

ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัยเรียนโรคหิด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ศุภรัตน์ วันงามวิเศษ* อาภาวรรณ หนูคง** สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง**

วันที่รับบทความ	: 01/05/2562
วันแก้ไขบทความ	: 21/06/2562
วันตอบรับบทความ	: 01/08/2562

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัยเรียนโรคหิด และปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัยเรียนโรคหิด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหิดของผู้ดูแล การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหิดของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับโรคหิดของเด็ก และทัศนคติต่อการใช้ยาฟันของเด็ก กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กวัยเรียน อายุ 8-12 ปี และผู้ดูแล 120 คู่ จากคลินิกภูมิแพ้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสะดวก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหิดของผู้ดูแล การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหิดของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับโรคหิดของเด็ก ทัศนคติต่อการใช้ยาฟันของเด็ก และความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็ก มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .71, .91, .70, .72 และ .73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยซ์ไบซีเรียล และสถิติถดถอยโลจิสติกเชิงทวิ

ผลการวิจัยพบว่า เด็กวัยเรียน โรคหิดใช้ยาฟันสม่ำเสมอร้อยละ 83.30 และปัจจัยที่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟัน คือ ทัศนคติต่อการใช้ยาฟันของเด็ก ($OR = 1.46, 95\% CI: 1.18 - 1.79, p < .001$) ปัจจัยทั้งสี่ปัจจัยสามารถอธิบายการผันแปรของความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัยเรียนโรคหิดได้ร้อยละ 75.00 ($Nagelkerke R^2 = 0.75, p < .05$)

ข้อเสนอแนะ บุคลากรทางสุขภาพ ควรส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยาฟันแก่เด็กวัยเรียน เพื่อสนับสนุนให้เด็กใช้ยาฟันอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: ความสม่ำเสมอในการใช้ยา ผู้ดูแล เด็กวัยเรียน โรคหิด

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก) คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: Wannamwiset.s@gmail.com

**ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors predicting medication adherence in school-aged children with asthma in tertiary care hospital

Sudarat Wanngamwiset* Apawan Nookong** Sudaporn Payakkaraung **

Abstract

This study aimed to examine factors predicting knowledge of caregivers, parental involvement, knowledge of children themselves and attitude toward inhaled medication incl. medication adherence in school-aged children with asthma. A predictive correlational research design was employed. The sample consisted of 120 pairs of school-aged children aged 8 – 12 years with asthma and their caregivers from allergy clinics in two tertiary care hospitals. The research instruments included Asthma Knowledge of Caregivers Questionnaire, Parental Involvement of Asthma, Management Questionnaire, Asthma Knowledge of Children Questionnaire, Attitude toward Inhaled Medication of Children Questionnaire and Medication Adherence Report Scale for Asthma Questionnaire. Reliability were .71, .91, .70, .72 and .73 respectively. Data were analysed by descriptive statistic, Point biserial, and Binary Logistic Regression Analysis.

Medication adherence was found in 83.80 % of school-aged children. Attitude toward inhaled medication of children was the only significant predictor of medication adherence (OR = 1.46, 95% CI: 1.18 – 1.79, $p < .001$). These four factors explained 75 % of variance in medication adherence of school-aged children with asthma (Nagelkerke $R^2 = 0.75$, $p < .001$).

Health care personnel should enhance attitude toward inhaled medication to school-aged children to promote their medication adherence.

Keywords: medication adherence, caregivers, school-aged children, asthma

*Master's student in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University,

E-mail: Wanngamwiset.s@gmail.com

**Department of Pediatric Nursing, Faculty of Pediatric Nursing, Mahidol University

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในเด็ก จากการสำรวจสุขภาพเด็กในกรุงเทพมหานคร พบเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นได้รับการวินิจฉัยโรคหืดร้อยละ 6.00– 8.80¹ โดยการรักษาโรคหืดมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การควบคุมโรค จากการสำรวจในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิ พบเด็กควบคุมโรคไม่ได้ ร้อยละ 2.60 - 20.00 และควบคุมโรคได้บางส่วน ร้อยละ 20.70 - 35.80^{2,3} การควบคุมโรคไม่ได้ทำให้เด็กมีอาการไอ หอบเหนื่อย อาจรุนแรงจนเกิดภาวะหายใจวาย ทำให้เด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขาดเรียน และเครียดต่อการเจ็บป่วย⁴⁻⁵ และยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล คือ พักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดงาน ขาดรายได้ และเครียดจากการเจ็บป่วยของบุตร⁴

