ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โดย

ศรีสมร ไตรสุนทร

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต
ปีการศึกษา 2568

FACTORS INFLUENCING INHALED BRONCHODILATORS ADHERENCE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

BY

SRISAMORN TRISUNTORN

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT

OF THE REQUIREMENTS FOR

THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE

IN ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

SCHOOL OF NURSING

GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2025

วิทยานิพนธ์เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม
ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โดย
ศรีสมร ไตรสุนทร

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัยรังสิต
ปีการศึกษา 2568

ผศ. ดร. อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ ประธานกรรมการสอบ	ผศ. ดร. ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ กรรมการ
ผศ. ดร. วารินทร์ บินโฮเซ็น กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา	ผศ. ดร. น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

(ศ. ดร. สื่อจิตต์ เพ็ชร์ประสาน)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
24 ตุลาคม 2568

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Thesis entitled

FACTORS INFLUENCING INHALED BRONCHODILATORS ADHERENCE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

by

SRISAMORN TRISUNTORN

was submitted in partial fulfillment of the requirements

for the degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

Rangsit University

Academic Year 2025

Asst. Prof. Apinya Siripitayakunkit, Ph.D. Examination Committee Chairperson	Asst. Prof. Kanitha Hanprasitkam, Ph.D. Member
Asst. Prof. Varin Binhosen, Ph.D. Member and Advisor	Asst. Prof. Nam-oy Pakdevong, Dr.P.H. Member and Co-Advisor

Approved by Graduate School

(Prof. Suejit Pechprasarn, Ph.D.)

Dean of Graduate School

October 24, 2025

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดีเนื่องมาจากได้รับความอนุเคราะห์จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารินทร์ บินโฮเซ็น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์จนเสร็จสมบูรณ์ รวมทั้งให้กำลังใจและเอาใจใส่แก่ผู้วิจัยตลอดมาผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ในระหว่างทำการศึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ ประธานกรรมการสอบ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอกและคลินิกพิเศษโรคปอด พยาบาลวิชาชีพคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกท่านที่กรุณาเอื้อเฟื้อสละเวลาและให้ความร่วมมือเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจมาโดยตลอด คุณความดีและประโยชน์อันเกิดจากการศึกษาครั้งนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกท่าน

ศรีสมร ไตรสุนทร

ผู้วิจัย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

6006222 : ศรีสมร ไตรสุนทร

ชื่อวิทยานิพนธ์ : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

หลักสูตร : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ.ดร. วารินทร์ บินโฮเซ็น

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : ผศ.ดร. น้ำอ้อย ภักดีวงศ์

บทคัดย่อ

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

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 94.14 ความกังวลจากการใช้ยา และความพร้อมในการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .046$, $p < .001$ ตามลำดับ) โดยความพร้อมในการใช้ยาเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ร้อยละ 32.6 ($R^2 = .326$, $p < .001$) กลุ่มที่มีความพร้อมในการใช้ยาช่วงปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มที่มีความพร้อมช่วงการปฏิบัติ 32.64 เท่า (OR=32.64, 95% CI = 8.35-127.54, $p < .001$) ดังนั้น พยาบาลควรประเมินความพร้อมในการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ

(วิทยานิพนธ์มีจำนวนทั้งสิ้น 115 หน้า)

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม, ความวิตกกังวลจากการใช้ยา, การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา, ความพร้อมในการใช้ยา, การสนับสนุนทางสังคม

ลายมือชื่อนักศึกษา ..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา .....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม .....

6006222 : Srisamorn Trisuntorn

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

Program : Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

Thesis Advisor : Asst. Prof. Varin Binhosen, Ph.D.

Thesis Co-Advisor : Asst. Prof. Nam-oy Pakdevong, Dr.P.H

Abstract

The objective of this predictive research was to examine the factors that influence the adherence of patients with chronic obstructive pulmonary disease to the use of bronchodilator inhalers. A purposive sample of 222 participants was recruited. Questionnaires were implemented to evaluate medication adherence, concerns regarding medication use, perceived necessity of medication use, preparedness to initiate medication use, and social support. Experts validated and pilot-tested all instruments, ensuring that they met the acceptable criteria for reliability and validity. Descriptive statistics and binary logistic regression were implemented to analyze the data.

The results indicated that 94.14% of the participants adhered to their medication regimen. Adherence was significantly correlated with concerns regarding medication use and preparedness to use medication ($p = .046$ and $p < .001$, respectively). The only factor that could predict adherence was readiness to use medication, which accounted for 32.6% of the variance ($R^2 = .326$, $p < .001$). Compared to those in the action stage, participants who were prepared during the maintenance stage were 32.64 times more likely to adhere to medication use (OR = 32.64, 95% CI = 8.35-127.54, $p < .001$). To effectively encourage adherence, nurses should evaluate patients' preparedness to use medication, according to these findings.

(Total 115 pages)

Keywords: Adherence to Bronchodilator Inhaler Use, Concerns about Medication Use, Perceived Necessity of Medication Use, Readiness to Use Medication, Social Support

Student's Signature …..... Thesis Advisor's Signature .....

Thesis Co-Advisor's Signature .....

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		**ก**
บทคัดย่อภาษาไทย		**ข**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		**ค**
สารบัญ		**ง**
สารบัญตาราง		**ฉ**
สารบัญรูป		**ช**
บทที่ 1	**บทนำ**	**1**
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย	8
	คำถามการวิจัย	8
	สมมติฐานการวิจัย	8
	กรอบแนวคิดการวิจัย	9
	นิยามเชิงปฏิบัติการ	10
บทที่ 2	**ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง / ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง**	**13**
	แนวคิดเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	14
	ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม	22
	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม	28
	สรุป	37
บทที่ 3	**ระเบียบวิธีการวิจัย**	**39**
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
	พื้นที่ศึกษา	40
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	47
	การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	48
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	50
	การวิเคราะห์ข้อมูล	50
บทที่ 4	**ผลการวิจัย**	**52**
	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	52
	ตอบคำถามการวิจัยและทดสอบสมมติฐานการวิจัย	59
บทที่ 5	**สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ**	**65**
	สรุปผลการวิจัย	65
	อภิปรายผล	66
	ข้อเสนอแนะ	71
บรรณานุกรม		**72**
ภาคผนวก		**80**
ภาคผนวก ก	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	81
ภาคผนวก ข	เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	108
ประวัติผู้วิจัย		**115**

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4.1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	53
4.2	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านการสุขภาพ	55
4.3	คะแนนและระดับของความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	59
4.4	ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม จำแนกตามรายข้อ	60
4.5	จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของคะแนนความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	61
4.6	ความสัมพันธ์ระหว่างความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยสถิติ Chi-Square / Fisher Exact test	63
4.7	อำนาจการทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	64

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญรูป

รูปที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย ที่มา: ดัดแปลงจาก Wells et al., 2008	10
2.1	กรอบแนวคิดความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด ที่มา: Well et al., 2008	25

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มของโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก จากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่า โรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ในปี ค.ศ. 2019 โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 3.23 ล้านคน ความชุกทั่วโลกอยู่ที่ 212 ล้านคน คิดเป็นอัตราความชุก 2.7% และคาดการณ์ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ที่อายุมากกว่า 30 ปี จะเพิ่มเป็นร้อยละ 4.4 ภายในปี ค.ศ. 2030 เนื่องจากประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นและการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization [WHO], 2024) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลสถิติพบว่าประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ระหว่างปี พ.ศ. 2564 ถึงปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ จำนวน 9,193 ราย 8,014 ราย และ 13,499 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบอัตราการกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 122 ครั้ง 116 ครั้ง และ 132 ครั้งต่อ 100 ราย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (กระทรวงสาธารณสุข ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ, 2568) จากสถานการณ์นี้แสดงให้เห็นว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับต้นๆของการเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักและมีอัตราการเกิดโรคที่สูง การคาดการณ์บ่งชี้ว่าจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในอนาคต

ลักษณะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ลักษณะที่สำคัญ คือ การอุดกั้นของหลอดลมชนิดที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ โรคนี้เกิดจากการได้รับสารระคายเคืองเป็นเวลานาน โดยสาเหตุที่พบมากที่สุด ได้แก่ ควันบุหรี่ รองลงมา คือ ฝุ่นละออง และก๊าซพิษต่างๆ (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2023) เมื่อปอดได้รับสารระคายเคืองเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการอักเสบเรื้อรังในระบบหายใจ ส่วนล่าง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหลอดลมและถุงลม ทำให้เกิดการตีบแคบหรืออุดกั้นของหลอดลม ผู้ป่วยจึงมีอาการหายใจลำบากและการกำเริบเฉียบพลันตามมา (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2565) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกายทำให้มีอาการหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เนื่องจากความทนทานของร่างกายน้อยลง และกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

(Gephine et al., 2020; Mirza, Clay, Koslow, & Scanlon, 2018) ในด้านจิตใจ รู้สึกขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่กล้าเข้าสังคม และกลัวว่าจะเป็นภาระแก่ผู้อื่น (Ouellette & Lavoie, 2017) ในด้านสังคม ผู้ป่วยมักจำกัดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับอาการและข้อจำกัดทางกายภาพ (Gardener, Ewing, Kuhn, & Farquhar, 2018) อีกทั้งยังสร้างภาระทางเศรษฐกิจอย่างมาก ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม (Iheanacho, Zhang, King, Rizzo, & Ismaila, 2020)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาได้แต่ไม่หายขาด แม้ว่าการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปัจจุบันจะเป็นแบบองค์รวม แต่การใช้ยาสูดขยายหลอดลมยังคงเป็นการรักษาพื้นฐานที่สำคัญที่สุด (GOLD, 2023) โดยเป็นการรักษาหลักก่อนที่จะเริ่มเข้าสู่กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการใช้ยาจะช่วยลดอาการหายใจลำบากและเพิ่มความทนต่อการออกกำลังกาย อีกทั้งผู้ป่วยยังสามารถใช้ยาด้วยตนเองที่บ้านได้ ซึ่งจะมุ่งเน้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2565) โดยการรักษาตามกลุ่มอาการและอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคแบ่งได้ 4 กลุ่มตามหลักเกณฑ์ของ ABCD ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่ม A เริ่มด้วยยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น Short-acting beta-2 agonist (SABA) หรือ Short-acting muscarinic antagonist (SAMA) ผู้ป่วยกลุ่ม B ใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว Long-acting beta-2 agonist (LABA) หรือ Long-acting muscarinic antagonist (LAMA) หากมีอาการมากให้การรักษาด้วย LABA/LAMA ชนิดรวมในหลอดเดียวกันหรือแยกหลอด ผู้ป่วยกลุ่ม C ใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิด LAMA และผู้ป่วยกลุ่ม D ใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิด LABA/LAMA หรือหากมีระดับอีโอซิโนฟิลในเลือดมากกกว่าหรือเท่ากับ 300 เซลล์ต่อไมโครลิตร รักษาด้วย Inhaled corticosteroids (ICS) ร่วมกับ LABA (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2565; GOLD, 2023) จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับยาชนิด LABA ร้อยละ 3 ชนิด LAMA ร้อยละ 20.1 ชนิด LABA/LAMA ร้อยละ 3 ส่วน ICS ร่วมกับ LABA ร้อยละ 30.5 และ ICS ร่วมกับ LABA และ LAMA ร้อยละ 43.3 (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิภาณี คงทน, ธนพัชร์ สุมนวิวัฒน์, และวันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย, 2563) ดังนั้นการใช้ยาจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดผลลัพธ์ของการรักษา ซึ่งต้องใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง

ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence) หมายถึง พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องในระยะยาวของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ พฤติกรรมนี้ครอบคลุมถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้ตรงตามคำแนะนำด้วย เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (World Health Organization [WHO], 2003) จากการ

ทบทวนวรรณกรรมพบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการรักษา จากการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Jansen et al. (2021) พบว่าอัตราความร่วมมือส่วนใหญ่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ในขณะที่ประเทศไทยพบว่า มีความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงกว่าต่างประเทศ คือ พบร้อยละ 61-74 โดยมีการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (กฤษณา อุไรศรีพงษ์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และเจริญ ชูโชติถาวร, 2560; ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ, 2563; ธนพัชร์ สุมนวิวัฒน์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล และนัฐพล ฤทธิ์ทยมัย, 2561; อลิษยา วิริยะโชติ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และวันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย, 2559) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะเพิ่มอัตราความเสี่ยงการกำเริบของโรคได้ถึงร้อยละ 40 ดังนั้นการแก้ไขปัญหานี้จึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว (Murillo et al., 2025; Vauterin, Van Vaerenbergh, Grymonprez, Vanoverschelde, & Lahousse, 2024)

จากการทบทวนแนวคิดที่ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีกรอบแนวคิดที่อธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด (Adherence to Inhaled Corticosteroids) ของ Wells et al. (2008) ซึ่งได้อธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ ระยะเวลาการเป็นโรค และระดับการควบคุมโรค 2) ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโรค ความเชื่อเกี่ยวกับยาในด้านความกังวลจากการใช้ยาและการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา การรับรู้เกี่ยวกับพลังอำนาจในการควบคุมโรค ความสามารถในการจัดการควบคุมโรคด้วยตนอง ความมั่นใจในการใช้ยาควบคุมอาการ ความพร้อมในการใช้ยาควบคุมอาการ ความไว้วางใจแพทย์ และอื่นๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า และ 3) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ อุปสรรคของการมารับการดูแล อุปสรรคของการมารับยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยสิ่งแวดล้อมอื่นๆที่ก่อให้เกิดความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยและต่างประเทศ ตามกรอบแนวคิดที่อธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด (Adherence to Inhaled Corticosteroids) ของ Wells et al. (2008) พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ 1) เพศชาย โดยพบว่า เพศชาย ให้ความร่วมมือในการใช้

ยามากกว่าเมื่อเทียบกับเพศหญิง (Price et al., 2018) 2) อายุ พบว่า อายุที่มากกว่า 65 ปีขึ้นไปมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าเมื่อเทียบกับอายุน้อยกว่า (Price et al., 2018) และอายุในช่วง 70-79 ปี มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าเมื่อเทียบกับอายุระดับอื่น (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ, 2563) 3) เชื้อชาติ พบว่า คนผิวขาวมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าคนผิวดำ (Krauskopf et al., 2015) 4) ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายหรือวิทยาลัยมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ต่ำลงมา (Kokturk et al., 2018) 5) ระดับความรุนแรงของโรค พบว่า ผู้ที่มีอาการระดับรุนแรง ให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าระดับอื่นๆ (Tottenborg et al., 2016) 6) การสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่มีความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลง (Koehorst-Ter Huurne et al., 2016)

ปัจจัยภายในที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ 1) การรับรู้เกี่ยวกับโรค พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และความจำเป็นในการใช้ยา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา (Bidad, Barnes, Griffiths, & Horne, 2018) 2) ความเชื่อเกี่ยวกับโรค พบว่า ผู้ที่มีความเชื่อว่าโรคที่มีความรุนแรงและอาจทำให้เสียชีวิตได้ จะมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการรักษาและใช้ยาตามแพทย์สั่งมากกว่า (Krauskopf et al., 2015) 3) ด้านความกังวลจากการใช้ยา พบว่า ผู้ที่มีความกังวลจากการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น มีความร่วมมือในการใช้ยาลดลง (อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ, 2559; Krauskopf et al., 2015) 4) การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น (Liu et al., 2020; Smits et al., 2017) 5) ความมั่นใจในการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา พบว่า ผู้ที่มีความมั่นใจในการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นจะมีโอกาสเกิดความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น (กฤษณา อุไรศรีพงศ์ และคณะ, 2560) 6) เทคนิคการใช้ยาสูด พบว่า ผู้ที่มีเทคนิคการใช้ยาสูดที่ถูกต้อง มีโอกาสให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีคะแนนเทคนิคการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ, 2563) 7) ภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นมีโอกาสให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง (ธนพัชร์ สุมนวิวัฒน์ และคณะ, 2561; Yohannes et al., 2017) และปัจจัยภายนอก ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นและเข้ารักษาอย่างต่อเนื่อง (Chen, Fan, Belza, Pike, & Nguyen, 2017; Ladner, El Badrawy, Nofal, Saba, & Audureau, 2020) 2) รายได้ พบว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยมีความเสี่ยงสูงขึ้นในความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดี (Tottenborg et al., 2016) 3) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจในการสื่อสารกับแพทย์ในระดับมากจะมีความร่วมมือในการใช้ยา (กฤษณา อุไรศรีพงศ์ และคณะ, 2560) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาตัวแปรความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความ

จำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยภายในและภายนอกที่สามารถส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาได้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในบริบทไทย

ความกังวลจากการใช้ยา (Medication Concern) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา ทั้งผลข้างเคียงระยะยาว รวมทั้งการพึ่งพายาที่อาจจะรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งความเชื่อดังกล่าวจะได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละบุคคล โดยเฉพาะเมื่อเคยประสบผลข้างเคียงหรือต้องใช้ยาหลายชนิด ประสบการณ์ด้านลบเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนทัศนคติต่อการรักษา นำไปสู่การลดความร่วมมือในการใช้ยา จากการศึกษาของ Krauskopf et al. (2015) ศึกษาความเชื่อเรื่องยากับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีความกังวลจากการใช้ยารักษาที่สูงขึ้น มีโอกาสร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 0.52, 95% CI 0.36-0.75; $p < 0.001$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความกังวลจากการใช้ยาถึงร้อยละ 54.2 โดยความกังวลจากการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน ทำให้โอกาสร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ลดลง (OR = 0.89, 95% CI 0.80-0.98; $p < 0.05$) แนวทางการจัดการ ความกังวลจากการใช้ยาเป็นปัจจัยที่แก้ไขได้ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับยา สาธิตวิธีใช้ยา ที่เหมาะสม ติดตามและจัดการผลข้างเคียงอย่างต่อเนื่อง (Abdulsalim et al., 2018)

การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา (Perceived Medication Necessity) เป็นความเชื่อภายในของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสำคัญ ประโยชน์ และประสิทธิภาพของยาในการรักษาโรค ความเชื่อนี้มีอิทธิพลต่อความผูกพันและความสม่ำเสมอในการใช้ยา (Horne, Weinman, & Hankins, 1999) โดยทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจหลักที่ผลักดันให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การศึกษาของ Wells et al. (2008) เสนอว่าการศึกษาทั้งความกังวลและการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาควบคู่กัน จะช่วยให้เข้าใจ ความสมดุล (Balance) ที่แท้จริง ซึ่งเป็นตัวกำหนดสำคัญของความร่วมมือในการใช้ยา จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผ่านมาพบผลที่ไม่ชัดเจนกล่าวคือ การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา แต่ไม่สามารถทำนายความร่วมมือได้อย่างมีนัยสำคัญ (อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ, 2559; Krauskopf et al., 2015) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมเพื่อ ทำความเข้าใจบทบาทที่แท้จริงของการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา พัฒนาแนวทางการ

ส่งเสริมการรับรู้ผ่านการให้ความรู้เรื่องประโยชน์ของยา ผลกระทบจากการขาดยา และความจำเป็น เพิ่มความตระหนักและแรงจูงใจของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาระยะยาว

ความพร้อมในการใช้ยา (Readiness of Medication) เป็นปัจจัยภายในของผู้ป่วย หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่บ่งบอกถึงการเตรียมความพร้อมของบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทำนายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ซึ่งแต่ละบุคคลมีความแตกต่างของระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันไป (WHO, 2003) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อให้เกิดประโยชน์ในการแก้ไขปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการป้องกันโรคและจัดการกับโรคในระยะยาวได้ รวมถึงความร่วมมือของผู้ป่วยและการสร้างแรงจูงใจที่มุ่งเน้นในการจัดการตนเองของผู้ป่วย รวมถึงการใช้ยาได้อย่างถูกต้องตามเวลาและขนาดของยาตามแผนการรักษา ความพร้อมสะท้อนขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงพลวัต (Dynamic) ที่สามารถพัฒนาได้เมื่อได้รับการดูแลที่เหมาะสม (Bringsvor et al., 2018) ในบริบทไทยยังมีการศึกษาด้านนี้จำกัด โดยมีเพียงการศึกษาของกฤษณา อุไรศรีพงษ์ และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวร่วมกับยาคอร์ติโคเตียรอยด์มีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น 2.42 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือ (OR = 2.42, 95% CI 1.48-3.94; $p < 0.05$) ดังนั้นการประเมินระดับความพร้อมจึงเป็นแนวทางสำคัญในการวางแผนการพยาบาลที่ตรงกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย โดยสามารถใช้ข้อมูลนี้ในการออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับระดับความพร้อมและส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจากการได้รับการสนับสนุนด้านการให้ความเอาใจใส่ ด้านอารมณ์ ด้านการให้ความช่วยเหลือวัตถุ สิ่งของ การเงินและแรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร หรือการสนับสนุนด้านการประเมิน สะท้อนกลับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของบุคคล (House, 1981) สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง การศึกษาของ Chen et al. (2017) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีผู้ดูแลมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมากกว่าผู้ที่ไม่มีถึง 11 เท่า (OR = 11.03, $p < .01$) และยังมีระดับการทำกิจกรรมทางกายสูงกว่ากลุ่มที่ขาดการสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ในการลดโอกาสการหยุดยาสูดขยายหลอดลมสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยผู้ที่มีคู่สมรสให้การสนับสนุน มีแนวโน้มคงการรักษาต่อเนื่อง

(Ladner et al., 2020) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในบริบทของไทย จากการสังเกตในทางคลินิกและจากบริบทของสังคมไทยว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาสูดขยายหลอดลมอย่างต่อเนื่องในระยะยาว การศึกษานี้จึงมีความจำเป็นเพื่อทำความเข้าใจและนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทไทย ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อไป

บริบทของพื้นที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางด้านโรคหัวใจและปอด โดยมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามโปรแกรมที่กำหนด ซึ่งหนึ่งในขั้นตอนสำคัญ คือ การทบทวนการใช้ยาสูดขยายหลอดลมให้กับผู้ป่วยทุกราย ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจะได้รับการสอนและทบทวนการใช้ยาสูดขยายหลอดลมทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล โดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยพยาบาลและเภสัชกร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์ตัวชี้วัดแผนพัฒนาบริการ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการทบทวนการใช้ยาสูดขยายหลอดลมทุกครั้งอย่างน้อยร้อยละ 80 แม้ว่าหน่วยงานสามารถให้บริการได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดเชิงปริมาณดังกล่าว แต่เมื่อพิจารณาในเชิงคุณภาพกลับพบว่า ผู้ป่วยยังมีปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง จากการเก็บข้อมูลรายเดือนพบข้อมูลในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมที่ผิดชนิดและขนาด โดยในปี พ.ศ. 2564-2566 พบข้อมูลจำนวน 71, 87, และ 119 ครั้ง ตามลำดับ สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีพฤติกรรมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมที่ไม่ถูกต้อง แม้จะได้รับการสอนและทบทวนเป็นประจำ การแก้ไขปัญหาจึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมของผู้ป่วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิก โดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดของความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด (Adherence to Inhaled Corticosteroids) ของ Wells et al. (2008) โดยปัจจัยที่เลือกศึกษาได้แก่ ความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งครอบคลุมทั้งปัจจัยภายใน (ความเชื่อและความพร้อม) และปัจจัยภายนอก (การสนับสนุนทางสังคม) เพราะสามารถพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ผ่านการให้ความรู้และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหาสาขาวิชาชีพ แตกต่างจากปัจจัยพื้นฐานที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยตรง โดยผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการพัฒนา

แนวทางการประเมินและส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในบริบทของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยาและการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยาและการสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำถามการวิจัย

1. ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างไร
2. ความวิตกกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยาและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือไม่ อย่างไร
3. ความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยาและการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้หรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. ความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยาและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2. ความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยาและการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

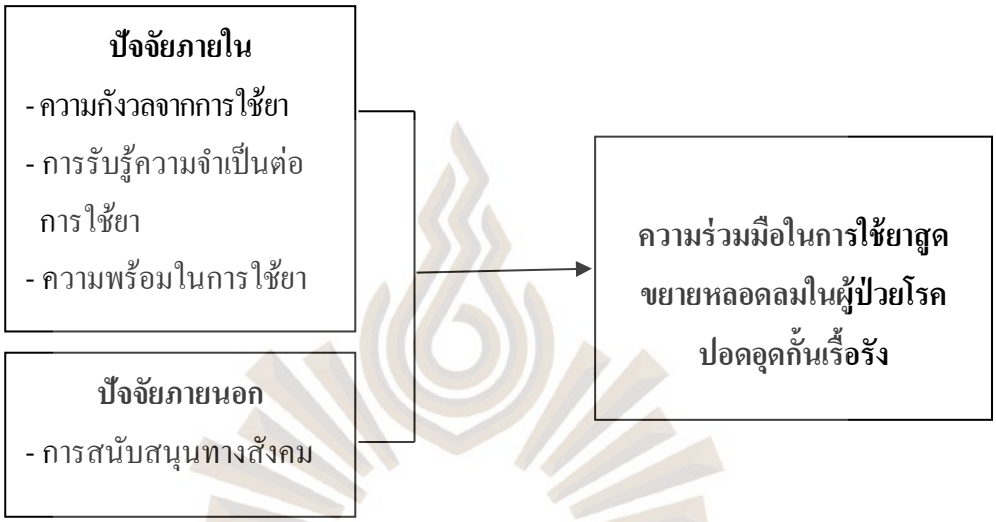
ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด (Adherence to Inhaled Corticosteroids) ของ Wells et al. (2008) เป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัย ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Beliefs Model) และแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด ที่มีเชื้อชาติแตกต่างกัน โดยเชื่อว่าปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด โดยกรอบแนวคิดความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด ได้อธิบายถึงตัวแปรหลักทั้ง 3 ด้านที่มีความสัมพันธ์กันทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมกับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ปัจจัยหลัก ดังนี้

