

Factors Predicting Corticosteroid Inhaled Adherence in Patients with Asthma*

Puangpet Jaiin¹, Doungrut Wattanakitkrilert, RN, DNS¹, Vishuda Charoenkitkarn, RN, PhD¹, Jareen Chuchottaworn, MD²

Abstract

Purpose: This study aimed to determine the predictive power of perception about disease control, confidence in ability to take medication, readiness to take medication, and patient-clinician communication on corticosteroid inhaled adherence in patients with asthma.

Design: Predictive research design.

Methods: The sample consisted of 120 patients with asthma who came for follow-up visits at Chest-clinics of one tertiary hospital. Data were collected using questionnaires including: Demographic Questionnaire, Medication Adherence Report Scale, Brief Illness Perception Questionnaire, Confidence Ruler, Readiness to Change Questionnaire, and Physician-patient communication behaviors scale. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression analysis.

Main findings: Perception about disease control, confidence in ability to take medication, readiness to take medication, and patient-clinician communication were accounted for 47.3% of variance in predicting adherence to inhaled corticosteroid in patients with Asthma (Nagelkerke $R^2 = .473$, $p < .05$). Readiness to take medication was the only variable that could predict corticosteroid inhaled adherence in patients with asthma with statistical significance (OR = 65.39, 95%CI = 3.76-18.20; $p < .05$).

Conclusion and recommendations: Based on the study's results, it was suggested that nurses should pay attention to assess readiness to use inhaled corticosteroid and to develop nursing practice model for increasing readiness to use inhaled corticosteroid.

Keywords: medication adherence, perception about disease control, confidence in ability to take medication, readiness to take medication, patient-clinician communication

J Nurs Sci. 2017;35(4):61-73

Corresponding Author: Associate Professor Doungrut Wattanakitkrileart, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: doungrut.wat@mahidol.ac.th

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Central Chest Institute of Thailand, Nonthaburi, Thailand

ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูงในผู้ป่วยโรคหืด*

พวงเพชร ไชอิน¹ กอวรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.น.¹ วิษุภา เจริญกิจการ, ปส.น.¹ เจริญ บูรภัทวาร, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความมั่นใจในการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูงของผู้ป่วยโรคหืด

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงอำนาจทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหืดอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 120 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูงอย่างน้อย 3 เดือน ที่คลินิกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉับย้อย แบบวัดความมั่นใจในการใช้ยา แบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และแบบประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความมั่นใจในการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูง ในผู้ป่วยโรคหืดได้ร้อยละ 47.3 (Nagelkerke $R^2 = .473$, $p < .05$, $df = 1$) ความพร้อมในการใช้ยาเป็นตัวแปรตัวเดียวที่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูงในผู้ป่วยโรคหืด (OR = 65.39, $p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการประเมินความพร้อมก่อนการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูงในผู้ป่วยโรคหืด และพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมให้เกิดความพร้อมในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูงเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการใช้ยา การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความมั่นใจในการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์

J Nurs Sci. 2017;35(4):61-73

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: doungrut.wat@mahidol.ac.th

* วิทยาลัยนฤมิตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี

ความสำคัญของปัญหา

โรคหืดเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยและประเทศต่างๆ ทั่วโลก มีอุบัติการณ์การเกิดเพิ่มขึ้นในทุกประเทศ ซึ่งคาดว่าปี พ.ศ. 2568 จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มขึ้นเป็น 400 ล้านคน และมีประชากรจำนวน 235 ล้านคนที่ทุกข์ทรมานจากโรคหืด โดยในปี พ.ศ. 2558 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหืดจำนวน 383,000 คน¹ สำหรับในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหืดประมาณ 3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณปีละ 2,200 คน เฉลี่ยถึง 6 คนต่อวัน²

โรคหืดเป็นการอักเสบเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่หลอดลมใหญ่จนถึงแขนงของหลอดลมเล็ก หลอดลมจะถูกแทรกซึมไปด้วยนิวโตรฟิล อีโอซินอิล และลิมโฟไซต์ ทำให้กล้ามเนื้อเรียบหลอดลมหดตัว มีการหนาตัวของชั้นใต้เยื่อหลอดลม และการหลั่งมูกเพิ่มขึ้น หลอดลมมีความไวเกินต่อสิ่งกระตุ้น ทำให้หลอดลมของผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ ทำให้เกิดอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย และหายใจมีเสียงวี๊ด³

การรักษาโดยใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดมีประสิทธิภาพในการลดการอักเสบของหลอดลม ทำให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น ป้องกันการกำเริบของโรคหืดได้หากใช้อย่างถูกวิธีและเหมาะสม ในรายที่ไข้ยาไม่ต่อเนื่อง การอักเสบเรื้อรังของหลอดลมอาจนำไปสู่การเกิดพังผืดและการหนาตัวของผนังหลอดลม ทำให้มีการอุดกั้นของหลอดลมอย่างถาวร⁴ การใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่นอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 31 สามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และร้อยละ 39 ลดอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลซ้ำ⁵ และเป็นยาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการรักษาเพื่อลดความเสี่ยงการกำเริบของโรคหืด⁶

ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) เป็นบทบาทสำคัญของผู้ป่วยที่จะช่วยให้การรักษาโรคหืดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลในการได้รับยาตามเวลา และหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำให้สอดคล้องกับคำแนะนำในการใช้ยาจากบุคลากรทางสุขภาพ⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมของ Barnes และ Ulrik⁸ พบว่าความร่วมมือในการใช้ยา

คอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืดยังน้อยอยู่ คือ อยู่ในช่วงร้อยละ 22-63 ซึ่งผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดสูงในช่วงที่มีอาการกำเริบของโรคเท่านั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคหืด ของ Wells และคณะ⁹ ซึ่งประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยพื้นฐาน (base variables) ประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ ระยะเวลาการเป็นโรค และระดับของการควบคุมโรค ปัจจัยภายใน (internal factors) ประกอบด้วย 1) ความเชื่อเกี่ยวกับโรค ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรค และความรู้เกี่ยวกับโรค 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาควบคุมอาการ ได้แก่ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับการใช้ยาที่ผ่านมา ความกังวลหรือความจำเป็นในการใช้ยา และความรู้เกี่ยวกับยาควบคุมอาการ 3) การรับรู้แหล่งที่มาของการควบคุมโรค ได้แก่ อำนาจภายในตนเอง อำนาจภายนอกตนเอง และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ 4) ความมั่นใจในการใช้ยาควบคุมอาการ 5) ความพร้อมในการใช้ยาควบคุมอาการ 6) ความไว้วางใจแพทย์ 7) ปัจจัยทางด้านจิตอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยภายนอก (external factors) ประกอบด้วย 1) สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ สถานะ และการศึกษา 2) อุปสรรคของการมารับการดูแล 3) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ 4) การสนับสนุนทางสังคม 5) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาปัจจัย การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความมั่นใจในการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ และการกำเริบของโรค เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวยังมีการศึกษาน้อยทั้งในประเทศและต่างประเทศ บางการศึกษา ยังไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัดว่า ปัจจัยดังกล่าวมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืดหรือไม่

การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค (perception about disease control) เป็นมิติหนึ่งของการรับรู้เกี่ยวกับโรค ในกรอบแนวคิดความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคหืด ของ Wells และคณะ⁹ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับ

ศักยภาพในการควบคุมโรคด้วยตนเองและการรักษาด้วยยา¹⁰ การขาดความร่วมมือในการรักษาเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้ จากการศึกษาของ Sullivan และคณะ¹¹ พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่รับรู้ว่าคุณควบคุมโรคหืดไม่ได้หรือควบคุมได้บางส่วน มักมีความกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมโรคหืดได้ และจะพยายามดูแลตนเองโดยการใช้อย่างสม่ำเสมอจนกว่าจะสามารถควบคุมโรคหืดได้

ความมั่นใจในการใช้ยา (confidence in ability to take medication) คือ ความเชื่อของผู้ป่วยหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยในการใช้ยาในสถานการณ์ต่างๆ และสามารถบริหารจัดการยาที่ได้รับในแต่ละวัน⁷ การศึกษาของ Ngamvitroj และ Kang¹² พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่มีความมั่นใจในการใช้ยาสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาเป็นอย่างดี และพบว่ามีอาการกำเริบของโรคลดลงในระยะเวลา 3 เดือนที่ศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Morrison และคณะ¹³ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาต้านความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยที่มีความมั่นใจในการใช้ยาสูงมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีความมั่นใจในการใช้ยาต่ำ (OR = .73, p < .05)

ความพร้อมในการใช้ยา (readiness to take medication) เป็นขั้นตอนหนึ่งของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหืดในการใช้ยา ซึ่งแต่ละบุคคลมีความแตกต่างของระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันไป การศึกษาของ Well และคณะ⁹ พบว่าความพร้อมในการใช้ยาเป็นปัจจัยภายในตัวเดียวจากทั้งหมด 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Schmalting, Afari และ Blume¹⁴ ที่ศึกษาการประเมินปัจจัยทางด้านจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหืดในผู้ใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการใช้ยาในระยะปฏิบัติ (action) และระยะปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้ (maintenance) มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มที่มีความพร้อมในการใช้ยาในระยะเริ่มปฏิบัติ (preparation)

