



ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการจัดการอาการหอบ
เฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
ภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้

**Effect of Discharge Planning Program on Self-Management Ability of Asthmatic
Patients Attending Emergency Room in Unrest Areas of Southern Thailand**

ณัฐฉิกา แซ่เต๋

Nattika Sae-Tae

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลผู้ใหญ่)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการจัดการอาหาร
 หอบเทียบปล้นของผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
 ภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้

ผู้เขียน นางสาว ณีฎฐิกา แซ่เต๋

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ดร.สุคศิริ หิรัญชุนหะ)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)
 กรรมการ (ดร.สุคศิริ หิรัญชุนหะ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นาคะ) กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นาคะ)
 กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)
 กรรมการ (รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
 เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
 (รองศาสตราจารย์ ดร.เกริกชัย ทองหนู)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการจัดการอาการ หอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้
ผู้เขียน	นางสาว ณิชฎีกา แซ่เต๋
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2551

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการหอบเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา จำนวนกลุ่มละ 32 ราย ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2550 ถึงเดือนธันวาคม 2550 สุ่มตัวอย่างตามวันที่มารับบริการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ซึ่งประกอบด้วย แบบประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย แบบประเมินการพยาของผู้ป่วยโรคหืด แผนการสอน ภาพพลิก และคู่มือการส่งเสริมความสามารถจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหืด และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันและแบบบันทึกการการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน ได้ทดสอบความเที่ยงโดยใช้การทดสอบซ้ำ ได้ค่าความสอดคล้องในการวัดซ้ำ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย โดยใช้ความถี่ และหาค่าร้อยละ ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติทีอิสระ และวิเคราะห์การกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ใช้สถิติไค-สแควร์

ผลการวิจัย พบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ร้อยละของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้ เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแก่ผู้ป่วยโรคหืดที่เหมาะสมภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไป

Thesis Title	Effect of Discharge Planning Program on Self-Management Ability of Asthmatic Patients Attending Emergency Unit in Unrest Areas of Southern Thailand
Author	Miss Nattika Sae-Tae
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2008

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to test the effect of discharge planning program on self-management ability of asthmatic patients attending an emergency unit in the unrest areas of southern Thailand. Sixty-four of asthmatic patients who attended the emergency unit of Yala hospital during November 2007 to December 2007 with acute symptoms were selected for control and experimental groups using systematic random sampling. The intervention was a discharge planning program covering self-management in live care of sudden asthmatic attack. The instruments for data collection were a self-management ability of asthmatic patient questionnaire and a 48 hours readmission record. The instruments were content validated by three experts, and reliability tested by test-retest, yielding correlation coefficient equal to 0.80. The data on self-management ability of asthmatic patients were analyzed using percentage, mean and standard deviation, and the score compared between groups using independent t-test, and 48 hours readmission record compared using chi-square.

The results showed that:

1. The mean score of total self-management ability of the experimental group receiving discharge planning program was at a moderate level and statistically significantly higher than that of the control group ($p < 0.01$).
2. The percentage of 48 hours revisit in the experimental group was lower than in the control group.

The result of this study could be used to develop a discharge planning program for asthmatic patients in the three border provinces of southern Thailand or other areas that need brief intervention for promoting self management for the population.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จเรียบร้อยได้ด้วย ความมานะอุสาหะของผู้วิจัย รวมทั้ง ความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร. สุกศิริ หิรัญชุมหะ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ ที่ได้ถ่ายทอดความรู้ ให้แนวคิด คำแนะนำ และให้คำปรึกษา พร้อมข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่มาโดยตลอด รวมทั้ง สนับสนุนเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจในความกรุณาของท่าน จึงขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรง และความครอบคลุมตามเนื้อหาของเครื่องมือ พร้อมให้ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมทั้งคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ช่วยตรวจสอบ และให้ ข้อเสนอแนะที่ช่วยให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ มีความถูกต้องชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขอ กราบขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ต่างๆ ในระหว่างการศึกษา ให้คำแนะนำ ให้การช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่อนุมัติงบประมาณ ส่วนหนึ่งในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้า แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ที่ได้ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง ขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ กรุณาเสียสละเวลา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายขอขอบพระคุณ คุณแม่ ที่ดูแลเอาใจใส่สนับสนุน กระตุ้นเตือน รวมทั้งเป็น กำลังใจที่สำคัญยิ่ง ขอขอบคุณพี่ๆ น้อง ๆ และเพื่อนๆ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ทุกคนที่ร่วมทุกข์ ร่วมสุข ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจในการศึกษา ตลอดจนขอบคุณผู้ที่ให้การช่วยเหลือด้านอื่นๆ ซึ่งผู้วิจัย ไม่สามารถเอ่ยนามได้ทุกคนไว้ ณ ที่นี้ ที่ช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ณัฐจิภา แซ่เต๋

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	4
นิยามศัพท์.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
ความสำคัญของการวิจัย.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
อาการหอบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหืด.....	7
ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด.....	16
โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการ หอบเฉียบพลัน.....	20
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	29
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	29
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	30
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	32
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	33
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	33

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4	
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	37
ผลการวิจัย.....	37
การอภิปรายผล.....	44
บทที่ 5	
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	50
สรุปผลการวิจัย.....	50
ข้อเสนอแนะ.....	51
บรรณานุกรม.....	53
ภาคผนวก.....	62
ก แบบฟอร์มพื้ทกษัลลลทลการเข้าร่วมวิจัย.....	63
ข ตัวอย่างโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมความสามารถ ในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน.....	65
ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	71
ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	78
จ การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	79
ประวัติผู้เขียน.....	86

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	38
2	เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	41
3	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	43
4	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	43
จ 1	เปรียบเทียบความสามารถในการจัดการกับอาการหอบเฉียบพลันโดยรวม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายและได้รับ การพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ.....	79
จ 2	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถในการจัดการกับ อาการหอบเฉียบพลัน ด้านการประเมินความรุนแรงของอาการหอบเฉียบพลัน ด้วยตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายชื่อ.....	80
จ 3	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถในการจัดการกับ อาการหอบเฉียบพลัน ด้านการจัดการและการควบคุมอาการหอบเฉียบพลัน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามรายชื่อ.....	81
จ 4	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถในการจัดการกับ อาการหอบเฉียบพลัน ด้านการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลัน รุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายชื่อ.....	82
จ 5	แสดงผลการประเมินปัญหาและความต้องการของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม.....	83
จ 6	แสดงผลการประเมินการพ่นยาของของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน ได้รับการวางแผนการจำหน่ายและได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่าย ตามปกติ.....	84
จ 7	แสดงจำนวนและร้อยละของประเมินการปฏิบัติตามขั้นตอนการประเมินพ่นยา ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	85

รายการภาพประกอบ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
2	ขั้นตอนการทำวิจัย.....	36

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหืด เป็นโรกระบบทางเดินหายใจในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่พบได้บ่อยในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก (Haahntela, 2000) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก เพื่อรักษาโรคหืด (Global Initiative for Asthma: GINA) พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหืดมากกว่า 150 ล้านคน เสียชีวิตประมาณ 100,000 คนต่อปี (สมาคมอหิวาต์แห่งประเทศไทย, 2547; Miracle & Winston, 2000) และมีแนวโน้มจะเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ในประเทศไทย พบว่าคนไทยเป็นโรคหืดเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า (ชุมศักดิ์, 2542) ซึ่งจากการสำรวจความชุกในปี พ.ศ. 2542 โรคหืด ความชุกเป็นร้อยละ 12-17 ของประชากรทั้งประเทศและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สมเกียรติ และ ชัยเวช, 2542; วิไลวรรณ, 2546) นอกจากนี้อาการหอบเฉียบพลันรุนแรงของผู้ป่วยโรคหืด (acute asthmatic attack) จัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์พบเป็นอันดับที่ 9 ที่เป็นสาเหตุนำผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่ง (สมาคมอหิวาต์แห่งประเทศไทย, 2547) และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับที่ 2 รองจากอุบัติเหตุ (วิศิษฐ์, 2546; วัชรรา, 2547)

การเกิดอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมักมาด้วย อาการหายใจลำบาก หายใจเหนื่อย มีอาการหอบตัวโยน เหนือออก และมีเสียงหวีด (wheezing) ในทรวงอก (สมเกียรติ และ ชัยเวช, 2542) จากการได้รับสารก่อภูมิแพ้หรือสิ่งกระตุ้น เช่น การออกกำลังกาย ขาดอากาศ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ อุณหภูมิของอากาศที่เปลี่ยนแปลง ความเย็น อารมณ์รุนแรง เป็นต้น (สิรินันท์, 2545) อาการหอบเฉียบพลันที่ไม่รุนแรงสามารถหายเป็นปกติได้เองหรือโดยการใช้ยาขยายหลอดลมอาการจะทุเลาลง (วัชรรา, 2547; วิไลวรรณ, 2546; วิศิษฐ์, 2544) แต่มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีประสบการณ์การเกิดอาการหอบเฉียบพลันรุนแรง ทำให้เกิดการบั่นทอนสุขภาพ จากภาวะหายใจลำบาก เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง และอ่อนเพลีย (สิรินันท์, 2543) มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน และมีปัญหาการพักผ่อนไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดความตึงเครียดและคุกคามต่อชีวิต (Kolbe, Fergusson, Vamos, & Garrett, 2002) ทำให้มีแนวโน้มที่จะที่ต้องมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินบ่อยและบางรายเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประเมินความรุนแรงของอาการด้วยตนเอง (สมคิด และ คณะ, 2544; วัชรรา, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยธิดา (Piyathida, 1999) ที่ศึกษาผลของการจัดการกับอาการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยหอบหืดกับพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สนใจต่ออาการนำของการจับหืดน้อย แต่ใส่ใจต่ออาการขณะจับหืดมากกว่า นอกจากนี้ยัง

ขาดความสามารถในการจัดการและควบคุมอาการด้วยตนเอง ในเรื่องของการปฏิบัติตัว เช่น การพ่นยา ไม่ถูกต้อง ยาพ่นหมดก่อนกำหนด การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Jenkins, 2002) ซึ่งสาเหตุดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเฉียบพลันถึงขั้นรุนแรง จนกระทั่งมีภาวะหายใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้ (ชัยเวช, 2542)

ปัจจุบันแม้จะมีการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาอาการหอบเฉียบพลัน ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป และมีวิธีการรักษาอาการหอบเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งยาที่ใช้ในการแก้ไข บรรเทาอาการหรือควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดอาการหอบเฉียบพลัน เป็นยาที่ใช้ง่ายออกฤทธิ์เร็ว และผลข้างเคียงน้อย ผู้ป่วยสามารถใช้จัดการอาการหอบเฉียบพลันได้เองที่บ้าน (วัชรวิภา, 2547; สุชัย, 2543) แต่ภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547–2549 มีจำนวน 1,620 1,430 และ 1,764 ราย ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลศูนย์ยะลา 2547, 2548 และ 2549) และผู้ป่วยอาการหอบเฉียบพลันที่กลับมา ตรวจรักษาซ้ำ ภายใน 48 ชั่วโมง แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547–2549 มีจำนวน 26 50 และ 99 รายตามลำดับ (สถิติผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา 2547, 2548 และ 2549) จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีความสามารถควบคุมอาการหอบเฉียบพลัน ด้วยตนเองยังไม่ดีพอ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ยังพบว่า ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ไม่ได้สนับสนุนผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจในแนวทางการรักษา การประเมินความรุนแรงของโรค การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและวิธีใช้ยาสูดพ่น (วัชรวิภา, 2547)

อาการหอบเฉียบพลันมีระยะสงบ ไม่มีอาการส่วนระยะหอบเฉียบพลันรุนแรงจะ แสดงอาการเกิดขึ้นเป็นพักๆ ไม่แน่นอน ส่วนใหญ่มักมีอาการในตอนกลางคืนและเช้ามืด (ชายชาญ, 2543) นอกจากนี้เขตพื้นที่ชายแดนภาคใต้ในปัจจุบันปรากฏเหตุการณ์ความไม่สงบ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ซึ่ง การก่อการร้ายจะกระทำในหลายรูปแบบ โดยไม่รู้ว่าจะเหตุการณ์นั้นจะสิ้นสุดเมื่อใด เป้าหมายคนต่อไป คือ ใครและใครเป็นผู้กระทำ ทำให้มีผลคุกคามต่อความรู้สึกและความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต (ขจิตถัย, 2548) จากลักษณะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อบุคคลในพื้นที่ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตประจำวันต้องเปลี่ยนแปลง ไป มีการปรับเปลี่ยนเส้นทางเดินทาง ออกเดินทางในเวลากลางวัน การทำกิจกรรมนอกบ้าน เป็นไปอย่างรีบด่วน (สรพงษ์, 2548) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการหอบเฉียบพลัน ได้ด้วยตนเอง น่าจะเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเฉียบพลันสามารถควบคุมอาการหอบเฉียบพลันไม่ให้รุนแรงได้ และไม่กลับมาตรวจรักษาซ้ำโดยไม่จำเป็น โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ยังมีความเสี่ยงในการเดินทางมารักษาในตอนกลางคืน

ปัจจุบันการปฏิบัติกรพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มักเป็นไปทางด้านการใช้ ยาเพื่อบรรเทาอาการหอบเฉียบพลัน ตามการรักษาของแพทย์ เน้นการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว

การรับประทานยาและการใช้ยาสุดฟัน การมาพบแพทย์ตามนัด โดยอาจขาดกระบวนการเตรียมความพร้อม และทักษะการจัดการอาการอย่างเพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยและครอบครัว ยังไม่ค่อยเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลัน จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการ หอบเฉียบพลันต้องกลับเข้ามาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง (ธัญภรณ์, 2549; จินตนา, 2549) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษาที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพและที่บ้าน ซึ่งได้รับความร่วมมือ ประสานงานกันระหว่างพยาบาลและครอบครัว โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการการวินิจฉัย ปัญหา การลงมือปฏิบัติและการประเมินติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (วันเพ็ญ และ อุษาวดี, 2546) ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ จะช่วยลดระยะเวลาของ การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ป้องกันการกลับเข้าโรงพยาบาลด้วยอาการเดิม เป็นการส่งเสริมให้ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ (อุระณี, 2546) เป็นผลให้อุบัติการณ์การกลับเข้ามาตรวจ รักษาซ้ำที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินภายใน 48 ชั่วโมงลดลง (กองการพยาบาล, 2539) จากลักษณะการ ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ต้องให้บริการที่รวดเร็วถูกต้องตามมาตรฐาน วิชาชีพ โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉินต่อชีวิตซึ่งต้องการประเมินที่แม่นยำ ถูกต้อง การวิเคราะห์ตัดสินใจ ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น และต้องคำนึงถึงผลกระทบหรือความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ตามมาได้ (กรองไค, 2549) ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2539; วันเพ็ญ และ อุษาวดี, 2546) จึงนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการจัดการ อาการด้วยตนเอง (self-management) (Lorig, 2003; Mary & Karen, 2005) เพื่อให้สอดคล้องกับ บริบทกับแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยมีอาการหอบเฉียบพลันมารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จนสามารถควบคุมอาการหอบเฉียบพลันได้ การวางแผนจำหน่ายจึงเริ่ม โดยเน้นการวางแผนให้ผู้ป่วย และครอบครัวเข้าใจเป้าหมายการรักษา และมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา มีความสามารถ ในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการตนเองและมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ต้องให้ผู้ป่วยเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการหอบเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถ ในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใต้เหตุการณ์ ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ โดยนำแนวคิดการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D มาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน โดยเน้นการประเมินอาการหอบเฉียบพลัน ด้วยตนเอง การจัดการและการควบคุมอาการหอบเฉียบพลันและการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการ

หอบเฉียบพลันรุนแรง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสามารถจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง และลดการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ
2. ศึกษาเปรียบเทียบการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืดของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติหรือไม่
2. การกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติหรือไม่

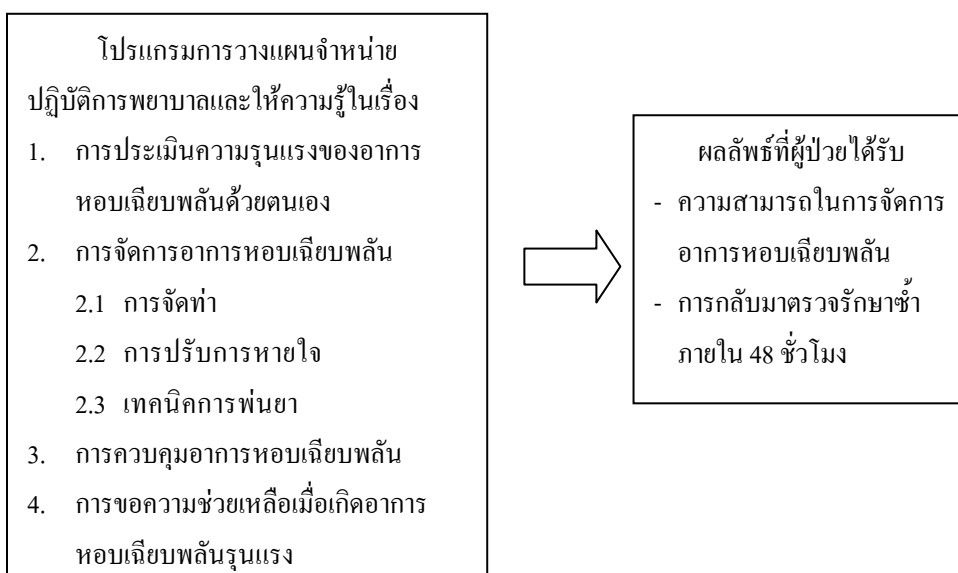
สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืดของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ
2. การกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์และพัฒนาแนวคิดการวางแผนจำหน่าย โดยประยุกต์ใช้การวางแผนจำหน่าย รูปแบบ M-E-T-H-O-D ตามกระบวนการพยาบาลของกองการพยาบาล (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2539; วันเพ็ญ และ อุชาติ, 2546) และแนวคิดการจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง (self-management) (Lorig, 2003; Mary & Karen, 2005) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

จากงานอุบัติเหตุนุ้กเงินเป็นบริการที่สำคัญด้านแรกของการให้บริการรักษาพยาบาล ผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องการบริการที่รวดเร็วและถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ (กรองไค, 2549) การวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นทางการเป็นระบบประยุกต์ตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D จึงเริ่มขึ้นจากการประเมิน ความรุนแรงของอาการหอบเฉียบพลัน โดยที่ผู้ป่วยมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา เมื่อเกิด อาการหอบเฉียบพลันผู้ป่วยสามารถจัดการอาการ โดยทราบถึงการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับเป็นประจำ การควบคุมอาการหอบเฉียบพลัน การจัดสิ่งแวดลอมให้เหมาะสมและสามารถนำทรัพยากรในชุมชน มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับ สุขภาพของตนเอง รวมถึงการทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจถึงภาวะสุขภาพของตนเอง การ จัดการและควบคุมอาการเฉียบพลัน สามารถจัดการกับภาวะฉุกเฉินเมื่อมีอาการหอบเฉียบพลันรุนแรง และติดต่อขอความช่วยเหลือได้ด้วยตนเอง ความสามารถในการจัดการอาการด้วยตนเองจะช่วยให้ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการดูแลสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการควบคุมอาการแสดงของ โรค ปรับปรุงภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ให้สามารถดำรงอยู่กับอาการหอบ เฉียบพลันได้ (Lorig, 1996) โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย จึงเน้นการประเมินความรุนแรงของอาการ หอบเฉียบพลันด้วยตนเอง การจัดการและการควบคุมอาการหอบเฉียบพลันและการขอความช่วยเหลือ เมื่อเกิดอาการเฉียบพลันรุนแรง รวมทั้งทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เพื่อลดการกลับมา ตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเริ่มจาก การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน และปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย การให้ความรู้ตามแผนการสอน สื่อภาพพลิก และคู่มือการส่งเสริมความสามารถจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหืด การให้ความรู้ได้แก่ การประเมินความรุนแรงของอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง การจัดการอาการและควบคุมอาการหอบเฉียบพลัน และการขอความช่วยเหลือเมื่ออาการหอบเฉียบพลันรุนแรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อจัดการอาการหอบเฉียบพลัน ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการประเมินความรุนแรงของอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง ด้านการจัดการอาการและการควบคุมอาการหอบเฉียบพลัน และด้านการขอความช่วยเหลือในการจัดการกับอาการหอบเฉียบพลันที่รุนแรง โดยประเมินจากแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน ซึ่งดัดแปลงจากสุชาพร (2544) จุก (2549) ชันยาภรณ์ (2549)

การกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง หมายถึง ผู้ป่วยที่จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต และไม่สามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เป็นสาเหตุให้ต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาล โดยไม่ได้รับการนัดหมายภายใน 48 ชั่วโมง ด้วยอาการเดิมภายหลังจำหน่าย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) ประเมินโดยการใช้แบบบันทึกการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ภายใน 48 ชั่วโมง ดัดแปลงมาจากอัจฉรา (2544)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ยะลา เก็บข้อมูลช่วงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2550 ถึง 1 ธันวาคม 2550

ความสำคัญของการวิจัย

เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหืด ของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในการช่วยให้สามารถจัดการอาการหอบเฉียบพลันของตนเองได้อย่างมีคุณภาพ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับ ดังนี้

1. อาการหอบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหืด
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 พยาธิสรีรภาพ
 - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการหอบเฉียบพลัน
 - 1.4 การประเมินอาการหอบเฉียบพลัน
 - 1.5 การควบคุมอาการหอบเฉียบพลัน
 - 1.6 ผลกระทบจากอาการหอบเฉียบพลัน
2. ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด
 - 2.1 แนวคิดการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน
 - 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน
3. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน
 - 3.1 ความหมายของการวางแผนจำหน่าย
 - 3.2 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน
 - 3.3 การประเมินการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน

อาการหอบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหืด

ความหมาย

อาการหอบเฉียบพลัน (acute asthmatic attack) เป็นอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงการหายใจที่ไม่ปกติ (ทรงขวัญ, 2542) ก่อให้เกิดความทุกข์สึ่กหายใจขัด หายใจไม่โล่ง หายใจไม่พอ แน่นอึดอัด

ในอก มีความลำบากในการหายใจ หายใจมีเสียงหวีด ต้องใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ และเหนื่อยกว่าปกติ และเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน (สมเกียรติ และ ชัยเวช, 2542) อาการเหล่านี้จะเป็นๆ หายๆ โดยเฉพาะกลางคืนเข้ามิด หรือเมื่อได้รับสารก่อภูมิแพ้ (สรจักร, 2542) อาการอาจหายได้เองหรือทุเลาเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลม (ปราณี, 2543; วิศิษฐ์, 2544; วัชรวิภา, 2547)

พยาธิสรีรภาพ

โรคหืด เกิดการอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจ สาเหตุที่ทำให้เกิดการอักเสบ ได้แก่ สารก่อภูมิแพ้ การติดเชื้อไวรัส รวมถึงสารมลพิษที่มีอยู่ในอากาศและในสถานที่ทำงาน (สมเกียรติ และ ชัยเวช, 2542; วิศิษฐ์, 2546) จากการที่สารก่อภูมิแพ้เข้าไปกระตุ้นเซลล์มาสต์ (mast cell) และมาโครฟาส (macrophage) ในหลอดลม ให้หลั่งไซโตไคนิน (cytokines) ชนิดต่าง ๆ จากทีลิมโฟไซท์ (T-Lymphocyte) เช่น อินเทอร์ลูคิน 2 (interleukin-2: IL2) อินเทอร์เฟอรอน (interferon: IFN) จากทีลิมโฟไซท์ (T-Lymphocyte) ชนิด Th-1 (T helper type-1) และอินเทอร์ลูคิน 3 (interleukin 3: IL3) อินเทอร์ลูคิน 4 (interleukin 4: IL4) และอินเทอร์ลูคิน 5 (interleukin 5: IL5) จาก Th-2 (T helper type 2) ซึ่งจะมีการกระตุ้นเซลล์ต่างๆ ดังนี้ อินเทอร์ลูคิน 3 กระตุ้นเซลล์มาสต์ สำหรับอินเทอร์ลูคิน 4 กระตุ้นบีลิมโฟไซท์ (B -Lymphocyte) ทำให้มีการสร้างอิมโมโนโกลบูลินอี (IgE) ไปจับที่ผิวของเซลล์มาสต์ เมื่อมีการกระตุ้นเซลล์มาสต์ ทำให้หลั่งสารฮิสตามีน (histamine) ลิวโคไตรอิน (leukotriens) พรอสตาแกลนดิน (prostaglandin) ทำให้กล้ามเนื้อหลอดลมหดตัว (broncho constriction) มีการซึมของน้ำออกมานอกเส้นเลือด (transudation) และมีการหลั่งมูกออกมามากขึ้น (mucus hypersecretion) และอินเทอร์ลูคิน 5 จะกระตุ้นให้มีการรวมตัวของอีโอสิโนฟิล (eosinophil) และเซลล์ที่มีการอักเสบเข้ามาในหลอดลมและมีการหลั่งสารไซโตทอกซินโปรตีน (cytotoxic protein) ทำให้เยื่อหลอดลมถูกทำลาย (epithelial damage) และการที่เยื่อหลอดลมถูกทำลาย ทำให้มีการลอกหลุดสะสมตัว หนาขึ้นไปอุดกั้นหลอดลม เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของอาการหอบเฉียบพลัน (สมเกียรติ และ ชัยเวช, 2542; Woolcock et al., 1999; Talmadge, 1999)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการหอบเฉียบพลัน

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการหอบเฉียบพลัน ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ 1) เพศ วัยรุ่นเพศชายมีโอกาสการเกิดโรคหืดมากกว่าเพศหญิง และวัยก่อนวัยรุ่นพบอัตราส่วนการเป็นโรคหืดของเพศชายต่อเพศหญิง 2:1 ส่วนในผู้ใหญ่ผู้หญิงจะ

เป็นมากกว่าผู้ชาย เนื่องมาจากการรับประทานยาแก้ปวดจำพวกแอสไพรินและฮอร์โมนเอสโตรเจน หรือฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (สุชาพร, 2544; สุมาลี, 2546) 2) ผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ร้อยละ 5-15 มีโอกาสที่จะเป็นโรคหืด (อดิศร ฮีโรชิ และ สุวัฒน์, 2546) และ 3) เชื้อชาติ พบความชุกของโรคในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหืดมากกว่าครอบครัวที่ไม่เป็นโรคหืด (พูนเกษม, 2545; สุมาลี, 2546)

2. ปัจจัยก่อเหตุ ได้แก่ สารก่อภูมิแพ้มีหลายชนิดที่สำคัญ เช่น ไรฝุ่น ฝุ่นบ้าน ขนสัตว์ แมลงสาบ เกสรพืช เชื้อรา ยาแอสไพรินและสารที่ทำให้เกิดโรคหืดในที่ทำงาน เป็นต้น

3. ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ อาหารบางชนิด เช่น นม อาหารทะเล เป็นต้น การติดเชื้อทางเดินหายใจ การสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่ มลพิษทางอากาศ ทั้งภายนอกอาคารและภายในอาคาร เช่น ควันไฟ ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO₂) ก๊าซโอโซน (O₃) เป็นต้น (สมเกียรติ และ ชัยเวช, 2542; สุขชัย, 2543) บางครั้งสภาพร่างกายที่อ่อนเพลีย ความเครียด และภาวะอารมณ์ แม้แต่พฤติกรรมตามปกติ เช่น เดิน หรือหัวเราะ เป็นต้น เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบเฉียบพลันได้ (สุมาลี, 2546; วิไลวรรณ, 2546)

การประเมินอาการหอบเฉียบพลัน

อาการหอบเฉียบพลันเป็นความรู้สึกของผู้ที่เป็นโรคหืด ต่อความยากลำบากในการหายใจ การประเมินจึงจำเป็นต้องประเมินจากความรู้สึกของผู้ที่เป็นโรคหืดต่ออาการหอบเฉียบพลันในขณะนั้น ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากที่เคยรู้สึกและเป็นการรายงานโดยตรงจากบุคคลที่กำลังประสบอาการ (self-report) (เพ็ญจันทร์ และ รุ่งทิพย์, 2549) อาการหอบเฉียบพลันสามารถประเมินได้โดยอาศัย ประวัติที่บ่งบอกว่าอาการหอบรุนแรง คือ 1) เคยมีประวัติหอบรุนแรงมาก่อน เช่น เคยใส่เครื่องช่วยหายใจมาก่อน เป็นต้น 2) ระยะเวลาที่หอบก่อนมาพบแพทย์ ยิ่งหอบนานยิ่งมีการหลั่งมูกในหลอดลมคอเพิ่มขึ้นทำให้เพิ่มการบวมของหลอดลมคอ 3) การรักษาที่ได้รับ ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ในขนาดเต็มที่แล้วยังมีอาการหอบ แสดงว่าหอบครั้งนี้รุนแรง และ 4) ประวัติเคยมาแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ก่อนหน้านี้ ส่วนการตรวจร่างกายที่บ่งบอกว่าอาการหอบเฉียบพลันรุนแรง ได้แก่ พุดไม่เป็นประโยค นอนราบไม่ได้ อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้ง/นาที และใช้กล้ามเนื้อคอและไหล่ช่วยเวลาหายใจ ฟังปอดพบเสียงหวีด และผู้ป่วยที่มีอาการหอบรุนแรงมาก อาจมีอาการเขียว (cyanosis) นอกจากนี้ต้องอาศัยการประเมินความรุนแรงของอาการหอบเฉียบพลัน และจากการสังเกตการหายใจของตัวเองในขณะนั้นควบคู่ไปด้วย (สมเกียรติ และ ชัยเวช, 2542; วิไลวรรณ, 2546) ความรุนแรงของอาการหอบเฉียบพลันแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 ผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการนานๆ ครั้ง (intermittent asthma) ผู้ป่วยมีอาการหอบเกิดขึ้นน้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวนครั้งของการหอบในเวลากลางคืนต่ำกว่า 2 ครั้งต่อเดือน มีอาการหอบเฉียบพลันเป็นช่วงสั้นๆ 2 - 3 ชั่วโมงถึง 2 - 3 วัน

ระดับ 2 ผู้ป่วยโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงน้อย (mild persistent asthma) ผู้ป่วยมีอาการหอบเกิดขึ้น 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า แต่น้อยกว่า 1 ครั้งต่อวัน หรือมีจำนวนครั้งของการหอบในเวลากลางคืนมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน อาการหอบเฉียบพลันอาจมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนของผู้ป่วย

ระดับ 3 ผู้ป่วยโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงปานกลาง (moderate persistent asthma) ผู้ป่วยมีอาการหอบทุกวันหรือมีอาการหอบตอนกลางคืนมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ อาการหอบเฉียบพลันอาจมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนของผู้ป่วย

ระดับ 4 ผู้ป่วยโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงมาก (severe persistent asthma) ผู้ป่วยมีอาการหอบตลอดเวลา มีอาการหอบตอนกลางคืนบ่อย ๆ รวมทั้งมีอาการหอบเฉียบพลันบ่อย ๆ ส่งผลให้กิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยถูกจำกัด

นอกจากนี้ประเมินจากการสังเกตการหายใจของผู้ที่เป็น โรคหืด ได้แก่ การบันทึกอัตราการหายใจ และการสังเกตการยกไหล่ในขณะหายใจเข้า ดังนี้

1. การบันทึกอัตราการหายใจอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สามารถประเมินความรุนแรงของอาการหอบเฉียบพลันที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยโรคหืดในขณะนั้นได้ เนื่องจากในขณะที่มีอาการหอบเฉียบพลันร่างกายจะมีการปรับตัวโดยการหายใจเร็วและสั้น เพื่อให้แลกเปลี่ยนอากาศที่เพียงพอ ปกติอัตราการหายใจในผู้ใหญ่ในขณะพักประมาณ 12 – 20 ครั้ง/นาที ถ้ามีอัตราเร็วหรือช้ามากกว่านี้เป็น การบ่งบอกถึงความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ (สันต์, 2545; จุก, 2549)

2. การสังเกตการยกไหล่ในขณะหายใจเข้าในผู้ป่วยที่เป็นโรคหืด ที่มีการหายใจลำบากอย่างรุนแรง จะใช้กล้ามเนื้อคอช่วยในการหายใจ (accessory muscle) เพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เห็นการยกไหล่อย่างชัดเจนในการหายใจเข้า (Gift, 1990) ดังนั้น สามารถประเมินอาการหอบเฉียบพลันจากการสังเกตการยกไหล่ในผู้ป่วยขณะหายใจเข้า และสามารถประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากได้ 3 ระดับ โดยกำหนดคะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ที่คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน และคะแนนสูงสุด 3 คะแนน คะแนนสูงสุดแสดงว่ามีอาการหายใจลำบากรุนแรงกว่าคะแนนต่ำ แบบประเมินมีลักษณะดังนี้ (Gift, 1991)

- | | | | |
|---------|---------------------------|---------|---------------------------|
| ระดับ 1 | ไม่มีการยกของไหล่ | หมายถึง | ไม่มีอาการหายใจลำบาก |
| ระดับ 2 | มีการยกของไหล่ไม่ชัดเจน | หมายถึง | มีอาการหายใจลำบากเล็กน้อย |
| ระดับ 3 | มีการยกของไหล่อย่างชัดเจน | หมายถึง | มีอาการหายใจลำบากมาก |

การควบคุมอาการหอบเฉียบพลัน

อาการหอบ มีทั้งระยะสงบและระยะเฉียบพลัน การควบคุมอาการหอบเฉียบพลัน ทำให้อาการของโรคลดน้อยลงหรือหมดไป รวมทั้งลดอัตราการเกิดอาการหอบเฉียบพลัน นอกจากนี้ แพทย์จะให้การรักษาตามอาการที่เกิดขึ้นแล้ว จึงจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการควบคุมอาการหอบเฉียบพลัน โดยการกำจัดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น ดังนี้

1. จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาด กำจัดแหล่งสะสมของตัวไรฝุ่น โดยทำให้ห้องโล่งที่สุดและในห้องนอนมีเครื่องตกแตงน้อยที่สุด เครื่องนอนทุกชนิดควรนำตากแดดทุกอาทิตย์ ผ้าปูที่นอน และเครื่องนอน ควรเป็นผ้าฝ้าย ซึ่งเป็นวัสดุที่ทำความสะอาดง่าย และซักที่อุณหภูมิมากกว่า 55 องศาเซลเซียส ถ้าผู้ป่วยทำความสะอาดห้องเอง ควรใช้ผ้าปิดปากและจมูกขณะทำความสะอาด และพื้นห้องควรขัดด้วยน้ำส้ม เวลาลูบถูพื้นน้ำส้มไม้ฟุ้งกระจายต่อไป ส่วนเชื้อราในอากาศ พยายามกำจัดโดยอย่าทำให้เกิดความอับชื้น และทำลายด้วยน้ำยาไลโซล เมื่อทำความสะอาดห้องเรียบร้อยแล้ว พยายามปิดประตูไว้เสมอ เพื่อป้องกันฝุ่นละอองจากภายนอก สำหรับแมลงสาบป้องกัน โดยการทำความสะอาดบ้านเรือนกำจัดเศษขยะและเศษอาหารภายในบ้านทุกวัน เพื่อไม่ให้เป็นที่เพาะพันธุ์ แมลงสาบ อาจใช้ยาฆ่าแมลงฉีดในบ้านเป็นระยะ (วิทยา, 2545; วรวิมล และ สมบัติ, 2545) และสัตว์เลี้ยงในบ้าน เช่น สุนัข แมว เป็นต้น ให้กันออกไปจากห้อง ในกรณีที่ต้องเลี้ยงไว้ในบ้านและไม่สามารถกำจัดได้ ควรอาบน้ำสัตว์เลี้ยงเป็นประจำทุกสัปดาห์และไม่ให้ผู้ป่วยที่มีอาการหอบคลุกคลีใกล้ชิด (สมบัติ, 2545)

2. หลีกเลี่ยงมลพิษในอาคาร และนอกอาคาร ที่พบบ่อย คือ ควันบุหรี่ เนื่องจาก ควันบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญของโรคหืด ควันบุหรี่จะทำให้เกิดอาการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อทางเดินหายใจ ทำให้ขนกวัด (cilia) ทำงานไม่ได้ตามปกติไม่สามารถกำจัดสิ่งแปลกปลอมได้หรือเชื้อโรคที่เข้าสู่ทางเดินหายใจให้ออกสู่ภายนอกได้ ควันบุหรี่ เป็นปัญหาต่อสิ่งแวดล้อมในที่อยู่อาศัยมากกว่า สิ่งแวดล้อมนอกที่อยู่อาศัย และควันบุหรือนับเป็นมลพิษที่ร้ายแรง ซึ่งความเข้มข้นของสารพิษใน ควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่ออกมา (sidestream smoke) จะมีความเข้มข้นกว่า ควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่เข้าไปโดยตรง (mainstream smoke) หลายเท่าตัว (บุศรา, 2543) ดังนั้น จึงควรหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ัญญาลักษณ์ (2544) เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสตรี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 62.7 เห็นด้วยอย่างยิ่งว่า การหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันมากๆ เป็นประจำและการเลิกสูบบุหรี่ ช่วยลดการเกิดอาการหายใจลำบาก

3. หลีกเลี้ยงบุคคลที่กำลังเป็นหวัดหรือมีการติดเชื้อทางเดินหายใจ และการอยู่ในสถานที่แออัด โดยเฉพาะระยะที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และในช่วงฤดูฝน เพราะการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ทำให้มีการระคายเคืองของหลอดลม ทำให้หลอดลมหดเกร็งเกิดการตีบของหลอดลม อาการหอบเหนื่อยพลัน เกิดจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ส่วนใหญ่จะเป็นไวรัสมากกว่าแบคทีเรีย (ชายชาญ, 2543)

4. หลีกเลี้ยงอาหารที่ทำให้เกิดการแพ้ จากการศึกษา พบว่า ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่เกิดอาการหอบมาจากการแพ้อาหาร (Monteleone & Sherman, 1999) จึงควรหลีกเลี้ยงอาหารเหล่านั้น เช่น เนย ผงพะโล้ อาหารทะเล นม ถั่ว หรือเครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ที่ทำให้เกิดแก๊สได้ง่าย และอาหารที่มีกลิ่นแรงหรือผลไม้บางชนิด เช่น ทูเรียน เป็นต้น (รำพรรณ, 2542) ควรระวังไม่ให้รับประทานอาหารจนอิ่มเกินไป เพราะกระเพาะอาหารที่แน่นจะขึ้นไปดันกระบังลมจนทำให้ช่องว่างในทรวงอกหดแคบลง ทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อยพลันได้ อาหารมือเย็นควรระวังอย่าให้อิ่มเกินไป และอาหารมือก่อนนอนควรงดโดยเด็ดขาด (ณัฐพล, 2549) ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารจำพวกผักสดและผลไม้ โดยเฉพาะผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวซึ่งมีวิตามินซี จะเป็นตัวช่วยป้องกันการเกิดอนุมูลอิสระยังช่วยกระตุ้นการทำงานของเม็ดเลือดขาวและภูมิคุ้มกันของร่างกายป้องกันการเกิดอาการจากโรคมุมิแพ้ (สรจักร, 2542)

5. จัดการกับความเครียด ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในการเกิดอาการหอบที่ไม่เป็นเวลาและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยพลันที่รุนแรงขึ้น ดังนั้น วิธีจัดการกับความเครียดมีหลายวิธี เช่น การผ่อนคลาย การทำสมาธิ การฝึกหายใจ การใช้จิตควบคุมการตอบสนองทางร่างกายและการควบคุมร่างกายของตนเองให้ผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือระบายความโกรธด้วยการออกกำลังกาย การขุดดินทำสวน ซึ่งการเลือกใช้วิธีต่างๆ นั้นต้องเลือกให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล จากการศึกษา พบว่า การจัดการกับความเครียดที่ทำให้เกิดอาการโมโห ตกใจ หงุดหงิด มีการใช้วิธีต่างๆ เช่น การทำจิตใจให้สงบ สวดมนต์ไหว้พระทำสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจสามารถป้องกันไม่ให้เกิดอาการหอบเหนื่อยพลันที่รุนแรงขึ้น (สุชาพร, 2544; จุก, 2549)

ผลกระทบจากอาการหอบเหนื่อยพลัน

อาการหอบเหนื่อยพลันเมื่อมีอาการรุนแรงขึ้น ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย การเกิดอาการหอบเหนื่อยพลัน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย ทำให้เกิดการบั่นทอนสุขภาพ จากภาวะหายใจลำบาก เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง และอ่อนเพลีย (บุศรา, 2543; สุขภาพ, 2544) ในระยะเริ่มต้น อาการหอบเหนื่อยพลันยังไม่รุนแรง แต่เมื่ออาการหอบเหนื่อยพลันรุนแรงมากขึ้นส่งผลต่อสมรรถภาพการทำงานของหัวใจหลอดเลือด และระบบของกล้ามเนื้อ (ปราณี, 2543) ทำให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตบางอย่างแตกต่างจากที่เคยปฏิบัติ และมีการตอบสนองต่อร่างกาย ดังต่อไปนี้

1.1 ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ เป็นความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่โดยอิสระ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ได้แก่ การดูแลในกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว การดำรง บทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม เป็นความสามารถที่จะประกอบกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการในการดำรงชีวิตและบทบาทเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพ (Meyboom et al., 1992 อ้างตาม อภรณ์พรรณ, 2546) อาการหอบเหนื่อยพลันที่รุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยประสบปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดที่พัก การทำอาหาร ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ ดังการศึกษาของอิงสเตอร์มและคณะ (Engstrom et al., 1996) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการหายใจลำบากรุนแรงจำนวน 68 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรงมีความพร่องมากที่สุดในการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การนอนหลับ การทำความสะอาดที่พัก การสังสรรค์และการทำงานอดิเรก และมีคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

1.2 ความเหนื่อยล้า สาเหตุเกิดจากการหายใจหอบเหนื่อยพลัน ทำให้ร่างกายขาดออกซิเจนอย่างเรื้อรังและร่างกายต้องใช้แรงในการหายใจมาก ทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญอาหาร และมีการดึงเอาพลังงานสะสมมาใช้มากขึ้น เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวทำให้มีการสะสมของเสียมากขึ้น ทำให้ร่างกายมีการสูญเสียพลังงานจากการมีเมตาโบลิซึมเพิ่มขึ้น เป็นผลให้การนำออกซิเจนเข้าสู่เซลล์น้อยลง ซึ่งส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อและพลังงานสะสมในกล้ามเนื้อลดลง ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น (Small & Lamb, 1999) นอกจากนี้ยังพบว่าอาการหอบเหนื่อยพลันที่รุนแรงขึ้น จะทำให้อาการเหนื่อยล้ารุนแรงขึ้น และผลของความเหนื่อยล้าจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทุกกิจกรรม เช่นเดียวกับ การศึกษาของบิซรีน, บิวิคิน, มีค และคณะ (Breslin, Bereukin, Meek et al., 1998) ที่ศึกษาการรับรู้ความเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า อาการเหนื่อยล้าที่เพิ่มขึ้น ($r = 0.47$) ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจเหนื่อยหอบเพิ่มขึ้นตามทีระดับ ($r = 0.41$)

