

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดหืดกำเริบของผู้ป่วยโรคหืดในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

Factors Related Asthma Exacerbations of Asthmatic Patients in Surat Thani Province

รชยา ยิกุลสังข์ (Rajaya Yekusang)* ดร.ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (Dr.Piyathida Kuhirunyaratn)^{1**}

ดร.เสาวนันทน์ บำเรอราช (Dr.Sauwanan Bumrerraj)*** ดร.บังอรศรี จินดาวงศ์ (Dr.Bangonsri Jindawong)****

(Received: September 7, 2021; Revised: October 23, 2021; Accepted: October 26, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดหืดกำเริบของผู้ป่วยโรคหืด ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคหืดในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 10,615 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 400 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (1) ผู้ป่วยโรคหืดได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืดอย่างน้อย 1 ปี และ (2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เกณฑ์คัดออก ได้แก่ (1) มีโรคร่วมที่ส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจ (2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวช และ (3) ตั้งครรภ์หรือได้รับการผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ ที่มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.80-1 และมีค่าความแม่นยำ 0.79 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2563 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Chi-square test เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดมีสัดส่วนของเพศชายและเพศหญิงเท่าๆกัน (ร้อยละ 49.20, 50.80) มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 28.75 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.00 บทบาทในครอบครัว เป็นผู้อาศัย/ญาติ ร้อยละ 35.75 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 28.25 และไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 28.00 ประกอบอาชีพเกี่ยวกับสัตว์ เป็นบุคลากรทางการแพทย์/พนักงานโรงงานพลาสติก/ทำงานเกี่ยวกับแป้งขนมปัง ร้อยละ 41.00 มีรายได้ระหว่าง 8,001-12,000 บาท ร้อยละ 29.00 เป็นผู้ป่วยโรคหืดเกิดหืดกำเริบในระดับรุนแรง ร้อยละ 39.75 ด้านการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าบทบาทในครอบครัว ระดับการศึกษา การมีประวัติเสี่ยงต่อการกำเริบของหืด และการมีภาวะสุขภาพที่เสี่ยงมีความสัมพันธ์กับระดับการเกิดหืดกำเริบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) สรุป ประมาณ 2 ใน 5 ของผู้ป่วยโรคหืด เกิดหืดกำเริบในระดับรุนแรง ซึ่งพบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำเริบของโรคหืดได้แก่ บทบาทในครอบครัว ระดับการศึกษา การมีประวัติเสี่ยงต่อการกำเริบของหืด และการมีภาวะสุขภาพที่เสี่ยง ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เพียงพอ เพื่อให้สามารถควบคุมการเกิดหืดกำเริบได้

¹Corresponding author: spiyat@kku.ac.th

*นักศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***แพทย์หญิง หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****อาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to identify factors related to asthma exacerbations among asthmatic patients. The 400 asthmatics in Surat Thani province were selected by purposive sampling. Inclusion criteria were (1) an asthmatic patient diagnosed by a physician with asthma for at least 1 year, and (2) aged 18 years and over. Exclusion criteria included (1) having comorbidity affecting the respiratory system, (2) psychiatric disorder, and (3) pregnancy or undergoing surgery. The tool was an interview form which had content validity of 0.80–1 and reliability of 0.79. Data collection was carried out between May and August 2020. Chi-square test was used to analyze the relationship between variables. The results show that the proportion of asthmatic patients was equal in males and females (49.20%, 50.80%), 28.75% were aged between 21-30 years, 50.00% were married, 35.75% were relatives of family role, 28.25% had secondary education level and 28.00% had no education, 41.00% were occupation related to animals/health workers/plastic factory workers/working on bread flour, 29.00% had income between 8,001–12,000 baht. 39.75% of asthmatic patients had severe asthma exacerbation levels. The relationship analysis revealed that family roles, educational levels, history of asthma exacerbations risk, and at-risk health conditions were statistically associated with the level of asthma exacerbations (p -value<0.001). In conclusion the asthmatic patients had severe asthma exacerbation levels. Key factors that affect asthma exacerbations were family role, education level, history of asthma exacerbations risk and at-risk health conditions. Therefore, asthmatic patients should be encouraged to have sufficient knowledge for controlling asthma.

คำสำคัญ: ปัจจัยของการเกิดหืดกำเริบ การเกิดหืดกำเริบ ผู้ป่วยโรคหืด

Keywords: Factors related asthma exacerbations, Asthma exacerbations, Asthmatic patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืด เป็นโรคที่ทางเดินหายใจในปอดตีบแคบเนื่องจากเกิดการอักเสบและการหดเกร็งของกล้ามเนื้อรอบๆ หลอดลม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอ หายใจมีเสียงวี๊ด (Wheeze) หายใจถี่ และแน่นหน้าอก ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นเป็นพักๆ และมักจะแย่ลงในตอนกลางคืนหรือระหว่างออกกำลังกาย [1] ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคหืด 262 ล้านคน คิดเป็นอัตราทุก 3,415.5 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ 461,000 คน คิดเป็นอัตราตาย 5.8 ต่อแสนประชากร โดยจำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2562 นี้เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2553 เป็นสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 15.7 โรคหืดเป็นโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพ (DALYs) สูงถึง 21.6 ล้านปี [2] อัตราความชุกของโรคหืดในประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 7 ประชากรเสียชีวิตจากโรคหืดปีละ 6,808 ราย คิดเป็นอัตราตาย 7.76 ต่อแสนประชากร การเสียชีวิตด้วยโรคหืดของคนไทยจัดอยู่ในลำดับที่ 76 ของโลก และเป็นลำดับที่ 5 ของภูมิภาคอาเซียน [3] โดยแนวทางการรักษาโรคหืดด้วยผู้ใหญ่มุ่งเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคหืดได้ ซึ่งการควบคุมโรคหืดให้มีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีการควบคุมด้วยยาควบคู่ไปกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย นอกจากนั้นผู้ป่วยยังต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด การจัดการตนเองเมื่อเกิดหืดกำเริบรวมถึงการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นการกำเริบของโรค [4]

