

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมโรคหืด ในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

สุจิตรา สีดาดี พ.ว.

ชนนิกานต์ วิไลฤทธิ์ พ.ว.

โรงพยาบาลลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

**บทคัดย่อ** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการควบคุมโรคหืด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมโรคหืด ในผู้ป่วยโรคหืดอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างตุลาคม 2552 ถึง กันยายน 2553 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหืดอายุ 15 ปีขึ้นไป เก็บข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์และแบบประเมินผลการควบคุมโรคหืดฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคว์สแควร์และการถดถอยพหุโลจิสติก พบว่ามีผู้ป่วยทั้งสิ้น 365 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีระดับการควบคุมโรคหืดได้สมบูรณ์ 16 ราย (4.38%) ควบคุมได้บางส่วน 160 ราย (43.84%) และควบคุมไม่ได้ (189 ราย (51.78%) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ มีประวัติโรคหืดในครอบครัว (adjusted OR 2.2 95%CI 1.2, 4.0) ไม่มียาพ่นขยายหลอดลม (adjusted OR 0.3 95% CI 0.1, 0.5) สัมผัสควันรูป (adjusted OR 2.0 95% CI 1.1, 3.6) สัมผัสอากาศในฤดูฝนหรือฤดูหนาว (adjusted OR 3.1 95% CI 1.8, 5.3) และสัมผัสควันไฟจากการหุงต้มอาหาร (adjusted OR 2.1 95% CI 1.2, 3.8) ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคหืดในอำเภอลำปลายมาศควบคุมโรคได้ในระดับต่ำ ดังนั้น สถานบริการในระดับปฐมภูมิควรติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหืดทุกรายเพื่อแนะนำการใช้แบบประเมินการควบคุมโรคหืด รวมทั้งจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการสัมผัสสิ่งกระตุ้น ส่วนในโรงพยาบาลควรมีการวัดประสิทธิภาพปอดของผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการเปรียบเทียบผลการดูแลรักษา และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป

**คำสำคัญ:** โรคหืด, ระดับการควบคุมโรคหืด, ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมโรค

## บทนำ

โรคหืดเป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของหลอดลม จนหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ หากได้รับยาลดการอักเสบของหลอดลมอย่างเหมาะสม ก่อนที่จะเกิดอาการอักเสบเรื้อรังก็จะสามารถควบคุมโรคหืดได้ดี ซึ่งมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจของโรคนี้นสูงกว่าโรควัณโรค และโรคเอดส์รวมกัน<sup>(1)</sup> จากอุบัติการณ์ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มสูงขึ้นในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมา และคาดว่า

จะมีอัตราสูงขึ้นไปถึง 400 ล้านคนในปี 2025<sup>(2)</sup> ในประเทศไทย สมาคมโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยาแห่งประเทศไทยได้รายงานว่าพบผู้ใหญ่เป็นโรคหืด (ช่วงอายุ 20-44 ปี) ร้อยละ 4 - 6 ของประชากรทั้งหมด<sup>(3)</sup> ในพื้นที่อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ปี 2551 - 2553 ผู้ป่วยโรคหืดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้รับบริการที่ต้องได้รับการพ่นยาด้วยภาวะจับหืดทั้งใน ห้องฉุกเฉินและในศูนย์สุขภาพชุมชน ถึงแม้ว่า ปี 2551

โรงพยาบาล ลำปลายมาศได้จัดตั้ง Easy asthma clinic ในโรงพยาบาล เพิ่มยาและอุปกรณ์พ่นยาในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังดำเนินการพบว่า การเข้าถึงบริการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ดีขึ้น แต่ผู้รับบริการยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี 2552 และ 2553 พบผู้ป่วย 125 คนและ 172 คนตามลำดับ ในจำนวนนี้มีอาการหอบกำเริบที่ต้องพ่นยา ร้อยละ 30.14 และต้องนอนโรงพยาบาลร้อยละ 21.92 จากสถานการณ์ข้างต้น ทีมผู้วิจัยจึงได้ตระหนักและสนใจในปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรับทราบสถานการณ์และสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง ซึ่งจะนำไปสู่แนวทางการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง จึงได้ทำการศึกษาวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการควบคุมโรคหืดรวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

### วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ประชากรในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหืดอายุ 15 ปี ขึ้นไปที่อาศัยในพื้นที่อำเภอลำปลายมาศ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2552 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2553 และใช้เกณฑ์คัดเข้าเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการอย่างน้อย 4 ครั้งและเกณฑ์คัดออกเป็นผู้ป่วยที่มีโรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง วัณโรค โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคปอดเรื้อรัง มีปัญหาสุขภาพจิต มีความผิดปกติแต่กำเนิดของทางเดินหายใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และมีความพิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาปรับปรุงโดยมีเนื้อหา 3 ส่วน แบ่งเป็นปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการรักษาและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และแบบประเมินผลการควบคุมโรคหืดฉบับภาษาไทย (Asthma Control Test - ACT)<sup>(4-5)</sup> ซึ่งเป็นแบบประเมินผลการควบคุมโรคหืดที่ประกอบด้วย

อาการหอบหืดที่เกิดขึ้นในเวลากลางวันและกลางคืน ผลกระทบของโรคต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำนวนของยาขยายหลอดลมที่ใช้ และความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการควบคุมโรคจากการรักษาในระยะ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการให้คะแนนตั้งแต่ 1 - 5 (ไม่มีอาการ = 5 ไปจนถึงมีอาการมาก = 1) ในด้านการแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

- ควบคุมได้สมบูรณ์ หมายถึง มีระดับคะแนน 25 คะแนน
- ควบคุมได้บางส่วน หมายถึง มีระดับคะแนน 20-24 คะแนน
- ควบคุมไม่ได้ หมายถึง มีระดับคะแนน 19 คะแนนลงมา

เก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์โดยพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง โดยได้รับการชี้แจงแบบสัมภาษณ์ก่อนลงเก็บข้อมูลในพื้นที่และเก็บข้อมูลการใช้ยาจากเวชระเบียนผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลแจกแจงเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่นำมาปรับแบ่งระดับการควบคุม เป็น 2 ระดับเพื่อใช้ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร คือ (1) กลุ่มควบคุมได้ หมายถึง กลุ่มควบคุมได้สมบูรณ์และกลุ่มควบคุมได้บางส่วน และ (2) กลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ แล้ววิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบ chi-square และ multiple logistic regression

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 365 คน มีอายุเฉลี่ย 54.38 ปี เพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน สมรสแล้วร้อยละ 75.62 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.42 ไม่มีโรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจากโรคร่วมของเกณฑ์คัดออก ใช้สิทธิสวัสดิการบัตรทองมากที่สุดร้อยละ 87.95 ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,852.50 บาท และส่วนใหญ่คนในครอบครัวไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 60.27 นอกจากนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 61.9 มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคน้อยกว่า 10 ปี

**ผลการวัดระดับการควบคุมโรคหืด**

จากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบประเมินผลการควบคุมโรคหืด (asthma control test) พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคหืดได้สมบูรณ์เพียง 16 ราย (ร้อยละ 4.38) ควบคุมได้บางส่วน 160 ราย (ร้อยละ 43.84) และส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้ ซึ่งมี 189 ราย (ร้อยละ 51.78)

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมโรคหืด****ปัจจัยด้านบุคคล พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์**

กับระดับการควบคุมโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ การมีประวัติโรคหืดในครอบครัวสายตรง และการมีประวัติโรคมุมิแพ้ ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับ เพศ อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษา ค่าดัชนีมวลกายและระยะเวลาในการเป็นโรคหืด ไม่พบว่ามีผลต่อการควบคุมโรคหืด ดังตารางที่ 1

