

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด
ในคลินิกโรคหืด ของโรงพยาบาลปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์
THE ASSOCIATION OF HEALTH BELIEF MODEL AND DRUGS USING BEHAVIOR
IN ASTHMA PATIENT, PRASAT HOSPITAL, PRASAT DISTRICT, SURIN PROVINCE.

สุปราณี ชินเชษฐ์^{1*}

Supranee Chinnachet^{1*}

โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์¹

Prasat Hospital, Surin Province¹

*Corresponding Author: lek3903099@gmail.com

ข้อมูลบทความ	บทคัดย่อ
ประวัติบทความ: รับเพื่อพิจารณา: 22 พฤศจิกายน 2565 แก้ไข: 27 ธันวาคม 2565 ตอบรับ: 27 ธันวาคม 2565	การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 122 คน ซึ่งได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวน 61 คน เท่ากัน อายุของผู้ป่วยโรคหืดเฉลี่ย 50.39 ปี สูงสุด 70 ปี ต่ำสุด 15 ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 74.80 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 52.20 และมีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 59.84 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 7,932.38 บาท สูงสุด 80,000 บาท ต่ำสุดคือไม่มีรายได้ ระยะเวลาเฉลี่ยการป่วยเป็นโรคหืดอยู่ที่ 7.74 ปี สูงสุด 42 ปีและต่ำสุด 1 ปี มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.48$, $SD = 0.425$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน มีด้านที่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง 2 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้แรงของโรคหืด ($\bar{X} = 3.86$, $SD = 0.649$) การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยารักษาโรคหืด ($\bar{X} = 3.75$, $SD = 0.398$) ส่วนด้านที่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด ($\bar{X} = 3.61$, $SD = 0.510$) และการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยารักษาโรคหืด ($\bar{X} = 2.71$, $SD = 0.801$) พฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.87$, $SD = 0.388$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน มีด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 4 ด้าน ได้แก่ ใช้ยาฉุกเฉิน ($\bar{X}$ = 4.32, SD = 0.693) ใช้ยาฉุกเฉินขนาด ($\bar{X}$ = 4.03, SD = 0.810) ใช้ยาถ่วงวิธี ($\bar{X}$ = 4.13, SD = 0.564) และใช้ยาฉุกเฉินเวลา ($\bar{X}$ = 3.86, SD = 0.541) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง ได้แก่ ใช้ยาฉุกเฉิน ($\bar{X}$ = 3.42, SD = 0.693) และความสม่ำเสมอในการใช้ยา ($\bar{X}$ = 3.48, SD = 0.522)

2) ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดและการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยารักษาโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ($r=0.429$), ($r=0.438$) ตามลำดับ ส่วนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหืดและการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยารักษาโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r=0.227$), ($r=0.211$) ตามลำดับ

Article Info	Abstract
Article History: Received: November 22, 2022 Revised: December 27, 2022 Accepted: December 27, 2022 Keywords: drug habit/asthmatic patient/asthma	This study used descriptive study for examine the correlation between health belief model and drug using behavior in asthma patient at the asthma clinic in Prasad hospital, Prasad district, Surin province. Total samples in this study were 122 asthma patient that calculated by Daniel method. The questionnaire was used for collecting data. The data analysis was applied frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson correlation coefficient. The statistical significance was set at the 0.05 level. The results of this revealed that 1) The samples were equal between sex. The mean age of sample was 50.39years. The highest age was 70 years. The youngest age was 15 years. Most of them were married 74.8%, primary school level 52.2%, farmer 59.84%, estimate salary 7,932.38 bath/ month. The highest salary was 80,000 bath/ month, and the lowest has no salary. The mean duration of asthma was 7.74 years. The highest duration of

asthma was 42 years, and the lowest was 1 year. There was moderate level of opinions about the overall of health belief model ($\bar{X}$ = 3.48, SD = 0.425). There were two aspects with high level of opinions including 1) perceived severity of asthma disease ($\bar{X}$ =3.86, SD = 0.649) and 2) perceived benefit of asthma medications ($\bar{X}$ = 3.75, SD = 0.398). The aspects that had moderate level of opinions were 1) perceived risk of asthma complications ($\bar{X}$ = 3.61, SD = 0.510) and 2) perceived barriers to asthma medication use ($\bar{X}$ = 2.71, SD = 0.801). The overall of medication use behavior was high level ($\bar{X}$ = 3.87, SD = 0.388). There were four aspects with high mean scores of medication use behavior including 1) Right patient ($\bar{X}$ = 4.32, SD = 0.693), 2) Right dose ($\bar{X}$ = 4.03, SD = 0.810), 3) Right method ($\bar{X}$ = 4.13, SD = 0.564), and 4) Right time ($\bar{X}$ = 3.86, SD = 0.541). The moderate mean scores of medication use behavior were 1) Right drug ($\bar{X}$ = 3.42, SD = 0.693) and 2) Drug adherence ($\bar{X}$ = 3.48, SD = 0.522). They have a health belief model in the medium level ($\bar{X}$ = 3.48, SD = 0.425), and drug habit in the high level.

