



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง¹

Factors Influencing Inhaled Bronchodilators Adherence in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ศรีสมร ไตรสุนทร² วารินทร์ บินโฮเซ่น³ น้าอ้อย ภักดีวงศ์³

Srisamorn Trisuntorn² Varin Binhosen³ Nam-oy Pakdevong³

²สถาบันโรคทรวงอก Central Chest Institute of Thailand

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต School of Nursing, Rangsit University

Corresponding author, Varin Binhosen, E-mail: varin.b@rsu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 222 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา ความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีการทดลองใช้โดยผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทุกชุด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 94.14 ความกังวลจากการใช้ยา และความพร้อมในการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .046$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) โดยความพร้อมในการใช้ยาเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยา ได้ร้อยละ 32.6 ($R^2 = .326$, $p < .001$) กลุ่มที่มีความพร้อมในการใช้ยาระดับปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มที่มีความพร้อมระดับการปฏิบัติ 32.64 เท่า ($OR = 32.64$, 95% $CI = 8.35-127.54$, $p < .001$) ดังนั้นพยาบาลควรประเมินความพร้อมในการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

Abstract

This predictive study aimed to examine factors influencing inhaled bronchodilator adherence among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A purposive sample of 222 COPD patients was recruited. Data were collected using validated questionnaires measuring medication adherence, medication concerns, perceived medication necessity, medication readiness, and social support. All instruments underwent expert validation and pilot testing with acceptable psychometric properties. Data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression.

The results revealed that 94.14% of participants were adherent to their medication regime. Medication concerns and medication readiness were significantly associated with medication adherence ($p = .046$ and $p < .001$, respectively). Medication readiness emerged as the sole significant predictor of adherence, accounting for 32.6% of the variance (Nagelkerke $R^2 = .326$, $p < .001$). Patients in the maintenance stage of readiness were 32.64 times more likely to be adherent compared to those in the action stage ($OR = 32.64$, 95% $CI = 8.35-127.54$, $p < .001$). It is therefore recommended that nurses assess patients' medication readiness as a strategy to enhance effective medication adherence.

Keywords *inhaled bronchodilator adherence, medication concern, perceived medication necessity, medication readiness, social support*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโลก ในปี ค.ศ. 2019 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 3.23 ล้านคน ปัจจุบันมีผู้ป่วยทั่วโลก 212 ล้านคน คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 2.7 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 4.4 ภายในปี ค.ศ. 2030 เนื่องจากประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นและการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization [WHO], 2024) ในประเทศไทย พบผู้ป่วยรายใหม่อายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 9,193, 8,014 และ 13,499 ราย ในปี พ.ศ. 2564-2566 ตามลำดับ พร้อมทั้งมีอัตราการกำเริบเฉียบพลัน 121, 116 และ 132 ครั้งต่อผู้ป่วย 100 ราย ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่

กำหนด (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ, 2568)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการอุดกั้นของหลอดลมไม่สามารถกลับคืนได้ เกิดจากการอักเสบเรื้อรัง โดยมีควันบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก เกิดการกำเริบเฉียบพลันบ่อยครั้ง และมีอัตราการเสียชีวิต แม้ว่าการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปัจจุบันจะเป็นแบบองค์รวม แต่การใช้ยาสูดขยายหลอดลมยังคงเป็นการรักษาพื้นฐานที่สำคัญที่สุด (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2023) โดยเป็นการรักษาหลักก่อนที่จะเริ่มเข้าสู่กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เนื่องจากการใช้ยาจะช่วยลดอาการหายใจลำบาก และเพิ่มความทนต่อการออกกำลังกาย อีกทั้งผู้ป่วยยังสามารถใช้ยาด้วยตนเองที่บ้านได้ ซึ่งจะมุ่งเน้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2565) ดังนั้นการใช้ยาจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดผลลัพธ์ของการรักษา ซึ่งต้องใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง

ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืดยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการรักษา จากการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Jansen และคณะ (2021) พบว่า อัตราความร่วมมือส่วนใหญ่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ในขณะที่ประเทศไทยมีอัตราความร่วมมืออยู่ที่ร้อยละ 61-74 (กฤษณา อุไรศรีพงษ์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และเจริญ ชูโชติถาวร, 2560; ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิภาณี คงทน, ธนพัชร สุมนวิวัฒน์, และวันชัย เฉลสมฤทธิ์ฤทัย, 2563; อลิษา วิริยะโชติ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และวันชัย เฉลสมฤทธิ์ฤทัย, 2559) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะเพิ่มความเสี่ยงการกำเริบของโรคได้ถึงร้อยละ 40 โดยปัจจัยที่มีผลกับความร่วมมือ ได้แก่ อายุ เพศ ชนิด และความถี่ในการใช้ยา การแก้ไขปัญหานี้จึงมีความสำคัญ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว (Murillo et al., 2025; Vauterin, Van Vaerenbergh, Grymonprez, Vanoverschelde, & Lahousse, 2024)