**ปัจจัยด้านการรักษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถ**

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลต่อระดับการควบคุมโรคหืด

ปัจจัยด้านบุคคล		ควบคุมได้ (n=176 คน) จำนวน (%)	ควบคุมไม่ได้ (n=189 คน) จำนวน (%)	p-value <sup>A</sup>
เพศ	ชาย	85 (48.30)	94 (49.70)	0.783
	หญิง	91 (51.70)	95 (50.30)	
อายุ (ปี)	15 – 22	16 (9.09)	6 (3.17)	0.007
	23 – 59	98 (55.69)	89 (47.09)	
	60 – 100	62 (35.22)	94 (49.74)	
	Mean (SD)	51.43 (17.69)	57.13 (15.99)	
อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	37 (21.03)	46 (24.34)	0.528
	กลุ่มไม่ใช้แรงงาน	15 (8.52)	17 (9.00)	
	กลุ่มใช้แรงงาน	124 (70.45)	126 (66.66)	
รายได้(บาทต่อเดือน) ≥ 10,000	< 10,000	12 (6.82)	13 (6.88)	0.900
	< 10,000	164 (93.18)	176 (93.12)	
	Mean (SD)	5,013.07 (5,086.09)	4,703.00 (3,733.84)	
การศึกษา	สูงกว่าขั้นพื้นฐาน	64 (36.36)	42 (22.22)	0.523
	ขั้นพื้นฐานหรือต่ำกว่า	112 (63.64)	147 (77.78)	
BMI	ปกติ	75 (42.61)	90 (47.62)	
	ต่ำกว่าปกติ	15 (8.52)	27 (14.28)	
	สูงกว่าปกติ	86 (48.87)	72 (38.10)	
มีประวัติโรคหืดในครอบครัวสายตรง		29 (16.50)	61 (32.30)	< 0.001
มีประวัติโรคมุมิแพ้		30 (17.00)	52 (27.50)	0.017
ระยะเวลาเป็นโรค (ปี) < 10	> 10	116 (65.91)	110 (58.20)	0.130
	> 10	60 (34.09)	79 (41.80)	
	Mean (SD)	7.93 (8.89)	10.78 (13.44)	

<sup>A</sup> Pearson chi-square, ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05

เข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ และปัจจัยด้านการใช้ยารักษาโรคหืดส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น การไม่มียาพ่นผสมสเตียรอยด์บวกลดความเครียดของหลอดลม ดังตารางที่ 2

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัจจัยทุกตัวมีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

เมื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับแก้ระดับการควบคุมเป็น 2

ระดับคือควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ แล้วนำมาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมโรคหืดโดยใช้สถิติทดสอบ multiple logistic regression พบว่าการมีประวัติโรคหอบหืดในครอบครัว การไม่มียาพ่นขยายหลอดลม การสัมผัสควันธูป การสัมผัสอากาศในฤดูหนาวหรือฤดูฝน และการสัมผัสควันไฟจากการหุงต้มอาหารมีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษาต่อระดับการควบคุมโรคหืด

การรักษาพยาบาล	ควบคุมได้ (n=176 คน) จำนวน (%)	ควบคุมไม่ได้ (n=189 คน) จำนวน (%)	p-value <sup>A</sup>
<b>สถานบริการที่รับการรักษา</b>			
สถานบริการของรัฐ	153 (86.93)	180 (95.24)	0.005
สถานบริการเอกชน	23 (13.07)	9 (4.76)	
<b>การใช้ยารักษาโรคหืดในรอบ 6 เดือน</b>			
ไม่มียาพ่นสเตียรอยด์ใช้พ่นประจำ	131 (74.40)	96 (50.80)	< 0.001
ไม่มียาพ่นขยายหลอดลมใช้พ่นเวลาหอบ	102 (58.00)	41 (41.70)	<0.001
ไม่มียาพ่นผสมสเตียรอยด์บวกลดความเครียดของหลอดลม	146 (83.00)	147 (77.80)	0.214
ไม่มียากินขยายหลอดลม	96 (54.50)	52 (27.50)	0.001
ไม่มียาพ่นด้วยออกซิเจนหรือพ่นด้วยเครื่องพ่น	167 (94.90)	164 (86.80)	0.008
ไม่มีการรักษาโรคหืดต่อเนื่อง	89 (50.60)	57 (30.20)	< 0.001