2) The correlation between health belief model and drug using behavior in asthma patient that shows perception of asthma severity (r = 0.429, p < 0.01), perception of barrier to use asthmatic drug (r = 0.438, p < 0.01), risk perception of asthma complication dimension (r = 0.227, p < 0.05) and perception of benefit when applied asthmatic drug (r = 0.211, p < 0.05) were statistically significant positive correlation with drug habit of asthmatic patient.

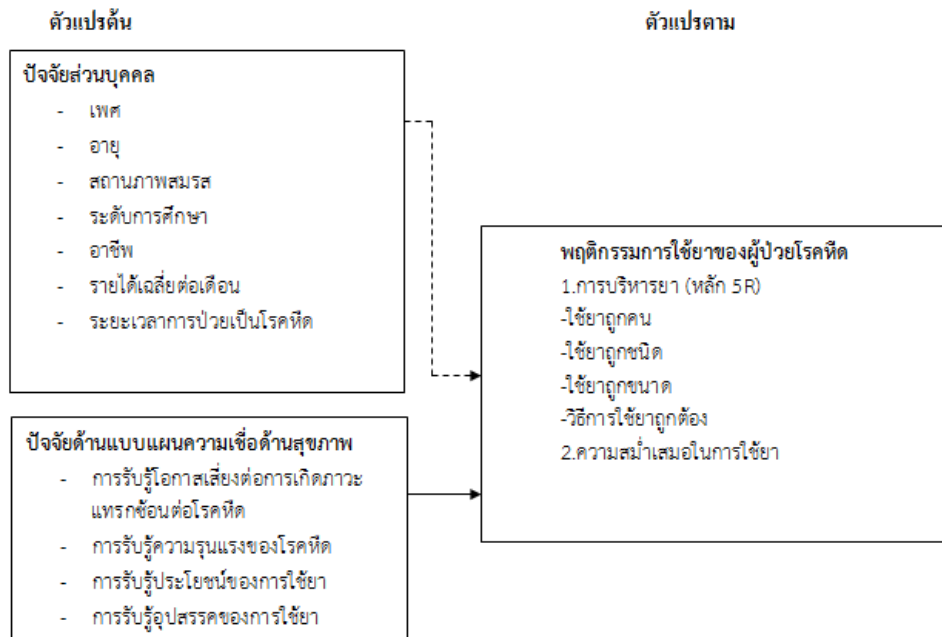
1. บทนำ

โรคหืด (Asthma) คือโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม (Chronic airway inflammation) ร่วมกับภาวะหลอดลมไว (Airway hyper responsiveness) และหลอดลมตีบแคบซึ่งเกิดจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดลมเป็น ๆ หาย ๆ พบได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ทุกช่วงอายุ ส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต การทำงาน และการใช้ชีวิตประจำวัน ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม และสภาพแวดล้อมโลกทำให้มีมลพิษมากขึ้น เป็นปัจจัยนำและปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้แนวโน้มของอัตราการเกิดโรคหืดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว [2] การสำรวจข้อมูล

ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2005) พบว่าประชากรที่ได้รับผลกระทบจากโรคหืดโดยตรงมีประมาณ 15 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 1 ของโรคที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการทำงานทั้งหมด โรคหืดสามารถพบได้ในทุกเพศทุกวัย เป็นโรคเรื้อรังอันดับที่ 25 ของโลก มีความชุกร้อยละ 5-12 ของประชากร มีผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกประมาณ 300 ล้านคน และมีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต 255,000 คนต่อปี และยังคงคาดการณ์ไว้ว่าอีก 17 ปีข้างหน้า คือ ปี พ.ศ. 2568 จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มมากขึ้นจากเดิมอีก 100 ล้านคน [3] จากรายงานอุบัติการณ์ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวน 10.6 ล้านคน ผู้ป่วยโรคหืดมากกว่า 2 ล้านคน ที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน และมากกว่าร้อยละ 20 มีอาการของโรครุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และประมาณร้อยละ 5 เสียชีวิตด้วยโรคหืด [4] บ่งชี้ให้เห็นว่าโรคหืดยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลกในปัจจุบัน สำหรับประเทศไทย จากรายงานอัตราความชุกของโรคหืด พบว่ามีผู้ป่วยโรคหืดประมาณ 4 ล้านคน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหืดประมาณปีละ 1,000 คน [4]