ปัจจัยพื้นฐาน (Base Variables) ประกอบด้วย อายุ เพศ เชื้อชาติ ระยะเวลาการเป็นโรค และระดับการควบคุมโรค

ปัจจัยภายใน (Internal Factors) ประกอบด้วย 1) ความเชื่อเกี่ยวกับโรค ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรค และความรู้เกี่ยวกับโรค 2) ความเชื่อเกี่ยวกับยาควบคุมอาการ ได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับกับยา ความกังวลหรือการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา และความรู้เกี่ยวกับยา 3) การรับรู้เกี่ยวกับพลังอำนาจในการควบคุมโรค ได้แก่ อำนาจภายในตนเอง อำนาจภายนอกตนเอง 4) ความมั่นใจในการใช้ยาควบคุมอาการ 5) ความพร้อมในการใช้ยาควบคุมอาการ 6) ความไว้วางใจแพทย์ 7) ปัจจัยทางด้านจิตใจอื่นๆ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยภายนอก (External Factors) ประกอบด้วย 1) สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ ฐานะ และการศึกษา 2) อุปสรรคของการมารับการดูแล ได้แก่ คลินิกไม่เปิดในเวลาที่ต้องการ ความยากลำบากในการเดินทาง ใช้เวลาในการรอพบแพทย์นาน ไม่สามารถไปพบแพทย์ได้ตามนัด 3) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ 4) การสนับสนุนทางสังคม 5) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมอื่นๆที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ การรับรู้การเลือกปฏิบัติ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำปัจจัยภายใน ได้แก่ ความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม มาศึกษาอิทธิพลที่มีต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามกรอบแนวคิดของงานวิจัย ดังแสดงในรูปที่ 1.1



รูปที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย
ที่มา: ดัดแปลงจาก Wells et al., 2008

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ความกังวลจากการใช้ยา (Concerns of Medication) หมายถึง การรับรู้และความเชื่อของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้านความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ผลข้างเคียงระยะยาว การพึ่งพายา ผลกระทบอันไม่พึงประสงค์และอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลมตามที่แพทย์สั่ง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ด้านความกังวลจากการใช้ยา (Beliefs about Medicine Questionnaire, Specific-Concern) ที่พัฒนาโดย Horne et al. (1999) และแปลเป็นภาษาไทยโดย อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ โดยมีลักษณะข้อคำถามประกอบด้วย อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยาระยะยาว การพึ่งพายาและยาที่รบกวนการดำรงชีวิต เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน, เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 คะแนน) คิดคะแนนรวมระหว่าง 5-25 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความกังวลจากการ

ใช้ยาสูง โดยแบ่งความกังวลจากการใช้ยาเป็น 3 ระดับ ความกังวลจากการใช้ยาระดับต่ำ คะแนนเท่ากับ 5-11 คะแนน ความกังวลจากการใช้ยาระดับปานกลาง คะแนนเท่ากับ 12-18 คะแนน และความกังวลจากการใช้ยาระดับสูง คะแนนเท่ากับ 19-25 คะแนน

การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา (Necessity of Medication) หมายถึง การรับรู้และความเชื่อของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ประโยชน์และประสิทธิภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูดขยายหลอดลมตามแผนการรักษา โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาสูดขยายหลอดลม เฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา (Beliefs about Medicine Questionnaire, Specific-Necessity) พัฒนาโดย Horne et al. (1999) และแปลเป็นภาษาไทยโดย อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน, เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 คะแนน) คิดคะแนนรวมระหว่าง 5-25 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการใช้ยาสูง โดยแบ่งการรับรู้ต่อการใช้ยาเป็น 3 ระดับ การรับรู้ต่อการใช้ยาระดับต่ำ คะแนนเท่ากับ 5-11 คะแนน การรับรู้ต่อการใช้ยาระดับปานกลาง คะแนนเท่ากับ 12-18 คะแนน และการรับรู้ต่อการใช้ยาระดับสูง คะแนนเท่ากับ 19-25 คะแนน

ความพร้อมในการใช้ยา หมายถึง ความตั้งใจและความพร้อมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอตามแผนการรักษา โดยใช้แบบสอบถามความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Readiness to Change Questionnaires) ที่พัฒนาโดย Schmaling, Afari, and Blume (2000) และแปลเป็นภาษาไทยโดย กฤษณา อุไรศรีพงศ์ และคณะ (2560) ประกอบด้วยประโยค 5 ประโยค ที่แสดงถึงทัศนคติและความตั้งใจในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยให้ผู้ป่วยเลือกเพียงหนึ่งประโยคที่ตรงกับผู้ป่วยมากที่สุด เลือกตอบข้อ 1 เท่ากับ 1 คะแนนและเลือกตอบข้อ 5 เท่ากับ 5 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงอยู่ในช่วงก่อนคิด (Precontemplation) และ 5 คะแนน หมายถึง ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงอยู่ในช่วงปฏิบัติสม่ำเสมอ และคงไว้ (Maintenance)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการได้รับการสนับสนุนด้านการให้ความเอาใจใส่ด้านอารมณ์ การให้ความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ การให้ข้อมูลข่าวสาร หรือการสนับสนุนด้านการประเมินในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมจากครอบครัว ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ทั้ง 4 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการช่วยเหลือของครอบครัวในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์จำนวน 2 ข้อ ด้านการประเมินจำนวน 6 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสารจำนวน 3 ข้อ และด้านวัตถุสิ่งของจำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ (ได้รับประจำ = 5 คะแนน, ไม่เคยได้รับ = 1 คะแนน) คิดคะแนนรวมระหว่าง 5-65 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง แบ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ คะแนนเท่ากับ 5-24 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนเท่ากับ 25-44 คะแนน และระดับสูง คะแนนเท่ากับ 45-65 คะแนน

ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้ยาสูดขยายหลอดลมทุกชนิดตามแผนการรักษาที่กำหนด ซึ่งครอบคลุมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ตรงตามเวลา ขนาด และความถี่ที่แพทย์สั่ง โดยไม่ลืมรับยา ไม่ปรับเปลี่ยนขนาดยาเอง และไม่หยุดใช้ยา โดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม (Medication Adherence Report Scale, MARS) ที่พัฒนาโดย Horne et al. (1999) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) แบบสอบถามประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ (ประจำ = 1 คะแนน, ไม่เคย = 5 คะแนน) โดยนำผลรวมคะแนนมาคำนวณค่าเฉลี่ย หากมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 4.5 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมต่ำ และหากมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.5 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมสูง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง / ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา อิทธิพลของความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

แนวคิดเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย

ความหมาย

สาเหตุ

พยาธิสรีรวิทยา

อาการ

การวินิจฉัยและการะเมินความรุนแรง

แนวทางการรักษา

ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ประกอบด้วย

ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

การประยุกต์กรอบแนวคิดความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด (Adherence to Inhaled Corticosteroids) ในการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ประกอบด้วย

ความกังวลจากการใช้ยา

การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา

ความพร้อมในการใช้ยา

การสนับสนุนทางสังคม

สรุปงานวิจัย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

แนวคิดเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความหมาย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD]) เป็นภาวะที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร โดยมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ โรคนี้ครอบคลุมกลุ่มโรค 2 ชนิด ได้แก่ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากการสูดดมสารอนุภาคหรือก๊าซพิษเป็นประจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งควันบุหรี่ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2565; GOLD, 2023) กลไกการเกิดโรคเริ่มต้นจากการที่สารพิษก่อให้เกิดการระคายเคืองอย่างต่อเนื่องในระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้เกิดการอักเสบเรื้อรังทั้งในบริเวณหลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือดปอด การอักเสบนี้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผนังหลอดลม ทำให้เกิดการตีบแคบและมีการลดลงของพื้นที่ผิวแลกเปลี่ยนแก๊สในหลอดลมฝอย (Bronchioles) นอกจากนี้ ยังส่งผลให้ถุงลมถูกทำลายและเกิดภาวะโป่งพองตามมา การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้เกิดการจำกัดการไหลของอากาศในระบบทางเดินหายใจ และนำไปสู่อาการหลักของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ หายใจลำบาก ไอเรื้อรัง และมีเสมหะ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2565; GOLD, 2023)

สาเหตุ

สาเหตุจากปัจจัยภายใน

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสาเหตุสำคัญจากปัจจัยพันธุกรรม โดยเฉพาะการขาดเอนไซม์แอลฟา-1 แอนติทริปซิน (Alpha-1 Antitrypsin Deficiency) ซึ่งเป็นความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ทำให้ร่างกายขาดโปรตีนที่ปกป้องปอดจากการถูกทำลาย (Santos & Turner, 2020) ผู้ที่มีภาวะนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคถุงลมโป่งพองตั้งแต่อายุน้อย แม้ว่าจะไม่สูบบุหรี่ก็ตาม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไป (Cho, Hobbs, & Silverman, 2022)

อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงอีกประการหนึ่ง เนื่องจากการเสื่อมของระบบทางเดินหายใจที่เพิ่มขึ้นตามอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากขึ้น (Liu, 2023) การศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี (Hwang, Park, & Yoo, 2017)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าเพศหญิง แต่ในปัจจุบันพบว่าอัตราการเกิดโรคในเพศหญิงเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และมีหลักฐานว่าเพศหญิงอาจมีความไวต่อผลกระทบของควันบุหรี่มากกว่าเพศชาย (Gut-Gobert et al., 2019)

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจในวัยเด็ก โดยเฉพาะโรคหอบหืดและการติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เนื่องจากส่งผลต่อการพัฒนาของปอดและทำให้สมรรถภาพปอดลดลงในระยะยาว (Martinez, 2016)

สาเหตุจากปัจจัยภายนอก

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพบว่าร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ (GOLD, 2023) สารเคมีในควันบุหรี่กว่า 4,000 ชนิดก่อให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม การทำลายเนื้อปอด และมีผลให้เกิดการตีบแคบของหลอดลม นอกจากนี้ยังพบว่าการได้รับควันบุหรี่มือสอง (Second-hand smoke) ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเช่นกัน (Su et al., 2024)

มลพิษทางอากาศทั้งภายในและภายนอกอาคารเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา การใช้เชื้อเพลิงชีวมวลสำหรับการประกอบอาหารและให้ความอบอุ่นในบ้านที่มีการระบายอากาศไม่ดี ทำให้เกิดมลพิษทางอากาศภายในบ้านที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะในผู้หญิงและเด็ก (Sana, Somda, Meda, & Bouland, 2018)

การประกอบอาชีพที่ต้องสัมผัสกับฝุ่น สารเคมี หรือก๊าซระคายเคืองเป็นระยะเวลานาน เช่น คนงานเหมืองถ่านหิน คนงานในโรงงานอุตสาหกรรม เกษตรกรที่สัมผัสฝุ่นจากการเพาะปลูก มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การศึกษาพบว่าการสัมผัสสารระคายเคืองจากการประกอบอาชีพเป็นสาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณร้อยละ 14 (Blanc et al., 2019)

การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจบ่อยครั้ง โดยเฉพาะการติดเชื้อไวรัสและแบคทีเรียในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น ปอดบวม หลอดลมอักเสบ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังและนำไปสู่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ นอกจากนี้ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจยังเป็นสาเหตุสำคัญของการกำเริบของโรคในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่แล้ว (Ji et al., 2018)

ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมก็มีส่วนสำคัญ โดยพบว่าผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงกว่า เนื่องจากมีโอกาสสัมผัสปัจจัยเสี่ยงมากกว่า เช่น การสูบบุหรี่ มลพิษทางอากาศ การประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง รวมทั้งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Gershon et al., 2019)

พยาธิสรีรวิทยา

กระบวนการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเริ่มต้นจากการอักเสบเรื้อรังในทางเดินหายใจและเนื้อปอด อันเป็นผลมาจากการสัมผัสสารระคายเคืองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งควันบุหรี่และมลพิษทางอากาศ การอักเสบนี้เกี่ยวข้องกับการเพิ่มจำนวนของเซลล์อักเสบหลายชนิด ได้แก่ นิวโทรฟิล (Neutrophils), แมคโครฟาจ (Macrophages) และลิมโฟไซต์ (Lymphocytes) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง CD8+ T cells การเพิ่มขึ้นของเซลล์เหล่านี้นำไปสู่ความไม่สมดุลระหว่างเอนไซม์ย่อยสลายโปรตีน (Proteases) และสารยับยั้งเอนไซม์ (Antiproteases) ซึ่งส่งผลให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อปอด (GOLD, 2023) นอกจากนี้ ภาวะเครียดออกซิเดชัน (Oxidative Stress) ที่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของอนุมูลอิสระทั้งจากควันบุหรี่และจากการหลั่งของเซลล์อักเสบเอง ยังเป็นกลไกสำคัญที่ก่อให้เกิดความเสียหายเพิ่มเติมต่อเนื้อเยื่อปอด

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่สำคัญในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบหลัก ได้แก่ 1) ถุงลมโป่งพอง (Emphysema) ซึ่งเกิดจากการทำลายผนังถุงลมและเส้นใยอีลาสตินในเนื้อปอด ทำให้สูญเสียการยึดเกาะของถุงลม (Loss of Elastic Recoil) และลดพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ และ 2) หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) ซึ่งมีการอักเสบของหลอดลม การหนาตัวของผนังหลอดลม การเพิ่มจำนวนและขนาดของต่อมสร้างเมือก และการหนาตัวของกล้ามเนื้อเรียบ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2565)

การอุดกั้นทางเดินหายใจในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การหนาตัวของผนังหลอดลม การบิดตัวของหลอดลม (Airway Collapse) เนื่องจากการสูญเสียโครงสร้างรอบหลอดลม การสะสมของเมือกในทางเดินหายใจ และการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบรอบหลอดลม ปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่การจำกัดการไหลของอากาศ (Airflow Limitation) การกักเก็บอากาศ (Air Trapping) และภาวะปอดโป่งพอง (Hyperinflation) (Agustí & Hogg, 2019) นอกจากนี้ ยังมีความผิดปกติในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ส่งผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxemia) และในผู้ป่วยที่มี

อาการรุนแรงอาจพบภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (Hypercapnia) ภาวะเหล่านี้อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว เช่น ภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง (Pulmonary Hypertension) และภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลว (Cor Pulmonale) ในผู้ป่วยระยะรุนแรง ที่สำคัญการอักเสบในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในปอดเท่านั้น แต่ยังเป็นการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammation) ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคร่วมในหลายระบบ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะทุพโภชนาการ กล้ามเนื้อลีบ (Cachexia), ภาวะซึมเศร้า และโรคกระดูกพรุน (Gephine et al., 2020; Mirza et al., 2018)

อาการ

อาการมักค่อยๆ พัฒนาขึ้นอย่างช้าๆ เป็นเวลาหลายปี ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักปรับตัวกับอาการที่เกิดขึ้นและไม่ได้ไปพบแพทย์จนกว่าโรคจะดำเนินไปมาก (GOLD, 2023) อาการสำคัญที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการหายใจลำบากหรือเหนื่อยง่าย (Dyspnea) ซึ่งเริ่มต้นเมื่อออกแรงมากและค่อยๆ แย่ลงเมื่อโรคดำเนินไป จนในที่สุดอาจเหนื่อยแม้ขณะพัก อาการไอเรื้อรัง (Chronic Cough) เป็นอาการที่พบได้บ่อยและมักเป็นอาการแรกที่เกิดขึ้น โดยอาจเป็นไอแห้งๆ หรือมีเสมหะร่วมด้วย มีการผลิตเสมหะเพิ่มขึ้น (Sputum Production) ซึ่งมักเป็นเสมหะสีขาวหรือใสในระยะแรก แต่อาจเปลี่ยนเป็นสีเหลืองหรือเขียวเมื่อมีการติดเชื้อ ผู้ป่วยอาจมีอาการหายใจมีเสียงหวีด (Wheezing) หรือรู้สึกแน่นหน้าอก (Chest Tightness) โดยเฉพาะเมื่อออกแรงหรือตอนกลางคืน นอกจากนี้ยังพบอาการอ่อนเพลีย (Fatigue) น้ำหนักลด (Weight Loss) และการนอนไม่หลับ (Insomnia) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2565) อาการที่สำคัญอีกประการคือ การกำเริบเฉียบพลัน (Acute Exacerbation) ซึ่งเป็นช่วงที่อาการแย่ลงอย่างรวดเร็วกว่าความผันผวนตามปกติ ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการรักษา โดยมักมีอาการหอบเหนื่อยเพิ่มขึ้น มีเสมหะมากขึ้น เสมหะเปลี่ยนสี และอาจมีไข้ร่วมด้วย สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ในผู้ป่วยระยะรุนแรง จะพบอาการของภาวะเลือดพร่องออกซิเจน (Hypoxemia) เช่น ริมฝีปากและเล็บเขียวคล้ำ (Cyanosis) และอาการบวมที่ขาสองข้าง (Peripheral Edema) จากภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลว (Cor Pulmonale) (GOLD, 2023)

การวินิจฉัยและการประเมินความรุนแรง

การวินิจฉัยและการประเมินความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้ผลการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยวิธีสไปโรเมตรีย์ (Spirometry) เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคและจัดระดับความรุนแรงร่วมกับการประเมินอาการของผู้ป่วยจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางรังสีวิทยา เช่น การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เป็นต้น เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ ใช้ค่า Forced Expiratory Volume in One Second (FEV1) และค่า Forced Vital Capacity (FVC) หลังจากได้รับยาสูดขยายหลอดลมแล้วนำมาคำนวณค่า FEV1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 จะได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับ โดยใช้ค่า FEV1% ของค่าทำนายร่วมกับอาการของโรค โดยมีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2565; GOLD, 2023)

GOLD 1 ระดับความรุนแรงระยะเล็กน้อย (Mild) มีค่า FEV1/FVC น้อยกว่าร้อยละ70 ค่า FEV1 ภายหลังได้รับยาขยายหลอดลม มากกว่าหรือเท่ากับ 80% ของค่าทำนายร่วมกับมีอาการเหนื่อยเมื่อออกกำลังอย่างหนัก แต่ยังไม่มีอาการกำเริบ

GOLD 2 ระดับความรุนแรงระยะปานกลาง (Moderate) มีค่า FEV1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 ค่า FEV1 ภายหลังได้รับยาขยายหลอดลมมากว่ากว่าหรือเท่ากับ 50% แต่น้อยกว่า 80% ของค่าทำนาย ร่วมกับมีอาการเหนื่อยเมื่อออกกำลังปานกลาง อาการไม่มีผลต่อกิจวัตรประจำวันหรือมีผลเล็กน้อย

GOLD 3 ระดับความรุนแรงระยะรุนแรง (Severe) มีค่า FEV1/FVC น้อยกว่าร้อยละ70 ค่า FEV1 ภายหลังได้รับยาขยายหลอดลมมากกว่าหรือเท่ากับ 30% แต่น้อยกว่า 50% ของค่าทำนายร่วมกับมีอาการเหนื่อยเมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย มีผลต่อกิจวัตรประจำวัน มีอาการกำเริบเฉียบพลันจนต้องได้รับยาหรือนอนโรงพยาบาล

GOLD 4 ระดับความรุนแรงระยะรุนแรงมาก (Very severe) มีค่า FEV1/FVC น้อยกว่าร้อยละ70 ค่า FEV1 ภายหลังได้รับยาขยายหลอดลมน้อยกว่า 30% ของค่าทำนายร่วมกับมีอาการเหนื่อยตลอดเวลาแม้ขณะพัก มีผลต่อกิจวัตรประจำวันอย่างมาก มีอาการกำเริบเฉียบพลันจนต้องได้รับยาหรือนอนโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

การประเมินระดับความรุนแรงของอาการตาม GOLD (2023) ประกอบด้วย การประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วย Modified British Medical Research Council (mMRC) Questionnaire โดยประเมินระดับอาการหายใจลำบากจากการแปลผลค่าคะแนนโดยเครื่องมือของ

สภาวิจัยทางการแพทย์ซึ่งเป็นการวัดระดับอาการหายใจลำบากภายหลังการมีกิจกรรมทางกายแบ่งได้ดังนี้

mMRC เกรด 0 มีอาการหายใจลำบากภายหลังการออกกำลังกายอย่างหนัก

mMRC เกรด 1 มีอาการหายใจลำบากขณะเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบหรือเดินบนทางที่มีความลาดชันเล็กน้อย

mMRC เกรด 2 เดินบนพื้นราบช้ากว่าบุคคลที่อยู่ในวัยเดียวกันเพราะหายใจลำบาก หรือต้องหยุดพักเพื่อหายใจเมื่อเดินด้วยตัวเองปกติบนพื้นราบ

mMRC เกรด 3 ต้องหยุดพักเพื่อหายใจภายหลังจากการเดินในระยะทางเพียง 100 เมตร หรือหลังจากเดินซักพักบนพื้นราบ

mMRC เกรด 4 มีอาการหายใจลำบากมากแม้ในขณะที่ออกแรงเพียงเล็กน้อย เช่น การแต่งกายจนต้องหยุดการทำกิจกรรมทางกายทั้งหมด

การประเมิน COPD Assessment Test (CAT) เป็นแบบประเมินผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุก การทำกิจวัตรประจำวันและสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วย มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน แปลผลการประเมินได้ดังนี้ หาก mMRC $\geq$ 2 หรือ CAT $\geq$ 10 สามารถบ่งชี้ได้ว่าผู้ป่วยมีอาการจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับสูง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2565)

แนวทางการรักษา ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา และ การรักษาที่ไม่ใช้ยา

การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยา มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลดความถี่ และความรุนแรงของอาการกำเริบเฉียบพลัน เพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หลักการบริหารยาที่ใช้รักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีดังต่อไปนี้ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2565; GOLD; 2023)

ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (Short-Acting Bronchodilators) ได้แก่ ยา Short-Acting β2-Agonists (SABAs) เช่น Salbutamol และ Terbutaline และยา Short-Acting Muscarinic Antagonists (SAMAs) เช่น Ipratropium Bromide ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการคลายกล้ามเนื้อเรียบ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ของหลอดลม ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของอากาศและบรรเทาอาการหอบเหนื่อย ใช้เป็นยาบรรเทาอาการเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลัน หรือใช้ก่อนออกกำลังกายเพื่อป้องกันอาการหอบ

ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว (Long-Acting Bronchodilators) ได้แก่ ยา Long-Acting β2-Agonists (LABAs) เช่น Salmeterol, Formoterol และ Indacaterol และยา Long-Acting Muscarinic Antagonists (LAMAs) เช่น Tiotropium, Glycopyrronium และ Umeclidinium ยากลุ่มนี้มีกลไกการออกฤทธิ์คล้ายกับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น แต่มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ที่ยาวนานกว่า (More Than 12 Hours) จึงเหมาะสำหรับใช้เป็นยาควบคุมอาการในระยะยาว ช่วยเพิ่มสมรรถภาพปอดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การใช้ยา LABA ร่วมกับ LAMA (Dual Bronchodilation) มีประสิทธิภาพในการขยายหลอดลมดีกว่าการใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งเพียงอย่างเดียว จึงแนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่ดีขึ้นจากการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดเดียว (GOLD, 2023)

ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด (Inhaled Corticosteroids [ICS]) เช่น Budesonide, Fluticasone และ Beclomethasone ออกฤทธิ์โดยการลดการอักเสบในทางเดินหายใจ จึงช่วยบรรเทาอาการไอ หอบเหนื่อย และลดความถี่ของการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยบางราย การใช้ยา ICS ร่วมกับ LABA (ICS/LABA) มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการและลดการกำเริบได้ดีกว่าการใช้ยา LABA เพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคหอบหืดร่วมด้วย หรือมีอาการกำเริบบ่อยแม้ได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมอย่างเหมาะสมแล้ว