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่ามีแนวคิดความร่วมมือในการใช้ยาของ Wells และคณะ (2008) ซึ่งเป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นโดยอาศัยการสังเกตจากห้องความรู้จากงานวิจัยก่อนหน้านี้เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหอบหืดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อธิบายว่าความร่วมมือในการใช้ยาเกิดจาก 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยพื้นฐาน เช่น อายุ เชื้อชาติ ระยะเวลาการเป็นโรค และระดับการควบคุมโรค 2) ปัจจัยภายใน เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับโรค การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความกังวลจากการใช้ยา ความมั่นใจในการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และ 3) ปัจจัยภายนอก เช่น สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ อุปสรรคของการมารับการดูแลและรับยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาตัวแปรความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยภายในและภายนอกที่สามารถส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในบริบทไทย

ความกังวลจากการใช้ยา (medication concern) เป็นความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์หรือผลข้างเคียงระยะยาวของยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรให้ความสนใจเนื่องจากมีความชุกในระดับสูงในผู้ป่วยไทย โดยการศึกษา

ของ อธิษษา วิริยะโชติ และคณะ (2559) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความกังวลจากการใช้ยาถึงร้อยละ 54.2 และมีความร่วมมือในการใช้ยาสูญเสียขาดลดมาร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ลดลง 0.89 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีความกังวล นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Krauskopf และคณะ (2015) พบว่าผู้ที่มีความกังวลสูงมีโอกาสไม่ร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความกังวลสูงมีแนวโน้มไม่ร่วมมือในการใช้ยา อย่างไรก็ตามความกังวลเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะผ่านบทบาทของทิมสหสาขาวิชาชีพในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง สาธิตวิธีใช้ยา และติดตามผลข้างเคียงอย่างต่อเนื่อง (Abdulsalim et al., 2018)

การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา (perceived medication necessity) เป็นการรับรู้และความเชื่อของผู้ป่วยกับความจำเป็นต่อการใช้ยา ประโยชน์ของยาในการป้องกันและรักษาสุขภาพ การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา เป็นแรงจูงใจหลักที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การศึกษาตัวแปรนี้มีความสำคัญเพราะสามารถส่งเสริมการรับรู้ความจำเป็นผ่านการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ผลกระทบของการไม่ใช้ยา และประโยชน์ของการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาทั้งความกังวลและการรับรู้ความจำเป็นพร้อมกันจะทำให้เข้าใจความสมดุล (balance) ที่แท้จริง ซึ่งเป็นตัวกำหนดความร่วมมือตามแนวคิดของ Wells และคณะ (2008) แม้จะมีการศึกษาในผู้ป่วยไทยที่พบความสัมพันธ์ แต่ยังไม่ชัดเจนใน

เรื่องอำนาจการทำนาย จึงควรศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์

ความพร้อมในการใช้ยา (readiness of medication) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการจัดการกับโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยาอย่างถูกต้องตามเวลาและขนาดตามที่แพทย์สั่ง ความพร้อมสะท้อนขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งเป็นตัวแปรเชิงพลวัต (dynamic) ที่สามารถพัฒนาได้เมื่อได้รับการดูแลที่เหมาะสม (Bringsvor et al., 2018) การประเมินระดับความพร้อมจึงเป็นแนวทางสำคัญในการวางแผนการพยาบาลที่ตรงกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย โดยสามารถใช้ข้อมูลนี้ในการออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับระดับความพร้อมและส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ในบริบทไทยยังมีการศึกษาด้านนี้จำกัด โดยมีเพียงการศึกษาของ กฤษณา อูไรศรีพงศ์ และคณะ (2560) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างขององค์ความรู้ที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม

การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยว่าได้รับความช่วยเหลือและการเอาใจใส่ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล หรือการสนับสนุนในเชิงปฏิบัติ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (House, 1981) สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง การศึกษาของ Chen, Fan,

Belza, Pike, และ Nguyen (2017) พบว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูปอดมากกว่าผู้ที่ไม่ถึง 11 เท่า ($OR\ 11.03, p < .01$) และยังมีระดับกิจกรรมทางกายสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p .02$) อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในบริบทของไทย จากการสังเกตในทางคลินิกและจากบริบทของสังคมไทย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาสูดขยายหลอดลมอย่างต่อเนื่องในระยะยาว การศึกษานี้จึงมีความจำเป็นเพื่อทำความเข้าใจและนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทไทย ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยประยุกต์จากแนวคิดของความร่วมมือในการใช้ยา คอร์ทิโคสเตียรอยด์ชนิดสูด (adherence to inhaled corticosteroids) ของ Wells และคณะ (2008) โดยปัจจัยที่เลือกศึกษาได้แก่ ความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งครอบคลุมทั้งปัจจัยภายใน (ความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา และความพร้อมในการใช้ยา) และปัจจัยภายนอก (การสนับสนุนทางสังคม) เพราะสามารถพัฒนาและ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ผ่านการให้ความรู้และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ แตกต่างจากปัจจัยพื้นฐานที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยตรง โดยผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาแนวทางการประเมินและส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในบริบทของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำถามการวิจัย

1. ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างไร

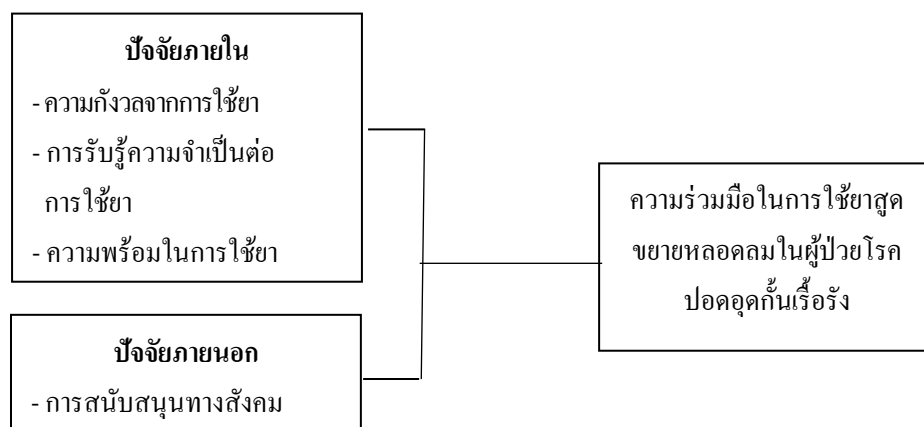
2. ความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือไม่ อย่างไร

3. ความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แนวคิดความร่วมมือในการใช้ยาออร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด (adherence to inhaled corticosteroids) ของ Wells และคณะ (2008) มาประยุกต์ในการศึกษาครั้งนี้ โดยเลือกปัจจัยภายใน ได้แก่ ความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม มาศึกษาอิทธิพลที่มีต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเนื่องจากเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

ผ่านกิจกรรมทางการพยาบาลและการให้การสนับสนุนที่เหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยความกังวลจากการใช้ยา เป็นความเชื่อเกี่ยวกับผลข้างเคียงหรืออันตรายจากการใช้ยา อาจเป็นอุปสรรคต่อการใช้ยาสม่ำเสมอ หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง มักหลีกเลี่ยงหรือหยุดใช้ยาเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา หากผู้ป่วยรับรู้ว่ายามีความจำเป็นและช่วยควบคุมโรคได้ จะเกิดแรงจูงใจภายในในการร่วมมือที่จะใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ความพร้อมในการใช้ยา สะท้อนถึงระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ป่วยที่มีความพร้อมมากขึ้นจะปฏิบัติตามได้สม่ำเสมอ ส่งผลให้มีความร่วมมือในการใช้ยาสูง และการสนับสนุนทางสังคมเป็นบทบาทความช่วยเหลือจากครอบครัวในการช่วยสนับสนุน เช่น การเตือน การให้กำลังใจ และช่วยเตรียมยา เป็นตัวส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้นำปัจจัยพื้นฐานมาศึกษาเนื่องจากเป็นปัจจัยคงที่ที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ สรุปเป็นแผนภูมิดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย (ดัดแปลงจาก Wells et al., 2008)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 เลือกจากประชากรเข้าถึงแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด (inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. มีอาการคงที่ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาอย่างน้อย 4 สัปดาห์

3. ได้รับการรักษาโดยใช้ยาสูดขยายหลอดลมเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน

4. การรับรู้ สถิติสัมพัทธ์สมบูรณ์ สื่อสารภาษาไทยได้

5. กรณีกลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต้องมีการรับรู้ปกติ ประเมินจากแบบทดสอบ General Practitioner assessment of Cognition-Thai version ฉบับภาษาไทย (GPCOG-T) ได้ 9 คะแนนขึ้นไป

6. ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1. มีโรคร่วมอื่นที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ เช่น ปอดอักเสบ วัณโรค มะเร็งปอด ภาวะหัวใจวาย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการทราบประชากรผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีจำนวน 520 ราย กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 กำหนด sample size for precision of $\pm 5\%$ เปิดตาราง Norwood (2000) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 222 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามการเก็บรวบรวมข้อมูล และแบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้ขออนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ต้นฉบับอย่างเป็นทางการผ่านจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ รายละเอียดดังนี้

แบบสอบถามการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย สิทธิการรักษา ประวัติสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาในการรักษา แหล่งข้อมูลที่ได้รับในการรักษา การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และผลข้างเคียงของยา ประสิทธิภาพการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และยาสูดขยายหลอดลมที่ได้รับ

2. แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา
สุขขายหอดคลม (Medication Adherence Report
Scale, MARS) พัฒนาโดย Horne, Weinman, และ
Hankins (1999) แปลเป็นภาษาไทยโดยอติษฐา
วิริยะโชติ และคณะ (2559) ผ่านกระบวนการแปล
และแปลย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา
ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตรา
ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 (ประจำ) ถึง 5 (ไม่
เคย) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน ใช้จุดตัด
(cut off) คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาที่ 4.5
คะแนน โดยคะแนนความร่วมมือในการใช้น้อย
กว่า 4.5 คะแนน หมายถึง ไม่ร่วมมือในการใช้ยา
และคะแนนความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าหรือ
เท่ากับ 4.5 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการ
ใช้ยา

3. แบบสอบถามความกังวลจากการใช้ยาสุข
ขายหอดคลม พัฒนาโดย Horne และคณะ (1999)
แปลเป็นภาษาไทยโดยอติษฐา วิริยะโชติ และคณะ
(2559) ผ่านกระบวนการแปลและแปลย้อนกลับ
โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา ประกอบด้วยข้อ
คำถาม 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า
(Likert scale) 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง)
ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) มีค่าคะแนนรวมระหว่าง 5-
25 คะแนน แบ่งระดับคะแนนความกังวลจากการใช้
ยาเป็น 3 ระดับ (Best & Kahn, 1998) ได้ดังนี้ ระดับ
ต่ำ เท่ากับ 5-11 คะแนน ระดับปานกลาง เท่ากับ 12-
18 คะแนน และระดับสูง เท่ากับ 19-25 คะแนน

4. แบบสอบถามการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้
ยาสุขขายหอดคลม พัฒนาโดย Horne และคณะ

(1999) แปลเป็นภาษาไทยโดยอติษฐา วิริยะโชติ
และคณะ (2559) ผ่านกระบวนการแปลและแปล
ย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา
ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตรา
ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่าง
ยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) มีค่าคะแนนรวมระหว่าง
5-25 คะแนน โดยมีการแบ่งระดับคะแนนการรับรู้
ความจำเป็นต่อการใช้ยาเป็น 3 ระดับ (Best & Kahn,
1998) ได้ดังนี้ ระดับต่ำ เท่ากับ 5-11 คะแนน ระดับ
ปานกลาง เท่ากับ 12-18 คะแนน และระดับสูง
เท่ากับ 19-25 คะแนน

5. แบบสอบถามความพร้อมในการใช้ยาสุข
ขายหอดคลม พัฒนาโดย Schmalings, Afari, และ
Blume. (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดยกฤษฎณา อุไรศรี
พงษ์ และคณะ (2560) ผ่านกระบวนการแปลและแปล
ย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา ประกอบด้วย
ประโยค 5 ประโยค ที่แสดงถึงทัศนคติและความ
ตั้งใจในการใช้ยาสุขขายหอดคลมในผู้ป่วยโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรัง โดยให้ผู้ป่วยเลือกเพียงหนึ่งประโยคที่
ตรงกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนี้ 1) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา
ฉันไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และไม่ได้ตั้งใจที่จะใช้
ใน 1 เดือน 2) ใน 1 เดือนที่ผ่านมาฉันไม่ได้ใช้ยาตาม
แพทย์สั่ง แต่คิดว่าจะใช้ใน 1 เดือนข้างหน้า 3) ใน 1
เดือนที่ผ่านมาฉันไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง แต่
วางแผนว่าจะใช้ใน 1 เดือน 4) ฉันใช้ยาตามแพทย์สั่ง
5) ใน 1 เดือนที่ผ่านมาฉันใช้ยาตามแพทย์สั่ง และ
วางแผน ที่จะใช้ต่อเนื่องใน 1 เดือนข้างหน้า
เลือกตอบข้อ 1 เท่ากับ 1 คะแนน และเลือกตอบข้อ 5
เท่ากับ 5 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง ความพร้อม

ในการเปลี่ยนแปลงอยู่ในช่วงก่อนคิด (precontemplation) และ 5 คะแนน หมายถึง ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงอยู่ในช่วงปฏิบัติสม่ำเสมอ และคงไว้ (maintenance)

6. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการช่วยเหลือของครอบครัวในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมของผู้ป่วยทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ 2 ข้อ ด้านการประเมิน 6 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 3 ข้อ และด้านวัตถุสิ่งของ 2 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เคยได้รับ) ถึง 5 (ได้รับประจำ) มีค่าคะแนนรวมระหว่าง 5-65 คะแนน โดยมีการแบ่งระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ (Best & Kahn, 1998) ได้ดังนี้ ระดับต่ำ เท่ากับ 5-24 คะแนน ระดับปานกลาง เท่ากับ 25-44 คะแนน และระดับสูง เท่ากับ 45-65 คะแนน

แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจฉบับภาษาไทย (GPCOG-T) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป แปลเป็นภาษาไทยโดยจิรนนท์ กริฟฟิธส์, สุภาวดี พุฒิน้อย, และเมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี (2556) โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของผู้ป่วยและผู้ดูแล สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเฉพาะส่วนของผู้ป่วยซึ่งมีจำนวนคำถาม 6 ข้อ ค่าคะแนนเต็ม 9 คะแนน หากมีคะแนน

