

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรคนิวโรมัยอิลัยติสออฟติกา Factors Related to Medication Adherence of Patients with Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder

ปัทมา วิมานจันทร์* อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ** นพวรรณ พินิจจรเดช***

Pattama Wimanchan* Apinya Siripitayakunkit** Noppawan Phinitkhajorndech***

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Nursing Science Program (Adult and Gerontological Nursing), Ramathibodi School of Nursing,
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok

,* โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

,* Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok

* Corresponding Author: pattama.wi@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน การได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว และความไว้วางใจในทีมสุขภาพ กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ของผู้ป่วยกลุ่มโรคนิวโรมัยอิลัยติสออฟติกา โดยใช้แบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคนิวโรมัยอิลัยติสออฟติกาที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจโรคอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสมรรถภาพการรู้คิด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา 3) แบบบันทึกปัจจัยด้านการใช้ยา 4) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาของผู้ป่วย 5) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 6) แบบสอบถามแอปการของครอบครัว 7) แบบประเมินความไว้วางใจในทีมสุขภาพ โดยเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์ และการทดสอบของฟิชเชอร์

ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 96 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 22 - 79 ปี อายุเฉลี่ย 49 ปี (SD = 11.96) กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 56 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของผู้ป่วย ($\chi^2 = 37.543$, $p < .01$) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($\chi^2 = 19.7$, $p < .01$) จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ($\chi^2 = 4.694$, $p < .05$) การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($\chi^2 = 17.473$, $p < .01$)

Received: February 26, 2025; Revised: May 8, 2025; Accepted: May 13, 2025

มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความไว้วางใจในทีมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง โดยเมื่อวัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาและความร่วมมือในการรับประทานยาค่า Odd ratio (OR) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาในระดับดีมีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับต่ำถึงปานกลาง 23 เท่า (OR = 23.4, 95% CI = 7.71 - 71.021) กลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีมีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับต่ำถึงปานกลาง 7 เท่า (OR = 7.28, 95% CI = 2.997-17.28 กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยา 1 - 5 เม็ดต่อวันให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่า = 2.79, 95% CI = 1.181 - 6.604) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวระดับมากให้ความร่วมมือที่รับประทานยา > 5 เม็ดต่อวัน 2.7 เท่า (OR ร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวระดับปานกลาง 17 เท่า (OR 17, 95% CI = 3.658 - 79.002) ผลการวิจัยครั้งนี้พยาบาลควรมีบทบาทในการสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จัดทำโปรแกรมส่งเสริมสนับสนุนการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องโรคอย่างต่อเนื่องและประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการรับประทานยา กลุ่มโรคนิวโรมัยโอไลติสออปติกา ความรู้ แรงสนับสนุนจากครอบครัว

Abstract

This descriptive research aimed to investigate the relationships between various factors, consisting of disease and medication knowledge, ability to perform activities of daily living, number of oral medications taken per day, family support, and trust in the healthcare team, and medication adherence among patients with Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder (NMOSD). The study was guided by the World Health Organization's Multidimensional Adherence Model. The sample consisted of 100 purposively selected NMOSD patients attending the neurology outpatient clinic at a tertiary hospital in Bangkok. The research tools included a screening instrument consisted of the 6-item cognitive impairment test; and data collection instruments consisted of the following: (1) general demographic data form, (2) medication adherence questionnaire, (3) medication factors assessment form, (4) patient's knowledge questionnaire on NMOSD and medication use, (5) functional assessment for activities of daily living, (6) family APGAR questionnaire, and (7) trust in the health team questionnaire. Data collection was conducted from December 2022 to February 2023. Descriptive statistics, chi-square tests, and Fisher's exact tests were used for data analysis.

The results revealed that 96% of the participants were female, aged between 22 and 79 years, with a mean age of 49 years (SD = 11.96). The medication adherence rate among participants was 56%. Statistically significant associations were found between medication adherence and disease and medication knowledge ($\chi^2 = 37.543$, $p < .01$), ability to perform daily activities ($\chi^2 = 19.7$, $p < .01$), number of medications taken per day ($\chi^2 = 4.694$, $p < .05$), and family support ($\chi^2 = 17.473$, $p < .01$). No significant association was observed between trust in the



healthcare team and medication adherence. Odds ratio (OR) analysis indicated that participants with good knowledge of the the disease and medication were 23 times more likely to adhere to medication compared to those with low to moderate knowledge (OR = 23.4, 95% CI = 7.71 - 71.021). Those with good ability in daily activities were 7 times more likely to adhere than those with low to moderate ability to perform daily activities (OR = 7.28, 95% CI = 2.997 - 17.28). Those taking 1 - 5 tablets per day were 2.7 times more likely to adhere than those taking more than 5 tablets (OR = 2.79, 95% CI = 1.181 - 6.604), and those with high family support were 17 times more likely to adhere than those with moderate support (OR = 17, 95% CI = 3.658 - 79.002). Based on these findings, nurses should play a proactive role in enhancing mutual understanding between patients and their families to support consistent medication adherence. Additionally, programs should be implemented to promote daily functioning, provide ongoing education about the disease, and emphasize the benefits of regular medication intake.

