

การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

โกวิททย์ ทองละมุล¹ อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ประชากรคือผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลศรีรัตนะ ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 184 คน โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 125 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดประกอบด้วย การใช้ยาให้ถูกคน ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา และความสม่ำเสมอในการใช้ยาการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.71 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนารายงานค่าเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.76$, S.D.=0.423) และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.83$, S.D.=0.375) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.311$, P-value<0.001) การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางสุขภาพมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด โดยการให้คำแนะนำ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและลดอุปสรรคในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด

คำสำคัญ: การรับรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการใช้ยา, โรคหืด

¹ เภสัชกรชำนาญการ ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ,

E-mail: kovitwpunya@gmail.com

² อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Corresponding author: อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, E-mail: amornsak1.poum@gmail.com

Health Perception Factors Associated with Medication Use Behaviors Among Asthma Patients Who Attended Asthma Clinic at Sirattana Hospital, Sisaket Province

Kovit Thonglamul¹ Amornsak Poum²

Abstract

This descriptive study aimed to evaluate health perception factors associated with medication use behaviors among asthma patients who attended asthma clinic at Sirattana Hospital, Sisaket Province. There were 184 clients be cared for asthma at Sirattana Hospital during fiscal year 2018. However, 125 samples were calculated by Daniel formula and questionnaires were arranged via systematic random sampling. Three parts of questions were delivered. Part 1) general characteristics, part 2) health perception factors including; risk, severity, benefit and health barrier and part 3) medication use behaviors among asthma patients including; right patient, right drug, right dose, right method, right time, drug using continuously. Constructive questionnaires had been examined by three professional before trying out. Reliability test result by Cronbach alpha coefficient formula was 0.71. Descriptive statistics such as frequency of number, percentage and standard deviation were used for testing general characteristics whereas pearson product moment correlation coefficient was used for correlation examination.

Results of study showed mean sat score at a high level both perception factors ($\bar{X}$ =2.76, S.D.= 0.423) and medication use behavior among asthma patients ($\bar{X}$ =2.83, S.D.=0.375). Moreover, the statistical significant association between health perception factors and medication use behavior among asthma patients was found ($r=0.311$, $P\text{-value}<0.001$). In conclusion, asthma knowledge and asthmatic drug barrier should be provided by health personnel higher than the past.

Keywords: Health perception, Drug Use Behavior, Asthma

¹ Professional pharmacist, Sirattana Hospital, Sisaket Province, E-mail: kovitwpunya@gmail.com

² Lecturer of Master of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University.

Corresponding author: Amornsak Poum, E-mail: amornsak1.poum@gmail.com

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม โดยทำให้สุขภาพทางด้านร่างกายทรุดโทรมลงจากการที่ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก อ่อนเพลีย ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และอาจเกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นได้หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ ส่งผลให้เกิดอันตรายขึ้นรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการดูแลหรือการรักษาไม่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก¹จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังอันดับที่ 25 ของโลกสามารถพบได้ในทุกเพศทุกวัย มีความชุกร้อยละ 5-12 ของประชากร มีผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกประมาณ 300 ล้านคน และมีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต 255,000 คนต่อปี และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มมากขึ้นจากเดิมอีก 100 ล้านคน ประชากรที่ได้รับผลกระทบจากโรคหืดโดยตรงมีประมาณ 15 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 1 ของโรคที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการทำงานทั้งหมด²นอกจากนี้ปัญหาโรคหืดยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของชาติอีกด้วย ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินและการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยในปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 67,813 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับ 50,228 ครั้ง โดยลดลงกว่า 17,585 ครั้ง คิดเป็น 25.9% แต่ยังคงพบคนไข้เสียชีวิตอยู่มากเนื่องจากปัญหา

การเข้าถึงการรักษาที่ได้มาตรฐานมีเพียง 30% เท่านั้น ส่วนที่เหลืออีก 70% ยังขาดการเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน³

