

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเด็ก โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศรัณยา นิตินันทพงศ์¹, ศราวุฒิ อุพูนันท์²

¹กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

²ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ารับบริการที่คลินิกภูมิแพ้และโรคข้อ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี **วิธีการ:** ผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ได้รับยามาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 76 รายได้รับการคัดเลือกให้เข้าสู่การศึกษา การศึกษาแบบไปข้างหน้านี้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาจากการนับเม็ดยาหรือปริมาณยา และแบบบันทึกวันและเวลาที่ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กจัดยาให้จากการติดตามการใช้ยาเป็นเวลา 1-2 เดือน โดยแบ่งเป็นความร่วมมือในการใช้ยาระดับดีและระดับต่ำซึ่งมีความร่วมมือในการใช้ยาโดยรวมตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป และน้อยกว่าร้อยละ 80 ตามลำดับ ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ความซับซ้อนของรายการยา และการไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย การศึกษาเก็บข้อมูลเหล่านี้จากเวชระเบียนของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยที่ศึกษา ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา ความรู้ อุปสรรคและทัศนคติต่อการใช้ยา ข้อมูลเหล่านี้เก็บโดยใช้การสัมภาษณ์ผู้ดูแลโดยใช้แบบสอบถาม สำหรับความรู้ อุปสรรค และทัศนคติต่อการใช้ยาวัดโดยใช้แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาที่พัฒนาโดย Wu และคณะ **ผลการวิจัย:** ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาระดับดี จำนวน 55 ราย (ร้อยละ 72.4) เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยแบบโลจิสติกส์ พบว่าทัศนคติเชิงบวกของผู้ดูแลต่อการใช้ยา (odds ratio หรือ OR=3.7, P=0.026) และการไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย (OR=6.5, P=0.010) เป็นตัวทำนายความร่วมมือในการใช้ยาระดับดีได้อย่างมีนัยสำคัญ **สรุป:** การปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการใช้ยาของผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อสำรวจปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างเต็มที่มากขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเด็กโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ ความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยเด็ก

รับต้นฉบับ: 19 มิ.ย. 2560, รับลงตีพิมพ์: 22 ก.ย. 2560

ผู้ประสานงานบทความ: ศราวุฒิ อุพูนันท์ ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000 E-mail: sarawuto@nu.ac.th

Factors associated with Adherence to Medications for Children with Juvenile Idiopathic Arthritis at Queen Sirikit National Institute of Child Health

Saranya Nitinantaponk¹, Sarawut Oo-puthinan²

¹Pharmacy Department, Queen Sirikit National Institute of Child Health

²Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University

Abstract

Objective: To identify factors associated with medication adherence in children with juvenile idiopathic arthritis (JIA) at Allergy and Rheumatology clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health. **Method:** A total of 76 family caregivers of JIA patients who received medications for JIA for at least 3 months, were enrolled to the study. Adherence to medications for JIA pediatric patients in this prospective study was assessed by pill count/volume measurement and self-medication reminder card during 1-2 months of the follow-up period and categorized into good adherence or poor adherence (according to percentage of overall adherence score $\geq 80\%$ or $< 80\%$, respectively). Patient-related factors including gender, age, complexity of medication regimen and absence of chronic comorbidity, were collected from patient's medication records. Family caregiver-related factors including family income, educational level, knowledge, barriers and attitudes to medication taking, were obtained by interview with caregivers using a questionnaire. Knowledge, barriers and attitudes about medication taking, were measured using medication adherence scale developed by Wu et al. **Results:** Fifty-five patients (72.4%) had good medication adherence. Logistic regression analysis showed that more positive attitudes of caregivers about medication taking (odds ratio or OR=3.7, P=0.026) and absence of chronic comorbidity (OR=6.5, P=0.010) were significant predictors of good medication adherence. **Conclusion:** Intervention on attitudes towards medication taking of patients' caregivers would improve medication adherence in children with JIA. Nevertheless, further studies are warranted to more fully address relevant factors associated with medication adherence in this population.