กลุ่มยาเมทิลซานทีนส์ (Methylxanthines) เป็นยาที่มีฤทธิ์ในการขยายหลอดลม โดยประสิทธิภาพของยากลุ่มนี้มีเฉพาะรูปแบบออกฤทธิ์นานในขนาดต่ำ (Sustained-Release) เท่านั้น พบว่าการใช้ยา Theophylline ในขนาดต่ำ เช่น ขนาดยา 200 มิลลิกรัมต่อวัน ช่วยทำให้หลอดลมตอบสนองต่อยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ได้ดีขึ้น แต่ไม่ควรใช้ยากลุ่ม Methylxanthines เป็นยารักษาเดี่ยว เนื่องจากมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงได้ง่าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ อาจใช้ยากลุ่มนี้ร่วมกับยาขยายหลอดลมอื่นเพื่อเสริมฤทธิ์ขยายหลอดลม ข้อควรระวังที่สำคัญคือการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug Interaction) เมื่อใช้ร่วมกับยากลุ่ม Macrolide, Quinolone และ Warfarin เป็นต้น

ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) มีบทบาทสำคัญในการรักษาอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น Amoxicillin, Azithromycin และ Levofloxacin การใช้ยา

ปฏิชีวนะควรพิจารณาตามความรุนแรงของอาการ ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ และแนวทางเวชปฏิบัติของแต่ละท้องถิ่น เพื่อลดการดื้อยาและลดความเสี่ยงของผลข้างเคียงที่ไม่จำเป็น

กลุ่มยาต้านอนุมูลอิสระและกลุ่มยาละลายมูกเสมหะมีบทบาทสำคัญ โดยทำหน้าที่ต้านอนุมูลอิสระ ลดการอักเสบ และลดความเหนียวของเสมหะ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถไอขับเสมหะออกได้ง่ายขึ้น ยาในกลุ่มนี้ที่ใช้อย่างแพร่หลาย ได้แก่ Erdostein ซึ่งมีคุณสมบัติทั้งต้านอนุมูลอิสระและละลายเสมหะโดยไปสลายพันธะ Disulfide ในโมเลกุลของเสมหะ, Carbocysteine ที่ช่วยปรับสมดุลระหว่างเสมหะชนิด Sialomucin และ Fucomucin ทำให้เสมหะมีความหนืดลดลง และ N-Acetylcysteine (NAC) ซึ่งมีฤทธิ์ทั้งโดยตรงในการสลายพันธะ Disulfide ในโมเลกุลของเสมหะและทางอ้อมผ่านการต้านอนุมูลอิสระ

การรักษาโดยไม่ใช้ยา

การรักษาโดยไม่ใช้ยา มีวัตถุประสงค์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary Rehabilitation) เป็นรูปแบบการรักษาแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง ประกอบด้วยกิจกรรมหลากหลายด้าน ได้แก่การให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การฝึกการขับเสมหะอย่างถูกวิธี การประเมินและฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อ การดูแลสภาวะจิตใจและอารมณ์ การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ ตลอดจนการส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ซึ่งองค์ประกอบทั้งหมดนี้จะช่วยลดอาการของโรค เพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย สำหรับกิจกรรมที่สำคัญที่สุดคือการฝึกออกกำลังกาย ซึ่งผู้ป่วยทุกระดับความรุนแรงของโรคสามารถฝึกได้ โดยแนะนำให้ทำต่อเนื่องอย่างน้อย 6-8 สัปดาห์ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2565) อย่างไรก็ตาม รูปแบบของโปรแกรมฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายอาจแตกต่างกันไป ขึ้นกับปัจจัยต่างๆ เช่น ความรุนแรงของโรค ระดับความรู้ความเข้าใจ สภาพแวดล้อมทางสังคม และสถานะทางเศรษฐกิจ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ควบคุมอาการของโรค และดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพต่อไป (GOLD, 2023)

การบำบัดด้วยออกซิเจน (Oxygen Therapy) มีวัตถุประสงค์หลัก คือช่วยเพิ่มระยะเวลาการมีชีวิตอยู่รอดในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรงเรื้อรัง เป็นการรักษาแบบ Non-Pharmacological Treatment และยังช่วยลดการเกิดภาวะเม็ดเลือดแดงมากผิดปกติ ช่วยชะลอการเพิ่มขึ้นของภาวะแรงดันหลอดเลือดแดงพัลโมนารี ตลอดจนทำให้คุณภาพชีวิตด้านความสามารถใน

การออกกำลังกาย การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวัน สภาพจิตใจ และความสามารถของสมองในการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดดีขึ้น ระยะเวลาในการให้ออกซิเจนต้องได้รับอย่างน้อยวันละ 15 ชั่วโมง (GOLD, 2023) วิธีการให้นิยมใช้ออกซิเจนทางจมูก (Nasal Cannula) โดยให้ปริมาณออกซิเจนในอัตราการไหลที่ค่อนข้างต่ำ เช่น 2-3 ลิตรต่อนาที เพียงพอที่จะทำให้เพิ่มแรงดันของออกซิเจนที่ละลายอยู่ในพลาสมา (PaO_2) ขณะพักให้ได้อย่างน้อย 60 มิลลิเมตรปรอท หรือ/และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (SaO_2) อย่างน้อยร้อยละ 90 โดยไม่ทำให้คาร์บอนไดออกไซด์ ($PaCO_2$) คั่ง ไม่ว่าในขณะพัก ขณะออกกำลังกาย หรือขณะหลับ ซึ่งจะมีผลในการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในทางที่ดีขึ้น (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2565)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาได้แต่ไม่หายขาด แม้ว่าการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปัจจุบันจะเป็นแบบองค์รวม แต่การใช้ยาสูดขยายหลอดลมยังคงเป็นการรักษาพื้นฐานที่สำคัญที่สุด (GOLD, 2023) โดยเป็นการรักษาหลักก่อนที่จะเริ่มเข้าสู่กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการใช้ยาจะช่วยลดอาการหายใจลำบากและเพิ่มความทนต่อการออกกำลังกาย อีกทั้งผู้ป่วยยังสามารถใช้ยาด้วยตนเองที่บ้านได้ ซึ่งจะมุ่งเน้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2565) ซึ่งผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ให้นิยามคำว่าความร่วมมือ (Adherence) ในการบำบัดระยะยาวว่าเป็น ขอบเขตที่พฤติกรรมของบุคคล เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร และ/หรือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต มีความสอดคล้องกับคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ สอดคล้องกับ Vrijens et al. (2016) ที่ให้ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence) ว่าเป็น กระบวนการที่ผู้ป่วยใช้ยาตามแผนการรักษาที่กำหนด โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการเริ่มต้น (Initiation) คือการที่ผู้ป่วยเริ่มใช้ยาตามคำสั่งการรักษาครั้งแรก 2) ระยะการนำไปใช้ (Implementation) คือช่วงที่ผู้ป่วยใช้ยาจริงตามขนาด เวลา และความถี่ที่กำหนด จนกระทั่งถึงการใช้ยาครั้งสุดท้าย และ 3) ระยะการคงอยู่ (Persistence) คือช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงการยุติการรักษาตามที่กำหนด

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้นิยามของ Vrijens et al. (2016) เนื่องจากมีความชัดเจนและครอบคลุมกระบวนการใช้ยาที่สอดคล้องกับการปฏิบัติจริง โดยนิยามเชิงปฏิบัติการของ ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้ยาสูดขยายหลอดลมทุกชนิดตามแผนการรักษาที่แพทย์กำหนด ครอบคลุมการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ถูกต้องตามเวลา ขนาด และความถี่ โดยไม่ลืมใช้ยา ไม่ปรับขนาดยาเอง และไม่หยุดใช้ยาเอง ทั้งนี้ การวัดตัวแปรใช้แบบสอบถาม Medication Adherence Report Scale (MARS) ที่พัฒนาโดย Horne et al. (1999) และได้รับการแปลและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเป็นภาษาไทยโดย อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559)

ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสถิติความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในต่างประเทศ พบว่า อัตราความร่วมมือส่วนใหญ่ต่ำกว่าร้อยละ 50 (Jansen et al., 2021) โดยการศึกษาในออสเตรียพบความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวชนิดเดี่ยวและยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ร้อยละ 33.6 (Humenberger et al., 2018) การศึกษาในประเทศตุรกีและซาอุดิอาระเบียพบความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวชนิดเดี่ยวและยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวผสมคอร์ติโคสเตียรอยด์ร้อยละ 49.2 (Kokturk et al., 2018) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณร้อยละ 61-74 โดยการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์พบร้อยละ 61.7 (อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ, 2559) การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมออกฤทธิ์ยาวร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์พบร้อยละ 65.8 (กฤษณา อุไรศรีพงศ์ และคณะ, 2560) การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวพบร้อยละ 74 (ธนพัชร์ สุมนวิวัฒน์ และคณะ, 2561) และการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาสูดพบร้อยละ 73.8 (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ, 2563)

การประยุกต์กรอบแนวคิดความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

กรอบแนวคิดความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด (Adherence to Inhaled Corticosteroids)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบกรอบแนวคิดความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด (Adherence to Inhaled Corticosteroids) ของ Wells et al. (2008) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Beliefs Model) และแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 1,787 ราย ที่มีเชื้อชาติแตกต่างกัน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 41 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุน้อยและผู้ป่วยชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกา ให้ความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดต่ำกว่าผู้ป่วยผิวขาว และยังพบว่า รายได้ การรักษาแบบระบบประกันสุขภาพ ความเครียดและสิ่งกระตุ้นความเครียดทั้งจากบุคคลและสิ่งแวดล้อม แหล่งสนับสนุนทางด้านสุขภาพ ความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับโรคหืดและยาควบคุมอาการ ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด รวมถึงแรงจูงใจของผู้ป่วยอาจมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดระหว่างผู้ป่วยโรคหืดชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกาและผู้ป่วยผิวขาว โดยกรอบแนวคิดความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืดของ Wells et al. (2008) สามารถอธิบายถึงตัวแปรหลักทั้ง 3 ด้านที่มีอิทธิพลต่อกันทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมกับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ปัจจัยหลัก ดังนี้

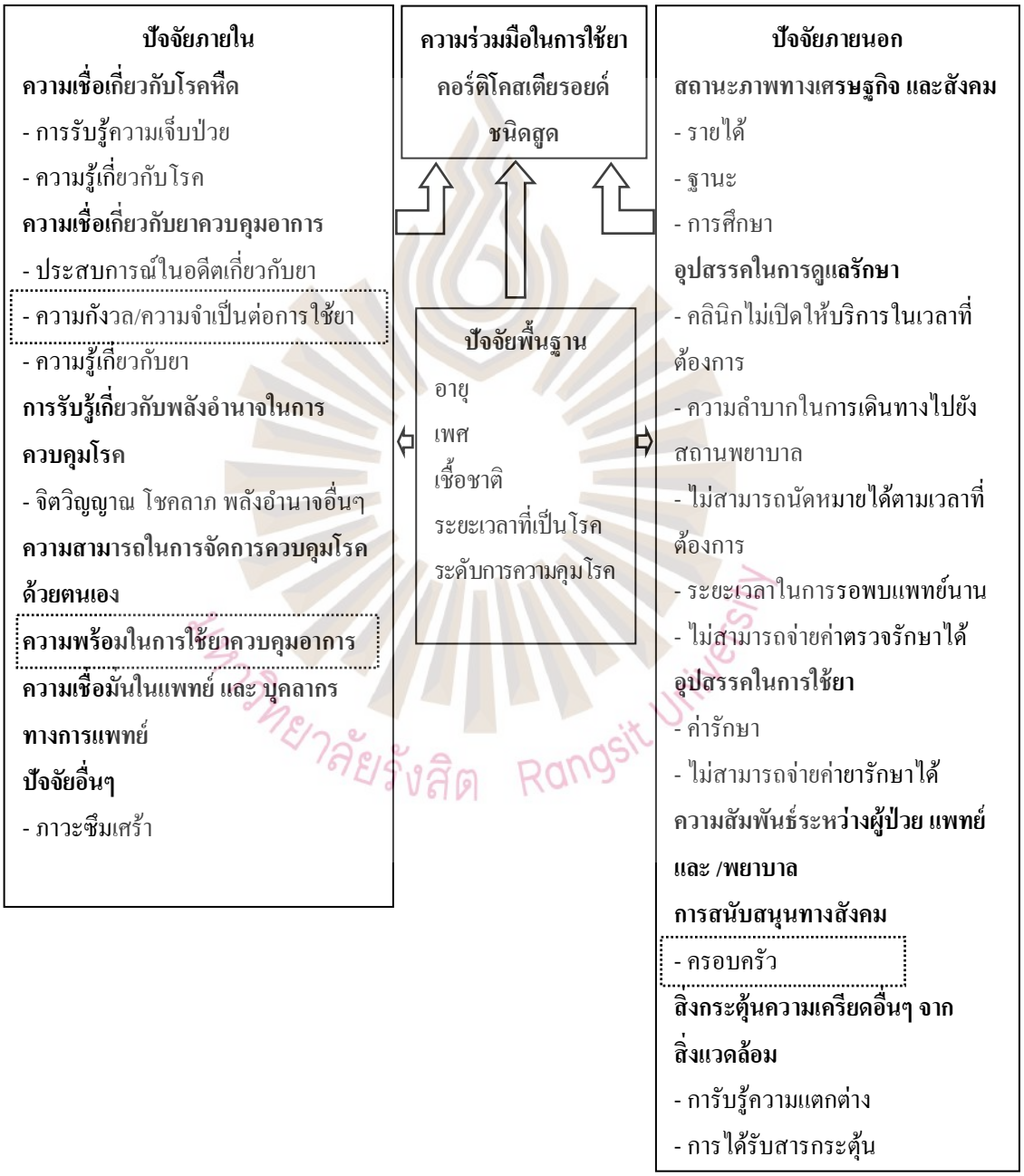
ปัจจัยพื้นฐาน (Base Variables) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ระยะเวลาการเป็นโรค และระดับการควบคุมโรค ผลการศึกษาของ Wells et al. (2008) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกา โดยอายุที่เพิ่มขึ้น 10 ปี มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยผิวขาวเพศหญิงให้ความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดต่ำกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยผิวขาวเพศชาย

ปัจจัยภายใน (Internal Factors) ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโรค ความเชื่อเกี่ยวกับยา การรับรู้เกี่ยวกับพลังอำนาจในการควบคุมโรค ความสามารถในการจัดการควบคุมโรคด้วยตนอง ความมั่นใจในการใช้ยาควบคุมอาการ ความพร้อมในการใช้ยาควบคุมอาการ ความไว้วางใจแพทย์ และอื่นๆ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผิวขาวมีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้รักษา ความพร้อมในการใช้ยาควบคุมอาการ ความไว้วางใจแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด ในขณะที่ผู้ป่วยชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกา พบว่า มีความพร้อมในการใช้ยาควบคุมอาการเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด

ปัจจัยภายนอก (External Factors) ได้แก่ สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ อุปสรรคของการมารับการดูแล อุปสรรคของการมารับยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยสิ่งแวดล้อมอื่นๆที่ก่อให้เกิดความเครียด ผลการศึกษา พบว่า มีเพียงรายได้เท่านั้นมีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยชาวอเมริกันเชื้อสาย

แอฟริกา โดยการเพิ่มขึ้นของรายได้ทุก 10,000 ดอลลาร์สหรัฐ ส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.8 สำหรับผู้ป่วยผิวขาว พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด ดังแสดงในรูปที่ 2.1



รูปที่ 2.1 กรอบแนวคิดความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด

ที่มา: Well et al., 2008

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งเป็น 3 กลุ่มปัจจัย ดังนี้ ปัจจัยพื้นฐานได้แก่ 1) เพศชาย โดยพบว่า เพศชายให้ความร่วมมือในการใช้ยาถึง 51% เมื่อเทียบกับเพศหญิง 49% (Price et al., 2018) 2) อายุ พบว่า ผู้มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมีความร่วมมือในการใช้ยาสูดถึง 76% เมื่อเทียบกับผู้มีอายุน้อยกว่า 65 ปี (Price et al., 2018) 3) เชื้อชาติ พบว่า คนผิวขาวมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าคนผิวดำ (Krauskopf et al., 2015) 4) ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายหรือวิทยาลัยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ต่ำลงมา 0.57 เท่า และ 0.38 เท่า (95% CI 0.15-1.00; p = 0.0310) (Kokturk et al., 2018) 5) ระดับความรุนแรงของโรค พบว่า ผู้ที่มีอาการระดับรุนแรง ให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าระดับอื่นๆ ถึง 66% (Tottenborg et al., 2016) 6) การสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่มีความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลง 1.73 เท่า (95% CI 1.02-2.91; p = 0.040) (Koehorst-Ter Huurne et al., 2016)

ปัจจัยภายใน ได้แก่ 1) การรับรู้เกี่ยวกับโรค พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและความจำเป็นในการใช้ยา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา (Bidad et al., 2018) 2) ความเชื่อเกี่ยวกับโรค พบว่า ผู้ที่มีความเชื่อว่าโรคที่มีความรุนแรงและอาจทำให้เสียชีวิตได้จะมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการรักษาและใช้ยาตามแพทย์สั่งมากกว่า (Krauskopf et al., 2015) 3) ด้านความกังวลจากการใช้ยา พบว่า ผู้ที่มีความกังวลจากการใช้ยาเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ลดลงเป็น 0.89 เท่า และมักจะเชื่อว่ายามีผลข้างเคียงและมีปัญหาเรื่องความปลอดภัย และผู้ที่มีประสบการณ์การเกิดโรคกำเริบจะมีโอกาสที่จะมีความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์เพิ่มขึ้นเป็น 2.68 เท่า (อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ, 2559; Krauskopf et al., 2015) 4) การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น (Liu et al., 2020; Smits et al., 2017) 5) ความมั่นใจในการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา พบว่า ผู้ที่มีความมั่นใจในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมเพิ่มขึ้น 2.01 เท่า และผู้มีความพร้อมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม จะมีโอกาสเกิดความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมเพิ่มขึ้น 2.42 เท่า (กฤษณา อุไรศรีพงศ์ และคณะ; 2560) 6) เทคนิคการใช้ยาสูด พบว่า ผู้ที่มีเทคนิคการใช้ยาสูดที่ถูกต้อง มีโอกาสให้ความร่วมมือในการใช้ยา 2.93 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีเทคนิคการใช้ยาชนิดสูดไม่ถูกต้อง (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศและคณะ, 2563) 7) ภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนนมีโอกาสให้ความร่วมมือลดลง .91 เท่า หรือลดลง 9 % (ธนพัชร์ สุมนวิวัฒน์ และคณะ, 2561; Yohannes et al., 2017) และปัจจัยภายนอก

ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นและเข้ารักษาอย่างต่อเนื่อง (Chen et al., 2017; Ladner et al., 2020) 2) รายได้ พบว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยมีความเสี่ยงสูงขึ้นในความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดีถึง 1.07 เท่า (95% CI 1.00 - 1.16) (Tottenborg et al., 2016) 3) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจในการสื่อสารกับแพทย์ในระดับมากจะมีความร่วมมือในการใช้ยาสูด (กฤษณา อุไรศรีพงศ์ และคณะ, 2560)

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสูด พบเครื่องมือที่มีการพัฒนานำมาใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสูดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

Medication Adherence Report Scale (MARS) ที่พัฒนาโดย Horne et al. (1999) และแปลฉบับภาษาไทยโดย อลิษยา วิริยะโชติและคณะ (2559) ใช้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย (5 คะแนน) นานๆครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) และประจำ (1 คะแนน) คิดคะแนนเป็นค่าเฉลี่ย คะแนนรวมรายข้อทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 4.5 คะแนน แปลผลได้ว่า ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อนำไปศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.85 (Cohen et al., 2009) สำหรับประเทศไทย อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) ใช้ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 120 ราย พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87

Modified Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ที่พัฒนาโดย Morisky, Green, and Levine (1986) ใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยา เช่นการลืมใช้ยา และอุปสรรคในการใช้ยา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม 7 ข้อแรกมีคำตอบแบบ 2 ตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่) ข้อละ 1 คะแนน และข้อสุดท้ายเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อละ 0.2 คะแนน การแปลผลระดับความร่วมมือในการใช้ยาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ (น้อยกว่า 6 คะแนน) ความร่วมมือในการใช้ยาปานกลาง (6-7 คะแนน) และความร่วมมือในการใช้ยาสูง (8 คะแนน) มีการนำแบบประเมิน MMAS ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบค่าความไว

ร้อยละ 93 ค่าความจำเพาะร้อยละ 53 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83 (Morisky et al., 1986)

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมิน Medication Adherence Report Scale (MARS) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคระบบหายใจ และมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับการลืมใช้ยา การปรับเปลี่ยนขนาดยา หรือหยุดใช้ยาด้วยตัวเอง การใช้ยาตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์และข้อคำถามเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาที่เฉพาะเจาะจงต่อการใช้ยาชนิดสูด ทั้งยังได้รับการแปลและถูกนำไปใช้ในต่างประเทศ (Lopez-Campos et al., 2019) และในประเทศไทยมีการนำมาประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (กฤษณา อุไรศรีพงษ์ และคณะ 2560; ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ, 2563; ธนพัชร์ สุมนวิวัฒน์ และคณะ, 2561; อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ, 2559)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

ความกังวลจากการใช้ยา (Medication Concern)

ความกังวลจากการใช้ยาเป็นความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความกังวลในผลกระทบอันไม่พึงประสงค์หรือผลข้างเคียงระยะยาวจากยาที่สะสมในร่างกายเป็นเวลานาน การพึ่งพายา รวมทั้งการใช้ยาที่อาจรบกวนชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นการรับรู้ในผลเสียของการใช้ยา ความเชื่อและการรับรู้ความกังวลดังกล่าวจะส่งผลต่อการปรับตัวหรือการวางแผนพฤติกรรมสุขภาพในการให้ความร่วมมือหรือไม่ร่วมมือในการรักษา (Horne et al. 1999)

ความกังวลจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยยาสูดขยายหลอดลม มีประสิทธิภาพโดยตรงต่อระบบหายใจและควบคุมอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยได้ แต่ยาสูดขยายหลอดลมนั้นยังมีผลกระทบและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ได้แก่ อาการใจสั่น มือสั่น ปวดศีรษะ ปากแห้ง คอแห้ง เสียงแหบ เชื้อราในช่องปาก ปวดกล้ามเนื้อ และปัสสาวะลำบาก (GOLD, 2023) ซึ่งอาการข้างเคียงดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลม การศึกษาในกลุ่มประเทศเอเชียของ Liu et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดมีความกังวลจากการใช้ยาร้อยละ 30.7 โดย

พบว่าประชากรร้อยละ 42.2 กังวลเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวของยารักษาโรคหืด ในขณะที่ร้อยละ 35.0 กังวลเกี่ยวกับการพึ่งพายามากเกินไป สอดคล้องกับการศึกษาของ อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) ศึกษาความกังวลจากการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยมีความกังวลจากการใช้ยาเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 54.2 ซึ่งความกังวลดังกล่าวอาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงอันตรายหรือความยุ่งยากจากการใช้ยาจนทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดใช้ยาหรือร่วมมือในการใช้ยาลดลง เพื่อป้องกันสุขภาพของตนเองจากผลข้างเคียงหรืออันตรายที่เกิดจากการใช้ยาได้

ความสัมพันธ์ระหว่างความกังวลจากการใช้ยากับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องได้รับการรักษาด้วยยาสูดขยายหลอดลมเป็นหลักในการควบคุมอาการและจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วย (GOLD, 2023) ซึ่งผู้ป่วยแต่ละบุคคลจะมีประสบการณ์การใช้ยาที่แตกต่างกันทั้งด้านที่เป็นประโยชน์และด้านผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยประสบการณ์ทางด้านลบจะเปลี่ยนแปลงความคิดเกี่ยวกับการรักษา จากการศึกษาของ Krauskopf et al. (2015) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีความกังวลจากการใช้ยาระดับสูงจะมีความร่วมมือลดลง 0.52 เท่า ของผู้ที่มีความกังวลระดับต่ำ (OR = 0.52, 95% CI 0.36-0.75 ; $p < 0.001$) ส่วนการศึกษาของ Liu et al. (2020) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อกับความร่วมมือในการใช้ยาสูดควบคุมในผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ผู้ป่วยที่มีความกังวลจากการใช้ยาจะมีความร่วมมือลดลง 0.39 เท่า ของผู้ที่มีความกังวลน้อยกว่า (OR = 0.39, 95% CI 0.26-0.60; $p < 0.001$) และการศึกษาในประเทศไทยของ อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) พบว่าผู้ป่วยมีความกังวลจากการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน มีโอกาสที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ลดลงเป็น 0.89 เท่า (OR = 0.89, 95% CI 0.80-0.98; $p < 0.05$) และการศึกษาของ ฉัตรสุรางค์ ขำรักษ์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และวันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย (2559) พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดที่มีความกังวลจากการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน โอกาสที่ผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการใช้ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ลดลงเป็น 0.87 เท่า (OR = 0.87, 95% CI 0.79-0.96; $p < 0.05$)

การประเมินความกังวลจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินความกังวลจากการใช้ยาพบเครื่องมือที่มีการพัฒนานำมาใช้ในการประเมินความกังวลจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา ด้านความกังวลจากการใช้ยา (Beliefs about Medicine Questionair, Specific-Concern)