โรงพยาบาลปราสาท เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ตั้งอยู่ในอำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์ ได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดขึ้น เพื่อจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดให้ได้มาตรฐานตามแนวทางการรักษาโรคหืดในประเทศไทย พ.ศ. 2565 และ GINA guideline 2022 จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดได้มาขึ้นทะเบียนรับบริการที่คลินิกโรคหืด มีจำนวนผู้ป่วย 319 ราย จำนวนครั้งที่ได้มาทำการรักษา 4,259 ครั้ง คิดเป็นค่าใช้จ่ายทั้งหมด 3,234,547 บาท จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน 408 ครั้ง ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน และการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า 14.8% ของผู้ป่วยโรคหืดต้องเข้ารับการักษาในโรงพยาบาล 21.7% เข้ารับการรักษาแผนกฉุกเฉินมากกว่า 1 ครั้ง (โปรแกรม Hos-XP ของโรงพยาบาลปราสาท) เพื่อรักษาอาการหืดกำเริบบ่อยครั้งเนื่องจากควบคุมโรคหืดไม่ได้ ซึ่งหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมและสม่ำเสมอ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ ลดการกำเริบของโรคหืดที่ต้องมากรับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน และการต้องมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

จากเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาซึ่งเป็นเภสัชกร มีหน้าที่ในการจ่ายยาและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญว่าโรคหืดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock [5] เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการหาแนวทางส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาอย่างไม่ต่อเนื่อง และลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และต่อประเทศชาติอีกด้วย โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock [5] ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด ของโรงพยาบาลปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

3. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการศึกษาแบบพรรณนา (Descriptive study) ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปราสาท เลขที่โครงการวิจัย PSH REC 007/2565 ในกลุ่มประชากร คือผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืดที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคหืด ที่มีอายุตั้งแต่ 15 - 70 ปี ของโรงพยาบาลปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ และไม่มีโรคร่วมอื่น ๆ จำนวน 176 คน ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Daniel [10] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 122 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยในโรคหืดในคลินิกโรคหืดเป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูล

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืดที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคหืด ที่มีอายุตั้งแต่ 15 - 70 ปี ของโรงพยาบาลปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ และไม่มีโรคร่วมอื่น ๆ จำนวน 176 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทำการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืดที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel [10] ซึ่งจากจำนวนประชากร 176 คน คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 122 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาการเป็นโรคหืด เป็นข้อคำถามปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืด โดยแบ่งออกเป็น 4 หัวข้อ ดังนี้ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด การรับรู้ต่อประโยชน์ของการใช้ยารักษาโรคหืด และการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยารักษาโรคหืด ข้อคำถามมีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) การให้คะแนน 5 ระดับ แบบ Likert's scale โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด ประกอบด้วยข้อคำถามการใช้ยาตามหลัก 5R คือ ใช้ยาถูกคน ใช้ยาถูกชนิด ใช้ยาถูกขนาด ใช้ยาถูกวิธี ใช้ยาถูกเวลา และความสม่ำเสมอในการใช้ยา ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบคำถามปลายปิด คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) การให้คะแนน 5 ระดับ แบบ Likert's scale โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนการตอบแบบสอบถามตามระดับที่ปฏิบัติ ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติระดับมากที่สุด	5	1
ปฏิบัติระดับมาก	4	2
ปฏิบัติระดับปานกลาง	3	3
ปฏิบัติระดับน้อย	2	4
ปฏิบัติระดับน้อยที่สุด	1	5

เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ ตามแนวคิดของ Best [11]

ระดับสูงสุด	=	ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00
ระดับปานกลาง	=	ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66
ระดับต่ำ	=	ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33

ทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน ใช้วิธีการหาค่า IOC ของ Rowineli & Hambleton [12] โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อ

คำถามที่ได้จากสูตรที่จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 มีรายละเอียดของเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้ มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป คัดเลือกข้อคำถามนั้นไว้ใช้

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความเที่ยงของข้อคำถาม โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด ของโรงพยาบาลสังขะ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน พบว่าข้อคำถามมีความเที่ยงเท่ากับ 0.89

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งคำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) รายงานค่าสถิติเป็นร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)
2. สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 [1]

3.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการศึกษาแบบพรรณนา (Descriptive study) ในกลุ่มประชากร คือผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืดที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคหืด ของโรงพยาบาลปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ และไม่มีโรคอื่น ๆ ในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2565 ถึง 31 ตุลาคม 2565