Keywords: juvenile idiopathic arthritis, adherence to medication, pediatric patients

บทนำ

โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก (Juvenile Idiopathic Arthritis: JIA) เกิดจากภูมิคุ้มกันต้านตนเอง โรคนี้มีอาการข้ออักเสบโดยไม่ทราบสาเหตุ (ซึ่งพิสูจน์แล้วว่าไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น) เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ ในผู้ป่วยเด็กที่มีอายุไม่เกิน 16 ปี (1) อุบัติการณ์การเกิดโรคนี้ในต่างประเทศมีประมาณ 1 ต่อ 1000 ราย (2) โรคดังกล่าวเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดและได้รับความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวทั้งแบบชั่วคราวหรือพิการถาวร

ความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับการรักษาโรคเป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้การรักษาประสบผลสำเร็จ หากผู้ป่วยใช้ยาตามแผนการรักษาแล้วผลการรักษาไม่ดีขึ้น แพทย์จำเป็นต้องเพิ่มการใช้ยาเพื่อควบคุมอาการ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่มากขึ้น เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมไปถึงการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (3) ปัญหาเหล่านี้ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จึงควรได้รับการแก้ไขโดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยซึ่งสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้นข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาจึงมีความสำคัญ เพราะจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถกำหนดแนวทางในการจัดการ เพื่อป้องกันและส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาให้กับผู้ป่วยได้

การศึกษาในต่างประเทศพบความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วย JIA ร้อยละ 38 ถึง 96 (4) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคนี้ได้แก่ การได้รับยาตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป (5) และอายุที่น้อยของผู้ป่วย (3,6)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย JIA องค์การอนามัยโลกได้แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านระบบบริการ ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านผู้ป่วย (7) การศึกษาจากโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในผู้ป่วยเด็กพบว่า ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ระดับการศึกษา (8,9) รายได้ของครอบครัว (10) ปัจจัยด้านความเจ็บป่วยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ โรคเรื้อรังอื่นที่เป็นร่วมด้วย (8,9) ปัจจัยด้านการรักษาที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ความซับซ้อนของรายการยา (5,10,12,13)

อุปสรรคต่อการใช้ยา (14,15) และปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ เพศ (15) อายุ (3,6) ทศนคติต่อการใช้ยา (17,18) ความรู้ต่อการใช้ยา (16,19) ส่วนปัจจัยด้านระบบบริการ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ คาดว่าไม่น่าจะแตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มเดียวกัน

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วย JIA ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรุงเทพมหานคร ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คือ เพศ อายุ การไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย และความซับซ้อนของรายการยา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้ต่อการใช้ยา อุปสรรคต่อการใช้ยา ทศนคติต่อการใช้ยา ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบไปข้างหน้า ซึ่งผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (IRB No. 99/59) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (IRB No. 089/2559)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น JIA ซึ่งมารับบริการ ณ คลินิกภูมิแพ้และโรคข้อ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ตั้งแต่วันที่ 2 พฤษภาคมถึงวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2559 จำนวน 76 ราย เกณฑ์คัดเข้าของการวิจัย คือ 1) ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปก่อนเข้าร่วมการศึกษา 2) ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาข้ออักเสบตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป 3) ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กที่ไม่สามารถติดตามประวัติการรับยาของผู้ป่วยได้ 2) ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กที่รับยาบางส่วนจากสถานพยาบาลอื่น และเกณฑ์ให้เลิกจากการศึกษา คือ 1) ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาลขณะทำการการศึกษา 2) ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กที่ผู้วิจัยไม่สามารถประเมินความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างครบถ้วน และ 3) ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วนหรือสมบูรณ์

ขนาดตัวอย่างขึ้นกับสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร จำนวนปัจจัยที่ศึกษา และ EPV (events per variable) การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับ logistic regression analysis อ้างอิงจากเกณฑ์ของ Peduzzi และคณะ (20) ที่กำหนดว่า EPV มีค่าน้อย 10 สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.797 ซึ่งอ้างอิงจากการวิจัยของ Bugni และคณะ (5) ที่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 79.7 มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับดี ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องเก็บข้อมูล คือ 113 คน

เครื่องมือการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนที่ 2 เป็นคำถามข้อมูลด้านการรักษาและความเจ็บป่วย ส่วนที่ 3 เป็นการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้ 2 วิธี คือ การนับเม็ดยาหรือปริมาณยา และแบบบันทึกวันและเวลาที่ผู้ดูแลจัดยาให้กับผู้ป่วย ความร่วมมือในการใช้ยาระดับดี หมายถึง เครื่องมือทั้งสองมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับต่ำ หมายถึง เครื่องมือทั้งสองมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 80 หรือมีเครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่งน้อยกว่าร้อยละ 80 (3,5) ส่วนที่ 4 เป็นการประเมินแบบแผนความซับซ้อนของรายการยาจากผู้ป่วยที่ได้รับยาตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไปโดยมีความถี่ของการใช้ยาต่างกัน หรือมีการใช้ยาอย่างน้อย 1 ชนิดที่มีวิธีใช้ยาของยานั้นแตกต่างกันใน 1 วัน (9) ส่วนที่ 5 เป็นคำถามความรู้ อุปสรรค และทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อการใช้ยา ทั้งหมดรวม 18 คำถาม ซึ่งดัดแปลงมาจากโดย Wu และคณะ (21) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาอยู่ในช่วง 0.77-0.94 สำหรับการวัดในปัจจัยทั้ง 3 ด้านดังกล่าว การศึกษานี้ได้ปรับมาตรวัดของคำถามที่เป็นแบบลิเคิร์ต (Likert) จาก 10 ระดับให้เหลือ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน (น้อยที่สุด-มากที่สุด) ความรู้ต่อการใช้ยามี 3 คำถาม คะแนนรวม 3-15 คะแนน อุปสรรคต่อการใช้ยามี 11 คำถาม คะแนนรวม 11-55 คะแนน และทัศนคติต่อการใช้ยามี 4 คำถาม คะแนนรวม 4-20 คะแนน การแปลผลค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ (22) คือ 4.51-5.00 คะแนน 3.51-4.50 คะแนน 2.51-3.50 คะแนน 1.51-2.50 คะแนน และ 1.00-1.50 คะแนน โดยค่าเฉลี่ยที่มากกว่าหมายถึง ความรู้ ทัศนคติต่อการใช้ยาเชิงบวก และอุปสรรคต่อการใช้ยาที่มากกว่า