การควบคุมโรคหืด ประกอบด้วย การใช้ยาพ่นสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงและควบคุมปัจจัยกระตุ้น การประเมินและจัดการอาการหอบ การสื่อสารกับทีมสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษา⁶⁻⁷ การใช้ยาพ่นสม่ำเสมอ ช่วยลดการอักเสบของหลอดลม ทำให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น ป้องกันการเกิดพังผืด และการหนาของหลอดลมที่จะนำไปสู่การอุดกั้นหลอดลมอย่างถาวร⁶

ถึงแม้การรักษาโรคหืดมีแนวปฏิบัติที่นำมาใช้อย่างแพร่หลาย แต่ยังพบเด็กวัยเรียนโรคหืดใช้ยาพ่นไม่สม่ำเสมอร้อยละ 30.00 – 40.00^{3,8} ทั้งนี้เนื่องจากเด็กวัยเรียนใช้เวลาส่วนใหญ่ในโรงเรียน และเริ่มมีความรับผิดชอบในการจัดการโรคหืดด้วยตนเองมากขึ้น ในขณะที่เด็กบางส่วนไม่เห็นความสำคัญของยาพ่น รู้สึกเบื่อที่ต้องพ่นยาทุกวัน และรู้สึกอายที่ต้องใช้ยาพ่น⁹ ร่วมกับการที่ผู้ดูแลไว้วางใจให้เด็กดูแลตัวเองมากขึ้น กำกับ

ติดตามการใช้ยาพ่นของเด็กวัยเรียนลดลง¹⁰ ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็กวัยเรียนทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งจากผู้ดูแลและเด็ก

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยด้านผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีการศึกษาดำรงระดับมัธยมศึกษา มีความเสี่ยงที่เด็กใช้ยาพ่นน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง 0.6 เท่า¹¹ ความรู้ในการใช้ยาพ่นผู้ดูแลระดับดีเพิ่มโอกาสการใช้ยาพ่นสม่ำเสมอในเด็ก 4.88 เท่า¹² ทักษะการเชิงบวกต่อการใช้ยาพ่นของผู้ดูแลทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็ก⁹ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการจัดการโรคหืดมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา¹³ ปัจจัยด้านเด็ก พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่น¹⁰ เด็กที่มีความรู้เกี่ยวกับยาระดับมากมีโอกาสใช้ยาพ่นสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น 2.1 เท่า¹⁴ และเด็กที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยาพ่นสนับสนุนให้เด็กใช้ยาพ่นสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น⁸

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์และเชิงทำนายในเด็กโรคหืดและโรคเรื้อรังในต่างประเทศและผลการศึกษายังไม่เป็นที่ไปในทิศทางเดียวกัน การศึกษาในประเทศไทยพบว่าความรู้ ความเชื่อ และการรับรู้ความรุนแรงของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็ก¹⁵ เป็นการศึกษาในผู้ดูแลเด็ก แต่ไม่ได้ศึกษาครอบคลุมปัจจัยด้านเด็ก ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยทำนายครอบคลุมถึงปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ทั้งด้านเด็กและผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอำนาจทำนายของความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแลและเด็ก การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหืดของผู้ดูแล และ

ทัศนคติต่อการใช้ยาพ่นของเด็กต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็กวัยเรียน ผลการศึกษาจะช่วยทำให้ทราบถึงปัจจัยที่สามารถนำไปวางแผนจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นในเด็กวัยเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็กวัยเรียนโรคหืด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็กวัยเรียนโรคหืด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแลและเด็ก การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหืดของผู้ดูแล และทัศนคติต่อการใช้ยาพ่นของเด็ก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กโรคหืดอายุ 8 – 12 ปี และผู้ดูแล ที่มารับบริการในคลินิกภูมิแพ้ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากหลักการของสถิติถดถอยโลจิสติก กลุ่มตัวอย่างควรมีมากกว่าหรือเท่ากับ 30 เท่าของตัวแปรต้น¹⁶ จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม^{15,17} ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) สาเหตุและพยาธิสภาพ 2) อาการ 3) การประเมินและการจัดการอาการหอบ 4) การรักษาและการใช้ยา