ปัจจัยก่อโรคและกระตุ้นการเกิดหืดกำเริบนั้นมีหลายปัจจัย ได้แก่ การติดเชื้อ ซึ่งการติดเชื้อจากไรโนไวรัสเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหืดกำเริบรุนแรง การสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ในบ้าน [5] เช่น ฝุ่น มลพิษในอากาศ ละออง

เกสรพิษ [6] ควันบุหรี่ เชื้อรา ความชื้น ไรฝุ่น ขนสัตว์ [7] การประกอบอาชีพที่มีลักษณะงานที่ต้องสัมผัสกับปัจจัยก่อโรค และกระตุ้นการเกิดหืดกำเริบ เช่น อาชีพแม่บ้าน/พนักงานทำความสะอาด บุคลากรทางการแพทย์ พนักงานขับรถ และอื่นๆ [8] โดยผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหืดรุนแรง พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับสัมผัสฝุ่นภายในบ้าน ได้แก่ ตัวไรฝุ่น ฝุ่นบ้าน ขนสัตว์ แมลงสาบ และเชื้อรา ร้อยละ 37.6 [9] นอกจากนั้นการมีภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยง ได้แก่ การแพ้สิ่งต่างๆพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดหืดกำเริบรุนแรง [10] การออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมทำให้ต้องหายใจเพิ่มขึ้น ซึ่งกระตุ้นการหดตัวของหลอดลม [11] โรคกรดไหลย้อนเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืดได้ไม่ดี [12] ในผู้ป่วยเด็กพบว่าโรคกรดไหลย้อนไม่ทำให้เพิ่มอัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจหรือการกำเริบของหืดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ แต่การรักษาโดยใช้ยาที่ยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร (Proton Pump Inhibitors) มีความสัมพันธ์กับอัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจที่เพิ่มขึ้น และการกำเริบของหืดที่เกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สำหรับผู้ใหญ่โรคกรดไหลย้อนและการใช้ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ไม่มีผลต่ออัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจและการกำเริบของหืดที่เกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ [13-14] นอกจากนั้นยังพบว่า การใช้ยาไม่สม่ำเสมอเป็นปัจจัยกระตุ้นการเกิดหืดกำเริบเฉียบพลัน [14] โดยปัจจัยเสี่ยงหืดกำเริบของผู้ป่วยโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อยถึงปานกลาง ได้แก่ เพศหญิง อายุ ≥ 45 ปี เป็นโรคกรดไหลย้อน จมูกอักเสบเรื้อรัง ผื่นแพ้ผิวหนัง ความวิตกกังวล มีประวัติการได้รับยาเตียรอยด์ ในขณะที่การกำเริบของผู้ป่วยโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงของโรคปานกลางถึงรุนแรง เกิดจากการเคยได้รับยารักษาหืดในขนาดสูง โดยพบปัจจัยเสี่ยงหืดกำเริบ จากการเป็นโรคจมูกอักเสบเรื้อรัง มีประวัติการนอนโรงพยาบาล ในผู้ป่วยโรคหืดที่มีความรุนแรงของโรคในระดับรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [15] ซึ่งการเกิดอาการจับหืดกำเริบนี้ทำให้ควบคุมโรคหืดได้ยาก [4]

การที่ผู้ป่วยโรคหืดไม่สามารถควบคุมโรคได้ จะทำให้เกิดการหดเกร็งของหลอดลมบ่อยๆ ทำให้หลอดลมหนาจนตีบแคบ การหายใจลำบากขึ้น ต้องออกแรงในการหายใจ จึงมีอาการเหนื่อยหอบ การเป็นโรคหืดนานๆ จะทำให้ปอดเสื่อมและเกิดอาการหืดกำเริบรุนแรง อย่างไรก็ตามการเกิดหืดกำเริบอาจมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันไป ตั้งแต่ระดับน้อยคือผู้ป่วยจะมีอาการหืดกำเริบขึ้นอย่างฉับพลัน หรือเหนื่อย/ต้องออกแรงหายใจ ระดับปานกลางผู้ป่วยจะมีอาการของโรคหืดในเวลากลางคืนจนต้องตื่น หรือมีอาการจนเดินไม่ไหว ส่วนระดับรุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการที่ต้องนั่งโน้มตัวไปข้างหน้า นอนราบไม่ได้ หรือพูดเป็นประโยคไม่ได้ หากผู้ป่วยเกิดอาการหืดกำเริบในระดับรุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผู้ป่วยโรคหืดเป็นจำนวนมากถึง จำนวน 21,159 คน และขึ้นทะเบียนรักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวนทั้งสิ้น 10,615 คน (Surat Thani Provincial Health Office, 2020) [16] จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น นับว่าการเกิดหืดกำเริบในผู้ป่วยโรคหืดนั้นเป็นปัญหาสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด จำเป็นต้องมีการป้องกันการเกิดหืดกำเริบ ซึ่งต้องทราบถึงปัจจัยสำคัญต่างๆ ที่ทำให้เกิดหืดกำเริบ เพื่อให้ผู้ป่วยและทีมสุขภาพได้ตระหนักรู้ร่วมกัน จะทำให้เกิดการป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

