

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาและการรับรู้การควบคุมโรคของผู้สูงอายุโรคหืด

สารทิ พุฒคง* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อรสา พันธุ์ภักดี** D.N.S.

พรทิพย์ มาลาธรรม*** Ph.D. (Nursing), Doctoral Portfolio Certificate in Gerontology (USA)

ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์**** พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์)

บทคัดย่อ: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายภาคตัดขวางเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพสรีระของผู้สูงอายุ การรับรู้ การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาทั้งยาชนิดรับประทานและชนิดสูดพ่น และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยากับการควบคุมโรคหืดของผู้สูงอายุ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพฯ ในช่วงเดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2552 ถึงเดือนมิถุนายนปี พ.ศ. 2552 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 110 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ไคสแควร์ และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 60 ถึง 90 ปี โดยเฉลี่ย 68.99 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.2 และเป็นเพศชายร้อยละ 21.8 จากการวิเคราะห์พบว่าความสามารถที่ดีในการมองเห็น จลกายามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการอ่านฉลากทุกครั้งก่อนใช้ยา อาการมือสั่นขณะเคลื่อนไหว มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถกดยาพ่นได้ แต่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการกดยาพ่น จำนวนฟันหน้าครบมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการอมหลอดพ่นยาได้มิด อย่างไรก็ตาม พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยา แต่การสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.8) สามารถควบคุมโรคหืดได้ในระดับปานกลาง และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาในระดับมาก มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืดในระดับต่ำ ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่าการควบคุมโรคหืดได้น้อย จึงมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองมาก ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถการดูแลตนเองด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหืด เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง การใช้ยา ระดับการควบคุมโรคหืด ผู้สูงอายุ โรคหืด

*พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: raopp@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

****อาจารย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืด (asthma) เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม การอักเสบของหลอดลมมีผลทำให้เยื่อบุผนังหลอดลมของผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อสารภูมิแพ้และภาวะสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ (bronchial hyperresponsiveness) หลอดลมจะง่ายต่อการหดเกร็งและตีบ เกิดการอุดกั้นของทางเดินอากาศหายใจ (airway obstruction) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีด หรือหายใจหอบเหนื่อยขึ้นทันทีเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น โรคหืดมักแสดงอาการในตอนกลางคืนหรือเช้ามืด ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับระดับการอุดกั้นของทางเดินอากาศหายใจ อาการเหล่านี้อาจจะหายไปได้เอง หรือเมื่อได้รับการรักษาที่เหมาะสม (สมาคมโรคเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2547; National Heart, Lung, and Blood Institute, 2007)

โรคหืดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย (Boonsawat et al., 2004) และในหลายประเทศทั่วโลก (Global Initiative for Asthma, 1995) ซึ่งพบว่าในทศวรรษที่ผ่านมา มีอุบัติการณ์เกิดโรคหืดสูงขึ้น โดยเชื่อว่าเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของคนในสังคมที่เปลี่ยนไป ในปี พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการไว้ว่าจะมีผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกมากกว่า 300 ล้านคน พบผู้เสียชีวิตจากโรคหืดประมาณ 255,000 คนต่อปี และมีการคาดการณ์กันว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก 100 ล้านคน (World Health Organization, 2005)

ในปัจจุบันการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุมีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากโครงสร้างของประชากรโลกและประเทศไทยกำลังเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากข้อมูลการสำรวจสำมะโนประชากรประเทศไทย พ.ศ. 2503 ถึง พ.ศ. 2533 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรผู้สูงอายุ มีแนวโน้มจะสูงขึ้นอย่าง

ต่อเนื่องในอนาคต ในปี พ.ศ. 2538 มีสัดส่วนประชากรสูงอายุร้อยละ 8.11 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.17 ในปีพ.ศ. 2548 และร้อยละ 11.36 ในปีพ.ศ. 2553 (สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล, 2550) ประกอบกับการศึกษาในหลายปีที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดเพิ่มมากขึ้น

จากรายงานของสถาบันควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุโรคหืดมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคหืดในกลุ่มอายุอื่นๆ และในปีค.ศ. 2001 ถึงปีค.ศ. 2003 พบอุบัติการณ์ผู้สูงอายุโรคหืดเสียชีวิตประมาณ 5.8 ต่อประชากร 100,000 ราย (Mannino et al., 2002 as cited in Braman & Hanania, 2007) อีกทั้งยังพบว่าการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินบ่อยครั้งส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความมั่นคงในชีวิตจากความไม่แน่นอนของการเกิดอาการจับหืด ความมีคุณค่าในตัวเอง (จิตรา จันชนะกิจ, 2541) และคุณภาพชีวิตลดลง (ยุบล สุขสอาด, 2541)

ผู้สูงอายุโรคหืดจำเป็นต้องได้รับยาที่เหมาะสมตามแนวทางการรักษา และสิ่งสำคัญคือ การมีพฤติกรรมในการใช้ยาที่ถูกต้องและต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการของโรค โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์รูปแบบยาสูดพ่นซึ่งมีวิธีการใช้ที่ยากซับซ้อน หากผู้สูงอายุโรคหืดซึ่งบริหารยาด้วยตนเองไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามขั้นตอนและเทคนิคที่เหมาะสม อาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับยาไม่ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาลดลงและเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ (อรรถการ นาคำ, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา (เกษกมล ภิบาลวงษ์, 2549; พนิดา ไกรนรา, พรทิพย์ มาลาธรรม, ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์, และสุรกิจ นาทีสุวรรณ, 2554; วันดี ชเลพงษ์สกุล, 2539; Peepratoom, 2005) พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ในการใช้ยาต้องอาศัยทักษะทางร่างกายและการรู้คิดควบคู่กัน ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดความพร่องในการดูแลตนเองในการใช้ยา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย ทำให้ความสามารถของอวัยวะในระบบต่างๆ ทำงานได้ลดลง อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหืดอย่างชัดเจน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาและการรับรู้ระดับการควบคุมโรคหืดของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยา และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยา กับการรับรู้การควบคุมโรคหืดของผู้สูงอายุโรคหืด เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคหืดดูแลตนเองในการใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหืด ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมโรคหืดของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสรีระของผู้สูงอายุ (การมองเห็น กำลังกล้ามเนื้อแขน ภาวะมือสั่น จำนวนฟันหน้า และภาวะการรู้คิด) การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหืด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลตนเองในการใช้ยาทั้งยาชนิดรับประทานและยาชนิดสูดพ่นและการรับรู้การควบคุมโรคหืดของผู้สูงอายุโรคหืด