Keywords: medication adherence, neuromyelitis optica spectrum disorder, knowledge, family support

≡≡≡ ความเป็นมาและความสำคัญ ≡≡≡ ของปัญหา

โรคนิวโรมัยอีไลติสออพติกา (Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder: NMOSD) เป็นโรคภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง (Autoimmune disease) ทำให้เกิดการอักเสบของระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system)¹ กลุ่มโรค NMOSD เป็นโรคเรื้อรังส่งผลต่อเส้นประสาทตาและประสาทไขสันหลัง ทำให้เกิดความผิดปกติในหลายระบบขึ้นกับตำแหน่งที่ผิดปกติ ส่งผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยทำให้ผู้ป่วยมีอาการตามัว มองไม่ชัด ขาสองข้างอ่อนแรง ชา เดินเซ กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้² การดำเนินของโรคเป็นแบบกำเริบซ้ำ (Relapsing) โดยความพิการจะค่อยๆสะสมตามจำนวนอาการกำเริบที่เกิดขึ้น สำหรับการรักษาในระยะโรคกำเริบใช้ยาสเตียรอยด์ทางหลอดเลือดดำ (Intravenous Methylprednisolone: IVMP) อย่างเดียวหรือร่วมกับการเปลี่ยนถ่ายน้ำเหลือง (Plasma exchange) และรักษาต่อเนื่องด้วยยากดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressive drug) โดยกลุ่มโรค NMOSD ไม่มียาที่รักษาให้หายขาด แต่เป็นการใช้ยาเพื่อควบคุมโรคให้อยู่ในระยะสงบ

ไม่เกิดอาการกำเริบและมีความเสียหายสะสมในระบบประสาท³ ได้แก่ เพอร์นิซิโอส อะชาไทโอพรีน ไมโคฟีโนเลตโมเฟทิล และริทูซิแมบ ในประเทศไทย อะชาไทโอพรีนเป็นยาตัวเดียวในรายชื่อบัญชียาหลักแห่งชาติที่ใช้ป้องกันการกำเริบของโรค NMOSD⁴ แต่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 30 ติดต่อกับอะชาไทโอพรีน ทำให้ต้องใช้ยากดภูมิคุ้มกันชนิดอื่นที่มีราคาสูง⁵ และยังพบว่า กลุ่มโรค NMOSD มีอัตราการเป็นซ้ำที่สูง โดยจากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกำเริบซ้ำของโรค ร้อยละ 81.5 โดยร้อยละ 45.6 ต้องมีการเปลี่ยนแปลงยากดภูมิคุ้มกันระหว่างการรักษาเนื่องจากทนผลข้างเคียงจากยาไม่ได้⁶ สอดคล้องกับการศึกษาในจีนที่พบว่า มีการกำเริบซ้ำของโรค ร้อยละ 78.1 และพบว่า การขาดความรู้ในการรักษาต่อเนื่อง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷

จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วย NMOSD 1 ใน 3 มีการกำเริบซ้ำในปีแรกของการรักษา โดยร้อยละ 40 เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการ

ใช้ยา และทำให้ต้องเปลี่ยนไปใช้ยากดภูมิคุ้มกันอื่นที่มีราคาแพง⁹ สอดคล้องกับการศึกษากลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ที่รับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ได้แก่ ผู้ป่วยปลูกถ่ายไต⁹ โรคลูปัส เรีตีมา โทซัส (Systemic Lupus Erythematosus: SLE)¹⁰ โรคข้ออักเสบ¹¹ พบว่า มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันเช่นกัน โดยความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ที่ต้องใช้ยาในระยะเวลานาน หมายถึง การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ตรงตามเวลา ขนาด ความถี่ ไม่ลืมใช้ยา ไม่ลดขนาดยา และไม่หยุดใช้ยาเองอย่างน้อย ร้อยละ 80¹² ผู้วิจัยได้นำรูปแบบความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model: MAM) ซึ่งองค์การอนามัยโลกเสนอไว้ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยจำแนกปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาออกเป็น 5 ด้านหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านอาการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ¹² ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patient-related factors) หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น อายุ ภาวะจิตใจ พฤติกรรม ความรู้ ความเชื่อ และแรงจูงใจส่วนบุคคล ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า ผู้สูงอายุและเด็กอาจมีความร่วมมือน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่¹³ และหากผู้ป่วยมีชีวิตรประจำวันที่เร่งรีบ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ใช้ จะทำให้มีแนวโน้มไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ^{10,14} 2) ปัจจัยด้านอาการเจ็บป่วย (Condition-related factors) หมายถึง ความรุนแรงของโรค ความถี่ของอาการกำเริบ ระยะเวลาของโรค รวมถึงความพิการที่เกิดขึ้นจากโรค ซึ่งส่งผลต่อความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า ความรุนแรงของโรคหรือความพิการมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางร่างกายหรือทางการ

มองเห็นมีแนวโน้มไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง^{15,16} 3) ปัจจัยด้านการรักษา (Therapy-related factors) หมายถึง ลักษณะของแผนการรักษา เช่น จำนวนชนิดของยา ปริมาณเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อวัน ความถี่ในการใช้ยา ผลข้างเคียง และความซับซ้อนของการรักษา ยังมียาหลายชนิด ยังมีโอกาสลืมหรือหยุดยาเองมากขึ้น ยาบางชนิดมีอาการข้างเคียง มีราคาแพง หรือแผนการรักษามีความซับซ้อน ยุ่งยาก ต้องรับประทานยาหลายมื้อ มียาจำนวนมาก โดยความร่วมมือในการใช้ยาจะลดลงเมื่อต้องรับประทานยาหลายมื้อต่อวัน^{17,18} 4) ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ (Health system and provider-related factors) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ความสามารถในการสื่อสาร การให้คำแนะนำ ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ การติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ พบว่า การสื่อสารระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วย/ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร การมาติดตามการรักษา รวมถึงความไม่เข้าใจกันในเรื่องการรักษาระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพ มีผลต่อความเชื่อมั่นของผู้ป่วย ซึ่งสัมพันธ์กับระดับความร่วมมือในการใช้ยา^{19,20} 5) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social and economic factors) ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ วัฒนธรรม ความเชื่อ และการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัวช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ²¹

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับโรค NMOSD ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับอัตราการกำเริบของโรค ประสิทธิภาพของยา และผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นหลัก ขณะที่การศึกษาด้านพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยายังมีจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของประเทศไทยที่ยังไม่มีงานวิจัยใดศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มผู้ป่วย NMOSD ผู้วิจัยจึงสนใจ



ศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย NMOSD โดยใช้กรอบแนวคิด Multidimensional Adherence Model (MAM) ขององค์การอนามัยโลกเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน การได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัวและความไว้วางใจในทีมสุขภาพกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model: MAM)¹² มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยองค์การอนามัยโลกรวบรวมปัจจัยที่หลากหลายที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาจากกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ มาสรุปเป็นปัจจัยที่มีความหลากหลายมิติ 5 ด้านที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยา งานวิจัยหลายฉบับ พบว่า ผู้ป่วยบางรายเห็นว่าตนเองขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา โดยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ที่มีความรู้และเข้าใจโรคจะมีแนวโน้มใช้ยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่า^{10,13} ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นตัวบ่งชี้ถึงผลกระทบของโรค หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน อาจส่งผลต่อความต่อเนื่องในการใช้ยา และจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วย NMOSD รับรู้ว่าตนเองมีความยากลำบากในการใช้ชีวิต มีข้อจำกัดด้าน

การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน²² ความซับซ้อนของการรักษา เช่น การต้องใช้ยาหลายเม็ดต่อวัน จำนวนเม็ดยาที่มากเกินไปมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยพบว่า ความถี่ในการใช้ยาส่งผลให้ความร่วมมือลดลง การไม่ร่วมมือในการใช้ยายังสัมพันธ์กับจำนวนเม็ดยาที่ได้รับต่อวัน ผู้ที่ได้รับยา 4 ครั้งต่อวันมีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงร้อยละ 30²⁰ และเกินกว่าครึ่งของผู้ป่วยคิดว่าตนเองมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรในทีมสุขภาพและจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความไว้วางใจในทีมสุขภาพและความเข้าใจตรงกันระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง¹⁴ สมาชิกครอบครัว/ผู้ดูแลเป็นแหล่งประโยชน์ที่ให้การช่วยเหลือมีส่วนร่วมแบ่งเบาในความลำบากของผู้ป่วย การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการกำลังใจและการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน²¹

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นและโรค NMOSD เนื่องจากโรค NMOSD มีความซับซ้อนทั้งโรค การรักษา การควบคุมอาการ รวมถึงการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน เพื่อลดการทำลายเส้นประสาทของระบบประสาทส่วนกลาง เพราะการดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้นจะกระทบด้านร่างกาย ความพิการตลอดจนคุณภาพชีวิต²³ จากปัจจัยและข้อมูลที่ทบทวนผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยตามรูปแบบ MAM ดังนี้ ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มโรค NMOSD และการใช้ยา ปัจจัยด้านอาการเจ็บป่วย ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ได้เลือกจำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ผู้วิจัยเลือกศึกษาความไว้วางใจในทีมสุขภาพว่ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา และเลือกศึกษาแรงสนับสนุนจากครอบครัว จากปัจจัยด้านสังคมและ

เศรษฐกิจ โดยปัจจัยที่กล่าวมามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มโรค NMOSD มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันชนิดรับประทาน เข้าตรวจรับการรักษาที่ห้องตรวจโรคอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD ที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจโรคอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ คือ

1. เป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกันชนิดรับประทานอย่างน้อย 1 เดือน
3. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจ
4. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (Cognitive status) โดยใช้แบบทดสอบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด (6 Item Cognitive Impairment Test: 6CIT) โดยควรได้คะแนนตั้งแต่ 0 - 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องทางด้านการรู้คิด สามารถเข้าร่วมวิจัยได้
5. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบ (Power analysis) สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significant) ที่ระดับ .05 กำหนดขนาดของอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง ($r = 0.30$) กำหนด Degree of freedom

(df) = 1 จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาที่คล้ายคลึงกันอีกทั้งเนื่องจากบริบทและกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงกำหนดขนาดผลกระทบอยู่ที่ระดับปานกลาง ($R = 0.30$) คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล เพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนตัวอย่างอย่างน้อย 97 ราย จำนวนตัวอย่างในงานวิจัยนี้เท่ากับ 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง
ได้แก่ แบบทดสอบสมรรถภาพการรู้คิด (6CIT) เป็นแบบทดสอบสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย (6 Item Cognitive Impairment Test-Thai Version) เป็นแบบประเมินสมรรถภาพสมองและระบบประสาทสำหรับผู้สูงอายุโดยการประเมินใช้ระยะเวลาสั้น และไม่มีข้อจำกัดสำหรับผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีปัญหาเรื่องสายตา สร้างขึ้นโดย Brooke & Bullock²⁴ และแปลเป็นภาษาไทยโดย พรทิพย์ มาลาธรรม²⁵ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้โดยใช้แบบทดสอบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด (6 CIT) โดยควรได้คะแนนตั้งแต่ 0 - 7 คะแนน จึงสามารถเข้าร่วมวิจัยได้ ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้คัดกรองด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพการรู้คิด จำนวน 25 ราย ไม่พบปัญหาเกี่ยวกับการบกพร่องการรู้คิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สิทธิในการรักษา รายได้เฉลี่ยและความเพียงพอของรายได้ ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการมารับการรักษา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค NMOSD

ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบของโรค NMOSD การมาตรวจตามนัด โรคประจำตัวอื่นๆ และการได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค NMOSD