จากข้อมูลของโรงพยาบาลศรีรัตนะพบว่าในปีงบประมาณ 2561 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดที่มาขึ้นทะเบียนรับบริการที่คลินิกโรคหืด มีจำนวนผู้ป่วย 184 ราย จำนวนครั้งที่มาทำการรักษา เท่ากับ 1,104 ครั้ง คิดเป็นค่าใช้จ่ายทั้งหมด 1,234,547 บาท (เฉลี่ย 1,118 บาทต่อครั้ง) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษที่ห้องฉุกเฉิน 408 ครั้ง คิดเป็นค่าใช้จ่ายทั้งหมด 84,674 บาท (เฉลี่ย 207 บาทต่อครั้ง) ระหว่างปี พ.ศ.2556-2560 พบจำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ามานอนรักษาตัว (Re-Admit) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 9, 15 และ 25 รายตามลำดับ และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 48 ชั่วโมง (Re-Visit) เท่ากับ 3, 6, และ 15 รายตามลำดับ จากการทบทวนและวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาดังกล่าวพบว่าในปี พ.ศ.2561 ผู้ป่วยที่มีภาวะการกำเริบเฉียบพลันของโรค (acute exacerbation), Re-Admit และ Re-Visit บ่อยเป็นผู้ป่วยรายเดิมที่มีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบจากสัมผัสสิ่งกระตุ้น ได้แก่ ควันไฟและฝุ่นละออง (44%), เกิดจากการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย (28%), การพ่นยาไม่ถูกหลัก (15.8%) การพ่นยาไม่ต่อเนื่องหรือยาพ่นหมด (8.4%) สาเหตุอื่นๆที่ไม่ชัดเจน (3.8%) ส่งผลให้โรคหืดเกิดอาการกำเริบอย่างรุนแรงจนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตน้อย⁴

จากการค้นคว้างานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดเกิดจากหลายๆปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาโรคหืด การรับรู้อุปสรรคในการใช้ยา⁵ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญว่าโรคหืดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข จึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด และความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ยาโรคหืด เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการหาแนวทางส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและต่อประเทศชาติอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดวิจัย

ตัวแปรอิสระในการวิจัย

- 1) การรับรู้ด้านสุขภาพโดยใช้แนวคิดของ Rosenstock⁶ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหืด การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด การรับรู้ประโยชน์ของการใช้

ยา และการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยา 2) พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งการใช้ยาของผู้ป่วยที่ถูกต้องตามหลักประกันความปลอดภัยในการใช้ยา (5R) ของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล⁷ ประกอบด้วย ถูกคน (Right patient) ถูกชนิด (Right drug) ถูกขนาด (Right dose) ถูกวิธี (Right method) ถูกเวลา (Right time) และความสม่ำเสมอในการใช้ยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลศรีรัตนะ ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 184 คน โดยเป็นผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืด ที่มีอายุระหว่าง 15-70 ปี และไม่มีโรคอื่นร่วมอื่นๆ และสามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย สามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel⁸ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 125 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล
ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติม
ข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพของ
Rosenstock⁶ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาส
เสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหืด การรับรู้
ความรุนแรงของโรคหืด การรับรู้ประโยชน์ของ
การใช้ยาและการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยามี
ข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะ
คำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วย
อย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็น
ด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลของ Best
John W.⁹ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ การรับรู้
ระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับ
ปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และ
ระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้ยาของ
ผู้ป่วยโรคหืด ตามหลัก 5R⁷ ประกอบด้วย ถูกคน
(Right patient) ถูกชนิด (Right drug) ถูกขนาด
(Right dose) ถูกวิธี (Right method) ถูกเวลา
(Right time) และความสม่ำเสมอในการใช้ยา
ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะ
คำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมาก
ที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด การแปล
ผลตามแนวคิดของ Best J.W.¹⁰ แบ่งเป็น 3
ระดับคือ พฤติกรรมระดับสูง คะแนนระหว่าง
3.67–5.00 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง
2.34–3.66 และระดับต่ำ คะแนนระหว่าง
1.00–2.33

การตรวจสอบคุณภาพของ
แบบสอบถาม เพื่อหาความตรงตามเนื้อหาโดย

ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไป
ทดลองใช้และคำนวณ ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค¹⁰ เท่ากับ
0.71