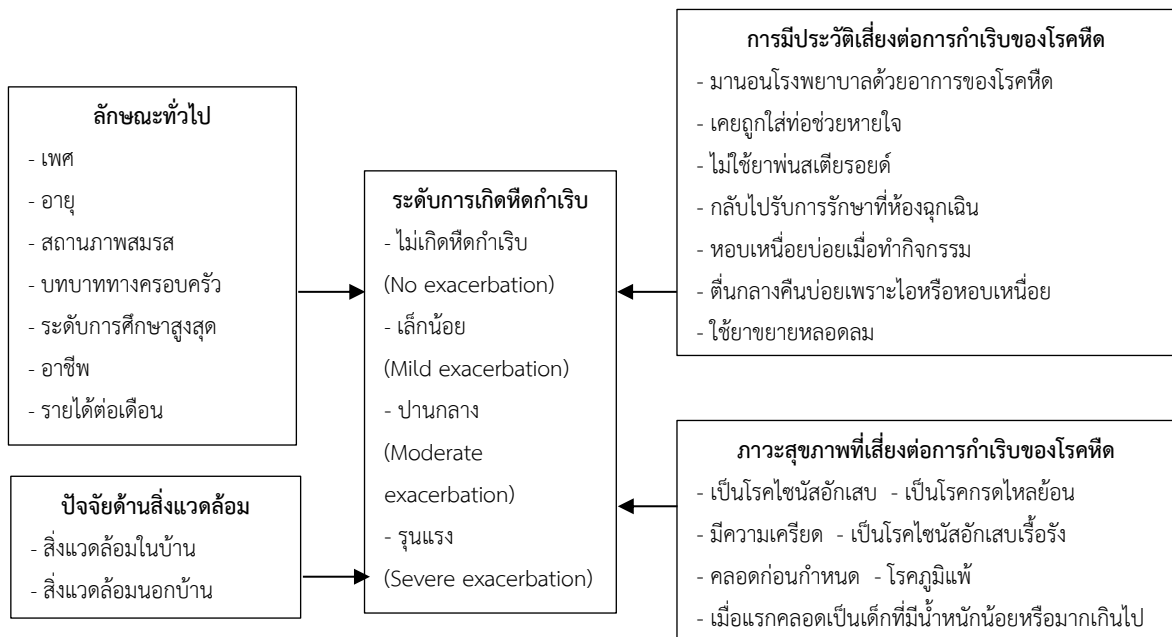
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการเกิดหืดกำเริบของผู้ป่วยโรคหืดจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ขององค์การหืดโลก Global Initiative for Asthma (2021) [4] ที่มีเป้าหมายในการควบคุมโรค โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดหืดกำเริบ ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

โรคหืด สิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน การมีประวัติเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืด การมีภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืด ดังภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหืด ที่ขึ้นทะเบียนรักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี 163 หน่วยบริการ จำนวนทั้งสิ้น 10,615 คน [16]

กลุ่มตัวอย่าง

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร [17] ดังนี้

$$n = 10k + 50$$

n คือ จำนวนตัวอย่าง k คือปัจจัยที่ศึกษา

แทนค่าในสูตร

$$n = (10 \times 35) + 50 = 400$$

จากการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน หลังจากนั้น ทำการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีทุกแห่ง จำนวน 163 หน่วยบริการ โดยคิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 3.77 ของผู้ป่วยโรคหืด

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืดอย่างน้อย 1 ปี
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. มีโรคร่วมที่ส่งผลกระทบต่อระบบหายใจ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวช
3. ตั้งครรภ์ หรือได้รับการผ่าตัด

สถานที่สัมภาษณ์ ทั้งที่บ้านผู้ป่วยในชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 163 แห่ง

ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ทำการสัมภาษณ์รายละเอียด 30 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 5 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทั้งคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และแบบที่เป็นคำถามปลายเปิด ให้เติมจำนวน/ข้อความ ลงในช่องว่าง ตอนที่ 2 สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ได้แก่ ตัวไรฝุ่น ฝุ่นบ้าน ขนสัตว์ แมลงสาบ และเชื้อรา และสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน เช่น ฝุ่น มลพิษในอากาศ ละอองเกสรพืช ควั่นบูหรี เชื้อรา ความชื้น ไรฝุ่น ขนสัตว์ การประกอบอาชีพที่มีลักษณะงานที่ต้องสัมผัสกับปัจจัยก่อโรคและกระตุ้นการเกิดหิดกำเริบ เช่น อาชีพแม่บ้าน/พนักงานทำความสะอาด บุคลากรทางการแพทย์ พนักงานขับรถ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ตอนที่ 3 ประวัติเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหิด เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ ได้แก่ นอนโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคหิด ถูกใส่ท่อช่วยหายใจหรือนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติด้วยอาการของโรคหิด กลับไปรับการรักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ด้วยอาการหิดกำเริบ ไม่ใช้ยาพ่นสเตียรอยด์เพื่อควบคุมอาการเป็นเวลานาน เกิน 1 ปี หอบเหนื่อยบ่อยเมื่อทำกิจกรรมใดๆ ตื่นกลางคืนบ่อยเพราะไอหรือหอบเหนื่อย ไข้ยาขยายหลอดลมมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ .มีอาการหิดกำเริบในเวลากลางวัน มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ตอนที่ 4 ภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหิด เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ ได้แก่ เป็นโรคไซนัสอักเสบ เป็นโรคกรดไหลย้อน มีความเครียด เป็นโรคไซนัสอักเสบเรื้อรัง เมื่อแรกคลอดมีน้ำหนักน้อยหรือมากเกินไป เป็นโรคภูมิแพ้ และตอนที่ 5 การเกิดหิดกำเริบ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ ตามการรับรู้ประเมินด้วยตนเอง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีคำจำกัดความของการเกิดหิดกำเริบหมายถึง การกำเริบของโรคหิดขึ้นอย่างฉับพลัน โดยแบ่งเกรดระดับการเกิดอาการกำเริบของโรคหิดเป็น ไม่มีอาการกำเริบของโรคหิดระดับน้อย คือผู้ป่วยจะมีอาการหิดกำเริบขึ้นอย่างฉับพลัน หรือเหนื่อย/ต้องออกแรงหายใจ ระดับปานกลาง ผู้ป่วยมีอาการของโรคหิดในเวลากลางคืนจนต้องตื่น หรือมีอาการจนเดินไม่ไหว และระดับรุนแรง ผู้ป่วยมีอาการที่ต้องนั่งโน้มตัวไปข้างหน้า นอนราบไม่ได้ หรือพูดเป็นประโยคไม่ได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ความเที่ยงตรง (Validity) มีค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.7–1.0 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) อยู่ระหว่าง 0.8–1.0 และ 2) ความแม่นยำ (Reliability) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมจากผู้วิจัยแล้ว โรงพยาบาลละ 3 คน ทำการสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหิด ระหว่างเดือนพฤษภาคม–สิงหาคม 2563 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี 163 แห่งๆ โดยทำการสัมภาษณ์ทั้งที่บ้านผู้ป่วยในชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหืด โดยวิเคราะห์หาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอ้างอิง ใช้สถิติ Chi-square test และใช้ Fisher's Exact Test กรณีที่มี expected value น้อยกว่า 5 cell เกิน 25 % เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 25 เมษายน 2561 รหัสโครงการ HE611158