1.3 ภาวะโภชนาการ เป็นเครื่องชี้วัดสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย เนื่องจากอาหารมีความจำเป็นต่อการหายใจที่มีประสิทธิภาพและการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายได้ง่าย

การขาดอาหารทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง เกิดการติดเชื้อที่ปอดและระบบอื่นของร่างกายได้ง่าย (จารุวรรณ, 2544) และโรคหืดเป็น โรคเรื้อรังที่แสดงอาการหอบเฉียบพลันไม่แน่นอน ทำให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการรับประทานอาหาร และการหายใจในเวลาเดียวกัน บางรายอาจมีความดันของออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ เมื่อรับประทานอาหารอิ่ม ทำให้กระบังลมทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ เลือดไปเลี้ยงระบบทางเดินอาหารน้อยลง ส่งผลให้ความอยากอาหารลดลง (อาภรณ์พรรณ, 2546) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสูญเสียการรับรู้รสอาหาร จากฤทธิ์ข้างเคียงของยาขยายหลอดลมอีกด้วย (วิศิษฐ์, 2544)

1.4 การนอนหลับพักผ่อน เมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลัน ทำให้ไอบ่อยมีเสมหะมาก หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ต้องอยู่ในท่านั่งหรือพุกกับโต๊ะตลอดทั้งคืน ผู้ป่วยเกิดปัญหาการนอนหลับ เช่น นอนหลับยาก ทำให้ต้องตื่นบ่อยๆ ตอนกลางคืน รวมถึงความยากลำบากในการเริ่มนอนหลับ และการคงไว้ให้หลับสบายตลอดคืน (อาภรณ์พรรณ, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่า ต้องตื่นนอนมากกว่าคืนละ 2 ครั้ง ร้อยละ 76 และนอนกลางวันมากกว่ากลางคืนถึงร้อยละ 72 (Breslin, Bereukin, Meek et al., 1998) เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหัวใจวายที่มีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้นและอาการมักเกิดหรือกำเริบในตอนกลางคืนส่งผลให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับเช่นกัน (กันตพร, 2547)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาด้านอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่ายจากอาการหอบเฉียบพลัน ได้แก่

2.1 ความวิตกกังวล ผู้ป่วยเกิดอาการตื่นเต้นและวิตกกังวล จะเพิ่มแรงขับในการหายใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนักและมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ถ้ามีความวิตกกังวลสูงมากยิ่งขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบมากขึ้น และเมื่อมีอาการหายใจหอบมากขึ้น ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไปไม่สิ้นสุด เมื่ออาการตื่นเต้นและวิตกกังวลได้รับการแก้ไขทำให้ความวิตกกังวลลดลง อาการหายใจหอบลดลง (Gift, 1990) และจากการศึกษาของกิฟท์ (Gift, 1991) เรื่อง ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบาก พบว่า ระหว่างหายใจลำบาก ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง และอาการหายใจลำบากยิ่งรุนแรง ความวิตกกังวลยิ่งมีมากขึ้น

2.2 การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ภาพลักษณ์ของบุคคลมักถูกคุกคามเมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลันที่เกิดขึ้นโดยไม่เลือกเวลา และไม่สามารถควบคุมได้แสดงออกมาให้เห็นถึงอาการแสดงของโรคมืดที่เกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์เสียไป จึงทำให้การหายใจขาดประสิทธิภาพ ไอบ่อย มีเสียงหายใจดังหวีด รู้สึกหายใจลำบาก ร่างกายชดเชยโดยการสูดยาพ่น เพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก หรือการฝึกการหายใจยาว ๆ และการใช้ผ้าปิดปากและจมูกเมื่อเข้าไปในแหล่งชุมชนแออัด จากการที่ผู้ป่วยประเมินว่าภาพลักษณ์ของตนเปลี่ยนจากเดิม ทำให้ไม่อยากให้ใครเห็นภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง

ไปตามภาวะสุขภาพในขณะนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยหญิงจะคำนึงถึงภาพลักษณ์ด้านความสวยงามมากกว่าผู้ชาย แต่ผู้ป่วยชายจะคำนึงถึงอาการหายใจหอบมากกว่าผู้หญิง เนื่องจากอาการหอบเฉียบพลันมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่า (จันทร์จิรา, 2544; จุก, 2549)

2.3 ความมีคุณค่าในตนเอง เมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลันผู้ป่วยต้องพยายามปรับแบบแผนชีวิตใหม่ให้สอดคล้องกับศักยภาพที่เหลืออยู่ มีการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นทำให้รู้สึกว่าคุณค่าชีวิตและคุณค่าในตนเอง ความภูมิใจในตนเองลดลง (สุชาพร, 2544; อภรณ์พรรณ, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของดีไวโต (Devito, 1999) ซึ่งศึกษาถึงประสบการณ์และความรู้สึกขณะมีอาการหายใจลำบากขณะอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 96 ราย พบว่าผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นความยากลำบากในการที่จะบอกให้คนอื่นรับรู้เช่นเดียวกับตนเองที่หายใจลำบากเพียงใด ทำให้รู้สึกสูญเสียคุณค่าลดลง แต่การศึกษาของวารณี (2542) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 100 ราย พบว่าความรู้สึกคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 53 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีอำนาจในการควบคุมด้านร่างกาย สามารถปฏิบัติบทบาทตนเองได้ไม่เป็นการเกาะเก้อผู้อื่น

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคเรื้อรัง สามารถแสดงอาการหอบเฉียบพลันได้ไม่แน่นอน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหอบเฉียบพลันและเหนื่อย จนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ การมีค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นจากการที่ต้องเสียค่ารักษาไปตลอดชีวิต และการขาดรายได้จะก่อปัญหาอย่างมากต่อผู้ป่วยที่มีฐานะปานกลางและยากจน ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายโดยตรงที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ เช่น ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์อุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยค่าใช้จ่ายนี้ไม่รวมค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พัก ของผู้ป่วยและญาติในกรณีที่อยู่ต่างจังหวัด และการสูญเสียจากการขาดรายได้รวมไปถึงการต้องออกจากงานก่อนกำหนดเวลาของผู้ป่วย (อภรณ์พรรณ, 2546; มนัสวี, 2542) นอกจากนี้ในภาวะที่อาการหอบเฉียบพลันเกิดรุนแรงขึ้น จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนัก ยิ่งทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากเท่ากับเสียเศรษฐกิจของประเทศชาติอย่างยิ่ง (จารุณี, 2542)

4. ผลกระทบด้านสังคม การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลงมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวมากที่สุด ต้องพึ่งพาคู่สมรสหรือผู้ดูแลมากขึ้น และจากงานวิจัยเชิงคุณภาพของชาลเมอร์ (Chalmer, 2001) ศึกษาถึงผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า สิ่ง que ผู้ป่วยตระหนักเป็นอันดับแรกคือ ความสามารถในการดำรงบทบาทในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดเมื่อรู้ว่าต้องออกจากงานก่อนถึงเวลาอันควร ทำให้สัมพันธ์ภาพรวมทั้งบทบาทของสามี ภรรยา บิดา มารดา และเพื่อน เปลี่ยนแปลงไป บางครั้งผู้ป่วยให้บุคคลในครอบครัวเรียนขับรถเพื่อทำหน้าที่แทนตน ผู้ป่วยบางรายรู้สึกผิดที่ต้องใช้บุตรที่ยังเล็กทำหน้าที่แทน การเข้าสังคมเปลี่ยนไป

ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยพลันเมื่อสัมผัสฝุ่นละออง กวนบูห์ ทำให้ต้องอยู่บ้านหรือเข้าสังคมได้ในระยะสั้นๆ การออกงานสังคมกับครอบครัวอาจทำให้หมดความสุข เพราะต้องรีบตามผู้ป่วยกลับบ้านไปด้วย ทำให้เกิดความพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมสันทนาการและถูกแยกตัวออกจากสังคม

สรุปได้ว่า ผลกระทบจากการเจ็บป่วยขณะมีอาการหอบเหนื่อยพลันที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหืดดังกล่าว ย่อมมีผลต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องมีความสามารถในการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลันด้วยตนเอง และเมื่อมีอาการหอบที่รุนแรงสามารถขอความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

ความสามารถในการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลันของผู้ป่วยโรคหืด

แนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเอง

การจัดการอาการด้วยตนเอง (self-management) แนวคิดนี้มีพื้นฐานว่า บุคคลมีความสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ มาตัดสินใจแก้ปัญหา หาวิธีการที่ทำให้อาการที่เกิดขึ้นทุเลาลง หรือสามารถควบคุมอาการและดำรงชีวิตอยู่กับภาวะเจ็บป่วยได้ การที่บุคคลจะปฏิบัตินั้นต้องเกิดจากกระบวนการคิด ตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสียของสิ่งที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นด้วยตนเอง มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง รับรู้ถึงสิ่งที่จะมาคุกคามชีวิตของตนเอง เพราะเมื่อบุคคลประเมินและตัดสินใจแล้วว่าการปฏิบัตินั้นมีคุณค่า และตระหนักถึงสิ่งที่จะมาคุกคามชีวิต จะส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป (Coates & Boore, 1995) องค์ประกอบที่สำคัญที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การพัฒนาการดูแลที่ดีขึ้นมาจากการได้รับความรู้ การเรียนรู้ ประสบการณ์ที่นำมาตัดสินใจแก้ไขปัญหาตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตในสภาวะที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือ โดยการให้กำลังใจ สนับสนุน รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสาร การมีปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น (Lorig, 2003; Mary & Karen, 2005)

วิธีการรักษาพยาบาลด้วยการสอน เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อฟังและปฏิบัติตามนั้น ไม่เพียงพอที่จะช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยให้ดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง (จิตติมา, 2545) และในปัจจุบันสภาพสังคมเปลี่ยนไป ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้นมีสิทธิที่จะใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม ยอมรับหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นมีศักยภาพ

เพียงพอที่จะจัดการกับสุขภาพของตนเอง การส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการให้ผู้ป่วยเป็นรูปแบบหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการใช้ความรู้และศักยภาพในตนเองที่มีอยู่ในการจัดการกับอาการหอบเฉียบพลันของตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Bodenheimer Lorig, Holman, Grumbach, 2001; Cote., et al., 2001) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเฉียบพลันพยายามค้นหาวิธีการจัดการกับอาการหอบเฉียบพลันตนเองด้วยวิธีต่างๆ เพื่อให้ทราบว่าวิธีการใดที่มีประสิทธิผลและทำให้มีความสุขมากที่สุด นอกจากนี้การแก้ปัญหาสุขภาพ ภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนสามารถจัดการอาการด้วยตนเอง สอดคล้องกับแนวทาง การปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ และจากการที่ผู้ป่วยต้องประสบกับอาการหอบเฉียบพลันที่เป็นปัญหาเรื้อรังและเกิดขึ้นไม่แน่นอน จึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้สามารถจัดการอาการด้วยตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่กับอาการหอบเฉียบพลันได้

จากแนวคิดการจัดการอาการด้วยตนเอง เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนในระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปรับหรือเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ด้วยตนเองในเรื่องอาการแสดงของโรค การรักษา และการได้รับความรู้ที่แตกต่างจากการสอน โดยทั่วไปที่เน้นเฉพาะโรค (Bodenheimer, Lorig, Holman, Grumbach, 2001) ดังนั้น การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีระบบโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังนี้

1. อายุ มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงพฤติกรรมตอบสนองต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่างกัน และมีส่วนกำหนดพฤติกรรมดูแลตนเองจากประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ (สุชาพร, 2544) วัยของบุคคลที่มีความสามารถในการตัดสินใจได้เหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อภาวะสุขภาพที่ดี คือ บุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เพราะเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเอาใจใส่ตนเองและให้ความร่วมมือในการรักษาสูง มีความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม มีความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในสิ่งต่างๆ แต่ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาจมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทำให้เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (วราณี, 2542) ด้วยสภาวะผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยยาชนิดสูดพ่นเพื่อควบคุมอาการ และในกรณีผู้สูงอายุมีการละเลยในขั้นตอนของการพ่นยา ทำให้ประสิทธิภาพในการใช้ยาควบคุมอาการลดลง (ชันยาภรณ์, 2549)

2. เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย และด้านจิตใจ มีผลต่อการดูแลตนเอง และอาจเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อความสามารถในการจัดการตนเอง (Orem, 2001) โดยเพศจะเป็นตัวกำหนดบทบาทของมนุษย์ในสังคม เพศชายมักได้รับการยกย่องให้เป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงมักจะมีลักษณะเป็นผู้ตามและถูกมองว่ามีความอ่อนแอกว่าเพศชาย จึงเป็นเงื่อนไขที่มีส่วนกำหนดให้เพศหญิงมีความระมัดระวังด้านสุขภาพมากกว่า ในขณะที่เพศชายส่วนใหญ่จะอดทนมากกว่าจึงมักเพิกเฉยต่อการเจ็บป่วยหรืออาการเรื้อรังด้วยตนเองเพื่อให้หายหรือเพียงพอที่จะประทังอาการไว้เท่านั้น ทั้งนี้เพศหญิงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและใช้บริการสุขภาพในการติดตามการรักษามากกว่าเพศชาย รวมทั้งเพศหญิงมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยกว่าเพศชายในเรื่อง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อโรคได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของไซน์และคณะ (Singh et al., 1999) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหืดเพศหญิงจะให้ความสนใจในการติดตามการรักษาและสนใจในเรื่องการใช้ยามากกว่าเพศชาย และจากการศึกษาของมาเคนและคณะ (Makinen et al., 2000) เกี่ยวกับการปรับตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด พบว่าเพศหญิงจะมีความสามารถในการปรับตัวทางด้านสังคมดีกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

3. ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของบุคคลที่แตกต่างกันมีผลต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติทางสุขภาพ บุคคลที่มีการศึกษามากกว่ามีความรู้ ทักษะคิดและละเอียดในการปฏิบัติ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบเฉียบพลันที่รุนแรง (ชันยาภรณ์, 2549) ดังนั้น การศึกษาทำให้บุคคลสามารถรับข้อมูลข่าวสารได้ดี มีเหตุมีผลสามารถตัดสินใจ หรือเลือกที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยที่ดีได้ (Orem, 2001) จากการศึกษาของจุก (2549) ศึกษาประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการและผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีอาการหายใจลำบากรุนแรงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษา จัดการกับอาการหายใจลำบากได้น้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอนุปริญญา หรือปริญญาตรี และจากการศึกษาของสุชาพร (2544) เรื่อง การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคหืด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาหรืออนุปริญญาขึ้นไป มีคะแนนเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นสูงกว่ากลุ่มที่ระดับประถมศึกษาลงมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีความสามารถในการเรียนรู้ เข้าใจพิจารณาตัดสินใจ ตลอดจนทำความเข้าใจกับวิธีการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูดพ่น หาแนวทางในการพัฒนาความสามารถของตนเอง และหาแนวทางพัฒนาในการฝึกทักษะ ซึ่งผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงอาจทำความเข้าใจได้ง่ายและมีการตัดสินใจในการปฏิบัติที่เหมาะสมกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

4. รายได้ของครอบครัว รายได้ของครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ในการเอื้ออำนวยความสะดวกในการจัดการกับอาการของบุคคล โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่างๆ เพื่อเพิ่มความรู้และประสบการณ์ของตนเอง รายได้เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถหาอาหารที่มีประโยชน์ มารับประทานอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ตลอดจนจัดหาของใช้ที่จำเป็น เพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี (Pender, 2002) และจากการศึกษาของอะดัมส์และคณะ (Adams et al., 2000) ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลและการเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของผู้ป่วยโรคหืดพบว่าร้อยละ 41 ไปพบแพทย์ล่าช้าเพราะปัญหาค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการหอบรุนแรงที่ต้องมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาการเงิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกลเบอร์และคณะ (Gelber et al., 2000) ที่ศึกษาถึงสารก่อภูมิแพ้ในที่อยู่อาศัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการกำเริบในผู้ป่วยโรคหืด โดยศึกษาจาก 186 ครอบครัว พบว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะพบสารก่อภูมิแพ้ เช่น ฝุ่น แมว แมลงสาบ เป็นต้น ในระดับสูง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดอาการกำเริบรุนแรงสูง นอกจากนี้ยังพบว่า สภาพความเป็นอยู่ภายในครอบครัวและความสามารถในการลดปัจจัยเสี่ยง สามารถบ่งชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวได้

5. สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการหอบเฉียบพลัน เนื่องจากคู่สมรสจะทำหน้าที่ช่วยเหลือ ช่วยแบ่งเบาภาระ เป็นกำลังใจให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระทำการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในขณะนั้น (มนัสวี, 2542) การได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นอย่างดีถึงปานกลาง การสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ทำให้เกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ และเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะของโรคในขณะนั้นได้

6. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เป็นโรค ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน และผลของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางสุขภาพ กล่าวคือ ตามธรรมชาติของบุคคลจะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม และปฏิบัติการตอบสนองของบุคคลจะแตกต่างกันตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่นานขึ้นจะช่วยทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี (อาภรณ์พรรณ, 2546) และจากการศึกษาของวรณี และ คณะ (2545) ที่ศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่นานขึ้น มีผลต่อการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในการอยู่กับโรค ทำให้สามารถเรียนรู้การจัดการกับอาการได้ดี จากการศึกษาข้างต้นพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน จะทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้การจัดการกับอาการได้ดีและทำให้ปรับตัวได้ดีขึ้น

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน

ความหมายของการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่าย (discharge planning) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งสามารถสรุปความหมายของการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้

1. กระบวนการดำเนินกิจกรรมทางการพยาบาล

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวนำศักยภาพที่มีอยู่นำมาดูแลช่วยเหลือตนเองในภาวะเจ็บป่วยได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมปัญหา (ฟาริดา, 2545; Pichitpornchai, 2000) หรือเป็นการสร้าง ปฏิบัติและประเมินผลของแบบแผนที่วางไว้เพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับบุคคลหรือครอบครัว (Kathryn, 2000) ซึ่งเป็นกระบวนการจัดการตามความจำเป็นของผู้ป่วย เพื่อพิจารณาแยกแยะแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน โดยมีการรวมแนวความคิดของการวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม ตั้งแต่การประเมินปัญหาและความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (วันเพ็ญ และ อุษาวดี, 2546; Pichitpornchai, 2000) ให้ครอบคลุมการป้องกันสุขภาพ การรักษา การฟื้นฟูและการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Wapen, Annette & Tassna, 1999) เช่น การจัดการทางการพยาบาลเกี่ยวกับสภาวะทางกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน (Chandler, 2007) หรือเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลช่วยเหลือตลอดจนสนับสนุนจัดหาให้คำปรึกษาด้านทรัพยากรที่ต้องการหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Southern, Berger & Bellin, et al., 2008) โดยเคลื่อนย้ายจากการดูแลระดับหนึ่งไปสู่อีกระดับหนึ่ง เช่น จากโรงพยาบาลไปสู่สถานที่อำนวยความสะดวกอีกแห่งหนึ่ง หรือส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการการดูแลสุขภาพไปสู่ระดับการดูแลที่พึ่งตนเองมากที่สุด (วันเพ็ญ และ อุษาวดี, 2546) หรือเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการย้ายผู้ป่วยจากการดูแลในระยะต่างๆ ที่เหมาะสมสำหรับแต่ละครั้งของการเปลี่ยนแปลง เช่น การย้ายผู้ป่วยจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักไปหผู้ป่วยสามัญ หรือจากหน่วยงานที่ดูแลหผู้ป่วยสามัญไปยังหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หรือเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน หรือการส่งต่อจากการดูแลที่โรงพยาบาลในระยะเฉียบพลันไปสู่การดูแลที่บ้าน ซึ่งเป็นการดูแลที่ขยายออกไปและช่วยจัดการการดูแลที่จำเป็น รวมทั้งมีแผนที่ส่งต่อผู้ป่วยไปสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ (Kelly & Clooney, 2007)

2. การร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพกับผู้รับบริการ

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่มีส่วนร่วมของบุคลากรหลายฝ่าย เพื่อการส่งเสริมการดูแลที่เหมาะสม (Mary & Kathleen, 1999) เป็นกระบวนการประสานงานในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้มารับบริการกับผู้ให้บริการ (ศุภชัย, 2542) หรือเป็นความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเป็นแผนซึ่งทีมสุขภาพได้ร่วมกันจัดทำขึ้น เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือที่หน่วยบริการสุขภาพอื่น ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว (Wapen, Annette & Tassna, 1999) หรือเป็นการสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในการให้ความรู้ให้คำปรึกษา สนับสนุนด้านทรัพยากรที่จำเป็น ทั้งในเรื่องวัตถุประสงค์ วิธีการปฏิบัติและการประเมินผล (Kathryn, 2000) โดยขึ้นกับพื้นฐานทางด้านการแพทย์ ด้านกายภาพ ด้านสังคม และด้านจิตใจของผู้ป่วยแต่ละคน และมีผู้ป่วยเป็นปัจจัยสนับสนุนอย่างแรกในระบบของการดูแลสุขภาพ เพื่อเตรียม การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้มีการปฏิบัติตามแผน ให้การช่วยเหลือระหว่างนอนโรงพยาบาลและการพัฒนาการดูแลให้มีการพึ่งพาตนเองหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Mary & Kathleen, 1999)

