ค่าเดินทางมาตรวจตามนัดหรือค่าใช้จ่ายยามฉุกเฉิน รวมทั้งผู้ป่วยโรคหืดและญาติอาจจะไม่สามารถทำงานหารายได้เต็มที่ รายได้ของครอบครัวจึงลดลง (ยุบล, 2541; Stempel, 2003) รวมทั้งทำให้มีการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งของผู้ป่วยโรคหืด ครอบครัวและประเทศ (ชยันตร์ธร, 2542)

งานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหืด

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับอาการกำเริบ ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นงานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหืด มักจะเป็นงานวิจัยที่ทำการวิจัย เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบ ป้องกันการกลับมานอนพักรักษาตัวซ้ำ การลดการเข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน การลดค่าใช้จ่ายจากการรักษา และเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมือนบุคคลทั่วไป เช่น จากการศึกษาของคาสโตร และคณะ (Castro et al., 2003) ที่ศึกษาเรื่อง การใช้โปรแกรมป้องกันการเกิดอาการกำเริบเพื่อป้องกันการกลับมานอนพักรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับการสอนโดยพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 1) ให้ความรู้เรื่องโรคและโปรแกรมป้องกันการเกิดอาการกำเริบ 2) การนำสมุดการดูแลผู้ป่วยโรคหืดประจำวันมาใช้ 3) ให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ป่วยโรคหืดตามระดับการศึกษา ความสนใจ และความเชื่อ 4) คัดเลือกผู้ป่วยโรคหืดเข้ารับ

บริการปรึกษาด้านจิตสังคมตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ 5) มีการวางแผนการจัดการโรคหืดด้วยตนเอง 6) ให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยโรคหืดได้รับการวางแผนให้กลับบ้าน 7) มีการนัดตรวจอาการซ้ำ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลซ้ำลดลง จำนวนวันที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวนครั้งที่มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ไม่มีความแตกต่างกัน และคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยใช้แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตโรคหืด ที่ประกอบด้วยการวัด 4 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ด้านอาการและอาการแสดง ด้านการจัดการกับอารมณ์ ด้านการจัดการกับสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าหลังได้รับการใช้โปรแกรมป้องกันการเกิดอาการกำเริบคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กอลเลฟอส และคณะ (Gallefoss et al., 1999) เรื่อง การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับการสอน พบว่า ผลของการสอนผู้ป่วยโรคหืด และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน และได้รับคู่มือที่มีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค การใช้ยา การดูแลตนเอง และการบริหารจัดการตัวเองโดยการวัดอัตราการไหลของอากาศขณะหายใจออก ร่วมกับการบันทึกอาการประจำวัน ทำให้สุขภาพของผู้ป่วยโรคหืดดีขึ้น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพการทำงานของปอดที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอน แต่สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีความแตกต่างกัน และจากการศึกษาของเอมท์เนอร์ และคณะ (Emtner et al., 1996) เรื่องการฝึกการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหืดโดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลา 10 สัปดาห์ พบว่าสมรรถภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มขึ้น ลดปริมาณการใช้ยา ลดจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และลดจำนวนวันที่ต้องหยุดโรงเรียน แต่ผลของการออกกำลังกายไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอดที่ชัดเจน แต่พบว่าผลรวมของการออกกำลังกายทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดดีขึ้น

จากความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่หลากหลายแนวคิด พบว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่มีอยู่จริงที่ทำให้ชีวิตมีคุณภาพ กับส่วนที่เป็นความรู้สึกคาดหวังในสิ่งที่บุคคลต้องการ กล่าวได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อตนเองในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพในช่วงเวลานั้น ๆ และสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ต้องการวัดผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด เพราะผู้ป่วยโรคหืดต้องใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับทุกคนในสังคม การมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีย่อมทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพ

ชีวิตที่ดีด้วย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของจูนิเปอร์, กูยาทท์, คอกซ์, และคณะ (Juniper, Guyatt, Cox et al., 1999) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคหืด โดยเฉพาะ ประเมินจากความพึงพอใจของตนเองในด้านอาการและอาการแสดง ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการจัดการกับสิ่งแวดล้อม