น้อยกว่า 9 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้และความเข้าใจบกพร่อง ซึ่งอยู่ในเกณฑ์คัดออกจากการเข้าร่วมงานวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ไม่ผ่านการประเมินจำนวน 7 ราย จึงคัดออกจากการเข้าร่วมงานวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบหายใจ 2) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) และ 3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคระบบหายใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาทั้ง 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 ส่วนแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา ความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และแบบประเมิน GPCOG ผู้วิจัยไม่ได้นำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาซ้ำ เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพมาแล้ว โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาจากการศึกษาต้นฉบับเท่ากับ 1.0, 0.8, 1.0, 0.92 และ 0.90 ตามลำดับ (กฤษณา อุไรศรี พงศ์ และคณะ, 2560; จิรนนท์ กริฟฟิธส์ และคณะ, 2556; อลิษา วิริยะโชติ และคณะ, 2559)

ความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา ความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม ไปทดลองใช้

กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่คลินิก จำนวน 30 ราย ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย การทดลองได้ดำเนินการในเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.76, 0.78, 0.84 และ 0.91 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยรังสิต (COA. No. RSUERB 2024-069 ลงวันที่ 23 เมษายน 2567) และสถาบันโรคทรวงอก (REC 043/2567 ลงวันที่ 9 กันยายน 2567) โดยผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ด้วยการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษา พร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลในลักษณะที่ปกป้องความลับของผู้เข้าร่วมอย่างสูงสุด เช่น การใช้รหัสแทนชื่อ การเก็บเอกสารในที่ปลอดภัย และนำเสนอข้อมูลเฉพาะในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผยตัวตน ทั้งนี้การวิจัยได้ดำเนินการอย่างระมัดระวัง ไม่ก่อให้เกิดอันตราย และให้ความเป็นธรรมแก่ผู้เข้าร่วมทุกคนตลอดกระบวนการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก ระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2567 ภายหลังได้รับอนุมัติ

จากผู้อำนวยการสถาบันฯ โดยประสานผ่านหัวหน้าและพยาบาลประจำคลินิกเพื่อขอรายชื่อผู้ป่วยสำรวจเฉพาะเจาะจงเฉพาะข้อมูลที่จำเป็นโดยไม่บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อป้องกันการล่วงล้ำความเป็นส่วนตัว ติดต่อผู้ป่วยผ่านพยาบาลเพื่อสอบถามความสมัครใจ ผู้สนใจจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดและลงนามยินยอมที่ห้องให้คำปรึกษารวมถึงขออนุญาตเข้าถึงเวชระเบียน ผู้วิจัยอ่านคำถามและบันทึกคำตอบใช้เวลา 30-45 นาที ตรวจสอบความครบถ้วนทันที หากข้อมูลไม่ชัดเจนจะขอถามเพิ่ม การเข้าถึงเวชระเบียนอยู่ภายใต้การกำกับของพยาบาล บันทึกข้อมูลในแบบเก็บข้อมูลที่เข้ารหัสแทนชื่อ ไม่ถ่ายสำเนาเอกสาร เก็บข้อมูลในตู้ล็อก เข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยหลัก กำหนดทำลายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย 5 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. บรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ ความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างความกังวลจากการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยากับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ใช้สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้

ยากับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม
ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

3. อำนาจการทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมของความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม ใช้สถิติถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regression) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่ว่าตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย (99.10%) มีอายุเฉลี่ย 72.10 ปี (SD 8.06) นับถือศาสนาพุทธ (97.30%) การศึกษาระดับประถมศึกษา (78.35%) สถานภาพสมรสคู่ (77.03%) ไม่ได้ประกอบอาชีพมีจำนวนมากที่สุด (39.64%) มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท (53.15%) รายได้เฉลี่ย 10,566.67 บาทต่อเดือน (SD 12,647.68) ซึ่งมีความเพียงพอของรายได้ (44.59%) อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร และหลาน (35.14%) และใช้สิทธิการรักษาต้นสังกัดกรมบัญชีกลาง (59.01%)

ข้อมูลด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยสูบบุหรี่ (100%) ส่วนใหญ่เลิกสูบแล้ว (97.30%) ระยะเวลาที่สูบบุหรี่เฉลี่ย 28.02 ปี (SD 8.95) จำนวนบุหรี่สูบต่อวันเฉลี่ย 18.66 มวน (SD 8.50) จำนวนปีที่ได้รับการวินิจฉัยเฉลี่ย 6.68 ปี (SD 3.4) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค 6-10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 45.95 ระดับ

ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.05 มีระยะเวลาการใช้ยาเฉลี่ย 6.52 ปี (SD 3.39) และมีระยะเวลาการใช้ยาสูดขยายหลอดลมระหว่าง 6-10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 45.95 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ประโยชน์ และผลข้างเคียงของยาจากแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรทั้งหมด (100%) ไม่เคยเกิดการข้างเคียงจากการใช้ยา (92.79%)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม (94.14%) มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมืออยู่ที่ 4.88 คะแนน (SD 0.24) ความกังวลจากการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ (83.33%) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 10.30 คะแนน (SD 1.89) การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาระดับปานกลาง (51.35%) และระดับสูง (47.75%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 17.10 คะแนน (SD 2.80) และความพร้อมในการใช้ยาอยู่ในช่วงปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้ (93.69%) มีเพียงส่วนน้อยที่อยู่ในช่วงเริ่มปฏิบัติ (6.31%) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ (59.91%) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 30.83 คะแนน (SD 17.04)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

ผลการวิจัย พบว่าความกังวลจากการใช้ยาและความพร้อมในการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .046$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) โดยผู้ที่มีความกังวลระดับต่ำมีความร่วมมือในการใช้ยา (95.68%) มากกว่าผู้ที่มีความกังวลระดับปานกลาง (86.49%) และผู้ที่อยู่ในช่วงปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้มีความร่วมมือในการใช้ยา (97.12%) มากกว่าผู้ที่อยู่ในช่วงเริ่มปฏิบัติ (50%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยสถิติ Chi-Square / Fisher Exact test

ตัวแปรต้น	ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยาย			สถิติ	p-value
	หลอดลม				
	ไม่ร่วมมือ	ร่วมมือ	รวม		
	n (%)	n (%)	n (%)		
ความกังวลจากการใช้ยา					
ต่ำ	8(4.32)	177(95.68)	185(100)	Fisher's Exact Test	.046
ปานกลาง	5(13.51)	32(86.49)	37(100)		
สูง	-	-	-		
การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา					
ต่ำ-ปานกลาง	10(8.62)	106(91.38)	116(100)	3.369	.066
สูง	3(2.83)	103(97.17)	106(100)		
ความพร้อมในการใช้ยา					
ช่วงการปฏิบัติ	7(50.00)	7(50.00)	14(100)	Fisher's Exact Test	.000
ช่วงปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้	6(2.88)	202(97.12)	208(100)		
การสนับสนุนทางสังคม					
ต่ำ-ปานกลาง	11(6.36)	162(93.64)	173(100)	Fisher's Exact Test	.738
สูง	2(4.08)	47(95.92)	49(100)		

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

ผลการวิจัย พบว่ามีเพียงตัวแปรความพร้อมในการใช้ยาที่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความ

ร่วมมือได้ร้อยละ 32.6 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการใช้ยาระดับปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้จะมีความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการใช้ยาระดับการปฏิบัติ 32.64 เท่า (95% CI 8.35-127.54, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยที่มีอิทธิพล	β	SE	Wald	p-value	Exp (β)	95% Confident Interval
df =1						
ความกังวลจากการใช้ยา						
ระดับต่ำ (กลุ่มอ้างอิง)						
ระดับปานกลาง	1.169	.717	2.662	.103	3.22	.79-13.11
ความพร้อมในการใช้ยา						
ช่วงการปฏิบัติ (กลุ่มอ้างอิง)						
ช่วงปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้	3.485	.695	25.121	.000	32.64	8.35-127.54
Hosmer-Lemeshow test (χ^2) = .030, p-value=.862; Constant = -.847, Nagelkerke R ² = .326, Overall Percentage = 95.0%						

อภิปรายผล

ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร้อยละ 94.14 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาที่พบอยู่ในช่วงร้อยละ 61-74 (กฤษณา อุไรศรีพงษ์ และคณะ, 2560 ; ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ, 2563 ; อธิษษา วิริยะโชติ และคณะ, 2559) ความร่วมมือที่สูงนี้อธิบายได้จากลักษณะของสถานที่ศึกษาซึ่งเป็นคลินิกเฉพาะทางโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม มีทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรที่มีความเชี่ยวชาญ มีการประเมินและติดตามการใช้ยาอย่างใกล้ชิด รวมถึงมีการให้ความรู้และฝึกทักษะการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Abdulsalim และคณะ (2018) ที่พบว่าการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกเฉพาะทางช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ความกังวลจากการใช้ยา พบว่ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p .046$) แต่ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความกังวลในการใช้ยาระดับต่ำ (83.33%) และไม่เคยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (92.79%) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Wells และคณะ (2008) ที่ระบุว่าความกังวลจากการใช้ยาเป็นปัจจัยภายในด้านความเชื่อเกี่ยวกับยาที่สามารถส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยา การที่ผู้ป่วยมีความกังวลต่ำอาจเนื่องจากการได้รับการใช้มาเป็นเวลานาน (เฉลี่ย 6.52 ปี) ทำให้มีประสบการณ์และความคุ้นเคยกับยา รวมทั้งได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และผลข้างเคียงจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างครบถ้วน (100%) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Fischer และคณะ (2018) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาเป็นระยะเวลานานและได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จะมีความกังวลจากการใช้ยาลดลง กล่าวคือความกังวลที่ลดลงจากประสบการณ์และการ

สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้ปัจจัยนี้ไม่สามารถอธิบายความแตกต่างของพฤติกรรมความร่วมมือในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้

การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ($p = .066$) ไม่สอดคล้องตามแนวคิดของ Wells และคณะ (2008) ที่ระบุว่า การรับรู้ความจำเป็นมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา อย่างไรก็ตามในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาในระดับสูงและปานกลาง (47.75% และ 51.35% ตามลำดับ) สะท้อนถึงตระหนักดีถึงความจำเป็นต่อการใช้ยาเพื่อควบคุมโรค ซึ่งอาจทำให้ปัจจัยนี้ไม่แตกต่างมากพอที่จะส่งผลต่อการแปรผันของความร่วมมือที่พบในกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาเป็นเพียงปัจจัยด้านความเชื่อหรือเจตคติภายใน มิได้ส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือโดยตรงหากไม่ได้รับการส่งเสริมหรือเชื่อมโยงกับปัจจัยอื่น เช่น แรงจูงใจส่วนบุคคล หรือความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นตัวกลางสำคัญในการปรับเปลี่ยนความเชื่อไปสู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับอภิชยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ความจำเป็นในระดับสูง แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

ความพร้อมในการใช้ยา พบว่าความพร้อมในการใช้ยา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความร่วมมือในการใช้ยาตลอดตาม ($p < .001$) และเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนาย

ความร่วมมือในการใช้ยาสุดขั้วขาดหายไป ($R^2 = .326, p < .001$) โดยกลุ่มที่มีความพร้อมในการใช้ยาระดับปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้ มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มที่มีความพร้อมระดับปฏิบัติถึง 32.64 เท่า (OR 32.64, 95% CI 8.35-127.54, $p < .001$) ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดของ Wells และคณะ (2008) ที่อธิบายว่าความพร้อมในการใช้ยาเป็นปัจจัยภายในที่สำคัญซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในการยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษา บุคคลที่อยู่ในขั้นปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้ (maintenance) จะมีการใช้ยาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน มีความมั่นใจในการจัดการกับอุปสรรค และมีแนวโน้มที่จะคงพฤติกรรมการใช้ยาได้ในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎา อุไรศรีพงษ์ และคณะ (2560) ที่พบว่าความพร้อมในการใช้ยา มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับมากกับความร่วมมือในการใช้ยา ($r_s = .815, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sánchez-Nieto และคณะ (2022) ที่พบว่า การให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลตามระดับความพร้อมจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสนับสนุนทางสังคม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ($p = .738$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Wells และคณะ (2008) การที่ไม่พบความสัมพันธ์อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการใช้ยานาน (ค่าเฉลี่ย 6.52 ปี) จนกลายเป็นกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งบริบทของคลินิกที่ศึกษาเป็นเฉพาะ

ทางที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพสนับสนุน ดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง อาจทำให้บทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนด้านการใช้ยาลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sibbald, Misra, daSilva, และ Licskai (2022) ที่พบว่าการจัดระบบบริการแบบทีมสหสาขาวิชาชีพที่บูรณาการ ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพดีขึ้น และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการสนับสนุนทางสังคมยังคงมีความสำคัญในผู้ป่วยบางกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ที่เพิ่งเริ่มใช้ยา ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัด หรือผู้ที่มีความซับซ้อนในการใช้ยา ดังนั้นจึงควรมีการประเมินและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามความเหมาะสมเพื่อให้การดูแลมีความเป็นองค์รวมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะ

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัย พบว่าความพร้อมในการใช้ยาสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ พยาบาลควรประเมินความพร้อมในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นประจำ และวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมตามระดับความพร้อม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในระดับปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้ระยะยาว

2. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา ที่มุ่งเน้นการเพิ่มความพร้อมในการใช้ยา โดยใช้กลยุทธ์ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การให้ข้อมูล การสร้าง

แรงจูงใจ และการเสริมสร้างความมั่นใจร่วมกับการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากพบว่ามีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ

การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยทำนายในตัวแปรอื่น ๆ เพิ่มเติม ที่อาจมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสุขขายหลอดเลือดตามแนวคิดของ Wells และคณะ (2008) เช่น การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความมั่นใจในการใช้ยาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ การสนับสนุนของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น เพื่อผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการนำไปวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาสุขขายหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กฤษณา อู่ศรีพิงศ์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และเจริญ ชูโชติถาวร. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสุขขายหลอดเลือดชนิดออกฤทธิ์ยาวร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 35(2), 86-99.