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ (patient-clinician communication) คือ การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำหรับการสร้างความสัมพันธ์ของแพทย์และผู้ป่วย จากการศึกษาของ Zolnierек และ DiMatteo¹⁵ พบว่าการสื่อสารของแพทย์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ และในกลุ่มที่ได้รับการสื่อสารกับแพทย์น้อยเสี่ยงในการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสื่อสารที่ดีกับแพทย์ ทักษะการสื่อสารที่ดีเป็นเครื่องมือที่สำคัญจะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในโรคหืด ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง หากขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและแพทย์จะส่งผลกระทบต่อความควบคุมอาการของโรคหืดทั้งทางตรงและทางอ้อม อันนำมาสู่การรักษาโรคหืดที่ไม่มีประสิทธิภาพ

การศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ เกี่ยวกับประสิทธิภาพปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความมั่นใจในการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์กับความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดยังมีผลที่ขัดแย้งกันอยู่ สำหรับประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาสูดพ่นในผู้ป่วยโรคหืด มีการศึกษาที่ใกล้เคียง คือ การศึกษาของ ฉัตรสุรงค์ ขำรักษ์ และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาอิทธิพลการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความกังวลจากการใช้ยา ผลข้างเคียง และระยะเวลาการรักษาต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งเป็นประเด็นความร่วมมือในการใช้ยาชนิดเดียวกัน โดยผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ได้เพียงร้อยละ 21.1 ซึ่งแสดงว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืดอีก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นเพิ่มเติม ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลที่สำคัญเพื่อใช้ในการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความมั่นใจในการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดของผู้ป่วยโรคหืด

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความมั่นใจในการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการใช้ยา คอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืดได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคหืด อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคปอดและคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากประชากรแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดโดยการทดสอบสมรรถภาพปอด ได้รับการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดอย่างน้อย 3 เดือน และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประเมินการรับรู้โดยใช้เครื่องมือประเมินความรู้ความเข้าใจจีพีค็อก (ฉบับภาษาไทย) โดยคะแนนรวมน้อยกว่า 9 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการรับรู้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้เกณฑ์การกำหนดของ linear regression มาใช้โดยอนุโลม คือ กลุ่มตัวอย่าง 30 เท่าของจำนวนตัวแปรอิสระ¹⁷ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 120 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็นแบบคัดกรองและแบบรวบรวมข้อมูล ตามรายละเอียด ดังนี้

1. แบบคัดกรอง ใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจจีพีค็อก (ฉบับภาษาไทย) พัฒนาขึ้นโดย Brodaty และคณะ

แปลเป็นภาษาไทยและหาค่าความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือโดย จิรนนท์ กริฟฟิธส์ สุภาวดี พุฒิน้อย และเมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี¹⁸ ทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในผู้สูงอายุจำนวน 199 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80 แบบสอบถามมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ประเมินผู้ป่วยจำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินผู้ดูแลในส่วนนี้ผู้วิจัยไม่ได้ใช้ เนื่องจากเป็นการนำมาประเมินเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น ในงานวิจัยครั้งนี้นำมาประเมินในผู้ป่วยโรคหืดที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้น หากมีคะแนนน้อยกว่า 9 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีปัญหาความรู้ความเข้าใจภาพพจน์ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์คัดออกจากการเข้าร่วมวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ที่ไม่ผ่านการประเมินความรู้ความเข้าใจจีพีค็อกจำนวน 5 คน

2. แบบรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหืด รวมทั้งข้อมูลสุขภาพจากเวชระเบียน

2.2 แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence Report Scale, MARS) พัฒนาโดย Home และ Hankins แปลเป็นภาษาไทยโดย อลิษา วิริยะโชติ และคณะ¹⁹ ผ่านกระบวนการแปล และแปลย้อนกลับ โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 อันดับ คิดคะแนนเป็นค่าเฉลี่ย ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน ใช้จุดตัดคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาที่ 4.5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 4.5 คะแนน หมายถึงมีความร่วมมือในการใช้ยา ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง 120 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .92

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (Brief Illness Perception Questionnaire, B-IPQ) พัฒนาโดย Broadbent และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย พิมพ์ เทพวัลย์ และคณะ²⁰ ผ่านกระบวนการแปล และแปลย้อนกลับ โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา ลักษณะของแบบสอบถามมีทั้งหมด 9 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรค (cognitive representation) และ

การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามเฉพาะในส่วนของการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค (control) เท่านั้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) 0-10 คะแนน โดยนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคในระดับมาก ในการศึกษาครั้งนี้หาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าคงที่ด้วยวิธีการวัดซ้ำห่างจากการวัดครั้งแรก 2 สัปดาห์ เท่ากับ .85

2.4 แบบวัดความมั่นใจ (the confidence ruler)

พัฒนาโดย Miller และ Rollnick²¹ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย ผ่านกระบวนการแปลและแปลย้อนกลับ โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) ด้วยมาตรวัดคะแนน 0-10 คะแนน ใช้จุดตัดคะแนนความมั่นใจในการใช้ยาที่ ≥ 722 คะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 7 หมายถึง มีความมั่นใจที่มาก ในการศึกษาครั้งนี้หาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าคงที่ด้วยวิธีการวัดซ้ำห่างจากการวัดครั้งแรก 2 สัปดาห์ เท่ากับ .88

2.4 แบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Readiness to Change Questionnaires, RTC) พัฒนาโดย Schmalting, Afari และ Blume¹⁴ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย ผ่านกระบวนการแปลและแปลย้อนกลับ โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา ข้อคำถามประกอบด้วยประโยค 5 ประโยค ที่แสดงถึงทัศนคติและความตั้งใจในการใช้ยา คอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด โดยให้ผู้ป่วยเลือกเพียงหนึ่งประโยคที่ตรงกับผู้ป่วยมากที่สุด การแปลผลคะแนนจะใช้ตามหลักของระดับการวัดตัวแปรแบบข้อมูลนามบัญญัติ (normal scale) ซึ่งเป็นการแบ่งกลุ่ม (category) โดยค่าคะแนนมากน้อยไม่มีความหมายต่อความมากน้อยแต่ละประโยค ในการศึกษาครั้งนี้หาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าคงที่ด้วยวิธีการวัดซ้ำ ห่างจากการวัดครั้งแรก 2 สัปดาห์ เท่ากับ .81

2.5 แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ (physician-patient communication behaviors scale) พัฒนาโดย Wachira และคณะ²³ แปลเป็นภาษาไทย

โดยผู้วิจัย ผ่านกระบวนการแปลและแปลย้อนกลับ โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 อันดับ (1-5) ค่าคะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 3.8 หมายถึง มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ในระดับมาก²² ในการศึกษาครั้งนี้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .93

เครื่องมือทุกชุดได้รับอนุญาตจากเจ้าของหรือผู้พัฒนาเครื่องมือแล้ว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ COA No.IRB-NS 201/04.0401RS1 และการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยจากโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล รหัสโครงการ 076/2559 โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างอิสระ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาที่จะได้รับจากโรงพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำการ คลินิกผู้ป่วยนอกโรคปอดและคลินิกโรคหืด ประชาสัมพันธ์โครงการและสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและสนใจเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วย ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ รวมทั้งสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการจากโรงพยาบาล และเชิญเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง

เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด ใช้เวลาในการตอบประมาณ 45-50 นาที หลังจากนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป และการรักษาที่ได้รับ นำมาแจกแจงหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความมั่นใจในการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยแบบโลจิสติก (logistic regression analysis) ด้วยวิธีการคัดเข้าตัวแปรแบบ enter method กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 59.73 ปี (Max = 84, Min = 30, Mean = 59.73, SD = 10.89) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ 5,000-15,000 บาท สิทธิในการรักษาใช้สิทธิการรักษาเบิกจากต้นสังกัดกรมบัญชีกลาง

ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดมานานเฉลี่ย 11.78 ปี โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และรักษาในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยอาการกำเริบของโรคหืด 1-2 ครั้งต่อปี ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคหืด ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของอากาศ ฝุ่นละออง และควัน ระดับการควบคุมอาการอยู่ในระดับดี ยาที่ใช้ส่วนใหญ่เป็น Seretide Accuhaler รูปแบบ Metered Dose Inhaler (MDI) ขนาดของยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดน้อยกว่า 500 ไมโครกรัม จำนวน 2 ครั้งต่อวัน ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดเฉลี่ย 4.38 ปี

กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยา คอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดร้อยละ 63.3 โดยมีค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดเท่ากับ 4.83 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน (SD = .18) มีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคหืดดีร้อยละ 95 โดยค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคหืดดีเท่ากับ 8.07 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน (SD = 1.62) มีคะแนนความมั่นใจในการใช้ยาอยู่ในระดับดีร้อยละ 83.5 โดยค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนความมั่นใจในการใช้ยาอยู่ในระดับดีเท่ากับ 8.53 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน (SD = 2.07) และมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ในระดับมากร้อยละ 67.8 โดยค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ในระดับมากเท่ากับ 4.10 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน (SD = .57) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-square