3. การค้ำค่าและคุณภาพของการดูแล

การวางแผนจำหน่าย เป็นกระบวนการที่โรงพยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนการดูแลที่ไม่ต่อเนื่องและระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น เพื่อจัดให้มีการดูแลที่ต่อเนื่องได้ หรือทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึง 2 ประเด็น คือ คุณภาพของการดูแลและความค้ำค่าของการดูแลที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล (จารึก, 2544; อรพิน, 2547)

สรุป การวางแผนจำหน่าย เป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทุกสาขาที่ดูแลผู้ป่วย เพราะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ทั้งด้านปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงความรู้เกี่ยวกับบริการที่ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ความเชื่อมโยงระหว่างการดูแลจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านอย่างแท้จริง และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมของสังคมและวัฒนธรรมต่อไป

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน

การวางแผนจำหน่ายเป็นระบบการพยาบาล สำหรับพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมมือกันในอนาคตที่จะทำให้การดูแลที่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยปฏิบัติตัวที่เหมาะสม สามารถดูแลตนเองหรือจัดการอาการตามการรักษาของแพทย์ ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ

(ศุภชัย, 2542; จารึก, 2544) กระบวนการในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ คือ ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งขั้นตอนในกระบวนการวางแผนการจำหน่าย (สมจิต, 2544) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหา และความต้องการดูแลภายหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นการประเมินแบบองค์รวมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือหรือความต้องการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย สัมภาษณ์ ในขั้นตอนนี้ควรเริ่มประเมินตั้งแต่แรกรับ และสามารถประเมินอย่างต่อเนื่องได้ โดยกระทำควบคู่กับการให้การพยาบาล มีการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะนั้น โดยใช้ระยะเวลาอันสั้น และรวดเร็ว ซึ่งผู้วิจัยเลือกทำโดยนำแบบประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีอาการหอบเฉียบพลันที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีทั้งสาเหตุ การประเมินอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง วิธีการบรรเทาอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง การป้องกันอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง และการพ่นยาที่ถูกต้อง มาแก้ไขปัญหากับผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย เป็นการวินิจฉัยการพยาบาล ในลักษณะของปัญหาเฉพาะหน้า เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ระยะยาว เช่น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการ ได้แก่ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อลีบ เนื่องจากขาดความสามารถในการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน ซึ่งนำไปสู่การกำหนดแผนฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ การคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยบางรายอาจต้องการเพียง คำแนะนำอย่างละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามการรักษาภายหลังจำหน่าย โดยไม่ต้องฝึกฝนทักษะพิเศษ พยาบาลต้องวางแผนการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ อย่างเพียงพอในการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดแผนการจำหน่าย แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในเขตสามจังหวัดชายแดนใต้ ควรมียุทธวิธีที่ให้ความหมาย จำง่าย สู่ถึงเรื่องสำคัญที่ต้องการให้ความรู้ ใช้สะดวก ใช้ระยะเวลาอันสั้น รวดเร็วและกะทัดรัด และเนื้อหาในแผนการจำหน่าย สามารถสื่อความหมายในทางปฏิบัติ มีความเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล และปรับเปลี่ยนได้ รูปแบบ M-E-T-H-O-D จึงถูกนำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งรายละเอียดแต่ละเรื่องจะแตกต่างกันตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2539; ฟาริดา, 2546; วันเพ็ญ และ อุษาวดี, 2546) จากรูปแบบดังกล่าว ในผู้ป่วยโรคหืด ควรเน้นการจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเองและทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การพ่นยาและการหายใจที่ถูกต้อง ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษา สามารถเฝ้าระวัง สังเกตอาการตนเองและสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์

และพยาบาลทราบ ผู้ป่วยต้องเข้าใจ และทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด และแหล่งขอความช่วยเหลือในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือมีอาการหอบเหนื่อยพลัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ แมคคิตีเทลเลอร์และคณะ (McD Taylor et al., 1999) เรื่อง ความร่วมมือในการจัดการอาการของผู้ป่วยนอกโรคหืดตามมาตรฐานทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่จะขาดความรู้เกี่ยวกับโรค มีการจัดการในการดูแลตนเองไม่ดี โดยที่ผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 60 และไม่มีแผนการปฏิบัติเมื่อเกิดอาการหอบกำเริบรุนแรงขึ้น ถึงร้อยละ 80 นอกจากนี้การให้ความรู้ในการจัดการอาการด้วยตนเอง ความรู้เรื่องการใช้อาการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องพื้นฐานที่สำคัญ (Popnick, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของโคทและคณะ (Cote et al., 2001) ที่ศึกษาการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคหืด พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยมีการจัดแผนการสอนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จนมีความเข้าใจในการจัดการกับอาการด้วยตนเองจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น มีความสามารถในการจัดการเรื่องยาได้ด้วยตนเอง และมีค่าอัตราการหายใจออก (peak expiratory flow) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย โดยทั่วไปพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย โดยมีหน้าที่เป็นผู้วางแผน ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ให้สำเร็จ ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสอน สาธิต ให้คำปรึกษา เป็นต้น รวมทั้งเป็นผู้ที่มอบหมายให้บุคลากรทีมการพยาบาล มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผน ติดต่อประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ และดูแลให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ผู้ป่วยโรคหืดมีการนัดมาตรวจร่างกายซ้ำทุก 1 เดือน ที่แผนกผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ หรือในบางรายมีการพ่นยาตามนัดที่ปฐมภูมิใกล้บ้าน

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลระยะสั้นและระยะยาวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ให้การดูแล พยาบาลวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วยประเมินผลตามเกณฑ์ในแต่ละเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน การประเมินสามารถทำได้โดยการตรวจร่างกาย การสังเกต การปฏิบัติ การสอบถาม หากผลการประเมินไม่เป็นไปตามเกณฑ์ อาจต้องปรับแผนใหม่หรือต้องประเมินปัญหาใหม่ หรือเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติ ในส่วนของการศึกษาประเมินจาก การตรวจร่างกายโดยการวัดสัญญาณชีพ การฟังปอด ระดับของออกซิเจนในเลือด การสังเกต การปฏิบัติ และการพูดคุย

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่จัดให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการอาการหอบเหนื่อยพลันด้วยตนเอง ได้อาศัยการรับรู้ การตัดสินใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้สามารถดำรงอยู่กับโรคได้อย่างปลอดภัย ตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D ในการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมที่จะปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รายละเอียดของแต่ละตัวอักษรกำหนดเฉพาะที่สำคัญและจำเป็น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

M = Medication คือ ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเอง ได้รับอย่างละเอียดเกี่ยวกับชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ของการใช้ยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ข้อ

ควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยา ซึ่งเป็นยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับไปรับประทานต่อที่บ้าน ใช้บรรเทาอาการหอบเฉียบพลันและควบคุมป้องกันไม่ให้อาการหอบเฉียบพลันรุนแรง ดังนี้

1. ยาขยายหลอดลม มีทั้งชนิดสูดพ่นและเม็ดขนาดรับประทาน ใช้รักษาเมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลัน ได้แก่ 1) เวนโทลิน (ventolin) เมื่อสูดพ่นออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วภายใน 5 นาที ใช้สูดพ่น 1-2 ครั้งเมื่อมีอาการหรือตามแพทย์สั่ง และยารับประทานมีฤทธิ์ข้างเคียงของยามากกว่าชนิดสูดพ่น คือ ใจสั่น มือสั่น กระวนกระวาย นอนไม่หลับ อาเจียน และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (สุชัย, 2543; ไพบูลย์, 2545) 2) อินฮาเล็กซ์[®] ฟอर्ट (inhalax[®] forte) ใช้สูดพ่นรักษาอาการหอบเฉียบพลันและป้องกันอาการที่เกิดจากทางเดินหายใจตีบแคบลงในโรคหืด และในหลอดลมอักเสบเรื้อรังที่อาจจะ มีหรือไม่มีถุงลมโป่งพองร่วมด้วย ทั้งนี้ควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ ฤทธิ์ข้างเคียงของยาพบได้ ดังนี้ กล้ามเนื้อสั่น กระสับกระส่าย ใจสั่น มือสั่น หัวใจเต้นเร็ว บางรายอาจมีระคายคอ ปากแห้ง หรืออาการแพ้ได้ และอาจพบระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำลง ทำให้เกิดปัสสาวะตั้งได้ (วัชร, 2543)

2. ยาออกฤทธิ์ต่อต้านการอักเสบ ใช้เพื่อควบคุมการอักเสบของหลอดลม ได้แก่ ยาเพรดนิโซโลน (prednisolone) อาการข้างเคียงของยา คือ เสี่ยงแหบ มีเชื้อราในปากและลำคอ (วิศิษฐ์, 2544; วรวิภา และ สมเกียรติ, 2545) ดังนั้น จึงควรรับประทานตามที่แพทย์สั่ง

E = Environment and Economic คือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการประเมินเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ รวมทั้งคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมภายหลังการจำหน่าย การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชนและการช่วยเหลือปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมตามความเหมาะสม ในเรื่องลักษณะสภาพที่อยู่อาศัย ห้องนอนมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ที่นอนไม่ควรเป็นชนิดที่มีฝุ่นฟุ้งกระจาย ไม่ควรนำสิ่งของผู้ป่วยเข้ามาไว้ในบ้านและงดสูบบุหรี่ และควรหลีกเลี่ยงเกสรดอกไม้ ควันบุหรี่ ฝุ่นละออง เมื่อมีอากาศเปลี่ยนแปลง ควรรักษาร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ (นันทา และ สมชัย, 2542; สุชัย, 2543)

T = Treatment คือ บุคคลมีความสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยความรู้ การเรียนรู้ ประสบการณ์ มาตัดสินใจแก้ปัญหา หาวิธีการที่ทำให้อาการที่เกิดขึ้นทุเลาลง หรือสามารถควบคุมอาการและดำรงชีวิตอยู่กับภาวะเจ็บป่วยได้ โดยผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษา มีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการตนเอง และสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์และพยาบาลทราบ ต้องมีความรู้เรื่องการป้องกัน การหลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดอาการหอบเฉียบพลัน รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลัน มีการจัดทำและนั่งพักหยุดทำกิจกรรมทุกอย่าง (สมเกียรติ และ ชัยเวช, 2542) เมื่อบุคคลประเมินและตัดสินใจแล้วว่าการปฏิบัตินั้นมีคุณค่าและตระหนักถึงสิ่งที่จะ

มากुकคามชีวิต จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต (Kathryn, 2000) โดยปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

1. ถ้าหากมีการพ่นยาสเตียรอยด์ร่วมกับขยายหลอดลม ให้พ่นยาขยายหลอดลม ก่อนพ่นยาสเตียรอยด์ และบ้วนปากหลังพ่นยาสเตียรอยด์ทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อราในปาก การพ่นยาให้พ่น 1-4 puff ต่อครั้ง การพ่นไม่ควรเกิน 3 ครั้ง ต่อชั่วโมง และควรพ่นห่างกันอย่างน้อย 15 นาที ในแต่ละครั้ง (สมเกียรติ และ ชัยเวช, 2542; สุชัย, 2543)

2. เมื่อมีอาการหายใจแน่นๆ ชัด รู้สึกหายใจไม่สะดวก ให้หายใจแบบเป่าปากให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ (ไพรวลัย, 2547)

3. ดื่มน้ำอุ่นมากๆ เพื่อให้เกิดความอบอุ่นแก่ร่างกาย และยังช่วยขับเสมหะในรายที่ไอมีเสมหะมาก (สรจักร, 2544)

4. ฝึกหายใจแบบเป่าปากวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที ในเวลาเช้าและเย็น จะทำให้รู้สึกหายใจปลอดโปร่ง สดชื่น ลดอาการหอบเหนื่อยพลันได้ (ไพรวลัย, 2547)

5. หลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อยพลันและนำยาพ่นติดตัวอยู่เสมอ (สมาคม อุตเวชแห่งประเทศไทย, 2547; สุชัย, 2543)

6. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที (ชายชาญ, 2543)

H = Health คือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งปรับให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพรวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยควรมีความรู้ในเรื่องดังต่อไปนี้

1. ชื่อโรคเจ็บป่วย โรคหืด หมายถึง หลอดลมเกิดการบีบตัวมากกว่าปกติ

2. สาเหตุ เกิดการตีบแคบของหลอดลม เนื่องจากการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อที่ผนัง หลอดลมทำให้ลมผ่านเข้าออกลำบาก มีสาเหตุมาจาก การแพ้สารภายนอก เช่น เกสรดอกไม้ ฝุ่น ควันบุหรี่ อาหาร หรือกลิ่นฉุนของอาหาร สาเหตุอื่น เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจ อากาศเย็น การใช้ยาระงับประสาทมากเกินไป หรืออารมณ์ตึงเครียด กระตุ้นให้หลอดลมเกร็งตัว ทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อยพลันได้ (สมาคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย, 2547; สุชัย, 2543; สุวัฒน์ และ คณะ, 2544)

3. อาการ หายใจลำบากโดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงหายใจออก หายใจเร็ว อ้าปากหายใจ เมื่อมีอาการหอบเหนื่อยพลันมากๆ จะลุกขึ้นนั่งฟูกับโต๊ะ มีเสียงดังหวีดๆ มักเป็นตอนกลางคืนหรือเวลาสัมผัสสิ่งกระตุ้น ส่วนใหญ่ไม่มีไข้ ในรายที่มีไข้มักเป็นร่วมกับไข้หวัด หรือหลอดลมอักเสบ (สมเกียรติ และ ชัยเวช, 2542)

4. การติดต่อ โรคนี้เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ และการปฏิบัติตัวของแต่ละบุคคล (สุมาลี, 2546)

O = Outpatient Referral คือ ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินหรือมีอาการเฉียบพลัน นอกจากนี้ ยังหมายถึง การส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระหว่างเจ้าหน้าที่เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือ (วันเพ็ญ และ อุษาวดี, 2546) สำหรับคำแนะนำในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลควรเน้นผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและการสามารถควบคุมอาการหอบเฉียบพลันและมาพบแพทย์ในเวลาราชการเพื่อการวินิจฉัยหรือรับยาอย่างต่อเนื่อง

D = Diet คือ ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหาร ได้ถูกต้องครบ 5 หมู่ และเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมถึง สารเสพติดด้วย (ไพบุลย์, 2545) โดยที่ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้อง เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งสารเสพติด

สรุปได้ว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประยุกต์ใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D โดยเน้นความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการดูแลสุขภาพของตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการควบคุมอาการแสดงของโรค โดยเน้นการประเมินความรุนแรงของอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง การจัดการและการควบคุมอาการหอบเฉียบพลันและการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการเฉียบพลันรุนแรง รวมทั้งให้ความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เพื่อลดการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน อีกทั้งหลีกเลี่ยงการเดินทางมารักษาช่วงกลางคืนซึ่งเป็นช่วงเวลาที่อาจเกิดความไม่ปลอดภัยในชีวิต

การประเมินการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน

การประเมินการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน สามารถประเมินได้ ดังนี้

1. การประเมินความรู้และการฝึกทักษะ ภายหลังให้ความรู้และฝึกทักษะจากการให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน โดยเน้นการประเมินความรุนแรงของอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง การจัดการและการควบคุมอาการหอบเฉียบพลัน และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลันรุนแรง ตามแผนการสอน มีการประเมินผลการเรียนการสอนที่เกิดขึ้น ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ตามที่กำหนดหรือวัตถุประสงค์การสอน (อังกฤษ, 2543) โดยการประเมินถึงความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาที่สอน เช่น ผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อยพลันได้ พร้อมทั้งบอกขั้นตอนในการพ่นยา และมีการฝึกการหายใจแบบเป่าปาก ประเมินผลโดยการสาธิตย้อนกลับในผู้ป่วยแต่ละราย เป็นต้น

2. การประเมินความสามารถในการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลัน โดยใช้แบบวัดความสามารถในการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลัน ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการประเมินอาการหอบเหนื่อยพลันด้วยตนเอง ด้านการจัดการและการควบคุมอาการหอบเหนื่อยพลัน และด้านการขอความช่วยเหลือในการจัดการกับอาการหอบเหนื่อยพลันที่รุนแรง เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง โดยดัดแปลงมาจากสุชาพร (2544) จุก (2549) ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 18 ข้อ โดยด้านการประเมินอาการหอบเหนื่อยพลันด้วยตนเอง มีกิจกรรม 5 ข้อ ด้านการจัดการและการควบคุมอาการหอบเหนื่อยพลันมีกิจกรรม 10 ข้อ และด้านการขอความช่วยเหลือในการจัดการกับอาการหอบเหนื่อยพลันที่รุนแรงมีกิจกรรม 3 ข้อ แต่ละข้อจะมีคะแนนสูงสุด 4 คะแนน คะแนนมากแสดงถึงระดับความสามารถในการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลันด้วยตนเองที่ดี

3. การกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ด้วยอาการเดิม ซึ่งการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตและไม่สามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เป็นสาเหตุให้ต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาล โดยไม่ได้รับการนัดหมายภายใน 48 ชั่วโมง ด้วยอาการเดิมภายหลังจำหน่าย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

ดังนั้น การประเมินการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลันของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใต้อุบัติเหตุฉุกเฉิน ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ในครั้งนี้ สามารถประเมินจากความรู้และการฝึกทักษะที่ได้รับจากพยาบาลร่วมกับการประเมินความสามารถในการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลัน ภายหลังจากปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน และประเมินการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

สรุปการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคหืดเป็นโรกระบบทางเดินหายใจ ที่ก่อให้เกิดอาการหอบเหนื่อยพลัน ที่มีระยะสงบและระยะเฉียบพลันที่รุนแรง อาการที่ผู้ป่วยรับรู้ คือ อาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นความรู้สึกหายใจไม่อิ่ม หายใจไม่สะดวก ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดมาจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายในและภายนอก ซึ่งอาการส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นที่บ้านเวลากลางคืนและเช้ามืด และในสภาพปัจจุบันเกิดเหตุความไม่สงบในเขตพื้นที่ชายแดนภาคใต้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหอบเหนื่อยพลันที่

เกิดขึ้น ส่งผลให้อาการหอบเหนื่อยพลันทุเลาลงหรือควบคุมอาการได้ ทำให้ไม่ต้องมาพบแพทย์ในเวลากลางคืน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลันได้ โดยนำการวางแผน การจำหน่ายอย่างเป็นระบบโดยประยุกต์ใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล มีการประสานงานกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนจำหน่ายที่เน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในเรื่องการประเมินสภาพ อาการหอบเหนื่อยพลันด้วยตนเอง การจัดการและการควบคุมอาการหอบเหนื่อยพลัน และการขอความช่วยเหลือ ซึ่งการส่งเสริมการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลันด้วยตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถควบคุมอาการหอบเหนื่อยพลันได้ และไม่ต้องมารักษาในช่วงเวลาที่เสี่ยงต่อการเดินทางมารักษา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบการศึกษาสองกลุ่ม (posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการหอบเฉียบพลันที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการหอบเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลยะลา ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 1 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2550

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการวิจัย จากตารางของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) มีขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($\alpha = .05$) การวิเคราะห์อำนาจการวิจัย (power analysis) เท่ากับ .80

2. เลือกขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) จากการศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด พบว่าการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง โดยรวมมีค่าเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติทีอิสระ พบว่าก่อนได้รับความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 2 กลุ่ม มีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ โดยรวมแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.30, df = 62, p < 0.05$) (ธัญยาภรณ์, 2549) ดังนั้น

เพื่อให้งานวิจัยออกมาน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยได้ขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) จากการเปิดตาราง เท่ากับ 0.70 ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 ราย

ผู้วิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
 2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืดที่มีอาการหอบเหนื่อยพลัน ที่ได้รับการรักษาจนสามารถควบคุมอาการได้ และแพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือหายใจลำบาก อัตราการหายใจน้อยกว่า 30 ครั้งต่อนาที ฟังปอดไม่พบเสียงหวีด และความเข้มข้นของออกซิเจน (O_2 Saturation) มากกว่า 90 %
 3. ไม่มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อระบบหายใจ เช่น วัณโรค โรคหัวใจ เป็นต้น
 4. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาด้านการอ่าน การฟัง และการสื่อสารด้วยภาษาไทย
- วิธีการสุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่ม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา สุ่มโดยลักษณะของเพศที่เหมือนกันและหรืออายุใกล้เคียงกันอยู่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 32 ราย วิธีการแบ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกำหนดให้ผู้ป่วยตามลำดับวันที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ให้ผู้เข้ารับบริการในวันที่เลขคี่ เป็นกลุ่มควบคุม และผู้เข้ารับบริการในวันที่เลขคู่ เป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้อง นำมากำหนดเนื้อหาประยุกต์ตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D ให้สอดคล้องกับระบบบริการพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยเริ่มจากการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลัน และการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความรุนแรงของอาการหอบเหนื่อยพลันด้วยตนเอง การจัดการและควบคุมอาการหอบเหนื่อยพลัน และการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการหอบเหนื่อยพลันรุนแรง โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สำหรับประเมินสาเหตุ ความรู้และความสามารถของกลุ่มทดลองแต่ละรายก่อนให้ความรู้และฝึกทักษะตามแผนการสอน (ภาคผนวก ข)