พัฒนาโดย Horne et al. (1999) และแปลเป็นภาษาไทยโดย อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ โดยมีลักษณะข้อคำถามประกอบด้วย อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยาระยะยาว การพึ่งพายาและยาที่รบกวนการดำรงชีวิต เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน, เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 คะแนน) คิดคะแนนรวมระหว่าง 5-25 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความกังวลจากการใช้ยาสูง โดยแบ่งความกังวลในการใช้ยาเป็น 3 ระดับ ความกังวลจากการใช้ยาระดับต่ำ คะแนนเท่ากับ 5-11 คะแนน ความกังวลจากการใช้ยาระดับปานกลาง คะแนนเท่ากับ 12-18 คะแนน และความกังวลจากการใช้ยาระดับสูง คะแนนเท่ากับ 19-25 คะแนน จากการทบทวนวรรณกรรมพบเครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา คือ เครื่องมือ Belief about Medicines Questionnaire, Specific-Concern ซึ่งมีผู้พัฒนาเครื่องมือและได้มีการนำไปใช้สอบถามความกังวลจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย มีข้อคำถามไม่มากเกินไป ข้อคำถามครอบคลุมและเฉพาะเจาะจงต่อการประเมินความกังวลจากการใช้ยา ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้เครื่องมือ Beliefs about Medicines Questionnaire, Specific-Concern เป็นแบบสอบถามในการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาสูดขยายหลอดลมด้านความกังวลจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา (Perceived Medication Necessity)

การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยภายในด้านความเชื่อเกี่ยวกับยา โดยเป็นการรับรู้และความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการใช้ยา ประโยชน์ และประสิทธิภาพของยาในการป้องกันและรักษาสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต (Horne et al., 1999) การตัดสินใจในการใช้ยามีความเกี่ยวข้องทั้งกับความเชื่อเกี่ยวกับยา และความเชื่อเกี่ยวกับโรคหากผู้ป่วยเชื่อว่ายานั้น

จำเป็นและสามารถควบคุมโรคได้จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น (Liu et al., 2020)

การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบการศึกษาของ อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาร้อยละ 56.7 แต่ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ และการศึกษาของ ฉัตรสุรางค์ ขำรักษ์ และคณะ (2559) พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดมีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาร้อยละ 48.3 แต่ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังพบการศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดในกลุ่มประเทศเอเชียของ Liu et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูดควบคุมร้อยละ 67.5

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยากับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น โรคที่ต้องการการรักษาที่จำเพาะและต่อเนื่องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคลตามอาการและความรุนแรงของโรค ซึ่งการรักษาที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อและการรับรู้ความจำเป็นในการรักษา การศึกษาของ Liu et al. (2020) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อกับความร่วมมือในการใช้ยาสูดควบคุมในผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น (OR = 2.67, 95% CI 1.76-4.06; $p < 0.001$) และการศึกษาของ Cai et al. (2022) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย ความเชื่อในการใช้ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วย โรคหืด พบว่า การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.14, 95% CI 1.01-1.30; $p < 0.05$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ Krauskopf et al. (2015) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ได้ และการศึกษาในประเทศไทย ของ อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ได้

จะเห็นได้ว่าการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความแตกต่างจากกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ อาจเนื่องมาจากธรรมชาติของโรคที่แตกต่างกัน ที่อาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยา และอาจจะเกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากร ภาคภูมิศาสตร์ อีกทั้งความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยายังคงมีความแตกต่างในวัฒนธรรมหรือเชื้อชาติที่ต่างกัน (Wells et al., 2008)

การประเมินการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาพบเครื่องมือที่มีการพัฒนานำมาใช้ในการประเมินการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดังนี้

แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา (Beliefs about Medicines Questionnaire, Specific-Necessity) ที่พัฒนาโดย Horne et al. (1999) และแปลเป็นภาษาไทย โดย อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ โดยมีลักษณะของข้อคำถามที่ถามถึงการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ประโยชน์และประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยาตามที่แพทย์สั่ง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีช่วงคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูง จากการทบทวนวรรณกรรม พบเครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา คือ เครื่องมือ Belief about Medicines Questionnaire, Specific-Necessity ซึ่งมีผู้พัฒนาเครื่องมือและได้มีการนำไปใช้สอบถามการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย มีข้อคำถามไม่มากเกินไป ข้อคำถามครอบคลุมและเฉพาะเจาะจงต่อการประเมินการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้เครื่องมือ Beliefs about Medicines Questionnaire, Specific-Necessity เป็นแบบสอบถามในการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาสูดขยายหลอดลมด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความพร้อมในการใช้ยา (Readiness of Medication)

ความพร้อมในการใช้ยาเป็นปัจจัยภายใน โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการเตรียมความพร้อมของบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้ประโยชน์ในการทำความเข้าใจและทำนายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ซึ่งแต่ละบุคคลมีความแตกต่างของระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันไป (WHO, 2003) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อให้เกิดประโยชน์ในการแก้ไขปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการป้องกันโรคและจัดการกับโรคในระยะยาวได้ รวมถึงความร่วมมือของผู้ป่วยและการสร้างแรงจูงใจที่มุ่งเน้นในการจัดการตนเองของผู้ป่วย รวมถึงการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ตามเวลาและขนาดของยาตามแพทย์สั่ง (Schmaling et al., 2000)

ความพร้อมในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความพร้อมในการใช้ยา (Readiness to Medication) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยแนวคิดนี้สัมพันธ์กับโมเดลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) ที่แบ่งระยะความพร้อมออกเป็นระยะเตรียมพร้อม (Preparation) ระยะปฏิบัติ (Action) และระยะปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและคงไว้ (Maintenance) ซึ่งสะท้อนถึงระดับการยอมรับและการลงมือปฏิบัติจริงในการใช้ยาตามแผนการรักษา จากการศึกษาของ Schmaling et al. (2000) ที่ประเมินปัจจัยทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะปฏิบัติ (Action) และระยะคงไว้ (Maintenance) มีการใช้ยาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่อยู่เพียงในระยะเตรียมพร้อม (Preparation) แสดงให้เห็นว่าการก้าวข้ามจากการ ตั้งใจ ไปสู่การ ลงมือทำจริง มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความต่อเนื่องในการรักษา ในบริบทประเทศไทย งานวิจัยของ กฤษณา อุไรศรีพงษ์ และคณะ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 26.7 อยู่ในระยะปฏิบัติ (Action stage) ที่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่งได้จริง และอีกร้อยละ 28.3 อยู่ในระยะคงไว้ (Maintenance stage) ที่สามารถใช้ยาได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการใช้ยากับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การศึกษาของ Wells et al. (2008) ศึกษาความแตกต่างของเชื้อชาติในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ความพร้อมในการใช้ยาเป็นปัจจัยภายในตัวเดียวจากทั้งหมด 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นคนผิวขาวและกลุ่มแอฟริกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) และการศึกษาในประเทศไทยของ พวงเพชร ใจอิน และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ความพร้อมในการใช้ยาเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ ($OR = 65.39$, 95% CI 12.69-336.72; $p < 0.05$) และมีร้อยละของผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบแต่ละกลุ่ม โดยเพิ่มจากร้อยละ 13.64 เป็น 46.87 และ 87.88 ตามลำดับ โดยความพร้อมในการใช้ยาระยะที่ 5 คือ มีความพร้อมในการใช้ยาอยู่ในช่วงปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้มีโอกาสให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มที่มีความพร้อมในการใช้ยาระยะที่ 1-3 คือ ช่วงก่อนคิด เริ่มคิดพิจารณา และเริ่มปฏิบัติถึง 65.39 เท่า ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ กฤษณา อุไรศรีพงษ์ และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ พบว่า ความพร้อมในการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ ($r_s = .782$, $p < .05$) และสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 2.42$, 95%CI 1.48-3.94; $p < .05$)

การประเมินความพร้อมในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินความพร้อมในการใช้ยา พบเครื่องมือที่มีการพัฒนานำมาใช้ในการประเมินความพร้อมในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

แบบสอบถามความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Readiness To Change Questionnaires) ที่พัฒนาโดย Schmaling et al. (2000) เป็นแบบสอบถามความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา และแปลเป็นภาษาไทย โดย กฤษณา อุไรศรีพงษ์ และคณะ (2559) ประกอบด้วยประโยค 5 ประโยค ที่แสดงถึงทัศนคติและความตั้งใจในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบเพียงหนึ่งประโยคที่ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติในปัจจุบันและการวางแผนใน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

อนาคตเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมมากที่สุด การแปลผลคะแนนจะใช้ตามหลักของระดับการวัดตัวแปรแบบข้อมูลนามบัญญัติ (Normal Scale) ซึ่งเป็นการแบ่งกลุ่ม (Category) จากการทบทวนวรรณกรรม พบเครื่องมือที่ใช้ประเมินความพร้อมในการใช้ยา คือ เครื่องมือ Readiness To Change Questionnaires ซึ่งมีผู้พัฒนาเครื่องมือและได้มีการนำไปใช้ประเมินความพร้อมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายมีข้อคำถามไม่มากเกินไป ข้อคำถามครอบคลุมและเฉพาะเจาะจงต่อการประเมินความพร้อมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ผู้วิจัยจึงได้เลือกเครื่องมือ Readiness To Change Questionnaires เป็นแบบสอบถามในการประเมินความพร้อมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจากการได้รับการสนับสนุนด้านการให้ความเอาใจใส่ ด้านอารมณ์ ด้านการให้ความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ การเงินและแรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร หรือการสนับสนุนด้านการประเมิน สะท้อนกลับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของบุคคล (House, 1981) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ความเอาใจใส่ให้กำลังใจ ให้ความเห็นใจ แสดงความรัก ความผูกพัน และการเห็นคุณค่า แสดงออกถึงการให้ความสำคัญต่อบุคคล ทำให้บุคคลรู้สึกถึงการได้รับการสนับสนุนตามความต้องการ

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) เป็นการช่วยเหลือทำให้บุคคล มีการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เปรียบเทียบกับเกณฑ์เฉลี่ยของสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูล ข่าวสาร ที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดกับตนเองได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลในด้านวัตถุสิ่งของ เวลา หรือแรงงาน ตามความจำเป็นเพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล ข่าวสาร และแหล่งช่วยเหลือด้านการประเมินสะท้อนกลับข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลได้

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวบอกถึงลักษณะ และขนาดของเครือข่ายทางสังคม ซึ่ง House (1981) ได้แบ่งกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal) หมายถึง การปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ติดต่อกันตามธรรมชาติ มีความผูกพันใกล้ชิดกัน และมีความสัมพันธ์กันมาก เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เป็นต้น

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบเป็นทางการ (Formal) หมายถึง การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ติดต่อกันด้วยเหตุผลบางอย่าง ซึ่งเกี่ยวกับบทบาทการทำงาน เช่น บุคลากรทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

การสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยว่าได้รับความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยา โดยเฉพาะยาสูดขยายหลอดลม การศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องรวมถึงความร่วมมือในการใช้ยาในการรักษา จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ O'Toole, Krishnan, Riekert, and Eaki (2022) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ความสำคัญกับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลให้ใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยากับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการศึกษาของ Shrestha et al. (2015) ศึกษารูปแบบความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมและคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับการที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และการศึกษาของ Ladner et al. (2020) ยังพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงอิสระในเชิงบวกลดโอกาสการหยุดใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยผู้ที่มีคู่สมรสสามีหรือภรรยาคอยให้การสนับสนุนมีแนวโน้มคงการรักษามากกว่า (HR = 0.85, 95% CI 0.72-1.02, p = 0.07) และผู้ที่มีบุตรหรือพี่น้องให้การสนับสนุนดูแลก็มีแนวโน้มคงการรักษามากกว่าเช่นกัน (HR = 0.77, 95% CI 0.57-1.04, p = 0.08) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Chen et al. (2017) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและการมีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับระดับการออกกำลังกายที่สูงขึ้นโดยมีจำนวนก้าวเพิ่มขึ้น 903 ก้าวต่อวันมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียว (95% CI 373-1433; p = 0.001) อัตราการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสูงขึ้น 11 เท่า หากมีคู่สมรสหรือผู้ดูแลเมื่อเทียบกับการไม่มีผู้ดูแล (95% CI 1.93-62.97; $p < 0.01$) และในผู้ป่วยที่ขาดการ

สนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้อารมณ์และแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการจัดการตนเองลดลง (Russell et al., 2018)

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยา พบเครื่องมือที่มีการพัฒนานำมาใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ทั้ง 4 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการช่วยเหลือของครอบครัวในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์จำนวน 2 ข้อ ด้านการประเมินจำนวน 6 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสารจำนวน 3 ข้อ และด้านวัตถุสิ่งของจำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ คิดคะแนนรวมระหว่าง 5-65 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวสูง โดยแบ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ คะแนนเท่ากับ 5-24 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนเท่ากับ 25-44 คะแนน และระดับสูง คะแนนเท่ากับ 45-65 คะแนน

สรุป

โดยสรุปแล้วในประเทศไทย พบการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งเป็น 3 ปัจจัย ดังนี้ ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ ผู้ป่วยที่มีอายุในช่วง 70-79 ปี มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ, 2563) ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความมั่นใจในการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และความกังวลจากการใช้ยา มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ, 2559; กฤษณา อุไรศรีพงศ์ และคณะ, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ Krauskopf et al. (2015) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความกังวลจากการใช้ยาจะมีความร่วมมือในการใช้ยาลดลง ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาพบการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เรื้อรัง แต่ผลการศึกษาไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ แตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น (Liu et al., 2020) ส่วนปัจจัยภายนอก ด้านการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย ส่วนการศึกษาในต่างประเทศของ Ladner et al. (2020) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกลดโอกาสการหยุดใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมีแนวโน้มคงการรักษาอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าใช้กรอบแนวคิดความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด (Adherence to Inhaled Corticosteroids) ของ Wells et al. (2008) เป็นเครื่องมือในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยายังมีจำกัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยเฉพาะในบริบทของผู้ป่วยไทย ทำให้ยังได้ข้อสรุปที่ไม่ชัดเจน การศึกษาส่วนใหญ่ในประเทศไทยดำเนินการในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพและปริมณฑลเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำกรอบแนวคิดของ Wells et al. (2008) มาศึกษาปัจจัยดังกล่าวที่มีต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ในกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมเพิ่มขึ้น และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมอาการและป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

แบบของการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เข้าถึง (Accessible Population) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 เลือกจากประชากรเข้าถึงแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. มีอาการคงที่ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาอย่างน้อย 4 สัปดาห์
3. ได้รับการรักษาโดยใช้ยาสูดขยายหลอดลมเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน
4. การรับรู้ สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารภาษาไทยได้
5. กรณีกลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต้องมีการรับรู้ปกติ ประเมินจากแบบทดสอบ General Practitioner Assessment of Cognition-Thai Version ฉบับภาษาไทย (GPCOG-T) ได้ 9 คะแนนขึ้นไป
6. ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

การออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. มีโรคร่วมอื่นที่ส่งผลกระทบต่อการหายใจ เช่น ปอดอักเสบ วัณโรค มะเร็งปอด ภาวะหัวใจวาย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการทราบประชากร ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มี จำนวน 520 ราย กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 กำหนด Sample Size for Precision of ± 5% เปิดตาราง Norwood (2000) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 222 ราย

พื้นที่ศึกษา

สถาบันโรคทรวงอก เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิ ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวน 350 เตียง ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาของโรคหัวใจและปอด คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้บริการในวันจันทร์ถึงวันศุกร์เวลาราชการ ตั้งแต่ 08.00 -16.00 นาฬิกา สถาบันโรคทรวงอกได้มีการจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่คลินิกแบบครบวงจรตามนโยบาย แผนพัฒนาบริการ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณะสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา การดูแลผู้ป่วยดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลให้การพยาบาลตามมาตรฐานตั้งแต่ประเมิน คัดกรอง ให้ความรู้ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยแต่ละราย จากนั้นส่งพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา ส่งพบเภสัชกรเพื่อให้ความรู้เรื่องยาและสอนวิธีการสูดยา ขยายหลอดลม นักกายภาพบำบัดให้ความรู้และฝึกทักษะการบริหารการหายใจ การไอขับเสมหะ และการออกกำลังกายที่เหมาะสม นักโภชนากรให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ การเอกซเรย์ปอดและการตรวจสมรรถภาพปอดประจำปี ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านพยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องการใช้ยาสูดขยายหลอดลมอย่างสม่ำเสมอและการมาตรวจตามนัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามซึ่งแบ่งออก 7 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สิทธิการรักษา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ประวัติสูบบุหรี่ แหล่งข้อมูลที่ได้รับ

เกี่ยวกับการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และผลข้างเคียงจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลม การหยุดใช้ยาสูดขยายหลอดลม ประสบการณ์การเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาในการรักษา โรคร่วม ยาสูดขยายหลอดลมที่ได้รับ และการมาตรวจตามนัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม (Medication Adherence Report Scale, MARS)

เป็นแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม พัฒนาโดย Horne et al. (1999) แบบสอบถามนี้ได้มีการแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) ผ่านกระบวนการแปลและแปลย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ โดยแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมของ อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) ได้นำไปศึกษาหาความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 120 รายพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87 ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

ข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Linkert Scale) 5 ระดับ ซึ่งอธิบายความหมายของคำตอบแต่ละข้อดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์
นานๆครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัตินานๆครั้ง (1-2 วันในหนึ่งสัปดาห์)
บางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติบางครั้ง (3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์)
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วันในหนึ่งสัปดาห์)
ประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำ (ทุกวัน)

ข้อคำถามการสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม	คะแนน
ไม่เคย	5
นานๆครั้ง	4
บางครั้ง	3
บ่อยครั้ง	2
ประจำ	1

การแปลผลคะแนน

คิดคะแนนเป็นค่าเฉลี่ย โดยนำคะแนนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมสูง โดยแสดงพฤติกรรมการใช้ยาตามแบบสอบถามนั้น ใช้จุดตัด (Cut Off) คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาที่ 4.5 คะแนน โดยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่า 4.5 คะแนน หมายถึง ไม่ร่วมมือในการใช้ยา และคะแนนความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับ 4.5 คะแนน หมายถึงมีความร่วมมือในการใช้ยา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความกังวลจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

เป็นแบบสอบถามความกังวลจากการใช้ยาพัฒนาโดย Horne et al. (1999) ซึ่งมีการนำไปใช้สอบถามในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น แบบสอบถามนี้ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) ผ่านกระบวนการแปลและแปลย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ โดยแบบสอบถามความกังวลจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลมของ อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) ได้นำไปศึกษาหาความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 120 รายพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85 ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถาม 5 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ซึ่งอธิบายความหมายของคำตอบแต่ละข้อดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก
เห็นด้วย	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

ข้อคำถามด้านความกังวลจากการใช้ยา มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ความกังวลจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลม	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3

ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การแปลผลคะแนน

คะแนนรวมแบบสอบถามความกังวลจากการใช้ยามีค่าคะแนนระหว่าง 5-25 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความกังวลจากการใช้ยาสูง มีการกำหนดเกณฑ์และแปลผลคะแนนในการแบ่งระดับความกังวลจากการใช้ยาเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณหาระดับคะแนนได้จากผลต่างของค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยระดับ (Best & Kahn, 1998)

จำนวนสูงสุด 25 คะแนน จำนวนต่ำสุด 5 คะแนน จึงได้ความกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ 7 คะแนน โดยนำมาจัดกลุ่มระดับความกังวลจากการใช้ยาได้ 3 ระดับ ดังนี้

ความกังวลจากการใช้ยาระดับต่ำ	คะแนนเท่ากับ 5-11 คะแนน
ความกังวลจากการใช้ยาระดับปานกลาง	คะแนนเท่ากับ 12-18 คะแนน
ความกังวลจากการใช้ยาระดับสูง	คะแนนเท่ากับ 19-25 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

เป็นแบบสอบถามการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาของ พัฒนาโดย Horne et al. (1999) ซึ่งมีการนำไปใช้สอบถามในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น โดยแบบสอบถามนี้ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) ผ่านกระบวนการแปลและแปลย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ โดยแบบสอบถามการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูดขยายหลอดลมของ อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) ได้นำไปศึกษาการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 120 ราย พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82 ซึ่งแบบสอบถามการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ซึ่งอธิบายความหมายของคำตอบแต่ละข้อดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก
เห็นด้วย	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

ข้อคำถามการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูดขยายหลอดลม	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การแปลผลคะแนน

คะแนนรวมแบบสอบถามการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยามีค่าคะแนนระหว่าง 5-25 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูง มีการกำหนดเกณฑ์และแปลผลคะแนนในการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณหาระดับคะแนนได้จากผลต่างของค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยระดับ (Best & Kahn, 1998)

จำนวนสูงสุด 25 คะแนน จำนวนต่ำสุด 5 คะแนน จึงได้ความกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ 7 คะแนน โดยนำมาจัดกลุ่มนำมาจัดกลุ่มระดับการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาได้ 3 ระดับ ดังนี้

มีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาระดับต่ำ	คะแนนเท่ากับ 5-11 คะแนน
มีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาระดับปานกลาง	คะแนนเท่ากับ 12-18 คะแนน
มีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาระดับสูง	คะแนนเท่ากับ 19-25 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพร้อมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

เป็นแบบสอบถามความพร้อมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม พัฒนาโดย Schmaling et al., (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย กฤษณา อุไรศรีพงษ์ และคณะ (2560) ผ่านกระบวนการแปลและแปลย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ โดยแบบสอบถามความพร้อมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมของ กฤษณา อุไรศรีพงษ์ และคณะ (2560) ได้นำไปศึกษาหาความพร้อมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยการหาค่าความเชื่อมั่น โดยหาค่าคงที่ด้วยวิธีการวัดซ้ำเท่ากับ 0.885 ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วยประโยค 5 ประโยค ที่แสดงถึงทัศนคติและความตั้งใจในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยให้ผู้ป่วยเลือกเพียงหนึ่งประโยคที่ตรงกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนี้

1) ใน 1 เดือนที่ผ่านมาฉันไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และไม่ได้ตั้งใจที่จะใช้ใน 1 เดือน

2) ใน 1 เดือนที่ผ่านมาฉันไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง แต่คิดว่าจะใช้ใน 1 เดือนข้างหน้า

3) ใน 1 เดือนที่ผ่านมาฉันไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง แต่วางแผนว่าจะใช้ใน 1 เดือน

4) ฉันใช้ยาตามแพทย์สั่ง

5) ใน 1 เดือนที่ผ่านมาฉันใช้ยาตามแพทย์สั่ง และวางแผนที่จะใช้ต่อเนื่องใน 1 เดือนข้างหน้า

ข้อคำถามการสอบถามความพร้อมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เลือกตอบข้อ 1	เท่ากับ	1 คะแนน
เลือกตอบข้อ 2	เท่ากับ	2 คะแนน
เลือกตอบข้อ 3	เท่ากับ	3 คะแนน
เลือกตอบข้อ 4	เท่ากับ	4 คะแนน
เลือกตอบข้อ 5	เท่ากับ	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน

1 คะแนน หมายถึง ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงอยู่ในช่วงก่อนคิด (Precontemplation)

2 คะแนน หมายถึง ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงอยู่ในช่วงเริ่มคิดพิจารณา (Contemplation)

3 คะแนน หมายถึง ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงอยู่ในช่วงเริ่มปฏิบัติ (Preparation)

4 คะแนน หมายถึง ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงอยู่ในช่วงการปฏิบัติ (Action)

5 คะแนน หมายถึง ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงอยู่ในช่วงปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้ (Maintenance)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ทั้ง 4 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการช่วยเหลือของครอบครัวในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (Emotional Support) ด้านการประเมิน (Appraisal Support) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) และด้านวัตถุสิ่งของ (Instrumental Support) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยมีการปรับเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความสมบูรณ์ จากข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจ ประกอบด้วย อายุรแพทย์

ด้านระบบทางเดินหายใจ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในระบบทางเดินหายใจ โดยได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมไปหาค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 ราย โดยต้องมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.70

ข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Linkert Scale) 5 ระดับซึ่งอธิบายความหมายของคำตอบแต่ละข้อดังนี้

ได้รับประจำ หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากครอบครัวประจำ (ทุกวัน)
ได้รับบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากครอบครัวบ่อยครั้ง (5-6 วันในหนึ่งสัปดาห์)
ได้รับบางครั้ง หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากครอบครัวบางครั้ง (3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์
ได้รับนาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากครอบครัวนานๆครั้ง (1-2 วันในหนึ่งสัปดาห์)
ไม่เคยได้รับ หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับการดูแลจากครอบครัวเลยใน 1 สัปดาห์

ข้อคำถามการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม	คะแนน
ได้รับประจำ	5
ได้รับบ่อยครั้ง	4
ได้รับบางครั้ง	3
ได้รับนานๆครั้ง	2
ไม่เคยได้รับ	1

การแปลผลคะแนน

คะแนนรวมแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าคะแนนระหว่าง 13-65 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมสูง มีการกำหนดเกณฑ์และแปลผลคะแนนในการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณ หาระดับคะแนนได้จากผลต่างของค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยระดับ (Best & Kahn, 1998)