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด				
ไม่ร่วมมือ (คะแนน < 4.5)	44	36.7	3.67	.68
ร่วมมือ (คะแนน ≥ 4.5)	76	63.3	4.83	.18
(Max = 4.93, Min = 3.85, Mean = 4.39, SD = .88)				
การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค				
การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคไม่ดี (คะแนน ≤ 5)	7	5.0	4.21	.64
การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคดี (คะแนน > 5)	113	95.0	7.13	1.12
(Max = 10, Min = 2.5, Mean = 8.07, SD = 1.62)				
ความมั่นใจในการใช้ยา				
ความมั่นใจในการใช้ยาอยู่ในระดับไม่ดี (คะแนน < 7)	19	15.7	4.23	1.34
ความมั่นใจในการใช้ยาอยู่ในระดับดี (คะแนน ≥ 7)	101	83.5	9.32	.94
(Max = 10, Min = 1, Mean = 8.53, SD = 2.07)				
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์				
ความพึงพอใจในการสื่อสารกับแพทย์ในระดับน้อย (คะแนน < 3.8)	38	31.4	3.58	.18
ความพึงพอใจในการสื่อสารกับแพทย์ในระดับมาก (คะแนน ≥ 3.8)	82	67.8	4.47	.45
(Max = 5, Min = 2, Mean = 4.10, SD = .57)				

ความพร้อมในการใช้ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด และคงไว้ รองลงมาร้อยละ 26.4 มีความพร้อมในช่วงปฏิบัติ
 ในผู้ป่วยโรคหืดใน 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2)
 ร้อยละ 54.4 มีความพร้อมในการใช้ยาอยู่ในช่วงสม่ำเสมอ

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของคะแนนความพร้อมในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืดใน 1 เดือนที่ผ่านมา (N = 120)

ความพร้อมในการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และไม่ได้วางแผนที่จะใช้ใน 1 เดือนข้างหน้า (ช่วงยังไม่ปฏิบัติ)	2	1.7
ไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง แต่คิดว่าจะใช้ใน 1 เดือนข้างหน้า (ช่วงมีความตั้งใจ)	8	6.6
ไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง แต่วางแผนว่าจะใช้ใน 1 เดือนข้างหน้า (ช่วงเตรียมการ)	12	9.9
ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (ช่วงปฏิบัติ)	32	26.4
ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และวางแผนที่จะใช้ใน 1 เดือนข้างหน้า (ช่วงสม่ำเสมอและคงไว้)	66	54.4

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา การควบคุมโรค ความมั่นใจในการใช้ยา ความพร้อมใน
 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ การใช้ยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ และ
 และตัวแปรตามโดยใช้คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับ ความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดพบว่า

ความพร้อมในการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสูง ($\chi^2 = 44.254, p < .05$) รองลงมา คือ ความมั่นใจในการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา

คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสูง ($\chi^2 = 9.802, p < .05$) ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสูงในผู้ป่วยโรคหืด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยา คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสูงในผู้ป่วยโรคหืด และการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความมั่นใจในการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-Square (N = 120)

ตัวแปร	ความร่วมมือในการใช้ยา คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสูง				
	ไม่ร่วมมือ (< 4.5)	ร่วมมือ (≥ 4.5)	รวม	χ^2	P-Value
การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค					
ระดับน้อย < 5 ^{ref}	3 (42.85)	4 (57.15)	7 (100)	.123 ^f	.726 ^{ns}
ระดับมาก ≥ 5	41 (36.28)	72 (63.72)	113 (100)		
รวม	44 (36.67)	76 (63.33)	120 (100)		
ความมั่นใจในการใช้ยา					
ระดับน้อย < 7 ^{ref}	13 (68.42)	6 (31.58)	19 (100)	9.802	.002*
ระดับมาก ≥ 7	31 (30.69)	70 (69.31)	101 (100)		
รวม	44 (36.67)	76 (63.33)	120 (100)		
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์					
ระดับน้อย < 3.8 ^{ref}	14 (36.84)	24 (63.16)	38 (100)	.001	.978ns
ระดับมาก ≥ 3.8	30 (36.59)	52 (63.41)	82 (100)		
รวม	44 (36.67)	76 (63.33)	120 (100)		
ความพร้อมในการใช้ยา					
ระยะที่ 1-3 ^{ref}	19 (86.36)	3 (13.64)	22 (100)	44.254	< .001*
ระยะที่ 4	17 (53.13)	15 (46.87)	32 (100)		
ระยะที่ 5	8 (12.12)	58 (87.88)	76 (100)		
รวม	44 (36.67)	66 (63.33)	120 (100)		

f = Fisher Exact Test

**p*-value < .05, *ns* = non significant

การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษา การวิเคราะห์อำนาจการทำนายพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความมั่นใจในการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ สามารถอธิบายการผันแปรของความร่วมมือในการใช้ยา คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสูงในผู้ป่วยโรคหืดได้ร้อยละ 47.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Nagelkerke

