

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่นั้น ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคหอบหืด
2. ผลกระทบของโรคหอบหืดต่อผู้ป่วยและครอบครัว
 - 2.1 ผลกระทบของโรคหอบหืดต่อผู้ป่วย
 - 2.2 ผลกระทบของโรคหอบหืดต่อครอบครัว
3. การจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่

โรคหอบหืด

โรคหอบหืดเป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของหลอดลมและมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดลม เมื่อถูกกระตุ้นด้วยสารที่ตนแพ้ (ภูมิแพ้) หรือสารที่เป็นพิษต่อหลอดลม ทำให้มีการตีบของหลอดลมทั่วไปในปอด ผู้ป่วยจะมีอาการไอ หายใจลำบาก มีเสียงวี๊ด (Wheezing) โรคนี้เกิดจากหลอดลมของผู้ป่วยมีความไวกว่าปกติต่อการตอบสนองต่อสารที่ตนแพ้หรือเป็นสารที่เป็นพิษที่เราหายใจหรือรับประทานเข้าไป บรรยากาศรอบ ๆ ตัวเราและสารต่าง ๆ ที่ลอยอยู่ในอากาศที่เราแพ้หรือเป็นพิษ อาจทำให้เกิดอาการหอบหืดได้ ผลของการอักเสบทำให้หลอดลมบวมและตีบก้ามเนื้อหลอดลมจะมีการตอบสนองไวกว่าปกติต่อสารที่เราหายใจเข้าไป ผลที่เกิดขึ้นคือ การตีบตันของหลอดลมเพิ่มขึ้นจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดลม ผู้ป่วยจะมีอาการไอ หายใจลำบาก แน่นหน้าอก โดยเฉพาะเวลากลางคืนและเช้ามืด อาการของโรคจะรุนแรงหรือไม่ขึ้นอยู่กับการตีบของหลอดลม กล้ามเนื้อหลอดลมอาจคลายตัวได้เอง แม้จะไม่ได้รับการรักษา แต่การรักษาที่ถูกวิธีจะช่วยทำให้อาการดีขึ้นและป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรคหรือแม้แต่ทำให้อาการของโรคค่อย ๆ ดีขึ้นและหายเป็นปกติได้

โรคหอบหืดเกิดจากปัจจัยหลักสองปัจจัยคือพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม

(Gem, Lemanske, & Busse, 1999) โดยร้อยละ 40 มาจากกรรมพันธุ์ (ชัยเวช นุชประยูร, 2543)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแอดมุลเลอร์ (Altmüller, 2005) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 201 คน พบว่า มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหอบหืดซึ่งมีการถ่ายทอดทางยีน ส่วนสาเหตุมาจาก

สิ่งแวดล้อม เช่น ละอองเกสรดอกไม้ สารก่อภูมิแพ้ต่าง ๆ ไรฝุ่น มลพิษในอากาศ เป็นต้น แต่ก็ยังมีรายงานเพิ่มเติมว่า อาหารบางชนิดก็ทำให้เกิดอาการหอบหืดได้ (Gern, Lemanske & Busse, 1999)

ผลของการเกิดโรคและอาการที่เกิดขึ้น

อาการของโรคเกิดจากการตีบตันของหลอดลม เนื่องจากการบวมและการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดลม การกำเริบของอาการเป็นผลมาจากกล้ามเนื้อหลอดลมหดตัวทันที ทำให้การตีบตันของหลอดลมรุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอ มีเสมหะออกมาและเหนื่อยหอบ ผลของการอักเสบทำให้มีอาการบวมของเยื่อหลอดลมและมีเสมหะออกมาเพิ่มขึ้น เสมหะจะเหนียว ไอออกมามากและยิ่งเสมหะไอออกมาไม่ได้ยิ่งทำให้ไปอุดตันหลอดลม ทำให้โรคมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนาน ๆ จะมีการหนาของเยื่อหลอดลมและกล้ามเนื้อหลอดลมมากขึ้นยังทำให้หลอดลมมีขนาดเล็กลง การหดเกร็งของหลอดลมจะทำให้หลอดลมที่ตีบอยู่แล้วตีบมากขึ้นไปอีก ผู้ป่วยจะหายใจลำบาก เหนื่อยหอบมากขึ้น บางรายมีการขาดออกซิเจนในเลือดหรือกรณีที่โรคมีอาการรุนแรง ผู้ป่วยจะหายใจไม่พอเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว ซึ่งหากการรักษาไม่ถูกวิธีอาจเสียชีวิตได้ การเป็นโรคหอบหืดนาน ๆ หลอดลมจะมีการเปลี่ยนแปลง ผนังหลอดลมหนาขึ้นมีพังศึบไปเกาะและจะไม่คลายตัว แม้จะได้รับการรักษาอย่างดีก็จะไม่กลับมาเป็นหลอดลมที่ปกติซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่ายขณะออกกำลังกาย

ความรุนแรงของโรคหอบหืด

โรคหอบหืดจะมีความรุนแรงแตกต่างกันตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ในออสเตรเลียนั้น พบว่ามีผู้ป่วยโรคหอบหืดที่อาการรุนแรงจนต้องนอนโรงพยาบาล 60,000 คนต่อปี เสียชีวิตร้อยละ 60 (National Health Priority Area, 2005) ส่วนในรัฐมิชิแกนประเทศสหรัฐอเมริกา พบ Asthma Attack ถึงร้อยละ 50 โดยที่ร้อยละ 20 มีอาการทุกวัน อาการที่รบกวนการนอนหลับพบได้ร้อยละ 21 อาการปานกลางถึงรุนแรงพบได้ร้อยละ 43 และไม่สามารถทำงานได้พบร้อยละ 10 (Michigan Behavioral Risk Factor Survey, 2003)

โดยทั่วไปพบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปใช้เวลาหลายวันหรือหลายสัปดาห์ มักมีสาเหตุร่วมกับการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้เป็นเวลานานหรือต่อเนื่องจนค่อย ๆ เกิดการอักเสบในหลอดลมทวีขึ้นถึงขั้นรุนแรง ซึ่งลักษณะนี้พบได้บ่อยที่สุด ผู้ป่วยมักประเมินความรุนแรงของการกำเริบต่ำกว่าที่ควรจะเป็นทำให้ตัดสินใจมาพบแพทย์ช้าและมาเมื่อมีอาการกำเริบมากแล้ว นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการเลวลงอย่างทันทีทันใด โดยที่ก่อนหน้านี้อยู่ในระดับสงบหรือคงที่มาก่อน ซึ่งพบได้ร้อยละ 10 สาเหตุของการกำเริบลักษณะนี้มักเกิดหลังการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้เพียงครั้งเดียวหรือภายในระยะเวลาสั้น ๆ ผู้ป่วยโรคหอบหืดอาจมีอาการหลายครั้งในหนึ่งสัปดาห์ไปจนถึงมีอาการแค่ปีละ 2-3 ครั้ง การประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการน้อยหรือมากทำได้โดยดูจาก

จำนวนครั้งของอาการกำเริบในหนึ่งสัปดาห์ เช่น มีอาการหอบในเวลากลางคืนหรือไม่ ระยะเวลาที่กำเริบนานหรือไม่ การเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพปอดมากหรือไม่ เนื่องจากโรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยสามารถประเมินความรุนแรงของโรคที่กำเริบได้หากได้รับการสอนจากแพทย์ซึ่งผู้ป่วยก็จะสามารถเพิ่มยาที่ใช้เพื่อลดความรุนแรงของโรคก่อนที่จะมาพบแพทย์ได้ ความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัวมีความสำคัญมากเพราะการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคจำเป็นต้องมีการถามประวัติความรุนแรง ลักษณะการกำเริบ รวมทั้งการประเมินความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวด้วย การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคทำให้การให้ยาที่แพทย์จะให้แก่ผู้ป่วยเป็นระบบเดียวกันทั่วโลก เมื่อมีการย้ายถิ่นที่อยู่ผู้ป่วยโรคหอบหืดก็จะได้รับการรักษาที่ถูกต้องและต่อเนื่องได้

ซึ่งองค์การอนามัยโลกร่วมกับสถาบัน NHLBI (National Heart Lung and Blood Institute, 1998) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แบ่งความรุนแรงของโรคออกเป็น 4 ระดับ คือ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2544)

ตารางที่ 1 ระดับความรุนแรงของโรคหอบหืด

ระดับ	อาการ	อาการช่วงกลางคืน	ตรวจสมรรถภาพปอด
ระดับ 4 รุนแรงมาก (Severe Persistent)	- มีอาการหอบทุกวัน - มีอาการกำเริบบ่อยมาก - อาการรุนแรงจนทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ - เป็นซ้ำ ๆ รุนแรงบ่อย ๆ	- เป็นบ่อย	FEV ₁ น้อยกว่า 60% ของปกติ PEF Variability > 30%
ระดับ 3 รุนแรงปานกลาง (Moderate Persistent)	- อาการหอบทุกวัน - ต้องพ่นยาขยายหลอดลมทุกวัน - อาการกำเริบมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนของผู้ป่วย - อาการรุนแรงมากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์ ใช้ B₂- agonist ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นทุกวัน	- มากกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	FEV ₁ 60-80% ของปกติ PEF Variability > 30%

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ระดับ	อาการ	อาการช่วงกลางคืน	ตรวจสมรรถภาพปอด
ระดับ 2 รุนแรงน้อย (Mild Persistent)	- อาการหอบมากกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ แต่ไม่ได้เป็นทุกวัน - อาการกำเริบอาจมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอน	- มากกว่า 2 ครั้ง/เดือน	FEV ₁ มากกว่า 80% ของปกติ PEF Variability 20-30%
ระดับ 1 มีอาการเป็นครั้งคราว (Intermittent)	- อาการหอบน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ - เวลาไม่มีอาการ ตรวจพบสมรรถภาพปอดปกติ - อาการกำเริบ (Exacerbation) ช่วงสั้น ๆ - เวลามีอาการเป็นช่วงสั้น ๆ เช่น 1-2 ชั่วโมงหรือ 2-3 วัน	- น้อยกว่า 2 ครั้ง/เดือน	FEV ₁ มากกว่า 80% ของปกติ PEF Variability < 20%

ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคออกเป็น 2 ระดับได้แก่ ระดับไม่รุนแรงและระดับรุนแรง โดยใช้เกณฑ์ตามที่องค์การอนามัยโลกร่วมกับสถาบัน NHLBI ซึ่งกำหนดไว้ 4 ระดับ (ดังตารางที่ 1)

1. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง/ เป็นครั้งคราว (Intermittent) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเป็นครั้งคราวโดยมีอาการหอบที่ไม่รุนแรงน้อยกว่าหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ซึ่งอาการแสดงจะปรากฏในช่วงสั้น ๆ แต่ต้องไม่นานเกินสามวันและไม่ได้เป็นทุกวัน
2. ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (Persistent) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการหอบและต้องพ่นยาขยายหลอดลมทุกวัน โดยมีอาการรุนแรงมากกว่าหนึ่งถึงสองครั้งต่อสัปดาห์ อาการกำเริบมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนหลับ

จะเห็นได้ว่าการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับความถี่ของการเกิดอาการหอบหืด มีการรบกวนการนอนหลับหรือส่งผลกระทบต่อภารกิจวัตรประจำวัน นอกจากนั้นแล้วยังมีการวัดสมรรถภาพของปอดโดยการวัดค่าปริมาณลมที่ผู้ป่วยสามารถเป่าออกจากปากได้ซึ่งจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์บางอย่างในการวัด เหตุผลคือผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงปานกลาง ถ้าถามอาการจากผู้ป่วย

อาจจะได้อาการของโรคที่น้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากเมื่อเป็นโรคหอบหืดได้ระยะหนึ่งร่างกายของผู้ป่วยจะปรับระดับความอดทนของร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองไม่มีอาการอะไร แต่ถ้าใช้อุปกรณ์วัดสมรรถภาพปอด ก็จะพบว่าลดลงมากกว่าอาการของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามแพทย์ผู้ดูแลจะเป็นผู้พิจารณาว่าผู้ป่วยควรมีอุปกรณ์ดังกล่าวหรือไม่ เนื่องจากอุปกรณ์มีราคาค่อนข้างแพง และจำเป็นต้องใช้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการวัด ซึ่งอุปกรณ์นี้จะช่วยในการติดตามอาการผู้ป่วยและประเมินผลการรักษาด้วย

การดูแลรักษาโรคหอบหืด

การรักษาโรคหอบหืดจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวควรดูแลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสารหรือภาวะที่กระตุ้นให้หอบมากขึ้น เช่น ไรฝุ่น เกสรหญ้า เชื้อรา เป็นต้น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นช่วยป้องกันการกำเริบของโรคหอบหืดได้และยังช่วยลดอัตราการตายจากโรคหอบหืดที่รุนแรงด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ยาด้านการอักเสบอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาระดับอาการให้คงที่ โดยที่พยายามลดผลข้างเคียงของยาให้มัน้อยที่สุดและผู้ป่วยยังต้องรู้จักการใช้ Peak Flow Meter อีกด้วย เราสามารถบอกความรุนแรงของโรคหอบหืดจากอาการและจากความเร็วของลมโดยผ่านเครื่อง Peak Flow Meter ความแม่นยำของการวัดขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ป่วยและวิธีการวัด

วิธีการวัด PEF (Peak Expiratory Flow) ให้ผู้วัดยืนตำแหน่งของเข็มวัดอยู่ต่ำสุด จากนั้นหายใจเข้าให้เต็มทรวงอก Peak Flow Meter ไว้ในปาก หุบปากให้สนิทแล้วเป่าลมออกอย่างแรงและเร็วที่สุด จากนั้นจดค่าที่ได้แล้ววัดใหม่อีกสองครั้ง จดค่าที่ดีที่สุดไว้ ผู้ป่วยสามารถวัดได้ทุกวัน วันละสองครั้งคือ ตอนตื่นนอนและตอนบ่ายหรือวัดก่อนและหลังพ่นยา จดค่าที่ดีที่สุดซึ่งเป็นค่าที่แพทย์และผู้ป่วยใช้ในการวางแผนการรักษา (Best Peak Expiratory Flow) ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ของการใช้ Peak Flow Meter เพื่อสังเกตอาการที่บ้านพบว่าในระยะสั้นนั้น การใช้ Peak Flow Meter จะวัดได้ดีในช่วงหนึ่งเดือนแรก โดยผู้ป่วยต้องมีการจดบันทึกไว้ทุกวัน วันละหนึ่งถึงสองครั้งและพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการระดับปานกลางถึงรุนแรงมักไม่สนใจที่จะใช้เครื่องมือในการวัดค่าความจุปอด (Cote, 1998) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความรุนแรงของโรคได้ดีโดยการดูสมรรถภาพปอดและในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้า พบว่า นอกจากการใช้เครื่อง Peak Flow Meter เพื่อสังเกตอาการแล้วยังต้องใช้การวัด O_2 sat โดยใช้ Pulse Oximetry อีกด้วย (Hussain, 2005) อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า เป้าหมายของการรักษาคือ ผู้ป่วยต้องสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขหรือเกือบปกติเมื่อเทียบกับคนทั่วไป เช่น สามารถออกกำลังกายได้ ทำงานได้ นอนหลับได้ สมรรถภาพปอดดีขึ้น เป็นต้น แผนการรักษาที่ดีจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัวเนื่องจาก

เป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางรายคิดว่าเมื่อไม่มีอาการหอบก็คือหายจากโรคแล้วแต่ ความจริงผู้ป่วยบางคนอาจเกิดอาการรุนแรงขึ้นได้โดยไม่มีอะไรเตือนล่วงหน้า

ผลกระทบของโรคหอบหืดต่อผู้ป่วยและครอบครัว

1. ผลกระทบของโรคหอบหืดต่อผู้ป่วย

โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถร่วมกันจัดการได้ ซึ่งการจัดการของครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งสามารถทำหน้าที่ได้ทั้งในครอบครัวและสังคม ภาวะโรคทำให้ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดกิจกรรมรอบกวนการนอนหลับส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแอน โคลี-อิสราเอล (Ancoli-Israel, 2006) ที่พบว่าโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อการนอนหลับโดยทำให้ร่างกายขาดความสมดุล คุณภาพชีวิตต่ำลงซึ่งในการใช้ชีวิตประจำวันนั้นมีสิ่งกระตุ้นอยู่รอบตัวผู้ป่วยทำให้มีอาการกำเริบได้ตลอดเวลาไม่ว่าจะกินแต่อาหารที่รับประทาน โดยพบว่าการแพ้อาหารมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว โดยร้อยละ 41 ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้ป่วยและร้อยละ 60 ส่งผลต่อครอบครัวในการเตรียมอาหารให้ผู้ป่วย (Bollinger, 2006) นอกจากเรื่องอาหารแล้ว การที่ผู้ป่วยโรคหอบหืดต้องได้รับยาขยายหลอดลม ยาสเตียรอยด์และยาด้านการอักเสบเป็นประจำ อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการใช้ยาได้โดยมีการศึกษาพบว่า ยาพ่น สเตียรอยด์นั้นส่งผลกระทบต่อความหนาแน่นของกระดูก หากได้รับวันละ 200 ไมโครกรัม วันละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 10 ปี ทั้งนี้ขนาดยาที่เพิ่มขึ้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อความหนาแน่นของกระดูกแล้วยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นด้วย (Fuhlbrigge, 2006) และการรับประทานยาในกลุ่ม Glucocorticoid เป็นระยะเวลานานนั้นทำให้เกิด Peptic Ulcer ในผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 90 (Cherniavskaia, 2003)

จากการศึกษาเปรียบเทียบโรคหอบหืดกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ พบว่าผลกระทบด้านร่างกายและด้านสังคมนั้นใกล้เคียงกันกับโรคเบาหวานและข้ออักเสบแต่ยังน้อยกว่าโรคลมชัก มะเร็งเม็ดเลือดขาวและโรคเอดส์ อย่างไรก็ตามโรคหอบหืดก็ยังเป็นโรคที่ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรมมากกว่าโรคอื่นเมื่อเปรียบเทียบกัน โดยเฉพาะด้านกีฬานั้นพบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดจะมีความชำนาญในด้านกีฬาต่ำ (Wirrell, 2006) เนื่องจากภาวะโรคทำให้ไม่สามารถฝึกฝนได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ความรุนแรงของโรคยังทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดงานหรือออกจากงานส่งผลต่อระบบเศรษฐกิจของครอบครัว นอกจากการถูกจำกัดกิจกรรมด้านร่างกายแล้วโรคหอบหืดยังทำให้ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดกิจกรรมทางสังคม โดยพบได้ร้อยละ 87 (Lodha, 2003) และยังส่งผลต่อสุขภาพจิตอีกด้วย นอกจากนี้โนคอน (Nocon, 1991) ยังได้ศึกษาพบว่าโรคหอบหืดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้าน

การทำงาน การใช้ชีวิตประจำวัน ด้านอารมณ์และโดยเฉพาะด้านสังคมนั้นพบว่าระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลกระทบด้านสังคม กล่าวคือ ยิ่งระดับความรุนแรงของโรคมากก็ยิ่งส่งผลกระทบต่อด้านสังคมมากเช่นกัน จะเห็นได้ว่าความรุนแรงของโรคได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน ซึ่ง พิซซี (Pizzi, 2006) ยังได้ศึกษาพบว่าความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ภาวะโรคบั่นทอนทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งจากการศึกษาของ สเตอิน (Stein, 2006) พบว่า ผลกระทบของโรคเรื้อรังทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากการค้อยคุณค่าในตนเองที่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของพาราดีส (Paradis, 2006) ที่พบว่าโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและส่งผลกระทบต่อการทำงานที่บ้าน