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม
คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอโดยใช้สถิติเชิง
พรรณนาและสถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product
moment correlation coefficient) โดย
กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหืดมีจำนวนเพศชาย (51.20%)
ใกล้เคียงกับเพศหญิง (48.80%) มีอายุระหว่าง
30-60 ปี (60%) ($\bar{X}=50.01$, S.D.=14.84,
Max=71, Min=15) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส
คู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (74.40%) จบการศึกษา
ระดับประถมศึกษา (60%) และจบระดับ
ปริญญาตรี (14.40%) ประกอบอาชีพ
เกษตรกรรม (61%) มีเพียงร้อยละ 13.60 ที่ไม่ได้
ประกอบอาชีพ สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่
ระหว่าง 2,000-10,000 บาท (58.40%) ($\bar{X}$
=7,522.14, S.D.=10,210.63, Median=5,000,
Max=80,000, Min=600) ระยะเวลาที่ป่วยเป็น
โรคหืด อยู่ระหว่าง 2-10 ปี (48.80%)
($\bar{X}=7.76$, S.D.=7.60, Max=42, Min=1)

ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรค
หืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ
จังหวัดศรีสะเกษ ภาพรวมการรับรู้อยู่ใน
ระดับสูง ($\bar{X}=3.92$, S.D.=0.49) เมื่อพิจารณา

การรับรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหืดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.87$, S.D.=0.46) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.94$, S.D.=0.50) การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.05$, S.D.=0.56) การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.82$, S.D.=0.43) ตามลำดับสำหรับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดพบว่า ภาพรวมการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.10$, S.D.=0.63)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดจำแนกรายด้านพบว่า การใช้ยาถูกคนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.33$, S.D.=0.69) การใช้ยาถูกชนิดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.02$, S.D.=0.52) การใช้ยาถูกขนาดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.01$, S.D.=0.72) การใช้ยาถูกวิธีอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.16$, S.D.=0.52) การใช้ยาถูกเวลาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.17$, S.D.=0.56) ความสม่ำเสมอในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.93$, S.D.=0.76) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ (n=125)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การรับรู้ด้านสุขภาพ	96	76.8	29	23.2	-	-	3.92	0.49
การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิด ภาวะแทรกซ้อนโรคหืด	82	65.6	43	34.4	-	-	3.87	0.46
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด	88	70.4	37	29.6	-	-	3.94	0.50
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา	94	75.2	31	24.8	-	-	4.05	0.56
การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยา	75	60.0	50	40.0	-	-	3.82	0.43
พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรค หืด	104	83.2	21	16.8	-	-	4.10	0.63
ใช้ยาถูกคน	100	80.0	24	19.2	1	0.8	4.33	0.69
ใช้ยาถูกชนิด	98	78.4	27	21.6	-	-	4.02	0.52
ใช้ยาถูกขนาด	89	71.2	36	28.8	-	-	4.01	0.72
ใช้ยาถูกวิธี	106	84.8	19	15.2	-	-	4.16	0.52
ใช้ยาถูกเวลา	95	76.0	30	24.0	-	-	4.17	0.56
ความสม่ำเสมอในการใช้ยา	83	66.4	38	30.4	4	3.2	3.93	0.76

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.311$, $P\text{-value}<0.001$) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนของโรคหืดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.215$) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.271$) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยารักษาโรคหืดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา และด้านการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยารักษาโรคหืดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.215$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม

การใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ ($n=125$)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.311	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหืด	0.215	0.016*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด	0.271	0.002*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา	0.138	0.124	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยา	0.201	0.025*	มีความสัมพันธ์ทางบวก

* ระดับนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วยบางส่วน (30.40%) ไม่เข้าใจว่าโรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมมีผลทำให้หลอดลมของผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารภูมิแพ้

หรือสิ่งกระตุ้นและสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นจะเกิดหลอดลมตีบทำให้เกิดอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงวี๊ดหรือหอบเหนื่อยเกิดขึ้นทันทีเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น แต่อาการดังกล่าวอาจหายไปเองได้หรือหายไปเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม¹¹ผู้ป่วยโรคหืดทุก

