



พลของกลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ต่อการกำเริบของโรคในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Effects of Therapeutic Regimen Adherence Enhancing Strategies on Exacerbations Among Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

พรสรวง	วงศ์สวัสดิ์	พย.ม.*	Pornsuang	Wongsavat	M.N.S.*
จินดารัตน์	ชัยอาจ	พย.ด.**	Jindarat	Chaiard	Ph.D.**
นิตยา	ภิญโญคำ	พย.ด.***	Nitaya	Pinyokham	Ph.D.***

บทคัดย่อ

ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำเป็นต้องให้ความร่วมมือในการรักษาของแพทย์ เพื่อสามารถควบคุมและลดการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาต่อการกำเริบของโรคในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและคลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 64 ราย ตั้งแต่เดือนมีนาคม – เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยวิธีการจับคู่ แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 32 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป 2) แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) แผนกลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 4) คู่มือความรู้ 5) สมุดบันทึกการติดตามการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 6) สมุดบันทึกการให้ความร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบแมน-วิทนี (Mann-Whitney U-test)

ผลการวิจัยพบว่า

จำนวนครั้งเฉลี่ยของการกำเริบของโรคในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มที่ได้รับกลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การใช้กลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ช่วยลดความถี่ของการกำเริบของโรคในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถนำกลยุทธ์ดังกล่าวไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในผู้ที่เป็โรคนี้ต่อไป

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการรักษา กลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา การกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Graduate Student, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, kittygawsai2@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



Abstract

Persons with chronic obstructive pulmonary disease should adhere to a therapeutic regimen for effective control of exacerbations. This experimental research aimed to examine the effects of therapeutic regimen adherence enhancing strategies on exacerbations among persons with chronic obstructive pulmonary disease. The subjects of the study were persons with chronic obstructive pulmonary disease attending the chronic obstructive pulmonary disease department and the outpatient patient department, Thasala Hospital, Nakhonsrithamaraj Province from March to June 2014. Sixty-four subjects were purposively selected by pair matching technique and divided into a control and an experimental group, with 32 in each group. Research instruments consisted of, 1) the demographic data record form, 2) the therapeutic regimen adherence interview questions form for persons with chronic obstructive pulmonary disease, 3) therapeutic regimen adherence enhancing strategies plan for persons with chronic obstructive pulmonary disease, 4) the educational hand book for persons with chronic obstructive pulmonary disease, 5) the adherence monitoring recording form for researcher and 6) the adherence self-recording form for persons with chronic obstructive pulmonary disease. Data were analyzed by using descriptive statistics, and the Mann-Whitney U-test.

Research results revealed that:

The mean number of exacerbations among persons with chronic obstructive pulmonary disease who received therapeutic regimen adherence enhancing strategies were statistical significantly lower than those who did not ($p < .05$).

Results of this study demonstrated that therapeutic regimen adherence enhancing strategies can decrease the frequency of exacerbations among persons with chronic obstructive pulmonary disease. These strategies can be used to improve the quality of nursing care for this population.

Key words: Therapeutic Regimen Adherence, Therapeutic Regimen Adherence Enhancing Strategies, Exacerbations, Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease [COPD]) เป็นโรคที่มีการจำกัดการไหลเวียนของอากาศอย่างเรื้อรังและมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของเนื้อปอด ทำให้มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจที่ไม่สามารถกลับเป็นปกติได้ (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD],

2011) โรคดังกล่าวเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก ปัจจุบันมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึง 210 ล้านคน มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 5 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของโลก และคาดการณ์ว่าในปี 2030 จะกลายมาเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับที่ 3 (World Health



Organization [WHO], 2010)