2. ผลกระทบของโรคหอบหืดต่อครอบครัว

จากที่ได้กล่าวไปแล้วว่าระบบครอบครัวประกอบด้วยระบบย่อยหลายระบบภายในครอบครัว ซึ่งระบบย่อยภายในครอบครัวนั้นมีหลายระบบ เช่น ระบบย่อยสามีภรรยา ระบบย่อยพี่น้อง ระบบย่อยพ่อแม่ เป็นต้น และต่างก็มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ดังนั้น ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิกครอบครัวจึงส่งผลกระทบต่อระบบและการทำหน้าที่ครอบครัวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาวิน (Gavin, 2006) ที่พบว่าภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นได้ส่งผลกระทบต่อหน้าที่ครอบครัวซึ่งย่อมมีผลต่อความสมดุลของครอบครัวด้วย ผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นอาจเกิดในเวลาเดียวกันหรือพร้อม ๆ กันก็ได้ (Bahnsen, 1987) นอกจากนี้ความเจ็บป่วยเรื้อรังยังทำให้ระยะพัฒนาการของครอบครัวต้องหยุดชะงักหรือล่าช้าลงและเป็นแรงกดดันที่ทำให้สมาชิกซึ่งเป็นระบบย่อยต้องปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อให้ระยะพัฒนาการของครอบครัวได้ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและเพื่อคงความสมดุลของระบบครอบครัวไว้ (Friedman, 2003)

โรคหอบหืดนั้นเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลจากครอบครัวในระยะยาว ส่งผลให้ครอบครัวรู้สึกเป็นภาระและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Sales, 2003) ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและเศรษฐกิจของครอบครัว ดังเช่นการศึกษาของ ฟาร์กาส (Farkas, 1980) ที่พบว่าในกลุ่มมารดาที่เจ็บป่วยเรื้อรังผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวล โกรธและโทษตัวเองซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของเซกตัน (Sexton, 1985) ที่พบว่าในภรรยาที่มีสามีเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้นจะมีความเครียดอยู่ในระดับสูงและมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่าภรรยาที่สามีไม่ได้เจ็บป่วยเรื้อรังโดยส่งผลกระทบต่อระดับสัมพันธภาพด้วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในครอบครัวขยายพบว่า ภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังของสมาชิกได้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่เป็นย่า/ยาย โดยเฉพาะสุขภาพจิต (Sands, 1998) ขณะเดียวกันก็มีการศึกษาพบว่าในครอบครัวที่มีบิดาเดิวนั้นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้

ส่งผลกระทบต่อบิดาในด้านของความตึงเครียดทางเศรษฐกิจ การถูกจำกัดกิจกรรมทางสังคม การเป็นผู้ดูแลหลักและความเป็นห่วงอนาคตของบุตร (Goble, 2004) ในขณะที่การศึกษาของยาเทส (Yates, 1995) นั้นพบว่าภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัวมารดาเดี่ยวได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการทำหน้าที่ครอบครัวโดยมารดาผู้เดียวไม่มีความสุขเนื่องจากขาดเวลาและพลังเพราะต้องทำหน้าที่เพียงคนเดียว ในขณะที่ เดอโรอิน (Derouin, 1996) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของพี่น้องที่ป่วยเป็นโรคหอบหืดพบว่าภาวะโรคได้ส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์ของพี่น้องโดยที่พี่น้องของผู้ป่วยจะมีทั้งความวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยของพี่น้องและความอิจฉา รู้สึกถูกจำกัด/ ควบคุม

ส่วนการศึกษาถึงผลกระทบของโรคเรื้อรังในด้านต่าง ๆ พบว่า ร้อยละ 75-97 มีความวิตกกังวล ร้อยละ 46-60 มีปัญหาด้านการเงิน ร้อยละ 31-65 ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ร้อยละ 12-35 ถูกจำกัดการเดินทาง ร้อยละ 9-20 เกิดความขัดแย้งกับผู้ดูแล ร้อยละ 10-20 ถูกพี่น้องละเลยและร้อยละ 5-17 ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในเครือญาติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความเจ็บป่วยด้วย (Satterwhite, 1978)

จะเห็นได้ว่าโรคหอบหืดได้ส่งผลกระทบต่อความสมดุลของระบบครอบครัว โดยทำให้ระบบย่อยในครอบครัวซึ่งต่างก็มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันต้องปรับสมดุลเพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้ การจัดการของครอบครัวจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวลดลง

การจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดและเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญยิ่ง สถาบันหนึ่งเป็นสถาบันที่บุคคลได้ใช้ชีวิตอยู่อย่างยาวนานกว่าสถาบันสังคมประเภทอื่น ๆ นับตั้งแต่บุคคลเกิดจนถึงตาย ครอบครัวมีหน้าที่เป็นแหล่งให้การอบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน เป็นแหล่งสร้างสรรค์สมาชิกใหม่ให้แก่สังคม เป็นสถาบันเบื้องต้นที่ให้การอบรมหล่อหลอมพฤติกรรม บุคลิกภาพของบุคคลและเป็นแหล่งอนุรักษ์ถ่ายทอดวัฒนธรรมจากรุ่นหนึ่งไปยังรุ่นต่อไปด้วย นอกจากนี้เมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรค ครอบครัวยังเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือทำให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ได้ ความรัก ความผูกพันในครอบครัวคือรากฐานของความเป็นปึกแผ่นแห่งสังคม (จุฬา ภูไพบูลย์, 2541) ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยของสังคมที่มีการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกโดยมีการกำหนดค่านิยมบทบาทเฉพาะในครอบครัวทำให้เกิดองค์กรย่อยขึ้นในครอบครัว จำแนกตามบทบาทที่สังคมกำหนดสตรีคนหนึ่งอาจมีบทบาทเป็นภรรยา เป็นมารดา เป็นบุตรสาว เป็นพี่สาวในเวลาเดียวกัน แต่อำนาจและหน้าที่ของบทบาทที่เธอปฏิบัติจะแตกต่างกันไปตามระบบย่อยที่เธออยู่ในขณะนั้น

จากที่กล่าวมาจะพบว่า โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อระบบครอบครัวอย่างยิ่ง ซึ่งครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหอบหืดไม่ว่าจะเป็นด้านการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยไม่มีสิ่งกระตุ้น การคอยกระตุ้นเตือนให้รับประทานยา การจัดการด้านเศรษฐกิจ การดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจตลอดจนการทำบัพทหน้าที่ในครอบครัว ซึ่งแรงสนับสนุนต่างๆ จากครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ในทำนองเดียวกันหากผู้ป่วยขาดการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว ผู้ป่วยก็จะรู้สึกขาดกำลังใจและเกิดความท้อแท้เพราะโรคหอบหืดทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานกับอาการและความรุนแรงที่เกิดขึ้นไม่สามารถใช้ชีวิตแบบคนปกติได้อีกทั้งยังต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้กับโรคต่อไป นอกจากนี้อาการกำเริบยังทำให้ผู้ป่วยต้องขาดงาน สูญเสียรายได้เกิดความเครียดกับการที่ไม่สามารถทำบัพทหน้าที่ของตนได้ จะเห็นได้ว่าภาวะโรคได้บั่นทอนทั้งสุขภาพกายและจิตใจ ซึ่งปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอาการกำเริบรุนแรงส่วนใหญ่เกิดจากการที่ครอบครัวมีการจัดการที่ไม่ดี ไม่สามารถประเมินความรุนแรงและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคหอบหืดไม่สามารถประเมินอาการของตนเองได้และมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลนั้น มีอาการกำเริบนำมาก่อนอย่างน้อยหนึ่งสัปดาห์ (Lahdensuo, 1999)

จะเห็นได้ว่าการจัดการของครอบครัวจะช่วยลดความรุนแรงโรค ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ การจัดการที่ดีของครอบครัวมาจากแรงส่งเสริมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนจากครอบครัว การให้ข้อมูลของครอบครัว ฯลฯ ซึ่งจากการศึกษาของวิลคินสัน (Wilkinson, 2005) พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการจัดการที่ดีกับความเจ็บป่วย ต้องการข้อมูลและการสื่อสารที่เพียงพอและถูกต้อง ต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์

ความหมายของคำว่า การจัดการ

การจัดการ หมายถึง กระบวนการบริหารที่มีประสิทธิภาพที่ทำให้องค์กรดำรงอยู่และเกิดสัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยการใช้วิธีการใช้เทคนิควิธีการต่าง ๆ ที่จะนำองค์กรไปสู่เป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายขององค์กร (ตุลา มหาพสุธารนท, 2545)

การจัดการ หมายถึง กระบวนการนำทรัพยากรการบริหารมาใช้ให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามขั้นตอนการบริหารคือ การวางแผน การจัดการองค์การ การชี้นำและการควบคุม (เปรี๊ญ กิจรัตน์ภร, 2544)

การจัดการ เป็น กระบวนการแปรเปลี่ยนจุดมุ่งหมายให้เป็นการปฏิบัติจริงโดยผ่านกระบวนการที่เป็นระบบ (อุทัย เลาหวิเชียร, 2544)

การจัดการ หมายถึง การดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้โดยอาศัยปัจจัยต่าง ๆ คือ คน เงิน วัสดุ เป็นอุปกรณ์การดำเนินการนั้น (สมพงษ์ เกษมสิน, 2549)

จากความหมายต่าง ๆ การจัดการของครอบครัวจึงหมายถึง กระบวนการบริหารที่มีประสิทธิภาพที่ทำให้ครอบครัวดำรงอยู่และเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของครอบครัวโดยการใช้เทคนิควิธีต่าง ๆ ในการกระทำต่อผู้ป่วยโรคหอบหืดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของครอบครัวหรืออีกความหมายหนึ่งว่า การจัดการของครอบครัวเป็นการตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินต่อไปได้ในสังคม (Knafl, 1990)

การจัดการกับโรคหอบหืดแบ่งได้ดังนี้

1. การจัดการเมื่อมีอาการกำเริบ (Symptoms Management)
2. การจัดการเมื่อไม่มีอาการกำเริบในด้านต่อไปนี้ (Merritt, 2003)

- 2.1 ด้านการรักษา
- 2.2 ด้านสิ่งแวดล้อม
- 2.3 ด้านจิตสังคม
- 2.4 ด้านบทบาทหน้าที่
- 2.5 ด้านเศรษฐกิจ

1. การจัดการเมื่อมีอาการกำเริบ (Symptoms management)