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหืด

พบว่าผู้ป่วยโรคหืดมีสัดส่วนของเพศชายและเพศหญิงเท่าๆ กัน ร้อยละ 49.20, 50.80 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 28.75 รองลงมา ได้แก่ อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 27.25 และอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 20.25 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.00 รองลงมา ได้แก่ โสด ร้อยละ 23.75 และ หม้าย ร้อยละ 15.75 บทบาทในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัย/ญาติ ร้อยละ 35.75 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 28.25 รองลงมาได้แก่ ไม่ได้เรียน ร้อยละ 28.00 และระดับประถมศึกษา ร้อยละ 22.75 ลักษณะการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ทำงานเกี่ยวกับสัตว์ เช่น สัตวแพทย์ ช่างตัดขนสัตว์/บุคลากรทางการแพทย์/พนักงานโรงงานพลาสติก/ทำงานเกี่ยวกับแปรงขนมปิ้ง ร้อยละ 41.00 รองลงมา ได้แก่ ทำการเกษตร เช่น ทำนา ทำไร่ ร้อยละ 21.50 และทำงานเกี่ยวกับสี เช่น ทาสี พ่นสี ร้อยละ 13.50 รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 8,001-12,000 บาท ร้อยละ 29.00 รองลงมาได้แก่ มีรายได้มากกว่า 12,000 บาท ร้อยละ 27.75 และมีรายได้ระหว่าง 4,001-8,000 บาท ร้อยละ 26.00

2. การเกิดหืดกำเริบในผู้ป่วยโรคหืด

พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่เกิดหืดกำเริบในระดับรุนแรง ร้อยละ 39.75 รองลงมาได้แก่ ไม่เกิดหืดกำเริบ ร้อยละ 33.50 ระดับปานกลาง ร้อยละ 19.50 และระดับเล็กน้อย ร้อยละ 7.25 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของการเกิดหืดกำเริบในผู้ป่วยโรคหืด จำแนกตามระดับความรุนแรง

ระดับความรุนแรงของการเกิดหืดกำเริบ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เกิดหืดกำเริบ	134	33.50
ระดับเล็กน้อย	29	7.25
ระดับปานกลาง	78	19.50
ระดับรุนแรง	159	39.75
รวม	400	100.00

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว ระดับการศึกษา ลักษณะของอาชีพ รายได้ พบว่าบทบาทในครอบครัวและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับการเกิดหิดกำเริบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว ระดับการศึกษา ลักษณะของอาชีพ รายได้กับระดับการเกิดหิดกำเริบ ($n=400$)

ปัจจัย	ระดับของการเกิดหิดกำเริบ				χ ²	p - value
	ไม่กำเริบ	อาการเล็กน้อย	อาการปานกลาง	อาการรุนแรง		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	คน(%)	คน(%)	คน(%)	คน(%)		
เพศ						
ชาย	66(16.5)	10(2.5)	42(10.5)	79(19.75)	3.20	0.36
หญิง	68(17)	19(4.75)	36(9)	80(20)		
อายุ						
≤ 20 ปี	9(2.25)	0(0)	6(1.5)	5(1.25)	14.75	0.48
21 - 30 ปี	33(8.25)	8(2)	25(6.25)	49(12.25)		
31 - 40 ปี	39(9.75)	9(2.25)	18(4.5)	43(10.75)		
41 - 50 ปี	31(7.75)	9(2.25)	11(2.75)	30(7.5)		
51 – 60 ปี	13(3.25)	3(0.75)	10(2.5)	16(4)		
≥ 61 ปี	9(2.25)	0(0)	8(2)	16(4)		
สถานภาพสมรส						
โสด	27(6.75)	10(2.5)	18(4.5)	40(10)	13.99	0.31
คู่	66(16.5)	18(4.5)	40(10)	76(19)		
หม้าย	24(6)	1(0.25)	12(3)	26(6.5)		
หย่า	4(1)	0(0)	5(1.25)	6(1.5)		
แยก	13(3.25)	0(0)	3(0.75)	11(2.75)		
บทบาทในครอบครัว						
หัวหน้าครอบครัว/สามี/พ่อ	41(10.25)	6(1.5)	21(5.25)	50(12.25)	36.32	<0.001**
สมาชิกในครอบครัว/ภรรยา/แม่/บุตร	48(12)	23(5.75)	29(7.25)	39(9.75)		
ผู้อาศัย/ญาติ	45(11.25)	0(0)	28(7)	70(17.5)		
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	42(10.5)	1(0.25)	18(4.5)	51(12.75)	49.43	<0.001**
ประถมศึกษา	32(8)	3(0.75)	18(2.25)	38(9.5)		
มัธยมศึกษา	43(10.75)	9(2.25)	18(4.5)	43(10.75)		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว ระดับการศึกษา ลักษณะของอาชีพ
รายได้กับระดับการเกิดหิดกำเริบ (ต่อ) (n=400)