จำนวนสูงสุด 65 คะแนน จำนวนต่ำสุด 13 คะแนน จึงได้ความกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ 17 คะแนน โดยนำมาจัดกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมได้ 3 ระดับ ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	คะแนนเท่ากับ	13-30	คะแนน
การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	คะแนนเท่ากับ	31-48	คะแนน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง คะแนนเท่ากับ 49-65 คะแนน

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความผิดปกติด้านการรับรู้

แบบประเมินความรู้ความเข้าใจฉบับภาษาไทย (GPCOG-T) ใช้สอบถามความรู้ความเข้าใจในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป แปลเป็นภาษาไทย โดย จิรนันท์ กริฟฟิทส์ สุภาวดี พุฒิหน่อย และเมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี (2556) โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของผู้ป่วยและผู้ดูแล สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามเฉพาะส่วนของผู้ป่วยซึ่งมีจำนวนคำถาม 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด ซึ่งผู้ป่วยต้องตอบคำถามเกี่ยวกับการรับรู้วัน เวลา และการทวนความจำ รวมทั้งผู้ป่วยต้องวาดหน้าปัดนาฬิกาตามที่ผู้วิจัยบอกเวลาให้ถูกต้อง ในส่วนของแบบสอบถามผู้ป่วย สามารถอธิบายได้ดังนี้

คะแนน ≤ 4 คะแนน หมายถึง มีปัญหาด้านการรับรู้ และความเข้าใจบกพร่อง

คะแนน = 5-8 คะแนน หมายถึง จำเป็นต้องได้รับการประเมินในส่วนของผู้ดูแลต่อ

คะแนน = 9 คะแนน หมายถึง ไม่มีปัญหาด้านการรับรู้ และความเข้าใจบกพร่อง

การแปลผลคะแนน

ค่าคะแนนเต็ม 9 คะแนน ถูกต้องได้ 1 คะแนน ไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน โดยผู้ป่วยมีคะแนนเท่ากับ 9 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ และความเข้าใจปกติ หากมีคะแนนน้อยกว่า 9 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้และความเข้าใจบกพร่อง ซึ่งอยู่ในเกณฑ์คัดออกจากการเข้าร่วมงานวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ไม่ผ่านการประเมินจำนวน 7 รายคัดออกจากการเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุดได้รับการขออนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ต้นฉบับอย่างเป็นทางการผ่านจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยมีการปรับเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความสมบูรณ์ จากข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจ ประกอบด้วย อายุรแพทย์ด้านระบบทางเดินหายใจ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และพยาบาล

ผู้เชี่ยวชาญในระบบทางเดินหายใจ มีค่า CVI เท่ากับ 1.0 สำหรับแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม แบบสอบถามความกังวลจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลม แบบสอบถามการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูดขยายหลอดลม และแบบสอบถามความพร้อมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ผู้วิจัยไม่ได้นำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาเป็นที่ยอมรับ ทั้งยังได้รับการอนุญาตแปล โดยวิธีการแปล และแปลย้อนกลับ (Translation-back translation method) ซึ่งไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใดๆ ในการนำมาใช้ประเมินผู้ป่วยในงานวิจัย โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาจากการศึกษาต้นฉบับเท่ากับ 1.0, 0.8, 1.0, 0.92 และ 0.90 ตามลำดับ (กฤษณา อุไรศรีพงศ์ และคณะ, 2560; จิรนันท์ กริฟฟิทส์ และคณะ, 2556; อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ, 2559)

ความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม แบบสอบถามความกังวลจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลม แบบสอบถามการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูดขยายหลอดลม และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่มารับการรักษาที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกและคลินิกพิเศษโรคปอด ห้องตรวจผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก จำนวน 30 ราย การทดลองใช้ดำเนินการในเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 เพื่อตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ ของแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม แบบสอบถามความกังวลจากการใช้ยาสูดขยายหลอดล แบบสอบถามการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูดขยายหลอดลม และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.76, 0.78, 0.84 และ 0.99 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความพร้อมการใช้ยาสูดขยายหลอดลมโดยการหาค่าความเชื่อมั่น โดยหาค่าคงที่ด้วยวิธีการวัดซ้ำเท่ากับ 0.89 (กฤษณา อุไรศรีพงษ์ และคณะ, 2560)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยรังสิต ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA. No. RSUERB2024-069 ลงวันที่ 23 เมษายน 2567

และสถาบันโรคทรวงอกเลขที่ REC 043/2567 ลงวันที่ 9 กันยายน 2567 โดยผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. หลักการเคารพความเป็นบุคคล (Respect for Persons)

1.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ และขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ ปราศจากการบังคับหรือให้สิ่งจูงใจ

1.2 จัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัว มิดชิด ในการขอความยินยอมและการตอบแบบสอบถาม เพื่อรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย

1.3 บันทึกข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อ และเก็บรักษาเอกสารทั้งหมด ได้แก่ ใบยินยอม แบบสอบถาม ไว้ในตู้ที่มิดชิดมีกุญแจล็อค เป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปีหลังสิ้นสุดการวิจัย ก่อนทำลายตามขั้นตอน

2. หลักคุณประโยชน์ (Beneficence)

2.1 แจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่า แม้จะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงในทันที แต่ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ในอนาคต

2.2 ดำเนินการวิจัยด้วยความระมัดระวัง ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

3. หลักยุติธรรม (Justice)

3.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน โดยปราศจากอคติในการคัดเลือก

3.2 แจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่า การตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือการถอนตัวออกจากการวิจัยในภายหลัง จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาที่ได้รับจากโรงพยาบาล

3.3 ปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน

4. ขั้นตอนการดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์

4.1 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานการยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว

4.2 ชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และจะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

4.3 แจ้งสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ

4.4 ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน และตรวจสอบความเข้าใจก่อนขอความยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยและเวชระเบียน ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ถึงผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรคปอดและหัวหน้าผู้ป่วยนอกและคลินิกพิเศษโรคปอดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการทำวิจัย

4. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนของแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนอย่างละเอียดโดยใช้เวลาในการตอบแบบประเมินประมาณ 30-45นาที

6. เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละชุด หากพบว่าข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วนและผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีให้ข้อมูลเพิ่มเติมจึงทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมโดยนำแบบสอบถามชุดเดิมให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามส่วนที่ยังไม่ได้ตอบอีกครั้ง

7. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลสุขภาพแฟ้มประวัติที่แพทย์หรือพยาบาลบันทึกไว้ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ

8. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. บรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สิทธิการรักษา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย

ประวัติสูบบุหรี่ แหล่งข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และผลข้างเคียงจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลม การหยุดใช้ยาสูดขยายหลอดลม ประสบการณ์การเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาในการรักษา โรคร่วม ยาสูดขยายหลอดลมที่ได้รับ การมาตรวจตามนัด ระดับความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความกังวลจากการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยากับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมใช้สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยากับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมของความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยา ใช้สถิติถดถอยโลจิสติคแบบไบนารี่ (Binary Logistic Regression) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่ว่าตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามไม่มีความสัมพันธ์กันเอง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ความสัมพันธ์และอิทธิพลของความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยาและการสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กรอบแนวคิดความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด (Adherence to Inhaled Corticosteroids) ของ Wells et al. (2008) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Beliefs Model) และแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model) กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง เดือน ธันวาคม 2567 จำนวน 222 ราย นำเสนอผลการวิจัยประกอบด้วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ

ตอบคำถามการวิจัยและทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 222 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 99.10) มีอายุเฉลี่ย 72.10 ปี (SD = 8.06) โดยอยู่ในช่วงวัยสูงอายุตอนกลาง (ร้อยละ 45.5) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.30) ส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับ ประถมศึกษา (ร้อยละ 78.35) และ สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 77.03) พบว่าไม่ได้ประกอบอาชีพมีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 39.64) ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 53.15) รายได้เฉลี่ย 10,566.67 บาทต่อเดือน (SD = 12,647.68) ซึ่งมีความเพียงพอของรายได้มากที่สุด (ร้อยละ 44.59) อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร และหลาน (ร้อยละ 35.14) และใช้สิทธิการรักษาจากต้นสังกัดกรมบัญชีกลางมากที่สุด (ร้อยละ 59.01) รายละเอียดดังตารางที่ 4.1

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=222)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	220	99.10
หญิง	2	0.90
อายุ		
วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 54-59 ปี)	16	7.21
วัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี)	64	28.83
วัยสูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี)	107	45.50
วัยสูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)	41	18.47
อายุต่ำสุด-อายุสูงสุด	52-94	
Mean ± SD	72.10 ± 8.06	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	89	40.09
มัธยมศึกษาตอนต้น	37	16.64
มัธยมศึกษาตอนปลาย	48	21.62
ปริญญาตรี	38	17.12
ปริญญาโท	10	4.5
สถานภาพสมรส		
คู่	171	77.03
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	51	22.97
ศาสนา		
พุทธ	216	97.30
อิสลาม	6	2.70
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	88	39.64
ค้าขาย/ธุรกิจ	35	15.77
รับจ้าง	13	5.86
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการบำนาญ	58	26.13
เกษตรกรรม	28	12.61

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=222) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (บาท)		
ต่ำกว่า 5000	118	53.15
5,001-10,000	33	14.86
10,001-15,000	13	5.86
15,001-20,000	24	10.81
มากกว่า 20,000	34	15.32
รายได้ต่ำสุด-รายได้สูงสุด (ต่อเดือน)	600-60,000	
Mean ± SD	10,566.67 ± 12,647.68	
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	99	44.59
ไม่เพียงพอ	95	42.79
มีเหลือเก็บ	28	12.61
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย		
คู่สมรส	66	29.93
บุตร	50	22.52
คู่สมรส และบุตร	32	14.41
คู่สมรส บุตรและหลาน	18	35.14
สิทธิการรักษา		
ชำระเงินเอง	13	5.86
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	76	34.23
ประกันสังคม	2	0.90
ต้นสังกัด กรมบัญชีกลาง	131	59.01

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 100) โดยปัจจุบันส่วนใหญ่เลิกสูบแล้ว (ร้อยละ 97.30) มีระยะเวลาที่สูบระหว่าง 5-50 ปี ระยะเวลาที่สูบเฉลี่ย 28.02 ปี (SD = 8.95) ระยะเวลาสูบบุหรี่ 21-30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 40.99) จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันอยู่ระหว่าง 2-40 มวน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

จำนวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ย 18.66 มวน (SD = 8.50) โดยส่วนใหญ่สูบบรี่วันละ10-20 มวน (ร้อยละ 72.97) จำนวนปีที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ระหว่าง 1-13 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 6.68 ปี (SD = 3.4) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ระหว่าง 6-10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 45.95)โดยประมาณครึ่งหนึ่งมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.05) ส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 69.37) โดยพบโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดผิดปกติมากที่สุด (ร้อยละ 22.52)

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการใช้ยาสูดขยายหลอดลมระหว่าง 1-13 ปี ระยะเวลาการใช้ยาเฉลี่ย 6.52 ปี (SD = 3.39) และมีระยะเวลาการใช้ยาสูดขยายหลอดลมระหว่าง 6-10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 45.95) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ประโยชน์ และผลข้างเคียงของยาสูดขยายหลอดลมจากแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรทั้งหมด (ร้อยละ 100) โดยส่วนใหญ่ไม่เคยหยุดใช้ยาสูดขยายหลอดลม (ร้อยละ 60.81) และส่วนใหญ่ไม่เคยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ร้อยละ (92.79) ได้รับยากลุ่มยาออกฤทธิ์สั้นทั้งหมด (ร้อยละ 100) และยาสูดขยายหลอดลมควบคุมอาการกลุ่มยาออกฤทธิ์ยาวผสมสเตียรอยด์มากที่สุด (LABA/ICS) (ร้อยละ 59.11) รองลงมา กลุ่มยาต้านมัสคาริ นิก (LAMA) (ร้อยละ 48.65) และทั้งหมดมาติดตามการรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัด (ร้อยละ 100) รายละเอียดดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านการสุขภาพ (n=222)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคย	-	-
เคยสูบ	222	100.00
ปัจจุบันเลิกแล้ว	216	97.30
ปัจจุบันยังสูบอยู่	6	2.70
ระยะเวลาที่สูบ		
ต่ำกว่า 10 ปี	2	0.90
10-20 ปี	75	33.78
21-30 ปี	91	40.99
31-40 ปี	51	22.97
มากกว่า 40 ปี	3	1.35
ระยะเวลาที่สูบต่ำสุด-ระยะเวลาที่สูบสูงสุด (ปี)	5-50	
Mean ± SD	28.02 ± 8.95	

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านการสุขภาพ (n=222) (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนที่สูบ (มวน/วัน)		
ต่ำกว่า 10 มวน	18	8.11
10-20 มวน	162	72.97
21-30 มวน	15	6.76
31-40 มวน	26	11.71
มากกว่า 40 มวน	1	0.45
จำนวนมวนที่สูบต่ำสุด-จำนวนมวนที่สูบสูงสุด	2-40	
Mean ± SD	18.66 ± 8.50	
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย		
1-5 ปี	88	39.64
6-10 ปี	102	45.95
>10 ปี	30	14.41
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยต่ำสุด-สูงสุด	1-13	
Mean ± SD	6.68 ± 3.40	
ระดับความรุนแรงของโรค (GOLD grade based on post-bronchodilator FEV_1 % predicted)		
GOLD 1 (เล็กน้อย)	48	21.62
GOLD 2 (ปานกลาง)	120	54.05
GOLD 3 (รุนแรง)	43	19.37
GOLD 4 (รุนแรงมาก)	11	4.95
ระยะเวลาการใช้ยาสูดขยายหลอดลม		
1-5 ปี	87	39.19
6-10 ปี	102	45.95
>10 ปี	33	14.86
ระยะเวลาการใช้ยาสูดขยายหลอดลมต่ำสุด-สูงสุด	1-13	
Mean ± SD	6.52 ± 3.39	

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านการสุขภาพ (n=222) (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มี	68	30.63
มีโรคประจำตัว	154	69.37
โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดผิดปกติ	50	22.52
โรคความดันโลหิตสูง	35	15.77
โรควัณโรคเก่า	21	9.46
โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดผิดปกติและโรคเบาหวาน	16	7.21
โรคไขมันในเลือดผิดปกติ	13	5.86
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบทั้งสามเส้น	6	2.70
โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดผิดปกติ	5	2.25
โรคลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบ	3	1.35
โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว	2	0.90
โรคมะเร็ง	2	0.90
โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดผิดปกติและโรคหลอดลมโป่งพอง	1	0.45
ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาโรค		
แพทย์	222	100.00
พยาบาล	222	100.00
เภสัชกร	222	100.00
ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของยาสูดขยายหลอดล		
ไม่ได้รับ	-	-
ได้รับ	222	100.00
ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาสูดขยายหลอดลม		
ไม่ได้รับ	-	-
ได้รับ	222	100.00

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านการสุขภาพ (n=222) (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เคยหยุดใช้ยาสูดขยายหลอดลมหรือไม่		
ไม่เคย	135	60.81
เคย ลืม	70	31.53
เคย หยุดยาเอง	10	4.50
เคย ไม่มีอาการ	3	1.35
เคย ยาหมด	4	1.80
ประสบการณ์การเกิดอาการข้างเคียงจากยา		
ไม่เคย	206	92.79
เคย (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ)	16	7.21
เสียงแหบ	11	4.95
ลิ้นเป็นฝ้า	10	4.50
ยาสูดขยายหลอดลมที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
กลุ่มยาออกฤทธิ์สั้น (SABA/SAMA)	222	100.00
กลุ่มยาสเตียรอยด์เดี่ยว (ICS)	28	12.61
กลุ่มยาออกฤทธิ์ยาวผสมสเตียรอยด์ (LABA/ICS)	131	59.11
กลุ่มยาต้านมัสคารินิก (LAMA)	108	48.65
กลุ่มยาต้านมัสคารินิกผสมกลุ่มยาออกฤทธิ์ยาว (LAMA/LABA)	48	21.63
กลุ่มยาต้านมัสคารินิกผสมกลุ่มยาออกฤทธิ์ยาวและผสมกลุ่มยาสเตียรอยด์ (LAMA/LABA/ICS)	24	10.81
ติดตามการรักษา		
ต่อเนื่องตามแพทย์นัด	100	100.00
ไม่ต่อเนื่อง	-	-

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตอบคำถามการวิจัยและทดสอบสมมติฐานการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. “ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นอย่างไร”

ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม (ร้อยละ 94.14) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมืออยู่ที่ 4.88 คะแนน (SD = 0.24) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยสูดขยายหลอดลมเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยาสูดขยายหลอดลมก่อนทำกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก (ร้อยละ 94.59) ไม่เคยเก็บยาสูดขยายหลอดลมไว้ใช้เมื่อการรักษาอื่นไม่ได้ผล (ร้อยละ 98.65) และไม่เคยใช้ยาสูดขยายหลอดลมเมื่อรู้สึกหายใจลำบากเท่านั้น (ร้อยละ 93.69) นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ไม่เคยลืมใช้ยาสูดขยายหลอดลม (ร้อยละ 64.41) ไม่เคยหลีกเลี่ยงการใช้ยาสูดขยายหลอดลม (ร้อยละ 88.74) ไม่เคยตัดสินใจหยุดใช้ยาสูดขยายหลอดลมบางครั้ง (ร้อยละ 89.64) ไม่เคยหยุดใช้ยาสูดขยายหลอดลมชั่วคราว (ร้อยละ 92.34) ไม่เคยปรับขนาดยาสูดขยายหลอดลม (ร้อยละ 95) ไม่เคยใช้ยาสูดขยายหลอดลมเมื่อต้องการเท่านั้น (ร้อยละ 96.85) และไม่เคยใช้ยาสูดขยายหลอดลมน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 96.85) รายละเอียดดังตารางที่ 4.3 และตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.3 คะแนนและระดับของความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=222)

	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	$\bar{X} \pm SD$	ระดับความร่วมมือ	
			ไม่ร่วมมือ n (%)	ร่วมมือ n (%)
ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม	3.4-5.0	4.88 ± 0.24	13 (5.86)	209 (94.14)

ตารางที่ 4.4 ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม จำแนกตามรายข้อ (n=222)

พฤติกรรมการใช้ยา	ประจำ n (%)	บ่อยครั้ง n (%)	บางครั้ง n (%)	นานๆ ครั้ง n (%)	ไม่เคย n (%)
1. ฉันใช้ยาสูดขยายหลอดลมก่อนทำกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก	1 (0.45)	-	-	11 (4.95)	210 (94.59)
2. ฉันจะเก็บยาสูดขยายหลอดลมนี้ไว้ใช้เมื่อการรักษาอื่นไม่ได้ผล	-	-	-	3 (1.35)	219 (98.65)
3. ฉันใช้ยาสูดขยายหลอดลมเมื่อฉันรู้สึกหายใจลำบากเท่านั้น	1 (0.45)	-	1 (0.45)	12 (5.41)	208 (93.69)
4. ฉันลืมใช้ยาสูดขยายหลอดลม	1 (0.45)	-	19 (8.56)	59 (26.58)	143 (64.41)
5. ฉันพยายามหลีกเลี่ยงที่จะใช้ยาสูดขยายหลอดลม	1 (0.45)	3 (1.35)	5 (2.25)	16 (7.21)	197 (88.74)
6. ฉันตัดสินใจหยุดใช้ยาสูดขยายหลอดลม บางครั้ง	1 (0.45)	4 (1.80)	5 (2.25)	13 (5.86)	199 (89.64)
7. ฉันหยุดใช้ยาสูดขยายหลอดลมชั่วคราว	-	3 (1.35)	5 (2.25)	9 (4.05)	205 (92.34)
8. ฉันปรับขนาดยาสูดขยายหลอดลม	-	-	1 (0.45)	10 (4.50)	211 (95.00)
9. ฉันใช้ยาสูดขยายหลอดลมเมื่อฉันต้องการเท่านั้น	-	-	-	7 (3.15)	215 (96.85)
10. ฉันใช้ยาสูดขยายหลอดลมน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	-	-	-	7 (3.15)	215 (96.85)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2. “ความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยาและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือไม่อย่างไร”

ความกังวลจากการใช้ยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความวกังวลจากการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 83.33) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 10.30 คะแนน (SD = 1.89) จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.35) และระดับสูง (ร้อยละ 47.75) โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 17.10 คะแนน (SD = 2.80) จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน และความพร้อมในการใช้ยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้ (ร้อยละ 93.69) มีเพียงส่วนน้อยที่อยู่ในช่วงเริ่มปฏิบัติ (ร้อยละ 6.31) ส่วนการสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 59.91) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 30.83 คะแนน (SD = 17.04) จากคะแนนเต็ม 65 คะแนน รายละเอียดดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของคะแนนความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=222)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยภายใน		
ระดับความกังวลจากการใช้ยา		
ต่ำ	185	83.33
ปานกลาง	37	16.67
สูง	-	-
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	5-16	
$\bar{X} \pm SD$	10.30±1.89	
ระดับการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา		
ต่ำ	2	0.90
ปานกลาง	114	51.35
สูง	106	47.75

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของคะแนนความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=222) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	10-25	
$\bar{X} \pm SD$	17.10±2.80	
ความพร้อมในการใช้ยา		
ช่วงการปฏิบัติ	14	6.31
ช่วงปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้	208	93.69
ปัจจัยภายนอก		
ระดับการสนับสนุนทางสังคม		
ต่ำ	133	59.91
ปานกลาง	40	18.02
สูง	49	22.07
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	13-65	
$\bar{X} \pm SD$	30.83±17.04	

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยาและการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการวิจัย พบว่าความกังวลจากการใช้ยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .046) โดยผู้ที่มีความกังวลระดับต่ำมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ที่มีความกังวลระดับปานกลาง (ร้อยละ 95.68) และ (ร้อยละ 86.49) ตามลำดับ การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .066) ความพร้อมในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) โดยผู้ที่อยู่ในช่วงปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ที่อยู่ในช่วงเริ่มปฏิบัติ (ร้อยละ 97.12) และ (ร้อยละ 50) ตามลำดับ ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .738) รายละเอียดดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยสถิติ Chi-Square / Fisher Exact test

ตัวแปรต้น	ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม			สถิติ	p-value
	ไม่ร่วมมือ n (%)	ร่วมมือ n (%)	รวม 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)	χ^2 = 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	.001
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)		

3. "ความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยาและการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้หรือไม่ อย่างไร"

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ตัวแปรความกังวลจากการใช้ยาและความพร้อมในการใช้ยาเพียง 2 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ จึงทดสอบอำนาจการทำนายโดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression ผลการวิจัย พบว่า มีเพียงตัวแปรความพร้อมในการใช้ยาเท่านั้นที่สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทำนายได้ 32.6% ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการใช้ยาช่วงปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้จะมีความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการใช้ยาช่วงการปฏิบัติ 32.64 เท่า รายละเอียดดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 อำนาจการทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยทำนาย	β	SE	Wald df =1	p-value	Exp (β)	95% Confident Interval
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%						

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Study) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด (Adherence to Inhaled Corticosteroids) ของ Wells et al. (2008) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 222 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ 2) แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม 3) แบบสอบถามความกังวลจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลม 4) แบบสอบการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูดขยายหลอดลม 5) แบบสอบถามความพร้อมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม 6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม และ 7) แบบสอบถามความผิดปกติด้านการรับรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยาย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ ใช้สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความกังวลจากการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยา และสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) วิเคราะห์ความสัมพันธ์การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยากับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ใช้สถิติถดถอยโลจิสติคแบบไบนารี่ (Binary Logistic Regression) วิเคราะห์อำนาจการทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมของความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก จำนวน 222 ราย เกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย นับถือศาสนาพุทธ โดยมีค่าเฉลี่ยอายุ 72.10 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.06) อยู่ในวัยสูงอายุ

ตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) มากที่สุด และมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ รายได้เฉลี่ย 10,566.67 บาทต่อเดือน มีความเพียงพอของรายได้ ใกล้เคียงกับไม่เพียงพอ พบว่าบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยมากที่สุด เป็น คู่สมรส บุตรและหลาน มากกว่าครึ่งหนึ่ง ใช้สิทธิการรักษา ต้นสังกัด กรมบัญชีกลาง ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยมีประวัติสูบบุหรี่ ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่สูบบุหรี่ 28.02 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.95) ค่าเฉลี่ยจำนวนมวนที่สูบบุหรี่ต่อวัน 18.66 มวน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.50) ส่วนใหญ่ ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 6.68 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.40) พบว่า มีระยะเวลาการวินิจฉัยโรคระหว่าง 6-10 ปี มากที่สุด ประมาณครึ่งหนึ่ง มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โดยมีโรคประจำตัว 2 โรคมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดผิดปกติ ประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างเคยหยุดใช้ยาสูดขยายหลอดลม เนื่องจากลืมมากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์เกิดอาการข้างเคียงจากยา