$R^2 = .473, p < .05$) และความพร้อมในการใช้ยาเป็นตัวแปรตัวเดียวที่มีอำนาจการทำนายความร่วมมือในการใช้ยา คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสูงในผู้ป่วยโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 65.39, 95%CI = 12.69-336.72; $p < .05$) (ตารางที่ 4)

ความพร้อมในการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสูง มีร้อยละของ

ผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบแต่ละกลุ่ม โดยเพิ่มจากร้อยละ 13.64 เป็น 46.87 และ 87.88 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) ทำให้ตัวแปรความพร้อมในการใช้ยาสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยา คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสุดได้ดี โดยความพร้อมในการใช้ยา ระยะที่ 5 คือ มีความพร้อมในการใช้ยาอยู่ในช่วงปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้ มีโอกาสให้ความร่วมมือในการใช้ยา

คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสุดมากกว่ากลุ่มที่มีความพร้อมในการใช้ยา ระยะที่ 1-3 คือ ช่วงก่อนคิด เริ่มคิดพิจารณา และเริ่มปฏิบัติถึง 65.39 เท่า และกลุ่มที่มีความพร้อมในการใช้ยา ระยะที่ 4 คือ ช่วงปฏิบัติ มีโอกาสให้ความร่วมมือในการใช้ยา คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสุดมากกว่ากลุ่มที่มีความพร้อมในการใช้ยา ระยะที่ 1-3 ถึง 7.34 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสถิติถดถอยโลจิสติกแบบขั้นตอนเดียว ของการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความมั่นใจในการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ต่อความร่วมมือในการใช้ยา คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสุดในผู้ป่วยโรคหืด (N = 120)

ตัวแปร	B	SE	Wald statistic	df	OR	p-value	95%CI
การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค	1.31	.88	2.17	1	3.70	.14	.65 - 21.08
ความมั่นใจในการใช้ยา	.46	.75	.38	1	1.59	.54	.36 - 6.98
ความพร้อมในการใช้ยา ระยะที่ 1-3			28.08	2	.00		
ความพร้อมในการใช้ยา ระยะที่ 4	1.99	.76	6.78	1	7.34	.009	1.64 - 32.88
ความพร้อมในการใช้ยา ระยะที่ 5	4.18	.83	24.99	1	65.39	.00	12.69 - 336.72
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์	-.87	.58	2.29	1	.42	.13	.13 - 1.29
ค่าคงที่	-2.49	1.20	4.27	1	.039	.08	

* $p < .05$, Cox & Snell $R^2 = .346$, Nagelkerke $R^2 = .473$ Predictive Correct = 79.2%, -2 Log likelihood = 106.835, CI = Confidence interval for odds ratio (OR)

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.3 มีความร่วมมือในการใช้ยา คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสุด ซึ่งค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา⁸ ซึ่งพบความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ระหว่างร้อยละ 22 ถึง 63 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลเฉพาะโรคที่ให้การรักษาเฉพาะโรคปอดและหัวใจ มีคลินิกโรคปอดและคลินิกโรคหืดที่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคในการรักษา และให้ข้อมูลการดูแลตนเองกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ มีระบบการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มารับการตรวจตามนัด มีการให้ความรู้และทบทวนความรู้เมื่อผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองและการใช้ยา คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสุดอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยร้อยละ 36.7 ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดยพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา

คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสุดอันดับแรก คือ ลืมใช้ยา คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Gaude²⁴ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด คือ การลืมใช้ยา

การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความมั่นใจในการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการใช้ยา คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสุดในผู้ป่วยโรคหืดร้อยละ 47.3 (Nagelkerke $R^2 = .473$, $p < .05$) ความพร้อมในการใช้ยาเป็นตัวแปรตัวเดียวที่มีอำนาจการทำนายความร่วมมือในการใช้ยา คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสุดในผู้ป่วยโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 65.39, 95%CI = 12.69-336.72; $p < .05$) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะยา คอรัลโคสเตียรอยด์ชนิดสุดมีความปลอดภัยในการใช้ กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 34.2 ได้รับผลข้างเคียงจากยา เช่น คอแห้ง ซึ่งไม่

รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าจะใช้ยาได้สม่ำเสมอและต่อเนื่องตามแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Wells และคณะ⁹ พบว่าความพร้อมในการใช้ยาเป็นปัจจัยภายในตัวเดียวที่มีความสัมพันธ์ และมีอำนาจในการทำนายความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)

การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้การควบคุมโรคด้วยตนเองและการรักษาด้วยยา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ($p > .05$) และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืดได้ ($OR = 3.70$, $95\% CI = .65-21.08$, $p > .05$) ซึ่งหมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคจะดีหรือไม่ดีก็ไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) มีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคในระดับมาก และสามารถควบคุมโรคได้ดีร้อยละ 61.7 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมโรคหืดที่ดีทั้งจากการรักษาด้วยยาและการควบคุมโรคได้ด้วยตนเอง ประกอบกับข้อมูลการมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องร้อยละ 90.8 และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดอย่างต่อเนื่องจากคลินิกผู้ป่วยนอกโรคปอดและคลินิกโรคหืด แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ควบคุมโรคได้ดีที่มีระยะปลอดอาการเป็นเวลานาน มีการหยุดใช้ยาโดยให้เหตุผลว่า “คิดว่าอาการดีแล้ว เพราะนานๆ มีอาการที่หนึ่ง บางทีก็ไม่มีอาการนานเลย จึงหยุดใช้ยาบ้าง” ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยขาดการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จึงอาจทำให้การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืดได้

ความมั่นใจในการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด ($\chi^2 = 9.802$, $p < .01$) แต่ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืดได้ ถึงแม้จะมีความมั่นใจว่าจะใช้ยาได้ทุกวัน แต่ในสถานการณ์จริงผู้ป่วยบางรายลืมใช้ยา โดยให้เหตุผลว่า “มั่นใจว่าจะใช้ยาได้ทุกวัน แต่บางครั้งก็ลืมใช้ยา” “หากยังมีอาการมั่นใจว่าจะใช้ยาทุกวัน” จากข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.5) มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดการลืมใช้ยา ใช้ยา

ไม่สม่ำเสมอ จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทยของ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ²⁵ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่งของแพทย์ เช่น การรวบมียา การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งอาจมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืดได้ ซึ่งหมายถึงไม่ว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์จะมากหรือน้อย ไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด ทั้งนี้ อาจเนื่องจากโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่รักษาเฉพาะด้านในระบบทางเดินหายใจ ได้รับความเชื่อถือจากผู้รับบริการในด้านความเชี่ยวชาญของแพทย์ผู้รักษา จึงมีผู้ป่วยมาจากหลากหลายพื้นที่มารับการรักษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.5) ใช้สิทธิการรักษาเบิกจากกรมบัญชีกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเลือกที่จะมารับการรักษาที่สถานนั้น เนื่องจากมีชื่อเสียงในการรักษาเฉพาะโรค และเนื่องจากโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังผู้ป่วยต้องมาติดตามการรักษาเป็นระยะจึงมีความคุ้นเคยกับแพทย์ ประกอบกับการได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและครอบคลุมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดตั้งแต่วินิจฉัยครั้งแรกที่เข้ารับการรักษา และให้คำแนะนำการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ในระดับมากร้อยละ 67.7 ทำให้ข้อมูลที่ได้ขาดการกระจายตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Wells และคณะ⁹ พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด โดยเน้นการส่งเสริมความพร้อมในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ โดยการประเมินความพร้อมในการใช้ยากับผู้ป่วยโรคหืดทุกรายก่อนการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด ทบทวนเทคนิคการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดเป็นระยะ ให้ข้อมูล

เกี่ยวกับผลข้างเคียงระยะยาว และผลกระทบอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา จากระยะเริ่มปฏิบัติและการปฏิบัติ เป็นระยะที่ปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ นำไปสู่ความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลเฉพาะทางที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ มีแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแล ดังนั้นอาจไม่สามารถอ้างอิงผลการวิจัยไปใช้ในโรงพยาบาลที่มีคุณลักษณะที่แตกต่างกันได้