จิรนนท์ กริฟฟิทัส, สุภาวดี พุฒิน้อย, และเมธิสา พงษ์ศักดิ์ศรี. (2556). *แบบประเมินความรู้ความเข้าใจจีพีเค็อก (ฉบับภาษาไทย): ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น: รายงานการวิจัย The General practitioner assessment of cognition; GPCOG (Thai Version): validity and reliability*. เชียงใหม่: ภาควิชา

- กิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิภาณี กองทน, ธนพัทธ์ สุมนวิวัฒน์, และวันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย. (2563). อิทธิพลของเทคนิคการใช้ยาชนิดสูด การเกิดอาการกำเริบ อายุ และอุปสรรคในการรับการรักษาต่อความร่วมมือในการใช้ยาชนิดสูดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(2), 74-87.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. (2568). สถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและอัตราการกำเริบเฉียบพลัน ปี พ.ศ. 2564-2566. สืบค้น 15 พฤษภาคม 2568, จาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/2ad3fe5a63502901dfb2a8fc231c27dc>
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, และราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2565). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: บริษัทภาพพิมพ์จำกัด.
- อลิษา วิริยะโชติ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และวันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย. (2559). อิทธิพลของการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความกังวลจากการใช้ยา ความพึงพอใจในข้อมูลที่ได้รับ และประสบการณ์การเกิดโรคกำเริบ ต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 17(3), 187-196.
- Abdulsalim, S., Unnikrishnan, M. K., Mohan, M. K., Alrasheedy, A. A., Godman, B., & Morisky, D. E. (2018). Structured pharmacist-led intervention programme to improve medication adherence in COPD patients: A randomized controlled study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 14(10), 909-914.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (1998). *Research in education* (8th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Bringsvor, H. B., Langeland, E., Ofteidal, B. F., Skaug, K., Assmus, J., & Bentsen, S. B. (2018). Effects of a COPD self-management support intervention: A randomized controlled trial. *International Journal of COPD*, 13, 3677-3688.
- Chen, Z., Fan, V. S., Belza, B., Pike, K., & Nguyen, H. Q. (2017). Association between social support and self-care behaviors in adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(9), 1419-1427.
- Fischer, W., Brandstetter, S., Brandl, M., Finger, T., Böhmer, M. M., Pfeifer, M., & Apfelbacher, C. (2018). Specific, but not general beliefs about medicines are associated with medication adherence in patients with COPD, but not asthma: Cohort study in a population of people with chronic pulmonary disease.



- Journal of Psychosomatic Research*, 107, 46–52.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]. (2023). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2023 report*. Retrieved May 15, 2025, from <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health*, 14(1), 1–24.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Jansen, E. M., van de Hei, S. J., Dierick, B. J. H., Kerstjens, H. A. M., Kocks, J. W. H., & van Boven, J. F. M. (2021). Global burden of medication non-adherence in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma: A narrative review of the clinical and economic case for smart inhalers. *Journal of Thoracic Disease*, 13(6), 3846–3864.
- Krauskopf, K., Federman, A. D., Kale, M. S., Sigel, K. M., Martynenko, M., O'Connor, R., ... Wisnivesky, J. P. (2015). Chronic obstructive pulmonary disease illness and medication beliefs are associated with medication adherence. *COPD*, 12(2), 151–164.
- Murillo, E. R., Marsal Mora, J. R., Bachiller, M. M., Galván Santiago, L., Nadal Braqué, N., & Ortega Bravo, M. (2025). Factors associated with low adherence to inhaled therapy in patients with chronic respiratory diseases: A cross-sectional study. *BMC Pulmonary Medicine*, 25(1), 1–7.
- Norwood, S. (2000). *Research strategies for advanced practice nurses*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall Health.
- Sánchez-Nieto, J. M., Bernabeu-Mora, R., Fernández-Muñoz, I., Carrillo-Alcaraz, A., Alcántara-Fructuoso, J., Fernández-Alvarez, J., ... Salmerón Martínez, D. (2022). Effectiveness of individualized inhaler technique training on low adherence (LowAd) in ambulatory patients with COPD and asthma. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 32(1), 1–9.
- Schmaling, K. B., Afari, N., & Blume, A. W. (2000). Assessment of psychological factors associated with adherence to medication regimens among adult patients with asthma. *Journal of Asthma*, 37(4), 335–343.
- Sibbald, S. L., Misra, V., daSilva, M., & Licskai, C. (2022). A framework to support the progressive implementation of integrated team-based care for the management of COPD: A collective case study. *BMC Health Services Research*, 22(420), 1–11.

Vauterin, D., Van Vaerenbergh, F., Grymonprez, M., Vanoverschelde, A., & Lahousse, L. (2024). Medication adherence to inhalation therapy and the risk of COPD exacerbations: A systematic review with meta-analysis. *BMJ Open Respiratory Research*, 11(1), 1-10.

Wells, K., Pladevall, M., Peterson, E. L., Campbell, J., Wang, M., Lanfear, D. E., & Williams, L. K. (2008). Race-ethnic differences in factors associated with inhaled steroid adherence

among adults with asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 178(12), 1194-1201.

World Health Organization [WHO]. (2024). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Retrieved May 15, 2025, from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))