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.14) มีระดับของความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม อยู่ในระดับร่วมมือ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม 4.88 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.24) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของความกังวลจากการใช้ยา การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความพร้อมในการใช้ยาและการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความกังวลจากการใช้ยา และความพร้อมในการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .046$, $p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ($p = .066$, $p = .738$ ตามลำดับ) โดยความพร้อมในการใช้ยาเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ร้อยละ 32.6 ($R^2 = .326$, $p < .001$) กลุ่มที่มีความพร้อมในการใช้ยาช่วงปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มที่มีความพร้อมช่วงการปฏิบัติ 32.64 เท่า (OR = 32.64, 95% CI 8.35-127.54, $p < .001$)

อภิปรายผล

ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร้อยละ 94.14 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาพบอยู่ในช่วงร้อยละ 61-74 (กฤษณา อุไรศรีพงษ์ และคณะ 2560; ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ

และคณะ, 2563; ธนพัชร์ สุมนวิวัฒน์ และคณะ, 2561 ; อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ, 2559) ความร่วมมือที่สูงนี้อธิบายได้จากลักษณะของสถานที่ศึกษาซึ่งเป็นคลินิกเฉพาะทางโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยในการประเมินและติดตามการใช้ยาสูดขยายหลอดลมอย่างใกล้ชิดรวมถึงมีการให้ความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะการใช้ยาสูดขยายหลอดลมอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยทุกรายที่มาติดตามการรักษาทุกครั้งจะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการใช้ยาสูดขยายหลอดลมทุกชนิด โดยจะมีการตรวจสอบยา ประเมินวิธีการและเทคนิคการใช้ยาจากพยาบาลประจำคลินิกและทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการสอนและสาธิตในการใช้ยาซ้ำถ้าหากผู้ป่วยปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง โดยเภสัชกรจะเป็นผู้สาธิตการใช้อุปกรณ์สูดพ่นยาและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับจนทำได้ถูกต้อง ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ ความมั่นใจ และสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องสอดคล้องกับการศึกษาของ Abdulsalim et al. (2018) ที่พบว่าการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกเฉพาะทางช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ความกังวลจากการใช้ยา ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม โดยกลุ่มที่มีความกังวลจาการใช้ยาต่ำจะมีความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมมากกว่ากลุ่มที่มีความกังวลจากการใช้ยาปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .046$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Wells et al. (2008) ที่ระบุว่าความกังวลจากการใช้ยาเป็นปัจจัยภายในด้านความเชื่อเกี่ยวกับยาที่สามารถส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความกังวลจากการใช้ยาเพิ่มขึ้นจะมีแนวโน้มที่จะมีความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมลดลง เพราะเมื่อมีความกังวลจากการใช้ยาเป็นการรับรู้ถึงอันตรายหรือความยุ่งยากจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดใช้ยาหรือร่วมมือในการใช้ยาลดลง ในทางตรงกันข้าม หากผู้ป่วยมีความกังวลจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในระดับต่ำ โดยรับรู้ถึงอันตรายหรือความยุ่งยากจากการใช้ยาลดลงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความกังวลในการใช้ยาระดับต่ำ (ร้อยละ 83.33) ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ อลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) ที่พบว่าความกังวลจากการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม โดยผู้ป่วยที่มีความกังวลสูงจะมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการใช้ยาต่ำกว่า นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ Smits et al. (2017) พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดที่มีความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น การต้องใช้ยาต่อเนื่องหรือกังวลเรื่องผลระยะยาวของยา ก็มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความร่วมมือในการใช้ยา ยิ่งผู้ป่วยมีความกังวลจาการใช้ยามาก ก็จะยิ่งมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการใช้ยาน้อยลง อย่างไรก็ตาม ในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบอำนาจในการทำนายของความกังวลจากการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความ

กังวลอยู่ในระดับต่ำ คือร้อยละ 83.33 และไม่มีผู้ป่วยที่มีความกังวลในระดับสูงเลย ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาเป็นระยะเวลานานระหว่าง 6-10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 45.95 และใช้ยาสูดขยายหลอดลมมาเป็นเวลานานเฉลี่ย 6.52 ปี จึงมีความคุ้นเคยและความมั่นใจในการใช้ยาสูง ความกังวลต่อยาจึงอยู่ในระดับต่ำ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการรักษา ประโยชน์ และผลข้างเคียงของยาสูดขยายหลอดลมทุกชนิดจากแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่ไม่เคยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลมเลย ร้อยละ 92.79 จึงทำให้ความกังวลอาจไม่ได้เป็นปัจจัยหลักในการกำหนดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่งผลให้ไม่พบอำนาจในการทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในการวิจัยครั้งนี้

การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ผลการวิจัยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสูดยาขยายหลอดลม ($p = .066$) ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Wells et al. (2008) ที่พบว่าการรับรู้ความจำเป็นของการใช้ยาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยา อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษามาเป็นระยะเวลานานระยะเวลา 6-10 ปีมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 6.52 ปี) ทำให้มีการรับรู้ถึงความจำเป็นของการใช้ยาอยู่ในระดับที่สูงอยู่แล้ว เห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความจำเป็นอยู่ในระดับสูงและปานกลางเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 47.75 และ 51.35 ตามลำดับ ขณะที่มีเพียงร้อยละ 0.9 เท่านั้นที่มีการรับรู้ความจำเป็นในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาอยู่ที่ 17.10 คะแนน จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอลิษยา วิริยะโชติ และคณะ (2559) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาระดับสูง ร้อยละ 56.7 และระดับปานกลางร้อยละ 38.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาอยู่ที่ 19 คะแนน จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน แต่ไม่พบความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมได้ นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาที่แตกต่างกันของ Smits et al. (2017) ชี้ให้เห็นความสำคัญของความเชื่อเกี่ยวกับยาสูดขยายหลอดลมในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมและการควบคุมโรคหืด โดยพบว่าการรับรู้ถึงความจำเป็นของยามีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยเชื่อว่ายาสูดขยายหลอดลม มีความจำเป็นต่อสุขภาพของตน ก็จะมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมดีกว่า จะเห็นได้ว่าผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับผลการศึกษาในครั้งนี้ในความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความจำเป็นของยากับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความแตกต่างในหลายปัจจัย ได้แก่ ความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาของ Smits et al. (2017) เป็นการศึกษาใน

กลุ่มผู้ป่วยโรคหืดชาวลัตเวีย ซึ่งอาจมีความแตกต่างในด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ทัศนคติ และระบบสาธารณสุข เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ที่เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังชาวไทย ความแตกต่างเหล่านี้อาจส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมการใช้ยาที่แตกต่างกันได้

ความพร้อมในการใช้ยา ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ($p < .001$) และเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมได้ ($R^2 = .326$, $p < .001$) โดยกลุ่มที่มีความพร้อมในการใช้ยาระดับปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้ มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มที่มีความพร้อมระดับปฏิบัติถึง 32.64 เท่า (OR = 32.64, 95% CI 8.35-127.54, $p < .001$) ผลการวิจัยสนับสนุนกรอบแนวคิดของ Wells et al. (2008) ที่อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งความพร้อมในการใช้ยาเป็นปัจจัยภายในในตัวบุคคลที่สำคัญ สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในการยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษา บุคคลที่อยู่ในขั้นปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้ (Maintenance) จะมีการใช้ยาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน มีความมั่นใจในการจัดการกับอุปสรรค และมีแนวโน้มที่จะคงพฤติกรรมการใช้ยาได้ในระยะยาว เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sánchez-Nieto et al. (2022) ด้วยการให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลตามระดับความพร้อมจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Wells et al. (2008) ในผู้ป่วยโรคหืดที่พบว่าความพร้อมในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา อุไรศรีพงษ์ และคณะ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความพร้อมในการใช้ยามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับมากกับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ ($r_s = .815$, $p < .01$) ซึ่งหมายความว่า ผู้ที่มีความพร้อมในการใช้ยามากมีแนวโน้มที่จะมีความร่วมมือในการใช้ยามาก นอกจากนี้ยังพบว่า ความพร้อมในการใช้ยาร่วมทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมได้ร้อยละ 53.8 และยังพบการศึกษาของพวงเพชร ใจอิน และคณะ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ความพร้อมในการใช้ยาเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืดได้ร้อยละ 47.3

การสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ($p = .738$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Wells et al. (2008) การไม่พบความสัมพันธ์อธิบายได้ว่า

อาจเป็นเพราะบริบทของการให้บริการในหน่วยงานที่ทำการศึกษา ซึ่งเป็นคลินิกเฉพาะทางโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีบุคลากรทางการแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในด้านการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ทั้งการให้ความรู้ คำแนะนำ และการติดตามการใช้ยาสูดขยายหลอดลมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ป่วยจึงอาจได้รับการสนับสนุนด้านการใช้ยาสูดขยายหลอดลมจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างเพียงพออยู่แล้ว อาจทำให้บทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนด้านการใช้ยาลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sibbald, Misra, daSilva, and Licskai (2022) ด้วยการจัดระบบบริการแบบทีมสหสาขาวิชาชีพที่บูรณาการ ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพดีขึ้นและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยยาสูดขยายหลอดลมมาเป็นระยะเวลานานระยะเวลา 6-10 ปีมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 6.52 ปี) ผู้ป่วยมักมีความคุ้นเคยและสามารถใช้ยาได้ด้วยตนเองในระดับที่ดี คุ้นเคยจนเป็นกิจวัตรประจำวัน ทำให้อาจไม่จำเป็นต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมมากเท่ากับผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มใช้ยาสูดขยายหลอดลมใหม่ๆ การสนับสนุนจากครอบครัวจึงอาจมีบทบาทต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมน้อยลง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 59.91 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 30.83 คะแนน จากคะแนนเต็ม 65 คะแนน ในทางตรงกันข้ามในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยใหม่ๆ หรือมีข้อจำกัดในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีปัญหาสุขภาพอื่นร่วมด้วย เคยมีประวัติใช้ยาสูดขยายหลอดลมไม่สม่ำเสมอ หรือมีทัศนคติเชิงลบต่อการใช้ยาสูดขยายหลอดลม การสนับสนุนจากครอบครัวอาจมีความสำคัญต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมมากกว่า ดังเช่นการศึกษาของ Liu et al. (2024) ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงของการใช้ยาสูดขยายหลอดลมไม่สม่ำเสมอ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยสูงอายุต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมและการจัดการอาการมากกว่า ยังไม่พบการศึกษาตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย แต่มีการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .543) และสามารถทำนายได้ร้อยละ 29.50 โดยการไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงหเสม และเยาวลักษณ์ ยิ้มเยือน, 2559) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาลิมา สำแดงสาร, ทิพมาส ชิณวงศ์, และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2562) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

($r = .27, p < .01$) แม้ว่าในการศึกษานี้จะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่การสนับสนุนจากครอบครัวก็ยังมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมของผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยซับซ้อน หรือมีปัญหาในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมไม่สม่ำเสมอ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์จึงควรมีการประเมินระดับการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับ และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ สาธิตวิธีใช้ยาสูดขยายหลอดลมและติดตามการใช้ยาสูดขยายหลอดลมลมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและเกิดความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยพบว่าความพร้อมในการใช้ยาสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ พยาบาลควรประเมินความพร้อมในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นประจำ และวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมตามระดับความพร้อม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในระดับปฏิบัติสม่ำเสมอและคงไว้ระยะยาว

2. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา ที่มุ่งเน้นการเพิ่มความพร้อมในการใช้ยา โดยใช้กลยุทธ์ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการเสริมสร้างความมั่นใจร่วมกับการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากพบว่ามีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ

การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยทำนายในตัวแปรอื่นๆเพิ่มเติม ที่อาจมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมตามแนวคิดของ Wells et al. (2008) เช่น การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความมั่นใจในการใช้ยาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ การสนับสนุนของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น เพื่อผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการนำไปวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. (2568). *สถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและอัตราการกำเริบเฉียบพลัน ปี พ.ศ. 2564-2566.* สืบค้นจาก https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/2ad3fe5a63502901dfb2a8fc231c27dc

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

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงหเสม, และเยาวลักษณ์ ยิ้มเยือน. (2559). ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 8*(1), 1-13.

จิรนันท์ กริฟฟิทส์, สุภาวดี พุฒิหน่อย, และเมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี. (2556). *แบบประเมินความรู้ความเข้าใจจีพีค็อก (ฉบับภาษาไทย): ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น: รายงานการวิจัย The General practitioner assessment of cognition; GPCOG (Thai Version): validity and reliabilitty*. เชียงใหม่: ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ฉัตรสุรางค์ ขำรักษ์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และวันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย. (2559). อิทธิพลของการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความกังวลจากการใช้ยา ผลข้างเคียง และระยะเวลาการรักษาต่อความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคหืด. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 34*(1), 73-82.

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิภาณี คงทน, ธนพัชร์ สุมนวิวัฒน์, และวันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย. (2563). อิทธิพลของเทคนิคการใช้ยาชนิดสูด การเกิดอาการกำเริบ อายุ และอุปสรรคในการรับการดูแลต่อความร่วมมือในการใช้ยาชนิดสูดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 38*(2), 74-87.

ธนพัชร์ สุมนวิวัฒน์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล, และนัฐพล ฤทธิ์ทยมัย. (2561). อิทธิพลของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ลักษณะอาการ การสูบบุหรี่ และจำนวนครั้งต่อวันในการใช้ยาสูด ต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง.*วารสารพยาบาลศาสตร์, 37*(1), 45-58.

บรรณานุกรม (ต่อ)

พวงเพชรใจอิน, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และเจริญ ชูโชติถาวร. (2560). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืด. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 35*(4), 61-73.

ดาลิมา สำแดงสาร, ทิพมาส ชิณวงศ์, และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, *39*(3), 51-66.

สมาคมอุรุเวชน์แห่งประเทศไทย. (2565). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: บริษัทภาพพิมพ์จำกัด.

อลิษยา วิริยะโชติ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และวันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย. (2559). อิทธิพลของการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความกังวลจากการใช้ยา ความพึงพอใจในข้อมูลที่ได้รับ และประสบการณ์การเกิดโรคกำเริบ ต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 17*(3), 187-196.

Abdulsalim, S., Unnikrishnan, M. K., Manu, 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.

Agustí, A., & Hogg, J. C. (2019). Update on the pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease. *New England Journal of Medicine*, *381*(13), 1248-1256.

Blanc, P. D., Annesi-Maesano, I., Balmes, J. R., Cummings, K. J., Fishwick, D., Miedinger, D., & Redlich, C. A. (2019). The occupational burden of nonmalignant respiratory diseases. An official American Thoracic Society and European Respiratory Society statement. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *199*(11), 1312-1334.

Bidad, N., Barnes, N., Griffiths, C., & Horne, R. (2018). Understanding patients' perceptions of asthma control: a qualitative study. *The European Respiratory Journal*, *51*(6), 1701346.

Best, J. W., & Kahn, J. V. (1998). *Research in Education* (8th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Bringsvor, H. B., Langeland, E., Oftedal, 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 Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 13*, 3677-3688.

Cai, Q., Ye, L., Horne, R., Ye, X., Xu, Q., Jin, M., . . . Lyu, Q. (2022). Medication adherence in adult Chinese patients with asthma: role of illness perceptions and medication beliefs. *The Journal of Asthma, 59*(7), 1445-1451.

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.

Cho, M. H., Hobbs, B. D., & Silverman, E. K. (2022). Genetics of chronic obstructive pulmonary disease: understanding the pathobiology and heterogeneity of a complex disorder. *The Lancet Respiratory Medicine*, *10*(5), 485-496.

Gardener, A. C., Ewing, G., Kuhn, I., & Farquhar, M. (2018). Support needs of patients with COPD: a systematic literature search and narrative review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, *13*, 1021-1035.

Gephine, S., Le Rouzic, O., Machuron, F., Wallaert, B., Chenivesse, C., Saey, D., . . . Grosbois, J. M. (2020). Long-Term Effectiveness of a Home-Based Pulmonary Rehabilitation in Older People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Retrospective Study. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 15*, 2505-2514.

Gershon, A. S., Thiruchelvam, D., Aaron, S., Stanbrook, M., Vozoris, N., Tan, W. C., & To, T. (2019). Socioeconomic status (SES) and 30-day hospital readmissions for chronic obstructive pulmonary (COPD) disease: a population-based cohort study. *PloS One*, *14*(5), e0216741.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2023). *Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management and Prevention - A Guide for Health Care Professionals.* Chicago: Independently published.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บรรณานุกรม (ต่อ)

Gut-Gobert, C., Cavaillès, A., Dixmier, A., Guillot, S., Jouneau, S., Leroyer, C., . . . Raherison, C. (2019). Women and COPD: do we need more evidence?. *European respiratory review: an official journal of the European Respiratory Society, 28*(151), 180055.

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.

Humenberger, M., Horner, A., Labek, A., Kaiser, B., Frechinger, R., Brock, C., & Lamprecht, B. (2018). Adherence to inhaled therapy and its impact on chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *BMC Pulmonary Medicine*, *18*, 1-6.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* Reading, MA: Addison-Wesley.

Hwang, Y. I., Park, Y. B., & Yoo, K. H. (2017). Recent Trends in the Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Korea. *Tuberculosis and Respiratory Diseases, 80*(3), 226-229.

Iheanacho, I., Zhang, S., King, D., Rizzo, M., & Ismaila, A. S. (2020). Economic Burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): A Systematic Literature Review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 15*, 439-460.

Jansen, E. M., van de Hei, S. J., Dierick, B. J., Kerstjens, H. A., Kocks, J. W., & van Boven, J. F. (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.

Ji, W., Lim, M. N., Bak, S. H., Hong, S. H., Han, S. S., Lee, S. J., & Hong, Y. (2018). Differences in chronic obstructive pulmonary disease phenotypes between non‐smokers and smokers. *The Clinical Respiratory Journal*, *12*(2), 666-673.

Koehorst-ter Huurne, K., Kort, S., Van Der Palen, J., Van Beurden, W. J., Movig, K. L., van der Valk, P., & Brusse-Keizer, M. (2016). Quality of life and adherence to inhaled corticosteroids and tiotropium in COPD are related. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 11*, 1679-1688.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Kokturk, N., Polatli, M., Oguzulgen, I. K., Saleemi, S., Al Ghobain, M., Khan, J., & El Hasnaoui, A. (2018). Adherence to COPD treatment in Turkey and Saudi Arabia: results of the ADCARE study. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 13*, 1377-1388.

Krauskopf, K., Federman, A. D., Kale, M. S., Sigel, K. M., Martynenko, M., O'Conor, R., & Wisnivesky, J. P. (2015). Chronic obstructive pulmonary disease illness and medication beliefs are associated with medication adherence. COPD: *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 12*(2), 151-164.

Ladner, J., El Badrawy, M., Nofal, A., Saba, J., & Audureau, E. (2020). A cohort study of medication adherence among patients with chronic obstructive pulmonary disease in Egypt. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine, 30*(1), 31.

Liu, Y. (2023). Trends in the prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among adults aged ≥18 years-United States, 2011-2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, *72*(46), 1279-1285.

Liu, C., Tham, C. W., De Roza, J., Chong, B. Y., Koh, Y. L., & Tan, N. C. (2020). The association between beliefs and adherence to inhaled controller medication among older adults with asthma: a cross-sectional study in primary care. *Patient Preference and Adherence, 14,* 1351-1359.

Liu, Y. R., Wang, Y., Chen, J., Luo, S., Ji, X., Wang, H., & Zhang, L. (2024). Developing and Validating a Nomogram for Non-Adherence to Inhaler Therapy Among Elderly Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients Based on the Social Ecological Model. *Patient Preference and Adherence*, *18*, 1741-1753.

Martinez, F. D. (2016). Early-life origins of chronic obstructive pulmonary disease. *New England Journal of Medicine, 375*(9), 871-878.

Mirza, S., Clay, R. D., Koslow, M. A., & Scanlon, P. D. (2018). COPD Guidelines: A Review of the 2018 GOLD Report. *Mayo Clinic proceedings*, *93*(10), 1488-1502.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Murillo, E. R., Mora, J. R. M., Bachiller, M. M., Santiago, L. G., Braqué, N. N., & Bravo, M. O. (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.

Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, *24*(1), 67-74.

Norwood, S. (2000) *Research Strategies for Advanced Practice Nurses.* Upper Saddle River: Prentice Hall Health.

O'Toole, J., Krishnan, M., Riekert, K., & Eakin, M. N. (2022). Understanding barriers to and strategies for medication adherence in COPD: A qualitative study. *BMC Pulmonary Medicine, 22*(1), 98.

Ouellette, D. R., & Lavoie, K. L. (2017). Recognition, diagnosis, and treatment of cognitive and psychiatric disorders in patients with COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 12*, 639-650.

Price, D., Keininger, D. L., Viswanad, B., Gasser, M., Walda, S., & Gutzwiller, F. S. (2018). Factors associated with appropriate inhaler use in patients with COPD-lessons from the REAL survey. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 13*, 695-702.

Russell, S., Ogunbayo, O. J., Newham, J. J., Heslop-Marshall, K., Netts, P., Hanratty, B., & Kaner, E. (2018). Qualitative systematic review of barriers and facilitators to self-management of chronic obstructive pulmonary disease: views of patients and healthcare professionals. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine, 28*(1), 1-13.

Sánchez-Nieto, J. M., Bernabeu-Mora, R., Fernández-Muñoz, I., Carrillo-Alcaraz, A., Alcántara-Fructuoso, J., Fernández-Alvarez, J., . . . Martínez, D. S. (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.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บรรณานุกรม (ต่อ)

Sana, A., Somda, S. M. A., Meda, N., & Bouland, C. (2018). Chronic obstructive pulmonary disease associated with biomass fuel use in women: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open Respiratory Research, 5*(1), e000246.

Santos, G., & Turner, A. M. (2020). Alpha-1 antitrypsin deficiency: an update on clinical aspects of diagnosis and management. *Faculty Reviews, 9*, 1.

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.

Shrestha, R., Pant, A., Shrestha, S. S., Shrestha, B., Gurung, R. B., & Karmacharya, B. M. (2015). A cross-sectional study of medication adherence pattern and factors affecting the adherence in chronic obstructive pulmonary disease. *Kathmandu University Medical Journal, 13*(1), 64-70.

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.

Smits, D., Brigis, G., Pavare, J., Maurina, B., & Barengo, N. C. (2017). Factors related to good asthma control using different medical adherence scales in Latvian asthma patients: an observational study. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine, 27*(1), 39.

Su, W. C., Juan, H. L., Lee, J. I., Huang, S. P., Chen, S. C., & Geng, J. H. (2024). Secondhand smoke increases the risk of developing chronic obstructive pulmonary disease. *Scientific Reports, 14*(1), 7481.

Tottenborg, S. S., Lange, P., Johnsen, S. P., Nielsen, H., Ingebrigtsen, T. S., & Thomsen, R. W. (2016). Socioeconomic inequalities in adherence to inhaled maintenance medications and clinical prognosis of COPD. *Respiratory Medicine, 119*, 160-167.

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.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Vrijens, B., Dima, A. L., Van Ganse, E., van Boven, J. F., Eakin, M. N., Foster, J. M., & Price, D. (2016). what we mean when we talk about adherence in respiratory medicine. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice, 4*(5), 802-812.

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. (2003). *Adherences to Long-Term Therapies: Evidence from Action.* Retrieved from www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en

World Health Organization. (2024). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD).* Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)

Yohannes, A. M., Mulerova, H., Lavoie, K., Vestbo, J., Rennard, S. I., Wouters, E., & Hanania, N. A. (2017). The association of depressive symptoms with rates of acute exacerbations in patients with COPD: results from a 3-year longitudinal follow-up of the ECLIPSE cohort. *Journal of the American Medical Directors Association, 18*(11), 955-959.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ



เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.1 บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตัวท่าน โดยเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

2. การศึกษาระดับสูงสุด

☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ ปริญญาตรี ☐ อื่นๆ ระบุ……..

3. อาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ค้าขาย/ธุรกิจ

☐ รับจ้าง ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการบำนาญ

☐ เกษตรกรรม ☐ อื่นๆ ระบุ……..

4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน……...บาท

5. ความเพียงพอของรายได้

☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ ☐ มีเหลือเก็บ

6. บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ อยู่คนเดียว ☐ บิดา-มารดา ☐ คู่สมรส

☐ บุตร ☐ อื่นๆ ระบุ……..

7. เคยสูบบุหรี่หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย ปัจจุบันเลิกแล้ว ☐ เคยปัจจุบันยังสูบอยู่

รวมระยะเวลาที่สูบบุหรี่……ปี จำนวนที่สูบ…… มวน/วัน

8. ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากคลินิก (ใน 1 ปีที่ผ่านมา)

จาก ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล ☐ เภสัชกร ☐ อื่นๆระบุ……

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

9. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของยาสูดขยายหลอดลม

☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

10. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาสูดขยายหลอดลม

☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ

11. เคยหยุดใช้ยาสูดขยายหลอดลมหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย เพราะเหตุใด……..