สมมติฐานการวิจัย

1. การมองเห็นที่ดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการอ่านฉลากทุกครั้งก่อนใช้ยา
2. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือมากมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการกดยาพ่นที่ดี
3. ภาวะมือสั่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาชนิดสูดพ่นที่น้อย
4. จำนวนฟันหน้าครบมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการอมหลอดยาชนิดสูดพ่นได้มีด
5. ภาวะการรู้คิดที่ดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในการใช้ยาทั้งยาชนิดรับประทานและยาชนิดสูดพ่นของผู้สูงอายุโรคหืด
6. การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาทั้งยาชนิดรับประทานและยาชนิดสูดพ่นของผู้สูงอายุโรคหืด
7. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาทั้งยาชนิดรับประทานและยาชนิดสูดพ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้การควบคุมโรคหืดของผู้สูงอายุโรคหืด

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ได้แก่ ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) โดยโอเร็มกล่าวว่าความพร่องในการดูแลตนเองจะเกิดขึ้นเมื่อความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ของบุคคลไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ทั้งหมด (therapeutic self-care demands) บุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพและคนในครอบครัว เพื่อตอบสนองตามความต้องการการดูแลตนเอง ตลอดจนช่วยส่งเสริมให้เกิดคุณภาพ

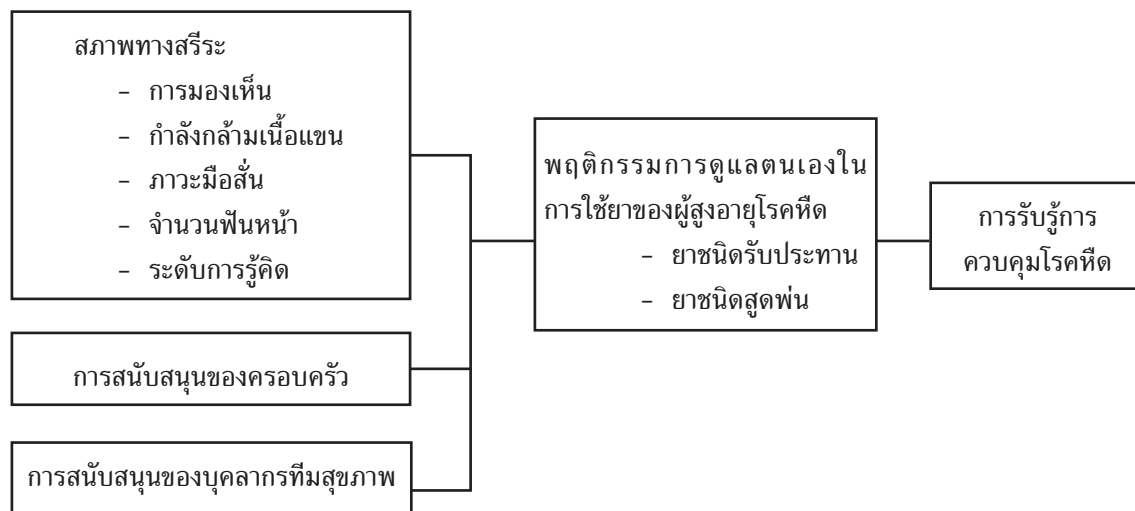
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาและการรับรู้การควบคุมโรคของผู้สูงอายุโรคหืด

ชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demands) หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ให้ดำรงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพ การพัฒนาการ และเกิดความผาสุก (well-being)

การที่ผู้สูงอายุโรคหืดจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันหรือลดอุปสรรคในการใช้ยาได้ทั้งชนิดรับประทานและชนิดสูดพ่น ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (capabilities for self-care operation) จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของแต่ละบุคคลได้ ย่อมแตกต่างกันตามความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถในการกระทำกิจกรรมอย่างจงใจ (deliberate action) โดยต้องอาศัยทักษะในการเรียนรู้ ร่วมกับการทำหน้าที่ของประสาทรับรู้ที่ต่างกัน จะเกิดเป็นพลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) ซึ่งจะเป็นตัวเชื่อม

การรับรู้และการกระทำของมนุษย์ (Orem, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยทางสรีระมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหืด ซึ่งประกอบด้วยการมองเห็น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภาวะมือสั่น จำนวนฟันหน้า และระดับการรู้คิด

นอกจากนี้ โอเร็ม (Orem, 2001) เชื่อว่าปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factors) จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหืดคือ ปัจจัยระบบสนับสนุนของครอบครัวซึ่งจะช่วยในการประเมินคุณภาพของการดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุ หรือการช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว และสุดท้ายคือ การสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพที่จะช่วยเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุโรคหืดและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด



วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (descriptive correlational study) ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามธิบดี ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน ในปี พ.ศ. 2552 และคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางประมาณขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ระดับอำนาจในการวิเคราะห์ .80 และประมาณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ .30 (Peepratoom, 2005) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย และเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณร้อยละ 25 ของค่าที่คำนวณได้ รวมเป็น 110 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ 6 ฉบับ และแบบสังเกต 2 ฉบับ ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ และระดับการศึกษา เป็นต้น
2. แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เกี่ยวกับระยะเวลาที่ป่วย ค่าสมรรถภาพปอด โรคประจำตัวอื่นๆ ชนิดและจำนวนยาที่ใช้อยู่เป็นประจำ เป็นต้น
3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองในการใช้ยา ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการปฏิบัติ การดูแล

ตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของพินิตา ไกรนรา และคณะ (2554) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามทั้งหมด 25 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-50 คะแนน ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยา รับประทาน จำนวน 12 ข้อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาฟัน จำนวน 13 ข้อ คะแนนมากหมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาที่ดี ผู้วิจัยทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ในผู้สูงอายุโรคหืดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย ได้ค่าความสอดคล้องภายในหรือสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .71 และในงานวิจัยครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .62

4. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนของครอบครัวในการใช้ยารักษาโรคหืด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนของครอบครัวของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของพินิตา ไกรนรา และคณะ (2554) มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-16 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการช่วยเหลือจากครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยา รับประทานจำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนของครอบครัวในการใช้ยาสูดพ่นจำนวน 8 ข้อ คะแนนมากแสดงว่าผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวเป็นอย่างดี เครื่องมือนี้นี้ได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ในผู้สูงอายุโรคหืดจำนวน 25 ราย ได้ค่าความสอดคล้องภายในหรือสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .89 และในงานวิจัยครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .94

5. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพในการใช้ยารักษาโรคหืด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของพินดา ไกรนรา และคณะ (2554) มีข้อความทั้งหมด 18 ข้อ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-18 คะแนน ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการช่วยเหลือของบุคลากรทีมสุขภาพในการใช้ยาได้รับประทานจำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับการช่วยเหลือของบุคลากรทีมสุขภาพในการใช้ยาสูดพ่นจำนวน 10 ข้อ คะแนนมากแสดงว่าผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพเป็นอย่างดี เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ในผู้สูงอายุโรคหืดจำนวน 25 ราย ได้ค่าความสอดคล้องภายในหรือสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .67 และในงานวิจัยครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .82