และ 5) การดูแลสุขภาพ จำนวน 26 ข้อ แปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับน้อย ปานกลาง และมาก

3. แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหืดของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม^{13,18} ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การจัดการโรคหืดโดยผู้ดูแล 2) การให้ข้อมูลกับเด็ก 3) การร่วมวางแผนกับเด็ก 4) การประเมินและติดตามการจัดการโรคหืดของเด็ก และ 5) การให้เด็กจัดการโรคหืดด้วยตนเอง จำนวน 26 ข้อ แปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมระดับน้อย ปานกลาง และมาก

4. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของเด็ก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม^{15,17} ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) สาเหตุและพยาธิสภาพ 2) อาการ 3) การประเมินและการจัดการอาการหอบ 4) การรักษาและการใช้ยา และ 5) การดูแลสุขภาพ จำนวน 26 ข้อ แปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับน้อย ปานกลาง และมาก

5. แบบสอบถามทัศนคติต่อการใช้ยาพ่นของเด็ก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม^{8,14} ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ประโยชน์ 2) ความจำเป็น 3) ความกังวลใจ 4) ผลกระทบจากอาการข้างเคียง และ 5) ความยากง่าย จำนวน 20 ข้อ แปลผลแบ่งเป็นทัศนคติเชิงลบ และทัศนคติเชิงบวก

6. แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็ก ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ Medication Adherence Report Scale for asthma¹⁹ มีการแปลย้อนกลับและใช้ในเด็กวัยเรียนโรคหืด² จำนวน 10 ข้อ แปลผลแบ่งเป็นใช้ยาพ่นสม่ำเสมอ และใช้ยาพ่นไม่สม่ำเสมอ

7. แบบบันทึกข้อมูลทางสุขภาพ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแลและเด็ก การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหืดของผู้ดูแล ทักษะการให้การพยาบาลของเด็กและความสม่ำเสมอในการให้การพยาบาลของเด็กนำไปหาความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .94, .92, .98, 1 และ .91 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแลและเด็ก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคูเดอร์-ริชาร์ดสันเท่ากับ .71 และ .70 ตามลำดับ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหืดของผู้ดูแล ทักษะการให้การพยาบาลของเด็ก และความสม่ำเสมอในการให้การพยาบาลของเด็ก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91, .72 และ .73 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. Si 415/2018 ลงวันที่ 6 กรกฎาคม 2561

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. พยาบาลประจำคลินิกภูมิแพ้ คัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และสอบถามความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ขณะรอรับการตรวจจากแพทย์ ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที

4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยซ์ไบซีเรียล และการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกเชิงทวิ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ดูแลเป็นบิดา มารดา ร้อยละ 93.40 อายุเฉลี่ย 41.53 ปี ($SD = 6.69$) มีรายได้เฉลี่ย 35,100 บาท/เดือน ($SD = 22,858.93$) เด็กอายุเฉลี่ย 9.9 ปี ($SD = 5.18$) โดยมีอายุ 10 – 12 ปี ร้อยละ 62.50 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดเมื่ออายุ 1 – 6 ปี ร้อยละ 89.20 สามารถควบคุมโรคได้ ร้อยละ 91.70 ไข้หวัดควบคุมเฉลี่ย 5.59 ปี ($SD = 2.41$) ไข้หวัดวันละ 1 ครั้ง ร้อยละ 61.70 พ่นยาครั้งละ 1 กด ร้อยละ 97.50

2. เด็กวัยเรียนไข้หวัดสม่ำเสมอ ร้อยละ 83.30 มีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X} = 17.3$, $SD = 3.11$) และมีทักษะการให้การพยาบาล ($\bar{X} = 50.80$, $SD = 7.98$) ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X} = 18.30$, $SD = 2.77$) และมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหืดเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 88.10$, $SD = 15.47$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรที่ศึกษา (n = 120)