โดยทั่วไปโรคหอบหืดมักมีอาการแสดงนำมาก่อนโดยที่ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงอาจมีเพียงอาการไอ ส่วนอาการหอบอาจมีหรือไม่ก็ได้แต่หากอาการกำเริบรุนแรงก็จะมีอาการหายใจหอบมากขึ้นและมีเสมหะและเสียงวี๊ดในหลอดลมโดยจะมีอาการมากในตอนกลางคืนและมีอาการแสดงเลวลงอย่างรวดเร็ว หากผู้ป่วยมีอาการหอบนาน ๆ ครั้งยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ การจัดการอาจเพียงแค่นั่งพักพร้อมทั้งหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น โดยที่อาจไม่ต้องกินยาใด ๆ แต่หากมีอาการหอบปานกลาง หอบขณะเดินอาจต้องพ่นยาขยายหลอดลมหรือกินยาสเตียรอยด์และหากมีอาการรุนแรงมาก ผู้ป่วยอาจต้องพ่นยาเป็นสองเท่าพร้อมทั้งกินยาขยายหลอดลมหรือสเตียรอยด์ หากอาการกำเริบไม่ดีขึ้นใน 10 นาที ให้นำส่งโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่มีอาการหอบพบว่าความจุของปอดจะลดลงในตอนเช้าและจากการศึกษาผู้ป่วยโรคหอบหืดที่สามารถควบคุมหรือจัดการกับโรคได้จะมีค่าความจุปอดมากกว่าร้อยละ 85 ของค่าที่ดีที่สุดเมื่อรักษาอย่างสม่ำเสมอ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับโรคได้จะมีค่าความจุปอดต่ำกว่าร้อยละ 85 ของค่าที่ดีที่สุด ผู้ป่วยลักษณะนี้อาจต้องพ่นยาเป็นสองเท่าในผู้ป่วยที่มีอาการหอบรุนแรงจะมีค่าความจุปอดลดลงเหลือต่ำกว่าร้อยละ 70 และในผู้ป่วยที่มีอาการหอบหืดเฉียบพลันจะเหลือค่าความจุปอดต่ำกว่าร้อยละ 50 เท่านั้น ซึ่งลักษณะนี้ต้องได้รับการช่วยเหลือทันทีเช่นนี้อาจถึงแก่ชีวิตได้ (Charlton, 1990)

ตารางที่ 2 ระดับอาการกำเริบของผู้ป่วย (GINA POCKET GUIDE, 2006)

อาการ (Symptoms)	เป็นน้อย (Mild)	เป็นปานกลาง (Moderate)	เป็นมาก (Severe)	กำลังเข้าสู่ภาวะหยุด หายใจ (Respiratory Arrest)
หายใจลำบาก	ขณะเดิน	ขณะพูด	ขณะพัก	
ทำนอน	นอนราบได้	ต้องนอนยกหัวสูง	นั่ง, นอนราบ ไม่ได้	
การพูด	ปกติ	เป็นประโยคสั้น ๆ	เป็นคำๆ	
สติสัมปชัญญะ	อาจจะ กระสับกระส่าย	กระสับกระส่าย	กระสับกระส่าย	ซึมหรือสับสน
อัตราหายใจ	เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้นมาก	
การใช้กล้ามเนื้อ ช่วยเพิ่มแรง	ไม่มี	มี	มีมาก	มีการเคลื่อนตัวของ ทรวงอกและหน้า ท้องไม่สัมพันธ์กัน
เสียง Wheeze	เสียงดังพอควร	เสียงดังและมักได้ ยินตลอดช่วงเวลา หายใจ	เสียงดังและได้ ยินทั้งในขณะ หายใจเข้า-ออก	ไม่ได้ยินเสียง Wheeze
ชีพจร	< 100 ครั้ง/ นาที	100-200 ครั้ง/ นาที	> 120 ครั้ง/ นาที	หัวใจเต้นช้า
การตรวจพิเศษ (Functional Assessment)	> 80%	ประมาณ 60-80%	< 60%	มีค่าต่ำมากหรือวัด ไม่ได้เลย
PET% predicted or %personal best				
PaO ₂ (on air)	ปกติ/ ไม่ จำเป็นต้องตรวจ	> 60 mmHg	< 60 mmHg	
PaCO ₂	< 45 mmHg	< 45mmHg	> 45 mmHg อาจหยุดหายใจได้	
O ₂ sat	> 95%	91-95%	< 90%	

โรคหอบหืดเป็นโรคที่มีอาการเลวลงเรื่อย ๆ หากไม่ได้รับการประเมินที่ถูกต้องหรือไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (Johnson, 1984) โดยที่อาการกำเริบบางครั้งสามารถป้องกันได้โดยไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล (Blainey, 1991) จากการศึกษาของบอสคาบาดี (Boskabady, 2002) พบว่าอาการกำเริบส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาลคือ หอบมีเสียงวี๊ด ไอตอนกลางคืน/ไอหลังจากการออกกำลังกายซึ่งในการนอนโรงพยาบาลแต่ละครั้งนั้นทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่าย เสียเวลาที่ต้องทำงานหรือให้แก่ครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 มีการจัดการกับโรคที่ไม่เหมาะสม (Avery, 1980) ทำให้มีอาการเลวลงจนเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตและการตัดสินใจจัดการกับโรคนั้นขึ้นอยู่กับความควบคุมอาการกำเริบที่เกิดขึ้นด้วย (Yawn, 2005)

นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาถึงการจัดการในโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวานนั้นให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและการป้องกันโรคแทรกซ้อน มีทีมสุขภาพทำงานร่วมกับผู้ป่วยโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Berry, 2006) เช่นเดียวกับการจัดการของโรคหัวใจล้มเหลวที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านโภชนาการ ความสมดุลของระดับแคลเซียมในร่างกาย การได้รับวิตามินที่จำเป็นรวมถึงการลดการใช้แอลกอฮอล์ (Allard, 2006) ส่วนการจัดการกับโรคความดันโลหิตสูงนั้นเน้นคุณภาพของการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในครอบครัวโดยการคัดกรองระดับไขมันในเส้นเลือด วัดความดันโลหิตทุกคนในครอบครัว เป็นต้น (Jensdottir, 2006)

จากที่กล่าวมาจะพบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นและการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวต้องสามารถประเมินความรุนแรงของโรคได้โดยดูจากอาการและอาการแสดงหรือใช้เครื่องวัดความจุปอด หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการกำเริบ ได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวต้องมีบทบาทร่วมกับแพทย์โดยให้ความร่วมมือในการวางแผนจัดการกับโรคหอบหืด พร้อมทั้งส่งเสริมในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเพื่อให้ครอบครัวเกิดการยอมรับ สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยที่ไม่รู้สึกเป็นภาระ จะเห็นได้ว่าการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบครอบครัวเพราะการจัดการโรคที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความสุขและสมดุล

2. การจัดการเมื่อไม่มีอาการกำเริบ

ขณะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบนั้น ครอบครัวต้องช่วยกันรักษาความสมดุลของระบบครอบครัวไว้โดยการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ (Meritt, 2003)

2.1 การจัดการด้านการรักษา (Medical Management)

โรคหอบหืดเป็นโรคที่ครอบครัวสามารถสังเกตอาการหรือประเมินความรุนแรงของโรคได้เพื่อวางแผนการรักษาหรือควบคุมอาการมิให้กำเริบ กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหอบนาน ๆ ครั้ง อาจไม่จำเป็นต้องใช้ยา เพียงนั่งพักหรือหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นก็เพียงพอ ครอบครัวอาจช่วยโดยการ ทำกิจกรรมแทนให้ แต่หากผู้ป่วยมีอาการหอบระดับน้อยเพียงกินยาขยายหลอดลมหรือหากมีอาการ หอบระดับปานกลางก็ต้องใช้ยาพ่นร่วมกับการกินยาขยายหลอดลมและหากรุนแรงมากอาจต้อง นำส่งโรงพยาบาลเนื่องจากต้องให้ยาพ่นขนาดสูงร่วมกับการกินยาขยายหลอดลมชนิด Long-Acting ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับยาตามระดับความรุนแรงของโรคได้ แต่อย่างไรก็ตามมี การศึกษาพบว่า ความเชื่อและทัศนคติของครอบครัวก็มีผลต่อการจัดการด้านการรักษาโดยส่งผลต่อ กระบวนการตัดสินใจในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย (Weinberger, 1987) ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการ ของครอบครัวเป็นสิ่งที่อาจพบได้ซึ่งจากการศึกษาของซิงค์ (Singh, 2002) พบว่า อุปสรรคในการ จัดการกับโรคหอบหืดคือความล้มเหลวในการรับรู้สัญญาณอันตรายของโรค ความเชื่อในการรักษา การรักษาไม่ต่อเนื่องและความลำเอียงในการแสวงหาการรักษาโดยมีเพียงร้อยละ 11.9 ที่รับรู้ถึง สัญญาณอันตรายและร้อยละ 79 มีความเชื่อในการรักษาหลายรูปแบบ เช่น การดื่มน้ำร้อน ดมไสม ขมิ้น เป็นต้น โดยเชื่อว่าสามารถช่วยลดอาการหอบได้ ส่วนจาร์ (Zwar, 2005) ได้ศึกษาถึงอุปสรรค ของการจัดการกับโรคหอบหืดได้แก่ การทำงานมากเกินไปโดยมีการจัดการหลาย ๆ อย่างในครอบครัว การมาพบแพทย์ตามนัดที่ไม่เพียงพอและทัศนคติที่ไม่ดีของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัว ผู้ป่วยโรคหอบหืดส่วนใหญ่ไม่ทราบความรุนแรงของโรคและผลที่เกิดขึ้นโดยไม่มาพบแพทย์ตาม นัด ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง กินยาไม่สม่ำเสมอและไม่หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นจนทำให้มีอาการเลว ลง (Kleiger, 1979) ซึ่งพบได้ร้อยละ 30-40 การจัดการของครอบครัวคือการกระตุ้นให้ผู้ป่วยไปพบ แพทย์ตามนัด การเตือนให้กินยาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ความรุนแรงของโรคลดลงนำมาซึ่ง คุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ไกเตท (Guittet, 2004) ยังได้ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับด้านการรักษาของ ผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 219 รายนั้น ร้อยละ 54 มีอาการกำเริบรุนแรง ร้อยละ 55 มีการวัดค่า PEF ร้อยละ 93 ใช้ยา Beta-2 Agonist ร้อยละ 71 ใช้สเตียรอยด์ร้อยละ 64 ใช้ ยาปฏิชีวนะและมีเพียงร้อยละ 42 ที่มีการเขียน Action Plan Management ในขณะที่ สการ์โฟน (Scarfone, 2003) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 433 ราย พบว่าในรอบหนึ่งปีนั้น ร้อยละ 75 มีอาการกำเริบที่ต้องเข้าห้องฉุกเฉิน ในขณะที่ร้อยละ 43 นอนโรงพยาบาลอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ร้อยละ 18 ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ร้อยละ 38 ได้รับยาด้านการอักเสบร้อยละ 66 ไม่ได้วัด PEF ร้อยละ 71 ไม่มีการเขียน Action Plan Management และร้อยละ 89 ไม่สามารถจัดการกับอาการ ตนเองได้

