ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่ทำนายการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยโรคหืด[1]

วราภรณ์ เทศทอง[2]
วารุณี พลิกบัว ปร.ด.(การพยาบาล)[3]
ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ พย.ด.[4]

บทคัดย่อขยาย

บทนำ แม้ว่าแนวทางการรักษาโรคหืดและยามีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น แต่พบว่าอัตราการควบคุมโรคหืดได้ยังอยู่ในระดับต่ำ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและห้องฉุกเฉินจากอาการหอบกำเริบ ซึ่งเป้าหมายของการควบคุมโรคหืดที่สำคัญ คือ การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินและโรงพยาบาลจากหืดกำเริบเฉียบพลันลดลง รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการศึกษาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่ทำนายการควบคุมโรคหืด จะทำให้มีแนวทางในการควบคุมโรคหืดทั้งระยะสั้นและระยะยาวของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืด ความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด ความกลัวอาการของโรคหืด และอุปสรรคในการมารับการรักษา

การออกแบบการวิจัย การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง โดยใช้แนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ มาเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษา ที่กล่าวว่าการควบคุมโรคของบุคคลไม่ได้เกิดจากเพียงปัจจัยระดับบุคคล พันธุกรรม สรีรวิทยา หรือพฤติกรรมเท่านั้น แต่อาจเกิดจากปัจจัยสังคมและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลดำเนินชีวิตอยู่เช่นกัน และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพดังกล่าว อาจส่งผลต่อผลลัพธ์และความเป็นธรรมด้านสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหืดที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเมษายน พ.ศ. 2567 จำนวน 130 คน กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power สำหรับสถิติการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 ค่า odds ratio เท่ากับ 3.64 จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดกับผลการควบคุมโรคทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหืด เลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป และ 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคหืดและได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดอย่างน้อย 3 เดือน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด แบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืด แบบประเมินอุปสรรคในการมารับการรักษา แบบประเมินความกลัวอาการของโรคหืด แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินการควบคุมอาการของโรคหืด (GINA guideline 2023)

---

[1] *วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล*
[2] *นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*
[3] *ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; E-mail: warunee.phl@mahidol.ac.th*
[4] *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

https://doi.org/10.60099/jtnmc.v40i02.271796

โดยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด แบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืด แบบประเมินอุปสรรคในการมารับการรักษา และแบบประเมินความกลัวอาการของโรคหืด เท่ากับ .83 .71 .75 และ .87 ตามลำดับ และการวิเคราะห์ความเที่ยงของคูเดอร์ริชาร์ดสัน-20 ของแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฉบับย่อ และแบบประเมินการควบคุมอาการของโรคหืด ได้เท่ากับ .87 และ .83 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยลอจิสติก

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งอายุ 60 – 79 ปี (ร้อยละ 56.10) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.90) น้อยกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 39.20) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ในขณะที่ร้อยละ 43.10 มีรายได้ไม่เพียงพอ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืด ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืด (χ^2 = 20.615, p < .001) ความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด (χ^2 = 16.830, p < .001) ความกลัวอาการของโรคหืด (χ^2 = 14.282, p < .001) และอุปสรรคในการมารับการรักษา (χ^2 = 13.593, p < .001) โดยสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืด และความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดสามารถทำนายการควบคุมโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 7.08, 95%CI = 2.27, 22.08, p < .001 และ OR = 13.15, 95%CI = 2.21, 78.18, p = .005 ตามลำดับ)

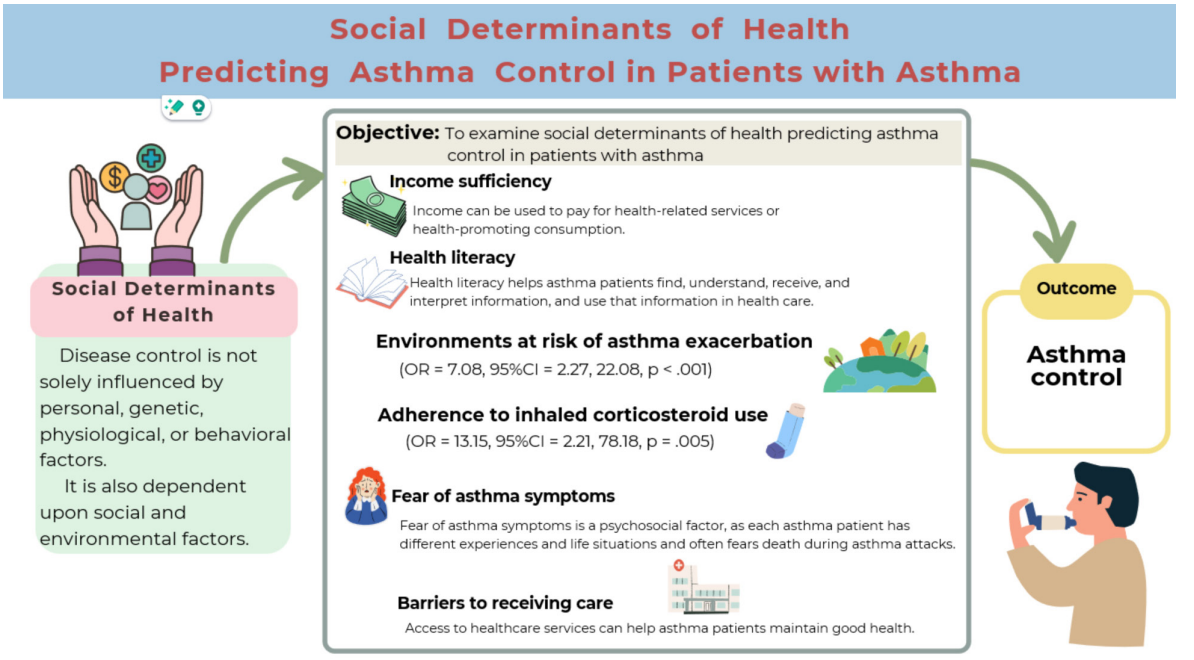
ข้อเสนอแนะ จากผลการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการประเมินด้านสิ่งแวดล้อมและความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถปฏิบัติตัวในการหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงได้ และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด

คำสำคัญ ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ การควบคุมโรคหืด สิ่งแวดล้อม ความร่วมมือในการใช้ยา อุปสรรคการเข้าถึงระบบสุขภาพ

วันที่ได้รับ 22 ต.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 19 ก.พ. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 21 มี.ค. 68

Social Determinants of Health Predicting Asthma Control in Patients with Asthma[1]

Waraporn Testong[2]
Warunee Phligbua Ph.D. (Nursing)[3]
Doungrut Wattanakitkrileart D.N.S.[4]



Extended Abstract

Introduction Despite the advancements in asthma treatment approaches and medications, the prevalence rate of good asthma control remains low, leading to hospitalizations and emergency visits from exacerbations among patients. The primary goals of asthma control are to reduce emergency visits and hospitalizations due to acute asthma exacerbations and to improve quality of life. The social determinants of health affecting asthma control were the focus of this study, which will lead to more effective short-term and long-term asthma control approaches.

