ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2553
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO ANTI-COAGULANT MEDICATION ADHERENCE IN VALVULAR REPLACEMENT PATIENTS

Miss Thitikan Kalated

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
โดย	นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ฐิติกานต์ กาลเทศ : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (SELECTED FACTORS RELATED TO ANTI-COAGULANT MEDICATION ADHERENCE IN VALVULAR REPLACEMENT PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ. 146 หน้า

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด จำนวน 121 ราย เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .76, .76, .79, .80, .79, และ .76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t-test และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเปลี่ยนลิ้นหัวใจส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 49-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.4 ($\overline{X}$ = 48.21, SD = 8.30) มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อุปสรรค โดยเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 (SD = 0.25), 2.68 (SD = 0.38), 2.85 (SD = 0.30), 3.09 (SD = 0.54), และ 1.60 (SD = 0.56) ตามลำดับ

2. ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ = 3.64, SD = 0.21)

3. เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (r_{bis} = -.050 , p < .585) โดยที่เพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -.547, p >.05)

4. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .220, .207, .195, และ .368 ตามลำดับ)

5. การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.238)

สาขาวิชา .....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....ฐิติกานต์ กาลเทศ.....

ปีการศึกษา.....2553..... ลายมือชื่อ อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....นรลักขณ์ เอื้อกิจ.....

5277567936 : MAJOR NURSING SCIENCE
KEYWORDS: MEDICATION ADHERENCE/PERCEIVED SUSCEPTIBILITY TO REGIMEN/ SEVERITY/ BENEFITS/ BARRIERS/ SOCIAL SUPPORT

THITIKAN KALATED: SELECTED FACTORS TO ANTI-COAGULANT MEDICATION ADHERENCE IN VALVULAR REPLACEMENT PATIENTS. ADVISOR:ASST. PROF. NORALUK UA-KIT, Ph.D., 146 pp.

The purposes of this descriptive correlational study were to examine the medication adherence and to investigate the relationships between sex, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, social support, and anti-coagulant medication adherence. One hundred and twenty-one out-patients with valvular replacement aged 18-59 years old, taking anti-coagulant medication were recruited in the surgery heart clinic at the Central Chest Institute, the Police General Hospital, and Phramongkutklao Hospital by a multistage random sampling. Questionnaires were composed of demographic information, perceived susceptibility to regimen, perceived severity to regimen, perceived benefits to regimen, perceived barriers to regimen, social support, and anti – coagulant medication adherence questionnaire. All questionnaires were tested for content validities by five panel of experts, and the reliabilities were .76, .76, .79, .80, .79, and .76, respectively. Descriptive statistics (e.g., percent, mean, and standard deviation), t-test, and Pearson's Product Moment Correlation were used to analyze data. The major findings were as follows:

1. More than half (55.4%) of subjects were females with the age between 49 and 59 years. The mean age was 48.21 years (SD = 8.30). Mean scores of perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, social support, and perceived barriers were 2.66 (SD = 0.25), 2.68 (SD = 0.38), 2.85 (SD = 0.30), 3.09 (SD = 0.54), and 1.60 (SD = 0.56), respectively.

2. Mean score of anti - coagulant medication adherence in valvular replacement patients was at a very good level ($\overline{X}$ = 3.64, SD = 0.21)

3. There was no significant relationship between sex and anti-coagulant medication adherence in valvular replacement patients at the level of .05 (r_{bis} = -.050 , p < .585). Whereas, there was no significant relationship between gender and anti-coagulant medication adherence in valvular replacement patients at the level of .05 (t = -.547, p >.05).

4. There were positively significant relationships between perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, social support, and anti-coagulant medication adherence in valvular replacement patients at the level of .05 (r = .220, .207, .195, and .368, respectively).

5. There was negatively significant relationship between perceived barriers and anti-coagulant medication adherence in valvular replacement patients at the level of .05 (r = -.238).

Field of Study : Nursing Science Student's Signature : Thitikan kalated

Academic Year : 2010 Advisor's Signature : Noraluk Ua-kit

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง เนื่องจากได้รับความกรุณา การช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ความกรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็นและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้ความเมตตา เป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างสูง จึงกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อนุญาตให้ทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่อนุเคราะห์เงินทุนการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบพระคุณ บิดา มารดา นายประไพ กาลเทศ และนางสุภาณี ศรีเมือง ผู้เปรียบเหมือนแสงเทียนที่คอยเป็นแสงนำทางให้มีแรงบันดาลใจในการศึกษา เพื่อบรรลุเป้าหมายให้ประสบความสำเร็จ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

		หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย		ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		จ
กิตติกรรมประกาศ		ฉ
สารบัญ		ช
สารบัญตาราง		ฌ
สารบัญภาพ		ญ
บทที่		
1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
	คำถามการวิจัย	8
	แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	8
	ขอบเขตการวิจัย	12
	คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	12
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	14
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
	ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ	16
	ความร่วมมือในการรับประทานยา	27
	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด	36
	บทบาทพยาบาลกับความร่วมมือในการรับประทานยา	43
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	46
3	วิธีการดำเนินการวิจัย	51
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	51
	วิธีดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	52
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	60
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	62
	การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	63
	การวิเคราะห์ข้อมูล	64

บทที่ หน้า
4 ผลการวิเคราะห์…….…... 66
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... ….. 74
สรุปผลการวิจัย …….. 75
อภิปรายผล……. 76
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้…… 83
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป …… 83
รายการอ้างอิง …… 84
ภาคผนวก…… 98
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ…… 99
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายของความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย…….. 101
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย……..…… 111
ภาคผนวก ง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ……..... 128
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์……..…… 146

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ประเภทอาหารที่มีผลต่อยาต้านการแข็งตัวของเลือด……	24
2	ประเภทยาที่มีปฏิกิริยาต่อยาต้านการแข็งตัวของเลือด……	25
3	แสดงค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) . และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย……	61
4	แสดงวันและเวลาของการตรวจคลินิกของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง……	63
5	เกณฑ์เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์……	65
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ……..	67
7	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือใน การรับประทานยา ต้านการแข็งตัวของเลือด ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ……	70
8	ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความร่วมมือในการรับประทานยา ต้านการแข็งตัวของเลือดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ……..	71
9	เปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำแนกตามเพศ……..	71
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุน ทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ……	72

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง……..	29
2	กรอบแนวคิดการวิจัย……	50

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจผิดปกติส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีสาเหตุมาจากไข้รูห์มาติคเพราะการติดเชื้อบริเวณหัวใจหรืออาจเป็นมาตั้งแต่กำเนิดการติดเชื้อที่หัวใจจะทำให้เกิดการเสื่อมสภาพของลิ้นหัวใจ จึงเป็นสาเหตุในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากสถิติของต่างประเทศพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจผิดปกติมีจำนวน 3,257 คน ต่อประชากร 1,000,000 คน ซึ่งพบในเพศหญิงร้อยละ 69.1 และเพศชายร้อยละ 30.9 (Donold Loyd-Jones, 2010) และในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีการป่วยเนื่องจากไข้รูห์มาติค จำนวน 180,000 ราย หรือ 6 คนต่อประชากร 1,000 คน และเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของประชากรจำนวน 5,000 รายต่อปี (Fuster, Alexander, and O'Rourke, 2001) สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติที่ลิ้นหัวใจเกิดขึ้นจากไข้รูห์มาติคในกลุ่มอายุมากกว่า 15 ปี พบได้ 3 คนต่อประชากร 1,000 คน (Kunchonnaayudhaya, 2002 อ้างถึงในศรัทธา แขดวง, 2547) และผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีประมาณ 500 คน/ปี ในสังกัดกรมการแพทย์ ซึ่งในแต่ละปีมีผู้ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั่วโลกจำนวน 225,000 ราย (St. Jode Medical, 2002) จากสถิติของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่าโรคลิ้นหัวใจผิดปกติอยู่ในระดับ 4 ของโรคหัวใจที่เป็นมากที่สุดในประเทศไทยประจำปี 2550 จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2547 – พ.ศ. 2551) คาดว่าแนวโน้มอัตราป่วยและอัตราการตายจากโรคลิ้นหัวใจผิดปกติจะเพิ่มขึ้น

จากสถิติดังกล่าวพบว่าโรคลิ้นหัวใจผิดปกติยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ควรหาทางแก้ไขอย่างเร่งด่วน ซึ่งพบว่าอัตราส่วนที่เกิดโรคลิ้นหัวใจผิดปกติของเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1.3:1 และกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 18 – 24 ปี มีอัตราป่วยมากที่สุดร้อยละ 19.09 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปร้อยละ 18.60 และช่วงอายุ 45-54 ปี ร้อยละ 17.05 ซึ่งอัตราป่วยดังกล่าวเทียบในประชากร 100,000 ราย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) สถิติของกรมการแพทย์ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าช่วงอายุที่เริ่มผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของผู้ป่วยคือ อายุ 45 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.6 รองลงมาอายุ 25-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.4 (กรมการแพทย์, 2553 : ออนไลน์) จากการศึกษาของ สุวิมล ยี่ภู่ และคณะ (2548) พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคลิ้นหัวใจผิดปกติเป็นเพศหญิง

มากกว่าเพศชายร้อยละ 58.5 และอยู่ในช่วงอายุ 30-49 ปี ร้อยละ 43.9 ช่วงอายุ 50-69 ปี ร้อยละ 29.3 ช่วงอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ17.1 และอายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 9.7 สอดคล้องกับ อติพร สำราญบัว (2544) พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงเป็นโรคลิ้นหัวใจผิดปกติมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 57.4 และช่วงอายุที่เป็นมากที่สุด 41-60 ปี ร้อยละ 48.73 และจากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีพบว่าการกระจายตามกลุ่มอายุพบมากในผู้มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป อาชีพ 3 ลำดับแรกที่มีผู้ป่วยสูงสุดคือ เกษตรกรรมร้อยละ 31.30 รับจ้างร้อยละ 28.30 นักเรียนร้อยละ 11.10 และไม่ระบุอาชีพ ร้อยละ 13.4 (วิจิตรา กุสุมภ์, 2546) การกระจายโรคค่อนข้างชัดเจนในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มเกษตรกร ซึ่งจะทำนา อากาศค่อนข้างร้อน และเมื่อมีฝนตกหนักก็จะชื้นมาก ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและไม่สบายได้ ในปัจจุบันการรักษาโรคลิ้นหัวใจผิดปกตินั้น ถึงแม้จะได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมแล้ว ผู้ป่วยยังต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เป็นการช่วยบรรเทาความรุนแรงของโรคและลดโอกาสกลับเป็นซ้ำลง และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคม

โรคลิ้นหัวใจผิดปกติมีวิธีการรักษาหลายรูปแบบคือ การรักษาทางอายุรกรรมและการรักษาทางศัลยกรรม ในทางอายุรกรรมคือ การรักษาภาวะลิ้นหัวใจผิดปกติด้วยยาในระดับผู้ที่ยังไม่มีอาการรุนแรง โดยให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของไข้รูห์มาติค (Rheumatic prophylaxis) การให้ยาดิจิตาลิส ยาขับปัสสาวะ รวมถึงการจำกัดปริมาณน้ำและเกลือแร่และการทำหัตถการด้วยการใช้บอลลูนถ่างขยาย (PTMC : Percutanous Transvenous Mitral Commissurotomy) เป็นวิธีแรกที่ควรจะพิจารณาในผู้ป่วยทุกรายที่เริ่มมีอาการและมีหลักฐานตรวจพบว่ามีลิ้นหัวใจตีบระดับรุนแรง วิธีนี้จะกระทำได้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการห้ามกระทำ การรักษาทางศัลยกรรม (Surgical management) มีข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดตามการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งในปัจจุบันในประเทศไทยมีอัตราการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมากขึ้น สถิติโรคลิ้นหัวใจที่ต้องเข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2553 ของกรมการแพทย์ จำนวน 709 รายและต้องได้รับการผ่าตัดจำนวน 544 ราย และพบว่ามีการผ่าตัดเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.38 มีทั้งเพศชายและหญิง (กรมการแพทย์, 2553 : ออนไลน์) การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นการแก้ไขภาวะความรุนแรงของโรคลิ้นหัวใจที่มีอยู่ให้กลับคืนสู่สภาพเดิมใกล้เคียงที่สุด การผ่าตัดจะช่วยให้หัวใจสูบฉีดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยอาจรู้สึกดีขึ้นในทันทีภายหลังการผ่าตัด แต่สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้เวลา 2-3 เดือน ภายหลังการผ่าตัดอาการจึงจะดีขึ้น (ปริศนา อัตถาผล, 2543) อย่างไรก็ตาม ระยะ 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัดเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านจะเรียกว่าผู้ป่วยนอกระยะแรก (Immediate outpatient) เมื่อกลับไปบ้านแล้วผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดี อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น มีอาการเลือดออกในสมอง เป็นต้น