6. แบบสัมภาษณ์การควบคุมโรคหืดเพื่อประเมินการรับรู้การควบคุมโรคหืดของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินการควบคุมโรคหืด ซึ่งพัฒนาโดยนาธาน และคณะ (Nathan et al., 2004) ใช้นับแปลเป็นภาษาไทยโดยสมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทยมีจำนวน 5 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้ไปหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปใช้กับผู้สูงอายุโรคหืดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย ได้ค่าความสอดคล้องภายในหรือสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .86 และในงานวิจัยครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .81 ในการแบ่งระดับการควบคุมโรค 25 คะแนนหมายถึง ควบคุมโรคหืดได้ดี 20-24 คะแนน หมายถึง ควบคุมโรคหืดได้บางส่วน และ < 20 คะแนนหมายถึง ควบคุมโรคหืดไม่ได้

7. แบบบันทึกสภาพทางสรีระของผู้สูงอายุโรคหืดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในการรักษาโรคหืด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงมา

จากแบบบันทึกสภาพทางสรีระของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใช้ยาพ่นในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของพินดา ไกรนรา และคณะ (2554) ได้แก่ การมองเห็น กำลังกล้ามเนื้อแขน ภาวะมือสั่น จำนวนพ่นหน้า และภาวะการรู้คิด มีรายละเอียดดังนี้

7.1 การประเมินการมองเห็น ประเมินโดยให้ผู้สูงอายุอ่านตัวหนังสือบนฉลากยาหน้าของยา และกล่องยาของโรงพยาบาลรามธิบดี ตัวอักษร Microsoft Sans Serif ขนาด 11 point แล้วนำมาแปลผลเป็นมองเห็นปกติ หรือมองเห็นไม่ชัดแต่พออ่านได้ หรือมองเห็นไม่ชัดและไม่สามารถอ่านได้

7.2 การประเมินกำลังกล้ามเนื้อแขน ประเมินโดยการวัดแรงบีบมือ (grip strength) ซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่อง Grip D T.K.K. 5401 ชนิดเคลื่อนย้าย เป็นเครื่องวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือและส่วนปลายแขน จะทำให้ทราบว่าระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนจะอยู่ในระดับใด เครื่องจะแสดงค่าที่วัดได้โดยมีหน่วยเป็นกิโลกรัม นำค่าที่ได้ไปเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานแรงบีบมือมี 3 ระดับ (Rantanen, Era, Kauppinen, & Heikkinen, 1994) ดังนี้ ระดับต่ำ (≤ 18 กก.) ระดับปานกลาง (18.1- 22 กก.) และในระดับสูง (> 22 กก.)

7.3 การประเมินภาวะมือสั่น โดยทั่วไปภาวะมือสั่นแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ ภาวะมือสั่นขณะอยู่เฉย (resting tremor) ประเมินโดยการสังเกตผู้สูงอายุขณะอยู่เฉยเพื่อรอสัมภาษณ์ และภาวะมือสั่นขณะเคลื่อนไหว (action tremor) สังเกตขณะให้ผู้สูงอายุก้มมือเหยียดแขนขึ้นระดับหน้าอก โดยแปลผลเป็นมีภาวะสั่น และไม่มีภาวะสั่น

7.4 การประเมินจำนวนพ่นหน้า ประเมินทั้งที่เป็นพ่นแท้และพ่นปลอม (ในกรณีที่ใส่พ่นปลอม นับจำนวนพ่นที่มีในขณะนั้น) ประเมินโดยให้ผู้สูงอายุนับพ่น พ่นหน้า ประกอบด้วย พ่นตัดและพ่นเขียว ซึ่งพ่นตัดมีจำนวน 8 ซี และพ่นเขียวจำนวน 4 ซี โดยบันทึกผลเป็นจำนวนพ่นที่เหลืออยู่ (มีครบ ไม่ครบ

หรือไม่มีเลย)

7.5 แบบสอบถามภาวะการรู้คิดฉบับสั้น (A Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) สร้างขึ้นโดย Pfeiffer (1975) แปลเป็นภาษาไทยโดย ประครอง อินทรสมบัติ (2539) แบบสอบถามการรู้คิด มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเดียวกับตัวอย่าง จำนวน 25 ราย ด้วยวิธี Test-retest reliability (Ferketich, 1990) ได้ค่าความเชื่อมั่นเชื่อมั่นเท่ากับ .82

8. แบบสังเกตการปฏิบัติการดูแลตนเองในการใช้ยาสูดพ่น ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และดัดแปลงมาจากแบบสังเกตการปฏิบัติการดูแลตนเองในการใช้ยาสูดพ่นในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของพนิดา ไกรนรา และคณะ (2554) โดยประกอบด้วย 4 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสังเกตการปฏิบัติการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมรูปแบบสูดพ่น (metered dose inhaler: MDI) ส่วนที่ 2 แบบสังเกตการปฏิบัติการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมรูปแบบสูดพ่นที่ใช้ร่วมกับกระบอกกักยา (metered dose inhaler with spacer) ส่วนที่ 3 แบบสังเกตการปฏิบัติการใช้ยาพ่นแบบผงชนิด Turbuhaler และส่วนที่ 4 แบบสังเกตการปฏิบัติการใช้ยาพ่นแบบผงชนิด Accuhaler ยาพ่นแต่ละชนิดมีวิธีการปฏิบัติตามขั้นตอนทั้งหมด 12 ข้อ คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 12 คะแนน แล้วนำคะแนนที่ได้มาคิดเป็นจำนวนร้อยละของการใช้ยาพ่นแต่ละชนิด (ซึ่งยังไม่มีกำหนดจุดตัด) คะแนนร้อยละสูงแสดงว่าผู้สูงอายุสามารถใช้ยาพ่นชนิดนั้นได้ดีและถูกต้องตามเทคนิค

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจาก

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการอนุมัติเลขที่ 2552/ 1287 ตามหมายเลขโครงการวิจัยที่ ID 03-52-04 กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ สิทธิในการที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งจะไม่มีความเสียหายใดๆเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อได้รับอนุญาตการเก็บข้อมูลจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการวิจัยแก่หัวหน้าหน่วยงานและพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเพื่อแนะนำผู้วิจัยกับผู้ป่วยที่สามารถตรวจ และเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยดูจากเวชระเบียนให้มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างขณะรอพบแพทย์ และหลังได้รับการตรวจจากแพทย์เรียบร้อยแล้วหรือขณะรอรับยา ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการทำการวิจัยโดยยึดหลักพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเชิญผู้ป่วยเข้าห้องสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงก่อน แล้วผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้จดบันทึกคำตอบของผู้ป่วยโดยตลอด และมีการควบคุมสิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์และขณะทำการทดสอบให้มีความเป็นส่วนตัวและให้มีเสียงรบกวนน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสมาธิในการทดสอบโดยใช้เวลาในการทดสอบรายละเอียดประมาณ 20 ถึง 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ได้แก่

1) สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ใช้ในการอธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยา การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยารักษาโรคหืด การรับรู้การควบคุมโรคหืด และสภาพทางสรีระของผู้สูงอายุโรคหืดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

2) สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rho correlation coefficient) ใช้หาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรู้คิด การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยา รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาและการรับรู้การควบคุมโรคหืด เนื่องจากการกระจายของตัวแปรดังกล่าวไม่เป็นโค้งปกติ และ

3) สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ใช้หาความสัมพันธ์ระหว่าง 1) ความสามารถในการมองเห็น ฉลากยาและพฤติกรรมในการอ่านฉลากก่อนการใช้ยาของผู้สูงอายุ 2) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการกดยาพ่น 3) ภาวะมือสั่นและความสามารถในการกดยาพ่น และ 4) จำนวนพ่นหน้าและความสามารถในการอมหลอดยาพ่น

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้สูงอายุจำนวน 110 ราย ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามารัตนบุรี ประกอบด้วย เพศหญิง 86 ราย (ร้อยละ 78.2) เพศ

ชาย 24 ราย (ร้อยละ 21.8) มีอายุอยู่ในช่วง 60-90 ปี อายุเฉลี่ย 68.99 ปี (SD = 7.12) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ในระดับอ้วนคือ ดัชนีมวลกาย > 25 กก./ม² (ร้อยละ 34.5) เมื่อใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายสำหรับคนเอเชีย มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.7) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 41.8) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (พ่อบ้าน แม่บ้าน หรือข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 83.6) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,758 บาท ใช้สิทธิต้นสังกัดเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ร้อยละ 67.3) ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 86.4) ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 83.6) และพบว่าในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ทั้งหมด (ร้อยละ 16.4)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคหืดในระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือนถึง 60 ปี โดยส่วนใหญ่ระยะเวลาป่วยเป็นโรคหืดอยู่ในช่วง 1 ถึง 5 ปี (ร้อยละ 30.9) รองลงมาอยู่ในช่วง 6 ถึง 10 ปี (ร้อยละ 20) ความรุนแรงของความผิดปกติของสมรรถภาพปอด (% ค่าคาดคะเนของ FEV₁) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย คือ 66-80% ค่าคาดคะเน (ร้อยละ 38.2) รองลงมาอยู่ในระดับปกติคือ มากกว่า 80% ค่าคาดคะเน (ร้อยละ 24.5) กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมเฉลี่ย 3 โรค (SD = 1.72) โรคที่เป็น 5 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 57.3) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 49.1) ภูมิแพ้ (ร้อยละ 38.2) ข้ออักเสบ (ร้อยละ 17.3) และเคยมีประวัติเป็นวัณโรคปอด (ร้อยละ 14.5) ในแต่ละวันกลุ่มตัวอย่างใช้ยาตั้งแต่ 1-15 ชนิด (SD = 2.97) โดยส่วนใหญ่ใช้ยามากกว่า 5 ชนิดต่อวัน (ร้อยละ 73.7) แบ่งเป็นยารับประทาน 1 ชนิด (ร้อยละ 45.5) และยาพ่น 2 ชนิด (ร้อยละ 50.9) ยารับประทานที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้คือ theophylline (ร้อยละ 47.3) และยาสูดพ่นคือ fluticasone propionate and salmeterol xinafoate (ร้อยละ 58.2) จากการซักประวัติพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใช้ยาสมุนไพร

หรือยาถูกลองร่วมในการรักษาโรค (ร้อยละ 87.3) ไม่ได้มาพบแพทย์ก่อนนัด (ร้อยละ 68.2) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มาพบแพทย์ก่อนนัด พบว่ามีผู้มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม 1 ครั้ง จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 6.4) มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน 1 ครั้ง จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 10) และเข้ารับการรักษาต่างโรงพยาบาลจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 7.3) โดยใน 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.2) ไม่มีประวัติได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรในการวิจัย

สภาพทางสรีระของผู้สูงอายุ จากการตรวจร่างกายในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

(ร้อยละ 72.7) สวมแว่นตาในขณะที่อ่านหนังสือ มีความสามารถในการอ่านฉลากหน้าซองยาและบนกล่องยาได้ (ร้อยละ 94.6) มีกำลังกล้ามเนื้อแขนในระดับต่ำ คือมีแรงบีบมือ ≤ 18 กก. (ร้อยละ 43.6) โดยไม่พบภาวะมือสั่นในขณะที่อยู่เฉย (tremor of hands at rest) (ร้อยละ 97.3) และไม่พบภาวะมือสั่นในขณะที่เคลื่อนไหว (action tremor of hands) (ร้อยละ 86.4) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนฟันหน้าครบ (ร้อยละ 77.3) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย (ร้อยละ 2.7) ไม่มีฟันหน้าเหลืออยู่เลย สำหรับการทดสอบการรู้คิด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.4) มีการรู้คิดอยู่ในระดับปกติ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยด้านสรีระของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหืด (N = 110)

สภาพสรีระ	จำนวน	ร้อยละ
การมองเห็น (vision)		
สวมแว่นตา	80	72.7
ไม่สวมแว่นตา	30	27.3
ความสามารถในการอ่านฉลากยาหน้าซองยา*		
มองเห็นชัดและสามารถอ่านได้	83	75.5
มองเห็นไม่ชัดแต่สามารถอ่านได้	21	19.1
ไม่สามารถอ่านได้แม้มองเห็นชัดหรือไม่ชัด	6	5.4
ความสามารถในการอ่านฉลากยาค้นกล่องยา*		
มองเห็นชัดและสามารถอ่านได้	83	75.5
มองเห็นไม่ชัดแต่สามารถอ่านได้	21	19.1
ไม่สามารถอ่านได้แม้มองเห็นชัดหรือไม่ชัด	6	5.4
กำลังกล้ามเนื้อแขน		
ต่ำ (18 กก.)	48	43.6
ปานกลาง (18.1–22 กก.)	28	25.5
สูง (> 22 กก.)	34	30.9

ตารางที่ 1 ปัจจัยด้านสรีระของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหืด (N = 110) (ต่อ)

สภาพสรีระ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะมือสั่นขณะอยู่เฉย		
ไม่มี	107	97.3
มี	3	2.7
ภาวะมือสั่นขณะเคลื่อนไหว		
ไม่มี	95	86.4
มี	15	13.6
จำนวนฟันหน้า		
ครบ	85	77.3
ไม่ครบ	22	20.0
ไม่มีเลย	3	2.7
ภาวะการรู้คิด		
ปกติ (8-10 คะแนน**)	106	96.4
บกพร่องเล็กน้อย (6-7 คะแนน**)	4	3.6

หมายเหตุ * ใช้ตัวอักษร Microsoft Sans Serif ขนาด 11 points

** ภาวะการรู้คิดฉบับสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire [SPMSQ])

การสนับสนุนของครอบครัวในการใช้ยารักษาโรคหืด หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุว่าได้รับความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคหืด ผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลตนเองในการใช้ยาทั้งชนิดรับประทานและสูดพ่น (ร้อยละ 61.8) โดยได้รับการดูแลในการใช้ยาจากบุตรร้อยละ 30 รองลงมาได้รับการดูแลในการใช้ยาจากคู่สมสร้อยละ 6.4 สำหรับการสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพในการใช้ยารักษาโรคหืดหมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุว่าได้รับความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคหืด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ได้รับการสนับสนุนในการใช้ยาทั้งชนิดรับประทานและสูดพ่นจากแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร

(ร้อยละ 54.5) และมีผู้สูงอายุ 1 รายคิดว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือใดๆ ในการใช้ยาจากบุคลากรทีมสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหืด หมายถึง การปฏิบัติการณ์ดูแลตนเองในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคหืดทั้งชนิดยารับประทานและยาสูดพ่น กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนอยู่ระหว่าง 25-44 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 35.72 จาก 50 คะแนน (SD = 5.02) แบ่งเป็นพฤติกรรมการใช้ยารับประทาน 12 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10-23 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 16.69 จาก 24 คะแนน (SD = 2.63) และพฤติกรรมการใช้ยาสูดพ่น 13 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 12-25 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 19.03 จาก 26 คะแนน (SD = 3.2)

สารกัมพูชา และคณะ

นอกจากนี้ การปฏิบัติการณ์ดูแลตนเองในการใช้ยาสูดพ่น ซึ่งประเมินโดยการสังเกตกลุ่มตัวอย่างในการสูดพ่นยาทั้งชนิดรูปแบบสูดพ่น (metered dose inhaler: MDI) รูปแบบสูดพ่นที่ใช้ร่วมกับกระบอกกักยา (metered dose inhaler with spacer) ยาพ่นแบบผงชนิด Turbuhaler และยาพ่นแบบผงชนิด Accuhaler พบว่าประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างคือ ร้อยละ 44.5 (49 ราย) สามารถใช้ยาสูดพ่นได้ถูกต้องมากกว่า 90% ของขั้นตอนทั้งหมด รองลงมาคือร้อยละ 37.3 (41 ราย) สามารถใช้ยาสูดพ่นได้ถูกต้องประมาณร้อยละ 80 ถึง 90 ของขั้นตอนทั้งหมด และกลุ่มสุดท้าย

ร้อยละ 18.2 (20 ราย) สามารถใช้ยาสูดพ่นได้ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 80 ของขั้นตอนทั้งหมด

การรับรู้การควบคุมโรคหืด หมายถึง ระดับอาการของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนอยู่ระหว่าง 11-25 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 22.50 จาก 25 คะแนน (SD=2.79) ซึ่งจัดอยู่ในระดับควบคุมโรคหืดได้บางส่วน (20-24 คะแนน = partly controlled) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองควบคุมโรคได้ดีร้อยละ 17.3 และควบคุมโรคไม่ได้ร้อยละ 10.9 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สถิติบรรยายของตัวแปรในการศึกษา (N = 110)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน ของแบบ ประเมิน	ช่วงคะแนน ของกลุ่ม ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	KS test	p-value
การสนับสนุนของครอบครัว	0-16	0-16	5.44	5.52	1.70	.006
การสนับสนุนของบุคลากรทีม สุขภาพ	0.18	0.18	14.43	3.53	2.09	< .01
พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองใน การใช้ยาโดยรวม	0-50	25-44	35.72	5.02	.98	.28
- ยารับประทาน	0.24	10.23	16.69	2.63		
- ยาสูดพ่น	0.18	0.18	14.43	3.53		
การรับรู้การควบคุมโรคหืด (ใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	5-25	11-25	22-	2.79	2.65	<.01
- ไม่สามารถทำกิจกรรมได้	1-5	2.5	4.67	0.68		
- รู้สึกหายใจไม่อิ่ม	1-5	2.5	4.50	0.69		
- มีอาการของโรคจนทำให้ ต้องตื่นกลางดึก	1-5	2.5	4.60	0.89		
- ต้องใช้ยาสูดพ่นขยาย หลอดลมชนิดออกฤทธิ์ เร็ว	1-5	2.5	4.64	0.74		
- ความสามารถในการ ควบคุมโรคหืด	1-5	2.5	4.08	0.72		

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสี่ระดับ (การมองเห็น กำลังกล้ามเนื้อแขน ภาวะมือสั่น จำนวนฟันหน้า และภาวะการรู้คิด) กับพฤติกรรมการใช้ยาเฉพาะด้าน ซึ่งเป็นตัวแปรระดับนามบัญญัติ (nominal scale) พบว่าความสามารถในการมองเห็นผลยาที่ดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการอ่านฉลากทุกครั้ง

ก่อนใช้ยา ($\chi^2 = 9.33, p = .05$) ภาวะมือสั่นขณะเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถกดกระบอกยาพ่น (MDI) ได้ (Fisher's exact test, $p < .01$) แต่กำลังของกล้ามเนื้อแขนไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการกดกระบอกยาพ่น ลักษณะฟันหน้าครบมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการอมหลอดพ่นยาได้มิด (Fisher's exact test, $p = .009$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับพฤติกรรมการใช้ยาเฉพาะด้าน

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรมการใช้ยาเฉพาะด้าน			ค่าสถิติ	p-value	
การมองเห็น (N = 110)	การอ่านฉลากยา			$\chi^2 = 9.33$	.05	
	เสมอ	บางครั้ง	ไม่เคย			
	ปกติ	58	18			8
	ไม่ชัดแต่อ่านได้	12	8			0
	อ่านไม่ได้	2	4			0
กำลังกล้ามเนื้อแขน (n = 52)	การกดกระบอกยาพ่น			$\chi^2 = 4.80$	.091	
	สามารถ	ไม่สามารถ				
	ระดับต่ำ	10	14			
	ระดับปานกลาง	7	2			
	ระดับสูง	13	6			
ภาวะมือสั่นขณะเคลื่อนไหว (n = 52)	การกดกระบอกยาพ่น			Fisher's exact Test	.008	
	สามารถ	ไม่สามารถ				
	สั่น	1	8			
	ไม่สั่น	27	16			
จำนวนฟันหน้า (n = 52)	การอมหลอดพ่นยา			Fisher's exact test	.009	
	สามารถ	ไม่สามารถ				
	ครบ	40	2			
	ไม่ครบ	6	4			

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การสนับสนุนของครอบครัวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหืด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า การรับรู้ การสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการใช้ยา ($r = .20, p = .037$) นอกจากนี้ พบว่าภาวะการรู้คิด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการใช้ยา ของผู้สูงอายุโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตาราง ที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการใช้ยา (N = 110)

ตัวแปร	พฤติกรรม การดูแลตนเองในการใช้ยา	
	Spearman's Rho	p-value
การสนับสนุนของครอบครัว	.03	.788
การสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพ	.20	.037
ภาวะการรู้คิด	-.04	.663

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหืดกับการรับรู้ การควบคุมโรคหืด พบว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองในการใช้ยาสุดพ้น และพฤติกรรม การดูแลตนเองในการใช้ยาโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ การควบคุมโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23, p = .017$) ซึ่งหมายถึง คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง

ในการใช้ยาสุดพ้นและในการใช้ยาโดยรวมในระดับ มากมีความสัมพันธ์กับคะแนนการรับรู้ การควบคุมโรคหืดในระดับต่ำ แต่พฤติกรรม การดูแลตนเองในการใช้ยา รับประทานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการใช้ยา รับประทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลตนเองในการใช้ยาและการรับรู้ การควบคุมโรคหืดของ ผู้สูงอายุโรคหืด (N = 110)

ตัวแปร	การรับรู้ การควบคุมโรคหืด	
	Spearman's Rho	p-value
พฤติกรรม การดูแลตนเองในการใช้ยา รับประทาน	-.18	.060
พฤติกรรม การดูแลตนเองในการใช้ยาสุดพ้น	-.23	.017
พฤติกรรม การดูแลตนเองในการใช้ยาโดยรวม	-.23	.014

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีอายุตั้งแต่ 60 ถึง 90 ปี อายุเฉลี่ย 68.99 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 60 ถึง 69 ปี หรือเรียกว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น ที่ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมและดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องงานกับงานวิจัยที่ผ่านมาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคหืด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นเช่นกัน มีอิสระและสามารถพึ่งพาตนเองได้ (Bauer, Reed, Yunginger, Wollan, & Silverstein, 1997; Dow, 1998; Zureik, & Orehek, 2002) ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากการศึกษาส่วนใหญ่เก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงการตรวจรับการรักษา ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีอายุในช่วงกลางและตอนปลายอาจจะมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น อ่อนแอ และช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง จึงมักพบผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่บ้าน สถานพักฟื้น แผนกผู้ป่วยใน หรือห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาลเนื่องจากสองในสามของกลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิเบิกคำรักษาได้จากต้นสังกัด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ในระดับอ้วน ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกายลดลง รวมถึงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายมีการทำงานน้อยลง (Eliopoulous, 2005) และอาจเป็นไปได้ว่าเกี่ยวข้องกับอาการข้างเคียงของยาสเตียรอยด์ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับในการรักษาโรคหืด นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงสูบบุหรี่เข้ารับการรักษ ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อน และมีเพียงหนึ่งในห้าของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีประวัติเคยสูบบุหรี่ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในต่างประเทศ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง

ที่เข้ารับการรักษายังคงสูบบุหรี่อยู่เช่นเดิม (Bauer et al., 1997; Bellia, Scichilone, & Battaglia, 2009) อาจมีสาเหตุมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพศหญิง ซึ่งมีความสนใจต่อปัญหาสุขภาพโดยทั่วไปมากกว่าเพศชาย อีกทั้งในสังคมไทยยังไม่ยอมรับการที่เพศหญิงสูบบุหรี่มากนัก

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคหืดตั้งแต่วัยเวลา 1 เดือนถึง 60 ปี โดยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดน้อยกว่า 15 ปี และมีความผิดปกติของสมรรถภาพปอด (% ค่าคาดคะเนของ FEV₁) อยู่ในระดับน้อย (66-80% ค่าคาดคะเน) ซึ่งพบว่าระยะเวลาในการวินิจฉัยโรค และระดับของสมรรถภาพปอดมีความสัมพันธ์กัน ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Braman & Hanania, 2007) เนื่องจากในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคหืดมานาน จะส่งผลต่อการสูญเสียแรงยืดหยุ่นของปอด เกิดแรงต้านในทางเดินหายใจ อัตราการไหลของอากาศลดลง และทำให้ปริมาตรการหายใจเมื่อปกติต่ำ ส่งผลต่อความผิดปกติของสมรรถภาพปอดที่รุนแรงขึ้น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วมประมาณ 3 โรค และต้องใช้อย่างน้อย 5 ชนิด ซึ่งพบว่ายารักษาโรคหืดที่ใช้มากที่สุดคือ ทีโอฟิลลีน (theophylline) สำหรับยาสูดพ่นที่ใช้มากที่สุดคือ ยาพ่นที่มีส่วนผสมสองชนิดทั้งยาพ่นสเตียรอยด์และยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์นาน (fluticasone propionate และ salmeterol xinafoate) ในปีที่ผ่านมาพบว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ก่อนนัด โดยส่วนใหญ่มารับบริการที่หน่วยฉุกเฉิน ด้วยอาการหอบรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวัชร บัญสวัสดิ์ (Boonsawat et al., 2004) โดยพบว่าร้อยละ 21 ของคนไทยที่เป็นโรคหืดเข้ารับบริการที่หน่วยฉุกเฉิน ด้วยอาการหอบรุนแรง อย่างน้อย 1 ครั้งภายในระยะเวลา 1 ปี ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลตนเองและการควบคุมอาการของ

โรคหืดในคนไทยทั่วไปยังทำได้ไม่ดีพอ ยังคงเกิดอาการกำเริบจนต้องเข้ารับบริการในโรงพยาบาลก่อนวันนัดหมาย

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าความสามารถในการมองเห็นฉลากยาที่ดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการอ่านฉลากทุกครั้งก่อนใช้ยาเป็นไปตามสมมติฐาน และสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา (Beckman, Parker, & Thorslund, 2005; Goeman & Douglass, 2007) พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการใช้ยาได้รับประทานและยาสูดพ่นเกิดจากความสามารถในการอ่านลดลง และผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการอ่านจะไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำบนฉลากยาได้ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการอ่านเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว

นอกจากนั้น พบว่าอาการมือสั่นขณะเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถกดยาพ่นได้ ส่วนอาการมือสั่นขณะพักของผู้สูงอายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการกดยาพ่นซึ่งเฮอริวิท (Hurwitz, 2001) อธิบายว่าภาวะมือสั่นเกิดจากการหดและคลายกล้ามเนื้อซ้ำ ๆ กัน ในขณะที่เคลื่อนไหวมักจะสั่นซ้ำ ๆ และหายาก หากเอื้อมหยิบของอาจจับวัตถุพลาดตำแหน่งได้ สำหรับภาวะสั่นขณะพักอาการจะดีขึ้นเมื่อเคลื่อนไหว หรือยื่นมือไปทำอะไร ดังนั้น ผลการวิจัยเรื่องนี้ค่อนข้างยากที่จะเปรียบเทียบกับงานของพนิดา ไกรนรา และคณะ (2554) เนื่องจากอาการมือสั่นของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการกดยาพ่นของพนิดา ไกรนรา และคณะ (2554) นั้น ไม่ได้ระบุแยกประเภทของอาการมือสั่นอย่างไรก็ตาม ยังพบว่ากำลังของกล้ามเนื้อแขนไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการกดยาพ่น ซึ่งสอดคล้องกับงานของพนิดา ไกรนรา และคณะ (2554) อธิบายได้ว่าความสามารถในการกดยาพ่นอาจใช้ทักษะของกล้ามเนื้อมัดเล็กโดย