2.2 แบบประเมินความร่วมมือในการ

ใช้ยา เป็นแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD สาเหตุของการหยุดรับประทานยา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน และวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยดัดแปลงมาจากเครื่องมือแบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของกัญญา จันทรใจ และคณะ²⁶ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรค SLE โดยใช้มาตรวัดประเมินด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) ซึ่งเป็นเส้นตรงในแนวนอนที่มีขนาดความยาว 0 - 100 มิลลิเมตร โดยให้กลุ่มตัวอย่างขีดลงบนเส้นตรง ตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างขีดไว้จะเป็นเปอร์เซ็นต์ของความร่วมมือในการใช้ยา ใน 1 เดือนที่ผ่านมา โดยแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยานี้ แบ่งเป็น 2 ข้อ ได้แก่ 1) การรับประทานยาสม่ำเสมอไม่ลืมรับประทานยา ไม่หยุดยาเอง 2) การรับประทานยาได้ครบตามจำนวนมื้อและครบตามจำนวนเม็ด แปลผลโดยใช้ไม้บรรทัดวัดความยาวจากจุดเริ่มต้นจนถึงตำแหน่งที่ขีด โดยนำความยาวที่วัดได้ทั้งสองข้อคำถามมารวมกันแล้วเทียบเป็นเปอร์เซ็นต์ โดยความยาว 200 มิลลิเมตรเทียบเท่ากับร้อยละ 100 ถ้าได้น้อยกว่าร้อยละ 80 หมายถึงกลุ่มตัวอย่างไม่ร่วมมือในการใช้ยาถ้ามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ หาค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1

2.3 แบบบันทึกปัจจัยด้านการใช้ยา

เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน และสอบถามจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

ประกอบด้วย ชนิดของยา จำนวนเม็ดยาทั้งหมด ความถี่ในการรับประทานยา ปริมาณยากดภูมิคุ้มกัน และชนิดของยากดภูมิคุ้มกันที่ได้รับ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวันทั้งหมดเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับประทานยามากกว่า 5 เม็ดต่อวัน เป็นผู้ป่วยได้รับยาจำนวนมากทำให้ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ¹³ หาค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1

2.4 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรค NMOSD

และการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มโรค NMOSD ได้แก่ สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค อาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้รักษากลุ่มโรค NMOSD อาการข้างเคียงและการจัดการอาการข้างเคียง ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อความที่ถูกต้อง 9 ข้อ ลักษณะคำตอบ “ใช่” = 1 คะแนน “ไม่ทราบ” และ “ไม่ใช่” = 0 คะแนน และข้อความที่ไม่ถูกต้อง 1 ข้อ ลักษณะคำตอบ “ใช่” = 1 คะแนน “ไม่ทราบ” และ “ไม่ใช่” = 0 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ที่ 0 - 10 คะแนน โดยคะแนนสูงบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องกลุ่มโรค NMOSD และการใช้ยาสูง หาค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.96 และเมื่อศึกษานำร่องกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ 0.73 และค่า KR-20 ในงานวิจัยหลัก ได้เท่ากับ 0.76

2.5 แบบประเมินความสามารถในการ

ทำกิจวัตรประจำวัน เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่นำมาใช้อย่างแพร่หลายในผู้สูงอายุและโรคเรื้อรังพัฒนาโดยคณะทำงานเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเด็น 1.1 และ 2.1 คณะอนุกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2557²⁷ เพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเกี่ยวกับการช่วยเหลือตัวเอง

ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการประเมินกิจกรรมประจำวัน พื้นฐานและซับซ้อน โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activity of Daily Living: basic ADL) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental ADL) เป็นระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ซับซ้อนขึ้นเพื่อใช้ประเมินผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว เป็นแบบวัดมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ มี 16 ข้อคำถาม คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 16 - 48 คะแนน ถ้าคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยและต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นมาก หาค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.98 และในงานวิจัยหลัก ได้ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.98

2.6 แบบสอบถามแอปการของครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire) สร้างโดย Smilkstein และคณะ²⁸ แปลเป็นภาษาไทยโดย พรทิพย์ มาลาธรรม²⁹ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD เมื่อได้รับการช่วยเหลือ ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า ด้านทรัพยากร และด้านอารมณ์ จากครอบครัวหรือผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD มีความร่วมมือในการใช้ยาที่เหมาะสม เป็นแบบวัดมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 20 คะแนนหากคะแนนมาก หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมาก โดยผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือฉบับภาษาไทย หาค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วย Cronbach's alpha เท่ากับ 0.79 และในงานวิจัยหลัก ได้ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.85

2.7 แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ (Trust in Physician Scale) พัฒนาโดย Anderson & Dedrick³⁰ โดยผู้วิจัยขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือและนำมาแปลเป็นฉบับ

ภาษาไทยและดัดแปลงให้เข้ากับบริบทของคนไทย ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนสูง หมายถึง มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพในระดับสูง หาค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วย Cronbach's alpha เท่ากับ 0.79 และในงานวิจัยหลักได้ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยตรวจแนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านคำชี้แจงและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 20 - 30 นาที เก็บข้อมูลทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00 น. - 12.00 น. ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2566

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. MURA2022/376) วันที่ 2 กรกฎาคม 2565 - 1 กรกฎาคม 2566 และ สถาบันประสาทวิทยา (ID 65041) วันที่ 31 สิงหาคม 2565 - 30 สิงหาคม 2566 และได้อธิบายความสำคัญและวัตถุประสงค์ของงานวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจที่จะเข้าร่วมวิจัยขอให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติหรือถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาที่พึงจะได้รับ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ในการวิเคราะห์



ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ สมรส สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนและความพึงพอใจของรายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยอาการกำเริบของโรค NMOSD การมาตรวจตามนัด ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ ประวัติการขาดยา และการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค NMOSD และรายละเอียดด้านการใช้ยา จำนวนยาที่รับประทาน