(Zah, 2007) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระยะ 1-2 เดือนแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล (Kirklin and Barrott - Boyes, 1993)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดทุกราย (Akhtar et al., 2009) เพราะเป็นสิ่งสำคัญ อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตใน 30 วันแรก ร้อยละ 5.05 โดยร้อยละ 28 ของผู้เสียชีวิต มีสาเหตุจากภาวะแทรกซ้อนหลังรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด คือการที่ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรับประทานยา (ศรัทธา แขดวง, 2547) มีอาการแสดงคือ ภาวะเลือดออกผิดปกติ จากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดเกินขนาด ทำให้เลือดแข็งตัวช้า เลือดออกได้ง่าย แสดงออกมาในลักษณะ การมีเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะมีเลือดปน ประจำเดือนออกมากกว่าปกติ อุจจาระมีสีดำ มีจ้ำเลือดตามร่างกาย ถ้าเกิดเลือดออกในสมองก็จะทำให้ถึงแก่ชีวิตหรืออัมพาตร่วมด้วย (สัมพันธ์ พรวิลาวัณย์, 2540) หรืออาจเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Ramadi et al., 1998) จากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่น้อยเกินไป เลือดในช่องหัวใจแข็งตัวได้ง่ายทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันขัดขวางการทำงานของลิ้นหัวใจเทียม ระบบการทำงานของหัวใจบกพร่องทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ (อติพร สำราญบัว, 2544) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจคือ ภาวะอุดตันในหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยเฉพาะหลอดเลือดในสมอง (Fishman and Avirum, 2002) และมีการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเทียม ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบพบมากในระยะ 2 เดือนแรกหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทำให้ลิ้นหัวใจหยุดการทำงานและเป็นสาเหตุการเสียชีวิต (Breaker, 1996; Pudner, 2002)

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้แบ่งแยกประเภทลิ้นหัวใจเป็น 2 ลักษณะคือ ลิ้นหัวใจเทียมแบบเนื้อเยื่อและแบบโลหะ ซึ่งเมื่อได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมแล้วต้องได้รับการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดชื่อยาวาร์ฟาริน(Wafarin) ซึ่งยาต้านการแข็งตัวของเลือดนี้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะเลือดออกง่าย และภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ส่งผลให้ต้องมีการติดตามการใช้ยาและปรับขนาดยาอย่างต่อเนื่องและต้องติดตามอย่างใกล้ชิด จากการศึกษาของ สุนีย์ เลิศสินอุดม และคณะ (2010) พบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาวาร์ฟารินคือ ภาวะเลือดออกผิดปกติได้โดยเฉลี่ย 7.6 – 16.5 ต่อประชากร 100 คนต่อปี โดยจัดเป็นภาวะเลือดออกชนิดรุนแรงหรือภาวะเลือดออกจนถึงแก่ชีวิต ประมาณ 1.3 -2.7 ต่อประชากร 100 คน/ปี และการศึกษาของ วันวิภา เทพารักษ์ (2550) พบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดร้อยละ 27.3 ได้แก่ ภาวะเลือดออกร้อยละ 22.7 ภาวะลิ่มเลือดอุดตันร้อยละ 4.5 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดจากความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ดังนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องใช้ความละเอียดและเป็นภาระหนักในการที่จะต้องเข้าใจกับประเภทของยา (Ansell et al., 2008) ในการดูแลจะลำบากยุ่งยาก อาจส่งผลถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ

ได้รับยาต้านการแข็งตัวเลือด และ การสูญเสียค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขสูงขึ้น การประเมินความเสี่ยงและความเหมาะสมของผู้ป่วยในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด การรับประทานยาวาร์ฟารินจำเป็นต้องมีการปรับขนาดยาและการดูแลการใช้ยาอื่นควบคู่กันไป พร้อมทั้งต้องติดตามผลเลือด Prothrombin Time (PT) หรือ International Normalized Ratio (INR) (Colvin et al., 1993) อย่างสม่ำเสมอ เป้าหมายต่อไปในการรักษาผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจผิดปกติ ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ คือ การคงไว้ซึ่งการทำงานของลิ้นหัวใจเทียมให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการคงไว้ในการทำงานที่ได้ผลดี คือการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างสม่ำเสมอ

ดังนั้นจึงพบว่าปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วย คือ ต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต้องเผชิญภาวะแทรกซ้อนหลังรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดหลังผ่าตัด จากการรับประทานยาไม่ถูกวิธี ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อผู้ป่วยในความร่วมมือในการรับประทานยา จากการศึกษาของ ชงโค นิสสัยดีและนงเยาว์ ซื่อเลื่อม (2551) ติดตามผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด พบว่าปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยา เนื่องจากความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาโดยรวม ร้อยละ 19.62 เพราะสาเหตุจากลืมรับประทานยาหรือขาดยา ร้อยละ 9.34 อ่านฉลากยาไม่ออก ร้อยละ 3.74 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 2.80 ปรับขนาดยาเอง ร้อยละ 1.87 แบ่งเม็ดยาไม่ถูก ร้อยละ 0.93 และหยุดยาเอง ร้อยละ 0.93 และการศึกษาของ สุวิมล ยี่ภู่ และคณะ (2548) พบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพราะไม่ทราบเหตุผลในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดคิดเป็นร้อยละ 21 ทำให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับ การศึกษา จริยา เจริญยิ่ง (2546) เรื่องการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาหลังผ่าตัด คือ ลืมรับประทานยา ร้อยละ 65.57 การใช้ยาสมุนไพรหรืออาหารเสริม ร้อยละ 26.28 และการหยุดรับประทานยาหรือการขาดยา ร้อยละ 10.66 ดังนั้นการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด การปฏิบัติตนตามคำแนะนำในเรื่องการรับประทานยาและอาหารที่เหมาะสมกับโรค และพฤติกรรมในการดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับการรักษา (ศุกลดี ช้อยชาญชัยกุล, 2551) พฤติกรรมดังกล่าวต้องทำด้วยความสมัครใจของผู้ป่วย สำหรับ แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพเป็นเพียงผู้แนะนำในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาให้ได้มากที่สุด การรับประทานยาเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการป้องกันตนเองจากโรค ซึ่งการดูแลตนเองเป็นสิ่งหนึ่งที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ตามความเข้าใจของตนเองจะทำให้การปฏิบัติออกมาตามความเข้าใจของบุคคลนั้นๆ หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำตามแผนการรักษา อาจส่งผลต่ออาการ

ของโรคและภาวะแทรกซ้อนของการรับประทานยาไม่ถูกวิธี จนทำให้เกิดอันตรายได้ซึ่ง Pender (2006) กล่าวว่า ความร่วมมือ (Adherence) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพดีแบบองค์รวม ซึ่งในผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอาจถึงแก่ชีวิตได้ (ประณีต ส่งวัฒนะ, 2547) หากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาของ Joyce และคณะ (2004 อ้างถึงใน ระพิน ผลสุข, 2548) พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความร่วมมือในการรับประทานยาและมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 20 ถึง 80 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดบางรายมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดนัด ทำให้ผู้ป่วยมารับยาไม่สม่ำเสมอและจากการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการมาตรวจตามนัดอีกครั้ง พบว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอตามแผนการรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้ผู้ป่วยมีโอกาส เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา (นวรัตน์ สุทธิพงศ์, 2550) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ความร่วมมือในการรับประทานยาจะได้ผลที่ดีนั้นต้องรับประทานอย่างสม่ำเสมอ โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการรับประทานยาอย่างเต็มใจโดยมีหลักการใช้ยาให้ถูกต้อง มีอยู่ 4 ข้อด้วยกันคือ ใช้ยาให้ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา และถูกวิธี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ตามกรอบแนวคิดของ Pender (2006) ในด้านปัจจัยภายในบุคคล (Internal factors) ได้แก่ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และปัจจัยภายนอกบุคคล (External factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้เป็นการบอกลักษณะส่วนบุคคล และการบอกถึงอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมการรับรู้ การคาดหวัง และพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลง เมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่า และมีประโยชน์ ซึ่งปัจจัยต่างๆมีรายละเอียด ดังนี้

เพศ (Sex) เป็นตัวกำหนดบทบาทของสังคม Vinke and Bolton (2002) และ (Buenting, 1990 อ้างถึงใน ศรัทธา แขดวง, 2547) กล่าวว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพบว่าอัตราการเกิดโรคจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจะมีระยะการพักฟื้น ซึ่งพบว่าระยะพักฟื้น 1-2 สัปดาห์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มักพบรายงานปัญหาในระยะนี้คือ การปวดแผล เบื่ออาหาร

ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ที่แปรปรวน สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่ลดลง (Utriyaprarit & Moore, 2005) รวมถึงการแสดงออกด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพราะผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด จะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้เป็นอย่างยิ่ง สำหรับบทบาทหน้าที่ของเพศหญิงและเพศชายเมื่อต้องเผชิญกับอาการเจ็บป่วยจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจะรู้สึกถึงผลกระทบด้านความเป็นภรรยา และสามี และความสามารถในการประกอบอาชีพทำให้กระทบต่อครอบครัว หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการและความรู้สึกได้ (คัทลียา คงเพ็ชร, 2553)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) เป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค จะมีความแตกต่างจากผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วๆไป การรับรู้นี้อาจแสดงออกมาในด้านทัศนคติ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้แตกต่างกันออกไป ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจบางรายเชื่อว่าตนเองจะไม่เกิดปัญหาหรือมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่ผู้ป่วยบางรายเชื่อว่าโอกาสเสี่ยงจะไม่เกิดขึ้นกับตน

การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความรุนแรงที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีผลกระทบต่อบทบาทของตนเองด้านร่างกาย ได้แก่ อาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยหรือบุคคลกำลังเผชิญอยู่ เช่น ความพิการ การเสียชีวิต ความยากลำบาก ซึ่งผู้ป่วยผ่าตัดผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีการรับรู้ความรุนแรงมาก ก็จะเกิดความร่วมมือในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การรับประทานยาอย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ลดโอกาสการเกิดภาวะที่รุนแรงจนเป็นอันตรายต่อตนเองได้

การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefit) คือ การที่ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีการรับรู้การปฏิบัติตนด้านการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดว่ามีผลดีต่อตนเอง เพื่อให้หายจากโรคหรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยมีความเชื่อว่าการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายจากโรคและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

การรับรู้อุปสรรค (Perceived barrier) คือ การที่ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด รวมถึงการที่ต้องเผชิญกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น ความไม่สุขสบาย หรือการ

เจ็บป่วย เป็นต้น ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคจากการรับประทานยาสูง ส่งผลทำให้พฤติกรรมเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาน้อย

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง House (1981) ได้ให้อธิบายไว้ว่า