ในปี พ.ศ. 2553 มีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ต่ำกว่า 1.5 ถึง 3 ล้านคน (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553) จากข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 919 ราย มีอัตราความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อ 1,000 ประชากรในปี 2551, 2552 และ 2553 เท่ากับ 1.4, 1.9 และ 2.4 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จัดเป็นอันดับที่ 7 ของโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 48 ชั่วโมง (revisit) เป็นอันดับที่ 1 ของโรคที่เป็นสาเหตุการกลับเข้าพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (readmission) โดยผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและถูกเดินจากการกำเริบของโรค มีจำนวน 265 ราย คิดเป็น 466 ครั้ง และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการกำเริบของโรค มีจำนวน 244 ราย คิดเป็น 486 ครั้ง (แบบรายงานข้อมูลสถานะสุขภาพประจำปี 2555 โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช, 2555) จากข้อมูลแนวโน้มอุบัติการณ์ข้างต้น แสดงให้เห็นว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไข

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด การรักษามีเป้าหมายหลัก 2 ประการ คือ คงสภาพร่างกายในปัจจุบันให้ดีที่สุดและการป้องกันสิ่งที่จะเกิดในอนาคต (GOLD, 2011) การรักษาแบ่งออกเป็น การรักษาในระยะที่มีการกำเริบของโรคและการรักษาในระยะสงบ (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553) โดยเฉพาะการรักษาในระยะสงบ ที่เน้นเป้าหมายหลักในการควบคุมไม่ให้เกิดการกำเริบของโรคได้ง่าย ประกอบด้วย การรักษาโดยการใช้ยา เช่น ยาสูดพ่นขยายหลอดลม ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ การรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง และการรักษาที่ไม่ใช้ยา เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำเริบ การเลิกสูบบุหรี่ การใช้ออกซิเจนระยะยาว การ

ออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง (GOLD, 2011) การรักษาก็จะสามารถบรรลุเป้าหมายและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วยอย่างจริงจังและต่อเนื่องตลอดการดำเนินของโรค

ความร่วมมือในการรักษา (adherence to therapeutic regimens) หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยที่ยอมรับคำแนะนำและยึดมั่นในการดูแลตนเอง โดยการปฏิบัติตัวหรือปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องตามแนวทางการรักษาของบุคคลากรที่มีสุขภาพ (WHO, 2003) ซึ่งความร่วมมือในการรักษาได้รับความสนใจมาเป็นเวลานาน โดยเฉพาะผู้ที่มีความเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มักไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Brunton, 2011) เช่นเดียวกับการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนานและต้องใช้จ่ายในการรักษามากกว่า 1 ชนิด ทั้งยารับประทานและยาสูดพ่น ซึ่งล้วนมีความยุ่งยากในการใช้ (Soriano, Kiri, Pride, & Vestbo, 2003) อีกทั้งผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค

ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังให้ความร่วมมือในการรักษาไม่มากนัก มีเพียงร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 60 ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาของแพทย์อย่างจริงจัง (Krigsman, Nilsson, & Ring, 2007) มีผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพียงร้อยละ 50 ที่สามารถใช้จ่ายสูดพ่นได้ถูกต้องและเหมาะสมตามคำแนะนำของแพทย์ (Make, 2003) ในด้านการเลิกสูบบุหรี่ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวรมีน้อยกว่าร้อยละ 20 (Bourbeau & Bartlett, 2008) ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่าร้อยละ 50 ไม่มีการฝึกการบริหารปอดและออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (Arnold, Bruton, & Ellis-Hill, 2006) ซึ่งการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อการควบคุมการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง



อาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ได้แก่ อาการหอบเหนื่อยมากขึ้น ไอมากขึ้น มีเสมหะมากขึ้นหรือเปลี่ยนสี ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเองที่บ้าน ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553; GOLD, 2011) การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะการรักษาโดยใช้ยาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การกำเริบของโรคเกิดขึ้นได้ง่าย การใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่นไม่สม่ำเสมอจะทำให้อัตราการเกิดการกำเริบของโรคเพิ่มสูงขึ้น (Soriano et al., 2003) ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอ จะมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้ยาไม่สม่ำเสมอ และการไม่ให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมต่อโรคจะทำให้การกำเริบของโรคเกิดขึ้นได้ง่ายขึ้น ส่งผลทำให้การดำเนินโรคแย่ลงตามมา (Tancharoenrat, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง มีระดับความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้น ประกอบด้วย 1) การสร้างปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพกับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Bourbeau & Bartlett, 2008; Brunton, 2011; Gillissen, Wirtz, & Juergens, 2007; Howell, 2008) 2) การประเมินการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยใช้วิธีการแบบผสมผสาน (Gillissen et al., 2007; Howell, 2008) 3) การประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษา (Bourbeau & Bartlett, 2008; Oyekan, Nimalasuriya, Martin, Scott, Dudl et al., 2009) 4) การให้ความรู้และการฝึกทักษะ (Brunton, 2011; Gillissen et al., 2007) ทั้งความรู้เรื่องโรค การรักษา และทักษะการปฏิบัติตัวในด้านการรักษาอย่างเหมาะสม ทั้งในด้านการใช้ยาและด้านที่ไม่ใช้ยา (Bourbeau & Bartlett, 2008) 5) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (มนัส พงศ์ชัยเดชา, อุไรวรรณ ตระการกิจวิจิต และ กิตติ พิทักษ์นิตินันท์, 2549; Bourbeau & Bartlett, 2008; Oyekan et al., 2009) และ 6) การย้าเตือนให้มีการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับ

แผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Gillissen et al., 2007; Howell, 2008)

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาโดยเน้นในด้านยาเป็นหลัก มีบางการศึกษาที่เน้นในด้านการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการให้คำปรึกษารายบุคคล ในส่วนของผลลัพธ์ มีการศึกษาถึงผลลัพธ์หลายด้านรวมถึงผลลัพธ์ในด้านการกำเริบของโรค แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาที่ใช้กลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาอย่างครอบคลุมทั้งด้านการใช้ยาและด้านที่ไม่ใช้ยาต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของกลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม มาใช้ส่งเสริมให้ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ทั้งในด้านการใช้ยาและด้านที่ไม่ใช้ยา ได้แก่ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำเริบ การเลิกสูบบุหรี่ การใช้ออกซิเจนระยะยาว การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งผลให้การกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเกิดการกำเริบของโรคในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

จำนวนครั้งเฉลี่ยของการกำเริบของโรคในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับกลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความร่วมมือในการรักษาในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ปัญหาดังกล่าวส่งผลทำให้การกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดขึ้นได้ง่าย กลยุทธ์



การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 1) การสร้างปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ดี 2) การประเมินการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษา 3) การประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษา 4) การให้ความรู้และการฝึกทักษะ 5) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน และ 6) การย้ำเตือนให้มีการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีระดับความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้น ทั้งในด้านการใช้ยา และด้านที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำเริบ การเลิกสูบบุหรี่ การใช้ออกซิเจนระยะยาว การออกกำลังกายและการมาตรวจตามนัด ส่งผลให้การกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงตามมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบผลหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและคลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนมีนาคม - เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเปิดตารางประมาณกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยคำนวณถึงขนาดที่เหมาะสมเพื่อให้ผลการศึกษานั้นได้สะท้อนให้เห็นข้อเท็จจริงในปรากฏการณ์จริงของการศึกษา จึงกำหนดขนาดอิทธิพลที่ 0.50 กำหนดอำนาจการทดสอบที่ 0.80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 ราย และปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ในกรณีที่จะเกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (drop out) (Burns & Grove, 2005) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 32 ราย รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้วิธีการจับคู่ (matched pair) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) มีระดับความรุนแรงของโรคโดยใช้ MRC scale อยู่ในระดับ 2 ถึงระดับ 5 3) มี

ประวัติการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 4) มีการปฏิบัติตัวที่ไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์อย่างน้อย 2 ด้านในทั้งหมด 6 ด้าน โดยใน 2 ด้านนั้นจะต้องมีการปฏิบัติตัวที่ไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาด้านการใช้ยา ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการออกกำลังกาย หรือด้านการใช้ออกซิเจนระยะยาว ประกอบด้วยอย่างน้อย 1 ด้าน ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การฟัง และการพูด สามารถเข้าใจสื่อสารภาษาไทยและเขียนภาษาไทยได้ 6) แพทย์พิจารณาให้เข้าร่วมการวิจัย 7) สมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการวิจัย เข้ากลุ่มควบคุม 32 ราย ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 32 ราย ซึ่งได้รับกลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค การรักษาที่ได้รับ จำนวนครั้งของการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาและความคล้ายคลึงของลักษณะการปฏิบัติตัวที่ไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ และดำเนินการวิจัยไปพร้อมๆ กัน ตลอดการดำเนินการวิจัยไม่มีกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น ส่วนที่ 1 แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิในการรักษาพยาบาล ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว ลักษณะของที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมบริเวณบ้าน ผู้ดูแล 2) แบบสอบถามข้อมูลความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัวอื่น ๆ ประวัติการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และ