ตัวแปร	พิสัยที่เป็นไปได้	ความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟัน			แปลผล
		สม่ำเสมอ	ไม่สม่ำเสมอ	รวม	
		$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	
ความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟัน	1 – 40	37.9 (1.41)	33.9 (1.55)	37.1 (2.04)	สม่ำเสมอ
ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของผู้ดูแล	0 – 26	18.2 (2.79)	18.6 (2.72)	18.3 (2.77)	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหัด	26 – 104	91.9 (9.29)	68.6 (23.8)	88.1 (15.46)	มาก
ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของเด็ก	0 – 26	17.4 (3.09)	17.0 (3.17)	17.3 (3.11)	ปานกลาง
ทัศนคติต่อการใช้ยาฟันของเด็ก	20 – 60	53.6 (4.26)	37.1 (8.11)	50.8 (7.98)	เชิงบวก

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหัดของผู้ดูแลและทัศนคติต่อการใช้ยาฟันของเด็กมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัยเรียนโรคหัดอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .57$, $r = .77$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็ก (n = 120)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของผู้ดูแล	1				
2. การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหัด	0.07	1			
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของเด็ก	0.16	0.15	1		
4. ทัศนคติต่อการใช้ยาฟันของเด็ก	0.05	0.58***	0.23***	1	
5. ความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟัน	- 0.04	0.57***	0.11	0.77***	1

*** $p < .001$

4. การทดสอบอำนาจในการทำนาย พบว่า ตัวแปรทุกตัวสามารถอธิบายการผันแปรของความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัยเรียนได้ร้อยละ 75.00 และทัศนคติต่อการใช้ยาฟันของเด็กเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัยเรียนโรคหัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.46$, 95% CI: 1.18 – 1.79, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างปัจจัยทำนายกับความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็ก (n = 120)

ตัวแปร	B	SE	OR	95%CI	Wald statistic	P
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของผู้ดูแล	- 0.41	0.25	0.67	(0.41 – 1.09)	2.66	.103
2. การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหัด	0.02	0.04	1.02	(0.95 – 1.09)	0.33	.568
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของเด็ก	- 0.64	0.17	0.94	(0.68 – 1.29)	0.15	.700
4. ทัศนคติต่อการใช้ยาฟันของเด็ก	0.38	0.11	1.46	(1.18 – 1.79)	12.41	.000***

*** $p < .001$, Nagelkerke R^2

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยเรียนใช้ยาฟันส้วมำเสมอ ร้อยละ 83.30 อาจเนื่องจากเด็กมีประสบการณ์การใช้ยาฟันเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 5.59 ปี (SD = 2.41) ทำให้เรียนรู้วิธีการใช้ยาฟันมีทักษะในการใช้ยาฟัน และสามารถปรับการใช้ยาฟันให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวัน รวมทั้งในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในคลินิกเฉพาะโรคที่มีแนวทางการดูแลเด็กโรคหัดที่เป็นมาตรฐาน และบุคลากรสนับสนุนให้เด็กใช้ยาฟันอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาในคลินิกเฉพาะโรคของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่า เด็กใช้ยาฟันส้วมำเสมอ ร้อยละ 93.00¹⁵ ผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกันอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึง คือ เด็กวัยเรียน มีประสบการณ์ดูแลตนเองประมาณ 4 – 6 ปี ได้รับการรักษาในคลินิกเฉพาะโรคของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ทัศนคติต่อการใช้ยาฟันทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กได้ 1.46 เท่า สนับสนุนโดยแนวคิดของ Ajzen²⁰ ที่อธิบายว่าการที่บุคคลมีทัศนคติเชิงบวกจะรับรู้ประโยชน์ในการแสดงพฤติกรรมทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นๆ อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการที่เด็กวัยเรียนรับรู้ถึงประโยชน์ ประสิทธิภาพ และความจำเป็นของใช้ยาฟัน ทำให้เด็กใช้ยาฟันอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า ทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยาฟันมีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัยเรียน ($\beta = 0.50, p < .01$)⁹

การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหัดไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟัน

ของเด็กได้ อาจเกิดจากผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการใช้ยาฟัน ($\bar{X} = 4.5, SD = 1.36$) และมีส่วนร่วมในการประเมินและติดตามการจัดการโรคหัด ($\bar{X} = 15.9, SD = 2.24$) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.50 เป็นเด็กวัยเรียนตอนปลายอายุ 10 – 12 ปี ซึ่งเป็นวัยที่เป็นตัวของตัวเอง เริ่มมีความคิดความเข้าใจ มีเหตุผล สามารถประเมินสถานการณ์ และตัดสินใจได้เอง²¹ ดังนั้นการใช้ยาฟันเป็นพฤติกรรมที่เด็กตัดสินใจทำด้วยตนเองร่วมกับการที่ผู้ดูแลประเมินและติดตามการใช้ยาฟัน จึงไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันควบคุมของเด็กวัยเรียน ถึงแม้ว่าการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหัดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟัน ($r = .57, p < .001$) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาที่ทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กวัย 5-9 ปี¹⁸ ผลการศึกษาที่แตกต่างกันอาจเนื่องจากวัยของเด็ก อาจบ่งบอกถึงระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลลดลงเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น

ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของผู้ดูแลไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็ก โดยพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของผู้ดูแลในกลุ่มเด็กใช้ยาฟันส้วมำเสมอและกลุ่มใช้ยาฟันไม่สม่ำเสมอไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากผู้ดูแลได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม ที่มีความใกล้เคียงกัน จึงให้การดูแลและส่งเสริมให้เด็กมีการใช้ยาฟันอย่างสม่ำเสมอไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ¹⁵ ทั้งนี้อาจเนื่องจากบริบทของระบบบริการสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน แต่ขัดแย้งกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับยาพ่นของผู้ดูแล และการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็กโรคหืดได้

ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของเด็กไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็ก อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมการใช้ยาพ่นของเด็กเกิดจากการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเกิดความเคยชิน²⁰ โดยในการศึกษากครั้งนี้เด็กใช้ยาพ่นเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 5.59 ปี (SD = 2.41) อาจทำให้เกิดความเคยชินในการปฏิบัติและสามารถใช้ยาพ่นได้อย่างอัตโนมัติ สอดคล้องกับการศึกษาในเด็กวัยเรียนโรคภูมิแพ้ พบว่าความรู้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภูมิแพ้ในเด็กวัยเรียนได้²¹ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านสติปัญญาแบบรูปธรรม คือความคิดเริ่มมีเหตุมีผลและสามารถแก้ไขปัญหาก็ได้ แต่ยังไม่ซับซ้อนเท่าผู้ใหญ่ แต่เครื่องมือประเมินความรู้ของงานวิจัยทั้ง 2 เรื่องเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ระดับความยากง่ายอาจไม่เหมาะสมกับระดับการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียน ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาปัจจัยด้านความรู้ในเด็กวัยรุ่นโรคหืด พบว่าวัยรุ่นที่มีความรู้เกี่ยวกับยาพ่นควบคุมในระดับดีมีโอกาการใช้ยาพ่นสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น 2.1 เท่า (95% CI: 1.1 - 4.1, $p < .05$)¹⁴ อาจเนื่องจากเด็กวัยรุ่นมีพัฒนาการด้านสติปัญญาอยู่ในระดับนามธรรม คือ เด็กจะมีความคิดแบบผู้ใหญ่ สามารถคิดหาเหตุผลนอกเหนือไปจากข้อมูลที่มีอยู่²² สามารถในการเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการออกฤทธิ์ของยา และ

อาการข้างเคียงของยา แสดงให้เห็นว่าวัยของเด็กมีผลต่อความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดและความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่น

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาค้นพบว่าทัศนคติต่อการใช้ยาพ่นของเด็กสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นได้ จึงมีข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัยดังนี้

ด้านการปฏิบัติ

บุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการใช้ยาพ่นอย่างสม่ำเสมอในเด็กวัยเรียนโดยส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยาพ่นของเด็ก และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมทัศนคติต่อความสม่ำเสมอในการพ่นของเด็กวัยเรียน

2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นของเด็กวัยเรียนโรคหืดในโรงพยาบาลระดับอื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือไปยังประชากรที่กว้างขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Chinratanapisit S, Suratannon N, Pacharn P, Sritipsukho P, Vichyanond, P. Prevalence and severity of asthma, rhinoconjunctivitis and eczema in children from the Bangkok area: The Global Asthma Network (GAN) Phase I. Asian Pac J Allergy Immunol. 2018; 36. doi. 10.12932/AP-120618-0336.
2. Reserves medical statistics unit, Medical record division, Faculty of Medicine Siriraj