อาศัยนิ้วมือหรือข้อมือมากกว่ากำลังแขน ดังนั้น การวัดความแข็งแรงของนิ้วมือ (pinch strength) จึงน่าจะเหมาะสมมากกว่าในการศึกษาในอนาคต

เมื่อพิจารณาลักษณะพ่นหน้าพบว่า พ่นหน้าครบ (8 ซี) มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการอมหลอดพ่นยาได้มิตของการใช้ยาพ่นชนิดรูปแบบสูดพ่น (metered dose inhaler: MDI) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Daniels & Meuleman, 1994) พบว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนพ่นหน้าไม่ครบจะไม่สามารถใช้ปากครอบหลอดยาสูดพ่นได้สนิท เนื่องจากการสูญเสียพ่นหน้าก็จะมีผลต่อรูปหน้า จะทำให้แก้มดูดบลง การอมหรือครอบอุปกรณ์ต่างๆ ไว้ในปากนั้นลำบากขึ้น ส่งผลให้ยาพ่นระเหยออกมารอบๆ ปาก ทำให้ได้ยาไม่ครบตามจำนวนที่ควรจะได้รับ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะการรู้คิดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหืด ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Allen & Ragab, 2002; Allen, Warwick-Sanders, & Baxter, 2009; Bellia et al., 2009) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องมีโอกาสในการใช้ยาไม่ถูกต้องสูง โดยเฉพาะยาสูดพ่น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้เกือบทั้งหมดมีภาวะการรู้คิดในระดับปกติ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากจึงไม่เหมาะสมที่จะนำมาหาความสัมพันธ์ อย่างไรก็ตาม ภาวะการรู้คิดก็ยังคงเป็นตัวแปรสำคัญในการนำมาคัดกรองผู้สูงอายุ

สำหรับการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในการใช้ยาของการศึกษาค้นคว้านี้ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหืด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา (Chattananapanich, 2005) ที่พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันอย่างมากมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้เป็น

ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี และเมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในการใช้ยาพบว่าได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.44 คะแนน จาก 16 คะแนน ซึ่งอธิบายว่าผู้สูงอายุรับรู้ถึงแรงสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลในการใช้ยาน้อย และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเตรียมยาและตรวจสอบจำนวนยาด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็ยังรับรู้ว่าการครอบครัวยังเป็นผู้สนับสนุนให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือในเรื่องวัสดุสิ่งของเงินทอง เวลา และบริการมารับมาส่งที่โรงพยาบาล

เมื่อพิจารณาการสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหืด ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานและสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาของ วิมลวรรณ พันธเภา, สมพงษ์ เจริญ, วราพร สุภามูล, และ อรรถการ นาคำ (2548) พบว่าผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก หลังได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนเรื่องความรู้ในใช้ยาจากบุคลากรทีมสุขภาพสามารถใช้ยาได้ถูกต้อง โดยเฉพาะยาสูดพ่นสามารถปฏิบัติได้ถูกเทคนิคมากขึ้น และลดปัญหาจากการใช้ยาลงได้ถึงร้อยละ 30 ในงานวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุรับรู้ถึงการสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพได้มาก เนื่องจากคลินิกโรคหืดแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามธิบดีได้จัดให้ผู้สูงอายุเข้ารับฟังความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว รวมถึงมีเจ้าหน้าที่ประเมินและสอนเทคนิคการสูดพ่นยาก่อนทุกครั้งที่จะเข้าพบแพทย์ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีโอกาสที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้อย่างเหมาะสม

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถควบคุมโรคหืดได้ในระดับปานกลาง และพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาอยู่ในระดับมาก แต่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การควบคุมโรคหืดในระดับต่ำ อธิบายได้ว่าปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นอาจเนื่องจาก

กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าตนเองไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้หรือควบคุมได้บางส่วน จะพยายามดูแลตนเองมากขึ้นเพื่อที่จะให้คงไว้ซึ่งการมีชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของซัลลิแวน และคณะ (Sullivan, Rasouliyan, Russo, Kamath, & Chipps, 2007) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่รับรู้ว่าตนเองควบคุมโรคหืดไม่ได้หรือควบคุมได้บางส่วน มักมีความกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมโรคหืดได้ โดยหลีกเลี่ยงสิ่งที่อาจจะกระตุ้นให้เกิดอาการหอบเหนื่อยทุกชนิด และจะพยายามดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอจนกว่าจะสามารถควบคุมโรคหืดได้

อย่างไรก็ตามการเก็บข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ อาจมีข้อจำกัดเกี่ยวกับสถานที่เก็บข้อมูล เนื่องจากศึกษา ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และมีคลินิกโรคหืดโดยเฉพาะ ดังนั้น จึงเป็นการยากที่จะเป็นตัวแทนผู้สูงอายุโรคหืดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพมีความสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหืด (ยารับประทาน และยาสูดพ่น) ดังนั้น บุคลากรทีมสุขภาพควรจะประเมินการใช้ยาของผู้สูงอายุทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด โดยเฉพาะยาสูดพ่นเนื่องจากมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ซับซ้อน นอกจากนั้น ควรเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรค การรักษา และการใช้ยาชนิดต่างๆกับ ผู้สูงอายุร่วมกับสมาชิกในครอบครัวด้วยทุกครั้ง เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ และสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้หากเกิดอาการเฉียบพลัน

2. บุคลากรทีมสุขภาพควรประเมินสภาพสรีระ

ของผู้สูงอายุก่อนการรักษา เพื่อที่จะจัดยาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละราย และเพื่อช่วยหาแนวทางแก้ไขสภาพร่างกายที่บกพร่อง เช่น หากมีปัญหาสายตาควรส่งปรึกษาจักษุแพทย์ ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะมือสั่น หรือไม่สามารถถอมหลอดพ่นยาได้มีดื่มน้ำเกลือที่สุขภาพควรตระหนักถึงการเปลี่ยนรูปแบบการพ่นยาที่เหมาะสมต่อไป

3. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุให้เหมาะสม โดยหาวิธีการแก้ไขปัญหที่เกิดจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุเพื่อนำไปสู่การควบคุมโรคหืดอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับส่งเสริมให้มีกลุ่มแรงสนับสนุนจากครอบครัวในผู้สูงอายุที่มีระดับการดูแลตนเองต่ำ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเพียงพอในการควบคุมโรคหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลที่สนับสนุนทุนการวิจัยบางส่วน และขอขอบคุณผู้สูงอายุโรคหืดทุกท่านรวมทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่คลินิกโรคหืดแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามธิบดี ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

เกษมกล ภีบาลวงษ์. (2549). พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดในโรงพยาบาลแกลง อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดระยอง. ภาควิชาเภสัชศาสตร์บัณฑิต(ต่อเนื่อง), คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิตรา จันชนะกิจ. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประคอง อินทรสมบัติ. (2539). การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 2(3), 44-56.

พนิดา ไกรนรา, พรทิพย์ มาลาธรรม, อีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์, และสุรกิจ นาที่สุวรรณ. (2554). การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 17(2), 287-304.