เครื่องมือดังกล่าวผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุร-แพทยจุลชีววิทยา เวชศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม 1 ท่าน และเภสัชกรโรงพยาบาล 2 ท่านที่มีประสบการณ์การทำงานด้านความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง และมีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 5 ปี

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลของผู้ป่วยด้วยตนเอง ณ คลินิกโรคภูมิแพ้และข้อ ร่วมกับเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลโปรแกรม Hospital Information System (HIS) ตั้งแต่วันที่ 2 พฤษภาคม ถึงวันที่ 6 กันยายน 2559 โดยประเมินความร่วมมือในการใช้ยา จากทั้งการนับเม็ดยาหรือปริมาณยา และแบบบันทึกวันและเวลาที่ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กจัดยาให้จากการติดตามการใช้ยาเป็นเวลา 1-2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อบรรยายข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล ข้อมูลด้านการรักษาและความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้ อุปสรรค และทัศนคติต่อการใช้ยา และใช้การถดถอยโลจิสติกส์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยจำนวน 76 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.5) อายุเฉลี่ย 11 ± 3.5 ปี ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองส่งตัวมาจากต่างจังหวัดร้อยละ 65.8 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 43.4 และระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 26.3 (ตารางที่ 1)

ผู้ดูแลของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.8) อายุเฉลี่ย 43 ± 10.3 ปี ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-5 คน (ร้อยละ 63.2) มีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว (ร้อยละ 90) และเกี่ยวข้องกับมารดา (ร้อยละ 64.5) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 52.6) และระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 36.8) อาชีพที่พบมากที่สุด คือ อาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 27.6) รองลงมา คือ อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 21.1) รายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไปพบมากที่สุด (ร้อยละ 38.2) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=76)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	49	64.5
ชาย	27	35.5
สิทธิการรักษา		
บัตรทองต่างจังหวัด	50	65.8
บัตรทอง กทม./บัตรพิการ	19	25.0
ราชการ/พนักงาน	6	7.9
รัฐวิสาหกิจ	1	1.3
จ่ายเงินเอง		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	9	11.8
ประถมศึกษา	33	43.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	20	26.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	14	18.4
อายุ		
2-6 ปี	9	11.8
7-12 ปี	40	52.6
13-16 ปี	27	35.5
อายุเฉลี่ย±SD (ปี)	10.99±3.5	
อายุต่ำสุด-สูงสุด (ปี)	4-16	

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุชนิด systemic arthritis (ร้อยละ 43.4) มากที่สุด รองลงมาคือ ชนิด polyarthritis RF(-) (ร้อยละ 22.4) ระยะเวลาในการเป็นโรคเฉลี่ย 3.4±2.6 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นและยาเรื้อรังอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 85.5 อย่างละเท่ากัน) (ตารางที่ 3)

จำนวนรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับเฉลี่ยเท่ากับ 4.5 รายการ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับยาหลักสำหรับรักษา JIA 1-3 รายการ ยาที่ได้รับมากที่สุด คือ methotrexate (ร้อยละ 89.5) รองลงมาคือ prednisolone (ร้อยละ 53.9) และ sulfasalazine (ร้อยละ 31.6) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีจำนวนมียา 2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 69.7) และมีแบบแผนการใช้ยาซับซ้อน (ร้อยละ 85.5) (ตารางที่ 4)

เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยา ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 80 หรือค่าที่วัดจากวิธีใดวิธีหนึ่งน้อยกว่าร้อยละ 80) จากยา