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการได้รับความรัก ความห่วงใยให้การช่วยเหลือระหว่างบุคคลประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก พี่น้อง เพื่อนบ้าน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น คอยให้กำลังใจสนับสนุน ส่วนช่วยเหลือในด้าน ข้อมูลข่าวสาร การเงิน สิ่งของ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานยาให้ได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นพบว่า ส่วนใหญ่จะมีการศึกษา ความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV เป็นต้น แต่ยังไม่มีการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อให้ทราบว่าปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตและดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ไม่เกิดและลดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ในปัจจุบันมีสถานพยาบาลหลายแห่งได้จัดกิจกรรมที่จะเอื้อประโยชน์ให้กับผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยทีมบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีแนวทางให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานยามีดังนี้ การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในรูปแบบของ Wafarin clinic (Wilson et al., 2003) การจัดการโดยผู้ป่วยเอง (Self medication) การทำคู่มือการใช้ยาอย่างชัดเจน ใช้ง่าย สะดวก มีรูปยา ปฏิทินการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วย (Lowe et al., 1995) จัดตั้งระบบ Hot line เพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาและผลกระทบจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดและมีการศึกษาของ Osterberg and Blaschke (2005) ที่ทำการศึกษาการบริบาลโดยเภสัชกรรม โดยการเพิ่มการสื่อสารและการให้ความรู้เกี่ยวกับยาวาร์ฟาริน โดยมีการจัดตัวอย่างยาที่ผู้ป่วยรับประทานให้เห็นได้อย่างชัดเจนพร้อมอธิบายการรับประทานยาอย่างละเอียด ร่วมกับเพิ่มการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยโดยการติดตามทางไปรษณีย์ เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา

ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วย คือ การชี้แนะให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงผลกระทบของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างถูกต้อง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลัง

รับประทานยา ลดการกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่าย ทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ ประโยชน์ที่จะได้รับผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการรับประทานยา ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ปัจจุบันการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายในการรักษาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจคือการคงหน้าที่การทำงานของลิ้นหัวใจเทียมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด คือ การป้องกันการอุดตันของลิ่มเลือดไปอุดบริเวณลิ้นหัวใจเทียม ทำให้การทำงานของลิ้นผิดปกติ การรับประทานยาอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้อย่างดี ซึ่งการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา การได้รับความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นสิ่งสำคัญในการรักษา เพราะการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผลการรักษาได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ

การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Pender (2006) ซึ่งกล่าวไว้ว่า ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำอย่างสม่ำเสมอจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต และเป็นกิจกรรมที่บุคคลจะตกลงที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี ผู้วิจัยได้

คัดสรรตัวแปรตามแนวคิดแบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) ได้แก่ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) นำมาศึกษาความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดและลดอัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนหลังรับประทานยา เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีดังนี้

เพศ (Sex) เป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบถึงความแตกต่างทางสรีระของบุคคลและบทบาททางสังคม ซึ่งมีอิทธิพลทำให้เกิดความแตกต่างทางสุขภาพ Pender (1996) กล่าวว่าเพศมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา เช่น การรับประทานยา และเพศที่แตกต่างกันจะบอกถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน สอดคล้องการศึกษาของ ระพิน ผลสุข (2548) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Eta = .167) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่าเพศหญิงให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -2.361) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Rita et al. (2002) พบว่าเพศชายมีความร่วมมือในการรับประทานยาดีกว่าเพศหญิง

การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) เป็นการรับรู้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งแตกต่างไปจากบุคคลที่มีสุขภาพดีทั่วไป การรับรู้อาจแสดงออกในด้านทัศนคติ ความรู้สึก การรับรู้นี้มีความสำคัญส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนมากกว่าปัจจัยด้านอื่น ทำให้บุคคลนั้นเกิดการรับรู้เรื่องแนวทางการรักษาและการควบคุมภาวะแทรกซ้อนให้อยู่ในสภาพปกติของร่างกายมากที่สุด จากการศึกษา รัตนา เรือนอินทร์ (2550) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .362) สอดคล้องกับ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) และรัศมี สิทธิพันธ์ (2548) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาเป็นตัวแปรที่สำคัญและมี

อิทธิพลสูงกว่าตัวแปรอื่นๆ ส่งผลให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะ การรับประทานยา

การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) เป็นการรับรู้ที่บุคคลเป็นผู้ประเมินด้วยตนเองถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังรับประทานยาต้านการแข็งตัวที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความรุนแรงเป็นสาเหตุการพิการและเสียชีวิต ส่งผลกระทบของทางร่างกายและจิตใจทั้งด้าน ครอบครัวและสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีอิทธิพลนำไปสู่การรับรู้แผนการรักษาและการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ศิริพร ปาระมะ (2549) ศึกษาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .378) สอดคล้องกับ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r =.362) และกรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535) ศึกษาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) ศึกษาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .354)

การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะต่างๆ โดยขึ้นกับการคาดการณ์ถึงประโยชน์ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงผลบวกจากการกระทำนั้นๆ (Pender, 2006) จากการศึกษาพบว่า การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างสม่ำเสมอ สามารถทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพและลดภาวะแทรกซ้อนหลังรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้ (Arnsten et al., 1997) จากการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .21) สอดคล้องกับ จาตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540) ศึกษาพบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .337) และ นฤมล คมกล้า (2553) พบว่า การรับรู้ประโยชน์จากการรับประทานยาต้านไวรัส HIV มีความสัมพันธ์ทางบวกความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .373)

การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) เป็นการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006) เมื่อบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมาก ก็จะทำให้มีความพร้อมในการปฏิบัติน้อย ส่วนบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติน้อย ก็จะทำให้มีความพร้อมในการปฏิบัติสูง อาจเป็นสิ่งที่คาดคะเนหรือสิ่งที่ขัดขวางไม่ให้บุคคลปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยง การกระทำนั้นๆ ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความไม่สุขสบาย ความยากลำบากในการกระทำ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจยังต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไปตลอดชีวิต หากผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นอุปสรรคทำให้เกิดความเบื่อหน่ายที่จะกระทำอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาได้ จากการศึกษาของ รัศมี สิทธิพันธ์ (2548) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างที่ผ่าตัดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = -.262) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ สาระทำ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2551) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = -.360)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยการเห็นคุณค่า การให้ความรัก ความเข้าใจ และให้ความช่วยเหลือในทุกๆด้าน โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมและสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ (Pender, 1996 : 259) และการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีความผาสุกในชีวิต (House, 1981) จากการศึกษาของ ปราณี ทองพิลา (2542) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาของเยาวภา บุญเที่ยง (2545) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .636)

จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
3. การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18-59 ปี ที่มาติดตามการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐบาล ในระดับตติยภูมิ ที่มีศูนย์หัวใจในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ ความรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม และ ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

เพศ หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นเพศหญิงหรือเพศชายของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

การรับรู้โอกาสเสี่ยง หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผู้ป่วยว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ การมีเลือดออกในสมอง การมีลิ่มเลือดอุดตัน ประเมินโดยแบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูงของ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) ประยุกต์ตามแนวคิดของ Pender (2006) จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ

การรับรู้ความรุนแรง หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดว่ามีอันตรายต่อตนเอง ได้แก่ การพิการ การเป็นอัมพาต และการเสียชีวิต ประเมินโดยแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) ประยุกต์ตามแนวคิดของ Pender (2006) จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ

การรับรู้ประโยชน์ หมายถึง เป็นการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดสอดคล้องกับแผนการรักษาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ประเมินโดยแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ Belief about medication compliance scale ของ Bennett et al. (1997) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิด Becker 1984 ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงตามแนวคิดของ Pender (2006) จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ

การรับรู้อุปสรรค หมายถึง การรับรู้ต่อสิ่งขัดขวางต่ออุปสรรคในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น ความเจ็บป่วย ความไม่สุขสบาย ค่าใช้จ่าย ประเมินโดยแบบวัดการรับรู้อุปสรรค Belief about medication compliance scale ของ Bennett et al. (1997) ในผู้ป่วยภาวะโรคหัวใจวาย ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิด Becker 1984 ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงตามแนวคิดของ Pender (2006) จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์และได้รับความช่วยเหลือของบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ในด้านการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดและด้านการสนับสนุนทางด้าน อารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ประเมินค่า และด้านสิ่งของ โดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ อรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) สร้างตามแนวคิดของ House (1981) จำนวน 16 ข้อ โดยมีเนื้อหาครอบคลุม 4 ด้าน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ

ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมในการปฏิบัติตามแผนการรักษาในด้านการรับประทานยา โดยรับประทานยาให้ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา และต้องรับประทานอย่างสม่ำเสมอ ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยดัดแปลงจากแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของ นฤมล คมกล้า (2553) จำนวน 8 ข้อ โดยใช้มาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ

ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 18-59 ปี ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ยาต้านการแข็งตัวของเลือด หมายถึง ยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่มีชื่อการค้าว่า Warfarin ที่ใช้ในโรงพยาบาลที่มีศูนย์หัวใจ ระดับตติยภูมิ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยา
2. เพื่อส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม โดยให้บุคคลรอบข้างมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ลดความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยครอบคลุมเนื้อหาดังนี้

1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
    - 1.1 สาเหตุ
    - 1.2 พยาธิสภาพ
    - 1.3 แนวทางการรักษา
        - 1.3.1 การรักษาด้วยการผ่าตัด
        - 1.3.2 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด
        - 1.3.3 การรักษาด้วยยา
        - 1.3.4 ภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาวาร์ฟาริน
        - 1.3.5 ปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่อการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน
        - 1.3.6 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยา
2. ความร่วมมือในการรับประทานยา
    - 2.1 ความหมาย
    - 2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยา
    - 2.3 แนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender
    - 2.4 ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
    - 2.5 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
    - 3.1 เพศ
    - 3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยง

3.3 การรับรู้ความรุนแรง

3.4 การรับรู้ประโยชน์

3.5 การรับรู้อุปสรรค

3.6 การสนับสนุนทางสังคม

4. บทบาทพยาบาลกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

1.1 สาเหตุ

ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีสาเหตุจากการเป็นโรคลิ้นหัวใจผิดปกติไม่สามารถเปิดปิดได้เต็มที่ (ลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว) สาเหตุที่ทำให้ลิ้นหัวใจผิดปกติเกิดจากหลายประการมีทั้งความพิการแต่กำเนิดและความพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง ได้แก่ การติดเชื้อ การบาดเจ็บ หรือการเสื่อมสภาพของลิ้นหัวใจ การที่มีพยาธิสภาพที่ลิ้นหัวใจ ซึ่งอาจเกิดจากไข้รูห์มาติคหรือหินปูนไปเกาะได้ สาเหตุจากไข้รูห์มาติค (Rheumatic fever) ถือว่าเป็นการอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อโดยตรง (Systemic nonsuppurative inflammatory disease) การอักเสบนี้เชื่อว่ามีกลไกจากการตอบสนองด้านภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อเชื้อแบคทีเรียชนิด Group A Beta- hemolytic streptococcci เนื่องจากการที่โครงสร้างหลายส่วนของเชื้อนี้มีลักษณะความเป็น Antigen คล้ายคลึงกับโครงสร้างของเนื้อเยื่อปกติของร่างกายในหลายแห่ง เช่น ที่ผิวหนัง ข้อกระดูก หลอดเลือดหัวใจ และสมองบางส่วน เป็นต้น เมื่อการสร้าง Antigen เกิดขึ้น ภูมิคุ้มกันของตัวเองจึงทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อต่างๆ เหล่านั้น โรคนี้จะเริ่มเป็นกับเด็กในช่วงอายุระหว่าง 5 ปีขึ้นไป ถ้าไม่ได้รับการรักษาและป้องกันอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ จะเกิดการกำเริบซ้ำหลายครั้งจนเกิดความเสียหาย เป็นพยาธิสภาพที่ถาวรและรุนแรง เช่น ที่ลิ้นหัวใจ เป็นโรคเรื้อรังจนทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิตได้ในเวลาต่อมา จากการที่มีการอักเสบใหม่ซ้ำได้หลายครั้งและมีความเสียหายเรื้อรังตามมา ทำให้การยืดหยุ่นในการปิดเปิดของลิ้นหัวใจเสื่อมลง ส่งผลทำให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายลดลง (ธำรง จิรจริยาเวช, 2550)