Objective This study aimed to examine factors including income sufficiency, health literacy, environments at risk of asthma exacerbation, adherence to inhaled corticosteroids, fear of asthma symptoms, and barriers to receiving care in predicting asthma control that predict asthma control in patients with asthma.

---

[1] *Master Thesis, Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand*
[2] *Student in Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand*
[3] *Corresponding Author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand. E-mail: warunee.phl@mahidol.ac.th*
[4] *Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

Design This study was descriptive research with a cross-sectional design, using the concept of social determinants of health as the conceptual framework, explaining that a person's disease control is not merely influenced by individual, genetic, physiological, or behavioral factors. It may also be caused by social and environmental factors in which a person lives. These factors may contribute to differences in health determinants among individuals, ultimately influencing health outcomes and health equity.

Methodology The sample consisted of 130 asthma patients who attended follow-up appointments at the outpatient department of a tertiary hospital in Bangkok from February to April 2024. The sample size was determined using power analysis principles with the G*Power software for logistic regression analysis. The significance level was set at an alpha (α) of .05, the power of test at .80, and an odds ratio of 3.64, based on previous research studying adherence to inhaled corticosteroids and clinical control outcomes in asthma patients. Through purposive sampling, the inclusion criteria were 1) aged 20 years and older and 2) diagnosed with asthma and used inhaled corticosteroids for at least 3 months. Instruments included a personal information and medical history questionnaire, the Hill-Bone Medication Adherence Scale (HB-MAS), the Environment at Risks of Asthma Exacerbation Questionnaire, the Barriers to Receiving Care Questionnaire, the Fear of Asthma Symptoms Scale (FAS), the short version of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q16), and the Asthma Control Questionnaire based on the GINA guideline 2023. The quality of the instruments was evaluated by determining their reliability. The Cronbach's alpha coefficients were used for assessing the reliability of the research instruments as follows: the HB-MAS, the Environment at Risks of Asthma Exacerbation Questionnaire, the Barriers to Receiving Care Questionnaire, and the FAS were equal to .83, .71, .75, and .87, respectively. Additionally, the Kuder-Richardson-20 was used to assess the reliability of the HLS-EU-Q16 and the Asthma Control Questionnaire, obtaining values of .87 and .83, respectively. Data were collected using self-administration and were analyzed using descriptive statistics and logistic regression.

Results More than half of the sample was aged 60 - 79 years (56.10%) and female (66.90%). Less than half of the sample (39.20%) had a monthly income of less than 10,000 baht, while 43.10% had insufficient income. The factors correlated with asthma control were found to be environments at risk of asthma exacerbation (χ^2 = 20.615, p < .001), adherence to inhaled corticosteroids (χ^2 = 16.830, p < .001), fear of asthma symptoms (χ^2 = 14.282, p < .001), and barriers to receiving care (χ^2 = 13.593, p < .001). Environments at risk of asthma exacerbation and adherence to inhaled corticosteroid use were able to predict asthma control with statistical significance (OR = 7.08, 95%CI = 2.27, 22.08, p < .001 and OR = 13.15, 95%CI = 2.21, 78.18, p = .005, respectively).

Recommendation According to the findings in this study, nurses should prioritize the assessment of environmental factors and patient adherence to inhaled corticosteroid use. This approach enables asthma patients to avoid risky environments and promotes adherence to inhaled corticosteroid use.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(2) 249-267

Keywords social determinants of health/ asthma control/ environment/ medication adherence/ barriers to healthcare access

Received 22 October 2024, Revised 19 February 2025, Accepted 21 March 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืด (asthma) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่ส่งผลต่อประชากรทุกกลุ่มอายุ จากรายงานของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ (Centers for Disease Control and Prevention: CDC)[1] พบว่า ในปี พ.ศ.2566 สหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยโรคหืดร้อยละ 8.9 และสถานการณ์โรคหืดในประเทศไทย จากรายงานสถิติกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี 2565-2567 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหืดจำนวน 73,911 92,632 และ 106,661 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น[2]

โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบของทางเดินหายใจเรื้อรังร่วมกับการทำงานที่ผิดปกติของหลอดลม อาจเป็นครั้งคราวหรือเรื้อรังขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค โดยผู้ป่วยจะมีอาการของระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจเสียงหวีด ไอ หายใจถี่ และแน่นหน้าอก ซึ่งอาการจะแปรผันตามเวลาและความรุนแรง ร่วมกับมีการจำกัดการไหลของอากาศ โดยเป้าหมายในการรักษาและการจัดการโรคหืด คือ การควบคุมโรคหืด และป้องกันการเกิดอาการของโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน[3]

ปัจจุบันการรักษาโรคหืดมีวิธีการรักษาและยาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นแต่อัตราการควบคุมโรคได้ยังต่ำ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยควบคุมโรคหืดไม่ได้ร้อยละ 30.45 – 81.50[4-6] โดยผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมโรคไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและห้องฉุกเฉินเนื่องจากโรคหืดร้อยละ 6.90 และ 34.5 ตามลำดับ มากกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ และผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมอาการไม่ได้มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหืดที่มีอาการรุนแรงถึง 1.59 เท่า[7] และต้องเสียเวลาในการทำงานเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมโรคไม่ได้ยังส่งผลต่องบประมาณด้านสาธารณสุขทำให้มีการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ในด้านของการตรวจกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ การรักษาในห้องฉุกเฉิน การรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหืดและการใช้ยา[8]

โรคหืดเป็นโรคทางเดินหายใจเรื้อรังที่เกิดจากการได้รับหรือการสัมผัสปัจจัยกระตุ้นทางชีววิทยา ทางด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมตลอดช่วงชีวิต แต่จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคหืดที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านพันธุกรรม พฤติกรรม สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด และความกลัวอาการของโรคหืด ซึ่งผลการศึกษายังมีความขัดแย้งและมีการศึกษาค่อนข้างจำกัด[9-17,20] และยังไม่มีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ กับการควบคุมโรคหืด ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ เช่น รายได้ เศรษฐานะ การศึกษา และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคหืด ทั้งด้านความเพียงพอของรายได้ สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด ความกลัวอาการของโรคหืด และอุปสรรคในการมารับการรักษา สามารถอธิบายด้วยกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO)[18] โดยกรอบแนวคิดนี้กล่าวว่าปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยตัวกลางหรือปัจจัยส่งผ่านสุขภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืด ความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด ความกลัวอาการของโรคหืด และอุปสรรคในการมารับการรักษา มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการควบคุมโรคหืดได้

ความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยส่งผลต่อการเข้าถึงทรัพยากรที่มีคุณภาพ หรือบริการต่าง ๆ เช่น อาหาร ที่พักอาศัย บริการด้านสุขภาพ หรือการศึกษา เป็นต้น[18] ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่มีรายได้ครอบครัวต่ำมีโอกาสเกิดอาการกำเริบ 2 เท่า[19] และผู้ที่มีรายได้ครอบครัวต่ำมีโอกาสควบคุมโรคหืดไม่ได้ 1.75 เท่า[7] แต่จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการกำเริบของโรคหืด[20]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการรับและแปลข้อมูลความรู้ด้วยความเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพที่ได้มาดูแลสุขภาพของตนเอง[21] โดยจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหืด พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืด[13] และจากการศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ 4 แห่งพบว่าการควบคุมโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางลบความรอบรู้ด้านสุขภาพ[4] แต่จากการศึกษาของ Salim และคณะ[15] พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืดไม่มีความสัมพันธ์กัน

สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืดเป็นปัจจัยตัวกลางหรือปัจจัยส่งผ่านสุขภาพทางสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคหืด เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจ สารก่อภูมิแพ้และมลพิษทางอากาศ สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบขึ้นได้ ซึ่งการสัมผัสกับมลพิษในอากาศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหืด[16] รวมถึงการสัมผัสกับสภาพแวดล้อมที่มีควันไฟมีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืด[6] และการสัมผัสกับความชื้นภายในที่พักอาศัยมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืด[12]

ความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดเป็นปัจจัยตัวกลางหรือปัจจัยส่งผ่านสุขภาพทางพฤติกรรมและชีววิทยาที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคหืด เนื่องจากแนวทางในการรักษาโรคจะใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดเพื่อลดการอักเสบของหลอดลมและภาวะหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น[3] โดยจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย โรคหืดที่ควบคุมอาการไม่ได้มีความสม่ำเสมอในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดลดลงและความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมโรคหืด[10] และผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดจะควบคุมโรคหืดได้ลดลง[9] แต่จากการศึกษาของ Makhinova และคณะ[14] พบว่าผู้ป่วยโรคหืดทั้งกลุ่มที่ร่วมมือและไม่ร่วมมือในการใช้ยาไม่มีความแตกต่างกันในด้านการควบคุมโรค

ความกลัวอาการของโรคหืด เป็นปัจจัยตัวกลางหรือปัจจัยส่งผ่านสุขภาพทางจิตสังคม โดยอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่น่ากลัวที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคหืด ทำให้ผู้ป่วยมักจะหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยโรคหืดจึงมีการใช้ชีวิตอย่างจำกัดเนื่องจากกลัวว่าอาการจะกำเริบ และกลัวว่าจะเสียชีวิตขณะที่มีอาการกำเริบ[17] และผู้ป่วยโรคหืดที่ยังมีอาการหอบกำเริบมีแนวโน้มมีความกลัวและตื่นตระหนกที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการคงที่ และมีความเชื่อมั่นในการควบคุมโรคหืดได้น้อยลง[11]

อุปสรรคในการมารับการรักษาเป็นปัจจัยตัวกลางหรือปัจจัยส่งผ่านสุขภาพด้านระบบสุขภาพ จากการศึกษาของ Konstantakopoulou และคณะ[22] พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 25 ไม่ได้มาพบแพทย์เนื่องจากมีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับการสำรวจย้อนหลังในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยโรคหืดที่มีอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพ

ที่เกี่ยวข้องกับโรคหืดมีโอกาสควบคุมโรคหืดไม่ได้ 2.79 เท่า[23] ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าว เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาแนวทางปฏิบัติและจัดบริการด้านสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคหืดได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมโรคหืด ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืด ความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด ความกลัวอาการของโรคหืด และอุปสรรคในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหืด

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้นำแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (2010) มาเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษาครั้งนี้ โดยมีแนวคิดว่าผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการควบคุมโรคหืด ไม่ได้เกิดจากปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยทางพันธุกรรมหรือทางชีววิทยา หรือปัจจัยเชิงพฤติกรรมเพียงเท่านั้น แต่ยังขึ้นกับปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย[18]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยเชิงโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้ป่วยโรคหืดที่มีรายได้ไม่เพียงพออาจทำให้ไม่มีเงินไปใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพได้เท่ากับผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพไม่ดีหรือควบคุมโรคหืดไม่ได้ ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถค้นหา ทำความเข้าใจ รับและนำข้อมูลด้านสุขภาพมาใช้ในการดูแลสุขภาพในการควบคุมอาการของโรคหืดได้ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ สามารถส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยไม่ผ่านปัจจัยตัวกลางหรือปัจจัยส่งผ่านสุขภาพ[7,13] ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้ศึกษาการส่งผ่านของปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจกับปัจจัยตัวกลางหรือปัจจัยส่งผ่านสุขภาพก่อนที่จะส่งผลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

สำหรับปัจจัยตัวกลางหรือปัจจัยส่งผ่านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม ปัจจัยทางพฤติกรรมและชีววิทยา และปัจจัยทางจิตสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืด เป็นตัวแปรที่อยู่ภายใต้ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม การที่ผู้ป่วยโรคหืดอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงหรือไม่ดี เช่น บริเวณที่อยู่มีควันไฟจากการเผาขยะ ความชื้น หรือเชื้อราภายในที่พักอาศัย จะมีความเสี่ยงต่ออาการหอบกำเริบหรือควบคุมโรคหืดไม่ได้ ส่วนความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด เป็นปัจจัยทางพฤติกรรมและชีววิทยา ซึ่งผู้ป่วยโรคหืดที่ใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์สม่ำเสมอจะช่วยให้การอักเสบของหลอดลมลดลง ทำให้มีความเสี่ยงในการควบคุมโรคไม่ได้น้อยกว่าผู้ป่วยโรคหืดที่ใช้ยาไม่สม่ำเสมอ และความกลัวอาการของโรคหืดเป็นปัจจัยทางจิตสังคม โดยผู้ป่วยโรคหืดแต่ละบุคคลจะมีประสบการณ์และเผชิญสถานการณ์ในชีวิตที่แตกต่างกัน จะมีความกลัวการเสียชีวิตเมื่อมีอาการกำเริบ ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคหืดที่มีความกลัวมาก จะมีความเสี่ยงที่จะควบคุมโรคหืดได้ไม่ดีหรือคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

ภายใต้ปัจจัยตัวกลางหรือปัจจัยส่งผ่านสุขภาพมีปัจจัยทางระบบสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้อุปสรรคในการมารับการรักษาเป็นปัจจัยทางระบบสุขภาพ ในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดได้รับการดูแลหรือการบริการทางด้านสุขภาพ

ที่ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ถ้าผู้ป่วยโรคหืดมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ อาจจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะควบคุมโรคหืดไม่ได้ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงได้นำกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพมาใช้ในการอธิบายตัวแปรทั้ง 6 ตัวแปรดังที่กล่าวมา

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (A descriptive cross-sectional design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดตามเกณฑ์ของ GINA ทั้งเพศชายและหญิงอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่มาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหืด ทั้งเพศชายและหญิงอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 130 คน ที่มาติดตามการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและคลินิกโรคปอด ที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน พ.ศ. 2567 โดยคัดเลือกจากประชากรตามเกณฑ์คัดเข้า คือ ได้รับการวินิจฉัยโรคหืดจากผลการทดสอบสมรรถภาพปอด พบค่า FEV1/FVC ต่ำกว่าร้อยละ 75 และค่า FEV1 เพิ่มขึ้นมากกว่า 200 มล. และมากกว่าร้อยละ 12 หลังสูดยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็วใน 15 นาที[3] ได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดอย่างน้อย 3 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีที่มีคะแนนจากแบบคัดกรองสมรรถภาพสมอง Mini-Cog มากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน และมีเกณฑ์คัดออก คือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคร่วมอื่นที่มีอาการรุนแรงและส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจ และเป็นโรคทางจิตเวช

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power[24] สำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic regression กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ค่า odds ratio เท่ากับ 3.64 และปรับค่า X Parm π คือ อัตราส่วนของกลุ่มตัวแปรต้นให้สอดคล้องกับงานวิจัยที่นำมาอ้างอิงที่ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดกับผลการควบคุมโรคทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหืด[9] พบว่ากลุ่มที่ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยากับกลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้ยามีอัตราส่วนต่างกันประมาณ 80:20 จึงพิจารณาปรับค่า X Parm π เท่ากับ .80 คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 130 คน

สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและคลินิกโรคปอด ที่มีแพทย์เฉพาะทางโรคปอดให้การรักษาและให้คำแนะนำการดูแลตนเองตามมาตรฐานสากล พยาบาลประจำห้องตรวจทำหน้าที่วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการก่อนเข้าพบแพทย์ รวมถึงให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย การใช้ยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และเภสัชกรตรวจสอบการใช้ยาและให้คำแนะนำในการใช้ยาสูด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบคัดกรองสมรรถภาพสมอง Mini-Cog พัฒนาโดย Borson และคณะ[25] แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย Trongsakul และคณะ[26] นำมาใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป คะแนนตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ไม่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ลักษณะที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหืด ประวัติการรักษาในโรงพยาบาลและในห้องฉุกเฉินเนื่องจากโรคหืดใน 1 ปีที่ผ่านมา

3. แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย สิทธิการรักษา โรคร่วม ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืดที่ได้รับในปัจจุบัน ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดหรือยาควบคุมอาการชนิดสูดที่ได้รับ

4. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Short versions of European Health Literacy Survey: HLS-EU-Q16) พัฒนาโดย Sørensen และคณะ[21] แปลเป็นภาษาไทยโดย ดารณี ธนูแก้ว และคณะ[27] มีคำถาม 16 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนที่เป็นไปได้ 0-16 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีความรอบรู้ไม่เพียงพอ (0-8 คะแนน) มีความรอบรู้จำกัด (9-12 คะแนน) และมีความรอบรู้เพียงพอ (13-16 คะแนน)

5. แบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืด (Environment at Risks of Asthma Exacerbation Questionnaire) พัฒนาโดยผู้วิจัยและคณะ จากการทบทวนวรรณกรรม มีคำถาม 9 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนที่เป็นได้ 9-45 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สัมผัสสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงมาก (33-45 คะแนน) สัมผัสสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงปานกลาง (21-32 คะแนน) และ สัมผัสสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงน้อย (9-20 คะแนน)

6. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด (Hill-Bone Medication Adherence Scale: HB-MAS) พัฒนาโดย Kim และคณะ[28] แปลเป็นภาษาไทยโดยดารณี ธนูแก้ว และคณะ[27] โดยนำมาปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง มีคำถาม 9 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนที่เป็นไปได้ 9-36 คะแนน โดยคะแนนตั้งแต่ 26 ขึ้นไป หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยา

7. แบบประเมินความกลัวอาการของโรคหืด (Fear of Asthma Symptoms Scale: FAS) พัฒนาโดย Bonnert และคณะ[29] ผู้วิจัยได้ขออนุญาตแปล โดยใช้กระบวนการแปลและแปลย้อนกลับ (translation-back translation process) มีคำถาม 11 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนที่เป็นไปได้ 0-44 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความกลัวน้อย (0-14 คะแนน) ความกลัวน้อยปานกลาง (15-29 คะแนน) และ ความกลัวมาก (30-44 คะแนน)

8. แบบประเมินอุปสรรคในการมารับการรักษา (Barriers to Receiving Care Questionnaire) พัฒนาโดยดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ[30] มีคำถาม 12 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนที่เป็นไปได้ 12-60 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีอุปสรรคน้อย (12-28 คะแนน) มีอุปสรรคปานกลาง (29-44 คะแนน) และ มีอุปสรรคมาก (45 คะแนนขึ้นไป)

9. แบบประเมินการควบคุมอาการของโรคหืดตามเกณฑ์ของ GINA[3] ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย[31] มีคำถาม 4 ข้อ เลือกตอบ “มี” หรือ “ไม่มี” แบ่งระดับการควบคุมโรคเป็น 2 ระดับ ดังนี้ หากตอบ “ไม่มี” ทั้ง 4 ข้อ หมายถึง ควบคุมโรคได้ หากตอบ “มี” อย่างน้อย 1 ข้อ หมายถึง ควบคุมโรคไม่ได้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบประเมินความกลัวอาการของโรคหืด แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด และแบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืดได้รับตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ พิจารณาความถูกต้องและเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความครอบคลุมของเนื้อหา นำมาคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index; CVI) ได้ค่า CVI ของแบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการ

กำเริบของโรคหืด แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด และแบบประเมินความกลัวอาการของโรคหืด เท่ากับ .90 .93 และ .91 ตามลำดับ และได้นำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับผู้ป่วยโรคหืดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและคลินิกโรคปอด ที่โรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ของแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด แบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืด แบบประเมินอุปสรรคในการมารับการรักษา และแบบประเมินความกลัวอาการของโรคหืด เท่ากับ .83 .71 .75 และ .87 ตามลำดับ และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินการควบคุม โรคหืดตามเกณฑ์ของ GINA ด้วยวิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน-20 (Kuder-Richardson-20) ได้เท่ากับ .87 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA No. IRB-NS2023/821.2011 และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ IRB No.9/67 โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลรายละเอียดของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการดูแลรักษาที่ได้รับ การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบัน โดยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและคลินิกโรคปอด และประสานงานกับพยาบาลประจำแผนกเพื่อประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและแจ้งเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างจากเวชระเบียนก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันราชการ เวลา 08.00 – 16.00 น. เมื่อกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจึงทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และเข้าพบเพื่อให้ข้อมูลทั้งหมดของการวิจัย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติม สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยคัดกรองสมรรถภาพสมอง หากไม่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด จึงขอให้ลงนามในใบยินยอมตน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) ในช่วงก่อนหรือหลังพบแพทย์ในบริเวณที่เป็นสัดส่วนใกล้กับห้องตรวจ ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับการควบคุมโรคหืดโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และพิจารณาใช้ Fisher's exact test เมื่อมีค่าองศาอิสระเท่ากับ 1 และค่าความคาดหวังของเซลล์ที่ต่ำกว่า 5 เกินร้อยละ 20 และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระต่อการควบคุมโรคหืด โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) แบบนำเข้าข้อมูลพร้อมกันในขั้นตอนเดียว (Enter) พร้อมตรวจสอบความเหมาะสมของโมเดล (Goodness of fit) ด้วยการทดสอบแบบจำลองวิธี Hosmer and Lemeshow test โดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อดูความเหมาะสมของแบบจำลองที่ได้ ซึ่งจากผลการทดสอบพบว่าค่าไคสแควร์

เท่ากับ 7.826 และ p = .45 สรุปได้ว่าแบบจำลองนี้มีความเหมาะสม

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 130 คน อายุเฉลี่ย 65.89 ปี (SD 13.96) มีอายุระหว่าง 60–79 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 56.90) และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.90) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและปริญญาตรี (ร้อยละ 29.20) เท่ากัน ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 66.20) มีค่ามัธยฐานของรายได้ต่อเดือน 13,500 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 38.50) มีสิทธิการรักษา เบิกจากกรมบัญชีกลาง (ร้อยละ 64.60) และอาศัยอยู่บ้านตนเอง (ร้อยละ 67.70) ส่วนใหญ่มีโรคร่วม (ร้อยละ 97.70) โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 64.57) ได้รับการวินิจฉัยโรคหืดมากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 48.50) ได้รับการรักษาด้วยยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ 15–20 ปี (ร้อยละ 29.20) โดยส่วนใหญ่ได้รับยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ร่วมกับยาขยายหลอดลมชนิดสูดที่ออกฤทธิ์ยาว (Combined ICS/LABA) ร้อยละ 84.60 และไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและห้องฉุกเฉินจากอาการกำเริบของโรคหืด (ร้อยละ 83.10 และ 78.50 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 77.70)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ควบคุมโรคหืดได้ (ร้อยละ 69.20) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 56.90) มีความรอบรู้สุขภาพเพียงพอ (ร้อยละ 47.70) สัมผัสสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืดน้อย (ร้อยละ 79.20) มีความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด (ร้อยละ 89.20) มีระดับความกลัวอาการของโรคหืดปานกลาง (ร้อยละ 55.40) และมีอุปสรรคในการมารับการรักษาอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 77.70)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืด ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืด (χ^2 = 20.615, p < .001) ความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด (χ^2 = 16.830, p < .001) ความกลัวอาการของโรคหืด (χ^2 = 14.282, p < .001) และอุปสรรคในการมารับการรักษา (χ^2 = 13.593, p < .001) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการควบคุมโรคหืด ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังแสดง (Table 1)

Table 1 Description and association of social determinants of health and asthma control in the participants (n = 130)

Variables	n (%)	min	max	M	SD	Asthma control		χ^2	p-value
						Controlled n (%)	Uncontrolled n (%)		
Health literacy		5	16	12.22	3.89				
Sufficient	62 (47.70)	13	16	15.29	0.93	42 (67.70)	20 (32.30)	2.017	>.05
Limited	54 (41.50)	9	12	10.04	0.89	36 (66.70)	18 (33.30)		
Inadequate	14 (10.80)	5	8	7	1.18	12 (85.70)	2 (14.30)		
Income sufficiency									
Sufficient	74 (56.90)					52 (73.30)	22 (29.70)	.087	>.05
Insufficient	56 (43.10)					38 (67.90)	18 (32.10)		

Table 1 Description and association of social determinants of health and asthma control in the participants (n = 130) (Cont.)

Variables	n (%)	min	max	M	SD	Asthma control		χ^2	p-value
						Controlled n (%)	Uncontrolled n (%)		
Environments at risk of asthma exacerbation		9	30	16.65	4.50				
Exposure to low-risk environments	103(79.20)	9	20	14.88	2.86	81 (78.60)	22 (21.40)	20.615	< .001
Exposure to moderate-risk environments	27 (20.80)	21	30	23.41	2.89	9 (33.30)	18 (66.70)		
Adherence to inhaled corticosteroids		17	36	32.88	3.58				
Adherence	116 (89.20)	28	36	33.86	2.15	87 (75.00)	29 (25.00)	-	< .001[a]
Non-adherence	14 (10.80)	17	26	24.79	2.64	3 (21.40)	11 (78.60)		
Fear of asthma symptoms		7	42	19.61	7.71				
Mild	40 (30.80)	7	14	11.38	2.10	33 (82.50)	7 (17.50)	14.282	< .001
Moderate	72 (55.40)	15	29	20.69	3.83	51 (70.80)	21 (29.20)		
Severe	18 (13.80)	30	42	33.56	3.05	6 (33.30)	12 (66.70)		
Barriers to receiving care		12	43	23.99	6.32				
Mild	101(77.70)	12	28	21.55	4.61	78 (77.20)	23 (22.80)	13.593	< .001
Moderate	29 (22.30)	29	43	32.48	3.51	12 (41.40)	17 (58.60)		

[a] Fisher's exact test

การวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก พบว่า ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายการควบคุมโรคหืดได้ ร้อยละ 43.30 (Nagelkerke R^2 = .433) โดยพบว่าระดับอิทธิพลของปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการควบคุมโรคหืด (β= 2.58, p < .005) รองลงมาเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืด (β= 1.96, p < .001) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาแต่ละปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมโรคหืด พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด จะควบคุมอาการโรคหืดไม่ได้เพิ่มขึ้น 13 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคหืดที่มีความร่วมในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด (OR = 13.15, 95%CI = 2.21, 78.18, p = .005) และผู้ป่วยโรคหืดที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืดระดับปานกลาง จะควบคุมอาการโรคหืดไม่ได้เพิ่มขึ้น 7 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืดระดับน้อย (OR = 7.08, 95%CI = 2.27, 22.08, p < .001) (Table 2)

Table 2 Logistic regression coefficients of social determinants of health (n = 130)

Variables	B	S.E.	Walds	OR	95%CI	p-value
Health literacy						
Sufficient			3.78			.15
Limited	.32	.52	.37	1.38	.50, 3.82	.54
Inadequate	-2.18	1.27	2.96	0.11	0.01, 1.35	.09
Income sufficiency						
Sufficiency						
Insufficiency	- .37	.53	.49	.69	.24, 1.95	.48
Environments at risk of asthma exacerbation						
Exposure to low-risk environments						
Exposure to moderate-risk environments	1.96	.58	11.38	7.08	2.27, 22.08	<.001
Adherence to inhaled corticosteroids						
Adherence						
Non-adherence	2.58	.91	8.02	13.15	2.21, 78.18	.005
Fear of asthma symptoms						
Mild			3.73			.16
Moderate	.18	.58	.10	1.20	.39, 3.70	.75
Severe	1.40	.78	3.21	4.06	.88, 18.79	.73
Barriers to receiving care						
Mild						
Moderate	.75	.56	1.80	2.43	.71, 6.39	.18

Cox & Snell R^2 = .307, Nagelkerke R^2 = .433, Predictive correct = 82.30%, Hosmer and Lemeshow Test χ^2= 7.826

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ควบคุมโรคหืดได้ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในคลินิกโรคปอด[32] ที่พบว่าร้อยละ 59 ควบคุมอาการของโรคหืดได้ และร้อยละ 75.5 ไม่เคยหยุดใช้ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์มากกว่า 1 สัปดาห์ เนื่องจากยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ช่วยลดการอักเสบของหลอดลม และการเสื่อมสมรรถภาพของปอด ทำให้การเกิดหืดกำเริบลดลง[3] ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ร้อยละ 89.20 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของเกศรินทร์ ยอดมนต์[5] พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดหรือหอผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิขั้นสูง ส่วนใหญ่ควบคุมโรคได้ร้อยละ 66.61 และไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 80.52 โดยพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืด ซึ่งควันบุหรี่เป็นหนึ่งในปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบได้ และการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทางโรคปอด อาจทำให้ผู้ป่วยโรคหืดเข้าถึงการดูแลที่ดี ได้รับการรักษาตามแนวทางที่เป็นมาตรฐาน ด้วยปัจจัยดังกล่าวจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ควบคุมโรคหืดได้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเพียงพอของรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืดและไม่สามารถทำนายการควบคุมโรคหืดได้ เกือบร้อยละ 60 มีรายได้เพียงพอโดยมีรายได้เฉลี่ย 19,787.25 บาทต่อเดือน ซึ่งใกล้เคียงกับรายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรไทยปี พ.ศ. 2565 คือ 248,677 บาทต่อรายต่อปี[33] เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่ควบคุมโรคหืดไม่ได้ พบว่ามีสัดส่วนความเพียงพอของรายได้ไม่แตกต่างกัน จึงทำให้ความเพียงพอของรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืด และไม่สามารถทำนายการควบคุมโรคหืดได้ สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ในประเทศไทย[20] ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดหืดกำเริบเช่นเดียวกัน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมค่าใช้จ่าย และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายและรายได้จึงทำให้รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืดเช่นกัน ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่มีรายได้น้อยกว่า 50,000 ดอลลาร์สหรัฐต่อปี (ประมาณ 1,707,000 บาทต่อปี) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่ยากจนนั้นมีโอกาสเกิดการกำเริบของโรคหืดเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีรายได้เพียงพอ[19]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่สามารถทำนายการควบคุมโรคหืดได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพค่อนข้างดี (M=12.22, SD=3.89) และมีเพียงร้อยละ 10 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ และเมื่อพิจารณาข้อคำถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (มากกว่าร้อยละ 80) พิจารณาว่าสามารถเข้าใจและประเมินข้อมูลด้านสุขภาพได้ ตลอดจนนำข้อมูลด้านสุขภาพนั้น ๆ ไปใช้ได้ค่อนข้างง่ายถึงง่ายมาก ยกเว้นข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับสื่อต่าง ๆ เช่น สื่อจากอินเตอร์เน็ต วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น ที่อาจจะเข้าใจหรือเลือกนำไปใช้ได้ยาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 71.50 ทำให้มากกว่าครึ่งรู้สึกว่าเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก และยากมากในการที่จะเข้าใจ ประเมิน/ตัดสิน และนำข้อมูลสุขภาพที่ได้จากสื่อไปใช้ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศมาเลเซีย[15] ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งส่วนใหญ่โดยร้อยละ 60.50 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด และเกือบครึ่งควบคุมโรคหืดได้ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยและมีประสบการณ์ของการเป็นโรคหืดที่นาน จึงอาจส่งผลให้มีความสามารถในการรับรู้และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ รวมทั้งมีประสบการณ์และสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์และไม่ส่งผลต่อการควบคุมโรคหืด แต่แตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดที่มารับการตรวจในคลินิกระบบทางเดินหายใจ พบว่ามากกว่าครึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด และหนึ่งในสี่ควบคุมโรคไม่ได้ โดยที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืด[13]

ผู้ป่วยโรคหืดที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืดระดับปานกลางจะควบคุมอาการโรคหืดไม่ได้เพิ่มขึ้น 7 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืดระดับน้อย (OR = 7.08, 95%CI = 2.27, 22.08, $p < .001$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืดน้อย (ร้อยละ 79.20) เมื่อพิจารณาข้อคำถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่จัดการและควบคุมได้ยากในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 37.7) คือ มลภาวะทาง

อากาศ เช่น ฝุ่นละอองขนาดเล็ก หรือ ฝุ่น PM 2.5 เนื่องจากในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้เริ่มเก็บตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นช่วงที่หลายเขตในกรุงเทพมหานครมีค่าฝุ่น PM 2.5 เกินค่ามาตรฐานอยู่ในระดับคุณภาพอากาศเริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ[34] โดยผู้ป่วยโรคหืดที่สัมผัสสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืดปานกลางมีความเสี่ยงในการควบคุมโรคหืดไม่ได้ 7 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชาติ ชูตระกูล[6] ที่พบว่า ควันไฟที่เกิดจากการเผาขยะมีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมโรคหืด และการสัมผัสกับความชื้นภายในบ้านมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืดที่แย่ลง[12] ดังนั้นการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ จึงส่งผลต่อการควบคุมโรคหืด การที่ผู้ป่วยสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคระดับน้อยจะช่วยลดการเกิดอาการกำเริบและทำให้สามารถควบคุมโรคหืดได้ดี

ความร่วมมือในการใช้ยาสามารถทำนายการควบคุมโรคหืดได้ (OR = 13.15, 95%CI = 2.21, 78.18, p = .005) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืด โดยผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา มีโอกาสควบคุมโรคหืดไม่ได้เพิ่มขึ้น 13 เท่า เนื่องจากยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดเป็นยาที่ลดการอักเสบของหลอดลม และการเสื่อมสมรรถภาพของปอดเมื่อใช้อย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ควบคุมโรคหืดได้[3] ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด จะช่วยลดอาการกำเริบของโรค และทำให้สามารถควบคุมโรคหืดได้ดีเพิ่มขึ้น

ความกลัวอาการของโรคหืดมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืด แต่ไม่สามารถทำนายการควบคุมโรคหืดได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความกลัวอาการของโรคหืดปานกลาง และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวอาการของโรคหืดและการควบคุมโรคหืด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความกลัวอาการของโรคหืดระดับน้อย และปานกลางควบคุมโรคหืดได้ร้อยละ 82.50 และ 70.80 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มที่มีความกลัวอาการของโรคหืดระดับมากควบคุมโรคหืดไม่ได้ร้อยละ 66.70 แต่เมื่อพิจารณาอำนาจการทำนายพบว่าไม่สามารถทำนายการควบคุมโรคหืดได้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.20) ควบคุมโรคหืดได้ดี และมีระยะเวลาของการเป็นโรคหืดมากกว่า 20 ปี จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและมีประสบการณ์ในการจัดการปัญหาทางด้านจิตใจ นอกจากนี้ยังสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้โดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งผู้ป่วยทุกคนได้รับยาควบคุมอาการและยาสูดฉุกเฉิน ทำให้มีความเชื่อมั่นในการควบคุมโรคและมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่อาจจะส่งผลต่อการควบคุมโรคหืดได้ดี จึงทำให้ความกลัวอาการของโรคหืดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถทำนายการควบคุมโรคหืดได้ และจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความกลัวอาการโรคหืดกับการควบคุมโรคหืด มีเพียงการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคหืดที่ยังมีอาการหอบกำเริบกับผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่ยังมีอาการหอบกำเริบจะมีความกลัวตื่นตระหนกเพิ่มขึ้น และมีความเชื่อมั่นในการควบคุมโรคหืดได้น้อยลง[11]

อุปสรรคในการมารับการรักษามีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืด (χ^2 = 13.593, p < .001) แต่ไม่สามารถทำนายการควบคุมโรคหืด ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.70) มีอุปสรรคในการมารับการรักษาอยู่ในระดับน้อย โดยที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและไม่ได้ประกอบอาชีพ อาจทำให้มีเวลา

ในการมาพบแพทย์ โดยไม่ขาดงานหรือขาดรายได้ รวมถึงระยะเวลาการเป็นโรคหืดที่นานเฉลี่ย 27.43 ปี ทำให้ได้รับคำแนะนำและความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตัวจากบุคลากรทางการแพทย์ทุกครั้งที่มาตรวจติดตามการรักษา อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อที่ถูกต้อง และเกือบทั้งหมดมีสิทธิของการรักษาที่ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาล ช่วยในการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่าย อาจส่งผลให้ไม่มีอุปสรรคด้านการเงิน นอกจากนี้สถานที่ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้เป็นโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครที่มีระบบการขนส่งที่เข้าถึงเกือบทุกพื้นที่ อาจทำให้ไม่มีอุปสรรคในด้านการเดินทาง ทำให้อุปสรรคในการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกัน การศึกษาในสหรัฐอเมริกา[23] พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายสำหรับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคหืดมีโอกาสควบคุมโรคหืดไม่ได้ 2.79 เท่า

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาตัวแปรความเพียงพอของรายได้เป็นการประเมินของผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งอาจไม่ครอบคลุมด้านรายรับหรือค่าใช้จ่ายทั้งหมด เช่น หนี้สิน หรือภาระค่าใช้จ่ายอื่น ๆ รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งทำให้การประเมินความเพียงพอของรายได้แต่ละคนมีความแตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยโรคหืดที่มาตรวจติดตามการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิเพียงแห่งเดียว ผลการวิจัยสามารถอ้างอิงได้เฉพาะผู้ป่วยโรคหืดที่มาตรวจติดตามการรักษาในโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะต่อพยาบาลดังนี้ 1) ประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืดทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน พร้อมทั้งให้ข้อมูลสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบและการหลีกเลี่ยงโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ 2) ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา โดยเฉพาะยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดที่จะต้องใช้อย่างสม่ำเสมอเพื่อลดการอักเสบของทางเดินหายใจ และ 3) ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะการค้นหาข้อมูล และแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้

ด้านการวิจัย 1) ควรมีการศึกษาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างจากบริบทที่หลากหลาย เช่น กลุ่มผู้ป่วย โรคหืดในโรงพยาบาลต่างจังหวัด เนื่องจากในต่างจังหวัดมีอัตราค่าครองชีพต่างจากในกรุงเทพมหานคร และมีสภาพแวดล้อม เช่น ปัญหาฝุ่น PM 2.5 ที่แตกต่างจากในกรุงเทพมหานคร รวมถึงระบบขนส่งสาธารณะที่เข้าไม่ทั่วถึงทุกพื้นที่ทำให้การเดินทางไปโรงพยาบาลมีความยากลำบากหรือมีค่าใช้จ่าย ซึ่งอาจได้ผลที่แตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้ และ 2) ควรมีการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมเพิ่มเติม เช่น การสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งอาจได้รับการสนับสนุนหรือการช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ในด้านต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทาง เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคหืด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหืดทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

References

1. National Center for Health Statistics. Percentage of current asthma for adults aged 18 and over, United States, 2023: National Health Interview Survey. Generated interactively [internet]. 2023 [cite 16 Feb 2025]. Available from: https://wwwn.cdc.gov/NHISDataQueryTool/SHS_adult/index.html

2. Ministry of Public Health. Standard reporting group >> Diseases from air pollution >> Number of illnesses classified by disease group and disease by month with diseases related to air pollution from 2022 to 2024 [internet]. 2024 [cite 16 Feb 2025]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=9c647c1f31ac73f4396c2cf987e7448a&id=5968980caf87d4518aa9f0263a9299c6&old=1.
3. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention update 2023 [internet]. 2023 [cite 29 May 2023]. Available from: http://www.ginasthma.org
4. Witheethammasak P, Deenan A, Masingboon K. A causal model of asthma control in adults. PRIJNR [internet]. 2022 [cite 25 Aug 2023]; 26(4):613-26. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/259266
5. Yotmon K. The factors predicting the level of asthma control among adult and elderly asthmatic patients [Dissertation]. Thammasat University. Faculty of Nursing; 2021. (in Thai)
6. Chootrakool A. Prevalence and factors associated with the level of asthma control in patients treated at asthma clinic, Pak Chong Nana Hospital, Nakhon Ratchasima Province. Nakhonphanom Hospital Jorunal [internet]. 2023 [cite 10 Nov 2023]; 10(2):e263917. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nkpjournal_9/article/view/263917 (in Thai)
7. Neffen H, Chahuàn M, Hernández DD, Vallejo-Perez E, Bolivar F, Sánchez MH, et al. Key factors associated with uncontrolled asthma – the asthma control in Latin America study. Journal of Asthma 2020;57(2):113-22. https://doi.org/10.1080/02770903.2018.1553050 PMID: 30915868
8. Yaghoubi M, Adibi A, Safari A, FitzGerald JM, Sadatsafavi M. The projected economic and health burden of uncontrolled asthma in the United States. Am J Respir Crit Care Med 2019;200:1102-12. https://doi.org/10.1164/rccm.201901-0016OC. PMID: 31166782
9. Belachew EA, Netere AK, Sendekie AK. Adherence to inhaled corticosteroid therapy and its clinical impact on asthma control in adults living with asthma in Northwestern Ethiopian hospitals. Patient Prefer Adherence 2022;16:1321-32. https://doi.org/10.2147/PPA.S365222 PMID: 35642244
10. Cai Q, Jin M, Li X, Zhang J, Xu Q, Ye L, et al. Effect of illness perceptions on asthma control and quality of life amongst adult outpatients with asthma in China. BMC Psychol 2023;11:68. https://doi.org/10.1186/s40359-023-01097-3 PMID: 36907916
11. Greaves CJ, Eiser C, Seamark D, Halpin DMG. Attack context: An important mediator of the relationship between psychological status and asthma outcomes. Thorax 2002;57:217-21. https://doi.org/10.1136/thorax.57.3.217 PMID: 11867824
12. Jaakkola MS, Hyrkäs-Palmu H, Jaakkola JJK. Residential exposure to dampness is related to reduced level of asthma control among adults. Int J Environ Res Public Health 2022;19(18):11338. https://doi.org/10.3390/ijerph191811338 PMID: 36141610
13. Kim Cuc DT, Methakanjanasak N, Thuy Trang HT. Relationships between symptom control, medication management, and health literacy of patients with asthma in Vietnam. Belitung Nurs J 2021;7(2):131-8. https://doi.org/10.33546/bnj.1398 PMID: 37469948
14. Makhinova T, Barner JC, Brown CM, Richards KM, Rascati KL, Rush S, et al. Examination of barriers to medication adherence, asthma management, and control among community pharmacy patients with asthma. J Pharm Pract 2021;34(4):515-22. https://doi.org/10.1177/0897190020902889 PMID: 30947599

15. Salim H, Shariff Ghazali S, Lee PY, Cheong AT, Harrun NH, Mohamed Isa S, et al. Health literacy levels and its determinants among people with asthma in Malaysian primary healthcare settings: A cross-sectional study. BMC Public Health 2021;21:1186. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11194-w PMID: 34158013
16. Scibor M, Balcerzak B, Galbarczyk A, Jasienska G. Quality of life of patients with bronchial asthma exposed to gaseous air pollution in the place of residence. Sustainable Cities and Society 2021;64:102541. https://doi.org/10.1016/j.scs.2020.102541
17. Song WJ, Won HK, Lee SY, Park HK, Cho YS, Chung KF, et al. Patients' experiences of asthma exacerbation and management: A qualitative study of severe asthma. ERJ open research 2021;7(2):00528. https://doi.org/10.1183/23120541.00528-2020 PMID: 33834052
18. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice) [internet]. Switzerland: WHO Document Production Services; 2010 [cite 27 May 2023]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489
19. Cardet JC, Louisias M, King TS, Castro M, Codispoti CD, Dunn R, et al. Income is an independent risk factor for worse asthma outcomes. J Allergy Clin Immunol 2018;141(2):754-60. https://doi.org/10.1016/j.jaci.2017.04.036 PMID: 28535964
20. Yekusang R, Kuhirunyaratn P, Bumrerraj S, Jindawong B. Factors related asthma exacerbations of asthmatic patients in Surat Thani province. KKU Research Journal (Graduate Studies) [internet]. 2022 [cite 22 Aug 2023]; 22(3):212-25. Available from: https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/gskku/article/view/245064 (in Thai)
21. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12:80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80 PMID: 22276600
22. Konstantakopoulou O, Kaitelidou D, Economou C, Charalambous G. Barriers in access to pharmaceutical care in Greece: The case study of the out-of-hospital management of patients with acute asthma. Front Public Health 2018;6:199. https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00199 PMID: 30065920
23. Freels L, Herman A, Lukas S, Chan AHY, Pearce CJ, Arackal J, et al. Asthma control and associated risk factors among adults with current asthma: Findings from 2019 behavioral risk factor surveillance system asthma call-back survey. Respir Med 2024;221:107479. https://doi.org/10.1016/j.rmed.2023.107479 PMID: 38013060
24. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009;41:1149-60. https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149 PMID: 19897823
25. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The mini-cog: A cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. Int J Geriatr Psychiatry 2000;15:1021-7. https://doi.org/10.1002/1099-1166(200011)15:11<1021::aid-gps234>3.0.co;2-6 PMID: 11113982
26. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. Geriatr Gerontol Int 2015;15:594-600. https://doi.org/10.1111/ggi.12318 PMID: 25155468
27. Tanukaew D, Watanakijkrilert D, Sriyuktasuth A, Chattranukulchai P. Factors predicting medication adherence in patients with essential hypertension. Thai Red Cross Nursing Journal [internet]. 2022 [cite 22 Jul 2023]; 15:127-43. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/247347 (in Thai)

28. Kim MT, Hill MN, Bone LR, Levine DM. Development and testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. Prog Cardiovasc Nurs 2000;15(3):90-6. https://doi.org/10.1111/j.1751-7117.2000.tb00211.x PMID: 10951950

29. Bonnert M, Roelstraete B, Bergstrom S-E, Bjureberg J, Andersson E, Almqvist C. The Fear of Asthma Symptoms Scale and the Asthma Behavior Checklist: Preliminary validity of two novel patient reported outcome measures. J Asthma 2023;60(8):1-8. https://doi.org/10.1080/02770903.2022.2160343 PMID: 36541867

30. Wattanakitkrileart D, Khongton W, Sumonviwat T, Dejsomritrutai W. The influence of inhaler technique, exacerbation, age, and barrier to receiving care on adherence to inhaled medications in patients with COPD. Nursing Science Journal of Thailand [internet]. 2020 [cite 20 Jul 2023]; 38(2):74-87. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/241059 (in Thai)

31. Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage. Asthma Thai guideline 2023 [internet]. 1st ed. Bangkok: Parbpim; 2023 [cite 28 May 2023]. Available from: https://www.tst.or.th/wp-content/uploads/2023/05/Asthma-Thai-guideline-2566-PDF-final-.pdf (in Thai)

32. Junphongsri P, Wattanakitkrileart D, Phligbua W, Dejsomritrutai W. Factors predicting disease control in patients with asthma, Banphaeo General Hospital, Samut Sakhon. Nursing Science Journal of Thailand [internet]. 2024 [cite 10 May 2024]; 42(2):32-45. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/265946 (in Thai)

33. Office of the National Economic and Social Development Council. Thai Economic Performance 2023 [Internet]. 2023 [cite 1 Jun 2023]. Available from: https://www.nesdc.go.th/ewt_news.php?nid=12567. (in Thai)

34. Bangkok Metropolitan Administration. PM 2.5 in Bangkok 2024. 2024 [cite 20 May 2024]. Available from: https://airquality.airbkk.com/PublicWebClient/#/Modules/Aqs/NewsPage (in Thai)