จากที่กล่าวมาจะพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับการใช้ยาตามระดับความรุนแรงของโรคได้ซึ่งหากผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยพลันให้พ่น Short-Acting Beta2-Agonists ทุก 20 นาทีเป็นจำนวนสามครั้งในหนึ่งชั่วโมง พร้อมทั้งหลีกเลี่ยงภาวะที่กระตุ้นให้หอบมากขึ้น หลังจากพ่นยาแล้วให้ประเมินผล ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การใช้ยาของผู้ป่วยขณะมีอาการกำเริบ (Siamhealth, 2006)

ระดับ	อาการ	ค่า PEF	การใช้ยา
ไม่รุนแรง	หอบขณะเดิน พุดได้ปกติ นอนราบได้	100 %	- หลังพ่นยา short-acting beta2-agonists จำนวน 3 ครั้ง อาการดีขึ้น PEF > 80% และให้พ่นต่อทุก 4 ชั่วโมงเป็นเวลาสองวัน - ให้พ่น inhaled steroid เป็นสองเท่าของปกติ - หลังจากดีขึ้นสองวันให้กลับไปพ่นยาตามขนาดเดิม
รุนแรงปานกลาง	หอบขณะเดิน พุดยาวๆจะเหนื่อย นอนราบได้ จีพจร 100-120 ครั้ง/นาที	80%	- ให้พ่นยา Quick-Relief m=Medications ทุก 20 นาที สามครั้ง ถ้าไม่ดีขึ้นให้พ่นอีก 2-4 puff ทุกหนึ่งชั่วโมง จน PEF>70% หลังจากนั้นพ่นทุก 4 ชั่วโมง - ให้พ่น Quick-Relief Medications 2-4 puff ทุกหนึ่งชั่วโมงจนค่า PEF>70% หลังจากนั้นพ่นทุก 4 ชั่วโมง - ให้พ่น inhaled steroidเป็นสองเท่าของขนาดปกติจนค่า PEF >80% จึงลด กิน steroid เช่น Prednisolone (5mg) ครั้งละ 2 เม็ดวันละสามครั้ง ถ้าไม่ดีขึ้นให้พบแพทย์
รุนแรงมาก	พุดเป็นประโยคไม่ได้ นอนราบไม่ได้ จีพจร > 120 ครั้ง/ นาที	50%	- ให้พ่นยา Short-Acting Beta2-Agonists จำนวน 2-4 puff ทุก 20 นาทีและให้พ่น Inhaled Steroidเป็นสองเท่าของขนาดปกติจนค่า PEF >80% จึงลด/ กิน Steroid เช่น Prednisolone (5mg) ครั้งละ 2 เม็ดวันละสามครั้ง ถ้าดีขึ้นให้พ่น Short-Acting Beta2-Agonists จำนวน 2-4 puff ทุก 4 ชั่วโมง - ถ้าไม่ดีขึ้นใน 10 นาทีหลังพ่นให้รีบนำส่งโรงพยาบาล

ตารางที่ 4 การใช้ยาตามขั้นความรุนแรงของโรคหอบหืด (GINA POCKET GUIDE, 2005)

ขั้นความรุนแรง	การใช้ยา
ขั้น 1 ผู้ป่วยหอบนาน ๆ ครั้ง	ไม่จำเป็นต้องใช้ยา
ขั้น 2 รุนแรงน้อย	- ใช้ Inhaled Steroid ขนาดต่ำหรือ - Theophylline
ขั้น 3 รุนแรงปานกลาง	- ใช้ Inhaled Steroid ขนาดปานกลาง หรือ Inhaled Steroid ขนาดน้อยถึงปานกลางร่วมกับ Long-Acting Inhaled Beta2-Agonist
ขั้น 4 รุนแรงมาก	- ใช้ Inhaled Steroid ขนาดสูงร่วมกับ - Long-acting Inhaled Beta2-Agonist - ยาเม็ด Steroid

จากตารางที่ 3 - 4 จะเห็นได้ว่าครอบครัวต้องมีความรู้ในการประเมินอาการร่วมกับผู้ป่วยเพื่อที่จะสามารถนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลได้ การประเมินความรุนแรงนอกจากจะดูจากอาการแล้วยังสามารถใช้วิธีจับชีพจรใช้ Spirometer วัดค่าความจุปอดหรือการนับอัตราการหายใจของผู้ป่วย (Breathing Counts) ซึ่งการให้ความรู้ถือเป็นการสร้างศักยภาพให้แก่ครอบครัวเพื่อสามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยได้เองที่บ้าน (Dill, 2003) ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของแวน เดอ โมเลน (Van Der Molen, 2006) ที่พบว่าการจัดการกับโรคหอบหืดนั้นเน้นการให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงการรักษาด้วยยา การเฝ้าสังเกตอาการ การจัดการกับสิ่งกระตุ้นและปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย

ส่วนการจัดการด้านการรักษาในโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง พบว่ามีการใช้ยาขยายหลอดลมเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อเรียบ ลดการหดเกร็งของหลอดลมและทำให้อาการดีขึ้น (Ferguson, 1998) นอกจากนี้ในระยะยาวการบริหารจัดการการใช้ออกซิเจนยังช่วยลดอัตราการตายและช่วยฟื้นฟูสภาพปอดทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group, 1980; Celli, 1998)

2.2 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Management)

สิ่งแวดล้อมส่งผลต่อสุขภาพของสมาชิกครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กล่าวคือ การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านมีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกและยังมีส่วนช่วยให้ความเครียดบรรเทาลงอีกด้วย (Ranckhorst, Stokes & Mezey, 1982, p. 159) บ้านเป็นสถานที่ที่ครอบครัวต้องอยู่ร่วมกัน โดยสมาชิกมีความคุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อมในบ้าน รู้ลึกถึงความอิสระในการปกครองตนเองอีกทั้ง บ้านยังเป็นสถานที่ที่สมาชิกรู้สึกปลอดภัยมีความเป็นส่วนตัว

เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นให้อาการผู้ป่วยกำเริบไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมภายในบ้านหรือนอกบ้าน สิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีทำให้เกิดความเครียดและความเจ็บป่วยได้ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรือเกิดอันตรายต่อสมาชิกในบ้านนั้น เป็นสิ่งแวดล้อมที่ควรได้รับการจัดการ (Schorr, 1970; Wiley, 1996) ยุคสมัยที่เปลี่ยนไปทำให้เทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามามีบทบาทต่อมนุษย์และก่อให้เกิดมลพิษ สารเคมี ฝุ่นละอองต่าง ๆ มากมาย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคระบบทางเดินหายใจเช่น โรคหอบหืด จะสังเกตได้ว่าสังคมเมืองและสังคมชนบทมีสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน ในสังคมเมืองนั้นมีสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบได้ตลอดเวลาไม่ว่าจะเป็นที่บ้านหรือที่ทำงาน แต่จากการศึกษาของทอมมาเซน (Thommasen, 2006) กลับพบว่าในสังคมชนบทนั้นมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่าในสังคมเมือง แต่อย่างไรก็ตามการจัดการสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคหอบหืด การรักษาความอบอุ่นของร่างกายก็เป็นสิ่งที่ครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการกำเริบได้ นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องทราบว่าสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบหืดนั้นมีอะไรได้บ้างเพื่อสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ซึ่งจากการศึกษาของโลว์ (Low, 2006) พบว่าสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลได้แก่ สภาพอากาศที่แห้ง ละอองหญ้า มลภาวะทางอากาศ การเปลี่ยนแปลงของฤดูกาล และการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจซึ่งนอกจากจะทำให้อาการกำเริบแล้วยังพบว่ามีส่วนทำให้เกิดภาวะ Stroke ได้ด้วย นอกจากนี้สภาพภูมิอากาศแล้วอาหารบางชนิดก็มีส่วนกระตุ้นให้เกิดอาการหอบได้ (Bollinger, 2006)

สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ตัวเราและมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อมในบ้านที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหอบหืดอย่างคาดไม่ถึงคือ สัตว์เลี้ยง แมลง ไรเห็บต่าง ๆ (Liccardi, 2005) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ผู้ป่วยอาจไม่ได้ระมัดระวังหรือไม่คิดว่าจะมีส่วนทำให้เกิดอาการหอบ ครอบครัวควรตระหนักและจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยโดยการทำความสะอาดเครื่องใช้ในบ้าน เครื่องนอน เป็นต้น ส่วนสัตว์เลี้ยงซึ่งคลุกคลีอยู่กับคนในบ้านก็ควรดูแลอาบน้ำแต่งขนให้เรียบร้อย นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องทราบว่าสมาชิกในบ้านป่วยเป็นโรคหอบหืดพร้อมทั้งทราบวิธีการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว ผู้ป่วยที่ขาดความรู้ความเข้าใจในโรคก็อาจทำให้เกิด

พฤติกรรมที่ส่งเสริมต่อการกระตุ้นให้อาการกำเริบได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซีเคอเรล (Sekerel, 2005) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 345 คน พบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคในระดับต่ำจะมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดอาการกำเริบโดยพบว่าร้อยละ 31 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่โดยที่มากกว่าร้อยละ 90 มีอาการหอบตอนกลางวันร่วมด้วย

พฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยโรคหอบหืดบางคนมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกายอย่างหักโหม เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดพบว่าร้อยละ 40 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ซึ่งสารในบุหรี่บางชนิดมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดการต่อต้านยาขยายหลอดลมทำให้อาการรุนแรงขึ้น เนื่องจากยาไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Gusbin, 2006) ผู้ป่วยและครอบครัวอาจไม่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงหรืออาจจะรู้แต่ไม่ตระหนักถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นจึงไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงพฤติกรรม ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับควันบุหรี่มรกมายเช่น บริม (Brims, 2005) ได้ศึกษาถึงสิ่งแวดล้อมภายนอกที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการหอบกำเริบได้แก่ การสูบบุหรี่ คุณภาพของอากาศ เป็นต้น ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของแอกกาวัล (Aggarwal, 2006) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 73,605 คนพบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดมักอาศัยอยู่ในสังคมเมือง มีสภาพเศรษฐกิจสังคมต่ำและมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่นอกจากจะทำให้เกิดอาการหอบแล้วยังพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคถุงลมโป่งพองในระยะเริ่มแรกอีกด้วย โดยบุหรี่จะทำให้ลายการทำหน้าที่ของปอดทำให้ค่าความจุของปอดลดลงและระบบทางเดินหายใจติดเชื้อเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ (Boulet, 2006) ดังนั้นครอบครัวสามารถจัดการได้โดยการให้สมาชิกเลิกสูบบุหรี่โดยบอกถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นหรืออาจให้ไปสูบนอกบริเวณบ้าน การเลิกสูบบุหรี่นอกจากจะส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยเองแล้วยังส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของคนในครอบครัวอีกด้วย

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าสิ่งแวดล้อมที่ทำงานหรืออาชีพมีส่วนส่งเสริมให้เกิดโรกระบบทางเดินหายใจส่วนบนได้และยังทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในภายหลังอีกด้วย (Walusiak, 2006) ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของดักลาส (Douglas, 2005) ที่พบว่าโรคหอบหืดที่เกิดจากการทำงานพบได้ร้อยละ 15 โดยมีมลพิษที่พบได้แก่ ฝุ่น ควัน กลิ่นแก๊ส ซึ่งมีมลพิษต่าง ๆ เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้โดยการใช้เครื่องป้องกัน เช่น หน้ากาก แว่นตา ผ้าปิดจมูก เป็นต้น ซึ่งครอบครัวควรแนะนำให้สมาชิกที่ป่วยเป็นโรคหอบหืดได้ใช้เครื่องป้องกันเหล่านี้เพราะสามารถป้องกันละออง กลิ่นต่าง ๆ ที่จะกระตุ้นให้มีอาการหอบได้ นับได้ว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดนั้นต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมทั้งในบ้านและนอกบ้าน ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบได้ตลอดเวลาจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดรายใหม่จำนวน 1,747 ราย พบว่าร้อยละ 33 มีอาการหอบในที่ทำงาน/สถานประกอบการ (Vollmer, 2005)

2.3 การจัดการด้านจิตสังคม (Psycho - Social management)

การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของครอบครัวหมายถึง การรับรู้ถึงการดูแลความต้องการด้านจิตสังคมของสมาชิก พื้นฐานนิสัยในการปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ การดูแลครอบครัวด้านอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญต่อการอยู่รอดของครอบครัวและมีผลในระยะยาวต่อครอบครัวในอนาคตโดยช่วยให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่แข็งแรง นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นตัวกลางระหว่างบุคคลกับสังคมอีกด้วยหน้าที่สำคัญของครอบครัว คือ การเลี้ยงดู อบรมบ่มนิสัย เป็นหุ้นส่วนกันและกัน (Janosik & Green, 1992) รวมถึงการส่งเสริมการดูแลด้านจิตใจ ครอบครัวที่บรรลุเป้าหมายจะทำให้สมาชิกมีการเจริญเติบโตที่ดีมีภาวะสุขภาพที่ดีได้รับการตอบสนองด้านจิตสังคม ทำให้สมาชิกเกิดกำลังใจและมีชีวิตเริ่มต้นที่ดีไปตลอดชีวิต การดูแลด้านอารมณ์เป็นพื้นฐานศูนย์กลางของการสร้างและดำเนินไปอย่างต่อเนื่องของครอบครัว (Satir, 1972) ครอบครัวควรตระหนักถึงการดูแลด้านอารมณ์และจิตใจของสมาชิกเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีอายุยืนยาวมีความเครียดน้อยลง ในทางตรงข้ามครอบครัวที่มีความเครียดแล้วไม่สามารถจัดการได้ก็จะส่งผลต่อสุขภาพกายเช่น นอนไม่หลับ ความดันโลหิตสูง ภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นต้น (Singer & Ruff, 2001) ส่วนวามอส (Vamos, 1999) นั้นพบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดร้อยละ 25 มีความวิตกกังวลและร้อยละ 10.3 มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีการปรับตัวด้านอารมณ์ที่ไม่ดีและขาดสัมพันธภาพกับแพทย์จะมีระดับความรู้ที่ต่ำและมีความเครียดอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงประสบการณ์ด้านอารมณ์ของผู้ที่เป็นโรคหอบหืดพบว่าทำให้พวกเขารู้สึกมีมลทินมองโลกในแง่ร้าย (Snadden & Brown, 1992)

ดังนั้น ครอบครัวควรได้มีการพูดคุยกับแพทย์เพื่อช่วยกันจัดการกับโรคหอบหืดอีกด้วย ครอบครัวควรให้กำลังใจและไม่ควรลดบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยให้น้อยลงเพราะอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าได้ ควรให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเท่าที่สามารถทำได้ โรคหอบหืดนั้นเป็นโรคที่ต้องการการดูแลในระยะยาว ความรักและความเข้าใจจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคต่อไป โดยมีผู้ที่ศึกษาถึงภาวะสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองจำนวน 102 คน พบว่าร้อยละ 49 มีความวิตกกังวลและซึมเศร้าโดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องมาตรวจตามนัดเพียงคนเดียว (Roundy, 2005) แสดงให้เห็นว่ากำลังใจ ความหวังใยดูแลของครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งความซึมเศร้าเป็นภาวะที่มักเกิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือหมดหวังในการรักษาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโอปอลสกี (Opolski, 2005) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดแล้วพบว่ามีความซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคหอบหืดโดยพบว่าความซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรคเช่นเดียวกับกอร์ธ (Goethe, 2001) ที่ศึกษาพบว่า

โรคหอบหืดทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง

จะเห็นได้ว่าหากผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ สุขภาพกายดีก็จะส่งผลให้สุขภาพจิตดีด้วย แต่ในทำนองเดียวกันสุขภาพจิตที่ดีก็จะส่งผลทำให้สุขภาพร่างกายดีเช่นกัน ครอบครัวควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ ไม่ท้อแท้ การสร้างขวัญและกำลังใจเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการมากขึ้น การได้รับความรักความอบอุ่นจากครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและผลที่ตามมาคือ สุขภาวะที่ดี (Loveland - Cherry, 1996)

2.4 การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ (Role Function management)

โดยทั่วไปแล้วสมาชิกครอบครัวถือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Leslie & Korman, 1989) ครอบครัวมีหน้าที่สอนให้สมาชิกบทบาททางสังคมและวัฒนธรรมทำให้สมาชิกได้ประสบการณ์การเรียนรู้ในบทบาทหน้าที่ของตนเพื่อเป็นผู้ใหญ่ที่ดีในอนาคต

ครอบครัวนั้นไม่สามารถแยกออกจากสังคมได้เพราะครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับสังคมตั้งแต่เกิดจนสิ้นอายุขัย นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องสอนให้สมาชิกรู้จักเรียนรู้วัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยมต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาด้านศีลธรรม จริยธรรมด้วย (Kohlberg, 1970) คุณธรรมเป็นสิ่งสำคัญที่จะพัฒนาด้านจิตใจและคุณความดีของมนุษย์อีกทั้งยังช่วยลดปัญหาทางสังคม การเรียนรู้กฎระเบียบทางสังคมช่วยให้สมาชิกรู้จักการปรับตัวให้เข้ากับบุคคลในสังคม รู้จักการมีวินัยในตนเอง ในสังคมนั้นมีทั้งสิ่งดีและไม่ดี ครอบครัวสามารถช่วยชี้แนะให้สมาชิกแยกแยะชั่วดีได้ การเรียนรู้ประสบการณ์ภายนอกครอบครัวเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่ได้รับทั้งการสนับสนุนจากสังคม หรือความขัดแย้งในสังคม จากที่กล่าวมาจะพบว่าบทบาทหน้าที่ทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนควรทำให้ดีที่สุด ภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังอาจส่งผลต่อการทำบทบาทหน้าที่ดังกล่าวซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีภาวะซึมเศร้าและส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม (Arolt, 1998) และสภาพจิตใจอาจมีผลต่อการทำหน้าที่บทบาทในหลาย ๆ ด้าน

ในครอบครัวที่มีบิดา/ มารดาเดี่ยว (Single - Parent Families) มักมีความพยายามต่อสู้ดิ้นรนในการหารายได้เลี้ยงครอบครัวควบคู่ไปกับการดูแลสมาชิก (Weiss, 1994) โดยเฉพาะครอบครัวที่มีมารดาคนเดียวเป็นผู้ดูแล การทำงานหาเลี้ยงครอบครัวโดยควบคู่ไปกับการดูแลบุตรนับว่าเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก (Bowen, 1995) และยิ่งหากมารดาเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้ว การทำบทบาทหน้าที่ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามภาวะโรค โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่อาจทำให้ครอบครัวมารดาเดียวรู้สึกท้อแท้ใจเพราะนอกจากจะขาดการสนับสนุนจากคู่สมรสแล้วยังต้องทำบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นทั้งในครอบครัวและสังคมส่งผลให้ครอบครัวที่มีมารดาเดียวมักมีความพึงพอใจในบทบาทของตนเองอยู่ในระดับต่ำ (Fine, Donnelly, & Voydanoff, 1986)

ผู้ป่วยโรคหอบหืดอาจไม่ได้ทำบทบาทของคนเนื่องจากอาการที่กำเริบเป็นระยะ ๆ ความรุนแรงของโรคอาจส่งผลให้การเรียนรู้ทางสังคมหยุดชะงัก ครอบครัวที่สามารถจัดการกับโรคหอบหืดได้ดี สมาชิกก็สามารถแสดงบทบาทและเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ในสังคมได้ดีเช่นกันสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้ นอกจากนี้ยังพบว่าหากผู้ป่วยไม่สามารถฟื้นฟูร่างกาย เช่น สมรรถภาพปอดหรือไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างคนปกติผู้ป่วยก็จะเกิดความซึมเศร้าและมีปัญหาในการปรับตัวในสังคม (Arolt, 1997) แต่อย่างไรก็ตามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิง (Makinen, 2000)