1.2 พยาธิสภาพ

สำหรับกลไกการเกิดพยาธิสภาพที่สำคัญในโรคหัวใจรูห์มาติคเรื้อรัง คือ การหนาตัวและบิดเบี้ยวของแผ่นลิ้นหัวใจเป็นผลมาจากการ Healing มี Fibroblast และ Fibrocyte มีการสร้างคอลลาเจน หลั่งออกมาภายนอก กลายเป็นพังผืด ทำให้เนื้อเยื่อหนาและแข็งขึ้นมากกว่าเดิม นอกจากนี้ยังมีเซลล์ Myofibroblast จำนวนมาก ซึ่งเซลล์เหล่านี้จะหดตัวเพื่อช่วยในการสมานแผล

แต่ในขณะเดียวกันก็ทำให้โครงสร้างบริเวณนั้นหดตัวเป็นหย่อมๆ จึงเป็นผลให้แผ่นลิ้นหัวใจบิดเบี้ยว อนึ่งคอลลาเจนที่หลั่งออกมาจากเซลล์ในครั้งแรกอยู่ในรูปของ Monomer เมื่อมาอยู่ใน Biostatical tissue มารวมตัวกันเกิด Polymerization เป็นสายใย Polymer ซึ่งมีส่วนช่วยในการหดตัว การเชื่อมกันของรอยต่อของลิ้นหัวใจ Commissural fusion นั้นเป็นผลมาจากการ Healing และ Fibrosis เช่นกัน แต่ตำแหน่งที่เชื่อมกันนี้จะกินบริเวณเพียงเล็กน้อยเท่านั้นในการเกิด Acute attack แต่ละครั้ง แต่เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการป้องกัน การเกิด Acute rheumatic carditis หลายๆ ครั้ง บริเวณที่เชื่อมติดกันจะขยายอาณาเขตมากขึ้น ทำให้รูเปิดของลิ้นหัวใจมีลักษณะแคบลง (ธำรง จิรจริยาเวช, 2550)

การมี Calcification เป็นผลจากขบวนการของ Dystrophic calcification ที่จะเกิดกับเนื้อเยื่อที่เสียหาย มีเซลล์ตาย หรือมี Scar ตามที่ทราบกันอยู่แล้ว การหนาตัวและการหดสั้นของเส้นใย Chordae tendineae รวมทั้งการเชื่อมกันระหว่างเส้นใยด้วยกัน หรือระหว่างเส้นใยกับแผ่นลิ้นหัวใจที่กล่าวแล้ว ส่วนการที่เส้นใย Chordae ขาดมักจะเกิดในช่วงการอักเสบเฉียบพลัน ซึ่งทำให้ความเข้มแข็งของเส้นใยนี้ลดลง ในขณะที่ยังต้องดึงรั้งแผ่นลิ้นหัวใจให้ปิดพอดีไม่สะบัดกลับจนเลือดไหลย้อนทางออกไป ทำให้เส้นใยเหล่านี้ต้องใช้แรงดึงกระชากกับแรงดัน ส่วนการหนาตัวของ Papillary muscle เป็นผลจากการตอบสนองของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจทำงานชดเชยมากขึ้น

พยาธิกำเนิดของการเกิด Atrial fibrillation ในภาวะ Chronic rheumatic mitral stenosis อธิบายได้ว่าเมื่อห้องหัวใจบนซ้ายต้องมีขนาดใหญ่ขึ้นระยะทางระหว่าง SA node กับ AV node จะยืดยาวออกไปทำให้สัญญาณไฟฟ้าหัวใจต้องเดินทางจาก SA node ไป AV node ใช้เวลามากขึ้นจนถึงขั้นที่นานกว่าเวลาที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจต้องใช้ เพื่อให้หลุดออกจาก Refractory period ดังนั้นจะเกิดปรากฏการณ์ของ Re-entry ต่อๆกันไป ย่อมทำให้เกิด Atria fibrillation ได้ในที่สุด สัญญาณที่ AV node ต้องรับไปถ่ายทอดต่อจะถี่มาก จนไม่สามารถรับได้ทั้งหมดอย่างครบถ้วน เพราะ AV node ก็ต้องมี Refractory period เช่นกัน ดังนั้น AV node จึงรับสัญญาณ ส่งต่อลักษณะที่ไม่มีรูปแบบแน่นอน Refractory period จะรับสัญญาณจาก AV node ทำให้ Ventricle ไม่มีรูปแบบการทำงาน จึงตรวจพบว่ามี Arrhythmia ชนิด Totally irregular heart rate

1.3 แนวทางการรักษา

1.3.1 การรักษาด้วยการผ่าตัด

การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นวิธีการหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคลิ้นหัวใจผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมอาการ การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จึงเป็นการรักษาขั้นตอนสุดท้ายในการแก้ไขปัญหาโรคลิ้นหัวใจผิดปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ประเภทลิ้นหัวใจที่ใช้ในการรักษาด้วยการผ่าตัดมีดังนี้

Mechanical heart valve เป็นลิ้นหัวใจทำมาจากโลหะ Carbon alloys มีอยู่ 3 ชนิด

1) ลิ้นหัวใจเทียมแบบลูกบอลเปิดปิด (Caged-ball valves) เป็นลิ้นหัวใจเทียมชนิดแรกและปัจจุบันยังคงนิยมใช้อยู่ เช่น Starr-edwards caged-ball valve

2) ลิ้นหัวใจเทียมแบบแผ่นเปิดปิดชนิดแผ่นเดียว (Single - tilting - disk valves) มีความทนทานและเลือดสามารถไหลผ่านได้สะดวก เช่น Medtronic – Hall valve

3) ลิ้นหัวใจเทียมแบบแผ่นเปิดปิดชนิด 2 แผ่น (Bileaflet-tilting-disk valve) เช่น St. Jude medical valve ลิ้นหัวใจเทียมชนิด Mechanical heart valve มีความทนทานและสามารถใช้งานอย่างน้อย 20 - 30 ปี แต่มีข้อเสียคือทำให้เกิดลิ่มเลือดหลุดอุดตันหลอดเลือดได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไปตลอด

Bioprosthetic heart valves เป็นลิ้นหัวใจที่ทำมาจากเนื้อเยื่อของสิ่งมีชีวิต ซึ่งได้นำมาใช้เพื่อไม่ให้เกิดการต่อต้านจากร่างกาย สามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด

1) ลิ้นหัวใจเทียมซึ่งได้มาจากลิ้นหัวใจคน (Hemografts)

2) ลิ้นหัวใจเทียมซึ่งทำมาจากเนื้อเยื่อของสิ่งมีชีวิต (Heterografts) เช่น ลิ้นหัวใจหมู เยื่อหุ้มหัวใจ จะมีอายุการใช้งานเพียง 10-15 ปี และอาจจะต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมอันใหม่ ลิ้นหัวใจประเภทนี้มีโอกาสจะทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดหลอดเลือดน้อยกว่าแบบ Mechanical heart valves

1.3.2 ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม ได้แก่

1) ระบบการไหลเวียนของเลือดผิดปกติ (Hemodynamic dysfunction dysfunction) เกิดจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่

1.1) ความล้มเหลวของโครงสร้างของลิ้นหัวใจเทียม ซึ่งเกิดการอุดตันของรูเปิดปิดของลิ้นหัวใจเทียม มักจะเกิดในระยะแรกๆที่มีการดูดซับไขมันในพลาสมา หรือการแตกหักโครงสร้างลิ้นหัวใจ

1.2) มีลิ่มเลือดขนาดใหญ่อุดตันรูเปิดปิดของลิ้นหัวใจ จนทำให้เกิดภาวะลิ้นหัวใจตีบ สาเหตุเกิดจากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดในขนาดไม่เพียงพอ

1.3) มีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อและลิ้นหัวใจเทียม เนื่องจากเนื้อเยื่อมีการตีบหรือรั่ว จะเกิดการไหลวนของเลือดที่ลิ้นหัวใจ (Paravalvular regurgitation) และมีผลต่อการเกิดหัวใจ เต้นผิดปกติ (Arrhythmias) ทำให้เกิดปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง และเกิดภาวะหัวใจวาย ตามมา เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

เปลี่ยนลิ้นหัวใจระยะ 1-2 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล (Kirklin and Boyes, 1993 อ้างถึงใน ศรัทธา แขดวง, 2547)

2) การติดเชื้อที่ของเยื่อบุหัวใจ (Infective endocarditis) ของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม พบว่ามีอัตราการเกิดร้อยละ 3-6 ถ้าเป็นการติดเชื้อในช่วง 60 วันแรกหลังผ่าตัดจะพบเชื้อ Staphylococcus epidermidis, S. aures หากเป็นการติดเชื้อหลัง 12 เดือนไปแล้วจะพบเชื้อ Staphylococcus epidermidis อัตราการตายในระยะแรกที่เกิดจากเชื้อนี้พบร้อยละ 30–80 และอัตราการตายหลังผ่าตัดที่เกิดจากการติดเชื้อพบร้อยละ 20 - 40 (Hangh and Ballenger, 1999) และมีแนวทางในการรักษาคือ การให้ยาปฏิชีวนะและให้ยาต่อเนื่อง 4-6 สัปดาห์

3) ภาวะเลือดจางจากเม็ดเลือดแตกตัว (Hemolytic anemia) พบอัตราการทำลายเม็ดเลือดแดงในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ กรณีไม่รุนแรงร่างกายสามารถปรับสภาพเองได้ โดยมีการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นจากไขกระดูก ในกรณีรุนแรงอาจเกิดภาวะขาดธาตุเหล็กหรือกรดโฟลิกได้ และทำให้เกิดความผิดปกติ คือ มีการรั่วของลิ้นหัวใจ แนวทางการรักษาคือการให้เลือดและการผ่าตัดใหม่ เพื่อรักษาการรั่วที่ลิ้นหัวใจ

4) การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด (Thromboembolism) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมชนิด Medichanical heart valve ในกรณีผู้ป่วยที่เปลี่ยนลิ้นหัวใจแบบ Bioprosthetic heart valves ก็สามารถเป็นได้เช่นกัน ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้ง 2 ประเภท สามารถป้องกันได้โดยวิธีการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

1.3.3 การรักษาด้วยยา

แนวทางการรักษาด้วยยามีหลายประเภทแบ่งได้ดังนี้

1) ยาปฏิชีวนะ ป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของไข้รูห์มาติค (Rheumatic prophylaxis) ในรายที่ภาวะลิ้นไมตรัลตีบ มีสาเหตุมากจากไข้รูมาห์ติค ควรจะต้องได้รับยาปฏิชีวนะกลุ่มเพนนิซิลลิน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำเสมอ และถือว่าการป้องกันที่ดีที่สุดคือการให้ยาไปตลอดชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่อยู่ในบริเวณที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรค และตรวจพบเชื้อ B-Hemolytic streptococci ซึ่งเป็นสาเหตุของไข้รูห์มาติค การให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการเกิดลิ้นหัวใจอักเสบติดเชื้อ (Infective endocarditis prophylaxis) และในกรณีที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับหัตถการบางอย่างที่อาจจะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการสัมผัสกับเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด

2) ยาขับปัสสาวะ การเลือกใช้ชนิดของยาขับปัสสาวะแตกต่างกันในแต่ละรายขึ้นอยู่กับหลายๆ ปัจจัย เช่น การออกฤทธิ์ที่เร็วในการขับปัสสาวะ สำหรับรายที่มีอาการบวมมาก อาจต้องเลือกใช้ยากลุ่มที่มีการออกฤทธิ์แรงและเร็ว ได้แก่ ฟลูโรซีมายด์ (Furosemide) ซึ่งจะออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดเกลือแร่กลับที่ท่อไตส่วนปลาย ทำให้มีประสิทธิภาพขับน้ำและเกลือแร่ส่วนเกินได้ดีมาก แต่ในรายที่บวมไม่มาก ไม่มีการคั่งของน้ำหรือเกลือแร่มากนัก อาจจะพิจารณาให้กลุ่มไฮโดรคลอโรไธอะไซด์ (Hydrochlorothiazide) ขนาด 50 มิลลิกรัม วันละ 1 – 2 ครั้ง

3) ยาดิจิตาลิส (Digitalis) จะมีประโยชน์มากในผู้ป่วยที่มีการเต้นของหัวใจผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation หรือ Atrial flutter เพื่อควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจเวนตริเคิล ไม่ให้เต้นเร็วจนเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีอาการแสดงของห้องหัวใจเวนตริเคิลขวาล้มเหลวหรือมีน้ำท่วมปอด

4) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Oral anticoagulant) เพื่อลดผลแทรกซ้อนที่เกิดจากก้อนเลือดในห้องหัวใจหลุดไปอุดตันตามส่วนต่างๆของร่างกาย ยาที่นิยมใช้สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจคือยา Warfarin ยานี้อยู่ในกลุ่มโครงสร้างแบบ 4 - Hdroxycoumarin งานวิจัยนี้ขอกล่าวถึงยาวาร์ฟาริน (Warfarin) ได้ถูกนำมาใช้ทางการรักษากันอย่างกว้างขวาง ใช้เพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม (Prostheteic heart valves) หัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดจังหวะ (Atrial fibrillation) ป้องกันภาวะลิ่มเลือดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (Venous thromboembilisn) รักษาภาวะอุดตันหลอดเลือดในปอด (Pulmonary embolism) และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย สาเหตุจากการขาดเลือด (Recurrent myocardial infarction) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมมีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดได้สูงและเป็นอันตรายร้ายแรง จึงจำเป็นต้องรับประทานยาวาร์ฟารินอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังที่กล่าวมาแล้ว (จริยา เจริญยิ่ง, 2546) The American College of Chest Physicians (ACCP) ได้แนะนำให้ใช้ยาวาร์ฟารินในการป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในผู้ป่วยที่ผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม แม้ว่าการใช้วาร์ฟารินจะทำให้เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติได้สูง แต่ก็สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดลิ่มเลือดอุดตัน โดยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยร่วมกับการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและปรับขนาดยาอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

4.1) กลไกลการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน

ยาวาร์ฟารินจะรบกวนกระบวนการทางเคมีการชีวสังเคราะห์ของ Vitamin K – dependent coagulation factors ซึ่ง factor II (Prothrombin), VII, IX และ X (Hathaway and Goodnight, 1993) โดยการยับยั้งกระบวนการ Cyclic interconversion ของวิตามินเค ทำให้เกิดการสังเคราะห์ Vitamin K dependent clotting factor ที่ไม่สมบูรณ์ (Partially carboxylated) และยังส่งผลต่อโปรตีนซี (Protein C) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ใช้ย่อยปัจจัย V,VIII และชะลอการสร้าง Thrombin และมีผลต่อโปรตีนเอส (Protein S) เนื่องจากระดับโปรตีนเอสจะขึ้นกับการทำงานของวิตามินเค และเป็นปัจจัยร่วมกับโปรตีนซี ดังนั้นเมื่อระดับของโปรตีนเอสลดลง ระดับของโปรตีนซีก็จะลดลงด้วย ส่งผลให้การทำงานของปัจจัยการแข็งตัวของเลือดผิดปกติไป (ศุกลดี ช้อยชาญชัยกุล และคณะ, 2551) ขนาดที่เริ่มให้ในประเทศไทยคือเริ่มที่ 5 mg /วัน และค่อยปรับขนาด 3mg /วัน ให้รับประทานทุกวัน หรือ วัน เว้น วัน การปรับขนาดยาของผู้ป่วยขึ้นกับค่า INR ร่วมด้วย

4.2) เภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics)

ยาวาร์ฟารินถูกดูดซึมจากทางเดินอาหารได้อย่างสมบูรณ์ อาหารมีผลกระทบต่ออัตราเร็วในการดูดซึมแต่ไม่มีผลต่อปริมาณในการดูดซึมของยาทั้งหมดเข้าสู่กระแสเลือด ยาถูกแปรสภาพที่ตับแล้วขับออกทางไตโดยปัสสาวะและอุจจาระ ยาวาร์ฟารินประกอบด้วย Isomer 2 ชนิด คือ R และ S form โดย S isomer มีประสิทธิภาพและการออกฤทธิ์ที่สูงกว่า R isomer ประมาณ 5 เท่า ดังนั้นยาที่มีผลลดการแปรสภาพ S isomer จะทำให้เพิ่มฤทธิ์ของยาวาร์ฟารินมากกว่ายาที่มีผลต่อ R isomer (Hirst et al., 2003) ยาวาร์ฟารินมีระดับยาสูงสุดในเลือดหลังจากรับประทานประมาณ 90 นาที ยาจะจับกับโปรตีนในพลาสมาได้ดีเกือบร้อยละ 99 และมีค่าครึ่งชีวิต 36 - 42 ชั่วโมง (Ansell et al., 2008)

1.3.4 ภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านการแข็งต้านของเลือดมีดังนี้

1.3.4.1 ภาวะเลือดออกผิดปกติเป็นภาวะที่ระดับยาในกระแสเลือดมีมากเกินไป จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากการเกิดเลือดออกมากกว่าปกติจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 0.6 ต่อปี (Ansell et al., 2004) และภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง ร้อยละ 3 ต่อปี และภาวะเลือดออกไม่รุนแรงร้อยละ 9.6 ต่อปี (Landefeld and Beyth, 1993) การเกิดเลือดออกได้ง่าย เช่น เลือดออกตามไรฟัน จ้ำเลือด ภาวะแทรกซ้อนจะเกิดภายใน 6 เดือนแรกของการผ่าตัด (Kirklin and Barratt, 1993) ได้มีการจัดแบ่งประเภทของภาวะเลือดออกดังนี้ (สุรกิจ นาฑีสุวรรณ, 2550)

1) Minor bleeding ได้แก่ ภาวะเลือดออกที่ไม่มีความสำคัญทางคลินิก ซึ่งไม่มีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษา

2) Significant bleeding ได้แก่ ภาวะเลือดออกที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมินจากแพทย์หรือการมีระดับ Hematocrit ลดลงมากกกว่า 1.2 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

3) Major bleeding ได้แก่ ภาวะเลือดออกที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและต้องได้รับการให้เลือดอย่างน้อย 2 ยูนิต

4) Life - threatening bleeding ได้แก่ ภาวะเลือดออกที่นำไปสู่ภาวะ Cardiopulmonary arrest, Surgical หรือ Angiographic intervention ทำให้อวัยวะสูญเสียการทำงาน

5) Fatal bleeding ได้แก่ ภาวะเลือดออกที่ทำให้เสียชีวิต อาจเกิดจากการที่มีเลือดออกและมีก้อนเลือดไปกดทับอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมอง เยื่อหุ้มหัวใจ ไขสันหลัง เป็นต้น

1.3.4.2 ลิ่มเลือดอุดตัน ส่วนใหญ่การเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้จะเกิดขึ้นเมื่อการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟารินในผู้ป่วยน้อยไป หรือต่ำกว่าช่วงรักษา ผู้ป่วยก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ตามการแบ่งตามความรุนแรงดังนี้ (Chiquette et al., 1998)

1) ลิ่มเลือดอุดตันชนิดไม่รุนแรง (Minor thromboembolism) เมื่อเกิดขึ้น แล้วสามารถหายเองได้ หรือไม่มีความจำเป็นต้องมาโรงพยาบาล

2) ลิ่มเลือดอุดตันอย่างมีนัยสำคัญ (Significant thromboembolism) เมื่อเกิดขึ้นแล้วมีความจำเป็นต้องทำการประเมินการรักษาและดำเนินการในขั้นตอนต่อไป หรือ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3) ลิ่มเลือดอุดตันที่อาจรุนแรงถึงชีวิต (Life-threatening thromboembolism) เป็นภาวะที่เมื่อเกิดความเสียหายต่ออวัยวะแล้ว ไม่สามารถกลับคืนได้ หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยภาวะเร่งด่วน หรือจำเป็นต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล

4) ลิ่มเลือดอุดตันจนทำให้เสียชีวิต (Fatal thromboembolism)

1.3.4.3 ภาวะผิวหนังตายเน่า (Skin necrosis or gangrene) เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้น้อยเพียงร้อยละ 0.01 - 0.1 (ศุกลดี ช้อยชาญชัยกุล, 2548) และร้อยละ 90 จะเกิดอาการในระหว่างวันที่ 3 - 8 หลังจากเริ่มยาวาร์ฟาริน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการขาดโปรตีนซีหรือโปรตีนเอส อาการคือ ผิวหนังร้อนแดงและเริ่มมีอาการปวดเจ็บ ต่อมาจะเกิดการตายที่ผิวหนังกล้ามเนื้อเซลล์ไขมัน เกิดจากการติดเชื้อและส่งผลต้องตัดอวัยวะส่วนที่ตายออกไป

1.3.4.4 Purple – toe syndrome เกิดขึ้นหลังรับประทานยาวาร์ฟารินไปแล้ว 3 - 8 สัปดาห์ จะมีอาการปวดนิ้วเท้าและมีการขาดเลือดไปเลี้ยงนิ้วเท้าและบริเวณนิ้วจะกลายเป็นสีม่วงหรือสีคล้ำ เมื่อกดที่รอยโรคจะทำให้สีซีดลง การยกเท้าขึ้นอาจทำให้รอยโรคจางลง และอาการลุกลามมากจนนำไปสู่ภาวะไตวายและถึงแก่ชีวิต (Gibbar – Clements, Shirrell, Dooley, and Smilley, 2000)

1.3.4.5 อาการอื่นๆ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร ผมร่วง เม็ดเลือดขาวต่ำ ผื่นแพ้ บวม และมีไข้ (Tuner, 2006) และพบว่าในเพศชายที่ได้รับประทานยาวาร์ฟารินมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) เพิ่มในร้อยละ 60 ซึ่งส่งผลให้กระดูกหักได้ง่าย และข้อห้ามใช้ที่สำคัญของวาร์ฟารินคือ สตรีมีครรภ์ สตรีเพิ่งแท้ง หรือมีอาการ Eclampsia / Pre - eclampsia เนื่องจากยานี้ผ่านรกได้ก่อให้เกิดกลุ่มอาการผิดรูปของทารก ผลจะเห็นชัดในมารดารับประทานยาวาร์ฟารินในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ผลต่อระบบประสาทส่วนกลางและตาอาจเกิดความผิดปกติขึ้นในช่วงใดของการตั้งครรภ์ก็ได้ ยังพบภาวะเลือดออกในตัวอ่อน (Fetal hemorrhage) และการตายของทารกได้

1.3.5 ปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่อการออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด

1) ปัจจัยด้านพันธุกรรม พบว่ามีการส่งรหัสโครโมโซม P450 2C9 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลศาสตร์ต่อยาวาร์ฟาริน หากมีการส่งรหัสเพื่อเปลี่ยนแปลงพันธุกรรมผ่านทางยีน VKORC ทำให้เกิดความไวต่อการยับยั้งการทำงานของวิตามินเค และถ้ามีการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของปัจจัย IX จะส่งผลต่อเภสัชจลศาสตร์ของยาวาร์ฟาริน (Ansell et al., 2008) ทำให้ต้องใช้ขนาดยาวาร์ฟารินสูงกว่าปกติ 5 – 20 เท่า เพื่อให้ได้ผลต้านการแข็งตัวของเลือดตามที่ต้องการ (Ansell et al., 2004)

2) การเจ็บป่วย

2.1) การเป็นโรคตับ ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับจะมีการตอบสนองต่อยามากกว่าปกติ เนื่องจากตับสามารถสร้างการสังเคราะห์ปัจจัยการแข็งตัวของเลือด ได้น้อยกว่าปกติ

2.2) ภาวะที่ร่างกายมีการเผาผลาญเพิ่มมากขึ้นผิดปกติ (Hypermetabolic states) เกิดจากภาวะที่ต่อมธัยรอยด์ทำงานมากเกินไป หรือภาวะที่มีไข้สูง จะทำให้การตอบสนองต่อยาวาร์ฟาริน เพิ่มมากขึ้น

2.3) ภาวะ Hypothyroidism ทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อยาน้อยลง เนื่องจากร่างกายมี Metabolic rate ช้าลงทำให้ค่าครึ่งชีวิตของ Clotting factors ยาวนานขึ้น

2.4) ผู้ป่วย Heart failure จะมีการตอบสนองต่อยามากกว่าปกติ เนื่องจากมี Cardiac output ลดลง จึงทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ตับน้อยลง ทำให้การเปลี่ยนสภาพและ