การรักษาที่ได้รับ 3) แบบบันทึกข้อมูลการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: [CVI]) ได้เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และประเมินซ้ำอีกครั้งใน 2 สัปดาห์ถัดไป คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น

ส่วนที่ 1 แผนกลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ส่วนที่ 2 คู่มือความรู้ “แนวทางในการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 3 สมุดบันทึกรายบุคคล แบ่งเป็น 2 เล่ม ได้แก่ 1) สมุดบันทึกการติดตามการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (บันทึกโดยผู้วิจัย) และ 2) สมุดบันทึกการให้ความร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (บันทึกโดยผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

แผนกลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คู่มือความรู้ และสมุดบันทึกรายบุคคล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจเนื้อหา ก่อนนำไปใช้จริงพบว่าเนื้อหาสามารถเข้าใจได้ง่าย เหมาะสมในการนำไปใช้ได้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอเรื่องผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อขอ

อนุญาตเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อได้รับความเห็นชอบ ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม การรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมและความปลอดภัยตลอดระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมการวิจัย พร้อมแจ้งให้ทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการหรือไม่สามารถร่วมกิจกรรมต่อจนครบในระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกได้ทันที โดยไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผลและไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการที่พึงได้จากโรงพยาบาลแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมสำหรับอาสาสมัคร แล้วจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยสำรวจรายชื่อผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลท่าศาลา ทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไปพร้อม ๆ กัน ดังนี้

กลุ่มควบคุม ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง 1 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 15 นาที) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบรวบรวมข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษา กล่าวขอบคุณ หลังจากนั้นได้ติดตามข้อมูลจำนวนครั้งของการกำเริบของโรคในกลุ่มควบคุมอีก 8 สัปดาห์ถัดไป โดยไม่มีกิจกรรมใด ๆ นอกเหนือจากการพยาบาลที่ได้รับตามปกติจากทางโรงพยาบาล ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุการเกิดโรค การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และ การมาตรฐานตามนัด



กลุ่มทดลอง ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มทดลองเป็นเวลา 5 สัปดาห์ (จำนวน 6 ครั้ง) ดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) ที่โรงพยาบาล (ใช้เวลา 45 นาที) สร้างปฏิสัมพันธ์ ใช้การสื่อสารแบบสองทางให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบรวบรวมข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษา สรุปการประเมินการปฏิบัติตัวในการรักษาแต่ละด้านของแต่ละรายว่าสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับแผนการรักษา บันทึกลงในสมุดบันทึกของผู้วิจัย ร่วมกันหาวิธีจัดการกับอุปสรรคในแต่ละด้าน เช่น แจกกระปุกแยกยา แจกบัตรเตือนการใช้จ่ายสุดพัน เน้นย้ำการปรับช่วงเวลาสุดพันยาให้ใกล้เคียงกับกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ ประสานงานให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาด้านยาหรือเข้ารับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ แจกคู่มือความรู้ สอนความรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติตัวด้านการรักษาตามความจำเป็นในแต่ละราย แจกและสอนการใช้สมุดบันทึกในส่วนที่บันทึกโดยกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวในแต่ละด้านให้เหมาะสมในแต่ละราย บันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกของผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 2 วัน) ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 45 นาที ทักทายแบบเป็นกันเอง สนทนาโดยใช้รูปแบบการสื่อสารแบบสองทาง ทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งที่ 1 โดยให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายย้อนกลับ กล่าวชมเชยเมื่อสามารถอธิบายได้อย่างถูกต้อง และอธิบายซ้ำพร้อมให้กำลังใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างอธิบายไม่ถูกต้อง สอนความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติตัวในด้านการรักษาเพิ่มเติมจากครั้งที่ 1 ประเมินการปฏิบัติตัวตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในครั้งที่ 1 สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวด้านที่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย ร่วมกันหาวิธีจัดการกับปัญหาและอุปสรรคนั้น ๆ และร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวในการรักษาแต่ละด้านให้เหมาะสมในแต่ละราย บันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกของผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ 2 (ครั้งที่ 3) และ สัปดาห์ที่ 4 (ครั้งที่ 5) ติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ ใช้เวลา 10 นาที กล่าวทักทายและสนทนากับกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นกันเอง สอบถามการปฏิบัติตัวในด้านการรักษาในช่วง 1 สัปดาห์