<sup>A</sup> Pearson chi-square, ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่อระดับการควบคุมโรคหืด

สิ่งแวดล้อมบริเวณบ้าน	ควบคุมได้ (n=176 คน) จำนวน (%)	ควบคุมไม่ได้ (n=189 คน) จำนวน (%)	p-value <sup>A</sup>
สัมผัสการเลี้ยงสัตว์ที่มีขน	88 (50.00)	118 (62.40)	0.017
สัมผัสควันไฟจากการเผาขยะ	62 (35.20)	87 (46.00)	0.036
สัมผัสควันไฟจากการหุงต้มอาหาร	68 (38.60)	106 (56.10)	0.001
สัมผัสเครื่องนอนเครื่องนุ่มห่มที่เป็นสำลี นุ่น ขนสัตว์	79 (44.90)	108 (57.10)	0.019
สัมผัสฝุ่นจากโรงสีข้าว	15 (8.50)	36 (19.00)	0.004
สัมผัสควันธูป	28 (15.90)	64 (33.90)	< 0.001
สัมผัสฤดูหนาวหรือฤดูฝน	83 (47.20)	153 (81.00)	< 0.001

<sup>A</sup> Pearson chi-square ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับการควบคุมโรคหืด

ตัวแปร	Crude odds ratio		Adjusted odds ratio	
	OR	95% CI	OR	95% CI
มีประวัติโรคหอบหืดในครอบครัวสายตรง	2.4	1.4-3.9	2.2	1.2-4.0
ไม่มียาพ่นขยายหลอดลม	0.2	0.1-0.3	0.3	0.1-0.5
ควันธูป	2.7	1.6-4.4	2.0	1.1-3.6
ฤดูหนาวหรือฤดูฝน	4.7	2.9-7.6	3.1	1.8-5.3
ควันไฟจากการหุงต้มอาหาร	2.0	1.3-3.0	2.1	1.2-3.8

\* Statistical significant for adjusted odds ratio

## วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการควบคุมโรคหืดอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากพบว่า มีผู้ป่วยไม่ถึงร้อยละ 40 ที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ ซึ่งเป็นยาหลักในการรักษาผู้ป่วยและได้รับการรักษาต่อเนื่องเพียงร้อยละ 60 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานที่พบว่าในจังหวัดสุรินทร์ ประจวบคีรีขันธ์ และพิษณุโลก<sup>(6)</sup> ผู้ป่วยโรคหืดชนิดเรื้อรังได้รับยาพ่นสเตียรอยด์เฉลี่ยเพียงร้อยละ 44.5 นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 42.74 ผู้ป่วยมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีการควบคุมโรคหืดไม่ได้ถึงร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะยาพ่นซึ่งเป็นยาที่มีวิธีใช้ซับซ้อน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดปัญหาในการใช้ยาและการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุอื่น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความสามารถในการมองเห็นลดลง อาการมือสั่นขณะเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถกดยาพ่นได้ และจำนวนพ่นหน้าที่ไม่ครบทำให้ไม่สามารถอมหลอดยาพ่นได้มิด ส่งผลต่อประสิทธิภาพการควบคุมอาการของโรคหืดในผู้สูงอายุ<sup>(7)</sup>

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับการควบคุมโรคหืดพบว่าผู้ที่มีประวัติโรคหืดในครอบครัวสายตรง อาจเนื่องมาจากกรรมพันธุ์เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคหืด จึงทำให้การควบคุมโรคหืดอาจทำได้ยากกว่า ในเรื่องปัจจัยด้านการรักษาพบว่า ผู้ป่วยที่มียาพ่นขยายหลอดลมใช้พ่นเวลาหอบ มีโอกาสควบคุมโรคหืดไม่ได้เป็น 3.3

เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มียาพ่นขยายหลอดลม (adjusted OR 3.3 95% CI 2, 10) อาจเนื่องมาจากในกลุ่มที่ควบคุมโรคหืดได้อาจไม่มียาพ่นขยายหลอดลมประจำ จึงไม่มียาพ่นขยายหลอดลมไว้ติดตัว และเป็นข้อจำกัดในการศึกษาแบบภาคตัดขวางที่ไม่สามารถระบุได้ว่า การที่มีปัจจัยนั้นเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหรือไม่ ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ควันไฟจากการหุงต้มอาหาร การสัมผัสควันธูป และฤดูหนาวหรือฤดูฝน มีความสัมพันธ์ต่อระดับการควบคุมโรคหืด อาจเนื่องมาจากวิถีชีวิตของผู้ป่วยในชุมชนส่วนใหญ่มีการประกอบอาหารภายในบ้าน การหลีกเลี่ยงควันไฟเป็นไปได้ยาก ซึ่งการสัมผัสควันไฟจากการหุงต้มอาหาร เป็นสิ่งกระตุ้นที่สำคัญที่สามารถก่อให้เกิดอาการหอบในผู้ป่วยโรคหืด<sup>(8)</sup> ดังนั้นควรส่งเสริมให้ใช้เตาที่มีควันภายนอกบ้านเพื่อลดการสัมผัส ส่วนการสัมผัสควันธูปเป็นวิถีชีวิตของชุมชนในการเข้าวัดนั้น อาจเป็นเพราะควันธูปมีสารพิษทำให้เกิดอาการระคายเคือง คือ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์และไนโตรเจนไดออกไซด์ สอดคล้องกับในหลายการศึกษาที่พบว่า มลพิษในอากาศที่มีอยู่ภายในบ้านรวมถึงควันธูป มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจรวมถึงโรคหืด<sup>(9-10)</sup> ในชุมชนควรเพิ่มการรณรงค์และสร้างความตระหนักด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับควันธูปและควันไฟในพื้นที่การสัมผัสอากาศเย็นในฤดูหนาวหรือฤดูฝน ทำให้มีเสมหะออกมาก ทำให้เกิดอาการหอบได้ง่าย ซึ่งสัมพันธ์

กับการศึกษาที่ว่า สาเหตุของอาการหอบเฉียบพลัน อันดับแรกคือการติดเชื้อในการเดินทางไจร้อยละ 50 ในช่วงที่อากาศเย็น<sup>(11)</sup> ดังนั้นในระดับปฐมภูมิ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็น การให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัว ตลอดจนการใช้แบบประเมินการควบคุมโรคหืดในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการควบคุมโรคหืดเป็นสิ่งสำคัญและเป็นเครื่องมือให้กับผู้ป่วยในการประเมินตนเองได้

ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการวัดประสิทธิภาพของปอดเพื่อเปรียบเทียบ และร่วมกับทีมเภสัชกรรมในเรื่องการเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการใช้ยาพ่นชนิด metered-dose inhaler (MDI) กับ Nebulizer ในผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อใช้ในพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่นครราชสีมา และขอขอบคุณ นายแพทย์ ยิ่งเกียรติ พิษณุวงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปลายมาศ และคณะอาจารย์ที่ปรึกษาจากศูนย์การเรียนรู้ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พยาบาลวิชาชีพ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่านที่เสียสละเวลาในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. World Allergy Organization. State of world allergy report 2008 - allergy and chronic respiratory diseases [Internet]. [cited 2009 July17]. Available from: <http://www.waojournal.org>. AsiaNet Press Release.
2. World Health Organization. Asthma: facts [Internet]. [cited 2009 July20]. Available from: <http://www.who.int/respiratory/asthma/scope/en/>
3. สมาคมโรคหอบหืดแห่งประเทศไทย. สถิติโรคหอบหืด [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 19 พฤษภาคม 2554].