2.5 การจัดการด้านเศรษฐกิจ (Financial Management)

ภาวะเศรษฐกิจเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นตัวกำหนดความอยู่รอดของครอบครัว ถึงแม้ว่าครอบครัวจะมีรายได้เพิ่มขึ้นแต่ขณะเดียวกันค่าครองชีพและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ก็เพิ่มขึ้น ครอบครัวต้องพยายามบริหารจัดการให้สภาพเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสมดุลโดยการจัดหาแหล่งทรัพยากร เช่น การเงิน วัตถุดิบ ที่มีประโยชน์และให้เพียงพอซึ่งก็เป็นอีกด้านหนึ่งที่สำคัญสำหรับครอบครัวโดยครอบครัวต้องมีการจัดสรรอย่างลงตัวและเหมาะสม หากบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยเล็กน้อยก็อาจไม่กระทบกระเทือนภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว แต่หากเจ็บป่วยร้ายแรงหรือเรื้อรังย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวในที่สุด โดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่ต้องพยายามดิ้นรนเพื่อหารายได้เพิ่มขึ้นเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ทั้งนี้ได้มีการศึกษาถึงแนวโน้มค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหอบหืดพบว่าโรคหอบหืดนั้นมีทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม ค่าใช้จ่ายทางตรงได้แก่ ค่ายา ค่าตรวจรักษา ส่วนค่าใช้จ่ายทางอ้อมได้แก่ การสูญเสียรายได้จากการทำงาน ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่มิใช่ยา เป็นต้น (Weiss, Sullivan, & Lyttle, 2000) นอกจากนี้ยังพบว่าค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.9 ในผู้ป่วยหอบหืดที่อายุ 18 ปีขึ้นไปแต่จะลดลงในผู้ป่วยเด็ก อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาโดยการสำรวจค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยโรคหอบหืด จำนวน 401 คน พบว่า ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายคิดเป็นจำนวนเงิน 221,040 บาท/คน/ปี โดยแบ่งเป็นค่าใช้จ่ายทางตรง 143,100 บาท/ปี (คิดเป็นร้อยละ 65) และค่าใช้จ่ายทางอ้อม 77,940 บาท/ปี (คิดเป็นร้อยละ 35) นอกจากนี้ยังพบว่าในค่าใช้จ่ายทางตรงนั้นคิดเป็นค่ายา 72,225 บาท/คน/ปี (ร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายทางตรงทั้งหมด) หากผู้ป่วยอาการรุนแรงต้องนอนโรงพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 20,835 บาท/ปี (คิดเป็นร้อยละ 15) และในการมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งโดยไม่มีอาการรุนแรงจะมีค่าใช้จ่าย 15,390 บาท/ปี (คิดเป็นร้อยละ 11) ส่วนค่าใช้จ่ายทางอ้อมนั้น หากผู้ป่วยต้องลางาน/หยุดงานจะมีค่าใช้จ่าย 47,790 บาท/ปี (คิดเป็นร้อยละ 61) สูญเสียเวลาทำงานโดยที่ยังมีการจ้างงานอยู่เป็นเงิน 21,870 บาท/ปี (คิดเป็นร้อยละ 28) นอกจากนี้ยังพบว่าค่าใช้จ่ายจะแตกต่างกันไปตามระดับความรุนแรงของโรค ด้วยกล่าวคือ หากผู้ป่วยโรคหอบหืดมีอาการไม่รุนแรงจะมีค่าใช้จ่าย 119,070 บาท/ปี อาการรุนแรง

ปานกลางมีค่าใช้จ่าย 203,850 บาท/ปีและหากอาการรุนแรงมากจะมีค่าใช้จ่ายสูงถึง 576,585 บาท/ปี (Cisternas, 2002)

จะเห็นได้ว่าการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดนั้นจะเน้นให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ (Gailen, 2006) ผู้ป่วยโรคหอบหืดนั้นมีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคค่อนข้างสูง ครอบครัวก็จะได้รับผลกระทบจากค่าใช้จ่ายดังกล่าวซึ่งเป็นผลกระทบระยะยาวและหากรายได้ของครอบครัวหยุดชะงักหรือความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องออกจากงาน ครอบครัวก็จะเกิดความเครียดหาทางออกไม่ได้และอาจล้มละลายในที่สุด การที่ครอบครัวรู้จักเก็บออมเงินไว้ใช้ในยามจำเป็นเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผลกระทบด้านเศรษฐกิจของครอบครัวน้อยลง

จากการจัดการของครอบครัวในทุกด้านที่กล่าวมาจะพบว่าครอบครัวจะมีความผาสุกและคงความอยู่รอดได้นั้นครอบครัวต้องสามารถจัดการในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมาได้ ผลกระทบที่ตามมาก็จะน้อยลงซึ่งภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัวก็เป็นสิ่งหนึ่งที่จะเป็นตัวกำหนดความอยู่รอดของครอบครัวได้เช่นกัน หากความเจ็บป่วยนั้นเป็นความเจ็บป่วยร้ายแรงก็อาจนำมาซึ่งความสูญเสียแต่หากเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังก็จะบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งสามารถส่งผลกระทบซึ่งกันและกันได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าครอบครัวเป็นสังคมย่อยที่มีความสำคัญมากที่สุดเพราะเป็นสถาบันพื้นฐานที่มีบทบาทสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับมนุษย์ทุกคนในสังคม เป็นสถาบันแรกที่ทำหน้าที่ทางสังคมในการถ่ายทอดค่านิยม ปลูกฝังความเชื่อ สร้างเสริมทัศนคติ กำหนดบุคลิกภาพ วิธีประพฤติปฏิบัติตนรวมทั้งการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมให้แก่สมาชิกรุ่นใหม่ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาสังคมและประเทศโดยรวม ครอบครัวจึงเปรียบเสมือนจักรกลชิ้นแรกที่ทำหน้าที่หล่อหลอมบุคลิกภาพของบุคคลให้เป็นไปตามที่สังคมต้องการนำไปสู่การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขขณะเดียวกันยังเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือ ดูแล เยียวยา บำบัด ฟื้นฟู ในยามที่ต้องเผชิญกับปัญหาวิกฤตที่มากกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เช่น ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังนอกจากนี้ครอบครัวยังถือเป็นหน่วยเศรษฐกิจย่อยที่สุดที่มีความสำคัญสูงต่อระบบเศรษฐกิจส่วนรวมไม่ว่าจะเป็นกระบวนการผลิต การบริโภคและการออมที่ต้องเริ่มจากครอบครัวก่อนทั้งสิ้น รวมทั้งเป็นรากฐานการสร้างชุมชนและสังคมที่เข้มแข็งอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับโรคหอบหืดมากมาย เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคเรื้อรังและอาจรุนแรงถึงแก่ชีวิตอีกทั้งยังเป็นโรคที่มีอาการกำเริบได้ตลอดเวลาสามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัยในครอบครัว แต่ความสำคัญอยู่ที่การจัดการ

อย่างมีประสิทธิภาพของครอบครัวว่าจะสามารถจัดการในด้านที่กล่าวมาได้อย่างไรซึ่งจะพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ ดังนี้

1. รูปแบบครอบครัว

รูปแบบครอบครัวนั้นมีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวเนื่องจากในครอบครัวเดียวกัน หากขาดการสนับสนุนจากคู่สมรสก็จะส่งผลกระทบต่อความเข้มแข็งทางจิตใจ จากการศึกษาของ โกลด์สไตน์ (Goldstein, 2002) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบครอบครัวที่มีมารดาเดี่ยวกับครอบครัวที่มีทั้งบิดาและมารดาในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน พบว่าในครอบครัวมารดาเดี่ยว ผู้ป่วยจะมีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีเท่ากับครอบครัวที่มีทั้งบิดามารดา ส่วนในการศึกษาถึงครอบครัวขยายนั้นพบว่าสมาชิกจะช่วยเหลือกันได้มากกว่าครอบครัวบิดา/มารดาเดี่ยว โดยเฉพาะมารดาที่อยู่ในครอบครัวมารดาเดี่ยวอาจต้องทำหลายบทบาท เช่น งานบ้าน ดูแลบุตร งานที่ทำงาน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลาเบลมา (Labelma, 2002) ที่พบว่า ครอบครัวมารดาเดี่ยวจะมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีเท่ากับครอบครัวที่มีทั้งบิดามารดา เนื่องจากครอบครัวที่มีมารดาเดี่ยวต้องทำหลายบทบาททำให้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของตนเองและการจัดการของครอบครัวด้วย นอกจากนี้ในครอบครัวที่มีบิดา/มารดาเดี่ยวนั้นต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพียงคนเดียว อาจทำให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งจากการศึกษาของคาเกิล (Cagle, 2002) พบว่าผู้ดูแลโดยเฉพาะเพศหญิงที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นต้องทำหน้าที่หลายบทบาทจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล โดยเฉพาะสุขภาพจิต จะเห็นได้ว่ารูปแบบครอบครัวนั้นส่งผลกระทบต่อการจัดการของครอบครัวในหลาย ๆ ด้าน เช่น การทำบทบาทหน้าที่ การควบคุมโรครวมทั้งด้านจิตสังคมด้วย

2. ระยะเวลาความเจ็บป่วย

โรคหอบหืดเป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่มีอาการทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง อันตรายของโรคขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง อาการกำเริบของโรคสามารถเกิดขึ้นได้ทุกเมื่อขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทั้งที่บ้านและที่ทำงานรวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ในระยะแรกผู้ป่วยและครอบครัวอาจยังปรับตัวไม่ได้จึงเกิดความซึมเศร้าและวิตกกังวลกับโรคที่เป็น แต่สำหรับครอบครัวที่มีผู้เจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานนับ 10 ปี สามารถปรับตัวได้แต่ก็ต้องได้รับผลกระทบในด้านต่าง ๆ ผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยคือ การทำหน้าที่ปอดเสื่อมลง (Kupczyk, 2004) การทำบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัวไม่สมบูรณ์ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งเคมเพอร์ (Kemper, 2006) ได้ศึกษาพบว่า การดูแลในระยะยาวนั้นสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอีกทั้งยังมีความไม่แน่นอนในอนาคตซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของเอดเวิร์ด (Norton, 2000) ที่พบว่าระยะเวลาความเจ็บป่วยที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกเป็นภาระด้านเศรษฐกิจและรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคตเช่นกัน ภาวะเจ็บป่วยที่ยาวนานจะยิ่งบั่นทอนคุณภาพชีวิตและเป็นภาระแก่ผู้ดูแลอย่างยิ่งซึ่งจากการศึกษาพบว่าในปีแรก