ที่ผ่านมาตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอบถามการบันทึกการปฏิบัติตัวในสมุดบันทึกของกลุ่มตัวอย่าง บันทึกสิ่งที่ประเมินได้ลงในลงในสมุดบันทึกของผู้วิจัย สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวด้านที่ยังไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ร่วมกันหาวิธีจัดการกับอุปสรรคนั้น ๆ ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวในการรักษาแต่ละด้านให้เหมาะสมในแต่ละราย บันทึกรายละเอียดลงในสมุดบันทึกของผู้วิจัย พูดให้กำลังใจ พร้อมพูดเน้นย้ำถึงความสำคัญของการรักษาและการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 3 (ครั้งที่ 4) ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 45 นาที กล่าวทักทายแบบเป็นกันเอง สนทนาโดยใช้รูปแบบการสื่อสารแบบสองทาง ทบทวนความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวในด้านการรักษาทั้งหมด ประเมินการปฏิบัติตัวด้านรักษาในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยการนับเม็ดยา ตรวจสอบปริมาณยาสุดพันที่เหลือ สอบถามและตรวจสอบการบันทึกสมุดบันทึกของกลุ่มตัวอย่าง หากพบว่าบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ กล่าวชื่นชมเพื่อเสริมแรงจิตใจ ให้กำลังใจ หากไม่สามารถปฏิบัติตัวได้สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวด้านที่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ร่วมกันหาวิธีจัดการกับอุปสรรคดังกล่าว และร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวในการรักษาแต่ละด้านให้เหมาะสมในแต่ละราย บันทึกรายละเอียดลงในสมุดบันทึกของผู้วิจัย พร้อมพูดกระตุ้นเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการรักษาและการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 5 (ครั้งที่ 6) ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวทักทายแบบเป็นกันเอง แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัย ทบทวนความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวในด้านการรักษาทั้งหมดที่ได้รับ กล่าวชมเชยเมื่อสามารถอธิบายได้อย่างถูกต้อง และอธิบายซ้ำพร้อมให้กำลังใจเมื่ออธิบายไม่ถูกต้อง ประเมินการปฏิบัติตัวด้านรักษาในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สรุปความต่อเนื่องของการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับ



แผนการรักษาในระยะ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ว่าบรรลุหรือไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ พร้อมสะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างทราบ บันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินลงในลงในสมุดบันทึกของผู้วิจัย กล่าวชื่นชมกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง พุดกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการรักษาและการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดไป กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือตลอดการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

หลังจากนั้นผู้วิจัยติดตามข้อมูลจำนวนครั้งของการกำเริบของโรคในกลุ่มควบคุมอีก 8 สัปดาห์ถัดไป โดยไม่มีกิจกรรมใด ๆ นอกเหนือจากกิจกรรมหรือบริการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเป็นปกติจากทางโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติบรรยาย และเปรียบเทียบการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบแมน-วิทนี (Mann-Whitney U-test)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ เป็นเพศชายร้อยละ 84.40 และเพศหญิงร้อยละ 15.60 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 66.62 (พิสัย = 48-82 ปี) ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 66.31 (พิสัย = 46-82 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 65.60 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 81.20 ในกลุ่มทดลอง การศึกษาระดับประถมศึกษา