- hospital. Statistics report 2016. Bangkok: Mahidol University; 2017. (in Thai).
3. Tangpathomwong C, Nookong A, Senasuttipan W. Children and caregiver factors predicting asthma control of school aged children. *Journal of Nursing and Health Care*. 2016;34(2):67-76. (in Thai).
4. Dean BB, Calimlim BC, Sacco P, Aguilar D, Maykut R, Tinkelman D. Uncontrolled asthma: Assessing quality of life and productivity of children and their caregivers using a cross-sectional Internet-based survey. *Health and Qual Life Outcomes*. 2010;8(1): 96.
5. Bellin MH, Osteen P, Kub J, Bollinger ME, Tsoukleris M, Chaikind L, et al. Stress and quality of life in urban caregivers of children with poorly controlled asthma: A longitudinal analysis. *J Pediatr Health Care*. 2015;29(6) :536-46.
6. Thai Asthma Council. Controversial issues in asthma 2016 [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 11]; Available from: <https://www.slide share .net/ UtaiSukvi watsiri kul/controversial- in- asthma-20-22-mar-2016-final>. (in Thai).
7. GINA guideline. Global strategy for asthma management and prevention. [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 11]; Available from: <http://guidelines.gov/ content.aspx?id=37283>.
8. Sonney J, Insel KC, Segrin C, Gerald LB, Ki Moore IM. Association of asthma illness representations and reported controller medication adherence among school-aged children and their parents. *J Pediatr Health Care*. 2017;31(6):703-12.
9. Klok T, Kaptein AA, Duiverman EJ, Brand PL. Long-term adherence to inhaled corticosteroids in children with asthma: Observational study. *Respir Med*. 2015;109(9) :1114-9.
10. Elkout H, Helms PJ, Simpson CR, McLay JS. Adequate levels of adherence with controller medication is associated with increased use of rescue medication in asthmatic children. *PLOS ONE*. 2012;7(6) :e39130.
11. Finkelstein JA, Lozano P, Farber HJ, Miroshnik I, Lieu TA. Underuse of controller medications among medicaid-insured children with asthma. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;156(6):562-7.
12. Wijga AH, Zuidgeest MGP, Kerkhof M, Koppelman GH, Smit HA, Jongste JC. Guideline-recommended use of asthma medication by children is associated with parental information and knowledge: the PIAMA birth cohort. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2014;23(4):406-10.
13. Wysocki T, Gavin L. Psychometric properties of a new measure of fathers' involvement in the management of pediatric chronic diseases. *J Pediatric Psychol*. 2004;29(3):231-40.
14. Koster ES, Philbert D, Winters NA, Bouvy ML. Adolescents' inhaled corticosteroid adherence: the importance of treatment

- perceptions and medication knowledge. *J Asthma Allergy*. 2015;52(4):431-6.
15. Ceemaharsujakuen J. The relationships among asthma knowledge, beliefs about medication, asthma severity and medication adherence. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2015. (in Thai).
16. Vanichbuncha K. Advanced statistical analysis with SPSS for windows 7th ed. Bangkok: Thammasan; 2009. (in Thai).
17. Al-Motlaq M, Sellick K. Development and validation of an asthma knowledge test for children 8–10 years of age. *Child Care Health Dev*. 2011;37(1):123-8.
18. Friedman D, Masek B, Barreto E, Baer L, Lapey A, Budge E, et al. Fathers and Asthma Care: Paternal involvement, beliefs, and management skills. *J pediatri psychol*. 2015;40(8):768-80.
19. Cohen JL, Mann DM, Wisnivesky JP, Horne R, Leventhal H, Musumeci-Szabo TJ, et al. Assessing the validity of self-reported medication adherence among inner-city asthmatic adults: The medication adherence report scale for asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2009;103(4):325-31.
20. Ajzen I. Attitude, personality, and behavior. Illinois: Dorsey; 1988.
21. Nitirungruang P, Ua-Kit N. Factors predicting allergic symptoms preventive behavior among school-age children. *Journal of public health nursing*. 2013;27(2):23-33. (in Thai)
22. Chuntika J, Pongsaranankul Y. Growth and child development. Musiksukont S, Tilokskulchai F, Lertwongpaopun W, Preungvate O, Sangperm P, Payakkaraung S. *Pediatric Nursing*. 4th ed. Bangkok: Mahidol University; 2015. (in Thai).