References

1. World Health Organization. Facts about asthma [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2016 [cited 2016 Jan 23]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/>
2. Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary. Summary report of illness, 2014. Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand under Royal Patronage of His Majesty the King, Office of Printing Mill; 2016. (in Thai).
3. Hess D, MacIntyre N, Mishoe S, Galvin W, Adams A. Respiratory care: principles and practice. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2012.
4. Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention (2016 update) [Internet]. Bethesda, MD: Global Initiative for Asthma; 2016 [cited 2016 Sep 2]. Available from: http://ginasthma.org/wp-content/uploads/2016/04/GINA-2016-main-report_tracked.pdf.
5. Dang-Tan T, Ismaila A, Sayani A, Marin M, Su Z. An overview of patient adherence to asthma medication in Canada. Eur Respir J. 2013;42 Suppl 57:956.
6. O'Byrne PM. Therapeutic strategies to reduce asthma exacerbations. J Allergy Clin Immunol. 2011;128(2):257-63.
7. World Health Organization. Adherence to long-term therapies evidence for action. Geneva, Switzerland: WHO; 2003.
8. Barnes CB, Ulrik CS. Asthma and adherence to inhaled corticosteroids: current status and future perspectives. Respir Care. 2015;60(3):455-68.
9. Wells K, Pladevall M, Peterson EL, Campbell L, Wang M, Lanfear DE, et al. Race-ethnic differences in factors associated with inhaled steroid adherence among adults with asthma. Am J Respir Crit Care Med. 2008;178(12):1194-201.
10. Schüz B, Wurm S, Warner LM, Ziegelmann JP. Self-efficacy and multiple illness representations in older adults: a multilevel approach. Psychol Health. 2012;27(1):13-29.
11. Sullivan SD, Rasouliyan L, Russo PA, Kamath T, Chipps BE, TENOR Study Group. Extent, pattern, and burden of uncontrolled disease in severe or difficult-to-treat asthma. Allergy. 2007;62(2):126-33.
12. Ngamvitroj A, Kang DH. Effect of self-efficacy, social support, and knowledge on adherence to PEER self-monitoring among adult with asthma: a prospective repeated measures study. Int J Nurs Stud. 2007;44(6):882-92.
13. Morrison VL, Holmes EA, Parveen S, Plumpton CO, Clyne W, De Geest S, et al. Predictors of self-reported adherence to antihypertensive medicines:

- a multinational, cross-sectional survey. *Value Health*. 2015;18(2):206-16.
14. Schmalting KB, Afari N, Blume AW. Assessment of psychological factors associated with adherence to medication regimens among adult patients with asthma. *J Asthma*. 2000;37(4):335-43.
15. Zolnieriek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009;47(8):826-34.
16. Khamrag C, Wattanakitkriert D, Charoenkitkarn V, Dejsomritrutai W. Influences of perceived medication necessity, medication concern, side effects, and treatment-time on inhaled corticosteroids adherence in adult patients with asthma. *Journal of Nursing Science*. 2016;34 Suppl 1:73-82. (in Thai).
17. Vanichbuncha K. Multivariate data analysis. 4th ed. Bangkok: Thammasan; 2009.
18. Wiriyachot A, Wattanakitkriert D, Charoenkitkarn V, Dejsomritrutai W. Influences of perceived medication necessity, medication concern, satisfaction with information received, and experience of exacerbation on adherence of inhaled combined bronchodilator and corticosteroid therapy in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2016;17(3):187-96. (in Thai).
19. Thepphawan P, Watthnakitkriert D, Pongthavornkamol K, Dumavibhat C. Cognitive representation, emotional responses and hospitalization experience in predicting decision making for receiving treatment among patients with acute coronary syndrome. *Journal of Nursing Science*. 2011;29(2):111-9. (in Thai).
20. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press; 1991.
21. Hyrkas K, Wiggins M. A comparison of usual care, a patient-centred education intervention and motivational interviewing to improve medication adherence and readmissions of adults in an acute-care setting. *J Nurs Manag*. 2014;22(3):350-61.
22. Wachira J, Middlestadt S, Reece M, Peng CY, Braitstein P. Psychometric assessment of a physician-patient communication behaviors scale: the perspective of adult HIV patients in Kenya. *AIDS Res Treat*. 2013;2013:706191. doi: 10.1155/2013/706191. PubMed PMID: 23476754; PubMed Central PMCID: PMC3582093.
23. Griffiths J, Putthioi S, Pongsuksri M. The General Practitioner Assessment of Cognition; GP-COG (Thai version): validity and reliability. In: 9th Pan-Pacific Conference on Rehabilitation cum 21st Annual Congress of Gerontology; 2014 Nov 29-30; Hong Kong. Kowloon: The Hong Kong Polytechnic University; 2014. p.B65.
24. Gaudé GS. Factors affecting non-adherence in bronchial asthma and impact of health education. *Indian Journal Allergy Asthma Immunology*. 2011;25(1):1-8.
25. Chaichanawirote U, Vithayachockitikhun N. Medication use behaviors among older Thai adults. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2015;9(1):32-46. (in Thai).