กำจัดยาทำได้ไม่ดีเท่าปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hylek et al. (2001) พบว่าโรคร่วมที่ทำให้เกิด INR ที่เกิน 6.0 ลดลง ทำให้ค่า INR ในช่วงการรักษาช้าคือ โรคหัวใจล้มเหลว (Heart failure) สอดคล้องกับการศึกษาของ Landefeld et al, 1993 ที่พบว่าโรคร่วมที่มีผลต่อการเกิดเลือดออก คือ โรคหัวใจล้มเหลว เช่นกัน

3) อาหาร เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สมุนไพร ดังแสดงในตารางที่ 1

4) ยาบางชนิดจะมีปฏิกิริยาระหว่างยาอื่นที่ได้รับร่วมกับวาร์ฟาริน เนื่องจากยาวาร์ฟารินมีคุณสมบัติ 3 ประการ คือ

4.1) การมีความสามารถในการจับกับโปรตีนในเลือดได้สูง

4.2) การมีเมตาบอลิสมของยาอาศัยเอมไซม์ในตับ Cytocrome P450

4.3) มีดัชนีการรักษาแคบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูดซึม การกำจัด หรือการเมตาบอลิสมของยาวาร์ฟาริน ทำให้ฤทธิ์ยาวาร์ฟารินเปลี่ยนแปลงไป จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ทำให้ฤทธิ์ของยาวาร์ฟารินเพิ่มขึ้นและทำให้ฤทธิ์ของยาวาร์ฟารินลดลง ดังแสดงตารางที่ 2

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษา การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาต้านการแข็งตัวของเลือดกับยาอื่นๆ ดังนี้ Well et al. (1994) ได้ศึกษาการประเมินผลทางคลินิกของการเกิดอันตรกิริยากับยาต้านการแข็งตัวของเลือดจำนวน 793 ราย พบว่ามีการเกิดอันตรกิริยาทำให้ฤทธิ์ยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับยาปฏิชีวนะ และการศึกษาของ Chan et al. (1995) พบว่าการใช้ต้านการแข็งตัวของเลือดร่วมกับยากลุ่ม NSAID จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกได้ง่าย

ตารางที่ 1 แสดงประเภทอาหารที่มีผลกับต้านการแข็งตัวของเลือด

ลำดับ	อาหารที่มีฤทธิ์ทำให้ยาวาร์ฟารินเพิ่มขึ้น	อาหารที่มีฤทธิ์ทำให้ยาวาร์ฟารินลดลง
1	น้ำมันปลา	อาหารทางสายยาง (สำหรับผู้ที่ใส่NG tube)
2	มะม่วง	อาหารที่มีวิตามินเคสูง เช่น บรอคโคลี่ กะหล่ำปลี ผักคะน้า ผักชีฝรั่ง ผักกาดหอม ผักโขม นมถั่วเหลือง โสม ชาเขียว
3	ตังกุย	
4	การดื่มสุรา	
5	ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม หรือสมุนไพรบางชนิด	
6	มะละกอ กล้วย กระเทียม ขิง เมล็ดอุ่น	
7	แปะก๊วย	

จากตารางที่ 1 พบว่า ฤทธิ์ของยาวาร์ฟารินจะเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่รับประทานอาหารและผลไม้ที่มีวิตามินเคต่ำ เช่น มะม่วง กระเทียม การดื่มสุรา น้ำมันปลา มะละกอ แปะก๊วย ขิง เป็นต้น (Anne and Breuil, 2007) ซึ่งพบว่า ขิงจะออกฤทธิ์แย่งจับกับโปรตีนรบกวนเมตาบอลิสม มีผลต่อเอมไซม์ในตับ Cytochrome P 450 และมีรายงานว่าผู้ป่วยที่รับประทานแปะก๊วย วันละ 120 มิลลิกรัม เป็นเวลาติดต่อกัน 2 ปี พบว่าเวลาในการแข็งตัวของเลือดยาวนานขึ้น ทำให้เกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะได้ (Rowin and Lewis, 1996) ส่วนอาหารและผักที่มีวิตามินเคสูงจะเป็นผักที่มีใบสีเขียว เช่น ผักคะน้า บรอคโคลี่ โสม ชาเขียว เป็นต้น ผักสีเขียวที่มีปริมาณวิตามินเคสูงนั้นมีกระบวนการขับยาโดยตับสูง จึงทำให้ฤทธิ์ของยาวาร์ฟารินลดลง และ แอลกอฮอล์หากดื่มเป็นระยะเวลานานอย่างต่อเนื่อง จะมีการสร้างกระตุ้น เอนไซม์ CYP ที่ตับ ทำให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดทำงานมากขึ้น หากดื่มแอลกอฮอล์ในระยะสั้นๆ จะยับยั้งการขจัดยาต้านการแข็งตัวของเลือด ทำให้ค่า INR สูงขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกมากกว่าปกติ (Ansell et al., 2004)

ตารางที่ 2 แสดงประเภทของยาที่ทำปฏิกิริยาต่อยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ลำดับ	ประเภท	ยาที่ทำให้ฤทธิ์ยาวาร์ฟารินเพิ่มขึ้น	ยาที่ทำให้ฤทธิ์ของวาร์ฟารินลดลง
1	ยาต้านการติดเชื้อ	Ciprofloxacin (รับประทานมากกว่า 1.5 กรัมต่อวัน) Erythromycin Cotrimoxazole	Rifampin, Nafcillin, Ribravirin, Dicloxacillin, Ritonavir
2	ยาหัวใจและหลอดเลือด	Amidarone, Ditiazem Simvastatin	Cholestyramine, Bosentan, Telmisartan
3	ยาแก้ปวด ต้านการอักเสบ	Piroxicam ,acetaminophen ,tramadol	–
4	ยาระบบประสาทส่วนกลาง	Alcohol , entacapone , Hydrate , Phenytoin	Barbiturates Chlordiazepoxide

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	ประเภท	ยาที่ทำให้ฤทธิ์ยาวาร์ฟารินเพิ่มขึ้น	ยาที่ทำให้ฤทธิ์ของวาร์ฟารินลดลง
5	ยากลุ่มอื่นๆ	Anabolic steroids, Fluorouracil, Acarbose	Mercaptopurine Influenza vaccine Multivitamin Cyclosporine

จากตารางที่ 2 ประเภทของยาที่ทำปฏิกิริยาต่อการแข็งตัวของเลือด พบว่ากลุ่มยาที่ทำให้ฤทธิ์ยาวาร์ฟารินเพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มยา เซฟาโลสปอรินส์ จะยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนแปลงของวิตามินเค จะเพิ่มอัตราเมตาบอลิสมของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด ถ้าได้ขนาดมากกว่า 1.5 กรัมต่อวัน และยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาเพนิซิลลินในขนาดสูงๆ ยาระบบหัวใจและหลอดเลือด และยาระบบประสาทส่วนกลาง เป็นต้น ซึ่งยาเหล่านี้ไปยับยั้งการทำงานของเกร็ดเลือด จะทำให้เสี่ยงต่อการเลือดออกสูงขึ้น ส่วนยาที่ทำให้ฤทธิ์ของยาวาร์ฟารินลดลง เช่น ยา Rifampin และ Barbiturates ซึ่งยาเหล่านี้มีกระบวนการขับออกที่ตับจึงทำให้ฤทธิ์ของยาวาร์ฟารินลดลง

1.3.6 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยา

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยาวาร์ฟาริน ส่วนหนึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการที่ผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในการใช้ยาวาร์ฟารินอย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยเฉพาะการที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้ตามคำสั่งของแพทย์เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอันตรายจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จากการศึกษาของ Amanda et al. (2006) พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดขาดความรู้เกี่ยวกับยาต้านการแข็งตัวของเลือดร้อยละ 61 และการศึกษาของ วราพร เลียบทวี (2004) พบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจขาดความรู้เกี่ยวกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ร้อยละ 51.79 และ Arnsten et al. (1997) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยขาดความตระหนักถึงความสำคัญในความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งสอดคล้องกับ Colwell et al. (1990) พบว่าผู้ป่วยไม่ทราบถึงผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากยาต้านการแข็งตัวของเลือดร้อยละ 74 ในส่วนของข้อควรปฏิบัติหากผู้ป่วยขาดความรู้และความตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องการรับประทานยาจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และสุรกิจ นาฑีสุวรรณ (2550) กล่าวว่าปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านการ

แข็งตัวของเลือดเกิดจาก การที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง เช่น ขนาดยาที่ให้มีความซับซ้อน การจัดเวลาของยาไม่สอดคล้องกับเวลาการรายงานผลการรักษา ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ผู้ป่วยไม่ทราบถึงการเฝ้าระวังอาการข้างเคียง และ ผู้ป่วยไม่ทราบถึงวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ทำให้ค่า INR ไม่อยู่ในเกณฑ์ตามแผนการรักษา

2. ความร่วมมือในการรับประทานยา

2.1 ความหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยาดังนี้

ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่ทำอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการรับประทานยาโดยผู้ป่วยยินยอมและเต็มใจ (Lerman, 2005)

ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอและสอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยาและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยเพื่อให้ตรงตามแผนการรักษา และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรับประทานยาโดยพิจารณาการรับประทานยา ให้ถูกชนิด ถูกวิธี ถูกเวลา (Nicol et al., 2003)

ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยที่กระทำอย่างสม่ำเสมอและกลายเป็นแบบแผนในชีวิตประจำวัน (Pender, 2006)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมในการปฏิบัติตามแผนการรักษาในด้านการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอโดยรับประทานยาให้ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา

2.2 แนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาดังนี้ (Dracup and Melies, 1982 อ้างถึงใน อรอนงค์ สาระทำ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2551)

2.2.1 แนวคิดทฤษฎีรูปแบบชีวภาพ (The biomedical approach) เป็นการให้ความสำคัญเกี่ยวกับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ ด้านจริยธรรม และการรวมถึง รูปแบบ

การใช้ยา อาการข้างเคียงของยาและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใช้ยา(สมัยพร อาขาล, 2543)

2.2.2 แนวคิดทฤษฎีรูปแบบพฤติกรรม (The behaviral approach) ทฤษฎีนี้อยู่บนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ที่มีต่อพฤติกรรมความร่วมมือ ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือนั้นเกิดมาจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกบุคคล มีความคาดหวังถึงความสามารถของตนเองและ คาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

2.2.3 แนวคิดทฤษฎีรูปแบบการติดต่อสื่อสาร (Patient-physician communication approach) เป็นความร่วมมือที่เกิดจากความคิดในการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงความตั้งใจของผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมและสังคม ได้แก่ ผู้ดูแล สมาชิกภายในครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่จะทำให้ความร่วมมือในการรักษาดียิ่งขึ้น ลักษณะในการส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยอาจใช้ในรูปแบบ การให้คำแนะนำ และการให้ข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย

2.2.4 ทฤษฎีการเรียนรู้โดยใช้สติปัญญา (The cognitive approach) เป็นการที่บุคคลใช้ความคิด สติปัญญา โดยการวิเคราะห์และเห็นคุณค่าในการที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา ซึ่งการเรียนรู้โดยใช้สติปัญญามี 2 รูปแบบคือ