ตารางที่ 2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (n=76)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	66	86.8
ชาย	10	13.2
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
2 คน	3	3.9
3 คน	14	18.4
4 คน	24	31.6
5 คน	24	31.6
6 คน	5	6.6
7 คน	5	6.6
9 คน	1	1.3
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
มารดา	49	64.5
ญาติพี่น้อง	16	21.1
บิดา	11	14.5
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	28	36.8
มัธยมศึกษา	40	52.6
ปริญญาขึ้นไป	8	10.5
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	21	27.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	16	21.1
เกษตรกรรม	14	18.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	15.8
พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง	7	9.2
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	7.9
รายได้ครอบครัวต่อเดือน		
> 20,000 บาทขึ้นไป	29	38.2
10,001-20,000 บาท	20	26.3
5,000-10,000 บาท	22	28.9
< 5,000 บาท	5	6.6
อายุ (ปี)		
20-30	4	5.3
31-40	32	42.1
41-50	25	32.9
>50	15	19.7
อายุเฉลี่ย±SD (ปี)	43.05±10.3	
อายุต่ำสุด-สูงสุด (ปี)	20-69	

ตารางที่ 3. ข้อมูลด้านการรักษาและความเจ็บป่วย (n=76)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
(ราย)		
ชนิดโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ		
systemic arthritis	33	43.4
polyarthritis RF (-)	17	22.4
polyarthritis RF(+)	10	13.2
oligoarthritis	8	10.5
enthesitis related arthritis	6	7.9
psoriatic arthritis	2	2.6
โรคเรื้อรังอื่นที่เป็นร่วมด้วย		
ไม่มีโรคร่วม	65	85.5
1 โรค	10	13.2
2 โรค	1	1.3
ยาโรคเรื้อรังอื่นที่ใช้ร่วมด้วย		
ไม่มี	65	85.5
มี	11	14.5
ระยะเวลาการเป็นโรค		
ระยะเวลาเฉลี่ย±SD (ปี)	3.4±2.6	
มัธยฐาน (ปี)	2.29	
ต่ำสุด,สูงสุด (ปี)	0.25-13	

หลักที่ใช้ในการรักษา JIA พบว่า ผู้ป่วย JIA มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับดีเท่ากับร้อยละ 72.4

ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ต่อการใช้ยาเฉลี่ยเท่ากับ 4.04 ± 0.77 คะแนน มีคะแนนอุปสรรคต่อการใช้ยาเฉลี่ย 1.86 ± 0.57 คะแนน และมีคะแนนทัศนคติต่อการใช้ยาเฉลี่ย 4.48 ± 0.50 คะแนน (ตารางที่ 5)

การวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกส์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยารักษา JIA กับปัจจัยต่าง ๆ จำนวน 9 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วย คือ เพศ อายุ ความซับซ้อนของรายการยา และการไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย และปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วย คือ ความรู้ อุปสรรค ทัศนคติต่อการใช้ยา ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว พบปัจจัย 2 ชนิดที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ทัศนคติต่อการใช้ยาและการไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย หากผู้ดูแลผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการใช้ยามากกว่า (คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00) จะทำให้มีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น 3.7 เท่า (OR= 3.71, 95% CI: 1.17-11.72, P=0.026) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม

ผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่ำกว่า (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 4.50) ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วยนอกเหนือจากโรค JIA จะมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น 6.5 เท่า (OR=6.51, 95% CI: 1.57-27.10, P=0.010) เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย (ตารางที่ 6)

การอภิปรายผล

ผู้ป่วย JIA ร้อยละ 72.4 มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับดี อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลจากมารดา และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.4) ได้รับยารักษา 1-2 ครั้ง ทำให้มี

ตารางที่ 4. แบบแผนการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับ (n=76)

แบบแผนการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ
(ราย)		
จำนวนรายการยารักษา JIA		
1 รายการ	14	18.4
2 รายการ	21	27.6
3 รายการ	27	35.5
4 รายการ	7	9.2
5 รายการ	5	6.6
6 รายการ	2	2.6
จำนวนมียารักษา JIA		
1 ครั้งต่อวัน	21	27.6
2 ครั้งต่อวัน	53	69.7
3 ครั้งต่อวัน	2	2.6
ความซับซ้อนของรายการยา		
ซับซ้อน	65	85.5
ไม่ซับซ้อน	11	14.5
ยารักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ ¹		
Methotrexate	68	89.5
prednisolone	41	53.9
sulfasalazine	24	31.6
naproxen	16	21.1
cyclosporine	15	19.7
hydroxychloroquine	12	15.8
leflunomide	11	14.5
azathioprine	7	9.2
chlorambucil	6	7.9