12. เคยมีประสบการณ์การเกิดอาการข้างเคียงจากยาสูดขยายหลอดลมหรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย ได้แก่ ☐ เสียงแหบ ☐ ลิ้นเป็นฝ้า

☐ อื่นๆ ระบุอาการที่เกิดขึ้นและวิธีจัดการอาการข้างเคียง……..

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

13. ท่านมาติดตามการรักษา

☐ ต่อเนื่องตามแพทย์นัด

☐ ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจาก……

1.2 ข้อมูลทั่วไปที่รวบรวมจากเวชระเบียน

1. อายุ……ปี

2. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

3. ศาสนา

☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม

4. สิทธิในการรักษา

☐ ชำระเงินเอง ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

☐ ประกันสังคม ☐ สังคมสงเคราะห์

☐ ต้นสังกัดกรมบัญชีกลาง

5. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมานาน……ปี

6. ระดับความรุนแรงจากการตรวจสมรรถภาพปอด (GOLD) ระดับ.....

7. ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาสูดขยายหลอดลมนาน…….....เดือนหรือ……ปี

8. โรคประจำตัวอื่นๆ (นอกจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุโรค…….....

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

9. ยาสูดขยายหลอดลมที่ได้รับ

ยาที่ได้รับ	**ขนาดยา (ครั้ง/วัน)**

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

คำชี้แจง แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม
จุดประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ
โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วตอบให้ตรงความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว
โดยทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องที่ท่านเลือก
การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์

ประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำ (ทุกวัน)
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบ่อยครั้ง (5-6 วันในหนึ่งสัปดาห์)
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบางครั้ง (3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์)
นานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นนานๆครั้ง (1-2วันในหนึ่งสัปดาห์)
ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลยใน 1 สัปดาห์

พฤติกรรมการใช้ยา	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1. ฉันใช้ยาสูดขยายหลอดลมก่อนทำกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก					
2. ฉันจะเก็บยาสูดขยายหลอดลมนี้ไว้ใช้เมื่อการรักษาอื่นไม่ได้ผล					
3.ฉันใช้ยาสูดขยายหลอดลมเมื่อฉันรู้สึกหายใจลำบากเท่านั้น					
4. ฉันลืมใช้ยาสูดขยายหลอดลม					
5. ฉันพยายามหลีกเลี่ยงที่จะใช้ยาสูดขยายหลอดลม					
6. ฉันตัดสินใจหยุดใช้ยาสูดขยายหลอดลมบางครั้ง					
7. ฉันหยุดใช้ยาสูดขยายหลอดลม					
8. ฉันปรับขนาดยาสูดขยายหลอดลม					
9. ฉันใช้ยาสูดขยายหลอดลมเมื่อฉันต้องการเท่านั้น					
10. ฉันใช้ยาสูดขยายหลอดลมน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง					

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

คำชี้แจง แบบสอบถามความวิตกกังวลจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

จุดประสงค์เพื่อประเมินความวิตกกังวลจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 5 ข้อ

โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วตอบให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำ

โดยทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องที่ท่านเลือก

การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. บางครั้ง ฉันกังวลกับผลที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวของการใช้ยาสูดขยายหลอดลม					
2. บางครั้ง ฉันกังวลว่าฉันจะพึ่งยาสูดขยายหลอดลมมากเกินไป					
3. การใช้ยาสูดขยายหลอดลมของฉันทำให้ฉันกังวล					
4. ยาสูดขยายหลอดลมของฉันเป็นสิ่งที่ซับซ้อนสำหรับฉัน					
5. ยาสูดขยายหลอดลมที่ฉันใช้อยู่รบกวนการดำรงชีวิตของฉัน					

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

คำชี้แจง แบบสอบถามการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

จุดประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 5 ข้อ

โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วตอบให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำ

โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเลือก

การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ยาสูดขยายหลอดลมของฉันป้องกันไม่ให้อาการของฉันแย่ลง					
2. สุขภาพของฉันขณะนี้ขึ้นอยู่กับยาสูดขยายหลอดลม					
3. สุขภาพของฉันในอนาคตขึ้นอยู่กับยาสูดขยายหลอดลม					
4. หากปราศจากยาสูดขยายหลอดลมของฉัน ฉันจะเจ็บป่วยมาก					
5. ชีวิตของฉันจะไม่สามารถดำรงอยู่ได้หากปราศจากยาสูดขยายหลอดลม					

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพร้อมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

คำชี้แจง แบบสอบถามความพร้อมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพร้อมในการการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โดยทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่อง ☐ หน้าข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียง 1 ข้อ

☐ ใน 1 เดือนที่ผ่านมาฉันไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และ ไม่ได้วางแผนที่จะใช้ใน 1 เดือนข้างหน้า

☐ ใน 1 เดือนที่ผ่านมาฉันไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง แต่คิดว่าจะใช้ใน 1 เดือนข้างหน้า

☐ ใน 1 เดือนที่ผ่านมาฉันไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง แต่วางแผนว่าจะใช้ใน 1 เดือนข้างหน้า

☐ ฉันใช้ยาตามแพทย์สั่ง

☐ ใน 1 เดือนที่ผ่านมาฉันใช้ยาตามแพทย์สั่ง และวางแผนที่จะใช้ใน 1 เดือนข้างหน้า

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

คำชี้แจง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม จุดประสงค์เพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่เกี่ยวกับการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 13 ข้อ

โปรดพิจารณา ข้อความแต่ละข้อ แล้วเลือกให้ตรงกับสิ่งที่ท่านได้รับจากครอบครัวเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เลือก โดย

ได้รับประจำ หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากครอบครัวประจำ (ทุกวัน)

ได้รับบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากครอบครัวบ่อยครั้ง (5-6 วันในหนึ่งสัปดาห์)

ได้รับบางครั้ง หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากครอบครัวบางครั้ง (3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์)

ได้รับนานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากครอบครัวนานๆครั้ง (1-2 วันในหนึ่งสัปดาห์)

ไม่เคยได้รับ หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับการดูแลจากครอบครัวเลยใน 1 สัปดาห์

การสนับสนุนของครอบครัว	**ได้รับประจำ**	**ได้รับบ่อยครั้ง**	**ได้รับบางครั้ง**	**ได้รับนานๆ ครั้ง**	**ไม่เคยได้รับ**
การสนับสนุนด้านอารมณ์ 1. บุคคลในครอบครัวพูดให้กำลังใจท่านในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ					
2. บุคคลในครอบครัวแสดงความห่วงใย และเสนอการช่วยเหลือเมื่อท่านมีปัญหาในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม					
การสนับสนุนด้านการประเมิน 3. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเตือนท่านให้สูดยาขยายหลอดลมครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง					
4. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเตือนท่านให้สูดยาขยายหลอดลมให้ตรงตามเวลา					
5. ในกรณีที่ต้องใช้ยาสูดขยายหลอดลม					

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

การสนับสนุนของครอบครัว	ได้รับประจำ	ได้รับบ่อยครั้ง	ได้รับบางครั้ง	ได้รับนานๆครั้ง	ไม่เคยได้รับ
ชนิดฉุกเฉิน บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเตือนท่านถึงระยะห่างของเวลาการใช้ยา					
6. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเหลือในการตรวจสอบปริมาณยาสูดขยายหลอดลมให้มีเพียงพอใช้ก่อนถึงวันไปพบแพทย์ครั้งต่อไป					
7. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยตรวจสอบเทคนิคการใช้ยาสูดขยายหลอดลมให้ถูกต้องกับยาแต่ละชนิด					
8. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยตรวจสอบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น เชื้อราในปาก ใจสั่น เสียงแหบ เป็นต้น					
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 9. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยสอบถามพยาบาล/แพทย์/เภสัช เกี่ยวกับวิธีการใช้ยาสูดขยายหลอดลม					
10. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเหลือ/อธิบายเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาสูดขยายหลอดลมให้ถูกต้อง					
11. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยหาข้อมูล คู่มือการใช้ยาสูดขยายหลอดลม หรือสิ่งที่สงสัย					
การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ 12. เมื่อท่านเกิดอาการเหนื่อยหอบ บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเหลือใน					

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

การสนับสนุนของครอบครัว	ได้รับประจำ	ได้รับบ่อยครั้ง	ได้รับบางครั้ง	ได้รับนานๆ ครั้ง	ไม่เคยได้รับ
การเตรียมยาสูดขยายหลอดลมชนิดฉุกเฉิน					
13.บุคคลในครอบครัวช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ และช่วยทำความสะอาดกระบอกพ่นยาหลังใช้งาน					

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ GP-COG (กรณีผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป)

ทุกข้อคำถามควรถามเพียงครั้งเดียวยกเว้นแต่มีการระบุไว้

ชื่อและที่อยู่สำหรับการระลึกได้

1. “ฉันกำลังจะบอกชื่อและที่อยู่ให้กับคุณ หลังจากที่พูดไปแล้วฉันต้องการให้คุณพูดซ้ำตามที่ฉันพูด ตอนนี้ให้จำชื่อและที่อยู่นี้ไว้ก่อนเพราะว่าฉันกำลังจะขอให้คุณบอกฉันอีกครั้งในอีกไม่กี่นาทีนี้: นาย จันทร์ ดวงดี, บ้านเลขที่ 42 ถนนรอบเมือง, เชียงใหม่” (ให้ผู้ป่วยพูดตามถ้าหากไม่ถูกต้องผู้ทดสอบสามารถบอกซ้ำได้มากที่สุด 4 ครั้ง)

การรับรู้เวลา	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
2. วันนี้วันที่เท่าไหร่ (ต้องตอบให้ถูกต้องเท่านั้น)	☐	☐
การวาดนาฬิกา (ใช้กระดาษทดสอบที่เตรียมไว้ให้)		
3. กรุณาใส่ตัวเลขบนหน้าปัดนาฬิกาเพื่อระบุเวลาเป็นชั่วโมง (ต้องเว้นช่องว่างให้ถูกต้อง)	☐	☐
4. ให้วาดเข็มนาฬิกาแสดงเวลาสิบเอ็ดนาฬิกาสิบนาที (11.10)	☐	☐
ข้อมูล		
5. ช่วยเล่าให้ฟังว่าเร็วๆนี้ มีข่าวอะไรบ้าง (เร็วนี้=ในช่วงสัปดาห์ที่แล้ว ถ้าคำตอบที่ได้เป็นคำตอบทั่วๆไป ยกตัวอย่างเช่น “สงคราม”, “ฝนตกหนัก”, ให้ถามรายละเอียดด้วย ให้คะแนนเมื่อได้คำตอบที่เฉพาะเจาะจงเท่านั้น)	☐	☐

การระลึกได้

6. ชื่อและที่อยู่ที่ฉันขอให้คุณจำไว้คืออะไร

จันทร์	☐	☐
ดวงดี	☐	☐
42	☐	☐
ถนนรอบเมือง	☐	☐
เชียงใหม่	☐	☐

(ให้รวมคะแนนข้อที่ถูกต้องทั้งหมด) ☐

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

1. แพทย์หญิงเปี่ยมลาภ แสงสายัณห์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม หัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์ปอด สถาบันโรคทรวงอก
2. นางสาวโฉมนภา กิตติศัพท์	พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ โรคหัวใจและทรวงอก วุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ (พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : APN) สถาบันโรคทรวงอก
3. รองศาสตราจารย์ ดร. วิมลรัตน์ บุญเสถียร	หัวหน้าหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยมหาวิทยาลัยรังสิต

บันทึกข้อความ

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ **โทรศัพท์** 1445 **โทรสาร** 1493
ที่ พย 1400/ 1890 **วันที่** 15 พฤษภาคม 2567
เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

ด้วย นางสาวศรีสมร ไตรสุนทร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ อยู่ระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง **"ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง"** โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารินทร์ บินโฮเซ็น เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต พิจารณาเห็นว่าบุคลากรในคณะพยาบาลศาสตร์ คือ รองศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ บุญเสถียร เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และเชี่ยวชาญในเรื่องที่ทำการวิจัย จึงขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

วารินทร์ บินโฮเซ็น
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารินทร์ บินโฮเซ็น)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

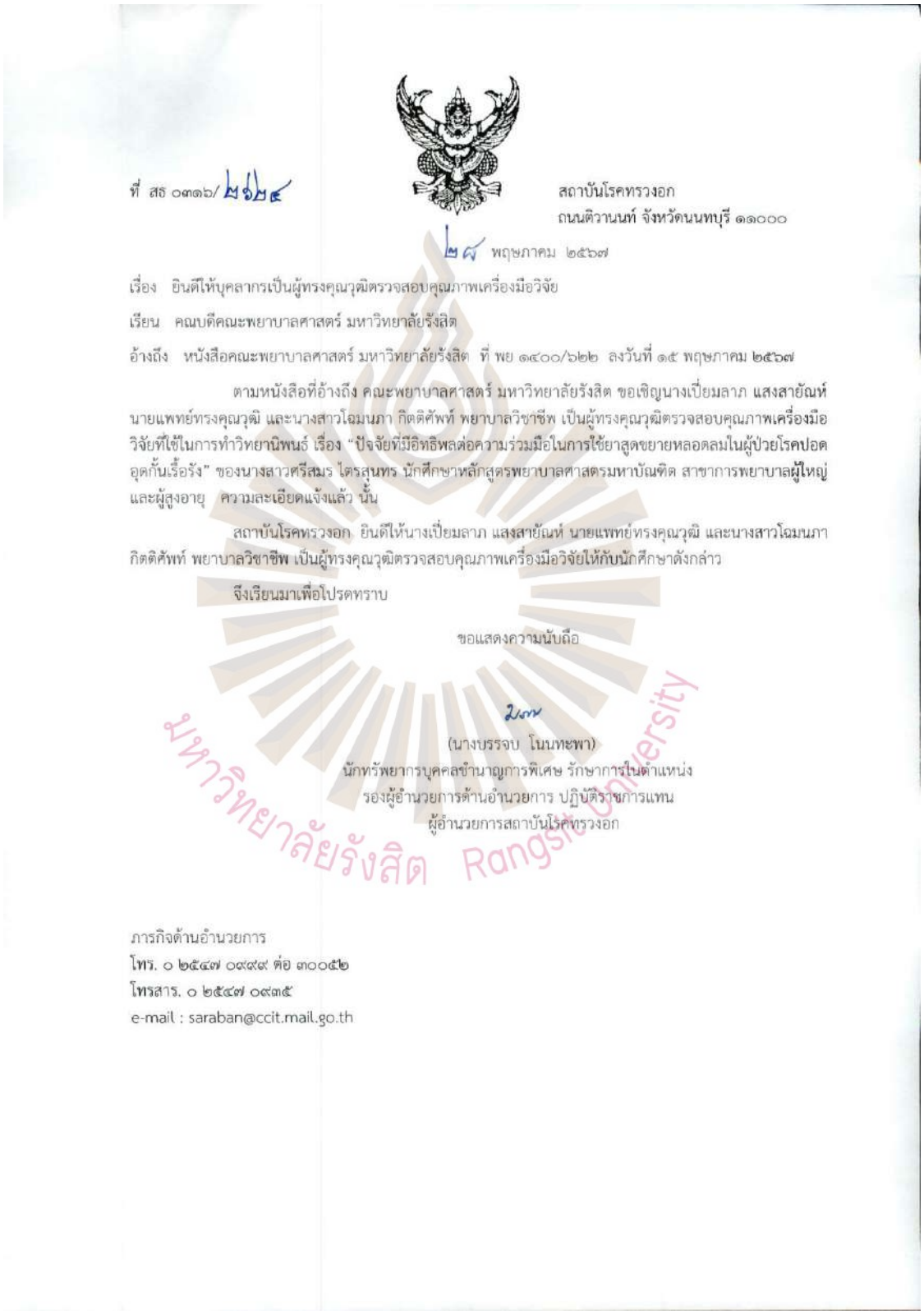
อนุมัติ
15 พค. 2567

ผู้ประสานงาน ลักษณา ยืนยงวนิชกิจ โทร. 1445

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. วิมลรัตน์ บุญเสถียร

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยสถาบันโรคทรวงอก



ที่ สธ ๐๓๑๖/๒๖๒๕ สถาบันโรคทรวงอก
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ยินดีให้บุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ที่ พย ๑๔๐๐/๖๒๒ ลงวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๗

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ขอเชิญนางเปี่ยมลาภ แสงสายัณห์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ และนางสาวโฉมนภา กิตติศัพท์ พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง" ของนางสาวศรีสมร ไตรสุนทร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

สถาบันโรคทรวงอก ยินดีให้นางเปี่ยมลาภ แสงสายัณห์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ และนางสาวโฉมนภา กิตติศัพท์ พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยให้กับนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางบรรจบ โนนทะพา)
นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภารกิจด้านอำนวยการ
โทร. ๐ ๒๕๔๗ ๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๐๕๒
โทรสาร. ๐ ๒๕๔๗ ๐๙๓๕
e-mail : saraban@ccit.mail.go.th

ผลการตรวจสอบคุณภาพของความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

1. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

การสนับสนุนของครอบครัว	ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3	ผู้ที่เห็นด้วย	Content Validity Index (CVI)
การสนับสนุนด้านอารมณ์ 1. บุคคลในครอบครัวพูดให้กำลังใจท่านในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	4	4	4	3/3	1.0
2. บุคคลในครอบครัวแสดงความห่วงใย และเสนอการช่วยเหลือเมื่อท่านมีปัญหาในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม	4	4	4	3/3	1.0
การสนับสนุนด้านการประเมิน 3. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเตือนท่านให้สูดยาขยายหลอดลมครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง	4	3	4	3/3	1.0
4. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเตือนท่านให้สูดยาขยายหลอดลมให้ตรงตามเวลา	4	3	4	3/3	1.0
5. ในกรณีที่ต้องใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดฉุกเฉิน บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเตือนท่านถึงระยะห่างของเวลาการใช้ยา	4	3	4	3/3	1.0
6. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเหลือในการตรวจสอบปริมาณยาสูดขยายหลอดลมให้มีเพียงพอใช้ก่อนถึงวันไปพบแพทย์ครั้งต่อไป	4	3	4	3/3	1.0

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

การสนับสนุนของครอบครัว	**ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1**	**ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2**	**ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3**	**ผู้ที่เห็นด้วย**	**Content Validity Index (CVI)**
7. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยตรวจสอบเทคนิคการใช้ยาสูดขยายหลอดลมให้ถูกต้องกับยาแต่ละชนิด	4	4	4	3/3	1.0
8. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยตรวจสอบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น เชื้อราในปาก ใจสั่น เสียงแหบ เป็นต้น	4	4	4	3/3	1.0
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 9. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยสอบถามพยาบาล/แพทย์/เภสัชเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาสูดขยายหลอดลม	4	4	3	3/3	1.0
10. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเหลือ/อธิบายเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาสูดขยายหลอดลมให้ถูกต้อง	4	4	3	3/3	1.0
11. บุคคลในครอบครัวท่านช่วยหาข้อมูล คู่มือการใช้ยาสูดขยายหลอดลม หรือสิ่งที่สงสัย	4	4	4	3/3	1.0
การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ 12. เมื่อท่านเกิดอาการเหนื่อยหอบ บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเหลือในการเตรียมยาสูดขยายหลอดลมชนิดฉุกเฉิน	4	4	4	3/3	1.0
13.บุคคลในครอบครัวช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ และช่วยทำความสะอาดกระบอกพ่นยาหลังใช้งาน	4	4	4	3/3	1.0

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ผลการตรวจสอบคุณภาพความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน

(Internal consistency reliability)

1. แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.758	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ฉันใช้ยาสูดขยายหลอดลมก่อนทำกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก	4.93	.343	222
ฉันจะเก็บยาสูดขยายหลอดลมนี้ไว้ใช้เมื่อการรักษาอื่นไม่ได้ผล	4.99	.116	222
ฉันใช้ยาสูดขยายหลอดลมเมื่อฉันรู้สึกหายใจลำบากเท่านั้น	4.92	.372	222
ฉันลืมใช้ยาสูดขยายหลอดลม	4.55	.689	222
ฉันพยายามหลีกเลี่ยงที่จะใช้ยาสูดขยายหลอดลม	4.82	.571	222
ฉันตัดสินใจหยุดใช้ยาสูดขยายหลอดลมบางครั้ง	4.82	.595	222
ฉันหยุดใช้ยาสูดขยายหลอดลมชั่วคราว	4.87	.487	222
ฉันปรับขนาดยาสูดขยายหลอดลม	4.95	.246	222
ฉันใช้ยาสูดขยายหลอดลมเมื่อฉันต้องการเท่านั้น	4.97	.175	222
ฉันใช้ยาสูดขยายหลอดลมน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	4.97	.175	222

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ฉันใช้ยาสูดขยายหลอดลมก่อนทำกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก	43.86	5.409	.050	.778
ฉันจะเก็บยาสูดขยายหลอดลมนี้ไว้ใช้เมื่อการรักษาอื่นไม่ได้ผล	43.80	5.526	.123	.765
ฉันใช้ยาสูดขยายหลอดลมเมื่อฉันรู้สึกหายใจลำบากเท่านั้น	43.87	4.639	.518	.726
ฉันลืมใช้ยาสูดขยายหลอดลม	44.24	4.257	.307	.779
ฉันพยายามหลีกเลี่ยงที่จะใช้ยาสูดขยายหลอดลม	43.96	3.610	.769	.671
ฉันตัดสินใจหยุดใช้ยาสูดขยายหลอดลมบางครั้ง	43.96	3.465	.808	.661
ฉันหยุดใช้ยาสูดขยายหลอดลมชั่วคราว	43.91	4.088	.650	.699
ฉันปรับขนาดยาสูดขยายหลอดลม	43.84	5.319	.200	.760
ฉันใช้ยาสูดขยายหลอดลมเมื่อฉันต้องการเท่านั้น	43.82	5.135	.556	.741
ฉันใช้ยาสูดขยายหลอดลมน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	43.82	5.189	.485	.745

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2. แบบสอบถามความวิตกกังวลจากการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.780	5

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
บางครั้ง ฉันกังวลกับผลที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวของการใช้ยาสูดขยายหลอดลม	2.23	.753	222
บางครั้ง ฉันกังวลว่าฉันจะพึ่งยาสูดขยายหลอดลมมากเกินไป	2.17	.675	222
การใช้ยาสูดขยายหลอดลมของฉัน ทำให้ฉันกังวล	2.00	.398	222
ยาสูดขยายหลอดลมของฉันเป็นสิ่งที่ซับซ้อนสำหรับฉัน	1.95	.256	222
ยาสูดขยายหลอดลมที่ฉันใช้อยู่รบกวนการดำรงชีวิตของฉัน	1.95	.297	222

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
บางครั้ง ฉันกังวลกับผลที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวของการใช้ยาสูดขยายหลอดลม	8.07	1.728	.633	.741
บางครั้ง ฉันกังวลว่าฉันจะพึ่งยาสูดขยายหลอดลมมากเกินไป	8.13	1.815	.702	.688
การใช้ยาสูดขยายหลอดลมของฉัน ทำให้ฉันกังวล	8.30	2.547	.665	.717
ยาสูดขยายหลอดลมของฉันเป็นสิ่งที่ซับซ้อนสำหรับฉัน	8.35	2.952	.606	.760
ยาสูดขยายหลอดลมที่ฉันใช้อยู่รบกวนการดำรงชีวิตของฉัน	8.34	2.941	.509	.768

มหาวิทยาลัยราชภัฏ Rajabhat University

3. แบบสอบถามการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.836	5

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ยาสูดขยายหลอดลมของฉัน ป้องกันไม่ให้อาการของฉันแย่ลง	3.98	.441	222
สุขภาพของฉันขณะนี้ขึ้นอยู่กับยาสูดขยายหลอดลม	3.73	.697	222
สุขภาพของฉันในอนาคตขึ้นอยู่กับยาสูดขยายหลอดลม	3.59	.717	222
หากปราศจากยาสูดขยายหลอดลมของฉัน ฉันจะเจ็บป่วยมาก	3.57	.762	222
ชีวิตของฉันจะไม่สามารถดำรงอยู่ได้หากปราศจากยาสูดขยายหลอดลม	3.11	.906	222

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ยาสูดขยายหลอดลมของฉัน ป้องกันไม่ให้อาการของฉันแย่ลง	14.00	6.579	.473	.846
สุขภาพของฉันขณะนี้ขึ้นอยู่กับยาสูดขยายหลอดลม	14.24	5.253	.658	.798
สุขภาพของฉันในอนาคตขึ้นอยู่กับยาสูดขยายหลอดลม	14.39	4.962	.740	.774
หากปราศจากยาสูดขยายหลอดลมของฉัน ฉันจะเจ็บป่วยมาก	14.41	4.849	.718	.779
ชีวิตของฉันจะไม่สามารถดำรงอยู่ได้หากปราศจากยาสูดขยายหลอดลม	14.87	4.476	.664	.804