- แหล่งข้อมูล: <http://guru.muslimthai.com/main/index.php?page=sub&category=20&id=17363>
4. คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษา โรคหืด พ.ศ. 2551. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข: การดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2552.
  5. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. แบบประเมินการควบคุมโรคหืด (ACT) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 19 พฤษภาคม 2554]. แหล่งข้อมูล: <http://tac.or.th/2011/test%20act.html>
  6. ปรียานุช คิริมัย. การประเมินคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นผู้ใหญ่ในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยสาธารณสุข; 2549.
  7. พนิดา ไกรนรา, พรทิพย์ มาลาธรรม, สุรกิจ นาทีสุวรรณ, ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงค์. การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาของ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2554 ]. แหล่งข้อมูล: <http://www.ra.mahidol.ac.th/sites/default/files/ONS/PDF/Research/Abstact/ThaiAbstact2011/037.pdf>
  8. ปกิต วิชยานนท์, เฉลิมชัย บุญยะสิทธิ์, อัญชลี ยิ่งศรีกุล, จิตลัดดา ดีโรจน์วงศ์, ไพศาล เลิศฤดีพร. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในผู้ป่วยเด็กของประเทศไทย พ.ศ.2543. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2543;39:172-93.
  9. Hulin M, Simoni M, Viegi G, and Annesi-Maesano I. Respiratory health and indoor air pollutants based on quantitative exposure assessments [Internet]. [cited 2012 Jul 17]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22790916>
  10. Yeatts KB, El-Sadig M, Leith D, Kalabeek W, Al-Maskari F, Couper D, et al. Indoor air pollutants and health in the United Arab Emirates [Internet]. [cited 2012 Jul 17]. Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3346777/pdf/ehp.1104090.pdf>
  11. ัญญสิริกา แซ่แต้, สุดศิริ ทิรัญชุนหะ, ชนิษฐา นาคะ. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนภาคใต้. สงขลานครินทร์เวชสาร 2552;27:359-68.

**Abstract: Factors Associated with Asthma Control in Patients Attending Lam Plai Mat Hospital, Buri Ram Province**

**Suchittra Seedadee, RN.;** Chonnikant Wilairit, RN.

*Lam Plai Mat Hospital, Buri Ram Province*

*Journal of Health Science 2014;23:30-6.*

The objective of this study was to determine factors associated with asthma control in patients attending Lam Plai Mat Hospital, Buri Ram Province. The study samples were asthma patients aged over 15 years old who attended the hospital during October 2009 to September 2010. Data were collected through interviews using a set of questionnaire and an asthma assessment tool (asthma control test). Data were analyzed using chi-square test and multiple logistic regression. There were 365 asthma patients participated in the study. It was found that 16 patients (4.38%) were classified as keeping asthma under control; 160 patients (43.84%) whose asthma condition was partially under controlled and 189 patients (51.78%) whose asthma condition was not under control. Factors associated with the ability to control the disease were (1) having family history of asthma (adjusted OR 2.2 95%CI 1.2, 4.0), (2) non-availability of bronchodilator inhaler (adjusted OR 0.3 95% CI 0.1, 0.5), (3) expose to incense smoke (adjusted OR 2.0 95% CI 1.1, 3.6), (4) expose to cold weather (adjusted OR 3.1 95% CI 1.8, 5.3), and (5) expose to smoke from cooking (adjusted OR 2.1 95% CI 1.2, 3.8). Results of this study indicated that asthma patients had capability to control asthma at low level. Thus it was recommended that health personnel at primary care units should conduct more frequent home visit to all asthma patients to monitor self-care practice and control exposure to environmental pollutants. For health care facilities, it was recommended to assess pulmonary function periodically in order to monitor the effectiveness of the treatment and to improve the care of asthma patients.

**Key words:** asthma, factors associated with asthma attacks, level of asthma self-control