4. ผลการวิจัย

4.1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวน 61 คน เท่ากัน อายุของผู้ป่วยโรคหืดเฉลี่ย 50.39 ปี สูงสุด 70 ปี ต่ำสุด 15 ปี มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 74.80 การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 52.20 อาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 59.84 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,932.38 บาท สูงสุด 80,000 บาท ต่ำสุดไม่มีรายได้ ระยะเวลาเฉลี่ยการป่วยเป็นโรคหืด 7.74 ปี สูงสุด 42 ปี ต่ำสุด 1 ปี และจากการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความคิดเห็นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยารักษาโรคหืด การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยารักษาโรคหืด พบว่า ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ โดยภาพรวม มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.48$, $SD = 0.425$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน มีด้านที่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง 2 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด ($\bar{X} = 3.86$, $SD = 0.649$) การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยารักษาโรคหืด ($\bar{X} = 3.75$, $SD = 0.398$) ส่วนด้านที่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด ($\bar{X} = 3.61$, $SD = 0.510$) และการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยารักษาโรคหืด ($\bar{X} = 2.71$, $SD = 0.801$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด ของโรงพยาบาลปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ โดยรวมและเป็นรายด้าน (n = 122 คน)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืด ในคลินิกโรคหืด ของโรงพยาบาลปราสาท	$\bar{X}$	SD	ระดับความคิดเห็น
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด	3.65	0.510	ปานกลาง
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด	3.89	0.649	สูง
3. การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยารักษาโรคหืด	3.76	0.398	สูง
4. การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยารักษาโรคหืด	2.72	0.801	ปานกลาง
ภาพรวมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	3.48	0.425	ปานกลาง

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด ของโรงพยาบาลปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.87, SD = 0.388) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน มีด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 4 ด้าน ได้แก่ ใช้ยาถูกคน ($\bar{X}$ = 4.32, SD = 0.693) ใช้ยาถูกขนาด ($\bar{X}$ = 4.03, SD = 0.810) ใช้ยาถูกวิธี ($\bar{X}$ = 4.13, SD = 0.564) และใช้ยาถูกเวลา ($\bar{X}$ = 3.86, SD = 0.541) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ใช้ยาถูกชนิด ($\bar{X}$ = 3.42, SD = 0.693) และความสม่ำเสมอในการใช้ยา ($\bar{X}$ = 3.48, SD = 0.522) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด ของโรงพยาบาลปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ โดยรวมและเป็นรายด้าน (n = 122 คน)

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด ของโรงพยาบาลปราสาท	$\bar{X}$	SD	ระดับการปฏิบัติ
พฤติกรรมการใช้ยาตามหลัก 5R			
1. ใช้ยาถูกคน	4.32	0.693	สูง
2. ใช้ยาถูกชนิด	3.42	0.470	ปานกลาง
3. ใช้ยาถูกขนาด	4.03	0.810	สูง
4. ใช้ยาถูกวิธี	4.13	0.564	สูง
5. ใช้ยาถูกเวลา	3.86	0.541	สูง
6. ความสม่ำเสมอในการใช้ยา	3.48	0.522	ปานกลาง
ภาพรวมพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด	3.87	0.388	สูง

4.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด ของโรงพยาบาลปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 มีรายละเอียดรายด้านดังนี้ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดและการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยารักษา

โรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ($r=0.429$), ($r=0.438$) ตามลำดับ ส่วนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหืดและการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยารักษาโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r=0.227$), ($r=0.211$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม						พฤติกรรม การใช้ยา รวม
	ใช้ยาถูก คน	ใช้ยาถูก ชนิด	ใช้ยาถูก ขนาด	ใช้ยาถูกวิธี	ใช้ยาถูก เวลา	ความ สม่ำเสมอใน การใช้ยา	
การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของ โรคหืด	0.071	0.098	0.238**	0.230*	0.202*	0.043	0.227*
การรับรู้ความรุนแรง ของโรคหืด	0.236**	0.263**	0.461**	0.252**	0.319**	0.101	0.429**
การรับรู้ประโยชน์ ของการใช้ยารักษา โรคหืด	-0.066	0.155	0.271**	0.273**	0.034	0.238**	0.211*
การรับรู้อุปสรรคของ การใช้ยารักษาโรค หืด	0.202**	0.319**	0.425**	0.291**	0.323**	0.047	0.438**
รวม	0.203**	0.332**	0.531**	0.373**	0.350**	0.130	0.505**

* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05 ** ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.01

5. อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยารักษาโรคหืด และการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยารักษาโรคหืด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด ของโรงพยาบาลปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ตรงกับแนวคิดของ Rosenstock [13] ซึ่งได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัยญานุช ไพรวงษ์ และคณะ [6] ได้วิจัยเรื่อง การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดัน

โลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} = 0.000$ สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา จันทรีใจ และคณะ [7] ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอสแอล อี พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอสแอล อี และการใช้ยา และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอสแอล อี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชลธิชา โชคเฉลิมวงศ์ [8] ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระเฉียบพลันของผู้ปกครองเด็กเล็กอายุ 3 - 5 ปี ที่มีอุบัติการณ์ซ้ำซ้อน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้ความเสี่ยงของโรค การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการวิจัยของ ธมนพรพรช บุญเจริญ และคณะ [9] ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม โดยทำให้สุขภาพทางด้านร่างกายด้อยลงจากการที่ผู้ป่วยจะหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก อ่อนเพลีย ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และอาจเกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นได้หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจ หลอดลมอักเสบ การหายใจล้มเหลวกะทันหัน และสามารถทำให้เกิดอันตรายขึ้นรุนแรงถึงเสียชีวิตแก่ผู้ป่วยได้ หากได้รับการดูแลหรือการรักษาอย่างไม่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการมารับการตรวจตามแพทย์นัดทุก 1 - 2 เดือน จึงทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคหืด อาการของโรค การรักษา โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการใช้ยารักษาโรค รวมถึงวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องจากแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง

6. สรุปผลการวิจัย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยารักษาโรคหืด และการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยารักษาโรคหืด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด ของโรงพยาบาลปราสาท อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1) ด้านการบริหารจัดการ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำเสนอให้ผู้บริหารได้เห็นความสำคัญและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานในคลินิกโรคหืดในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด

2) ด้านปฏิบัติการ ควรมีการให้ความรู้และคำแนะนำในเรื่องการป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหืดเพิ่มขึ้น (จากการผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดเห็นความสำคัญและเกิดการตระหนักในการใช้ยารักษาโรคหืด

3) ด้านการศึกษาวิจัย สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ

7.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดในกลุ่ม Controlled, Party controlled และ Uncontrolled เปรียบเทียบว่ามีพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างกันหรือไม่
- 2) การสร้างเครื่องมือเพื่อนำไปใช้ในการศึกษาตรวจสอบภาษาให้เข้าใจง่ายและมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากถ้าผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจความหมายของข้อความได้ไม่ตรงกับที่ผู้ศึกษาต้องการ อาจทำให้ผลการศึกษาที่ได้ออกมาคลาดเคลื่อนได้

10. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายนพดล พิษณุวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาท พยาบาลประจำคลินิกโรคหืด เกษีกรทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง และให้การสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สุรเดช สารานิจิตต์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและแก้ไขการวิจัยด้วยความเอาใจใส่และตลอดจนความห่วงใย จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงด้วยความเคารพ
ยิ่งมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- [1] ยุทธ ไกยวรรณ. (2558). หลักสถิติวิจัยและการใช้โปรแกรม SPSS. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- [2] สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย และคณะ. (2560). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่ พ.ศ. 2560. นนทบุรี: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- [3] World Health Organization. (2003). Chronic respiratory diseases. Retrieved 20 June 2022, from <http://www.who.int/respiratory/asthma/e>
- [4] ทักษกร หมั่นนิพัฒน์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหืดในผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- [5] สุรเดช สารานิจิตต์. (2558). พฤติกรรมสุขภาพทางสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- [6] ชัญญา นุช ไพรวงษ์ วรณัฐ สัตยวงศ์ทิพย์ และณรินทร์ สีกุด. (2560). การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา, 11(1), 107-116.
- [7] กัญญา จันทรีใจ อธิกรณ์ จันทรีดา และอรสา พันธักกิต. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอส แอล อี. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร, 19(1), 60-72.
- [8] ชลธิชา โชคเฉลิมวงษ์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ปกครองเด็กเล็กอายุ 3-5 ปี ที่มีพฤติกรรมซ้ำซ้อน (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- [9] ธมนพรช บุญเจริญ วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และจริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 29(3), 50-56.
- [10] Danial, AC. & Veiga, EV. (2013). Factors that interfere the medication compliance in hypertensive patients. Einstein, 11(3), 331-337.
- [11] Best, WJ. (1997). Research in Education. Boston MA. : Allyn and Bacon.
- [12] Rovinelli, RJ. & Hambleton, RK. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Tijdschrift voor Onderwijsresearch, 2(2), 49-60.
- [13] Rosenstock, MI., Strecher, VJ. & Becker, MH. (1988). Social learning theory and health belief model. Health Education Quarterly, 15(2), 75-138.