1.2 แบบประเมินการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหืด สำหรับประเมินความสามารถ ในการฟื้นฟูของกลุ่มทดลองก่อนให้ความรู้และฝึกทักษะตามแผนการสอน (ภาคผนวก ข)

1.3 แผนการสอน ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความรุนแรง ของอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง การจัดการและควบคุมอาการหอบเฉียบพลัน การขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลันรุนแรง และการฝึกทักษะการฟื้นฟูและการบริหารการ หายใจ (ภาคผนวก ข)

1.4 ภาพพลิก ใช้เป็นสื่อการสอน โดยมีภาพและข้อความประกอบสอดคล้อง กับเนื้อหาตามแผนการสอน (ภาคผนวก ข)

1.5 คู่มือการส่งเสริมความสามารถจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง ของผู้ป่วยโรคหืด ใช้เป็นเอกสารแจกให้กลุ่มทดลองหลังการให้ความรู้และฝึกทักษะ เพื่อนำกลับไป ทบทวนที่บ้าน โดยมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน (ภาคผนวก ข)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้ง ของการเกิดอาการหอบเฉียบพลัน ชนิดของยาและปริมาณที่ใช้

2.2 แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน เป็นแบบวัด ที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากจุก (2549) ชันยาภรณ์ (2549) และสุชาพร (2544) ลักษณะข้อคำถามมี 3 ด้าน คือ ด้านการประเมินความรุนแรงของอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง ด้านการจัดการอาการและการควบคุมอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง ดัดแปลงจากสุชาพร (2544) และจุก (2549) และด้านการขอความช่วยเหลือในการจัดการกับอาการหอบเฉียบพลันที่รุนแรง (ดัดแปลง จากสุชาพร (2544) และชันยาภรณ์ (2549)) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ โดยแบ่งระดับ คะแนนออกเป็น 4 ระดับ มีความหมาย ดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง	4	คะแนน
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	3	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยปานกลาง	2	คะแนน
ปฏิบัติน้อย	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	0	คะแนน

คะแนนความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน นำมากำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาโดยการจัดอันดับแบบอิงเกณฑ์คำนวณหาอันตรายภาคชั้น (ชูศรี, 2544) โดยใช้สูตร (คะแนนเฉลี่ยสูงสุด - คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด) ÷ จำนวนช่วง และกำหนดช่วงคะแนน ดังนี้

0.01-0.89 ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันอยู่ในระดับน้อยมาก

0.90-1.69 ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันอยู่ในระดับน้อย

1.70-2.49 ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง

2.50-3.29 ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันอยู่ในระดับมาก

3.30-4.00 ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันอยู่ในระดับมากที่สุด

2.3 แบบบันทึกการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ภายใน 48 ชั่วโมง เป็นแบบวัดที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากอัจฉรา (2544) โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 0 = ไม่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง และ 1 = มีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ภายใน 48 ชั่วโมง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน และแบบบันทึกการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ท่าน จากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงความถูกต้องของภาษา ความครบถ้วนของเนื้อหาตามความเห็นและคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจเพื่อแก้ไขให้ชัดเจนและเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหืดแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย

2. การหาความเที่ยง (reliability)

2.1 แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการหอบเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย แล้วนำมาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest method) ห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ ได้ค่าความเที่ยงโดยวิธี percentage of agreement เท่ากับ 0.80

2.2 แบบประเมินการพ่นยา นำมาหาความเที่ยงโดยใช้ผู้วัด 2 คน คือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมากกว่า 10 ปี ทำการสังเกต (interrater method) เทคนิคการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วยพร้อมๆกันและนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการหอบเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล

ศูนย์ยะลาจังหวัดยะลา นำคะแนนที่ได้จากการประเมิน โดยวิธีความเที่ยงของการสังเกต ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1

จากนั้นนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มาทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย เพื่อความเหมาะสมของโปรแกรม และเปรียบเทียบเวลาที่ใช้ในการสอน นำมาปรับปรุงใช้กับกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัย และได้ผลรวมเวลาที่ใช้ในการสอน 15 นาที

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากการแนะนำตัวผู้วิจัยกับผู้ป่วยที่มีอาการหอบเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลยะลา บอกถึงการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบำบัดรักษา หรือบริการทางการแพทย์ที่ได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการบำบัดรักษา การพยาบาลหรือบริการที่จะได้รับข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริงจะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ และหรือตอบรับโดยวาจา ในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ถ้าในกรณีขณะทำการวิจัยผู้ป่วยเกิดอาการหอบเฉียบพลัน ผู้วิจัยหยุดการสัมภาษณ์และให้การพยาบาลผู้ป่วย และให้สิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการยุติหรือดำเนินการวิจัยต่อไป

สรุป ตลอดช่วงการศึกษาไม่พบกลุ่มตัวอย่างแสดงอาการหอบเฉียบพลันระหว่างดำเนินการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้
ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือ ผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการหอบเฉียบพลันที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลละลา ผู้วิจัยพบหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้างานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยพบหัวหน้างานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการทำวิจัย สํารวจทะเบียนผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการหอบเฉียบพลัน เพื่อกันหารายชื่อผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการหอบเฉียบพลันที่มารับการรักษาทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกครั้ง

4. เตรียมผู้ช่วยวิจัย การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยได้จัดหาผู้ช่วยวิจัย เพื่อลดความลำเอียงในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

4.1 เลือกผู้ช่วยวิจัยจากพยาบาลที่มีประสบการณ์การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการหอบมากกว่า 10 ปี จำนวน 1 คน

4.2 ผู้วิจัยพบผู้ช่วยวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แนวทางการบันทึกข้อมูล และฝึกทักษะเกี่ยวกับขั้นตอนการพ่นยา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและทดลองปฏิบัติ

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง

1.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.2 ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย

1.3 เมื่อผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการหอบเฉียบพลัน ได้รับการรักษาจนสามารถควบคุมอาการหอบเฉียบพลันได้แล้ว คือ ไม่มีภาวะหายใจลำบาก หายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 12-20 ครั้งต่อนาที ฟังปอดไม่พบเสียงหวีด วัดค่า O_2 sat มากกว่า 90% แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน จึงเริ่มประเมินตามแบบประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหืดและปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการจำหน่ายที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

1.4 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหลังการจำหน่าย 48 ชั่วโมง และประเมินความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันตามแบบสอบถามความสามารถในการจัดกับอาการหอบเฉียบพลัน และแบบบันทึกการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง

กลุ่มควบคุม

1.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.2 ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย

1.3 เมื่อผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการหอบเฉียบพลัน ที่มีอาการทุเลาและแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ จากเจ้าหน้าที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ให้ความรู้เรื่องการรักษาปฏิบัติตัว เรื่องการรับประทานยา หรือใช้ยาสูดพ่น และการมาพบแพทย์ตามนัด

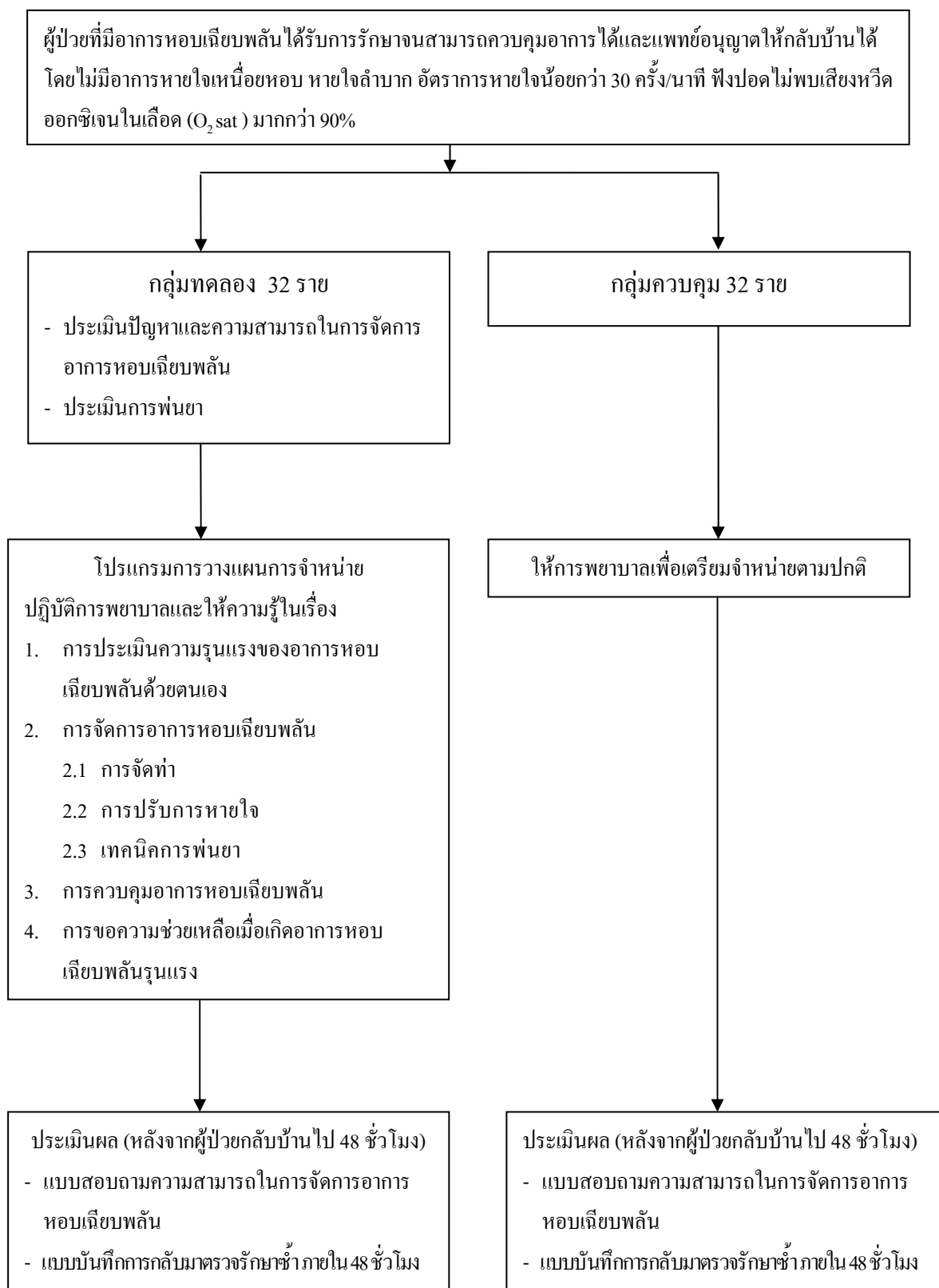
1.4 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน หลังการจำหน่าย 48 ชั่วโมง และประเมินความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันตามแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน และแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง

สรุปเป็นขั้นตอนการทำวิจัย ดังภาพ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามของผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการหอบเฉียบพลัน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มาประมวลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปไปวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย โดยใช้ความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการหอบเฉียบพลันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการจัดการกับอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการหอบเฉียบพลันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t – test)
4. วิเคราะห์ร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแคว์



ภาพ 2 ขั้นตอนการทำวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง เรื่อง ผลของ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ โดยเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้ คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย
2. ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 64 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.5) มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 37.5) เฉลี่ยอายุ 47.50 ปี (SD = 12.31) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 53.1 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 62.5) สถานภาพสมรสคู่ (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 75.0 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 78.1) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 56.3 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 78.1) การประกอบอาชีพค้าขาย (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากันคือ ร้อยละ 37.5) สำหรับค่ารักษาพยาบาลส่วนใหญ่ ใช้บัตรประกันสุขภาพ (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 75 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 96.9) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 71.9 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 84.4) กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย (ร้อยละ 100) สำหรับประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 62.5 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 53.1) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่มานานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 78 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 80) และกรณีมีสมาชิกในบ้านสูบบุหรี่ จะสูบบุหรี่ในช่วงเที่ยง (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากันคือ ร้อยละ 66.7)

เมื่อนำเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาและอาชีพมาทดสอบความแตกต่าง โดยใช้สถิติไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N = 64$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2
	(n = 32)	(n = 32)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			0.26
ชาย	12 (37.5)	12 (37.5)	
หญิง	20 (62.5)	20 (62.5)	
อายุ (ปี) (Min = 18, Max = 68, $\bar{X} = 44.80$, SD = 12.31)			3.36
18 - 30	5 (15.6)	5 (15.6)	
31 - 40	6 (18.8)	6 (18.8)	
41 - 50	9 (28.1)	9 (28.1)	
> 50	12 (37.5)	12 (37.5)	
สถานภาพการสมรส			0.62
โสด	6 (18.8)	4 (12.5)	
คู่	24 (75.0)	25 (78.1)	
หม้าย	2 (6.3)	3 (9.4)	
ศาสนา			0.58
พุทธ	15 (46.9)	12 (37.5)	
อิสลาม	17 (53.1)	20 (62.5)	
ระดับการศึกษา			6.08
ไม่ได้เรียน	3 (9.4)	4 (12.5)	
ประถมศึกษา	18 (56.3)	25 (78.1)	
มัธยมศึกษา	4 (12.5)	1 (3.1)	
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	5 (15.6)	1 (3.1)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	2 (6.3)	1 (3.1)	

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2
	(n = 32)	(n = 32)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อาชีพ			7.14
ค้าขาย	12 (37.5)	12 (37.5)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8 (25.0)	1 (3.1)	
เกษตรกร	4 (12.5)	6 (18.8)	
กรรมกร/รับจ้าง	4 (12.5)	7 (21.9)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1 (3.1)	2 (6.3)	
งานบ้าน	3 (9.4)	4 (12.5)	
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล			5.44
เบิกจากต้นสังกัด	4 (12.5)	1 (3.1)	
บัตรประกันสังคม	4 (12.5)	0 (0)	
บัตรประกันสุขภาพ	24 (75.0)	31 (96.9)	
การพักอาศัย			3.12
อยู่คนเดียว	0 (0.0)	0 (0)	
คู่สมรส	24 (71.9)	27 (84.4)	
บุตร	4 (12.5)	4 (12.5)	
บิดามารดา	4 (12.5)	1 (3.1)	
ผู้ดูแลที่บ้านขณะเจ็บป่วย			
มี	32 (100)	32 (100)	
ไม่มี	0 (0)	0 (0)	
ประวัติการสูบบุหรี่			0.58
ไม่สูบบุหรี่	20 (62.5)	17 (53.1)	
เคยสูบบุหรี่	12 (37.5)	15 (46.9)	

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2
	(n = 32)	(n = 32)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (ปี)			4.31
1 - 5	1 (8.3)	1 (6.7)	
6 - 10	2 (16.7)	2 (13.3)	
> 10	9 (78.0)	12 (80.0)	
ในกรณีที่สูบบุหรี่ เวลาที่สูบบุหรี่			7.71
ช่วงเช้า	2 (16.7)	2 (13.3)	
ช่วงเที่ยง	8 (66.7)	10 (66.7)	
ช่วงเย็น	2 (16.6)	3 (20.0)	

ข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดมา 6-15 ปี (ร้อยละ 56.2) กลุ่มควบคุมได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดมา > 15 ปี (ร้อยละ 40.6) สำหรับระยะเวลาที่แสดงอาการเหนื่อยหอบ พบว่า มีอาการเหนื่อยหอบทุกวัน (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 59.4 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 62.5) ช่วงเวลา 16.00-18.00 น. เป็นเวลาที่มักมีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 53.1 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 56.3) ความถี่ของการเกิดอาการหอบเหนื่อยพลันและต้องเข้ามารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มทดลองมากกว่า 6-10 ครั้ง (ร้อยละ 56.2) สำหรับกลุ่มควบคุมมากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 78.1) และความถี่ของการเกิดอาการหอบเหนื่อยพลันที่ต้องนอนพักในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จำนวน 1-2 ครั้ง/ปี (ร้อยละ 53.1) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่นอนพักในโรงพยาบาล จำนวน 3-4 ครั้ง/ปี (ร้อยละ 68.7) ส่วนประวัติการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เคยใส่ท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ 94.7) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เคยใส่ท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ 43.7) ไม่มีประวัติการเป็นโรคมึมิแพ้ในครอบครัว (กลุ่มทดลองร้อยละ 71.9 กลุ่มควบคุมร้อยละ 62.5) สาเหตุการเกิดอาการหอบเหนื่อยพลัน มาจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ หรือใช้หวัดพบบ่อย (กลุ่มทดลองร้อยละ 93.8 กลุ่มควบคุมร้อยละ 100) และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ทราบปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อยพลัน (ร้อยละ 53.1) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ทราบปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อยพลัน (ร้อยละ 62.5) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างในเรื่องความถี่ของการ

เกิดอาการหอบเฉียบพลันที่ต้องนอนพักในโรงพยาบาลและประวัติการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ และไม่มี ความแตกต่างกันในเรื่องระยะเวลา ช่วงเวลา และความถี่ที่แสดงอาการเหนื่อยหอบ ประวัติการเข้ามารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและการนอนพักในโรงพยาบาล รวมทั้งประวัติการเป็นโรคมึ่แพ้ในครอบครัว และปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหอบเฉียบพลัน ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 64)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2
	(n = 32)	(n = 32)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค (ปี)			5.31
1 - 5	6 (18.8)	5 (15.6)	
6 - 10	9 (28.1)	7 (21.9)	
11 - 15	9 (28.1)	7 (21.9)	
> 15	8 (25.0)	13 (40.6)	
ระยะเวลาที่แสดงอาการเหนื่อยหอบ			12.08
ทุกวัน	19 (59.4)	20 (62.5)	
บางเวลา	13 (40.6)	12 (37.5)	
ช่วงเวลาที่มักมีอาการเหนื่อยหอบ			2.73
04.00 – 06.00	3 (9.4)	1 (3.1)	
16.00 – 18.00	17 (53.1)	18 (56.3)	
18.01 – 20.00	12 (37.5)	13 (40.6)	
ความถี่ของการเกิดอาการหอบเฉียบพลัน และต้องเข้ามารักษา ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ครั้ง/ปี)			5.31
ไม่เกิน 5	2 (6.3)	3 (9.3)	
6 – 10	18 (56.2)	4 (12.5)	
> 10	12 (37.5)	25 (78.1)	

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2
	(n = 32)	(n = 32)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ความถี่ของการเกิดอาการหอบเฉียบพลัน ที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (ครั้ง/ปี)			12.08*
ไม่เคย	13 (40.6)	5 (15.6)	
1 – 2	17 (53.1)	3 (15.6)	
3 – 4	2 (6.3)	22 (68.7)	
> 4	0 (0)	2 (6.3)	
ประวัติการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ			6.34*
ไม่เคย	18 (94.7)	13 (40.1)	
เคย	1 (5.3)	14 (43.7)	
ประวัติการเป็นโรคมึนแพ้ในครอบครัว			3.69
ไม่มี	23 (71.9)	20 (62.5)	
มี	9 (28.1)	12 (37.5)	
สาเหตุจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ/ใช้หวัด			2.07
บ่อยๆ (เกือบทุกเดือน)	30 (93.8)	32 (100)	
นานๆ ครั้ง	2 (6.3)	0 (0)	
ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหอบเฉียบพลัน			3.14
ไม่ทราบ	15 (46.9)	20 (62.5)	
ทราบ	17 (53.1)	12 (3.75)	

*p< 0.05

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ความสามารถในการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการกับอาการหอบเหนื่อยพลันของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 3)

ตาราง 3

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (N = 64)

หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)		t
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
ความสามารถในการจัดการอาการ หอบเหนื่อยพลันด้วยตนเอง	2.73	0.38	2.44	0.33	-3.385*

* p < .001

ส่วนที่ 3 การกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากการติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ร้อยละของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 4)

ตาราง 4

เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 64)

หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	p-value
	(n = 32)	(n = 32)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง	9 (28.1)	26 (81.3)	18.22*	0.05

* p < .05

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการ หอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด และการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียม จำหน่ายตามปกติ จากผลการศึกษาศาสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 64 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 62.5) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่มาใช้บริการสถานพยาบาล ส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สุชาพร, 2544; ธันยาภรณ์, 2549) ทั้งนี้เป็นเพราะว่า เพศหญิง มีความรู้สึกลัวต่อการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดอาการมากกว่าเพศชาย ร่วมกับความได้เปรียบ ทางด้านกายภาพและความทนทานต่อการทำกิจกรรมในการออกกำลังกายที่เพศชายมีความแตกต่างจาก เพศหญิง ผู้ป่วยเพศหญิงจึงรายงานความรุนแรงและความถี่ของอาการหายใจเหนื่อยหอบมากกว่าเพศชาย (Prescott, Lange & Vestbo, 1997) และจากการศึกษาของ ไชน์และคณะ (Singh et al., 1999) ที่ศึกษา เรื่อง ความแตกต่างของเพศในผู้ป่วยโรคหืดที่มารับการรักษาที่หน่วยบำบัดฉุกเฉินด้วยอาการหอบ เฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 18-54 ปี เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.3) ซึ่งมารับการรักษาที่ หน่วยบำบัดฉุกเฉินมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า โดยมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องมาจากฮอร์โมนเอสโตรเจน หรือฮอร์โมนโปรเจสโตโรนในเพศหญิง จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคหืดในเพศหญิง มากกว่าเพศชาย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา กลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดมา 6-15 ปี (ร้อยละ 56.2) กลุ่มควบคุมได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดมา > 15 ปี (ร้อยละ 40.6) (ตาราง 2) เนื่องจากโรคนี้เป็นโรค ที่พบได้ทุกเพศวัยทั้งในเด็กและวัยผู้ใหญ่ บางรายอาการอาจปรากฏตั้งแต่เล็กๆ เมื่อโตขึ้นอาการอาจ หายไปและอาจเริ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2541; อภิรักษ์ และ คณะ, 2543) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยโรคนี้นาน จากอาการแสดงที่พบเกิดอาการ เหนื่อยหอบทุกวัน (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 59.4 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 62.5) และช่วงที่แสดงอาการเหนื่อย หอบมากที่สุด เวลา 16.00-18.00 น. (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 53.1 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 56.3) อาจเนื่องจาก สภาพอากาศช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคมของภาคใต้ที่กำลังศึกษาเป็นช่วงที่มีฝนตกชุก ซึ่ง

เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดอาการหอบเฉียบพลันเพิ่มขึ้น จึงเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดอาการหอบเฉียบพลันและตัดสินใจมารับบริการที่โรงพยาบาล

จากการประเมินอาการ พบว่า อาการแสดงของกลุ่มตัวอย่างเกิดอาการเหนื่อยหอบทุกวัน (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 59.4 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 62.5) (ตาราง 2) เมื่อพิจารณาตามความรุนแรงของอาการหอบเฉียบพลันซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ จัดอยู่ในระดับที่ 4 (ระดับความรุนแรงมาก) (สมเกียรติ และ ชัยเวช 2542; วิไลวรรณ, 2546) และความถี่ของการเกิดอาการหอบเฉียบพลันจำเป็นต้องมารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในกลุ่มทดลอง 6 - 10 ครั้ง/ปี (ร้อยละ 56.2) กลุ่มควบคุมมีความถี่ของการเกิดอาการหอบเฉียบพลันจำเป็นต้องมารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป/ปี (ร้อยละ 78.1) ส่วนกลุ่มทดลอง มีความถี่ของการเกิดอาการหอบเฉียบพลันที่ต้องนอนพักในโรงพยาบาล จำนวน 1-2 ครั้ง/ปี (ร้อยละ 53.1) กลุ่มควบคุมต้องนอนพักในโรงพยาบาลจำนวน 3-4 ครั้ง/ปี (ร้อยละ 68.7) และประวัติการรักษา โดยการใส่ท่อช่วยหายใจ กลุ่มทดลองไม่เคยใส่ท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ 94.7) ส่วนกลุ่มควบคุมเคยใส่ท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ 43.7) (ตาราง 2) จากลักษณะที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า กลุ่มควบคุมมีความรุนแรงของการเกิดอาการหอบเฉียบพลันมากกว่ากลุ่มทดลองในด้านจำนวนความถี่ของการเกิดอาการหอบเฉียบพลันจำเป็นต้องมารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและต้องนอนพักในโรงพยาบาล รวมถึงประวัติการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งเป็นเกณฑ์ประเมินว่า กลุ่มควบคุมมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตจากอาการหอบเฉียบพลันรุนแรง

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืดของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มากกว่ากับกลุ่มที่มีการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 2.73$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 2.44$) อย่างมีนัยสำคัญ ($t = -3.39, p < 0.01$) (ตาราง 3) สามารถอธิบายได้ ดังนี้ กลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มีกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทำให้มีการประเมินและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเป็นไปด้วยความรวดเร็ว เริ่มจากการประเมินปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้สามารถให้การพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างที่ตรงประเด็นอย่างเป็นขั้นตอน ส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทการบริการของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งเป็นการบริการที่อาศัยความรวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย ต้องมีการประเมินที่แม่นยำ วิเคราะห์ตัดสินใจที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (กฤติยา, 2550)

นอกจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนอย่างเป็นขั้นตอนตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย รวมทั้งมีภาพพลิกประกอบแผนการสอน และฝึกทักษะการพ่นยาแล้ว กลุ่มตัวอย่างได้รับคู่มือการส่งเสริมความสามารถจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหืดนำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน ซึ่งคู่มือดังกล่าวมีเนื้อหาสั้นๆ ง่ายที่เข้าใจง่าย ไม่ใช้ศัพท์แพทย์และในส่วนของเนื้อหาที่มีภาพประกอบ ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างสนใจเนื้อหามากยิ่งขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ตามมา เกิดเป็นความคิด ความเข้าใจได้อย่างรวดเร็ว ดังที่ นที (2541) กล่าวว่า หนังสือคู่มือที่มีภาพประกอบจะเป็นแรงกระตุ้นต่อการเรียนรู้ และทำความเข้าใจในสิ่งนั้นๆ ได้ดียิ่งขึ้น จำเรื่องราวต่างๆ ได้มากขึ้น และนานกว่า ช่วยสร้างความสนใจให้ผู้เรียน ช่วยเสริมสร้างความคิด และสามารถเปลี่ยนความเชื่อ ความรู้สึกได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ในการจัดการอาการ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และเข้าใจในการจัดการอาการได้ดีขึ้น (ดวงใจ, 2545; Niels, 2000) ซึ่งสนับสนุนกับการศึกษาของธัญภรณ์ (2549) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งเป็นประเมินก่อนและหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพเป็นรายกลุ่ม มีการใช้ภาพพลิกเป็นสื่อการสอน และการให้คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษา ปัญหาและความต้องการของกลุ่มทดลอง พบว่า ปัญหาที่ทำให้เกิดอาการหอบเฉียบพลันอันดับแรก คือ การติดเชื้อทางเดินหายใจ (ร้อยละ 50) (ภาคผนวกจ ตารางจ.5) เนื่องมาจากสภาพอากาศช่วงเดือนพฤศจิกายน และเดือนธันวาคมมีฝนตกชุกตลอด ทำให้กลุ่มทดลองเป็นไข้หวัดได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุกต (2541) ที่ศึกษา ประสิทธิภาพ ผลจากอาการและวิธีจัดการกับอาการจับหืดของผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยที่ทำให้เกิดการจับหืดได้ง่าย ที่พบมากที่สุด คือ การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย โดยเฉพาะการติดเชื้อทางเดินหายใจ จากการศึกษครั้งนี้ พบว่า สาเหตุรองมาจากสิ่งกระตุ้น ร้อยละ 46.9 (ภาคผนวกจ ตารางจ.5) โดยที่กลุ่มทดลองส่วนหนึ่งมีอาชีพค้าขายอาหาร อาจสัมผัสกับควันบุหรี่จากผู้รับประทานอาหารในร้าน ซึ่งควันบุหรือนับว่าเป็นมลพิษทางอากาศที่ร้ายแรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหอบเฉียบพลันขึ้นมาทันที (บุศรา, 2543) มีรายงานการศึกษาพบว่า ควันบุหรี่ที่ลอยจากปลายมวนบุหรี่ขณะที่ไม่ได้สูบ มีความเข้มข้นของสารพิษสูงกว่าควันบุหรี่ที่ถูกพ่นออกจากปากผู้สูบ ซึ่งผู้สูดควันบุหรี่จากรายการรอบตัวที่มีปริมาตรสูงถึงร้อยละ 85 และมีจำนวนสารนิโคตินและคาร์บอนมอนนอกไซด์ 2.7 เท่าและ 2.5 เท่าตามลำดับ ในขณะที่ผู้สูดจริงสูดควันเข้าปอดร้อยละ 15 และมีสารทั้งสองเข้าสู่ปอดเพียง 1 เท่า เท่านั้น (อาภรณ์พรรณ, 2546) ดังนั้น ผู้ที่หลอกลมมีความไวต่อสิ่งกระตุ้น ทำให้แสดงอาการหอบเฉียบพลันได้ง่าย

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบว่า ถึงแม้ว่ากลุ่มทดลองได้รับการสอนตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแล้ว แต่จากการประเมินความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน พบว่า มีคะแนนการควบคุมการหายใจโดยการหายใจเข้า-ออกแบบเป่าปาก อย่างซ้ำๆ เมื่อเกิดอาการหายใจหอบเฉียบพลันขึ้น อยู่ในระดับน้อยมาก ($\bar{X} = 0.84$) (ภาคผนวก ตารางจ.3) จึงเป็นปัญหาในด้านการควบคุมการหายใจ ซึ่งการหายใจแบบเป่าปาก สามารถช่วยลดอาการหายใจหอบเหนื่อยในผู้ป่วยโรคหืดได้ เพราะการหายใจที่ช้าลงทำให้หายใจได้ลึกมากขึ้น จึงช่วยเพิ่มปริมาตรความจุปอดและลดอัตราการหายใจเหนื่อยหอบ (Gilmartin, 2007; National Emphysema Foundation, 2003; Truesdell, 2000) เช่นเดียวกับการศึกษาของพจนีย์ (2545) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังฝึกการหายใจโดยการห่อปากน้อยมากเพียงร้อยละ 7.7 จึงทำให้การจัดการกับอาการหายใจลำบากไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มทดลองปฏิบัติขั้นตอนการพ่นยาไม่ถูกต้องในขั้นตอนการหายใจลึกๆ พร้อมกับกดยาพ่นหนึ่งครั้ง (ร้อยละ 43.8) ขั้นตอนการกลืนหายใจให้นานประมาณ 10 วินาที (ร้อยละ 40.6) และขั้นตอนการผ่อนลมหายใจออกทางจมูก (ร้อยละ 37.5) (ภาคผนวก ตารางจ.7) จากการสังเกต และกลุ่มทดลองพ่นยาที่บ้าน พบว่า ไม่มีการกลืนหายใจหลังจากสูดยา จะปล่อยลมหายใจออกมาทันที มีการพ่นยาออกมาด้วย และยังพบว่ากลุ่มทดลองมีการกดยาก่อนแล้วจึงสูดยา โดยการกดยาและสูดยาพ่นเข้าไปไม่สัมพันธ์กัน ซึ่งอาจทำให้ปริมาณของยาที่ได้รับน้อยลง ประกอบกับในปัจจุบันเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ มีความเสี่ยงในการเดินทางมารักษา ดังนั้น เมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลันรุนแรงขึ้น ทำให้การใช้ยาพ่นชนิดพกพา (MDI) ของกลุ่มทดลองขณะหอบในการหายใจลึกๆ พร้อมกับกดยาพ่น ร่วมกับการกลืนหายใจให้นานประมาณ 10 วินาที และค่อยๆผ่อนลมหายใจออกทางจมูกซ้ำๆ ทำด้วยความเร่งรีบ ซึ่งขั้นตอนเหล่านี้ต้องอาศัยเวลาในการปฏิบัติและความเข้าใจของผู้ป่วยจึงจะสามารถทำให้การพ่นยามีประสิทธิภาพ และบรรเทาอาการหอบได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุชาพร (2544) เรื่องการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ขั้นตอนในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ถูกต้องร้อยละ 50 คือ การกลืนหายใจให้นานที่สุดเท่าที่ทำได้ ส่วนขั้นตอนกดยาพร้อมหายใจซ้ำๆ ปฏิบัติไม่ถูกต้องร้อยละ 48 และขั้นตอนผ่อนลมหายใจออกซ้ำๆ ปฏิบัติไม่ถูกต้องร้อยละ 39 และจากการวิจัยครั้งนี้ ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีการพ่นยา MDI ไม่ได้เว้นช่วงเวลาในการให้ยาออกฤทธิ์อย่างเต็มที่ ทำให้อาการหอบไม่ทุเลาหลังพ่นยา ส่งผลให้กลุ่มทดลองรีบไปโรงพยาบาลทันที และมีการพ่นยาซ้ำที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังนั้น โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย จึงปรับแผนการสอน โดยเน้นการบริหารการหายใจ เน้นการทำความเข้าใจในการออกฤทธิ์ของยาและฝึกทักษะการพ่นยา

สมมติฐานที่ 2 การกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ของกลุ่มที่ได้รับการวางแผน
 จำหน่ายน้อยกว่ากับกลุ่มที่มีการพยาบาลเพื่อจำหน่ายตามปกติ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง
 ของกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 28.1) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 81.3) อย่างมีนัยสำคัญ ($t = -4.97, p < 0.01$)
 (ตาราง 4) สามารถอธิบายได้ ดังนี้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง
 น้อยกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำถึงการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ที่บ้านก่อนจำหน่าย
 ออกจากโรงพยาบาล ตามการประเมินปัญหา และความต้องการของกลุ่มตัวอย่างให้ได้รับการพยาบาล
 ที่ตรงประเด็นอย่างเป็นขั้นตอน เน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย ทำให้กลุ่มทดลอง
 มีการพัฒนาความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง ประกอบกับ การมีคู่มือ
 ส่งเสริมความสามารถจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเองของผู้ป่วย โรคหืดนำกลับไปอ่าน
 ทบทวนที่บ้านด้วยตนเอง และภายหลังให้ความรู้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ผู้วิจัยมอบคู่มือ
 ส่งเสริมความสามารถจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเองของผู้ป่วย โรคหืดที่มีเนื้อหา
 วัตถุประสงค์สอดคล้องกับแผนการให้ความรู้ตาม โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้กลุ่ม
 ทดลองนำคู่มือส่งเสริมความสามารถจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหืดมาอ่าน
 ทบทวนได้ตลอดเวลา ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง เช่นเดียวกับ
 การศึกษาของสุพัตรา (2541) เรื่องผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแบบแผนต่อความเชื่อด้าน
 สุขภาพและพลังอำนาจภายในตน ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลทางสุขภาพเป็น
 รายบุคคล การใช้ภาพพลิกและการให้คู่มือสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังได้รับข้อมูลทาง
 สุขภาพพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง
 สถิติที่ระดับ .05

อย่างไรก็ตาม แม้กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ยังพบว่า มีการ
 กลับมาตรวจรักษาซ้ำของกลุ่มทดลอง จำนวน 9 ราย โดยมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ
 จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.8 และมีสาเหตุจากความวิตกกังวล จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.3
 ซึ่งกลุ่มทดลองจำนวน 7 ราย มีอาชีพขับรถมอเตอร์ไซด์รับจ้าง ประกอบกับช่วงที่ศึกษา สภาพภูมิอากาศ
 มีฝนตกตลอดเวลา ทำให้กลุ่มทดลองต้องประกอบอาชีพตามปกติ โดยมีการป้องกันตนเองโดยสวมเสื้อ
 กั้นฝนขณะทำงาน แต่ร่างกายไม่ได้รับความอบอุ่นเพียงพอ และต้องทนอยู่กับอากาศชื้นตลอดเวลา
 ทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจ ด้วยลักษณะการทำงานตามอาชีพและสภาพอากาศที่ชื้นตลอดเวลา
 สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการหอบได้ง่าย (สมเกียรติ และ ชัยเวช, 2542) การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ
 ส่วนใหญ่จะเป็นไวรัสมากกว่าแบคทีเรีย และการเปลี่ยนแปลงของอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัย

สนับสนุนให้เกิดอาการหอบรุนแรงขึ้น (ไพรวลัย, 2547) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นกลุ่มทดลองมีอาการหายใจหอบเฉียบพลันบ่อยขึ้น

ส่วนกลุ่มทดลองจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.3 สาเหตุของความวิตกกังวลจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากมีอาการแสดงช่วงกลางคืน ซึ่งเป็นช่วงที่ไม่ปลอดภัยในการเดินทาง กลุ่มทดลองเกิดความไม่มั่นใจว่าตนเองจะจัดการอาการได้จึงรีบไปโรงพยาบาลทันที ดังนั้น โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ควรเพิ่มเนื้อหาการให้ความรู้การลดปัจจัยกระตุ้นเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจที่สอดคล้องกับบริบทสภาพภูมิประเทศทางภาคใต้และงานอาชีพของประชาชน โดยคำนึงถึงมิติอาชีวอนามัย เพื่อควบคุมอาการหอบเฉียบพลัน รวมถึงการฝึกทักษะการหายใจและการพ่นยา ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงควรเพิ่มการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลและมีสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืดที่มีอาการหอบเหนื่อยพลัน ได้รับการรักษาจนสามารถควบคุมอาการได้ โดยการแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามลำดับวันที่ที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวนกลุ่มละ 32 ราย ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2550 ถึงเดือน ธันวาคม 2550

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดย กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหอบเหนื่อยพลันเข้ารับการรักษาที่แผนก อุบัติเหตุฉุกเฉิน แพทย์รักษาเพื่อควบคุมอาการหอบเหนื่อยพลัน และพิจารณาให้กลับบ้านได้ในกลุ่มทดลอง เริ่มประเมินตามแบบประเมินปัญหาและความต้องการ และปฏิบัติการพยาบาลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของกลุ่มทดลองแต่ละราย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแล เพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ จากเจ้าหน้าที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หลังจากนั้น ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่บ้านหลังการจำหน่าย 48 ชั่วโมง และประเมินความสามารถในการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลันตามแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลัน และแบบบันทึกการติดตามผลการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ภายใน 48 ชั่วโมง

ผลการวิจัย

1. คะแนนความสามารถในการจัดการอาการหอบเหนื่อยพลันของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มากกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)
2. ร้อยละการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย น้อยกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($p < .05$)

ข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้

1. กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการประเมินความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันก่อนได้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการพยาบาลตามปกติ จากการศึกษาผู้ป่วยมีอาการหอบเฉียบพลันรุนแรงและต้องบำบัดรักษาควบคุมอาการหอบเฉียบพลันทันที ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำให้ไม่สามารถประเมินความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันก่อนการวิจัย อาจเกิดจากความสามารถก่อนการทดลองที่มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม จากการทดสอบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ผู้วิจัยมิได้ประเมินความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องรีบกลับบ้านภายหลังได้รับการรักษาพยาบาล ดังนั้น คะแนนความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันที่ได้ อาจเกิดจากผลของโปรแกรมร่วมกับการได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่นได้ อย่างไรก็ตาม จากการติดตามการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เขตพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ควรให้ความสำคัญ การวางแผนจำหน่ายและนำมาประยุกต์ใช้ปฏิบัติในผู้ป่วยโรคหืดทุกราย และควรเพิ่มระบบส่งต่อในโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว หลีกเลี่ยงการมารับบริการช่วงเวลากลางคืน รวมทั้งวิธีการขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เนื่องจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหนึ่งในนโยบายหลัก ที่สำคัญของรัฐบาลที่กำหนดให้มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทั่วประเทศไทย

1.2 โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมความสามารถการจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง ควรเพิ่มเนื้อหาการฝึกบริหารการหายใจและการหายใจขณะพ่นยาเพิ่มขึ้น รวมถึงการลดความวิตกกังวลและการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการเพิ่มเนื้อหาในเรื่องของอาชีวอนามัยในการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นจากการประกอบอาชีพ เพื่อเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการควบคุมอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง

2. ด้านบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้มีระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยใน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและระบบการส่งต่อ เพื่อเป็นการเตรียมให้พร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเป็นบริการเชิงรุก ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถควบคุมอาการหอบเหนื่อยพ่น รุนแรงด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาซ้ำโดยปรับปรุงโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและเพิ่มการวัด ความสามารถการจัดการอาการหอบเหนื่อยพ่นด้วยตนเองทั้งก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

บรรณานุกรม

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2539). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สมเจริญพาณิชย์.
- กฤติยา แดงสุวรรณ. (2550). *สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามจังหวัดชายแดนภาคใต้*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กรองไฉด อุณหสูต. (2549). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินชีวิต*. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง *เครือข่ายและปรากฏการณ์ความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลศัลยศาสตร์วิฤกษ์ชมรมพยาบาลศัลยศาสตร์อุบัติเหตุแห่งประเทศไทย วันที่ 23-24 มิถุนายน 2549*. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายพยาบาลอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย.
- กัณฑ์พร ยอดไชย. (2547). *ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ขจัตถ์ชัย บุรุษพัฒน์. (2548). *ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหา 3 จังหวัดชายแดนใต้*. เอกสารประกอบประชุมวิชาการ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 5 การเตรียม ER รับภัยใหม่ในสิบปีหน้า วันที่ 29 สิงหาคม-2 กันยายน 2548. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับศูนย์กู้ชีพเรนทรโรงพยาบาลราชวิถี.
- จันทร์จิรา วิรัช. (2544). *ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จารุณี บันลือ. (2542). *คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จารุวรรณ มานะสุการ. (2544). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- จารึก ธานีรัตน์. (2544). ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จิตติมา จรูญสิทธิ์. (2545). ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จินตนา บัวทองจันทร์. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตภาคใต้ตอนล่าง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จุก สุวรรณโณ. (2549). ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ชุมศักดิ์ พงษ์พงษ์. (2542). โรคภูมิแพ้ในสหัสวรรษใหม่. *ใกล้หมอ*, 23(10), 26 - 31.
- ชัยเวช นุชประยูร. (2542). โรคหืดหลอดลม. ใน *วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 167-181). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตี พับลิเคชั่น.
- ชายชาญ โพธิรัตน์. (2543). การดูแลรักษาหืดขั้นรุนแรง (*Management of Severe Asthma*): *อูรเวช 2000*. กรุงเทพมหานคร: ที. พี. พรินท์.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2544). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: พี บี. ฟอเรนบูคเซนเตอร์.
- ณัฐพล เหล่าอากาศวงศ์. (2549). *Hidden food allergies ภูมิแพ้แฝงไม่ยาก*. กรุงเทพมหานคร: คอมพิวเตอร์ จำกัด.
- ดวงใจ รัตนัญญา. (2545). *สุขศึกษา: หลักและกระบวนการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยรายวัน.
- ทรงขวัญ ศิลารักษ์. (2542). อาการเหนื่อยหอบ. ใน *กาญจนา จันทร์สูง, สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ, และวัชรา บุญสวัสดิ์ (บรรณาธิการ), อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 203-214). ขอนแก่น: คลังนา.
- ธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์. (2544). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร

- มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,
กรุงเทพมหานคร.
- ชั้นยากรณ์ โพธิ์ถาวร. (2549). *ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวการปฏิบัติด้าน
สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
นที เกื้อกูลกิจการ.(2541). *การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
นันทา มาระเนตร์ และสมชัย บวรกิตติ. (2542). โรคหืด. *ศิริราชสาร*, 50(5), 522 – 529.
บุศรา เอี้ยวสกุล. (2543). หลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน พัชรียา
และคณะ (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1 (อายุรศาสตร์)*
(หน้า 135 - 148). สงขลา: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอส. ซี. วี. บิสซิเนสส์.
ปราณี ทุไพบเราะ. (2543). *การผันแปรออกซิเจนและการระบายอากาศ (การพยาบาลอายุรศาสตร์)*.
กรุงเทพมหานคร: ลิฟวิ่งทรานส์มีเดีย.
- พจนีย์ ชวลิตัง.(2542). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พูนเกษม เจริญพันธุ์. (2545). หืด (Asthma). ใน สุมาลี เกียรติบุญศรี (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษา
โรกระบบหายใจในผู้ใหญ่*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.
- เพ็ญจันทร์ วานะรินทร์ และรุ่งทิพย์ แผงเมือง. (2549). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแล
ตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารโรงพยาบาลอุดรดิตถ์*, 14(2), 65-78.
- ไพบูลย์ จาตุรปัญญา. (2542). โรคหืด. ใน หนังสือ *หอบหืด-แพ้แมลง: กับการรักษาตนเอง*
(พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 13-55). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์รวมธรรมส์.
- ไพรวลัย โคตรตะ. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการด้วยตนเองต่ออาการหายใจลำบาก
ของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2546). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล. ใน วันเพ็ญ พิชาติพรชัย
และอุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ), *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดการประยุกต์ใช้
(ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนัสวี อดุลย์รัตน์. (2542). *ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, สงขลา.