ร้อยละ 75 และร้อยละ 81.20 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่ร้อยละ 25 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาของการเป็นโรคอยู่ในช่วง 1-5 ปี ในจำนวนที่เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 40.60 ระยะเวลาของการเป็นโรคเฉลี่ย 8.47 (S.D. = 6.42) และ 8.50 (S.D. = 7.00) ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีความรุนแรงของโรคในระดับ 2 มากที่สุดคิดเท่ากันคือ ร้อยละ 53.10 ทั้งสองกลุ่มจำนวนทั้งหมดได้รับยาขยายหลอดลมทั้งชนิดรับประทานและชนิดสูดพ่น ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนครั้งของการกำเริบของโรคในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 59.40 โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวนครั้งเฉลี่ย 6.28 (S.D. = 5.22) ส่วนในกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งเฉลี่ย 6.16 (S.D. = 5.35) เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปทั้งหมดพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. จำนวนครั้งของการกำเริบของโรคในกลุ่มควบคุมมีทั้งหมด 32 ครั้ง ส่วนในกลุ่มทดลองมีทั้งหมด 12 ครั้ง จำนวนครั้งเฉลี่ยของการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองหลังได้รับกลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการกำเริบของโรคน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($Z = -2.73, p < .05$) (กลุ่มควบคุม: $\bar{x} = 1.00, S.D. = 1.14$; กลุ่มทดลอง: $\bar{x} = 0.38, S.D. = 0.75$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการกำเริบของโรคภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จำนวนครั้งของการกำเริบ ของโรค	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Z	p-value
	N	\bar{x} S.D.	N	\bar{x} S.D.		
หลังการทดลอง	32	1.00 1.14	12	0.38 0.75	-2.73	.006



การอภิปรายผล

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผลได้ว่า การที่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ น่าจะมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาโดยใช้กลยุทธ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

การดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยได้ดำเนินการใช้กลยุทธ์ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา โดยเริ่มจากการสร้างปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มทดลองโดยใช้การสื่อสารที่เหมาะสม เน้นการสื่อสารแบบสองทางโดยการ สนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี กลุ่มทดลองเกิดความไว้วางใจ ยินยอมบอกเล่าการปฏิบัติตัวที่เป็นจริง ซึ่งเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่มีความสำคัญในการส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Brunton (2011) พบว่าการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้น

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ประเมินการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยใช้วิธีการประเมินแบบผสมผสาน ช่วยให้ประเมินการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองได้อย่างครอบคลุมว่าสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับแผนการรักษา การสะท้อนกลับข้อมูลทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ปัญหาตนเองอย่างถูกต้อง เกิดแรงจูงใจให้มีความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gillissen et al., (2007) พบว่าการติดตามความร่วมมือในการรักษาด้วยวิธีการแบบผสมผสาน จะช่วยให้การประเมินปัญหาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและชัดเจนมากขึ้น

การประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ผ่านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการปรึกษาร่วมกัน ช่วยให้ผู้วิจัยและกลุ่มทดลองสามารถร่วมกันเลือกวิธีการจัดการกับอุปสรรคที่เกิดขึ้น

ในแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม กลุ่มทดลองเกิดความพร้อมในการปฏิบัติและมีการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษาได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Oyekan และคณะ (Oyekan et al., 2009) ที่พบว่า การค้นหาอุปสรรคในการให้ความร่วมมือในการรักษาและการประเมินความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งอุปสรรคจากตัวผู้ป่วยเอง อุปสรรคในด้านการรักษา รวมถึงอุปสรรคในด้านทีมผู้รักษา จัดเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างมากในการเลือกการจัดการที่เหมาะสมเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีระดับความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้นได้