2 วิเคราะห์ด้วยสถิติโคสแควร์และการทดสอบของพิชเชอร์ ตามข้อตกลงเบื้องต้นหาขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยค่า Odds ratio และการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่นที่ 95% เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน การได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัวและความไว้วางใจในทีมสุขภาพกับความร่วมมือในการรับประทุษยานอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96 อายุเฉลี่ยประมาณ 49 ปี (SD = 11.96) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 31) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001 - 20,000 บาท อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 56) พบว่า ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค NMOSD ในเวลา 1 - 5 ปี (ร้อยละ 43) จากข้อมูลในเวชระเบียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงของโรค NMOSD ได้แก่ เส้นประสาทตาอักเสบ (ร้อยละ 30) ไชสันหลังอักเสบ (ร้อยละ 80) กลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่สุขสบาย ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 74) ปวด (ร้อยละ 62) ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 38) ตะคริว (ร้อยละ 35) และกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก (ร้อยละ 30) มีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ (ร้อยละ 66) โดยอาจมีอาการไม่สุขสบายหลายอย่างร่วมกัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 มีโรคประจำตัวอื่นๆ

เช่น ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 35, 30 และ 16 ตามลำดับ) ส่วนการได้รับความรู้เกี่ยวกับ NMOSD นั้น กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจากแพทย์ (ร้อยละ 100) และร้อยละ 22 ของกลุ่มตัวอย่างเคยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคกำเริบ ร้อยละ 74 ใช้ยาที่กดภูมิคุ้มกัน 2 ชนิดในการรักษา NMOSD โดยเฉลี่ยแล้วกลุ่มตัวอย่างได้รับยาทั้งหมด 8.82 เม็ดต่อวัน (SD = 5.42) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ยารักษาโรคร่วมมากกว่า 3 ชนิด (ร้อยละ 43) ประเภทของยากดภูมิคุ้มกัน ได้แก่ Azathioprine (ร้อยละ 84) Prednisolone (ร้อยละ 83) มีกลุ่มตัวอย่างที่รับยาฉีด Rituximab (ร้อยละ 7) รับประทานยาได้ด้วยตนเอง (ร้อยละ 49) และพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62 มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา โดยอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ กระตุกพรุน ในหน้าบวม นอนไม่หลับ และน้ำตาลในเลือดสูง (ร้อยละ 38, 32, 30 และ 29 ตามลำดับ) นอกจากนี้ ร้อยละ 13 ของกลุ่มตัวอย่าง เคยหยุดรับประทานยามาก่อน โดย 11 จาก 13 คน มีสาเหตุเกิดจากทนผลข้างเคียงจากยาไม่ได้

ตัวแปรที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทุษยานอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 56 มีความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาในระดับมาก ร้อยละ 47 รับประทานยาทั้งหมดมากกว่า 5 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 62 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับมาก ร้อยละ 81 ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพในระดับมาก ร้อยละ 91 และกลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ร้อยละ 53 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของตัวแปรที่ศึกษา (n = 100)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Mean = 83.02, SD = 7.86, Max = 100, Min = 67.5)		
- ร่วมมือในการรับประทานยา (มากกว่าเท่ากับร้อยละ 80)	56	56
- ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (น้อยกว่าร้อยละ 80)	44	44
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา (Mean = 7.51, SD = 2.09, Max = 10, Min = 3)		
- ระดับน้อย (0 - 5 คะแนน)	20	20
- ระดับปานกลาง (6 - 8 คะแนน)	33	33
- ระดับมาก (9 - 10 คะแนน)	47	47
3. จำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่รับประทาน/วัน (Mean = 8.8 2, SD = 5.42, Max = 24, Min = 1)		
- > 5 เม็ดขึ้นไป	62	62
- 1 - 5 เม็ด	38	38
4. การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว (Mean = 16.09, SD = 3.03, Max = 20, Min = 8)		
- ระดับน้อย (0 - 6 คะแนน)	0	0
- ระดับปานกลาง (7 - 13 คะแนน)	19	19
- ระดับมาก (14 - 20 คะแนน)	81	81
5. ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ (Mean = 45.58, SD = 4.00, Max = 54, Min = 30)		
- ระดับน้อย (11 - 25 คะแนน)	0	0
- ระดับปานกลาง (26 - 40 คะแนน)	9	9
- ระดับมาก (41 - 55 คะแนน)	91	91
6. การทำกิจวัตรประจำวัน (Mean = 25.83, SD = 11.52, Max = 48, Min = 16)		
- ช่วยเหลือตนเองได้น้อย (16 - 20 คะแนน)	28	28
- ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง (21 - 35 คะแนน)	19	19
- ช่วยเหลือตนเองได้ดี (36 - 48 คะแนน)	53	53

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย NMOSD พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค NMOSD และการใช้ยาของผู้ป่วย ($\chi^2 = 37.543$, $p < .01$) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($\chi^2 = 19.7$, $p < .01$) จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ($\chi^2 = 4.694$, $p < .05$) การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($\chi^2 = 17.473$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความไว้วางใจในทีมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มตัวอย่าง โดยเมื่อวัดความสัมพันธ์ (Measures of association) ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาและความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยค่า Odd ratio (OR) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาในระดับมากให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับต่ำถึงปานกลาง 23 เท่า (OR = 23.4, 95% CI = 7.71 - 71.021) กลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับต่ำถึงปานกลาง 7 เท่า (OR = 7.28, 95% CI = 2.997 - 17.28 กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยา 1 - 5 เม็ดต่อวันให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่รับประทานยา > 5 เม็ดต่อวัน



2.7 เท่า (OR = 2.79, 95% CI = 1.181 - 6.604) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวระดับมาก ให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวระดับปานกลาง 17 เท่า (OR 17, 95% CI = 3.658 - 79.002) ส่วนความไว้วางใจในทีมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (n = 100)