ปัจจัย	ระดับของการเกิดหิดที่กำเริบ				χ ²	p - value
	ไม่กำเริบ	อาการเล็กน้อย	อาการปานกลาง	อาการรุนแรง		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	คน(%)	คน(%)	คน(%)	คน(%)		
ระดับการศึกษา (ต่อ)						
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	8(2)	1(0.25)	7(1.75)	8(2)	21.26	0.14
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	9(2.25)	15(3.75)	17(4.25)	19(4.75)		
ลักษณะอาชีพ						
ทำงานเกี่ยวกับเส้นใยผ้า	8(2)	4(1)	4(1)	6(1.5)		
ทำงานในโรงเรียน	7(1.75)	3(0.75)	10(2.5)	17(4.25)		
ทำงานเกี่ยวกับสี เช่น ทาสี พ่นสี	19(4.75)	1(0.25)	6(1.5)	28(7)		
พนักงานทำความสะอาด	15(3.75)	1(0.25)	6(1.5)	15(3.75)		
การเกษตร เช่น ทำนา ทำไร่	25(6.25)	5(1.25)	17(4.25)	39(9.75)	14.20	0.13
อื่นๆ	60(15)	15(3.75)	35(8.75)	54(13.5)		
รายได้						
ต่ำกว่า 4,000 บาท	28(7)	1(0.25)	16(4)	24(6)		
4,001 – 8,000 บาท	37(9.25)	6(1.5)	17(4.25)	44(11)		
8,001 – 12,000 บาท	43(10.75)	9(2.25)	22(5.5)	42(10.5)		
มากกว่า 12,000 บาท	26(6.5)	13(3.25)	23(5.75)	49(12.25)		

** มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.001

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้านกับระดับการเกิดหิดกำเริบ พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้านไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการเกิดหิดกำเริบ (ไม่แสดงตาราง)

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการมีประวัติเสี่ยงต่อการกำเริบกับระดับการเกิดหิดกำเริบ พบว่าการมีประวัติเสี่ยง ได้แก่ (1) การนอนโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคหิด (2) การถูกใส่ท่อช่วยหายใจหรือนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติด้วยอาการของโรคหิด (3) การกลับไปรับการรักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ด้วยอาการหิดกำเริบ (4) การไม่ใช้ยาพ่นสเตียรอยด์เพื่อควบคุมอาการเป็นเวลานาน (5) มีอาการหอบเหนื่อยบ่อยเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ (6) การตื่นกลางคืนบ่อยๆเพราะไอหรือหอบเหนื่อย (7) การใช้ยาขยายหลอดลมมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (7) มีอาการหิดกำเริบในเวลากลางวันมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับระดับการเกิดหิดกำเริบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ดังตารางที่ 3

6. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการมีภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหิดกับระดับการเกิดหิดกำเริบ พบว่า การมีภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหิด ได้แก่ (1) การมีโรคไขข้ออักเสบ (2) มีโรคกรดไหลย้อน (3) การมี

ความเครียด (4) เป็นโรคไขข้ออักเสบเรื้อรัง (5) เป็นเด็กคลอดก่อนกำหนด (6) เมื่อแรกคลอดมีน้ำหนักน้อยหรือมากเกินไป (7) เป็นโรคภูมิแพ้ มีความสัมพันธ์กับระดับการเกิดหิดกำเริบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีประวัติเสี่ยงต่อการกำเริบของหิดกับระดับการเกิดหิดกำเริบ ($n=400$)

ปัจจัย	ระดับของการเกิดหิดกำเริบ				χ^2	p - value
	ไม่กำเริบ	อาการเล็กน้อย	อาการปานกลาง	อาการรุนแรง		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	คน(%)	คน(%)	คน(%)	คน(%)		
1. นอนโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคหิด						
ไม่มี	107(26.75)	20(5)	58(14.5)	31(7.75)	127.88	0.00**
มี	27(6.75)	9(2.25)	20(5)	128(32)		
2. ถูกใส่ท่อช่วยหายใจหรือนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติด้วยอาการของโรคหิด						
ไม่มี	107(26.75)	20(5)	58(14.5)	31(7.75)	127.88	0.00**
มี	27(6.75)	9(2.25)	20(5)	128(32)		
3. กลับไปรับการรักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ด้วยอาการหิดกำเริบ						
ไม่มี	125(31.25)	28(7)	34(8.5)	89(22.25)	83.39	0.00**
มี	9(2.25)	1(0.25)	44(11)	70(17.5)		
4. ไม่ใช้ยาพ่นสเตียรอยด์เพื่อควบคุมอาการเป็นเวลานาน เกิน1ปี						
ไม่มี	124(31)	27(6.75)	65(16.25)	60(15)	122.73	0.00**
มี	10(2.5)	2(0.5)	13(3.25)	99(24.75)		
5. หอบเหนื่อยบ่อยเมื่อทำกิจกรรมใดๆ						
ไม่มี	120(30)	27(6.75)	69(17.25)	66(16.5)	106.87	0.00**
มี	14(3.5)	2(0.5)	9(2.25)	93(23.25)		
6.ตื่นกลางคืนบ่อยเพราะไอหรือหอบเหนื่อย						
ไม่มี	105(26.25)	21(5.25)	46(11.5)	81(20.25)	25.18	0.00**
มี	29(7.25)	8(2)	32(8)	78(19.5)		
7.ใช้ยาขยายหลอดลมมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์						
ไม่มี	95(23.75)	26(6.5)	52(13)	92(23)	13.41	0.00**
มี	39(9.75)	3(2.25)	26(6.5)	67(16.75)		
8. มีอาการหิดกำเริบในเวลากลางวัน มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์						
ไม่มี	115(28.75)	27(6.75)	65(16.25)	56(14)	110.13	0.00**
มี	19(4.75)	2(0.5)	13(3.25)	103(25.75)		

** มีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืดกับระดับการเกิดหืดกำเริบ (n=400)

ปัจจัย	ระดับของการเกิดหืดกำเริบ				χ^2	p - value
	ไม่กำเริบ	อาการเล็กน้อย	อาการปานกลาง	อาการรุนแรง		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	คน(%)	คน(%)	คน(%)	คน(%)		
1. เป็นโรคไซนัสอักเสบ						
ไม่มี	121(30.25)	26(6.5)	65(16.25)	64(16)	103.13	0.00**
มี	13(3.25)	3(0.75)	13(3.25)	95(23.75)		
2. เป็นโรคกรดไหลย้อน						
ไม่มี	130(32.5)	23(5.75)	69(17.25)	83(20.75)	89.26	0.00**
มี	4(1)	6(1.5)	9(2.25)	76(19)		
3. มีความเครียด						
ไม่มี	127(31.75)	28(7)	62(15.5)	70(17.5)	106.45	0.00**
มี	7(1.75)	1(0.25)	16(4)	89(22.25)		
4. เป็นโรคไซนัสอักเสบเรื้อรัง						
ไม่มี	125(31.25)	11(2.75)	56(14)	58(14.5)	110.46	0.00**
มี	9(2.25)	18(4.5)	22(5.5)	101(25.25)		
5. เป็นเด็กคลอดก่อนกำหนด						
ไม่มี	124(31)	26(6.5)	64(16)	45(11.25)	155.99	0.00**
มี	10(2.5)	3(0.75)	14(3.5)	114(28.5)		
6. มีประวัติว่าเมื่อแรกคลอดมีน้ำหนักน้อยหรือมากเกินไป						
ไม่มี	131(32.75)	29(7.25)	66(16.5)	65(16.25)	140.15	0.00**
มี	3(0.75)	0(0)	12(3)	94(23.5)		
7. เป็นโรคภูมิแพ้						
ไม่มี	134(33.5)	28(7)	73(18.25)	80(20)	128.74	0.00**
มี	0(0)	1(0.25)	5(1.25)	79(19.75)		

** มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคหืดเกิดหืดกำเริบในระดับรุนแรงถึง ร้อยละ 39.75 เนื่องจากการควบคุมโรคหืดประกอบไปด้วยปัจจัยสำคัญ 2 ปัจจัย ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านยา ซึ่งแพทย์จะให้การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมโรคหืด (2) ปัจจัยด้านความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคหืด การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นการเกิดหืดกำเริบ การใช้อาพ่นที่ถูกต้อง การจัดการตนเองเมื่อมีการกำเริบ การติดตามการดำเนินโรคด้วยตนเอง การมาพบแพทย์ตามนัด/ใน

กรณีฉุกเฉิน ซึ่งหากผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องดังกล่าวจะทำให้เกิดการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และส่งผลต่อการเกิดหัตถ์กำเริบ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องระดับของการควบคุมโรคหัดและปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคหัดได้ไม่ดี พบว่า การใช้ยาไม่สม่ำเสมอเป็นปัจจัยกระตุ้นการเกิดหัตถ์กำเริบเฉียบพลัน[14] โดยผู้ป่วยโรคหัด ร้อยละ 34.60 ใช้เทคนิคการพ่นยาไม่ถูกต้อง ซึ่งการขาดความรู้ ความเข้าใจนี้มีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้[18] และจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดการศึกษา/ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 28.00) อาจส่งผลต่อความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว ทำให้เกิดหัตถ์กำเริบ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความรู้ในการจัดการตนเองและระดับของการควบคุมโรคหัด พบว่าผู้ป่วยโรคหัดมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 83.5 มีความเข้าใจผิดว่าโรคหัดสามารถรักษาให้หายขาดได้ ร้อยละ 52 มีความสับสนเกี่ยวกับยาที่ใช้ควบคุมโรคหัดร้อยละ 30 และไม่สามารถอธิบายเทคนิคการพ่นยาได้ถูกต้อง ร้อยละ 68 ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมโรคหัดได้[19] และเมื่อผู้ป่วยเกิดหัตถ์กำเริบบ่อยๆ ทำให้หมดลมหายใจและตีบแคบ จึงเกิดอาการจับหัตถ์กำเริบรุนแรง

2. ปัจจัยด้านบทบาทในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับการเกิดหัตถ์กำเริบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.00) ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหัดที่มีบทบาทในครอบครัวเป็นผู้อาศัยหรือเป็นญาติมีการเกิดหัตถ์กำเริบแตกต่างไปจากผู้ป่วยโรคหัดที่มีบทบาทในครอบครัวอื่นๆ เช่น เป็นพ่อ/สามี แม่/ภรรยา ลูก อาจเนื่องจากบุคคลที่เป็นผู้อาศัยหรือกลุ่มญาติมีข้อจำกัดในเรื่องการดูแลตนเอง รวมถึงอาจได้รับการดูแล และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มอื่น ทำให้ส่วนใหญ่เกิดหัตถ์กำเริบในระดับรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหัด พบว่า ผู้ป่วยมีการควบคุมโรคหัดได้ไม่ดี ร้อยละ 50 และควบคุมได้แย่มาก ร้อยละ 34 ซึ่งผู้ป่วยไม่ค่อยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว และพบว่าการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ลดลง[20]

3. ปัจจัยด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับการเกิดหัตถ์กำเริบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.00) ผู้ป่วยโรคหัดที่ระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการเกิดหัตถ์กำเริบในระดับที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคหัดที่ไม่ได้เรียนหนังสือเมื่อเกิดการกำเริบของหัด ส่วนใหญ่จะเกิดในระดับรุนแรง เนื่องจากการควบคุมโรคหัดและความรุนแรงของอาการหัดกำเริบนั่นต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคหัด การจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการหัดกำเริบ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นการเกิดหัตถ์กำเริบ ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อาจขาดความรู้ ความเข้าใจเหล่านี้และส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เหมาะสม จึงเกิดหัตถ์กำเริบในระดับรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Nguyen, Huynh, & Chavannes (2018)[19] ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง (self-management) และการมีความรู้ ความเข้าใจในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมโรคหัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Newcomb & Li (2019)[21] ที่พบว่าระดับการศึกษาดำรงผลต่อการนอนโรงพยาบาลและเป็นปัจจัยในการพยากรณ์การเกิดหัตถ์กำเริบในผู้ป่วยโรคหัด

4. การมีประวัติเสี่ยงต่อการกำเริบของหัด มีความสัมพันธ์กับระดับการเกิดหัตถ์กำเริบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.00) ผู้ป่วยโรคหัดที่มีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคหัด การถูกใส่ท่อช่วยหายใจหรือนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยอาการของโรคหัด การกลับไปรับการรักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมงด้วยอาการหัดกำเริบ การที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาพ่นสเตียรอยด์เพื่อควบคุมอาการเป็นเวลานาน มีการหอบเหนื่อยบ่อยเมื่อทำกิจกรรมใดๆ มีการตื่นกลางคืนบ่อยเพราะไอหรือหอบเหนื่อย มีการใช้ยาขยายหลอดลมมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีอาการหัดกำเริบในเวลากลางวันมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จะพบการเกิดหัตถ์กำเริบในระดับรุนแรงแตกต่างจากผู้ป่วยโรคหัดที่ไม่มีประวัติเสี่ยงเหล่านี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gebremariam et al. (2017)[18] พบว่า ผู้ป่วยโรคหัดไม่ได้ใช้ยาควบคุมโรคหัด ร้อยละ 31 ตื่นกลางคืนเนื่องจากมีอาการหอบ ร้อยละ 64.3 และการกำเริบของโรคหัดใน 12 เดือนมีความสัมพันธ์กับการ

ที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ นอกจากนั้นผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความถี่ของการกำเริบของหืดพบว่า ผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 9.20 และในประเทศอังกฤษร้อยละ 4.7 เกิดหืดกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาทันทีโดยการนอนโรงพยาบาลภายใน 30 วัน ความบ่อยของการเกิดหืดกำเริบและการนอนโรงพยาบาลซ้ำจะทำให้เพิ่มความรุนแรงของโรคหืด [22] โดยพบว่าปัจจัยเสี่ยงหืดกำเริบ จากการมีประวัติการนอนโรงพยาบาล ในผู้ป่วยโรคหืดที่มีความรุนแรงของโรคในระดับรุนแรง มีมากกว่าผู้ป่วยโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [15]

5. ภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืดมีความสัมพันธ์กับระดับการเกิดหืดกำเริบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.00$) ผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นโรคไซนัสอักเสบ โรคไซนัสอักเสบเรื้อรัง โรคกรดไหลย้อน มีความเครียด เป็นเด็กคลอดก่อนกำหนด เมื่อแรกคลอดมีน้ำหนักน้อยหรือมากเกินไป เป็นโรคภูมิแพ้ ส่วนใหญ่เกิดหืดกำเริบในระดับรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลกระทบของความเครียดต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยโรคหืด ที่พบว่าความเครียดส่งผลเสียต่อสรีรวิทยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด ความเครียดมีผลกระทบต่อการตอบสนองของระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคหืด[23] และการศึกษาเรื่องการเกิดหืดกำเริบ พบว่าอาการหืดกำเริบส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัสกับมลพิษ ความเครียด และการติดเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย ซึ่งทำให้เกิดหืดกำเริบเฉียบพลันรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง[24] นอกจากนั้นยังพบว่าโรคภูมิแพ้อย่างเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดหืดกำเริบในผู้ป่วยโรคหืด[5] ซึ่งปัจจัยเสี่ยงหืดกำเริบของผู้ป่วยโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อยถึงปานกลาง ได้แก่ โรคกรดไหลย้อน จมูกอักเสบเรื้อรัง ผื่นแพ้ผิวหนัง ความวิตกกังวล โดยพบปัจจัยเสี่ยงหืดกำเริบ จากการเป็นโรคจมูกอักเสบเรื้อรัง ในผู้ป่วยโรคหืดที่มีความรุนแรงของโรคในระดับรุนแรง มากกว่าผู้ป่วยโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15] ซึ่งการเกิดอาการกำเริบหืดนี้ทำให้ควบคุมโรคหืดได้ยาก[4]