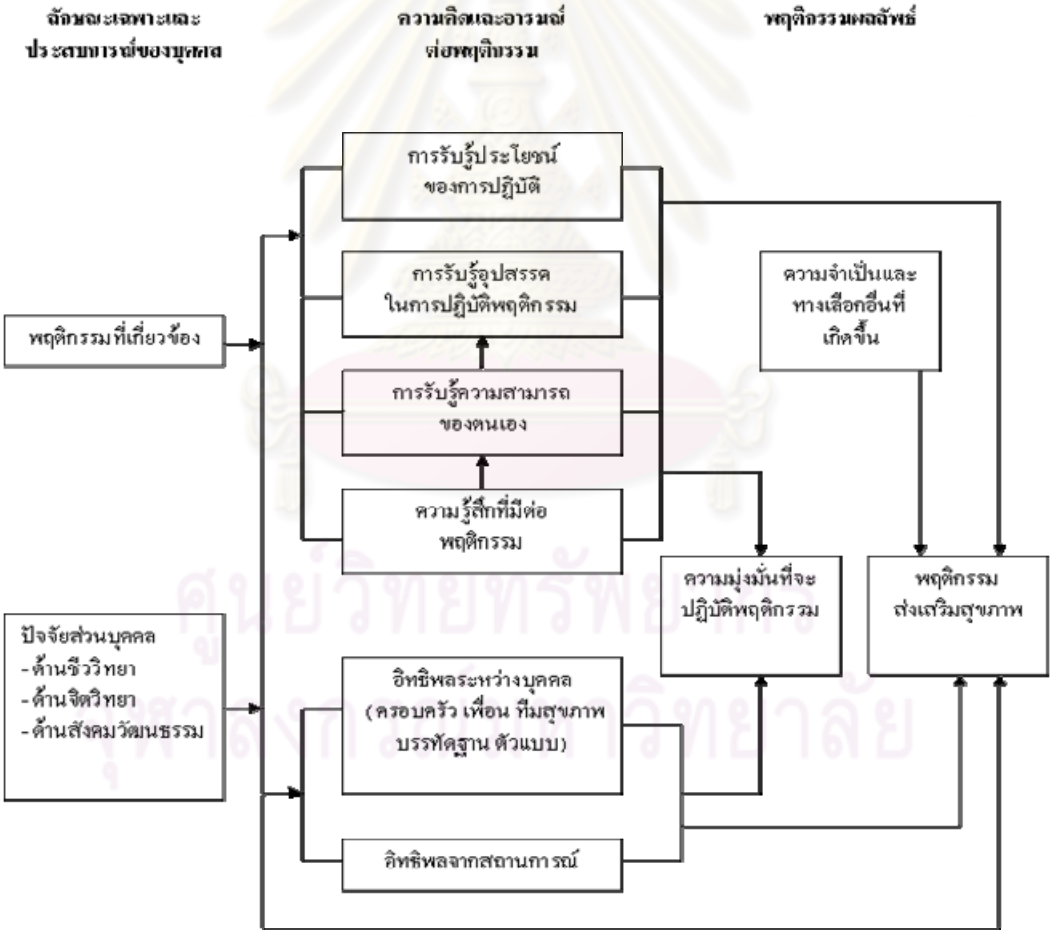
1) การเรียนรู้ประสิทธิผลแห่งตนเอง โดยใช้สติปัญญาวิเคราะห์สิ่งที่ตนจะกระทำว่าถูกต้องหรือไม่และเกิดความพึงพอใจนั้นๆ

2) การกระทำอย่างมีเหตุผล คือ การที่บุคคลตัดสินใจแสดงพฤติกรรมนั้นต้องผ่านกระบวนการคิดถึงเหตุผลที่มีหลักฐานจริง ความตั้งใจจะกระทำนั้นขึ้นกับทัศนคติของบุคคลนั้นๆและอิทธิพลทางสังคมร่วมด้วย

2.2.5 แนวคิดรูปแบบทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ Pender (2006) มีแนวคิดพื้นฐานจากความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) Bandula (1986) กล่าวถึง ความสำคัญของการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรม และกระทำต่อเนื่องจนกลายเป็นกิจวัตรประจำวัน สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3 แนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาโดยประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (1982) มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy–value theory) ซึ่งมีแนวคิดว่าบุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลง เมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่าและการเปลี่ยนแปลงนั้นมีประโยชน์ และด้านทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1986) กล่าวถึงกระบวนการรับรู้ ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นกิจวัตรประจำวัน Pender ได้พัฒนารูปแบบใหม่ในช่วงปี 2006 อธิบายถึงคุณลักษณะและประสบการณ์ อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ดังแสดงภาพประกอบที่ 1



ภาพที่ 1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised)

ที่มา : Pender, N. J., Murdaugh, C. L., and Parsons, M. A. (2006)

2.4 ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) โดยความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างหนึ่งที่ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอตามการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่ง Pender (2006) ได้กล่าวว่า วิถีชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ (Health – promoting life style) มี 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งความร่วมมือในการรับประทานยานั้นเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ที่แสดงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองให้ปลอดภัยและการดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตน ซึ่งจะกระทำในรูปแบบของการหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตน พร้อมทั้งสังเกตภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายและขอความช่วยเหลือจากบุคคลากรด้านสุขภาพ (Pender, 2006) ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดจะต้องดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา จากการศึกษาของ Davis et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ผลของการรักษาจะมีประสิทธิภาพขึ้นกับความถูกต้องและความต่อเนื่องของการรับประทานยาเป็นปัจจัยสำคัญ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านการรับประทานยานั้น จะทำให้คุณภาพชีวิตที่ดีและมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นสิ่งจำเป็นคือ จะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความตระหนัก ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต้องรับประทานยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษา รวมถึงต้องสังเกต อาการผิดปกติที่เกิดจากอาการข้างเคียงของยาต้านการแข็งตัวเลือด ดังนั้น การรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการรับประทานยาและอาหารที่เสริมฤทธิ์ขัดขวางการออกฤทธิ์และการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรืออันตรายถึงแก่ชีวิตได้

ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical activity) เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายเกี่ยวกับแบบแผนการออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะช่วยลดอัตราป่วยจากโรคต่างๆ เพิ่มความแข็งแรงให้แก่กล้ามเนื้อทำให้การเคลื่อนไหวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Nicholson, 2004)

ด้านการบริโภคอาหาร (Nutrition) เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องอย่างเหมาะสม การได้รับสารอาหารที่เพียงพอจะช่วยสร้างภูมิต้านทานที่แข็งแรงต่อร่างกาย

ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงวิธีการจัดการกับความเครียดของบุคคล เช่น การพักผ่อนนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียด การใช้เวลาว่างให้เหมาะสม การแสดงออกทางอารมณ์

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น ด้านข้อมูล สิ่งอำนวยความสะดวก และการสนับสนุนทางจิตใจ คือ การให้กำลังใจ เพื่อช่วยให้การแก้ไขปัญหาประสบความสำเร็จ และเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นการกระทำที่แสดงออกเกี่ยวกับความตระหนักในความสำคัญในคุณค่าของตน กำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อให้บรรลุถึงจุดมุ่งหมาย

เมื่อพิจารณาวิถีชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพด้านรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility)

การนำรูปแบบทฤษฎีของ Pender มาประยุกต์ใช้ทำให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อช่วยส่งเสริมวิถีชีวิตสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) จะประกอบด้วยแนวคิดหลักที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและแนวคิดหลักดังกล่าวนี้ เป็นบทบาทสำคัญสำหรับพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจให้มีความรู้ ความตระหนักและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้อย่างถูกต้อง

Pender (2006) กล่าวถึง อิทธิพลที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. ประสบการณ์และลักษณะของบุคคล (Individual characteristics and experiences) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมแต่ละบุคคลจะมีลักษณะและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งจะมีผลกระทบของพฤติกรรมตามมาภายหลังมโนทัศน์นี้ Pender ได้เสนอมโนทัศน์ย่อยคือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต และปัจจัยส่วนบุคคล (Pender, 2006)

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior related behavior) เป็นพฤติกรรมที่กระทำในอดีตและสามารถทำนายถึงพฤติกรรมที่ดี คือ ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนหรือคล้ายในอดีตที่เคยปฏิบัติ ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมที่นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพ ผลโดยตรงที่เคยกระทำในอดีต อาจนำมาสู่การปฏิบัติในปัจจุบันโดยอัตโนมัติ โดยคำนึงถึงผลกระทำเพียงเล็กน้อยและปฏิบัติแบบซ้ำๆ ผลโดยอ้อม คือ การกระทำที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และความสัมพันธ์ที่สัมพันธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรม (วาสนา ครุฑเมือง, 2547)

2. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เป็นปัจจัยทำนายเกี่ยวกับพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยชีวภาพของบุคคล (Personal biologic factors) เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะสืบพันธ์ ความสามารถในการออกกำลังกาย ความสมดุลของร่างกาย

2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยาของบุคคล (Personal psychological factors) เช่น ความรู้สึกความมีคุณค่าของตนเอง แรงจูงใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ

2.3 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Personal sociocultural factors) เช่น วัฒนธรรม เชื้อชาติ การศึกษา และ สภาวะทางเศรษฐกิจ

3. ปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior - specific cognition and affect) เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการส่งเสริมสุขภาพในด้านแรงจูงใจ เป็นตัวแปรสำคัญของพยาบาลที่จะนำไปปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในความร่วมมือในการรักษา

3.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action) เป็นการวางแผนของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่จะได้รับ หรือผลของการปฏิบัติ โดยคำนึงถึงผลทางบวกหรือการเสริมแรงของการปฏิบัติกิจกรรม บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว หรือการลดความรู้สึกเมื่อยล้า ประโยชน์จากภายนอก เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง ในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่าความคาดหวังและความสัมพันธ์ชั่วคราว ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เป็นผลกระทบอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นนั้นจะเป็นทางบวก

3.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barrier to action) Pender (2006) ให้ความหมายว่าเป็นการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรม และความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self - efficacy) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมภายใต้อุปสรรค หรือสภาวะต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆได้ และรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูง จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

3.4 ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity - related affect) ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือ มาก การตอบสนองความรู้สึกต่อพฤติกรรม ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม (Activity-related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (Self-related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบท ที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (Context-related) ความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

3.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคล ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพรวมถึง

บรรทัดฐานการสนับสนุนทางสังคม อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความร่วมมือในการรักษา เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

3.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational influences) เป็นการรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการรับรู้เงื่อนไขที่มาสนับสนุน ความต้องการ และความสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม

3.7 ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavioral outcome) เป็นความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามที่กำหนด เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม และความตั้งใจที่จะผลักให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่แสดงออกมา นอกจากมีความต้องการอื่นเข้ามาแทรกทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่ตั้งใจไว้ได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต้องได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไปตลอดชีวิต จึงทำให้พฤติกรรมการรับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวันและพบว่า ปัญหาของกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดจากผลกระทบจากการรับประทานยาไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ Pender (2006) ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยนำปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมได้แก่ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคมมาทำการศึกษา ซึ่งบทบาทพยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง

2.5 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา

ในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่เป็นแบบสอบถาม ซึ่งนำมาประยุกต์เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยที่จะศึกษา ได้แก่

จริยา เจริญยิ่ง (2546) ได้ดัดแปลงจากงานวิจัยของ สมสกุล ศิริไชย (2544) ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดจำนวน 122 คน เพื่อติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม แบบสอบถามทั้งหมด 10 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .72 มีรูปแบบการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา 2 แบบ

1. ประเมินด้วยตนเอง (Self - report) คือ การบันทึกโดยผู้ป่วยบันทึกไว้ในแต่ละครั้งที่รับประทานยา

2. ประเมินโดยผู้อื่นหรือบุคลากรทางการแพทย์

2.1 การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ (Pill counts) เป็นวิธีการปฏิบัติที่สะดวกและง่าย ประหยัด และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปเพราะจะช่วยบอกถึงความแม่นยำและน่าเชื่อถือ และสามารถตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีการเก็บรักษายาอย่างถูกต้องหรือไม่ (Hugen et al., 2002) ซึ่งการนับเม็ดยาสามารถคิดเป็นร้อยละของจำนวนความร่วมมือในการรับประทานยาได้จากสูตร

$$\frac{(\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยมีเริ่มต้น} + \text{จำนวนเม็ดยาที่แพทย์สั่งจ่าย}) - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}}{(\text{จำนวนเม็ดยา / วันที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยา}) \times \text{จำนวนวันที่ผู้ป่วยมาติดตามประเมินผล}} \times 100$$

ข้อจำกัดในการประเมินในการนับเม็ดยาคือ อาจมีข้อผิดพลาดหากผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบถ้วนจากโรงพยาบาลหรือได้ปริมาณเกินตามจำนวนที่แพทย์สั่ง หรือผู้ป่วยนำยาตนเองไปให้ผู้อื่นรับประทาน หรือมีการเก็บซ้อนยาไว้ไม่ให้เจ้าหน้าที่เห็นเพราะกลัวว่าจะเป็นความผิดเมื่อไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ (จริยา เจริญยิ่ง, 2546)