คนควรได้รับยาควบคุมโรคที่ต้องใช้อย่างสม่ำเสมอและยาบรรเทาอาการเมื่อมีอาการ โดยมีเป้าหมายของการรักษาโรคคือ การควบคุมอาการโรคหืดในปัจจุบัน (Current control) ได้แก่ การไม่มีอาการหอบทั้งกลางวันและกลางคืน ไม่ต้องใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็ว ไม่มีโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ มีสมรรถภาพปอดปกติ และการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต(Future risks prevention) ได้แก่ การกำเริบของโรคหืด การเสียชีวิตจากโรคหืด การลดลงของสมรรถภาพปอดจนเกิดการอุดกั้นถาวร (Airway remodeling) และอาการข้างเคียงจากการรักษา¹²

สภาเภสัชกรรม¹³กำหนดแนวทางการใช้ยาของผู้ป่วย ตามหลัก 5Rประกอบด้วย ถูกคน (Right patient) ถูกชนิด (Right drug) ถูกขนาด (Right dose) ถูกวิธี (Right method) ถูกเวลา (Right time) และความสม่ำเสมอในการใช้ยา ในภาพรวมของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับสูง (83.20%) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดรายด้านจะพบว่า 1) การใช้ยาถูกคน (Right patient) มีการปฏิบัติในระดับสูง (80%) เป็นการพิจารณาอย่างละเอียดก่อนที่จะใช้ยาว่า ควรใช้ยาชนิดใดหรือใช้กับใคร เพศใด และมีอายุเท่าใด เพราะอวัยวะต่างๆในร่างกายของคนแต่ละเพศแต่ละวัยมีความแตกต่างกัน ทำให้การตอบสนองต่อการออกฤทธิ์ของยาแตกต่างกัน 2) การใช้ยาถูกชนิด (Right drug) มี

การปฏิบัติในระดับสูง (78.40%) เป็นการให้ยาให้ถูกกับโรค หมายถึงให้ยาให้ตรงกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งแพทย์หรือเภสัชกรจะเป็นผู้สั่งจ่ายยาให้ เพราะหากให้ยาไม่ถูกกับโรคอาจทำให้ได้รับอันตรายจากยานั้นได้หรือไม่ได้ผลในการรักษา และยังอาจเกิดโรคอื่นแทรกซ้อนได้ เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะทั้งที่โรคที่เป็นไม่เกี่ยวกับการติดเชื้อเลย ซึ่งทำให้เชื้อโรคเกิดการดื้อต่อยาปฏิชีวนะได้ในภายหลัง 3) การใช้ยาถูกขนาด (Right dose) มีการปฏิบัติในระดับสูง (71.20%) เนื่องจากการรับประทานให้ถูกขนาดตามที่แพทย์หรือเภสัชกรแนะนำจะให้ผลดีในการรักษาและควรใช้อุปกรณ์มาตรฐานในการตรวจยาไม่ใช้ช้อนทานข้าวหรือช้อนชงกาแฟ เพราะจะทำให้ได้ปริมาณยาที่ไม่ถูกต้อง 4) การใช้ยาถูกวิธี (Right method) มีการปฏิบัติในระดับสูง (84.80%) โดยมีการระบุลักษณะในการใช้ยา คือ ยาที่ใช้ภายนอกและยาที่ใช้ภายใน เพราะมีผลต่อการดูดซึมเข้าสู่ร่างกายในปริมาณมากน้อยแตกต่างกัน 5) การใช้ยาถูกเวลา (Right time) มีการปฏิบัติในระดับสูง (76%) หมายถึงช่วงระยะเวลาในการใช้ยา เช่น ยาที่ต้องรับประทานก่อนอาหาร และหรือหลังอาหาร ยาที่ต้องทานก่อนนอน หรือยาที่ต้องรับประทานเมื่อมีอาการ 6) ความสม่ำเสมอในการใช้ยา มีการปฏิบัติในระดับสูง (66.40%) เป็นพฤติกรรมการปฏิบัติในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการโรคหืดกำเริบ

การรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception) เป็นการรับรู้ของบุคคลเป็นข้อบ่งชี้ถึงพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้า