1: ผู้ป่วยแต่ละรายใช้ยา > 1 รายการ

ตารางที่ 5. ความรู้ อุปสรรคและทัศนคติต่อการรักษาของผู้ดูแลผู้ป่วย (n=76)

คะแนนเฉลี่ย ^{1,2}	ความรู้ต่อการรักษา		อุปสรรคต่อการรักษา		ทัศนคติต่อการรักษา	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
4.51 - 5.00	38	50	0	0	55	72.4
3.51 - 4.50	25	32.9	1	1.3	20	26.3
2.51 - 3.50	10	13.2	8	10.5	1	1.3
1.51 - 2.50	2	2.6	29	38.2	0	0
1.00 - 1.50	1	1.3	38	50	0	0
ค่าเฉลี่ย±SD	4.04 ± 0.77		1.86 ± 0.57		4.48 ± 0.50	

1: คะแนนมีพิสัยจาก 1-5 คือ คือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และน้อยที่สุด (1)

2: ค่าเฉลี่ยที่มากกว่า หมายถึง ความรู้ ทัศนคติต่อการรักษาเชิงบวก และอุปสรรคต่อการรักษาที่มากกว่า

ความร่วมมือในการรักษาในการใช้ยาระดับดีมากว่าการได้รับยาวันละหลายครั้ง (10) ถึงแม้ว่าเมื่อประเมินแบบแผนการรักษา จะพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 85.5 มีแบบแผนการรักษาที่ซับซ้อน และได้รับยา methotrexate ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม DMARDs (disease-modifying antirheumatic drug) ตัวแรกที่ยังมีประสิทธิภาพในการรักษาดีและราคาถูก มีวิธีรับประทานหรือฉีดเข้าใต้ผิวหนังสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ทำให้แบบแผนการรักษาแตกต่างไปจากยารับประทานตัวอื่น ๆ ที่ต้องรับประทานทุกวัน ประกอบกับผู้ป่วยเหล่านี้มีระยะเวลาในการเป็นโรคเฉลี่ย 3.4 ปี ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการรักษา ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีการปรับตัวและตระหนักถึงความสำคัญในการรักษา

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยา 2 เครื่องมือเพื่อแก้ไขความผิดพลาดจากการใช้วิธีเดียว ซึ่งต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาส่วนใหญ่ที่วัดความร่วมมือในการรักษาโดยใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง ดังเช่น การศึกษาของ Pelajo และคณะ (3) และการศึกษาของ Bugni และคณะ (5) ที่ประเมินความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วย JIA โดยการสอบถามผู้ป่วยถึงการรับประทานยาใน 2-4 สัปดาห์ ซึ่งอาจมีปัญหาในด้านความจำ และเป็นการวัด

เพียงระยะสั้นซึ่งอาจเป็นข้อจำกัด ทำให้ได้ผลการศึกษาคือแตกต่างกัน

การศึกษานี้พบปัจจัย 2 ชนิดที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ทัศนคติต่อการรักษาและการไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการรักษาโดยรวมมากกว่า มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับดีเพิ่มขึ้นเป็น 3.7 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติน้อยกว่า ผู้ที่เห็นหรือเชื่อในผลดีที่ได้รับ มีความตระหนักและให้ความสำคัญในการรักษาในผู้ป่วย จะเชื่อและทำตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้มีความร่วมมือในการรักษาดี ผลที่ได้คล้ายกับการศึกษาของ มนิตา บัวสาย (17) ที่พบว่า ความคาดหวังในการรักษาของเด็กในผู้ดูแล สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กร่วมด้วยได้ร้อยละ 77.3 ดังนั้นทัศนคติต่อการรักษาจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยา หากจะดูแลผู้ป่วยให้มีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น จึงควรมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เหมาะสมต่อการดูแลรักษาด้วยยาเป็นสำคัญ (23,25-26)

ตารางที่ 6. แบบจำลองสุดท้ายของการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยสถิติถดถอยแบบโลจิสติกส์ (n=76)

ปัจจัยที่ศึกษา	B	S.E.	Wald	Sig.	OR	95% CI for OR	
						ขอบล่าง	ขอบบน
ทัศนคติต่อการรักษา	1.311	0.587	4.989	0.026	3.710	1.174	11.720
การไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย	1.874	0.728	6.633	0.010	6.512	1.565	27.100