ตัวแปร	Low adherence (n = 44)	High adherence (n = 56)	χ^2	p-value	Odd ratio	Confidence Interval (95% CI)
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา						
- ระดับน้อย-ปานกลาง (n = 47)	39 (88.6%)	14 (25%)	37.543	.000	23.4	7.71 - 71.021
- ระดับมาก (n = 53)	5 (11.4%)	42 (75%)				
2. การทำกิจวัตรประจำวัน						
- ช่วยเหลือตนเองได้ บางส่วน-น้อย (n = 47)	32 (72.7%)	15 (26.8%)	19.07	.000	7.28	2.997 - 17.28
- ช่วยเหลือตนเองได้ดี (n = 53)	12 (27.3%)	41 (73.2%)				
3. จำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่รับประทาน/วัน						
- > 5 เม็ดขึ้นไป (n = 62)	33 (75%)	29 (51.8%)	4.694	.023	2.793	1.181-6.604
- 1 - 5 เม็ด (n = 38)	11 (25%)	27 (48.2%)				
4. การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว						
- ระดับน้อย-ปานกลาง (n = 19)	17 (38.6%)	2 (3.6%)	17.473	.000	17	3.658 - 79.002
- ระดับมาก (n = 81)	27 (61.4%)	54 (96.4%)				
5. ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ						
- ระดับน้อย-ปานกลาง (n = 9)	3 (6.8%)	6 (10.7%)	-	.727 ^F		
- ระดับมาก (n = 91)	41 (93.2%)	50 (89.3%)				

* Chi^F Fisher's exact test

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วย NMOSD ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (มากกว่าเท่ากับร้อยละ 80) คิดเป็นร้อยละ 56 และพบผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (น้อยกว่าร้อยละ 80) คิดเป็นร้อยละ 44

แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย NMOSD เพียงครึ่งหนึ่งตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมอาการของโรคและป้องกันการกำเริบของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Filippi และคณะ³¹ และการศึกษาในประเทศจีนของ Huang และคณะ⁷ ที่พบว่า ผู้ป่วย NMOSD ประมาณร้อยละ 50 มีความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อควบคุมโรค และรับรู้ว่าการได้รับการรักษา

อย่างเพียงพอ และพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานว่ายังมีอาการของโรค กระบอบต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิต^{7,31} จากผลการวิจัยนี้พบว่าความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรค NMOSD ยังมีไม่มากนักแม้ว่าผู้ป่วยทุกรายรับรู้ว่าจะตนเองได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงจากการรักษาและจากยาทำให้ผู้ป่วย NMOSD บางส่วนไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมีบางรายหยุดยาเพราะทนอาการข้างเคียงของยาไม่ได้ ซึ่งโรค NMOSD มีโอกาสที่จะเกิดการกำเริบของโรคหรือคือต่อการรักษาได้มาก ต้องใช้ยาที่มีราคาแพงมากขึ้นจึงควรให้ความสำคัญกับการร่วมมือในการใช้ยาและการติดตามอย่างต่อเนื่อง²³

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย NMOSD

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 37.543$, $p < .01$) เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อการตระหนักรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค NMOSD ความสำคัญของการใช้ยาในระยะยาว และผลกระทบจากการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ความรู้ที่ถูกต้องสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อการรักษา และมีแนวโน้มที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค NMOSD และการใช้ยาที่ถูกต้อง มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามการรักษาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยา โดยผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา มักจะตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและเข้าใจผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นหากไม่ปฏิบัติตาม

แผนการรักษา ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือในการรักษามากขึ้น¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยปลุกถ่ายไต พบว่า ความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับประโยชน์ของยากดภูมิคุ้มกันมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาตามแผนการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³² เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยโรค SLE พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยามีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้น เนื่องจากสามารถจัดการกับความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาได้ดีกว่า¹⁰ ดังนั้นเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้และให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาให้กับผู้ป่วย

22 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($\chi^2 = 19.7$, $p < .01$) เป็นอีกองค์ประกอบที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วย NMOSD อาจมีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือการมองเห็น ส่งผลให้การดูแลตนเอง เช่น การเตรียมยา การจำเวลา หรือการเข้ารับบริการทางการแพทย์เป็นเรื่องยาก ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจึงถือเป็นตัวแปรสำคัญภายใต้ปัจจัยด้านผู้ป่วยของแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก ซึ่งจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีหรือมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีแนวโน้มที่จะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษา ในผู้ป่วยมะเร็ง 1,847 คน ที่พบว่าในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยจะมีความร่วมมือในการใช้น้อย ในขณะที่หากผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีจะมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵



สอดคล้องกับการศึกษาในโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การทำกิจกรรมได้ดีเพิ่มความสามารถในการมีส่วนร่วม ในพฤติกรรมมารับประทานยา¹⁶ และจากการ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การทำงาน ของร่างกายที่ไม่ดีขัดขวางการรับประทานยาตาม แผนการรักษาและเมื่อผู้ป่วยมีความบกพร่องทาง ร่างกายส่วนใหญ่มีความเสี่ยงที่จะไม่ร่วมมือในการ ใช้อา³³ ดังนั้นเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD บุคลากรทางการแพทย์จึง ควรมีการประเมินและส่งเสริมความ สามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

2.3 จำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่รับประทาน ต่อวันมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 4.694$, $p < .05$) เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือใน การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย NMOSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้อง ใช้อาหลายชนิดร่วมกัน เช่น ยากดภูมิคุ้มกัน ยาเสริม ภูมิคุ้มกัน และยารักษาตามอาการ ซึ่งอาจมีจำนวน เม็ดยามากในแต่ละวัน ตามกรอบแนวคิดแบบจำลอง ความหลากหลายมิติของความร่วมมือขององค์การ อนามัยโลก จำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่รับประทานต่อวัน เป็นปัจจัยด้านการรักษาโดยองค์ประกอบสำคัญ ในปัจจัยด้านนี้ ได้แก่ ความซับซ้อนของแผนการ รักษา ความถี่ในการใช้อา และจำนวนยาที่ต้อง รับประทานในแต่ละวัน จำนวนเม็ดยาที่มากเกินไป อาจส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ลืมกินยา หรือจิตใจ หดเหยาโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อวันมีผลกระทบ ต่อความร่วมมือในการรับประทานยา โดยเมื่อจำนวน เม็ดยาเพิ่มขึ้น ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่าง สม่ำเสมอจะลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ความซับซ้อนของการรักษาและจำนวนยาที่มากขึ้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติ

ตามแผนการรักษา^{27,28} โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวัน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการ รับประทานยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว^{14,18} และการศึกษาความร่วมมือในการใช้อาของผู้ป่วย โรคเรื้อรัง พบว่า หากมีปริมาณเม็ดยาที่ต้อง รับประทานมากมีโอกาสเกิดความไม่ร่วมมือในการ ใช้อาเพิ่มขึ้นได้ร้อยละ 6 และจะมีความไม่ร่วมมือ ในการใช้อามากขึ้นเมื่อใช้อามากขึ้น³⁴ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยามากกว่า 4 เม็ดต่อวันมี แนวโน้มที่จะลืมหรือไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา สูงกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาน้อยกว่า³³ สอดคล้อง กับการศึกษาของ Huber และคณะ พบว่า การลด จำนวนเม็ดยาและการจัดยาให้สะดวกต่อการ รับประทาน สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁴

2.4 การได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($\chi^2 = 17.473$, $p < .01$) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือในการ รักษา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น NMOSD ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง การได้รับการดูแลจาก ครอบครัวในด้านการจัดเตรียมยา การให้กำลังใจ และการสนับสนุนทางอารมณ์จะช่วยลดอุปสรรค ในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและเพิ่มความมั่นใจ ของผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือในการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่าแรงสนับสนุนทาง สังคมโดยเฉพาะจากครอบครัว มีผลกระทบเชิงบวก ต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอ²¹ เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่พบว่า การสนับสนุน

ของครอบครัวที่ดีจะส่งเสริมให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส³⁵ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างเคร่งครัดมากขึ้น^{19,31,33} ดังนั้นการเสริมสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวจึงเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD โดยพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญในการให้คำแนะนำและสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาโรคนี้

2.5 ความไว้วางใจในทีมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD ($p > .05$) ความไว้วางใจในทีมสุขภาพเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทีมสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ซึ่งรวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ คุณภาพการให้บริการ และความต่อเนื่องในการดูแล พบว่า ผู้ป่วย NMOSD ให้ความไว้วางใจในทีมสุขภาพในระดับสูงถึงร้อยละ 91 เป็นไปได้ว่าเกิดจากอคติของผู้ป่วยจากการตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่เลือกตอบในเชิงบวก (Social desirability bias) ผลการศึกษาที่ได้จึงทำให้ปัจจัยความไว้วางใจไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาบางฉบับที่ระบุว่าความไว้วางใจในทีมสุขภาพไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา โดยปัจจัยอื่นๆ เช่น ความซับซ้อนของการรักษา จำนวนยาที่ต้องรับประทานต่อวัน และแรงสนับสนุนจากครอบครัว อาจมีบทบาทที่สำคัญกว่า^{11,33} แต่แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ความไว้วางใจในทีมสุขภาพสามารถส่งผลเชิงบวกต่อความร่วมมือในการรับประทานยา³⁶

จากการวิจัยครั้งนี้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของผู้ป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่รับประทานต่อวัน การได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับปัจจัยของแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก อย่างไรก็ตาม ความไว้วางใจในทีมสุขภาพซึ่งถูกเลือกมาเป็นปัจจัยในมิติด้านทีมสุขภาพและระบบสุขภาพไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในการวิจัยนี้ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเนื่องจากผลข้างเคียงของยาอดภูมิคุ้มกัน จากผลการวิจัยครั้งนี้พยาบาลควรมีบทบาทในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสนับสนุนให้ความรู้เรื่องโรคอย่างต่อเนื่องและประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาจใช้เทคโนโลยีการดูแลสุขภาพมาใช้ในการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย

2. ควรนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของผู้ป่วยรวมทั้งในด้านส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันและการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยไม่มีการสุ่ม ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปใช้อ้างอิงผลการศึกษาถึงผู้ป่วยดังนั้นควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มโรค NMOSD ในเขตพื้นที่อื่นหรือสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ที่มีบริบท



ต่างกัน เพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทุษณยาของผู้ป่วยกลุ่มโรค NMOSD

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทุษณยาตามกรอบแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (MAM) ของ WHO เช่น มิติด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ ความคาดหวังของผู้ป่วย เป็นต้น โดยเฉพาะในรายที่มีการขาดยา เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทุษณยาของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Glisson CC. Neuromyelitis optica spectrum disorders (NMOSD): treatment and prognosis. UpToDate. Waltham: UpToDate; 2023. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/neuromyelitis-optica-spectrum-disorder-nmosd-treatment-and-prognosis>.
2. Weinshenker BG, Wingerchuk DM, editors. Neuromyelitis spectrum disorders. Mayo Clin Proc 2017;92(5):859-75.
3. Contentti EC, Rojas JI, Cristiano E, Marques VD, Flores-Rivera J, Lana-Peixoto M, et al. Latin American consensus recommendations for management and treatment of neuromyelitis optica spectrum disorders in clinical practice. Mult Scler Relat Disord 2020;45:102428.
4. Prayoonwiwat N, Apiwattanakul M, Pasogpakdee P, Siritho S, Chantittarat C, Chaikledkaew U. Prevalence of idiopathic inflammatory demyelinating central nervous system disorder in Thailand. Mult Scler J 2015;21(6):824.
5. Suksuchano K, Aungsumart S, Apiwattanakul M. Prognostic factors for first relapse in Thai patients with neuromyelitis optica spectrum disorder. J Neurol Sci 2017;381:1063-4.
6. Aungsumart S, Apiwattanakul M. Cost effectiveness of rituximab and mycophenolate mofetil for neuromyelitis optica spectrum disorder in Thailand: economic evaluation and budget impact analysis. PLoS One 2020;15(2):e0229028.
7. Huang W, Zhang Bao J, Chang X, Wang L, Zhao C, Lu J, et al. Neuromyelitis optica spectrum disorder in China: quality of life and medical care experience. Mult Scler Relat Disord 2020;46:102542.
8. Taameeyapradit P, Asawavichienjinda T, Saraya AW. Factors associated with clinical outcomes of NMOSD patients in King Chulalongkorn Memorial Hospital. Thai J Neurol 2020;36(3):42-49.
9. Butler JA, Roderick P, Mullee M, Mason JC, Peveler RC. Frequency and impact of nonadherence to immunosuppressants after renal transplantation: a systematic review. Transplantation 2004;77(5):769-76.

3. ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วย NMOSD ส่วนใหญ่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย เช่น การนอนไม่หลับ อาการซึมเศร้า ดังนั้น จึงควรประเมินความรู้สึกไม่สบายเหล่านี้เพิ่มเติมเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้รวมทั้งครอบครัวที่สนับสนุนและเป็นที่กำลังใจตลอดมา

10. Mehat P, Atiquzzaman M, Esdaile JM, Aviña-Zubieta A, De Vera MA. Medication nonadherence in systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Arthritis Care Res* 2017;69(11):1706-13.
11. Van Den Bernt BJ, Zwicker HE, Van Den Ende CH. Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: a critical appraisal of the existing literature. *Expert Rev Clin Immunol* 2012;8(4):337-49.
12. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/42682>.
13. Manatpreeprem R, Lerkvaleekul B, Vilaiyuk S. Factors associated with medication adherence among children with rheumatic diseases. *Front Pharmacol* 2023;14:1149320. doi:10.3389/fphar.2023.1149320.
14. Huber M, Busch AK, Stalder-Ochsner I, Flammer AJ, Schmid-Mohler G. Medication adherence in adults after hospitalization for heart failure: a cross-sectional study. *Int J Cardiol Cardiovasc Risk Prev* 2024;20:200234.
15. Drzayich Antol D, Waldman Casebeer A, Khoury R, Michael T, Renda A, Hopson S, et al. The relationship between comorbidity medication adherence and health-related quality of life among patients with cancer. *J Patient Rep Outcomes* 2018;2:1-12.
16. Caskie GI, Sutton MC, Margrett JA. The relation of hypertension to changes in ADL/IADL limitations of Mexican American older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2010;65(3):296-303.
17. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther* 2001;23(8):1296-310.
18. Ruangthip T, Wattanakitkrait D, Charoenkit W, Thumwiphat C. Factors influencing medication adherence among patients with chronic heart failure. *RTN Med J* 2018;44(3):51-66. (in Thai).
19. Wu JR, Moser DK, Chung ML, Lennie TA. Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. *J Card Fail* 2008;14(7):603-10.
20. Aljofan M, Oshibayeva A, Moldaliyev I, Saruarov Y, Maulenkul T, Gaipov A. The rate of medication nonadherence and influencing factors: a systematic Review. *ELECTRON J GEN MED* 2023;20(3):em471. <https://doi.org/10.29333/ejgm/12946>.
21. Mayberry LS, Osborn CY. Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2012;35(6):1239-45.
22. Chaiyachati KH, Ogbuoji O, Price M, Suthar AB, Negussie EK, Bärnighausen T. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a rapid systematic review. *AIDS* 2014;28 Suppl 2:S187-204.
23. Shumway CL, Patel BC, Tripathy K, De Jesus O. Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder (NMOSD) [Updated 2024 Jan 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572108/>.

24. Brooke P, Bullock R. Validation of a 6-item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14(11):936-40.
25. Malathum P. Translation of the cognitive and neurological function assessment for the elderly: The Six-Item Cognitive Impairment Test. *J Med* 2007;52(4):234-237. (in Thai).
26. Junjai K, Junda T, Panpakdee O. Factors related to medication adherence among patients with systemic lupus erythematosus. *Ramathibodi Nurs J* 2013;19(1):60-72. (in Thai).
27. Department of Medical Services. Guidelines for screening and assessing elderly health, 2021. [Internet]. [cited 2025 Feb 26]. Available from: https://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/01/book_2.pdf (in Thai).
28. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982;15(2):303-11.
29. Malatham P, Promkong P, Intarasombut P. Predicting factors for blood glucose levels in blood of older adults with type 2 diabetes. *Ramathibodi Nurs J* 2010;16(2):217-37. (in Thai).
30. Anderson LA, Dedrick RF. Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychol Rep* 1990;67(3_suppl):1091-100.
31. Filippi M, Borriello G, Patti F, Inglese M, Trojano M, Marinelli F, et al. Perspectives on neuromyelitis optica spectrum disorders, the narrative medicine contribution to care. *Neurol Sci* 2024;45(4):1589-97. doi: 10.1007/s10072-023-07146-4.
32. Weng FL, Chandwani S, Kurtyka KM, Zacker C, Chisholm-Burns MA, Demissie K. Prevalence and correlates of medication non-adherence among kidney transplant recipients more than 6 months post-transplant: a cross-sectional study. *BMC Nephrol* 2013;14(1):1-10.
33. Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. *Geriatr Gerontol Int* 2016;16(10):1093-101.
34. Vatcharavongvan P, Puttawanchai V. Polypharmacy, medication adherence and medication management at home in elderly patients with multiple non-communicable diseases in Thai primary care. *Fam Med Prim Care Rev* 2017;4(4):412-6.
35. Thammakul D, Garudas S, Thepwarachai U, Inthong Y. Factors affecting the adherence to antiretroviral medication among HIV/AIDS patients. *J Health Sci Res* 2010;4(2):45-52. (in Thai).
36. Jitautai W, Masingboon K, Mounkum S. Factors influencing medication adherence in hypertensive patients without complications. *RTN Med J* 2022;49(2):417-33. (in Thai).