การให้ความรู้และการฝึกทักษะแบบรายบุคคล ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจ สามารถปฏิบัติตัวในทักษะดังกล่าวได้ถูกต้อง แม่นยำมากยิ่งขึ้น เกิดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก กลุ่มทดลองจึงมีความร่วมมือในการรักษาได้ดีและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gillissen et al., (2007) พบว่าความรู้และทักษะในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหอบหืดและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความมั่นใจและเกิดความตระหนักในสำคัญของการใช้ยามากขึ้น ทำให้ระดับความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวดีขึ้น ส่งผลให้การกำเริบของโรคหอบหืดและการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงได้

การที่กลุ่มทดลองกับผู้วิจัยได้มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ช่วยให้กลุ่มทดลองรับรู้ถึงการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติตัวของตนเองที่มีความชัดเจน เมื่อสามารถปฏิบัติได้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงเกิดความพึงพอใจและเกิดความต้องการที่จะปฏิบัติตัวในด้านการรักษาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง กลุ่มทดลองจึงมีความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้นจริง สอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ สุวรรณพงศ์ (2552) ที่ได้ใช้แนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง (King, 1981) มาใช้ในการส่งเสริมผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีพฤติกรรมกาฟื้นฟุสมรรถภาพปอดที่ดีขึ้น พบว่าการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมกาฟื้นฟุสมรรถภาพปอดที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ย้าเตือนกลุ่มตัวอย่างให้มีการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนัก เล็งเห็นความสำคัญของการรักษา จึงสามารถปฏิบัติตัวได้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างต่อเนื่อง วิธีการที่ใช้ เช่น การย้าเตือนทางโทรศัพท์ (นรรัตน์ สมเพชร, ชิดชนก เรือนก้อน และ อัญชลี เพิ่มสุวรรณ, 2550) หรือการใช้บัตรเตือนการสูดพ่นยาและการแจกกระปุกยา ในกลุ่มตัวอย่างที่ลืมนับประทานยาบ่อย รับประทานยาผิดชนิด หรือรับประทานยาซ้ำซ้อน (Howell, 2008; Oyekan et al., 2009)

สิ่งที่อาจส่งผลต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค ในการศึกษาครั้งนี้ ในกลุ่มทดลองที่มีความรุนแรงของโรคในระดับ 2 ถึงระดับ 4 จำนวนผู้ที่ไม่มีการกำเริบของโรคเกิดขึ้นมีมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนผู้ที่มีความรุนแรงของโรคในระดับ 5 มีจำนวนน้อยที่ไม่มีการกำเริบของโรค และมีจำนวนเท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนการกำเริบของโรคที่เกิดขึ้นนั้นพบว่า ผู้ที่มีความรุนแรงของโรคในระดับ 2 และระดับ 4 ยังคงมีการกำเริบของโรคเกิดขึ้นทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยพบในกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลอง เมื่อพิจารณาข้อมูลความร่วมมือในการรักษาของแต่ละรายแล้ว พบว่า เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตัวไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาเกือบทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านการใช้ยา การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำเริบและการเลิกสูบบุหรี่ อีกทั้งมีประวัติการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดขึ้นบ่อยครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ทำให้ภายหลังการศึกษา กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวที่อยู่ในกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาจากผู้วิจัย จึงยังคงมีการกำเริบของโรคเกิดขึ้นได้ ส่วนในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวที่อยู่ในกลุ่มทดลอง แม้จะได้รับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาจากผู้วิจัยแล้ว แต่พบว่ายังไม่สามารถปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษาและไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกับผู้วิจัยอย่างต่อเนื่อง โดยยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีการสัมผัสกับมลภาวะจากการทำงาน เช่น

ร้านซ่อมรถ โรงไม้ โดยไม่มีการป้องกันสิ่งกระตุ้นดังกล่าวอย่างเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้วิจัย ดังนั้นการกำเริบของโรคจึงยังคงเกิดขึ้นได้