- ยุบล สุขสะอาด. (2541). *ประสบการณ์การมีอาการ ผลจากอาการ และวิธีจัดการกับอาการจับหืดของผู้ป่วยโรคหืด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- โรงพยาบาลศูนย์ยะลา. (2547-2550). *สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ยะลา. แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลศูนย์ยะลา*.
- โรงพยาบาลศูนย์ยะลา. (2547- 2550). *สถิติผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ยะลา. แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา*.
- ราพรรณ รักศรีอักษร. (ผู้แปล). (2542). *เรื่องน่ารู้เรื่องหอบหืด*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- วรรณิ์ คำรงค์รัตน์, เบญจพร สุขประเสริฐ, กาญจนี สิทธิวงศ์, ชุติมา อัครถาวรโกวิท, และพัฒน์วดี เสรินทวัฒน์. (2545). รายงานวิจัยสัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาล*, 51(4), 207-218.
- รวุฒิ เจริญจรูญวงศ์และสมเกียรติ วงษ์ทิม. (2548). ยารักษาโรคหืด. *จุฬายุทธศาสตร์*, 18(3), 84-111.
- วารานี เพ็ชรสงฆ์. (2542). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วัชรา บุญสวัสดิ์. (2543). การดูแลรักษาภาวะหอบรุนแรงเฉียบพลัน (Management of Severe Exacerbations of Asthma. *อุรเวชช์ 2000*. กรุงเทพมหานคร: ที. พี. พรินท์.
- วัชรา บุญสวัสดิ์. (2547). การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดในปัจจุบัน. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 12(2), 104-110.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ. (2546). *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย : แนวคิดและการประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยา ศรีมาดา. (2545). โรคหอบหืด. ใน สมเกียรติ วงษ์ทิม และวิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), *ตำราโรคปอด 1 โรคปอดจากสิ่งแวดล้อม (Environment Lung Disease)*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์. (2544). ยาขยายหลอดลม B₂- agonist. ใน วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), *คู่มือการใช้จ่ายทางอายุรกรรมและค่านีคั่นหาซื้อยา พ.ศ. 2544* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 324-328). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์. (2546). หืดรุนแรง: ธรรมชาติของโรคหรือรักษาไม่ได้. *วารสารวันโรคและโรคทรวงอก*, 12(2), 61-70.

- วิไลวรรณ วิริยะไชโย. (2546). *การรักษาโรคหืดปี 2003: Management of Common Diseases in Medicine*. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พรีนติ้งเอ๊าส์ จำกัด.
- ศุภชัย นวลสิทธิ์. (2542). *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สรรรพษ์ ฤทธิรักษา. (2548). การบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้ายในพื้นที่สาธารณสุข เขต 12 พ.ศ. 2546. *วารสารวิชาการเขต ๑๒*, 16(1), 79-91.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2545). *แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. (2547). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ พ.ศ. 2547. *วารสารวัณโรคโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต*, 26(1), 59- 69.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2545). การซักประวัติ. ใน สันต์ หัตถิรัตน์ (บรรณาธิการ), *มาเป็นหมอกันเถิด: ตำราการซักประวัติและการตรวจร่างกาย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักหมอชาวบ้าน.
- สมคิด อุ่นเสมอธรรม, บัณฑิตย์ พรหมเคียนอ่อน และคณะ. (2544). การศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติต่อโรคและการรักษาผู้ป่วยโรคหืด. *วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก*, 22(3), 147-154.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดวี. เจ. พรีนติ้ง.
- สมเกียรติ วงษ์ทิม และชัยเวช นุชประยูร. (2542). *ตำราโรคปอด 1 โรคปอดจากสิ่งแวดล้อม (Environment Lung Disease)*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรจักร ศิริบริรักษ์. (2542). วิตามินสู่วัด-ภูมิแพ้ วิตามินซี. ใน *พลังมหัศจรรย์ในอาหาร* (หน้า 103-115). กรุงเทพมหานคร: เป็ริยวพรีนติ้ง.
- สุชาพร ทิพย์สินวล. (2544). *การปฏิบัติด้านสุขภาพและอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคหืด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุชัย เจริญรัตนกุล. (2543). โรคหืด: แนวทางในการรักษาในปัจจุบัน. ใน สุณิรัตน์ คงเสรีพงศ์ และสุชัย เจริญรัตนกุล (บรรณาธิการ), *เวชบำบัดวิกฤต 2000 เล่มที่ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุมาลี เกียรติบุญศรี. (2546). *การดูแลรักษาโรกระบบหายใจในผู้ใหญ่*. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- สุพัตรา ไตรอุดมศรี. (2541). *ผลการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- สุวรรณีย์ เบญจพลพิทักษ์ และคณะ. (2544). โรคหืดที่รักษายาก: โรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยาคลินิก กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิรินันท์ บุญยะสิทธิ์พรณ. (2545). การตรวจสมรรถภาพของปอด. ค้นเมื่อ 19 มีนาคม 2550 จาก <http://www.geocities.com/allergyasthmathailand/pft>
- สำมะโนประชากรจังหวัดยะลา. (2550). ถิ่นแดนใต้ สู่สหัสวรรษใหม่. *วารสารนครยะลา*, 9(77), 4-5.
- อดิศร วงษา, อิโรชิ จันทาทากุล, และสุวรรณีย์ เบญจพลพิทักษ์. (2546). Asthma management and Combination therapy. *เมดิคอลไทม์*, 2(40), 26-31.
- อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย, วรวิทย์ เรืองอัสวเดช, อธิก แสงอาสาวิริยะ, สถาพร ชิตวิเชียรเลิศ, และรัตนภรณ์ เฟื่องทอง. (2543). การศึกษาสารก่อภูมิแพ้โดยการทดสอบทางผิวหนัง ในผู้ป่วยที่เป็นโรค. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 53(1), 21-25.
- อรพิน พวกอ้อม. (2547). ผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อ พฤติกรรมความเจ็บป่วยและการรับรู้คุณค่าการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยโนโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อังคณา บุญลพ. (2543). การพัฒนาโปรแกรมการสอนสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในแผนก อายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ. รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อัจฉรา บุตรรัศมี. (2544). การวิเคราะห์ต้นทุนต่อประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อาภรณ์พรณ สุนทรจตุรวิทย์. (2546). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อุระณี รัตนพิทักษ์. (2546). การวางแผนจำหน่ายกับพยาบาลด้านป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ. ใน วันเพ็ญ พิษิตพรชัยและอุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ), *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแนวคิดและการประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Adams, R. J., Smith, B. J., & Ruffin, R. E. (2000). Factor associated with hospital admission and repeat emergency department visit for adult with asthma. *Thorax*, 55(9), 566-573.
- Breslin, E., van der Schans, C., Bereukink, S., Meek, P. M., Mercer, K., Volz, W., et al. (1998). Perception of fatigue and quality of life in patients with COPD. *Chest*, 114(6), 958-964.

- Bodenheimer, T., Lorig K., Holman, H., Grumbach, K. (2001). Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of The American Medical Association*, 8(28), 2469-2475.
- Chalmer, K. L. (2001). A closer look at how people cope with chronic airflow obstruction. *The Canadian Nurse*, 94(5), 35-38.
- Chandler, T. (2007). Reducing re-admission for asthma: Impact of a nurse-led service.. *Journal Medical Association of Thailand*, 90(10), 2003-2009.
- Coates, V. E. and Boore, J. R. P. (1995). Self-management of chronic illness: Psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8(4), 15-24.
- Cote, J., et al. (2001). Evaluation of two different education interventions for adult patients consulting with an acute asthma exacerbation. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 136(6), 1415-1419.
- Devito, A. G. 1999. Dyspnea during hospitalization for acute phase of illness as recalled by patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung*, 19(2), 186-191.
- Engstrom, C. P., Person, L. O., Larson, S., Ryden, A., & Sullivan, M. (1996). Function status and well being in chronic obstructive pulmonary disease with regard to clinical parameter and smoking: A descriptive and comparative study. *Thorax*, 51(5), 825-830.
- Gelber, L. E., et al. (2000). Sensitization and exposure to indoor allergens as risk factors for asthma among patients presenting to hospital. *American Review of Respiratory Disease*, 147(3), 573-578.
- Gift, A. G. (1990). Dyspnea *The Nursing Clinics of North America*, 25(4), 953-965.
- Gift, A. G. (1991). Psychologic and physiologic aspects of acute dyspnea in asthmatics. *Nursing Research*, 40(4), 196-203.
- Gilmartin, M. (2007). *Pulmonary rehabilitation medical scientific update*. Retrieved April 23, 2007, from: <http://www.car.chula.ac.th>
- Haahatela, T. (2000). The disease management approach to controlling asthma. *Respiratory Medicine*, 96(supplement A), S1-S8.
- Jenkins, C. (2002). *Asthma*. Retrieved August 12, 2007, from <http://www.healthinsitegov.au/Content/internal/page.cfm?ObjID=006330E-0451-1D2D-81CF83032 BFA006D>
- Kathryn, H Bowles. (2000). Patient problems and nurse interventions during acute care and discharge planning. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(3), 29.

- Kelly, A. M., & Clooney, M. (2007). Improving asthma discharge management in relation to emergency department: The ADMIRE project. *Emergency Medicine Australia, 19*(3), 286.
- Kolbe, J., Fergusson, W., Vamos, M., & Garrett, J. (2002). Case-control study of severe life threatening asthma (SLTA) in adult: Psychological factors. *Thorax, 57*(4), 317-322.
- Lorig, K. (1996). Chronic disease self-management. *American Behavioral Scientist, 39*(6), 676-783.
- Lorig, K. (2003). Self-management education: More than a nice extra. *Medical Care, 41*(1) 699-701.
- Makinen, S., Suominen, T., & Lauri, S. (2000). Self-care in adults with asthma: How they cope. *Journal of Clinical Nursing, 9*(3), 557-565.
- Mary, D. Naylor, & Kathleen, M. McCauley. (1999). The effects of discharge planning and home follow-up intervention on elders hospitalized with common medical and surgical cardiac conditions. *The Journal of Cardiovascular Nursing, 14*(1), 44-47.
- Mary, T. & Karen, S. (2005). Supporting self-management in patient with chronic illness. *American Family Physician, 72*(8), 1503-1510.
- Mc D., Taylor, D., Auble, T. E., Calhoun, W. J., & Mosesso, V. N. (1999). Current outpatient management of asthma shows poor compliance with international consensus guidelines. *Chest, 116*(6), 1638-1645.
- Miracle, V., & Winston, M. (2000). Take the wind out of asthma. *Nursing, 30*(8), 34-43.
- Monteleone, C. A., & Sherman, A. R. (1999). Nutrition and asthma. *Archives of Internal Medicine, 165*(7), 23-24.
- National Emphysema Foundation. 2003. *Pulmonary exercise care*. Retrieved December 22, 2007, from: <http://www.car.chula.ac.th>
- Nield, M. (2000). Dyspnea self-management in African American with chronic lung disease. *Heart Lung, 29*(1), 50-55.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing : Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Pender, N. J. (2002). *Health promotion in nursing practice*. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- Pichitpornchai, W. (2000). *Discharge planning: Exploring current nursing practices in acute care settings in Thailand*. Doctoral Dissertation, La Trobe University Australia.
- Piyathida Duangjai. (1999). *Effects of collaborative symptom management between an asthma patient and a nurse*. Master's Thesis, Nursing Science (Adult Nursing) Faculty of Graduate Studies Mahidol University.

- Polit, D. F., & Hungle, B. P. (1999). *Nursing Research principle and method*. Philadelphia: Lippincott.
- Popnick, J. (1999). Asthma: We need to do better! *Chest*, *111*(6), 1509-1510.
- Prescott, E., Lange, P., & Vestbo, J. (1997). Effect of gender on hospital admission for asthma and prevalence of self-report asthma: A prospective study base on a asthma management. *Thorax*, *52*(7), 287-289.
- Singh, A. K., et al. (1999). Sex differences among adults presenting to the emergency department with acute asthma. *Archive International Medicine*, *159*, 1237-1243.
- Small, S., & Lamb, M. (1999). Fatigue in chronic illness: The experience of individuals with chronic obstructive pulmonary disease and with asthma. *Journal of Advanced Nursing*, *30*(2), 469-478.
- Southern, W. N., Berger M.A., & Bellin, E.Y., et al. (2008). Hospitalist care and length of stay in patients requiring complex discharge planning close clinical monitoring. *Archives of Internal Medicine*, *168*(9), 1010-1011.
- Talmadge, E., King, Jr. (1999). A new look at the pathophysiology of asthma. *Journal of the National Medical Association*, *92*(8), 115-125.
- Truesdell, S. (2000). Helping patients with COPD manage episodes of acute shortness of breath. *Medsurg Nursing*, *9*(4), 178-182.
- Wapen Pichitpornchai, Annette Street & Tassna Boontong. (1999). Discharge planning and transitional care: Issues in Thai Nursing. *International Journal of Nursing Studies*, *36*, 355-362.
- Woolcock, A. J., & Peat, J. K. (1999). Definition, classification, epidemiology, and risk factors for asthma. In P. O. Byrne, & N. C. Thomson (Eds.), *Manual of Asthma Management*. London: W.B. Saunders Company Ltd.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบฟอร์มพหุทัศนะสิทธิการเข้าร่วมวิจัย

แบบฟอร์มพหุทัศนะสิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มควบคุม)

ดิฉัน นางสาว ัญญฎีกา แซ่เต๋ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะทำการวิจัยเกี่ยวกับ ผลของ โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายต่อความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปพัฒนาวางแผนการพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่มีอาการหอบเฉียบพลันสามารถจัดการอาการหอบเฉียบพลันได้ด้วยตนเอง

การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลการเจ็บป่วย โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที หลังจากนั้นเมื่อเวลาผ่านไป 48 ชั่วโมง ผู้วิจัยประเมินผลโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากท่านตอบแบบสอบถามวัดความสามารถในการจัดการกับอาการหอบเฉียบพลัน และแบบบันทึกการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในรูปแบบผลการวิจัยเท่านั้น

ในกรณีที่ท่านไม่มีความพึงพอใจจะเข้าร่วมวิจัย หรือมีอาการหอบเฉียบพลันกำเริบ ท่านสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกกระยะโดยไม่ต้องกังวล ซึ่งท่านและครอบครัวจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ และท่านยังคงได้รับการบริการทางการแพทย์ตามปกติ

หากท่านมีความสงสัยประการใดสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์ 081 - 3685945

ขอขอบคุณที่ท่านเสียสละเวลาตอบแบบสอบถามและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

นางสาว ัญญฎีกา แซ่เต๋
ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนและเต็มใจที่จะเข้าร่วมการทำวิจัยในครั้งนี้

.....
(.....)
...../...../.....

แบบฟอร์มพิกษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ดิฉัน นางสาว ัญญฎีกา แซ่เต๋ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะทำการวิจัยเกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายต่อความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปพัฒนาวางแผนการพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่มีอาการหอบเฉียบพลันสามารถจัดการอาการหอบเฉียบพลันได้ด้วยตนเอง

การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลการเจ็บป่วย โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที และผู้วิจัยประเมินถึงปัญหาของผู้ป่วยที่มีอาการหอบเฉียบพลันในครั้งนี้ พร้อมทั้งดำเนินการให้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายต่อความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด โดยใช้เวลา 15 นาที หลังจากนั้นเมื่อเวลาผ่านไป 48 ชั่วโมง ผู้วิจัยประเมินผลโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากท่านตอบแบบสอบถามวัดความสามารถในการจัดการกับอาการหอบเฉียบพลัน และแบบบันทึกการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในรูปแบบผลการวิจัยเท่านั้น

ในกรณีที่ท่านไม่มีความพึงพอใจขณะเข้าร่วมวิจัย หรือมีอาการหอบเฉียบพลันกำเริบ ท่านสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ทุกกระยะโดยไม่ต้องกังวล ซึ่งท่านและครอบครัวจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ และท่านยังคงได้รับการบริการทางการพยาบาลตามปกติ

หากท่านมีความสงสัยประการใดสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์ 081 - 3685945

ขอขอบคุณที่ท่านเสียสละเวลาตอบแบบสอบถามและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

นางสาว ัญญฎีกา แซ่เต๋

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนและเต็มใจที่จะเข้าร่วมการทำวิจัยในครั้งนี้

.....
(.....)
...../...../.....

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมความสามารถ ในการจัดการกับอาการหอบเฉียบพลัน

ประกอบด้วย

1. แบบประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
2. แบบประเมินการพ่นยาของผู้ป่วยโรคหืด
3. แผนการสอน
4. ภาพพลิก
5. คู่มือการส่งเสริมความสามารถจัดการอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเองของผู้ป่วย

โรคหืด

แบบประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่มีอาการหอบเฉียบพลันที่มารับบริการ
แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

1. สาเหตุที่ทำให้ท่านมีอาการหอบเฉียบพลันในครั้งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

การติดเชื้อทางเดินหายใจ

- ยาพ่นหมด
- พ่นยาไม่ถูกต้อง
- สิ่งกระตุ้นอื่นๆ เช่น ควันไฟ และ ควันบุหรี่ ขนแมวและสุนัข
- ฝุ่นในบ้าน ความเครียด
- อื่นๆ ระบุ

2. ท่านประเมินอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเองโดยสังเกตจาก

- ลักษณะการหายใจ
- ความรู้สึก
- อื่นๆ ระบุ.....

3. ขณะที่ท่านมีอาการหอบเฉียบพลันท่านบรรเทาอาการด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ปรับการหายใจ จัดทำโดยการนั่งพัก
- พ่นยาขยายหลอดลม ควบคุมอารมณ์
- หลีกเลียงสิ่งกระตุ้น ไปพบแพทย์
- อื่นๆ ระบุ.....

4. ท่านสามารถป้องกันอาการหอบเฉียบพลันอย่างไร

- หลีกเลียงบุคคลที่เป็นหวัด
- ทำความสะอาดบ้านโดยใส่ผ้าปิดปากปิดจมูก
- หลีกเลียงการเข้าไปในชุมชนแออัด
- การลดความเครียด
- อื่นๆ ระบุ.....

5. ท่านคิดว่าท่านสามารถพ่นยาถูกต้องหรือไม่

- ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง

สรุป ปัญหาของผู้ป่วย คือ.....

.....

แบบประเมินการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โดยผู้วิจัยสังเกตผู้ป่วย


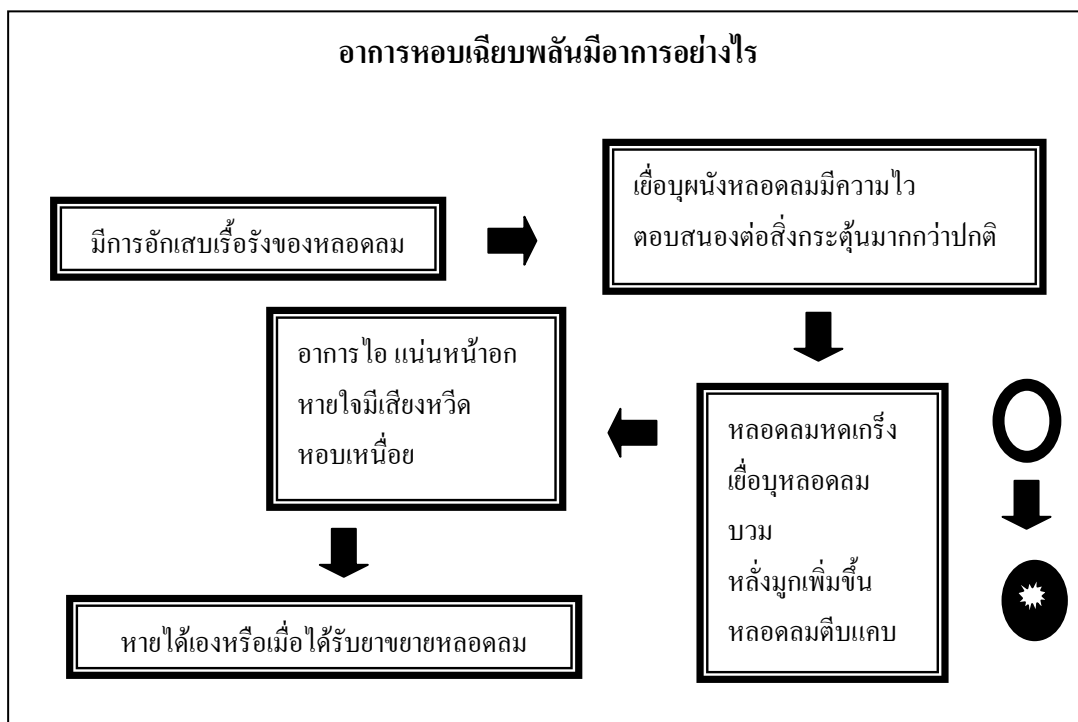
ขั้นตอนการประเมิน	การปฏิบัติ	
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
1. มีการทดสอบยาก่อนใช้ยา (ตรวจสอบว่ามียาหรือไม่)		
2. นั่งตัวตรงตามสบาย		
3. เปิดฝาครอบถีอขวดยาไว้ในมือในแนวตั้ง		
4. แหงนหน้าไปหลังเล็กน้อยแล้วหายใจออกเต็มที่จนสุด		
5. ตั้งขวดยาพ้นแล้วอ้าปาก โดยให้ริมฝีปากอมรอบกระบอกยาพ้นให้สนิท หรือใช้ spacer ต่อขวดยาอมไว้ในปาก		
6. กดยาลงให้สุด 1 ครั้ง พร้อมกับหายใจเข้าทางปากช้า ๆ ลึก ๆ และนานที่สุด (ประมาณ 3 - 5 วินาที)		
7. กลับหายใจให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ (ประมาณ 10 วินาที โดยนับในใจ 1 - 10)		
8. ผ่อนลมหายใจออกทางจมูกช้า ๆ		
9. เว้นระยะอย่างน้อยในการพ่นยาครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 1 - 5 นาที		
10. บ้วนปากทุกครั้งหลังพ่นยาเสร็จเรียบร้อย (จากการสังเกต)		

(ตัวอย่าง)

ภาพพลิกประกอบการให้ความรู้การจัดการอาการหอบเฉียบพลัน

ภาพพลิก

**การวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมความสามารถ
ในการจัดการอาการหอบเฉียบพลัน
ของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน**

(ตัวอย่าง)

คู่มือการส่งเสริมความสามารถจัดการอาการหอบ

เฉียบพลันด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหืด



นางสาวณัฐฉิกา แซ่แต้

นักศึกษาปริญญาโท

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด
 ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้

สำหรับผู้วิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

ชื่อ.....นามสกุล.....

อายุ..... ปี

HN.....

สถานที่สามารถติดต่อได้.....

.....

.....

สภาพแวดล้อมภายในบ้าน.....

.....

.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

การวินิจฉัยโรค.....

วันที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล.....เวลา.....น.

แรกรับอัตราการหายใจใน 1 นาที.....ครั้ง/นาที

ก่อนกลับบ้านอัตราการหายใจใน 1 นาที.....ครั้ง/นาที

แรกรับ O₂ sat..... %

ก่อนกลับบ้าน O₂ sat..... %

แผนที่บ้าน

เลขที่แบบสอบถาม.....

ความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการ
แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย

1. เพศ
 - (1) ชาย
 - (2) หญิง
2. อายุปี.....เดือน
3. สถานภาพสมรส
 - (1) โสด
 - (2) คู่
 - (3) ม่าย หรือแยกกันอยู่
4. ศาสนา
 - (1) พุทธ
 - (2) อิสลาม
5. ระดับการศึกษา
 - (1) ไม่ได้เรียนหนังสือ
 - (2) ประถมศึกษาปีที่.....
 - (3) มัธยมศึกษาปีที่.....
 - (4) ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา.....
6. อาชีพ
 - (1) ค้าขาย
 - (2) รับราชการ /วิสาหกิจ
 - (3) เกษตรกร
 - (4) กรรมกร/รับจ้าง
 - (5) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 - (6) งานบ้าน
 - (7) อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. ค่าใช้จ่ายในการรักษาได้มาจาก
 - (1) เบิกจากต้นสังกัด
 - (2) บัตรประกันสังคม
 - (3) บัตรประกันสุขภาพ
 - (4) ชำระเงิน
 - (5) อื่นๆ โปรดระบุ.....

8. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ (1) อยู่คนเดียว (2) คู่สมรส
(3) บุตร (4) บิดา มารดา
9. ผู้ดูแลที่บ้านขณะเจ็บป่วย (1) ไม่มี (2) มี ระบุ.....
10. ประวัติการสูบบุหรี่ (1) ไม่สูบ (2) เคยสูบ จำนวนที่สูบ.....มวน/วัน
11. ระยะเวลาที่เคยสูบ.....ปี
12. ในกรณีที่มีบุคคลในบ้านสูบบุหรี่ สูบช่วงเวลา (1) เข้าและสถานที่สูบบริเวณ (1) ในบ้าน
(2) เที่ยง (2) นอกบ้าน
(3) เย็น
(4) ไม่ได้สูบ
13. ท่านได้รับการวินิจฉัยโรคหืดนี้มานาน.....ปี.....เดือน
14. ท่านมีอาการเหนื่อยหอบบ่อยเพียงไร
(1) มีอาการเหนื่อยหอบทุกวันช่วงเวลา.....น
(2) มีอาการเหนื่อยหอบบางเวลาช่วงเวลา.....น
15. ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบเฉียบพลัน.....ครั้ง
16. ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมานอนพักในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหืดจำนวน..... ครั้ง
17. ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับใส่ท่อช่วยหายใจเนื่องจากอาการหอบเฉียบพลันและรุนแรง
(1) ไม่เคย (2) เคย
18. บุคคลในครอบครัวท่านมีประวัติโรคภูมิแพ้
(1) ไม่มี (2) มี ระบุ.....
19. ท่านป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ / ไข้หวัด
(1) บ่อย (เกือบทุกเดือน) (2) นานๆ ครั้ง
20. ท่านทราบหรือไม่ว่าอะไรเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบเฉียบพลัน
(1) ไม่ทราบ (2) ทราบ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการจัดการกับอาการหอบเฉียบพลัน

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบว่าท่านปฏิบัติอย่างไรบ้าง ในการจัดการเพื่อป้องกันหรือบรรเทาแก้ไขเมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลัน/หายใจไม่อิ่ม/หายใจเหนื่อย/หายใจลำบาก ในการตอบคำถามแต่ละข้อให้ท่านนึกย้อนถึงครั้งที่เกิดอาการหอบเฉียบพลันในช่วงที่ผ่านมา แล้วตอบคำถามว่า ในเหตุการณ์นั้นท่านมีวิธีการจัดการเพื่อบรรเทาอาการอย่างไรบ้าง ท่านปฏิบัติแต่ละวิธีตามความบ่อยมากน้อยแค่ไหน โดยท่านให้คะแนน 4, 3, 2, 1 และ 0 ตามความบ่อยในการจัดการกับอาการหอบเฉียบพลันเหล่านั้น ดังนี้

ความสามารถในการจัดการกับอาการหอบเฉียบพลัน	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อย ปาน กลาง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่ ปฏิบัติ เลย
	4	3	2	1	0
ด้านการประเมินอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเอง					
1. ฉันประเมินอาการหอบเฉียบพลันที่เกิดขึ้นจากการหายใจตื้นๆ ที่เกิดขึ้นติด ๆ กัน					
2. ฉันใช้เสียงหวีดจากการหายใจ (เสียงหวีดในปอด) มาประเมินอาการหอบเฉียบพลันในแต่ละครั้ง					
3. ฉันนำความรู้สึกแน่นหน้าอก หรือ อึดอัดในอกมาประเมินอาการหอบเฉียบพลันในแต่ละครั้ง					
4. ฉันใช้ลักษณะการยกของไหล่ ในขณะที่หายใจ เข้า-ออกมาเป็นเกณฑ์ การประเมินอาการหอบเฉียบพลันในแต่ละครั้ง					

ความสามารถในการจัดการกับ อาการหอบเฉียบพลัน	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อย ปาน กลาง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่ ปฏิบัติ เลย
	4	3	2	1	0
5. ฉันใช้ความถี่ของการพ่นยาและอาการ เหนื่อย ในแต่ละวันมาเป็นเกณฑ์ การประเมินอาการหอบเฉียบพลันใน แต่ละครั้ง					
ด้านการจัดการและการควบคุมอาการ หอบเฉียบพลันเกิดขึ้นด้วยตนเอง 6. ฉันนั่งพักโดยการ โน้มตัวไปข้างหน้า และลดการออกแรงขณะมีอาการ หายใจหอบเฉียบพลันเกิดขึ้น					
7. ฉันควบคุมการหายใจโดยการหายใจ เข้า - ออกแบบเป่าปาก อย่างช้าๆ เมื่อ เกิดอาการหายใจหอบเฉียบพลันขึ้น					
8. ฉันรับประทานยา/ พ่นยาเมื่อเกิด อาการหายใจหอบเฉียบพลัน					
9. ฉันใช้ผ้าปิดปากและจมูกเพื่อป้องกัน ฝุ่นเข้าทางเดินหายใจ					
10. ฉันเก็บเศษอาหาร กำจัดขยะภายใน บ้านทุกวัน เพื่อไม่ให้มีแมลงสาบมา รบกวน					
11. ฉันไม่คลุกคลีใกล้ชิดสัตว์เลี้ยง ประเภทมีขน เช่น แมว สุนัข					
12. ฉันหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ที่ทำให้เกิด อาการหอบเฉียบพลัน เช่น ฝุ่นละออง ควันไฟ ควันบุหรี่					

ความสามารถในการจัดการกับ อาการหอบเฉียบพลัน	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อย ปาน กลาง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่ ปฏิบัติ เลย
	4	3	2	1	0
13. ฉันหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้คนที่ เป็นโรค ติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจ เช่น เป็น หวัด และการอยู่ในสถานที่แออัด					
14. ฉันหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดอาการ แพ้ เช่น นม อาหารทะเล					
15. ฉันใช้วิธีผ่อนคลายเมื่อเกิดอาการหอบ เฉียบพลัน เช่น การทำสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ ขอพรพระเจ้า					
ด้านการขอความช่วยเหลือในการจัดการ กับอาการหอบเฉียบพลันที่รุนแรง 16. ฉันไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เมื่อไม่ สามารถควบคุมอาการหอบให้ทุเลาลง ได้ หลังจากพ่นยาขยายหลอดลมชนิด ออกฤทธิ์สั้น (พ่นครั้งละ 2-4 puff) ห่างกันอย่างน้อย 20 นาที แต่ไม่ควร เกิน 3 ครั้งต่อชั่วโมง					
17. เมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลัน ฉันจะ ขอความช่วยเหลือ จากสมาชิกใน ครอบครัว					
18. เมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลัน ฉันจะ ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน					

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบบันทึกการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ภายใน 48 ชั่วโมง

คำชี้แจง

โดยทำเครื่องหมาย X ลงในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดและเติมคำในช่องว่างที่กำหนด
 ชื่อ.....นามสกุล.....
 อายุปี HN.....
 การวินิจฉัยโรคก่อนออกจากโรงพยาบาล.....
 วันที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย.....เวลา.....น.
 วันที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล.....เวลา.....

กลับมาตรวจรักษาซ้ำ
 ระบุ.....

ไม่กลับมาตรวจรักษาซ้ำ

สรุป การกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยด้วยสาเหตุ.....

ภาคผนวก ง

รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผศ. ดร. ชีรนุช ห้านิรัตติชัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. ผศ.ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นาง สหัชชา แก้วพิบูลย์
พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่

ภาคผนวก จ

การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง จ.1

เปรียบเทียบความสามารถในการจัดการกับอาการหอบเฉียบพลัน โดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายและได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ (N = 64)

ความสามารถในการจัดการกับ อาการหอบเฉียบพลันในด้าน	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
	การประเมินอาการหอบ เฉียบพลันด้วยตนเอง	3.34	0.41	3.04		
การจัดการและการควบคุม อาการหอบเฉียบพลันเกิดขึ้น ด้วยตนเอง	2.47	0.51	2.14	0.44	-2.79	.01*
การขอความช่วยเหลือในการ จัดการกับอาการหอบ เฉียบพลันที่รุนแรง	2.64	0.48	2.46	0.38	-1.74	.04*
รวม	2.74	0.38	2.44	0.32	-3.39	.00*

ตาราง จ.2

แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถในการจัดการกับอาการหอบเฉียบพลันด้านการประเมินความรุนแรงของอาการหอบเฉียบพลันด้วยตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายชื่อ (N = 64)

ด้านการประเมินความรุนแรงของอาการหอบ เฉียบพลันด้วยตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. ประเมินอาการหอบเฉียบพลันที่เกิดขึ้นจากการหายใจสั้นๆที่เกิดขึ้นติดๆ กัน	3.75	0.62	3.44	0.80
2. ใช้เสียงหวีดจากการหายใจมาประเมินอาการหอบเฉียบพลันในแต่ละครั้ง	3.44	0.88	3.28	0.81
3. นำความรู้สึกแน่นหน้าอกหรืออึดอัดในอกมาประเมินหอบเฉียบพลันในแต่ละครั้ง	3.78	0.42	3.62	0.66
4. ใช้ลักษณะการยกของไหลในขณะหายใจเข้า-ออกมาเป็นเกณฑ์ การประเมินอาการหอบเฉียบพลันในแต่ละครั้ง	2.75	0.88	2.16	0.95
5. ใช้ความถี่ของพ่นยาและอาการเหนื่อยในแต่ละวันมาเป็นเกณฑ์ การประเมินอาการหอบเฉียบพลันในแต่ละครั้ง	2.94	0.73	2.69	0.69
รวม	3.34	0.41	3.04	0.50

ตาราง จ.3

แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถในการจัดการกับอาการหอบเฉียบพลันด้านการจัดการและการควบคุมอาการหอบเฉียบพลันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามรายชื่อ (N = 64)

ด้านการจัดการและการควบคุมอาการหอบเฉียบพลัน เกิดขึ้นด้วยตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. นิ่งพักโดยการโน้มตัวไปข้างหน้าและลดการออกแรง ขณะมีอาการหายใจหอบเฉียบพลันเกิดขึ้น	3.59	0.71	3.38	0.75
2. ควบคุมการหายใจโดยการหายใจเข้า-ออกแบบเป่าปาก อย่างช้าๆ เมื่อเกิดอาการหายใจหอบเฉียบพลันขึ้น	0.84	0.95	0.31	0.78
3. รับประทานยา/พ่นยาเมื่อเกิดอาการหายใจหอบ เฉียบพลัน	3.22	0.79	3.06	0.72
4. ใช้ผ้าปิดปากและจมูกเพื่อป้องกันฝุ่นเข้าทางเดิน หายใจ	2.22	1.16	2.06	0.91
5. เก็บเศษอาหาร กำจัดขยะภายในบ้านทุกวัน เพื่อไม่ให้มีแมลงสาบมารบกวน	2.94	0.67	2.69	0.82
6. ไม่คลุกคลีใกล้ชิดสัตว์เลี้ยงประเภทมีขน เช่น แมว สุนัข	2.69	0.82	2.56	0.95
7. หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบเฉียบพลัน เช่น ฝุ่นละออง คandles ไฟ คandles บุหรี่	2.63	0.94	2.16	0.81
8. หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้คนที่โรคติดเชื้อระบบทางเดิน หายใจ เช่น เป็นหวัด และการอยู่ในสถานที่แออัด	2.72	0.92	2.13	0.79
9. หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดอาการแพ้ เช่น นม อาหารทะเล	1.34	1.52	0.66	1.18
10. ใช้วิธีผ่อนคลายเมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลัน เช่น การทำสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ ขอพรพระเจ้า	2.53	0.98	2.37	1.01
รวม	2.47	0.51	2.14	0.44

ตาราง จ.4

แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถในการจัดการกับอาการหอบเฉียบพลัน ด้านการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลันรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายชื่อ (N = 64)

ด้านการขอความช่วยเหลือในการจัดการ กับอาการหอบเฉียบพลันที่รุนแรง	กลุ่มทดลอง(n=32)		กลุ่มควบคุม(n=32)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหอบให้ทุเลาลงได้ หลังจากพ่นยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น ห่างกันอย่างน้อย 20 นาที แต่ไม่ควรเกิน 3 ครั้งต่อชั่วโมง	2.66	0.65	2.16	0.51
2. เมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลัน จะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว	3.47	0.84	3.84	0.37
3. เมื่อเกิดอาการหอบเฉียบพลันจะขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน	1.81	0.96	1.37	0.71
รวม	2.64	0.48	2.46	0.38

ตาราง จ.5

แสดงผลการประเมินปัญหาและความต้องการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 64)

การประเมินปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเฉียบพลัน	กลุ่มทดลอง (n = 32)	กลุ่มควบคุม (n = 32)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
สาเหตุของอาการหอบเฉียบพลัน		
การติดเชื้อทางเดินหายใจ	16 (50.0)	9 (28.1)
มีสิ่งกระตุ้น	15 (46.9)	19 (59.4)
ยาพ่นหมด	1 (3.1)	4 (12.5)
ประเมินอาการหอบเฉียบพลัน		
ความรู้สึกลึก	30 (93.8)	32 (100)
ลักษณะการหายใจ	2 (6.3)	0 (0)
ขณะมีอาการหอบ บรรเทาด้วยวิธี (ตอบได้ มากกว่า 1 วิธี)		
พ่นยาขยายหลอดลม	32 (100)	32 (100)
ไปพบแพทย์	32 (100)	32 (100)
การควบคุมอาการหอบ		
หลีกเลี่ยงคนที่เป็นหวัด	25 (78.1)	20 (62.5)
ลดความเครียด	7 (21.9)	12 (37.5)

ตาราง จ.6

แสดงผลการประเมินการฟื้นฟูของของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการวางแผนการ
จำหน่ายและได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมจำหน่ายตามปกติ (N = 64)

ขั้นตอนของการประเมินการฟื้นฟู (คะแนน)	กลุ่มทดลอง (n = 32)	กลุ่มควบคุม (n = 32)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
6 คะแนน	2 (6.3)	3 (9.4)
7 คะแนน	1 (3.1)	1 (3.1)
8 คะแนน	13 (40.6)	16 (50.0)
9 คะแนน	8 (25.0)	8 (25.0)
10 คะแนน	8 (25.0)	4 (12.5)

ตาราง จ.7

แสดงจำนวนและร้อยละของประเมินการปฏิบัติตามขั้นตอนการประเมินพญา ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (N = 64)

ขั้นตอนการประเมิน	การปฏิบัติ		การปฏิบัติ	
	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)	
	ถูกต้อง จำนวน/ ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง จำนวน/ ร้อยละ	ถูกต้อง จำนวน/ ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง จำนวน/ ร้อยละ
1. เปิดฝาครอบเขย่าขวดยา สอง-สาม ครั้ง	30 (93.7)	2 (6.3)	28 (87.5)	4 (12.5)
2. นั่งตัวตรงตามสบายหายใจออกเต็มที่	32 (100)	0	32 (100)	0
3. แหงนหน้าไปข้างหลังเล็กน้อย	24 (75.0)	8 (25.0)	26 (81.3)	6 (18.8)
4. ถือขวดยาพ่นตั้งฉากกับปากแล้วใช้ริม ฝีปากอมรอบปากกระบอกพญาให้สนิท	32 (100)	0	32 (100)	0
5. หายใจเข้าลึกๆพร้อมกับกดยาพ่นหนึ่ง ครั้ง	18 (56.3)	14 (43.8)	15 (46.9)	17 (53.1)
6. กลั้นหายใจให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ประมาณ 10 วินาที (โดยนับในใจ 1 - 10)	19 (59.4)	13 (40.6)	11 (34.3)	21 (65.6)
7. ผ่อนลมหายใจออกทางจมูกช้าๆ	20 (62.5)	12 (37.5)	21 (65.6)	11 (34.3)
8. พ่นยาครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 1 - 5 นาที	29 (90.6)	3 (9.4)	26 (81.3)	6 (18.8)
9. หากใช้ยาพ่นร่วมกัน 2 ชนิด ต้องห่างกัน อย่างน้อย 5 นาที	27 (84.4)	5 (15.6)	25 (78.1)	7 (21.9)
10. บ้วนปากหลังพ่นยาเสร็จเรียบร้อย (จากการสังเกต)	26 (81.3)	6 (18.8)	24 (75.0)	8 (25.0)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาว ณิชฎีกา แซ่เต๋

รหัสประจำตัวนักศึกษา 4857575

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลและ ผดุงครรภ์ระดับต้น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส	2533
วิทยาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา)	สถาบันราชภัฏยะลา	2538
ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	2545

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา