

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแล ระดับการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืด

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

เบญจรัตน์ ธรรมานนท์, พ.บ., ทวีลาภ ตันสวัสดิ์, พ.บ., วราวุฒิ เกรียงบุรพา, พ.บ.

สาขาวิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Received: June 18, 2021 Revised: August 5, 2021 Accepted: September 9, 2021

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: โรคหืดเป็นโรคเรื้อรัง พบได้บ่อยในเด็กมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์: ศึกษาความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคหืด

วิธีการศึกษา: ศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลเด็กในคลินิกโรคหืด วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2563 ถึง วันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2564 ผู้ดูแลทำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคหืด ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับเด็กโรคหืดทดสอบคุณภาพชีวิตในเด็กที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ปี

ผลการศึกษา: ผู้ป่วย 60 คน อายุเฉลี่ย 9.9 ± 2.7 ปี โรคภูมิแพ้ที่พบร่วมส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคโพรงจมูกอักเสบ ร้อยละ 43.3 ใช้ยาพ่นควบคุมอาการสม่ำเสมอร้อยละ 86 ความรู้ผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.3 ความรู้เรื่องอาการกำเริบของโรคหืดมากที่สุดร้อยละ 80 ความรู้ทั่วไปและอาการของโรคหืดน้อยที่สุดร้อยละ 56.7 ควบคุมโรคหืดได้ ร้อยละ 50 คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย 5.5 ± 1.1 คะแนนจากคะแนนเต็ม 7 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี กลุ่มควบคุมได้มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านมากกว่ากลุ่มควบคุมได้บางส่วน ในด้านอารมณ์กลุ่มที่ควบคุมได้มากกว่ากลุ่มควบคุมได้บางส่วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.04$

สรุป: ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของผู้ดูแลกับการควบคุมโรคหรือคุณภาพชีวิตของเด็กโรคหืด

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยเด็กโรคหืด, ความรู้เรื่องโรคหืด

Thaiclinicaltrials.org number, TCTR 20211214002

ORIGINAL ARTICLE

**Knowledge of Asthma, Level of Control and Quality of Life in Asthmatic Children
at Burapha University Hospital****Benjarat Dardaranonda, M.D., Taweelarp Tansavatdi, M.D., Warawut Kriangburapa, M.D.**

Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Burapha University

ABSTRACT**BACKGROUND :** Asthma is a common chronic disease in children and has an impact on the quality of life.**OBJECTIVES:** This study aimed to assess the caregivers' knowledge of asthma, level of control, quality of life, and the relationship between the variables in Thai asthmatic children.**METHODS:** A descriptive cross-sectional study was conducted, in which 60 children diagnosed with asthma were recruited at the Burapha University Hospital during March 17, 2020 to March 16, 2021. The quality of life and caregivers' knowledge were collected using questionnaires. The quality of life was evaluated by the Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ).**RESULTS:** The sample comprised 60 asthmatic children, who had a mean age of 9.9 ± 2.7 yrs. The most common atopic disease was allergic rhinitis (43.3%), and most of the patients had a regular use controller (86%). The total mean score of the knowledge of asthma was at an intermediate level (78.3%). The highest scores were the knowledge of exacerbation (80%), whereas the lowest scores were the symptoms of asthmatic disease (56.7%). Moreover, most asthmatic children were controlled (50%). The mean total quality of life scores were good (5.5 ± 1.1), and the mean total quality of life scores and quality of life in each aspect in the controlled group were more than in those of the partly controlled group. The emotional domain also had significantly higher scores in the controlled group than the partly controlled group ($p=0.04$).**CONCLUSION:** There was no correlation between the caregivers' knowledge of asthma and level of control or quality of life in asthmatic children.**KEYWORDS:** Quality of life, asthmatic children, caregivers' asthma knowledge

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังของทางเดินหายใจที่พบได้บ่อยในเด็กทุกอายุ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเด็ก เช่น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หยุดเรียน ออกกำลังกายได้จำกัด สุขภาพจิตเสีย¹ อุบัติการณ์ของโรคหืดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก² จุดมุ่งหมายสำคัญของการรักษาโรคหืดคือการที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะควบคุมโรคหืดได้ เป้าหมายในการรักษาโรคหืดนอกจากการควบคุมอาการของโรคได้แล้ว เด็กต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดี แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับเด็กโรคหืดที่ได้รับความนิยมและใช้อย่างแพร่หลายคือ PAQLQ (pediatric asthma quality of life questionnaires)³ แปลเป็นฉบับภาษาไทยและทดสอบความน่าเชื่อถือ โดย ศ.พญ.อรพรรณ โพชนุกูล และคณะ⁴ สามารถแยกความแตกต่างของผู้ป่วยได้ แม้มีการเปลี่ยนแปลงของอาการเพียงเล็กน้อย การรักษาที่สำคัญตาม GINA Guideline นอกจากการรักษาโดยใช้ยาพ่นสเตียรอยด์แล้ว การให้ความรู้เรื่องโรค ความรู้ทั่วไปและอาการเกี่ยวกับโรคหืด การหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ การพ่นยาได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลก็มีความสำคัญ การขาดความรู้และความเข้าใจของผู้ดูแลทำให้หยุดการใช้ยาพ่นด้วยตนเอง จากการศึกษาของ Lim SH และคณะ พบว่า ร้อยละ 36 ของผู้ดูแลกังวลว่าการพ่นยาสเตียรอยด์ต่อเนื่องอาจมีผลทำให้ติดยา ได้รับยาสะสมเกินขนาดหรือมีผลข้างเคียงจากยาได้ ทำให้ผู้ป่วยเด็กขาดยาส่งผลให้การรักษาควบคุมโรคหืดไม่ได้ผล⁵ การใช้ยาที่ไม่สม่ำเสมอของเด็กทำให้หืดกำเริบและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก⁶ การขาดความรู้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งในการนอนรักษาในโรงพยาบาล⁶ ศึกษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ พบว่าความรู้ของผู้ดูแลมีผลต่อการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิต⁷ นอกจากนี้ได้มีการศึกษาโดยจัดการสอนและให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ปกครองและเด็กโรคหืดหลังจากนั้นมีการประเมินซ้ำ พบว่า ทำให้ผู้ปกครองและเด็กมีความรู้เพิ่มขึ้น⁸ การควบคุมโรคหืดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ลดการมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็ก⁹

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาความรู้

เรื่องโรคหืดของผู้ดูแล ระดับการควบคุมโรคและคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืด วัตถุประสงค์รองเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของผู้ดูแลกับระดับการควบคุมโรคหืดในเด็กและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืด ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืด เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืดต่อไป เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งทางกายและสุขภาพจิต

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เป็นการวิจัยแบบตัดขวางแบบไปข้างหน้า (prospective cross-sectional study) เก็บข้อมูลผู้ป่วยเด็กโรคหืดตั้งแต่วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2564 ประชากร คือ ผู้ป่วยเด็กโรคหืด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 7 ปี จนถึง 17 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคภูมิแพ้และคลินิกทางเดินหายใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับการวินิจฉัยโรคหืดอย่างน้อย 6 เดือน เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคหืดจาก The Global Initiative for Asthma (GINA) มีดังนี้ มีภาวะการอุดกั้นของหลอดลม ภาวะการอุดกั้นของหลอดลมหายไปได้เองหรือดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษา วินิจฉัยแยกโรคอื่นที่เป็นสาเหตุของการอุดกั้นของทางเดิน ระบบหายใจออกไปแล้ว โดยการศึกษาได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี รหัสโครงการวิจัย เลขที่ Sci111/2562 ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 264/2562

การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร Test of difference between two independent mean เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตตามแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตสำหรับเด็กโรคหืด (PAQLQ) ระหว่างกลุ่มที่ 1 ที่ควบคุมอาการโรคหืดได้ และกลุ่มที่ควบคุมอาการโรคหืดไม่ได้ (ควบคุมอาการได้บางส่วนและควบคุมอาการไม่ได้) โดยใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตจากงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁰ ที่มีค่า SD 1=1.14 และ SD 2=1.2 คะแนน และกำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบ (alpha) ที่ 0.05 และ Power of test (1-beta)

ที่ร้อยละ 90 และกำหนดค่าผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ย ($\mu_1 - \mu_2$) อย่างน้อยที่สุดที่จะพบในงานวิจัยนี้เท่ากับ 1 คะแนน และคำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มละ 29 และปรับเป็น 30 คนรวมทั้งหมดเป็นจำนวน 60 ราย

เครื่องมือวิจัย

ใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล ผู้ป่วยเด็ก ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ระดับความรุนแรง ระดับการควบคุมโรค ความสม่ำเสมอของการใช้ยา ฟันควบคุมอาการ การหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ แบบสัมภาษณ์ความรู้ของผู้ดูแลเป็นคำถามปลายปิด 25 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปและอาการของโรค สิ่งกระตุ้นให้เกิดโรคหืดและการจัดการ การรักษา และการใช้ยา และอาการกำเริบของโรค แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตสำหรับเด็กโรคหืด (PAQLQ) ย้อนหลังก่อนมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ สัมภาษณ์โดยพยาบาลผู้ช่วยวิจัยคนเดียวตลอดการวิจัย เป็นคำถามปลายปิด 23 ข้อ โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรมด้านอาการ ด้านอารมณ์ คะแนนคุณภาพชีวิตตั้งแต่ 1-7 โดย 1 หมายถึง รบกวนมากที่สุดหรือมีอาการตลอดเวลา 7 หมายถึง ไม่รบกวนเลยหรือไม่มีอาการเลย ค่าเฉลี่ย 6.01-7.00 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตดีมาก 5.01-6.00 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตดี 4.01-5.00 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตปานกลาง 3.01-4.00 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตค่อนข้างน้อย 2.01-3.00 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตน้อยมาก หากแบ่งผู้ป่วยเด็กเป็น 2 กลุ่มคือ คุณภาพชีวิตดีมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่า 4 และคุณภาพชีวิตน้อยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 มีการทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนังเพื่อประเมินหาสารก่อภูมิแพ้ทางอากาศและการตรวจสมรรถภาพปอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS สำหรับข้อมูลเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณด้วยวิธี Mann Whitney U test คำนวณค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ของผู้ดูแลและระดับการควบคุมโรค ด้วยวิธี Kruskal Wallis-H test คำนวณค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ทางผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิตของเด็ก ด้วยวิธี Fisher Exact test คำนวณค่าความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อาการอย่างสม่ำเสมอและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดเด็กและเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดระหว่างกลุ่มที่ควบคุมอาการโรคหืดได้และกลุ่มที่ควบคุมอาการโรคหืดไม่ได้ ด้วยวิธี Mann Whitney U test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเด็ก อายุ 7-17 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหืด มีผู้ป่วยทั้งหมด 60 คน อายุเฉลี่ย 9.9 ± 2.7 ปี เพศชาย ร้อยละ 56.7 เพศหญิง ร้อยละ 43.3 มีประวัติโรคภูมิแพ้ในครอบครัว ร้อยละ 66.7 โรคภูมิแพ้ที่พบร่วมส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคโพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ ร้อยละ 43.3 มีคนสูบบุหรี่ในบ้าน ร้อยละ 16.7 เลี้ยงสัตว์ในบ้านส่วนใหญ่เป็นสุนัข ร้อยละ 16.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการหืดกำเริบโดยใช้ผ้าปูที่นอนกันไรฝุ่นและซักด้วยน้ำร้อนทุกสัปดาห์ นำตุ๊กตาหรือพรมออกจากห้องนอน ร้อยละ 21.7 จัดการมากกว่า 1 วิธี ร้อยละ 33.3 ไม่ได้จัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน ร้อยละ 23.3 ผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 56.7 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหืดเด็ก (n=60)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	56.7
หญิง	26	43.3
อายุเฉลี่ย (ปี)		
ค่าเฉลี่ย±SD	9.9±2.7	
อายุน้อยสุด-อายุมากที่สุด (ปี)	7-16.6	
ประวัติโรคภูมิแพ้ในครอบครัว	40	66.7
โพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้	26	43.3
มีคนสูบบุหรี่ในบ้าน	10	16.7
สัตว์เลี้ยงในบ้าน		
สุนัข	10	16.7
แมว	3	5
มากกว่า 1 ชนิด	3	5
ไม่มี	42	70
การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน		
ใช้ผ้าปูที่นอนกันไรฝุ่น, ชักด้วยน้ำร้อนทุกสัปดาห์	13	21.7
นำตุ๊กตา, พรมออกจากห้องนอน	13	21.7
จัดการมากกว่า 1 วิธี	20	33.3
ไม่ได้จัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน	14	23.3
การศึกษาของผู้ดูแล		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	3.3
ประถมศึกษา	5	8.3
มัธยมศึกษา	7	11.6
ปริญญาตรี	34	56.7
สูงกว่าปริญญาตรี	5	8.3

ข้อมูลเรื่องโรคหืดของผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับการควบคุมโรคหืดในเด็ก² โดยใช้ประวัติภายใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยมีอาการไอหรือหอบหรือหายใจมีเสียงหวีด ในช่วงกลางวัน มากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์ ต้องลุกขึ้นมาไอ/หอบ/หายใจมีเสียงหวีดในช่วงกลางคืน ต้องใช้ยาขยายหลอดลมมากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์มีอาการไอ/หอบ/หายใจมีเสียงหวีด ทำให้มีปัญหาในการเล่น หรือทำกิจวัตรประจำวัน ถ้าตอบไม่ใช่ทุกข้อ คือ ควบคุมได้ ตอบใช่ 1-2 ข้อ คือ ควบคุมได้บางส่วน ตอบใช่ 3-4 ข้อ คือ ควบคุมไม่ได้ พบว่า ระดับการควบคุมโรคหืดส่วนใหญ่ ได้แก่ ควบคุมได้ร้อยละ 50 และควบคุมได้บางส่วนร้อยละ 50 ไม่มีผู้ป่วยที่ควบคุมอาการไม่ได้

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืด ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตดี คะแนน PAQLQ score > 4 ร้อยละ 68.3 การใช้ยาควบคุมอาการส่วนใหญ่พ่นยาชนิดสเตียรอยด์สม่าเสมอทุกวันร้อยละ 86 ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมเพียงอย่างเดียวร้อยละ 28.4 ใช้ยาพ่นชนิดสเตียรอยด์และยาพ่นขยายหลอดลมร้อยละ 63.3 ใช้ยาพ่นชนิดสเตียรอยด์ ยาพ่นขยายหลอดลมและยาต้านลิโคไทรอินร้อยละ 8.3 โรคภูมิแพ้ที่พบร่วมส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคโพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ ร้อยละ 88.4 การแพ้สารก่อภูมิแพ้ทางอากาศพบว่า แพ้ไรฝุ่นชนิด *D. pteronyssinus* มากที่สุดร้อยละ 50 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลเรื่องโรคหืดของผู้ป่วยโรคหืด (n=60)

ข้อมูลด้านโรคหืด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการควบคุมอาการโรคหืด		
ควบคุมได้	30	50
ควบคุมได้บางส่วน	30	50
FEV1 ค่าเฉลี่ย±SD	80%±15.5	
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืด		
คุณภาพชีวิตดี PAQLQ score>4	41	68.3
คุณภาพชีวิตน้อย PAQLQ score≤4	19	31.7
การใช้ยาเพื่อควบคุมอาการ		
1. ยาพ่นชนิดสเตียรอยด์		
ใช้ยาพ่นชนิดสเตียรอยด์	43	71.6
-ใช้สม่ำเสมอทุกวัน	37	86
-ใช้ไม่สม่ำเสมอ	6	14
ไม่ใช้ยาพ่นชนิดสเตียรอยด์	17	28.4
2. ยาพ่นขยายหลอดลมเพียงอย่างเดียว	17	28.4
3. ยาพ่นชนิดสเตียรอยด์และยาพ่นขยายหลอดลม	38	63.3
4. ยาพ่นชนิดสเตียรอยด์,	5	8.3
ยาพ่นขยายหลอดลมและยาต้านลิวโคไตรอีน		
โรคภูมิแพ้ที่พบร่วม		
ไม่มี	17	28.3
มี	43	71.7
โพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้	38	88.4
การแพ้สารก่อภูมิแพ้ทางอากาศ		
ไรฝุ่นชนิด D.pteronyssinus	30	50
ไรฝุ่นชนิด D.farinae	23	38.3
แมลงสาบ American cockroach	14	23.3
แมลงสาบ German cockroach	3	5
รังแคแมว Cat dander	2	3.3
รังแคสุนัข Dog dander	2	3.3
หญ้า Grass	5	8.4
เชื้อรา Mixed mold	3	5

จากการสัมภาษณ์ความรู้ผู้ดูแลโดยใช้คำถามปลายปิด 25 ข้อ พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้โดยรวม 16.7 ± 2.46 จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน (ร้อยละ 78.3) โดยเป็นคะแนนเรื่องความรู้ทั่วไปและอาการของโรค 4.62 จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน (ร้อยละ 56.7) เรื่องสิ่งกระตุ้นให้เกิดโรคหืดและการจัดการ 4.65 คะแนน จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน (ร้อยละ 70) เรื่องการรักษาและการใช้ยา 4.98 จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน (ร้อยละ 60) เรื่องอาการกำเริบของโรคหืด 2.52 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน (ร้อยละ 80) จากผลดังกล่าวพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องอาการกำเริบของโรคหืดมากที่สุดและพบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้ทั่วไปและอาการของโรคน้อยที่สุด

เมื่อทำการแบ่งระดับความรู้ผู้ดูแลตามเกณฑ์ของ Bloom cognitive domain¹¹ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่คะแนนความรู้เฉลี่ยโดยรวมต่ำ คือ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 มีจำนวนเพียงร้อยละ 11.7 กลุ่มผู้ดูแลที่คะแนนความรู้เฉลี่ยโดยรวมปานกลางถึงสูง คือ ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 มีจำนวนมากถึงร้อยละ 88.3

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้โดยรวมของผู้ดูแลซึ่งได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลที่ได้คะแนนความรู้โดยรวมต่ำและกลุ่มผู้ดูแลที่ได้คะแนนความรู้โดยรวมปานกลางถึงสูง กับระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งได้แก่ ควบคุมได้และควบคุมได้บางส่วน โดยใช้ Fisher Exact

test โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบว่าคุณสมบัติของผู้ดูแลโดยรวมนั้นมีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยเด็กโรคหืดหรือไม่ เช่น ถ้าคะแนนความรู้โดยรวมสูง จะมีระดับการควบคุมโรคที่ดี หรือความรู้โดยรวมน้อย จะมีระดับการควบคุมโรคได้ไม่ดี พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้โดยรวมกับระดับการควบคุมโรค โดยมี $p=1.00$ บ่งบอกว่าไม่ว่าคะแนนความรู้จะมากหรือน้อยก็ไม่ผลกับระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้โดยรวมของผู้ดูแลซึ่งได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลที่ได้คะแนนความรู้โดยรวมต่ำและกลุ่มผู้ดูแลที่ได้คะแนนความรู้โดยรวมปานกลาง

ถึงสูง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดซึ่งได้แก่ กลุ่มคุณภาพชีวิตดี และกลุ่มคุณภาพชีวิตน้อย โดยใช้ Fisher Exact test โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบว่าคุณสมบัติของผู้ดูแลโดยรวมนั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืดหรือไม่ เช่น ถ้าคะแนนความรู้โดยรวมสูง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือความรู้โดยรวมน้อยจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของผู้ดูแลโดยรวมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืดเช่นกัน โดยมี $p=0.67$ บ่งบอกว่าไม่ว่าคะแนนความรู้โดยรวมของผู้ดูแลจะมากหรือน้อยก็ไม่ผลกับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความรู้ของผู้ดูแลแยกตามระดับการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตและความรู้โรคหืดรายด้านของผู้ดูแล

	กลุ่มผู้ดูแลที่ได้คะแนนความรู้ต่ำ คน (ร้อยละ)	กลุ่มผู้ดูแลที่ได้คะแนนความรู้ปานกลางถึงสูง คน (ร้อยละ)	p-value
ระดับการควบคุมโรคหืด			
ควบคุมได้บางส่วน (n=30)	4 (57.1)	26 (49.0)	1.00
ควบคุมได้ (n=30)	3 (42.9)	27 (51.0)	
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด			
คุณภาพชีวิตน้อย (n=19)	3 (42.8)	16 (30)	0.67
คุณภาพชีวิตดี (n=41)	4 (57.2)	37 (70)	

การศึกษานี้สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (PAQLQ) ในผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ปี จำนวน 60 ราย พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยได้คะแนนเฉลี่ย 5.5 ± 1.1 คะแนน จากคะแนนเต็ม 7 โดยกลุ่มที่ควบคุมอาการได้มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านมากกว่ากลุ่มที่ควบคุมอาการได้บางส่วน ในกลุ่มที่ควบคุมได้พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย 5.8 ± 1.0 คะแนน จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน กลุ่มที่ควบคุมได้บางส่วนคะแนนเฉลี่ย 5.3 ± 1.2 คะแนน เมื่อดูคะแนนคุณภาพชีวิตโดยจำแนกรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรม กลุ่มควบคุมได้เท่ากับ 5.7 ± 1.2 คะแนน กลุ่มที่ควบคุมได้บางส่วนเท่ากับ 5.4 ± 1.3 คะแนน ด้านอาการแสดงของโรค กลุ่มควบคุมได้เท่ากับ 5.8 ± 0.9 คะแนน กลุ่มที่ควบคุมได้บางส่วนเท่ากับ 5.2 ± 1.5 คะแนน ด้านอารมณ์ กลุ่มควบคุมได้เท่ากับ 5.9 ± 1.0 คะแนน กลุ่มที่ควบคุมได้บางส่วนเท่ากับ 5.3 ± 1.2 คะแนน

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าพบพบ

สเตียงรอยด์ควบคุมอาการกับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดเด็ก พบว่า กลุ่มที่ใช้ยาพ่นอย่างสม่ำเสมอ และใช้ไม่สม่ำเสมอ มีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน $p=0.64$

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้านกับระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งได้แก่ กลุ่มที่ควบคุมได้บางส่วน และกลุ่มควบคุมได้ โดยใช้ Mann Whitney U test พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม ทั้งคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรม ด้านอาการกับระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด $p=0.06, 0.23, 0.10$ ตามลำดับ แต่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ระหว่างกลุ่มที่ควบคุมได้และควบคุมได้บางส่วน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.04$ โดยที่คะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ กลุ่มควบคุมได้ ได้มากกว่ากลุ่มที่ควบคุมได้บางส่วน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืดแยกตามระดับการควบคุมโรค

คะแนนจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต	Mean (SD)		p-value
	ระดับการควบคุมโรคหืด		
	ควบคุมได้บางส่วน (n=30)	ควบคุมได้ (n=30)	
คุณภาพชีวิตโดยรวม	5.3 (1.2)	5.8 (1.0)	0.06
ด้านชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรม	5.4 (1.3)	5.7 (1.2)	0.23
ด้านอาการ	5.2 (1.5)	5.8 (0.9)	0.10
ด้านอารมณ์	5.3 (1.2)	5.9 (1.0)	0.04

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า คะแนนความรู้ของผู้ดูแล มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 16.7 ± 2.5 (ร้อยละ 78.3) อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร ศรีรัตนวงศ์⁷ ที่มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 16.5 ± 2.5 คะแนน (ร้อยละ 66) และใกล้เคียงกับการศึกษาของต่างประเทศ Moosa SE¹² พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมร้อยละ 72 เห็นได้จากการศึกษาที่ก่อนหน้านี้ในเรื่องเกี่ยวกับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ทั้งในประเทศและต่างประเทศ แม้ว่าจะยังมีการศึกษาอยู่น้อย แต่ก็มีความรู้และผลการศึกษาโดยส่วนใหญ่ใกล้เคียงกัน สำหรับการศึกษาศึกษาความรู้รายด้าน พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องอาการกำเริบของโรคหืดมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ เรื่องสิ่งกระตุ้นให้เกิดโรคหืดและการจัดการ การรักษาและการใช้ยา ตามลำดับ ผู้ดูแลมีความรู้ที่น้อยที่สุด ได้แก่ เรื่องความรู้ทั่วไปและอาการของโรค ดังนั้นควรจะต้องมีการปรับปรุงการสอนและให้ความรู้ผู้ป่วยในคลินิกเพิ่มเติมในเรื่องดังกล่าว โดยต้องเน้นสอนในเรื่องแผนการปฏิบัติตัวเบื้องต้นเพื่อควบคุมอาการของโรคหืด เน้นสอนในเรื่องแผนการปฏิบัติตัวเบื้องต้นเพื่อควบคุมอาการของโรคหืด เช่น สอนการประเมินอาการ การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมในภาวะฉุกเฉิน เทคนิคการพ่นยา การปรับเพิ่มยาพ่นเพื่อควบคุมอาการในกรณีที่มีอาการหอบมากขึ้น เป็นต้น และควรประเมินความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ หลังให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจากการศึกษาทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยพบว่า การให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³

การประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (PAQLQ) ในผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ

7 ปี จำนวน 60 รายพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยได้คะแนนเฉลี่ย 5.5 ± 1.1 คะแนน จากคะแนนเต็ม 7 ได้ผลใกล้เคียงกับการศึกษาของพรชัย วัฒนรังสรรค์¹⁴ ที่มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 5.4 ± 1.3 คะแนน โดยพบว่า กลุ่มที่ควบคุมอาการได้ มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านมากกว่ากลุ่มที่ควบคุมอาการได้บางส่วน และเมื่อประเมินคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอาการแสดงของโรคต่ำที่สุดในกลุ่มที่ควบคุมอาการได้บางส่วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย¹⁰ และต่างประเทศ¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตด้านอาการแสดงของโรคต่ำกว่าด้านอื่น และเมื่อประเมินคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านในกลุ่มที่ควบคุมอาการได้ พบว่า มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรมต่ำที่สุด เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาพ่นชนิดสเตียรอยด์ควบคุมอาการกับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดเด็กพบว่า กลุ่มที่ใช้ยาพ่นควบคุมอาการอย่างสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ มีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน $p=0.64$ อาจเป็นเพราะระดับการควบคุมโรคส่วนใหญ่เป็นระดับควบคุมได้ร้อยละ 50 ควบคุมได้บางส่วนร้อยละ 50 ไม่มีกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ จึงทำให้ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างดีไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้และระดับการควบคุมอาการของโรคพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเด็กในคลินิกส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีการดูแลและให้ความรู้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีความรู้ที่ต่อเนื่องแล้ว และระดับการควบคุมโรคส่วนใหญ่เป็นระดับควบคุมได้ร้อยละ 50 ควบคุมได้บางส่วนร้อยละ 50 ไม่มีกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ จึงอาจทำให้ไม่เห็นความแตกต่างที่ชัดเจน

กับระดับการควบคุมโรคได้

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาในไทย⁷ และต่างประเทศ¹³ ที่พบว่าความรู้ของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กัน ผู้ดูแลที่มีความรู้ดี คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคหืดเพิ่มขึ้นชัดเจน การศึกษาของ Bryant-Stephens T¹⁵ ที่ให้ความรู้กับบิดามารดา 267 คน ติดตามทุก 3, 6 เดือน จนครบ 1 ปี พบว่า คะแนนความรู้ของบิดามารดาและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นชัดเจน เหตุผลที่คะแนนความรู้และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในงานวิจัยนี้อยู่ในเกณฑ์ดี เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ผ่านการรักษามาแล้ว ดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและควบคุมอาการได้ดี จึงอาจทำให้ไม่เห็นความแตกต่างที่ชัดเจน

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้านกับระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งได้แก่ กลุ่มที่ควบคุมได้บางส่วน และกลุ่มควบคุมได้พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม ทั้งคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรม ด้านอาการกับระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด แต่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ระหว่างกลุ่มที่ควบคุมได้และควบคุมได้บางส่วน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่กลุ่มควบคุมได้ได้คะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์มากกว่ากลุ่มที่ควบคุมได้บางส่วน กลุ่มที่ควบคุมได้บางส่วนอาจมีอาการกำเริบต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล หยุดเรียน ออกกำลังกายได้จำกัด จึงทำให้มีภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลกับอาการหืดกำเริบ และส่งผลกับครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม

การศึกษานี้สรุปได้ว่า ความรู้ของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยส่วนมากมีระดับการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของผู้ดูแลกับระดับการควบคุมโรคหรือคุณภาพชีวิตของเด็กโรคหืด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้ การทำวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัดที่เป็นการศึกษา โดยการสัมภาษณ์เพียงครั้งเดียว ไม่มีการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง ดังนั้น ใน

การศึกษาต่อไป ควรมีการศึกษาโดยมีการทดสอบ ความรู้และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง มีกลุ่มควบคุม และมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ความรู้ของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ควรมีการปรับปรุงการสอนและให้ความรู้ผู้ป่วยในคลินิกเพิ่มเติมในเรื่องแผนการปฏิบัติตัวเบื้องต้นเพื่อควบคุมอาการของโรคหืดและมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มี

แหล่งเงินทุนสนับสนุน: กองสนับสนุนงานวิจัย คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพาที่สนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ ดร.วัลลภ ใจดี วิทยากรประจำคลินิกวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพาสำหรับการให้คำปรึกษาด้านสถิติเพื่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Reichenberg K, Broberg AG. Emotional and behavioural problems in Swedish 7-to 9-year olds with asthma. *Chron Respir Dis* 2004;1:183-9.
2. Serebrisky D, Wiznia A. Pediatric asthma: a global epidemic. *Ann Glob Health* 2019;85:6.
3. Juniper EF, Guyatt GH, Feeny DH, Ferrie PJ, Griffith LE, Townsend M. Measuring quality of life in children with asthma. *Qual Life Res* 1996;5:35-46.
4. Poachanukoon O, Visitsunthorn N, Leurmarukul W, Vichyanond P. Pediatric asthma quality of life questionnaire (PAQLQ): validation among asthmatic children in Thailand. *Pediatr Allergy Immunol* 2006;17:207-12.
5. Lim SH, Goh DY, Tan AY, Lee BW. Parents' perceptions towards their child's use of inhaled medications for asthma therapy. *J Paediatr Child Health* 1996;32:306-9.
6. Henry RL, Cooper DM, Halliday JA. Parental asthma knowledge: its association with readmission of children to hospital. *J Paediatr Child Health* 1995;31:95-8.
7. Sriratawong K, Pridiyonon P, Poachanukoon O. Asthma knowledge, level of control and quality of life in asthmatic children at Thammasat Hospital. *Thai journal of pediatrics* 2010; 49:255-62.
8. Evans D, Clark NM, Feldman CH, Rips J, Kaplan D, Levison MJ, et al. A school health education program for children with asthma aged 8-11 years. *Health Educ Q.* Fall 1987; 14:267-79.
9. Janyalertadun P, Kweawsanga S. Outcomes of preliminary

- education in asthmatic children and caregivers of Warinchamrab Hospital. Thai journal of pediatrics 2011;50: 169-76.
10. Sattabud M, Asthma knowledge, level of control and quality of life in asthmatic children at Lahansai Hospital; Journal of the Department of Medical Services 2017; 42(3):40-6.
 11. Bloom BS, Englehart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. handbook I: cognitive domain. New York : Longmans, Green.1956.
 12. Moosa SE, Henley LD. An evaluation of parental knowledge of childhood asthma in a family practice setting. S Afr Med J 1997;87:42-5.
 13. Bryant-Stephens T, Li Y. Community asthma education program for parents of urban asthmatic children. J Natl Med Assoc 2004;96:954-60.
 14. Wattanarungsun P. Asthma knowledge, level of control and quality of life in asthmatic children at Chaoprayayomraj Hospital; Thai J Pediatr 2013;52(3):227-35.
 15. Bryant-Stephens T, Li Y. Community asthma education program for parents of urban asthmatic children. J Natl Med Assoc 2004;96:954-60.