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถช่วยให้ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ทั้งในด้านการใช้ยาและด้านที่ไม่ใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง จึงอาจส่งผลทำให้การกำเริบของโรคลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล สามารถนำแผนกลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้ไปปรับใช้กับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหน่วยงานของตน เพื่อเพิ่มระดับความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้น ส่งผลให้การกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงตามมา
2. ด้านการวิจัย สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการวิจัยในกลุ่มผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในบริบทที่เกี่ยวข้องหรือใกล้เคียงกับเรื่องดังกล่าวให้มีความต่อเนื่องต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาของการศึกษาให้นานขึ้น เพื่อติดตามความคงอยู่ของความร่วมมือในการรักษาในระยะยาว และเพิ่มระยะเวลาของการเก็บข้อมูลการกำเริบของโรคหลังการศึกษาให้นานขึ้น หรือเปรียบเทียบข้อมูลการกำเริบของโรคทั้งก่อนและหลังการศึกษา เพื่อยืนยันผลของกลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในการลดการกำเริบของโรคในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างชัดเจนมากขึ้น
2. ควรศึกษาผลของกลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา โดยวัดผลลัพธ์ในด้านคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดูแลผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



เอกสารอ้างอิง

- คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (2553). *แนวปฏิบัติสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- นรรรัตน์ สมเพชร, ชิดชนก เรือนก้อน, และ อัญชลี เพิ่มสุวรรณ. (2550). ผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(2), 89-97.
- มนัส พงศ์ชัยเดชา, อุไรวรรณ ตระการกิจวิจิต, และ กิตติ พิทักษ์นิตินนท์. (2549). ผลของการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยในต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคหืดและหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง. Retrieved from [http://www.thaihp.org/index.php?option=other_detail &lang=th&id=37&sub=26](http://www.thaihp.org/index.php?option=other_detail&lang=th&id=37&sub=26)
- ดวงใจ สุวรรณพงศ์. (2552). ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 36(3), 114-124.
- โรงพยาบาลท่าศาลา. (2555). *แบบรายงานข้อมูลสถานะสุขภาพประจำปี 2555*. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลท่าศาลา.
- Arnold, E., Bruton, A., & Ellis-Hill, C. (2006). Adherence to pulmonary rehabilitation: A qualitative study. *Respiratory Medicine*, 100(10), 1716-1723.
- Bourbeau, J., & Bartlett, S. J. (2008). Patient adherence in COPD. *Thorax*, 63(9), 831-838.
- Brunton, A. S. (2011). Improving medication adherence in chronic disease management. *Journal of Family Practice*, 60 (Supple. 4), S1-S8.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research conduct, critique, and utilization* (5th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Gillissen, A., Wirtz, H., & Juergens, U. (2007). Patient and physician factors contributing to poor outcomes in patients with asthma and COPD. *Disease Management & Health Outcomes*, 15(6), 355-376.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2011). *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD*. Retrieved from <http://www.goldcopd.org>
- Howell, G. (2008). Nonadherence to medical therapy in asthma: risk factors, barriers, and strategies for improving. *The Journal of Asthma*, 45(9), 723-729.
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: System, concept, process*. New York: John Wiley & Sons.
- Krigsman, K., Nilsson, J., L., & Ring, L. (2007). Refill adherence for patients with asthma and COPD: Comparison of a pharmacy record database with manually collected repeat prescriptions. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 16(4), 441-448.
- Make, B. J. (2003). Chronic obstructive pulmonary disease: developing comprehensive management. *Respiratory care*, 48(12), 1225-1237.
- Oyekan, E., Nimalasuriya, A., Martin, J., Scott, R., Dudl, J., & Green, K. (2009). The B-SMART Appropriate Medication-Use Process: A Guide for Clinicians to Help Patients Part 1: Barriers, Solutions, and Motivation. *Clinical Medicine*, 3(1), 62-69.



Soriano, J. B., Kiri, V. A., Pride, N. B., & Vestbo, J. (2003). Inhaled corticosteroids with/without long-acting β -agonists reduce the risk of rehospitalization and death in COPD patients. *American Journal of Respiratory Medicine*, 2(1), 67-74.

Tancharoenrat, W. (2005). *Factors influence compliance of patients with chronic obstructive pulmonary disease* (Unpublished master's thesis). Mahidol University, Bangkok, Thailand.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva, Switzerland: Author.

World Health Organization. (2010). *World health statistics 2010*. Retrieved from <http://www.who.int/whosis/whostar/2010/en/index.html>