ใกล้สิ่งที่ตนเองพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้นๆจะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อตนเอง รวมทั้งจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาและไม่พึงพอใจ เช่น การที่บุคคลใดมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงจะมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock⁶กล่าวว่า การรับรู้ด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่ทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมออกมาเนื่องจากการรับรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้เห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรสและการได้กลิ่นแล้วมีการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมายโดยมีแรงผลักดันจากความรู้และประสบการณ์เดิมผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนัง จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.311$, $P\text{-value}<0.001$)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย มีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{5, 14} ได้ข้อค้นพบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดซึ่งการรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหืด(Perceived susceptibility) มีคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง (65.60%)เนื่องจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะ หมายถึง ความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด(Perceived severity) มีคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง (70.40%)การรับรู้ความรุนแรงเป็นความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีความมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง3) การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาโรคหืด (Perceived benefits)มีคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง (75.20%) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการรักษา

ความสามารถของแพทย์ในการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และทำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดภาวะการเจ็บป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการใช้ยา(Perceived barriers)มีคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง (60%) การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่ออาการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลาในการมารับบริการสุขภาพหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษในเรื่องต่างๆที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สะดวกสบายหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ขัดกับการประกอบอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งก่อให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาและหาการแก้ไขปัญหาดังเรื่องอุปสรรคของการใช้ยาของโรคหืดเพิ่มเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดได้เกิดการใช้ยาโรคหืดได้อย่างถูกต้อง และควรมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดในกลุ่มผู้ป่วยที่คุมอาการโรคหืดได้ (Controlled), กลุ่มผู้ป่วยที่คุมอาการโรคหืดได้บ้าง (Party controlled) และ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถคุมอาการโรคหืดได้ (Uncontrolled) เปรียบเทียบว่ามีพฤติกรรมใช้ยาแตกต่างกันหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. อรพรรณ โพชนุกูล, สมบูรณ์ จันทรสกุลพร. โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจในเด็ก. พระนครศรีอยุธยา: เทียนวัฒนาพรินติ้ง; 2558: 149-184.
2. World Health Organization [WHO].(2011). Astma. Retrived March 13, 2019, from <http://www.who.int/mediacentt e/factsheets/fs307/en/index.html>.
3. วุฒรา บุญสวัสดิ์. โรคหืด. ใน นิธิพัฒน์ เจริญกุล (บรรณาธิการ), ตำราโรคระบบการหายใจ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2561: 444-454.
4. รายงานสรุปข้อมูลด้านคลินิก, พ.ศ. 2558-2560.โรงพยาบาลศรีรัตนนะ; 2561.

5. นิราวดี พชนี, สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2557; 8(3): 92-103.
6. Rosenstock, Irain M. The Health Belief Model and Prevention Behavior. Health Education Monographs; 1974.
7. ปรีชา มนทกานติกุล ระบบการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ใน: ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนาจุฬาวัฒนทล, ปรีชา มนทกานติกุล, บรรณาธิการ. การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2547.
8. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences (9thed). New York: John Wiley & Sons. 2010.
9. Best, John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall. 1977.
10. Cronbach, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 1951; 16(3): 297-334.
11. Paul O'Byrne, Eric D. Bateman, Jean Bousquet, editor. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2006 : p. 7-9.
12. วัชรนา บุญสวัสดิ์, กมล แก้วกิตติณรงค์, ศิวศักดิ์ จุทอง, ประพาฬ ยงใจยุทธ, สุชัย เรืองรัตนกุล, อรพรรณ โพชนุกูล, แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ใหญ่, 2560. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: ปิยอนซ์ เอนเตอร์ไพรส์, สมาคมองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย ; 2560.
13. อภิญญา เหมะจุฑา, ปรีชา มนทกานติกุล ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา ใน: ธิดา นิงสานนท์,
14. สุวัฒนาจุฬาวัฒนทล, ปรีชา มนทกานติกุล, บรรณาธิการ. การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2547.
15. พิชรี วัฒนชัย, พิชราภรณ์ อารีย์, สุธิศาล่ามข้าง. ความรุนแรงของโรคหืด พฤติกรรมการจัดการของครอบครัว และการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็กของผู้ดูแลในครอบครัว. พยาบาลสาร. 2559(43): 1-12.