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย นอกเหนือจากโรค JIA จะมีความร่วมมือในการใช้ยาระดับดีเพิ่มขึ้นเป็น 6.5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย การศึกษาในอดีตพบว่า จำนวนโรคเรื้อรังสามารถส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ดังเช่น ในการศึกษาของ Prudente และคณะ (8) และการศึกษาของ ธนกฤต มงคลชัยภักดี (9) ที่พบว่า การมีโรคเรื้อรังร่วมด้วยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดต่ำลง อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ทำในผู้ป่วยเด็ก ซึ่งพบอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังน้อยกว่าในผู้ใหญ่ ซึ่งพบโรคร่วมสูงสุดเพียง 2 โรค การศึกษานี้จึงแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่ไม่มีโรคเรื้อรังอื่น (ร้อยละ 10.5) และกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 89.5)

สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คือ เพศ อายุ และความซับซ้อนของรายการยา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วย คือ ความรู้ อุปสรรคต่อการใช้ยาระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

เพศและอายุของผู้ป่วยในการศึกษานี้ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pelajo และคณะ (3) และการศึกษาของ Bugni และคณะ (5) ในผู้ดูแลผู้ป่วย JIA แต่ต่างจากการศึกษาของ Viller และคณะ (16) ที่ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาจากผู้ป่วย ซึ่งพบว่าความร่วมมือในการใช้ยาระดับดีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเพศหญิง ($P=0.03$) และอายุของผู้ป่วยที่มากกว่า ($P<0.01$) แต่ในการศึกษานี้ ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาจากผู้ดูแลและระยะเวลาในการทำการรักษาต่างกัน

ในการศึกษานี้พบว่า ความซับซ้อนของรายการยาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ในขณะที่การศึกษาของ Bugni และคณะ (5) และการศึกษาของ Salt และ Frazier (13) พบว่า จำนวนรายการยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา การศึกษาดังกล่าวประเมินเฉพาะจำนวนรายการยา ไม่ได้ประเมินความถี่ในการใช้ยาในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 85.5 มีแบบแผนการใช้ยาที่ซับซ้อน ส่วนใหญ่ได้รับยา methotrexate ซึ่งมีวิธีรับประทานหรือฉีดยาต่างไปจากยารับประทานตัวอื่น การที่ผู้ป่วยได้รับยาในการรักษาร่วมกันหลายตัว และแพทย์ปรับเปลี่ยนวิธีใช้ยาตลอดเวลาตามสภาวะความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย รวมไปถึงยาที่ใช้ในการป้องกันการเกิด

อาการไม่พึงประสงค์ มีวิธีใช้ยาต่างจากยาที่ใช้ในการรักษา ทำให้ยาที่ผู้ป่วยได้รับมีแบบแผนการใช้ยาที่ซับซ้อน

ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ต่อการใช้ยาเฉลี่ยเท่ากับ 4.04 ± 0.8 คะแนน (เต็ม 5 คะแนน) สาเหตุอาจเป็นเพราะผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับบริการจากคลินิกโรคภูมิแพ้เป็นระยะเวลานาน (เฉลี่ย 3.4 ปี) แพทย์และพยาบาลให้ความรู้รวมถึงร่วมกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ความรู้ต่อการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งต่างจากการศึกษาของมนฤดี ยืนยาวและคณะ (19) ที่พบว่า ความรู้ต่อการใช้ยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งการศึกษาดังกล่าวประเมินความรู้ต่อการใช้ยาในผู้ป่วย และแบบประเมินที่ใช้มีความจำเพาะเจาะจงกับโรค ต่างจากในการศึกษานี้ที่ประเมินความรู้ต่อการใช้ยาในผู้ดูแลของผู้ป่วย และใช้แบบประเมินที่ไม่จำเพาะกับโรค JIA อย่างไรก็ตามการให้ความรู้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลยังเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาให้กับผู้ป่วยได้ (10, 18, 23, 24)

ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนอุปสรรคต่อการใช้ยาเฉลี่ยเท่ากับ 1.86 ± 0.6 คะแนน (เต็ม 5 คะแนน) สาเหตุอาจเป็นเพราะผู้ดูแลผู้ป่วยจัดยาและดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีความคุ้นชินกับการใช้ยา จึงไม่คิดว่าการใช้ยาดังกล่าวเป็นอุปสรรค หรือมีความยุ่งยากในการใช้ยาให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามอุปสรรคต่อการใช้ยาในการศึกษานี้ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ต่างจากการศึกษาของ Wu และคณะ (14) และการศึกษาของสุมาลี วัชรนากรและคณะ (15) ที่พบว่า อุปสรรคต่อการใช้ยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งการศึกษาดังกล่าวประเมินอุปสรรคต่อการใช้ยาจากตัวผู้ป่วยเอง ต่างจากในการศึกษานี้ที่ประเมินอุปสรรคต่อการใช้ยาจากผู้ดูแลของผู้ป่วย ผู้ดูแลของผู้ป่วย JIA ส่วนใหญ่มีคะแนนอุปสรรคต่อการใช้ยาในระดับต่ำ ทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างกัน