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

4. แบบสอบการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.993	13

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
บุคคลในครอบครัวพูดให้กำลังใจท่านในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	2.63	1.482	222
บุคคลในครอบครัวแสดงความห่วงใย และเสนอการช่วยเหลือเมื่อท่านมีปัญหา	2.62	1.474	222
บุตคลในครอบครัวท่านช่วยเตือนท่านให้สูดยาขยายหลอดลมให้ตรงเวลา	2.59	1.458	222
บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเตือนท่านให้สูดยาขยายหลอดลมครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง	2.59	1.458	222
ในกรณีต้องใช้ยาชนิดฉุกเฉินบุคคลในครอบครัวท่านช่วยเตือนถึงระยะห่างของเวลาการใช้ยา	2.45	1.390	222
บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเหลือในการตรวจสอบปริมาณยาเหลือ	2.36	1.351	222
บุคคลในครอบครัวท่านช่วยตรวจสอบเทคนิคการใช้ยาสูดให้ถูกต้อง	2.33	1.337	222
บุคคลในครอบครัวท่านช่วยตรวจสอบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา	2.23	1.295	222
บุคคลในครอบครัวท่านช่วยสอบถามพยาบาล/แพทย์/เภสัชเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา	2.22	1.269	222
บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเหลือ อธิบายเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาสูดให้ถูกต้อง	2.18	1.267	222
บุคคลในครอบครัวท่านช่วยหาข้อมูล คู่มือการใช้ยาหรือสิ่งที่สงสัย	2.01	1.235	222
เมื่อท่านเกิดอาการเหนื่อยหอบ บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเหลือในการเตรียมยา	2.39	1.350	222
บุคคลในครอบครัวช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์และช่วยทำความสะอาดกระบอกพ่นยา	2.24	1.295	222

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
บุคคลในครอบครัวพูดให้กำลังใจท่านในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	28.21	244.102	.952	.993
บุคคลในครอบครัวแสดงความห่วงใยและเสนอการช่วยเหลือเมื่อท่านมีปัญหา	28.22	244.261	.954	.993
บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเตือนท่านให้สูดยาขยายหลอดลมให้ตรงเวลา	28.25	244.223	.966	.993
บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเตือนท่านให้สูดยาขยายหลอดลมครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง	28.25	244.223	.966	.993
ในกรณีต้องใช้ยาชนิดฉุกเฉินบุคคลในครอบครัวท่านช่วยเตือนถึงระยะห่างของเวลาการใช้ยา	28.39	245.886	.977	.993
บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเหลือในการตรวจสอบปริมาณยาเหลือ	28.48	246.993	.979	.993
บุคคลในครอบครัวท่านช่วยตรวจสอบเทคนิคการใช้ยาสูดให้ถูกต้อง	28.50	247.391	.979	.993
บุคคลในครอบครัวท่านช่วยตรวจสอบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา	28.61	249.315	.963	.993
บุคคลในครอบครัวท่านช่วยสอบถามพยาบาล/แพทย์/เภสัชเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา	28.62	250.236	.960	.993
บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเหลือ อธิบายเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาสูดให้ถูกต้อง	28.66	250.724	.948	.993
บุคคลในครอบครัวท่านช่วยหาข้อมูล คู่มือการใช้ยาหรือสิ่งที่สงสัย	28.82	253.684	.894	.994
เมื่อท่านเกิดอาการเหนื่อยหอบ บุคคลในครอบครัวท่านช่วยเหลือในการเตรียมยา	28.45	247.280	.972	.993
บุคคลในครอบครัวช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์และช่วยทำความสะอาดกระบอกพ่นยา	28.59	249.953	.946	.993

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารรับรองการขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัยต่างประเทศ

1. แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม

2. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาสูดขยายหลอดลม ในด้านความวิตกกังวลจากการใช้ยา และการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา



Gmail

Request for Permission to Use Research Instruments (MARS and BMQ) in a Master's Thesis (แบบขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย (MARS และ BMQ) ในวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท)

ศรีสมร ไตรสุนทร

Dear Prof. Robert Horne and Ms. Penny Reed,

I am Srisamorn Trisuntorn, a second-year student in the Master of Science in Nursing Program (Adult and Aging Nursing) at the Faculty of Nursing, Rangsit University, Bangkok, Thailand. I am currently conducting research for my thesis titled "Factors Influencing Inhaled Bronchodilators in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease."

I am writing to request your permission to use the Medication Adherence Report Scale (MARS) and the Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) as instruments in my research. I understand that these instruments have been previously translated and used in Thailand by Miss Alisra Wiriyachot.

I would be grateful if you could grant me permission to use these instruments for my research. Your approval would be a significant contribution to my study and would help me to better understand the factors influencing medication adherence among COPD patients in Thailand.

Please let me know if you require any additional information or documentation from me. I look forward to hearing from you and thank you in advance for your consideration.

Best regards,

Srisamorn Trisuntorn

Master of Science in Nursing Program (Adult and Aging Nursing)

Faculty of Nursing, Rangsit University

Bangkok, Thailand

Request for Permission to Use Research Instruments (MARS and BMQ) in a Master's Thesis

ศรีสมร ไตรสุนทร

Dear Prof. Robert Horne and Ms. Penny Reed, I am Srisamorn Trisuntorn, a second-year student in the Master of Science in Nursing Program (Adult and Aging Nursin

Todd, Rebecca

Dear Srisamorn,

I hope this email finds you well. Thank you for your interest in the MARS-5 and BMQ.

We ask all potential users to sign up to our standard conditions for use and/or translation of the questionnaires, which you can find via the links below. If you are happy with the conditions, please complete the forms. Permissions are automatic on receipt of returned forms. Please see the questionnaires attached, as well as scoring instructions and further information on the co-authorship conditions.

MARS: https://forms.office.com/r/qYSHUrRePd

BMQ: https://forms.office.com/e/uWAFbKkSTr

Apologies I cannot see that we have a Thai version of the questionnaires saved on file. You would be welcome to translate the questionnaires yourself, however, for this you would need to send the translated version as well as the back translation for us to review and approve before use.

If you have any questions, please do not hesitate to ask.

Kind regards,
Becca

Todd, Rebecca

Dear Srisamorn, I have now discussed this further with our senior members of the team. Seeing as we are able to see a record of the initial permission that was

ศรีสมร ไตรสุนทร

Dear Todd, Rebecca, Thank you very much for your time and assistance in helping me navigate the permission process for using the MARS-BMQ instrument. Your suppo

Todd, Rebecca

Dear Srisamorn,

No problem at all.

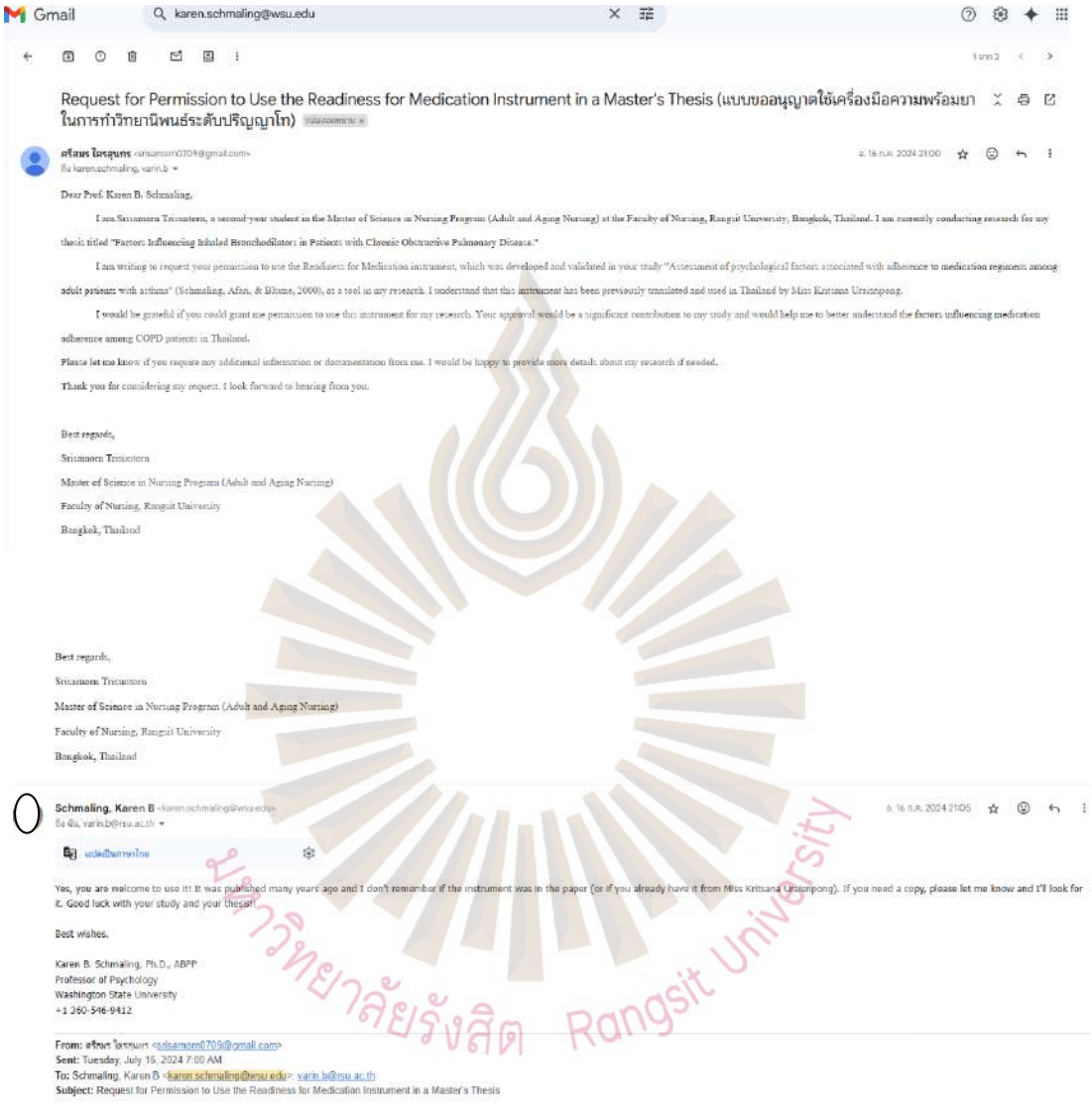
I can see you have now completed the forms, so thank you very much for that.

All the best with your research.

Best wishes,

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

3. แบบสอบถามความพร้อมในการใช้ยา



Gmail karen.schmaling@wsu.edu

Request for Permission to Use the Readiness for Medication Instrument in a Master's Thesis (แบบขออนุญาตใช้เครื่องมือความพร้อมยาในการทำวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท)

ศรีสมร ไตรอุนทร <srisamorn0709@gmail.com> ส. 15 มิ.ย. 2024 21:00

Dear Prof. Karen B. Schmaling,

I am Srisamorn Traisiern, a second-year student in the Master of Science in Nursing Program (Adult and Aging Nursing) at the Faculty of Nursing, Rangsit University, Bangkok, Thailand. I am currently conducting research for my thesis titled "Factors Influencing Inhaled Bronchodilator: in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease."

I am writing to request your permission to use the Readiness for Medication instrument, which was developed and validated in your study "Assessment of psychological factors associated with adherence to medication regimens among adult patients with asthma" (Schmaling, Afton, & Blume, 2000), as a tool in my research. I understand that this instrument has been previously translated and used in Thailand by Miss Kritsana Uraisripong.

I would be grateful if you could grant me permission to use this instrument for my research. Your approval would be a significant contribution to my study and would help me to better understand the factors influencing medication adherence among COPD patients in Thailand.

Please let me know if you require any additional information or documentation from me. I would be happy to provide more details about my research if needed.

Thank you for considering my request. I look forward to hearing from you.

Best regards,
Srisamorn Traisiern
Master of Science in Nursing Program (Adult and Aging Nursing)
Faculty of Nursing, Rangsit University
Bangkok, Thailand

Best regards,
Srisamorn Traisiern
Master of Science in Nursing Program (Adult and Aging Nursing)
Faculty of Nursing, Rangsit University
Bangkok, Thailand

Schmaling, Karen B <karen.schmaling@wsu.edu> ส. 16 มิ.ย. 2024 21:05

แปลเป็นภาษาไทย

Yes, you are welcome to use it! It was published many years ago and I don't remember if the instrument was in the paper (or if you already have it from Miss Kritsana Uraisripong). If you need a copy, please let me know and I'll look for it. Good luck with your study and your thesis!!

Best wishes,

Karen B. Schmaling, Ph.D., ABPP
Professor of Psychology
Washington State University
+1 360-546-9412

From: ศรีสมร ไตรอุนทร <srisamorn0709@gmail.com>
Sent: Tuesday, July 16, 2024 7:00 AM
To: Schmaling, Karen B <karen.schmaling@wsu.edu>; varin.b@rsu.ac.th
Subject: Request for Permission to Use the Readiness for Medication Instrument in a Master's Thesis

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

4. เอกสารรับรองการขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
หลักสูตรบัณฑิตศึกษา
๒ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร ๐๒-๔๔๓-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒ - ๓
โทรสาร ๐๒-๔๔๑-๕๓๙๗

ที่ อว ๗๘.๐๕/๖๘๔
วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๗
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

ตามหนังสือที่ พย ๑๔๐๐/๐๕๘ ลงวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยตามรายละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น คณะฯ ได้พิจารณาแล้วยินดีอนุญาตให้ นางสาวศรีสมร ไตรสุนทร ใช้เครื่องมือวิจัยของนางสาวกฤษณา อุไรศรีพงษ์ ทั้งนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบ***แบบฟอร์มการขอใช้เครื่องมือวิจัย (พย.ม.๐๑๔) มาด้วย*** เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน ๒๐๐.๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเองหรือ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี "คณะพยาบาลศาสตร์" เลขที่บัญชี ๐๑๖-๔๒๙๘๐๕-๘ ประเภทออมทรัพย์ และแนบสำเนาหลักฐานการโอนเงินส่งมายัง E-mail saowanee.mah@mahidol.edu เอกสารฉบับจริงส่งมายัง
หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เอมพร รตินธร)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรบัณฑิตศึกษาศาลายา ชั้น ๕ ให้ติดต่อตั้งแต่ เวลา ๐๘.๓๐-๑๔.๓๐ น.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
หลักสูตรบัณฑิตศึกษา
๒ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร ๐๒-๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒ - ๓
โทรสาร ๐๒-๔๔๑-๕๓๙๗

ที่ อว ๗๘.๐๕/ ๖๓๕
วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๗
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

ตามหนังสือที่ พย ๑๔๐๐/๐๕๗ ลงวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยตามรายละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น คณะฯ ได้พิจารณาแล้วยินดีอนุญาตให้ นางสาวศรีสมร ไตรสุนทร ใช้เครื่องมือวิจัยของนางสาวอลิษา วิริยะโชติ ทั้งนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบ*แบบฟอร์มการขอใช้เครื่องมือวิจัย (พย.ม.๐๑๔) มาด้วย* เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน ๒๐๐.๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเองหรือ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี "คณะพยาบาลศาสตร์" เลขที่บัญชี ๐๑๖-๔๒๙๘๐๕-๘ ประเภทออมทรัพย์ และแนบสำเนาหลักฐานการโอนเงินส่งมายัง E-mail saowanee.mah@mahidol.edu เอกสารฉบับจริงส่งมายัง

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เอมพร รตินธร)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรบัณฑิตศึกษาศาลายา ชั้น ๕ ให้ติดต่อตั้งแต่ เวลา ๐๘.๓๐-๑๔.๓๐ น.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ข

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัคร

Informed Consent Form

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า อายุ ปี อาศัย

โทรศัพท์

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้:

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของข้าพเจ้าเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ข้าพเจ้าจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด และหากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ

ผู้วิจัยชื่อ นางสาวศรีสมร ไตรสุนทร โทรศัพท์ 062-2655469 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือเลขานุการฯ ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในคน อาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (อาคาร 1) ชั้น 5 ห้อง 504 มหาวิทยาลัยรังสิต 52/347 หมู่บ้านเมืองเอก ถ.พหลโยธิน ต.หลักหก อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2791-5728 โทรสาร 0-2791-5689

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ _____ ลงชื่อ _____

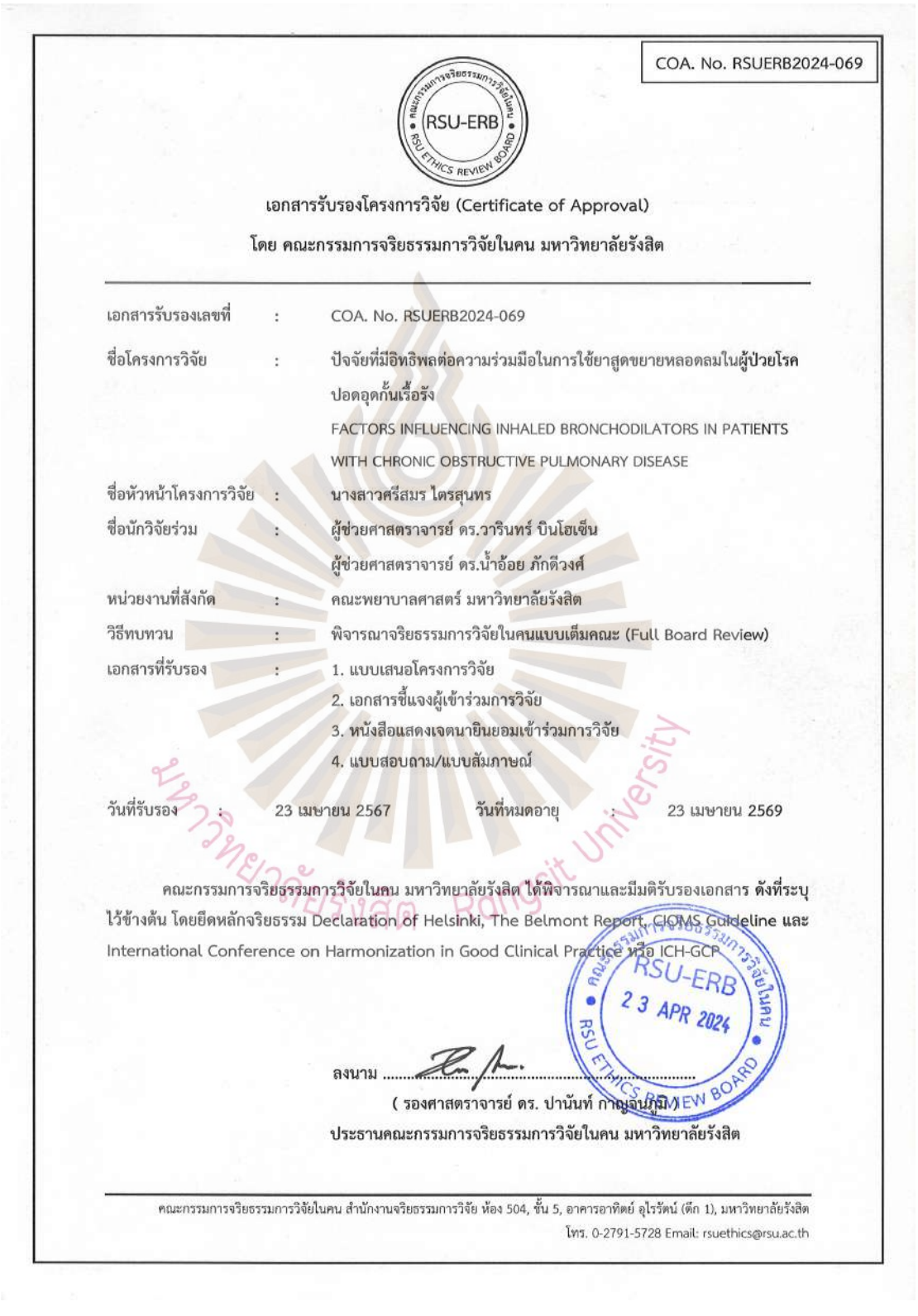
(_____) (นางสาวศรีสมร ไตรสุนทร)

ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้ขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต



COA. No. RSUERB2024-069

RSU-ERB

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval)

โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

เอกสารรับรองเลขที่	:	COA. No. RSUERB2024-069
ชื่อโครงการวิจัย	:	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง FACTORS INFLUENCING INHALED BRONCHODILATORS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย	:	นางสาวศรีสมร ไตรสุนทร
ชื่อนักวิจัยร่วม	:	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารินทร์ บินโฮเซ็น ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.น้ำอ้อย ภักดีวงศ์
หน่วยงานที่สังกัด	:	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
วิธีทบทวน	:	พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแบบเต็มคณะ (Full Board Review)
เอกสารที่รับรอง	:	1. แบบเสนอโครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4. แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์
วันที่รับรอง	:	23 เมษายน 2567
วันที่หมดอายุ	:	23 เมษายน 2569

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสาร ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักจริยธรรม Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

RSU-ERB 23 APR 2024

ลงนาม .....

(รองศาสตราจารย์ ดร. ปานันท์ กาญจนภูมิ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานจริยธรรมการวิจัย ห้อง 504, ชั้น 5, อาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (ตึก 1), มหาวิทยาลัยรังสิต
โทร. 0-2791-5728 Email: rsuethics@rsu.ac.th

เอกสารรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันโรคทรวงอก

COA No. 087/2567
REC No. 043/2567

กรมการแพทย์
สถาบันโรคทรวงอก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สถาบันโรคทรวงอก กระทรวงสาธารณสุข
74 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร 02-547-0999 ต่อ 30219

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สถาบันโรคทรวงอก ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง" (FACTORS INFLUENCING INHALED BRONCHODILATORS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)

รหัสโครงการ : REC 043/2567

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวศรีสมร ไตรสุนทร สังกัด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ
ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารที่ได้การรับรอง :

1. บันทึกข้อความ แบบเอกสารที่ CCIT REC 01 ที่ สธ 0316/COPD/64/2567 ลงวันที่ 12 มิถุนายน 2567 เรื่อง ขอส่งโครงร่างการวิจัยเพื่อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย (Initial protocol submission)
2. ประวัติผู้วิจัยและหลักฐานผ่านการฝึกอบรม GCP Training (Principal investigator's CV & GCP Training)
3. แบบแสดงการมีผลประโยชน์ทับซ้อนและทุนวิจัย (Conflict of interest and funding form) AF 09-02/01.0
4. แบบยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (Submission form for Ethics Review) AF 06-02/01.0
5. แบบฟอร์มผู้วิจัยใช้ประเมินตนเอง (Self Assessment form for PI) AF 09-01/01.0
6. โครงร่างวิจัย (Proposal)
7. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (Informed Consent Form) AF 09-03/01.0 Version: 01.00 ฉบับวันที่ 5.03.2567
8. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย (Information sheet for research participant) AF 09-04/01.0 Version: 02.00 ฉบับวันที่ 27.08.2567
9. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย Version: 01.00 ฉบับวันที่ 5.03.2567
10. อิเล็กทรอนิคส์ไฟล์ข้อมูลการวิจัย

ลงนาม : .....
(นายแพทย์ธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์
สถาบันโรคทรวงอก
วันที่รับรอง : 9 กันยายน 2567

ลงนาม : .....
(นายแพทย์บุญจง จึงวัฒน์วิชัย)
เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์
สถาบันโรคทรวงอก
วันที่หมดอายุ : 8 กันยายน 2568

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารการขออนุญาตหน่วยงานเพื่อเก็บข้อมูล



ที่ สธ ๐๓๑๖/ ๔๙๐๗ สถาบันโรคทรวงอก
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๗ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ที่ พย. ๑๔๐๐/๖๒๑ ลงวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๗

ตามหนังสือที่อ้างถึง ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวศรีสมร ไตรสุนทร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเรื่อง"ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง" ในหน่วยงานผู้ป่วยนอกและคลินิกพิเศษโรคปอด สถาบันโรคทรวงอก ความละเอียดดังแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ สถาบันโรคทรวงอก อนุญาตให้ นางสาวศรีสมร ไตรสุนทร ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง" ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก และคลินิกพิเศษโรคปอด สถาบันโรคทรวงอก ได้ตามที่ขอมา โดยให้ติดต่อกับกลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอด โทร. ๐ ๒๕๔๗ ๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๐๔๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายเอนก กนกศิลป์)
ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

ภารกิจด้านอำนวยการ
โทร. ๐ ๒๕๔๗ ๐๙๑๐
โทรสาร. ๐ ๒๕๔๗ ๐๙๓๕

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารการตอบรับให้เข้าเก็บข้อมูล



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ภารกิจด้านอำนวยการ สถาบันโรคทรวงอก โทร. ๓๐๙๑๑

ที่ สธ ๐๓๐๖/ ๕๙๐๖ **วันที่** ๒๗ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในสถาบันโรคทรวงอก

เรียน นางสาวศรีสมร ไตรสุนทร

ตามที่ท่านได้ยื่นขอดำเนินโครงการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสูดขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง" ในสถาบันโรคทรวงอก ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการศูนย์วิจัยทางคลินิก และคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยของสถาบันโรคทรวงอก ได้พิจารณาแล้ว มีมติอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ ดังได้แนบใบอนุมัติจริยธรรมเพื่อการวิจัยมาพร้อมนี้ โดยขอให้ติดต่อกับกลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอด โทร. ๓๐๐๔๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย

(นายเอนก กนกศิลป์)
ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	ศรีสมร ไตรสุนทร
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, 2551 มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, 2568
สถานที่ทำงาน	สถาบันโรคทรวงอก
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University