ของการเป็นโรคหอบหืดนั้นผู้ป่วยต้องอาศัยการปรับตัวเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบแต่เมื่อหลังห้าปีไปแล้วต้องอาศัยการรักษาด้วยยา (Kauppinen, 2001) ดังนั้น ครอบครัวจำเป็นต้องมีการจัดการที่ดีเพื่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวน้อยที่สุด โดยการจัดการของครอบครัวจะเน้นการป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การสังเกตอาการในระยะเริ่มหอบ การกินยาอย่างต่อเนื่อง การพบแพทย์ตามนัดรวมถึงการดูแลด้านจิตใจทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยและลดค่าใช้จ่ายในการดูแล

3. ความรุนแรงของโรค

โรคหอบหืดนั้นมีความรุนแรงแตกต่างกันไป สิ่งทีกระตุ้นให้อาการกำเริบมีมากมาย เช่น สภาพภูมิอากาศ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ ฝุ่นละออง ควันบูห์รี ตลอดจนพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การสูบบุหรี่ สิ่งกระตุ้นบางชนิดอาจมีผลทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นจนถึงแก่ชีวิตได้ดังเช่นการศึกษาของเชสเตอร์ (Chester, 2005) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดที่อาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตจากการทำงานโดยการใช้สเปร์รี่ Polyurethane ซึ่งมีสาร Isocyanate จะเห็นได้ว่าความรุนแรงของโรคหอบหืดนั้นอาจทำให้สูญเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยยังส่งผลต่อความรุนแรงของโรคอีกด้วยโดยทำให้อาการกำเริบมากขึ้นมักพบในเพศหญิงมากกว่าชาย (Centanni, 1999) ความรุนแรงของโรคได้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจอีกทั้งยังอาจก่อให้เกิดภาวะ Stroke จาก Atherosclerosis ได้ด้วย (Onufrak, 2005) หากครอบครัวมีการจัดการที่ไม่ดีก็อาจทำให้ระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นด้วย (Cisternas, 2003) ซึ่งการจัดการของครอบครัวที่เหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรงของโรคและลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น เนื่องจากการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษานั้นขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรคโดยเฉพาะในช่วงหนึ่งปีแรกค่าใช้จ่ายทางอ้อมจะสูงกว่าค่าใช้จ่ายทางตรงเป็นสองเท่า (Serra - Batlles, 1998) ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของกอร์ดาด (Godard, 2002) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 318 คน พบว่าในช่วงหนึ่งปีแรกนั้นความรุนแรงของโรคได้ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยที่ค่าใช้จ่ายทางตรงได้แก่ ค่ายาขยายหลอดลมและยากลุ่มสเตียรอยด์ ส่วนค่าใช้จ่ายทางอ้อมนั้นได้แก่การสูญเสียเวลาทำงาน โรคหอบหืดที่มีอาการรุนแรงจะทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยลดลง ครอบครัวต้องนำส่งโรงพยาบาลเกิดความไม่สมดุลในการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างยิ่ง ดังเช่นการศึกษาของมอยด์ (Moy, 2001) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหอบหืดนั้นแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของโรค

4. การสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย เช่น การให้กำลังใจสนับสนุนให้สมาชิกมีความเข้าใจและตระหนักถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วม (พรบ. พันฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด, 2545) ซึ่งจากการศึกษาของมิตเทลแมน (Mittelman, 2005) พบว่าผู้ดูแลเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการรักษาโรคเรื้อรังหรืออาจกล่าวได้ว่าครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งในทีมผู้ดูแลสุขภาพนั่นเอง โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มีอาการกำเริบได้ตลอดเวลาซึ่งผู้ป่วยต้องมีความพยายามอย่างยิ่งที่จะต้องหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวเพื่อป้องกันอาการกำเริบต้องกินยาอย่างสม่ำเสมอ ต้องพบแพทย์ตามนัดอีกทั้งยังต้องดำเนินกิจกรรมทั้งในครอบครัวและสังคม สิ่งต่าง ๆ ที่กล่าวมาล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้และอ่อนแอได้ ซึ่งครอบครัวมีส่วนช่วยอย่างมากต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย แรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการเผชิญกับโรคหอบหืดซึ่งจากการศึกษาของมอสเนียม (Mosnaim, 2004) พบว่าในระหว่างการรักษานั้นผู้ป่วยจะเกิดความเครียดและรู้สึกอ่อนแอต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและรู้สึกปลอดภัย นอกจากนี้ เรินฮาร์ด (Reinhardt, 1996) ยังพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญกว่าการสนับสนุนจากเพื่อน เนื่องจากเป็นสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดและผูกพันมากกว่าโดยส่งผลต่อความพอใจในชีวิต ภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วย ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของวอดกา (Wodka, 2006) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีการปรับตัวได้ดี ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของคริสเตนเซน (Christensen, 1994) ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าแต่มีผลต่อการลดความเสี่ยง อันตรายที่เกิดจากโรคได้ร้อยละ 13 จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีส่วนช่วยลดความเสี่ยง/ อัตราการตายจากโรคได้ นอกจากนี้ แรงสนับสนุนจากครอบครัวจะส่งผลดีต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยแล้วยังพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวนั้นได้ส่งผลต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วย แต่จากการศึกษาของสคิมากูสุมา ณ อุยุธา (2540) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรสกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองจำนวน 100 ราย กลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคู่สมรสจะมีการสนับสนุนดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีคู่สมรสแต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของปิยะพรรณ เทียนทอง (2546) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานแล้วพบว่า ปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวมีผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองถูกต้องยิ่งขึ้น โดยการรับฟังปัญหาจากผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุด การที่ครอบครัวรับฟังปัญหาของผู้ป่วยจะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสถานะของผู้ป่วยและช่วยกันมอบความรักความเข้าใจรวมทั้งส่งเสริมการ

ดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมจะช่วยให้ครอบครัวมีสมรรถนะที่เพิ่มขึ้นในการจัดการกับโรคหอบหืดทำให้ครอบครัวกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล แต่อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาพบว่าโรคเรื้อรังนั้นกลับทำให้ความสามารถในการสนับสนุนของครอบครัวลดลง (Holmes, 2003)

5. การสื่อสารในครอบครัว

การสื่อสารในครอบครัว เป็นการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้ข้อมูล ความคิด ความรู้สึก (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549) และการสื่อสารยังหมายถึงการที่บุคคลหนึ่งส่งข่าวสารไปยังอีกบุคคลหนึ่งมีผลทำให้ผู้รับข่าวสารนั้นมีการตอบสนองที่อยู่ภายในและที่แสดงออกมา (วัชร อੰนาค, 2540) การสื่อสารช่วยให้บุคคลเข้าใจความรู้สึกนึกคิดซึ่งกันและกันเมื่อครอบครัวเกิดการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของสมาชิกก็จะเริ่มมีการสื่อสารถึงการรักษาและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นซึ่งการสื่อสารมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยหรือระบบย่อยอื่น ๆ ซึ่งหากการสื่อสารในครอบครัวไม่ดีไม่หันหน้าเข้าหากัน ครอบครัวก็จะเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น (Friedman, 1985; Walsh, 1998) ความเครียดที่เพิ่มขึ้นไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวเท่านั้นแต่ยังส่งผลถึงภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวด้วย (Hoffer, 1989) เช่นหากมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้วมีการปิดบัง/ จำกัดข้อมูลเกี่ยวกับโรค สมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นระบบย่อยอาจเกิดความกลัวในอนาคตและเข้าใจผิดในตัวผู้ป่วยเพราะไม่ได้พูดคุยกันถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนั้น ๆ (Lewis et al, 2000) ส่งผลให้เกิดการจัดการที่ไม่ดีได้ การที่ครอบครัวได้มีการพูดคุยกันถึงอาการกำเริบ การรักษา การปฏิบัติคนต่างๆเกี่ยวกับโรคหอบหืดก็จะทำให้การจัดการของครอบครัวเหมาะสมขึ้น อาจกล่าวได้ว่าปัญหาในการสื่อสารเกิดจากการปิดบังข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแก่สมาชิกในครอบครัวทำให้เกิดความไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน การจัดการของครอบครัวก็จะไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ นอกจากนี้สมอลล์ (Small, 2005) ยังได้ศึกษาพบว่าการสื่อสารในคู่สมรสจะมีประสิทธิภาพเมื่อคำพูดนั้นราบรื่นและเป็นข้อความเชิงบวกในด้านจิตสังคมทั้งนี้เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นโรคหอบหืดนั้นการสื่อสารในครอบครัวมีผลต่อการจัดการด้านจิตสังคม หากครอบครัวมีการสื่อสารที่ดีก็จะช่วยให้ครอบครัวมีการจัดการที่ดีเช่นกันทั้งในด้านการรักษาด้านจิตสังคม ด้านการทำหน้าที่ นับได้ว่าเป็นปัจจัยที่ต้องส่งเสริมให้เกิดขึ้นในครอบครัวต่อไป

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า โรคหอบหืดได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในทุก ๆ ด้านโดยส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัวทั้งระบบ การจัดการที่ดีของครอบครัวจะช่วยให้ผลกระทบในด้านต่าง ๆ ลดลง ผู้วิจัยจึงเห็นว่าบุคลากรทางสาธารณสุขจำเป็นต้องทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดโดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีบทบาท

หน้าที่สำคัญทั้งในครอบครัวและสังคมเพราะการทราบถึงปัจจัยดังกล่าวจะช่วยให้พยาบาล
ครอบครัวสามารถดูแลช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคหอบหืดให้สามารถจัดการในทุกด้านที่กล่าว
มาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University