ระดับการศึกษาของผู้ดูแลและรายได้ของครอบครัวในการศึกษานี้ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Prudente และคณะ (8) และการศึกษาของ Elliott (10) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ระดับการศึกษาที่ต่ำส่งผลต่อรายได้ และการซื้อยามาใช้ในการรักษา แต่ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดสามารถเบิกค่าใช้จ่ายด้านยาได้ (ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิการ

รักษาพยาบาลของข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ) ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของมลฤดี ยืนยาว (6) ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ (4,5) ที่รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

การศึกษานี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ทักษะคิดต่อการใช้ยาและการไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ควรเน้นการสื่อสารให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจ โดยอาจจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อหรือทัศนคติให้ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา เพื่อส่งผลให้เกิดพฤติกรรมมารับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง

การวิจัยนี้ยังคงมีข้อจำกัด ได้แก่ จำนวนตัวอย่างในงานวิจัยอาจไม่เพียงพอ การอ้างอิงสูตรการคำนวณตัวอย่างจาก Peduzzi และคณะ (20) กำหนดว่า EPV ควรมีค่าอย่างน้อย 10 ซึ่งจะทำให้โอกาสที่ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 จะต่ำกว่า 0.05 มีน้อยมาก และโอกาสที่อำนาจของการทดสอบ ($1-\beta$) จะน้อยกว่าร้อยละ 80 นั้นมีน้อยมากเช่นกัน จำนวนตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องเก็บข้อมูล คือ 113 ราย แต่ในการศึกษานี้เก็บข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ได้ 76 ราย เนื่องจากการศึกษานี้สนใจประเมินปัจจัยเฉพาะผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถประเมินความร่วมมือในการใช้ยาได้เนื่องจากผู้ป่วยรับยาบางส่วนจากโรงพยาบาลอื่น การเพิ่มขนาดตัวอย่างอาจทำได้โดยการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานยาเอง หรือเพิ่มจำนวนสถานที่ศึกษา อย่างไรก็ตามสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับดีในการศึกษานี้เท่ากับร้อยละ 72.4 เมื่อคำนวณ EPV ได้เท่ากับ 6 ซึ่ง Vittinghoff และ McCulloch (28) ได้ศึกษาพบว่า ค่า EPV 5-9 นั้น โอกาสที่ค่า 95%CI กับค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 ที่จะผิดพลาดนั้นไม่ต่างจากค่า EPV เท่ากับ 10 มากนัก จึงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ นอกจากนี้แบบประเมินที่ใช้ยังไม่จำเพาะกับโรค JIA เช่นแบบวัดความรู้ อุปสรรค และทัศนคติต่อการใช้ยา รวมทั้งปัจจัยที่ต้องคำนึงถึง คือ ความแตกฉานทางด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้อง ถึงแม้ว่าไม่ได้ทำการศึกษาในงานวิจัยนี้ แต่ได้

ศึกษาปัจจัยทางอ้อม ได้แก่ ความรู้ เศรษฐฐานะ อายุ ซึ่งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วย JIA ร้อยละ 72.4 มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ทักษะคิดต่อการใช้ยาและการที่ผู้ป่วยไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย บุคลากรทางการแพทย์ควรประเมินทัศนคติต่อการใช้ยาร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อค้นหาสาเหตุของความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมาประกอบเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา

การศึกษาในอนาคตควรพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยให้จำเพาะกับโรค JIA มากขึ้น เช่น แบบวัดความรู้ อุปสรรค และทัศนคติต่อการใช้ยา นอกจากนี้ควรมีการทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยเฉพาะปัจจัยด้านทัศนคติต่อการใช้ยา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ แพทย์หญิงทัศนลาภา แดงสุวรรณ เกษิษฐ์กรหญิงนภรณ์ วิมลสารวงค์ และเกษิษฐ์กรหญิงอัญชลี อารยชัยชาญ ผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มงานเภสัชกรรมแพทย์ พยาบาลของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และผู้ดูแลผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือผู้วิจัยในการทำวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- Kim KH, Kim DH. Juvenile idiopathic arthritis: diagnosis and differential diagnosis. Korean J Pediatr 2010; 53: 931-5.
- Cordingley L, Vracas T, Baildam E, Chieng A, Davidson J, Foster HE, et al. Juvenile-onset inflammatory arthritis: a study of adolescents' beliefs about underlying cause. J Rheumatol 2012; 51: 2239-45.
- Pelajo CF, Sgarlat CM, Lopez-Benitez JM, Oliveira SKF, Rodrigues MCF, Sztajnbock FR, et al.