6. ข้อจำกัดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง อาจทำให้เกิดอคติในการได้รับข้อมูล ส่วนการใช้ self-report ประเมินการกำเริบของโรค เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ ตามการรับรู้ประเมินด้วยตนเอง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการประเมินการกำเริบของโรคของตนเอง

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

โรงพยาบาลทุกแห่งควรนำองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการสุขศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดการศึกษา/ไม่ได้เรียนหนังสือ/มีการศึกษาในระดับต่ำ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องโรคหืด การจัดการตนเอง การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นการกำเริบของหืด รวมทั้งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับสิ่งแทรกแซง (Intervention) ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงการจัดการตนเอง (Self-Management) ที่ดียิ่งขึ้น โดยวัดผลลัพธ์ที่ประสิทธิภาพและประสิทธิผลการควบคุมโรคหืด

2. ควรมีการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการได้รับปัจจัยกระตุ้นการเกิดหืดกำเริบที่แตกต่างกันในผู้ป่วยโรคหืดที่มีความรุนแรงของโรคในระดับต่างๆ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ในการเฝ้าระวัง และจัดการการเกิดหืดกำเริบในแต่ละระดับด้วยตัวผู้ป่วยเอง ที่มีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, Asthma [Online]. 2021 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
2. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396(10258): 1204-1222.
3. World Health Organization, Asthma [Online]. 2013 [cited 2021 Jan 18]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/>
4. Global Initiative for Asthma (GINA), Pocket guide for asthma management and prevention [Online]. 2021 [cited 2021 Jan 30]. Available from: <https://ginasthma.org/>
5. Menzies-Gow A, Busse WW, Castro M, & Jackson DJ. Prevention and Treatment of Asthma Exacerbations in Adults. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice* 2021; 9(7): 2578-2586.
6. Guilbert A, Cox B, Bruffaerts N, Hoebeke L, Packeu A, Hendrickx M, et al. Relationships between aeroallergen levels and hospital admissions for asthma in the Brussels-Capital Region: a daily time series analysis. *Environmental Health* 2018; 17(35): 1-12.
7. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, The Global Asthma Report 2011 [Online]. 2011 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <http://globalasthmanetwork.org/advocacy/global.php>
8. Patel O, Syamlal G, Wood J, Dodd KE, Mazure JM. Asthma Mortality Among Persons Aged 15–64 Years, by Industry and Occupation — United States, 1999–2016. *US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention* 2018; 67(2): 60-65.
9. Hu H, Xue M, Wei N, Zheng P, Wu G, An N, et al. Sensitisation of severe asthma in different occupations: A multicentre study in China. *The Clinical Respiratory Journal* 2020; 15(2): 117-186.
10. Emons JAM, Gerth van Wijk R. Food Allergy and Asthma: Is There a Link?. *Current Treatment Options in Allergy* 2018; 5(1): 436–444.
11. Côté A, Turmel J, Boulet LP. Exercise and Asthma. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine* 2018; 39(1): 19-28.
12. Nanda A, Wasan AN. Asthma in Adults. *Medical Clinics of North America* 2020; 104(1): 95–108.
13. Tang M, Henderson RJ, Holbrook JT, Lang JE. The effect of gastroesophageal reflux and proton pump inhibitors on respiratory tract infections in patients with asthma. *The Journal OF Allergy AND Clinical Immunology* 2019; 143(2): AB7.
14. Dara Mairiang, et al. Triggers and Risks Factor for admission in Patients with Asthma Exacerbation: A Study from an Emergency Room Registration Database in a Tertiary Hospital in Northeastern Thailand. *Srinagarind Med L* 2020; 35(4): 410-417.



15. Kang H-R, et.al. Risk factors of asthma exacerbation based on asthma severity: a nationwide population-based observational study in South Korea. *BMJ Open* 2008; 8: 1-10.
16. Surat Thani Provincial Health Office. Causes of Morbidity Report Surat Thani Province [Online]. 2017. [cited 2020 Mar 20]. Available from: <https://sni.hdc.moph.go.th/hdc/reports>
17. Bobko P. *Correlation AND Regression*. (2nd ed). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc; 2001.
18. Gebremariam TH, Binegdie AB, Mitiku AS, Ashagrie AW, Gebrehiwot KG, Huluka DK, et al. Level of asthma control and risk factors for poor asthma control among clinic patients seen at a Referral Hospital in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Research Notes* 2017; 10(558): 1-6.
19. Nguyen VN, Huynh TTH, Chavannes NH. Knowledge on self-management and levels of asthma control among adult patients in Ho Chi Minh City, Vietnam. *International Journal of General Medicine* 2018; 11(1): 81-89.
20. Sloand E, Butz A, Rhee H, Walters L, Breuninger K, Pozzo RA, et al. Influence of social support on asthma self-management in adolescents. *Journal of Asthma* 2019; 58(3): 386-394.
21. Newcomb P, Li J. Predicting admissions for adult asthma exacerbations in North Texas. *Public Health Nursing* 2019; 36(6): 779-786.
22. Suruki RY, Daugherty JB, Boudiaf N, Albers FC. The frequency of asthma exacerbations and healthcare utilization in patients with asthma from the UK and USA. *BMC Pulmonary Medicine* 2017; 17(74): 1-11.
23. Bacon S, Plourde A, Paine N, Cartier A, Lavoie K. Impact of acute active and passive stress on physiological responses in adults with asthma. *European Respiratory Journal* 2018; 52(suppl.62): PA654.
24. Denlinger LC, Heymann P, Lutter R, Gern JE. Exacerbation-Prone Asthma. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice* 2020; 8(2): 474-482.