ยุบล สุขสอาด. (2541). ประสบการณ์การมีอาการ ผลจากอาการและวิธีจัดการกับอาการจับหืดของผู้ป่วยโรคหืด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วันดี ชเลพงษ์สกุล. (2539). การประเมินการใช้ผลิตภัณฑ์รูปแบบสูดพ่นในผู้ป่วยหอบหืดที่มารับบริการ ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *พุทธชินราชเวชสาร*, 13(1), 33-40.

วิมลวรรณ พันธุ์เกา, สมพงษ์ เจริญชัย, วราพร สุภามูล, และอรธการ นาคำ. (2548). การจัดการปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร*, 13(1), 51-59.

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. (2547). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ พ.ศ. 2547. *วารสารวันโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต*, 26(1), 59-70.

สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. (2550). สถิติผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 3 เมษายน 2550, จาก <http://www.agingthai.org/?p=content&id=51>

อรธการ นาคำ. (2551). หลักการใช้ยาและการดูแลผู้ป่วยโรคหืด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Allen, S. C., & Ragab, S. (2002). Ability to learn inhaler technique in relation to cognitive scores and tests of praxis in old age. *Postgraduate Medical Journal*, 78(915), 37-39.

Allen, S. C., Warwick-Sanders, M., & Baxter, M. (2009). A comparison of four tests of cognition as predictors of inability to learn to use a metered dose inhaler in old age. *International Journal of Clinical Practice*, 63(8), 1150-1153.

Bauer, B. A. Reed, C. E. Yunginger, J. W. Wollan, P. C. & Silverstein, M. D. (1997). Incidence and outcomes of asthma in the elderly: A population-based study in Rochester, Minnesota. *Chest*, 111(2), 303-310.

- Beckman, A. G., Parker, M. G., & Thorslund, M. (2005). Can elderly people take their medicine? *Patient Education and Counseling*, 59(2), 186–191.
- Bellia, V., Scichilone, N., & Battaglia, S. (2009). Asthma in the elderly. *European Respiratory Society Monograph*, 43, 56–76.
- Boonsawat, W., Charoenphan, P., Kiatboonsri, S., Wongtim, S., Viriyachaiyo, V., Pothirat, C., et al. (2004). Survey of asthma control in Thailand. *Respirology*, 9(3), 373–378.
- Braman, S. S., & Hanania, N. A. (2007). Asthma in older adults. *Clinics in Chest Medicine*, 28(4), 685–702.
- Chattananpanich, A. (2005). *Factors related to caregivers' help with medication adherence of patients receiving tuberculosis treatment*. Unpublished Master's thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Daniels, S., & Meuleman, J. R. (1994). Importance of assessment of metered dose inhaler technique in the elderly. *American Geriatrics Society*, 42, 82–84.
- Dow, L. (1998). Asthma in older people. *Clinical and Experimental Allergy*, 28(5), 195–202.
- Eliopoulos, C. (2005). *Gerontological nursing* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ferketich, S. (1990). Focus on psychometrics: Internal consistency estimates of reliability. *Research in Nursing and Health*, 13(6), 437–440.
- Global Initiative for Asthma. (1995). *Global strategy for asthma management and prevention*. NHLBI/WHO workshop report.
- Goeman, D. P. & Douglass, J. A. (2007). Optimal management of asthma in elderly patients: Strategies to improve adherence to recommended interventions. *Drugs & Aging*, 24(5), 381–394.
- Hurwitz, J. (2001, April). Understanding tremor in the elderly. *The Canadian Journal of Diagnosis*, 99–107.
- National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). (2007). *National asthma education and prevention program expert panel report 3: Guidelines for diagnosis and management of asthma*. NIH Publication No. 08–5846, Bethesda, MD, National Institutes of Health.
- Nathan, R. A. Sorkness, C. A. Kosinski, M., Schatz, M., Li, J. T. Marcus, P., et al. (2004). Development of the asthma control test: A survey for assessing asthma control. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 113(1), 59–65.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6th ed). St. Louis: Mosby Year Book.
- Peepratoom, B. (2005). *Factors influencing compliance of adults with asthma*. Unpublished Master's thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 23(10), 433–441.
- Rantanen, T., Era, P., Kauppinen, M., & Heikkinen, E. (1994). Maximal isometric muscle strength and socio-economic status, health, and physical activity in 75-year-old persons. *Journal of Aging Physical Activity*, 2(3), 206–220.
- Sullivan, S. D., Rasouliyan, L., Russo, P. A., Kamath, T., & Chipps, B. E. (2007). Extent patterns, and burden of uncontrolled disease in severe or difficult-to-treat asthma. *Allergy*, 62(2), 126–133.
- World Health Organization. (2005). *Bronchial asthma: Scope of the problem*. Retrieved August 23, 2009, from <http://www.who.int/respiratory/asthma/scope/en/index.html>.
- Zureik, M., & Orehek, J. (2002). Diagnosis and severity of asthma in the elderly: Results of the large survey in 1,485 asthmatics recruited by lung specialists. *Respiration*, 69(3), 223–228.

Factors Related to Self-Care Behavior for Medication Use and Perceived Asthma Control in Older Persons with Asthma

Sarapee Putkong* M.N.S. (Adult Nursing)

Orasa Panpakdee** D.N.S

Porntip Malathum*** Ph.D.(Nursing), Doctoral Portfolio Certificate in Gerontology (USA)

Theerasuk Kawamatawong**** M.D.

Abstract: The aims of this descriptive correlational study were to investigate the relationship between physical status, family support, healthcare professional support, and self-care behavior for medication use and to investigate the relationship between self-care behavior for medication use and perceived asthma control in older persons with asthma. Orem's self-care theory was used as a conceptual framework to guide the study. Purposive sampling was used to recruit a sample of 110 persons with asthma, aged 60 years and older who visited the Asthma Clinic at the Medical Outpatient Department at Ramathibodi Hospital, Bangkok, from January to June, 2009. The data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and Spearman's Rho correlation coefficient. Findings of this study showed that age of the sample ranged from 60 to 90 years with a mean of 68.99 years. Analysis revealed that good vision was related to always reading medication label behavior; action tremor of hands was related to the low ability to press the canister of the metered dose inhaler, whereas handgrip strength was not significantly correlated with ability to press the canister; a higher number of incisors was related to the ability to cover the mouthpiece of the metered dose inhaler. However, family support was not related to self-care behavior for medication use, while healthcare professional support demonstrated a significant relationship to self-care behavior for medication use. Furthermore, the high score on self-care behavior for medication use was significantly correlated with the low score on perceived asthma control. Results of this study suggested that healthcare professionals play a significant role in promoting self-care behavior for medication use in older persons with asthma. They should assess the physical status of the older person to plan intervention programs to increase self-care behavior for medication use in both oral medications and inhaled medications appropriately to achieve effective asthma control.

Keywords: Self-care behavior, Medication use, Asthma control, Older persons, Asthma

*Professional Nurse, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

**Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: raopp@mahidol.ac.th

***Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

****Instructor, Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Department of Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University