- Adherence to methotrexate in juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatol Int* 2012; 32: 497-500.
4. Len CA, Miotto e Silva VB, Terreri MTRA. Importance of adherence in the outcome of juvenile idiopathic arthritis. *Curr Rheumatol Rep* 2014; 16: 410-7.
 5. Bugni VM, Ozaki LS, Okamoto KY, Barbosa CM, Hilario OE, Len CA, et al. Factors associated with adherence to treatment in children and adolescents with chronic rheumatic diseases. *J Pediatr (Rio J)* 2012; 88: 483-8.
 6. April KT, Feldman DE, Platt RW, Duffy MC. Comparison between children with juvenile idiopathic arthritis and their parents concerning perceived treatment adherence. *Arthritis Care Res* 2006; 55: 558-63.
 7. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [online]. 2003 [cited Aug 13, 2015]. Available from: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf.
 8. Prudente LR, Diniz JS, Ferreira TXAM, Lima DM, Silva NA, Saraiva G, et al. Medication adherence in patients in treatment for rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus in a university hospital in Brazil. *Patient Prefer Adherence* 2016; 10: 863-70.
 9. Mongkolchaipak T. Factors affecting medication adherence of diabetic patients at Police General Hospital. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2015; 7: 47-59.
 10. Elliott RA. Poor adherence to medication in adult with rheumatoid arthritis. *Dis Manage Health Outcomes* 2008; 16: 13-29.
 11. Chanachai K. Factors affecting the medication compliance of elderly patients with chronic diseases at Namkleang Hospital, Namkleang District, Sisaket Province. *Research and Development Health System Journal* 2015; 8: 287-91.
 12. Pimratana W. Associations between caretakers' attitude, caretakers' knowledge of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and child patients' compliance to take methylphenidate (MPH). *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016; 61: 15-26.
 13. Salt E, Frazie SK Predictors of medication adherence in patients with rheumatoid arthritis. *Drug Dev Res* 2011; 72: 756-63.
 14. Wu JR, Moser DK, Chung ML, Lennie TA. Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. *J Card Failure* 2008; 14: 603-14.
 15. Wungthanakorn S, Phatidumrongkul C, Khomchan P. Factors affecting medication taking behaviors in hypertensive patients. *Songklanagarind Medical Journal* 2008; 26: 539-47.
 16. Viller F, Guillemin F, Briancon S, Moum T, Suurmeijer T, van den Heuvel W. Compliance to drug treatment of patients with rheumatoid arthritis: a 3 year longitudinal study. *J Rheumatol* 1999; 26: 2114-22.
 17. Buasai M, Jirapaet V. Selected factors predicting antiretroviral drug adherence in school-age children with HIV-Infection/Aids. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2012. 13: 28-37.
 18. Salt E, Frazier S. Adherence to disease modifying anti-rheumatic drugs in rheumatoid arthritis patients : A narrative review of the literature. *Orthop Nurs* 2010; 29: 260-75.
 19. Yuenyaw M, Thampanichawat W, Nookong A. Predictors of adherence to antiretroviral medication in children with HIV Infection. *J Nurs Sci* 2012; 30: 80-9.
 20. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 1373-79.
 21. Wu JR, Chung M, Lennie TA, Hall LA, Moser DK. Testing the psychometric properties of the medication adherence scale in patients with heart failure. *Heart Lung* 2008; 37: 334-43.

22. Sukhvibul T. Considerations in creating rating scale [online]. 2009 [cited Aug 20, 2016]. Available from: ms.src.ku.ac.th/schedule/Files/2553/Oct/1217086.doc
23. van den Bemt BJJ, Zwikker HE, van den Ende CHM. Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: a critical appraisal of the existing literature. *Expert Rev Clin Immunol* 2012; 8: 337-51.
24. Rapoff MA, Belmont J, Lindsley C, et al. Prevention of nonadherence to nonsteroidal anti-inflammatory medications for newly diagnosed patients with juvenile rheumatoid arthritis. *Health Psychol* 2002; 21: 620–3.
25. Joplin S, van der Zwan R, Joshua F. Wong PKK. Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: the effect of patient education, health literacy, and musculoskeletal ultrasound. *BioMed Research International* 2015: 1-11.
26. Stark LJ, Janicke DM, McGrath AM. Prevention of Osteoporosis: A randomized clinical trial to increase calcium intake in children with juvenile rheumatoid arthritis. *J Pediatr Psychol* 2005; 30: 377-86.
27. Hommel KA, Hente EA, Odell S, Herzer M, Ingerski LM, Guilfoyle SM, et al. Evaluation of a group-based behavioral intervention to promote adherence in adolescents with inflammatory bowel disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2012; 24: 64-9.
28. Vittinghoff E, McCulloch CE. Relaxing the rule of ten events per variable in logistic and cox regression. *Am J Epidemiol* 2007; 165: 710–8.