2.2 การตรวจวัดระดับยาในเลือด (Theraputic drug monitoring) สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดวาร์ฟารินนั้น พิจารณาจากค่า INR (International Normalized Ratio) ซึ่งเป็นค่าที่วัดทางห้องปฏิบัติเพื่อประเมินผลการรักษาของวาร์ฟารินคือ การตรวจวัดการแข็งตัวของเลือดมาตรฐานที่ใช้สูตรในการหาค่าจากการ PT (Prothrombin time) เพื่อได้ค่ากลางของมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งคนปกติจะใกล้เคียงหรือเท่ากับ 1 (Hirsh et al., 2003) ค่า INR ที่สูงขึ้นบอกถึงการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟารินที่มากขึ้น ค่า INR สำหรับที่ใช้ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจให้ใช้ INR ช่วง 2.5–3.5 ซึ่งช่วงการรักษาเหล่านี้ได้มาจากผลการวิจัยทางคลินิกที่มีระดับความน่าเชื่อถือสูง (Ansell et al., 2008) ในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่าระดับ INR ที่เหมาะสมในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจน่าจะอยู่ในช่วง 2.0 – 3.0 (Tientadakul et al., 1996)

2.3 การตรวจสอบความสม่ำเสมอของการมาตรวจตามนัด (Review of pharmacy records) ข้อมูลสามารถตรวจสอบจากประวัติผู้ป่วยเวชระเบียนและการนัดหมายจากข้อมูลเก็บไว้ทางระบบอิเล็กทรอนิคส์ วิธีนี้ประหยัดและง่ายที่สุดในการตรวจสอบ เพราะเป็นการประเมินได้ระดับหนึ่งว่าการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยแสดงว่าผู้ป่วยได้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง

นฤมล คมกล้า (2553) ใช้ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV สร้างตามแนวคิดของ Becker (1974) มีจำนวน 24 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ประเมินความร่วมมือในการรักษา 2 ด้าน คือ 1) ด้านรับประทานยา มีจำนวนข้อคำถาม 4 ข้อ และ

2) ด้านปฏิบัติตัว มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ตรวจสอบค่าความตรง (Content Validity Index) เท่ากับ .77 และค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .81

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของ นฤมล คมกล้า (2553) มาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยพิจารณาข้อคำถามที่สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ เป็นด้านพฤติกรรมการรับประทานยาจำนวน 7 ข้อ และด้านการปฏิบัติตัวสอดคล้องกับการรักษา 1 ข้อ เนื่องจากลักษณะโรคของผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องคล้ายคลึงกับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวตลอดชีวิต

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

3.1 เพศ (Sex) เป็นการแสดงออกทางสรีวิทยา ที่บอกถึงบุคลิกภาพทางกาย และแสดงออกทางพฤติกรรม และความหมายทางเพศสรีระ หมายความถึงลักษณะทางกายภาพ ในความเชื่อทั่วไปบอกว่าร่างกายมนุษย์มีความแตกต่างกัน โดยความแตกต่างที่ว่านี้ตั้งอยู่บนฐานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเจริญพันธุ์ สามารถแยกออกได้ 2 ประเภทตามความเชื่อทั่วไป คือ Male และ Female ความเป็นชายและหญิงที่แตกต่างตามการกำหนดสังคมและวัฒนธรรม คุณค่า การปฏิบัติที่ควรเป็นหญิงหรือชายเป็นสิ่งที่กำหนดสร้างทางสังคม (ชลิดาภรณ์ ส่งสัมพันธ์, 2551) และ Pender (1996) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างอาจเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น การรับประทานยา การดื่มแอลกอฮอล์ Fodeor et al. (2005) ศึกษาพบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาความดันโลหิตดีกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ไม่สอดคล้องกับ พิศมัย พิทักษาวรากร (2536) ที่พบว่าผู้ป่วยเพศชายที่เข้ารับการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกมีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่แตกต่างผู้ป่วยเพศหญิง และรัศมี สิทธิพันธ์ (2548) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ พบว่าเพศมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ($t = .025, p > .05$)

3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) เป็นการที่บุคคลมีความรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่จะป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดขึ้นกับบุคคลนั้น บุคคลที่อยู่ในภาวการณ์เจ็บป่วยและรับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ จะมีการคาดการณ์ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ ซึ่งการรับรู้ของบุคคลมีได้ตั้งแต่สูงจนต่ำขึ้นกับจะมีผลต่อพฤติกรรมที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษา ศศิธร อุตตะมะ (2549) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง

และชนิดา สุขแสง (2544) ศึกษาพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาลดไขมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .84)

การประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้นำแบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยามีดังนี้

อโณทัย เหล่าเที่ยง (2550) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 185 ราย ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Becker (1974) มี 12 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 8 ข้อ ด้านลบ 4 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงไว้เท่ากับ .85 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

รัตนา เรือนอินทร์ (2550) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 185 ราย ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวนข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ตรวจสอบค่าความตรงเท่ากับ .89 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) เนื่องจากลักษณะโรคมีความสอดคล้องกับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการและการลุกลามของโรค การรับประทานยาต้องได้รับอย่างต่อเนื่องคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

3.3 การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) เป็นการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม เช่น ผลกระทบทางด้านร่างกาย ความพิการ และความตาย ส่วนผลกระทบด้านสังคม เกี่ยวกับ การงาน ครอบครัว (อุมา จันทรวิเศษ, 2539) การให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจะเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและมีพฤติกรรมในการให้ความร่วมมือในการรักษาต่างๆที่เหมาะสม ซึ่งมีการศึกษาของ Green and Kruter (1991 อ้างถึงใน มะยาซิน สาเมาะ, 2550) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเจ็บปวด การไม่สุขสบาย จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาได้ดีกว่าผู้ที่ไม่คิดว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยา

การประเมินการรับรู้ความรุนแรง

จากแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนมีผู้นำไปใช้ดังนี้

ระพิน ผลสุข และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2551) เป็นแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ โดยประยุกต์มาจาก สมัยพร อาขาล (2543) ประเมินการรับรู้ความรุนแรงในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 150 ราย จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 4 ข้อ และ ทางลบ 2 ข้อ ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงเท่ากับ .96 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87

รัตนา เรือนอินทร์ (2550) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 185 ราย ประเมินการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อน สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ได้ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงเท่ากับ .89 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ของรัตนา เรือนอินทร์ (2550) เนื่องจากลักษณะโรคมีความสอดคล้องกับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการและการลุกลามของโรค การรับประทานยาต้องได้รับอย่างต่อเนื่องคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

3.4 การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefit) เป็นการรับรู้ถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมในบุคคล การที่บุคคลวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ แล้วมักจะคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ มีความมั่นใจในการรับประทานยา และ มีความพร้อมในความร่วมมือที่จะรับประทานยา ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในขณะการรับประทานยาได้ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งการคาดหวังของบุคคลถ้าบุคคลรับรู้ว่าสิ่งที่ตนปฏิบัติก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี บุคคลนั้นก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา โดยอาศัยประสบการณ์ตรงของบุคคลนั้นหรือจากการสังเกตประสบการณ์บุคคลอื่น (Pender et al., 2006) จากการศึกษาของ Arnsten et al. (1997) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดจะหยุดรับประทานยาเอง เนื่องจากมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่ำ

การประเมินการรับรู้ประโยชน์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้นำแบบวัดการประเมินการรับรู้ประโยชน์ไว้มีดังนี้

สมัยพร อาขาล (2543) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 60 ราย ที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพะเยา ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา สร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้ง 8 ข้อ โดยเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .80 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81

ตรีพร ชุมศรี (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 259 ราย ประเมินการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ สร้างขึ้นตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002) จำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .82 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

Bennett et al. (1997) สร้างแบบวัด Beliefs about Medication Compliance Scale (BMCS) ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ในการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Becker (1974) โดยข้อคำถามการรับรู้ประโยชน์เดิมมีทั้งหมด 6 ข้อ ข้อคำถามบวกทั้งหมด มีมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ โดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของข้อคำถามจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินด้านการรับรู้ประโยชน์จากการรับประทานยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ของ Bennett et al. (1997) โดยแปลแบบประเมินเป็นภาษาไทย และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านภาษาเป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นจึงได้ปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มที่ศึกษา ซึ่งคงข้อคำถามเดิมไว้เป็นบางข้อ เนื่องจากลักษณะโรคภาวะหัวใจวายมีความสอดคล้องกับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการและการลุกลามของโรค

3.5 การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) เป็นการรับรู้ต่อการขัดขวางต่อพฤติกรรมในการรับประทานยา อาจเป็นสิ่งที่คาดคะเนหรือสิ่งที่เกิดขึ้นที่ขัดขวางไม่ให้บุคคลปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยง การกระทำนั้นๆ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความไม่มีประโยชน์ ความยากลำบากหรือใช้เวลามากในการกระทำ หากผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยามากก็จะมีพฤติกรรมในความร่วมมือในการรับประทานยาน้อย ซึ่งวิธีรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีรูปแบบการให้ที่ไม่คงที่ การรับประทานยาอาจรับประทานทุกวันตอนเช้า หรือทุกวันก่อนนอน บางกรณีผู้ป่วยต้องรับประทานยาในวันที่แพทย์กำหนด เช่น การรับประทานยาวัน เว้นวัน ขนาดยาที่รับประทานก็ไม่คงที่ขึ้นอยู่กับแผนการรักษา โดยพิจารณาจากค่า INR ของผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่เข้ารับการรักษาทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานยาในแต่ละครั้งแตกต่างกัน สิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ส่งผลทำให้เกิดการลืมรับประทานยา หรือการหยุด

รับประทานยาด้วยตนเองโดยแพทย์ไม่ได้เป็นผู้สั่ง เพราะผู้ป่วยเห็นว่าเป็นการยุ่งยากและซับซ้อนต่อกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาของ Wittkowsky et al. (2004) พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด คือ การรับประทานยาในแต่ละครั้งไม่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต รวมถึง ความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง และการศึกษาของ Orensky และ Holdford (2005) พบว่าอุปสรรคในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด คือความยุ่งยากในแต่ละครั้ง จากการจำขนาดยาที่รับประทาน จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา

การประเมินการรับรู้อุปสรรค

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการประเมินการรับรู้อุปสรรคดังนี้

ศศิธร อุตะมะ (2549) ศึกษาความเชื่อสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 88 ราย โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรค โดยดัดแปลงมาแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจาก กรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535) จำนวน 11 ข้อ เป็นมาตราวัดมาตราส่วน 4 ระดับ ข้อคำถามบวก 3 ข้อ ทางลบ 8 ข้อ ตรวจสอบค่าความตรงเท่ากับ .87 ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88

Bennett et al. (1997) สร้างแบบวัด Beliefs about Medication Compliance Scale (BMCS) ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จำนวน 98 ราย สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Becker (1974) โดยข้อคำถามการรับรู้อุปสรรคมีทั้งหมด 6 ข้อ ผ่านการตรวจสอบข้อคำถามจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินด้านการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ของ Bennett et al. (1997) โดยแปลแบบประเมินเป็นภาษาไทย และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านภาษาเป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นจึงได้ปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพิจารณาเลือกใช้แบบประเมินนี้ เนื่องจากลักษณะโรคภาวะหัวใจวายมีความสอดคล้องกับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการและการลุกลามของโรค

3.6 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

การเจ็บป่วยทำให้บุคคลมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย และต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ทีมสุขภาพ และชุมชน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม จะทำให้เพิ่มระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ลดการเกิดผลกระทบต่างๆ ผู้ป่วยรู้สึกตนเองมีคุณค่า และได้รับการยกย่องจากบุคคลรอบข้าง

3.6.1 ความหมาย

มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมหลายความหมาย ดังนี้

Cobb (1976) เป็นการสนับสนุนในด้านการให้ข้อมูลที่ให้เชื่อว่า บุคคลนั้นๆได้รับการดูแลเอาใจใส่ และได้รับการยกย่องเห็นคุณค่าของตน และได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกผันซึ่งกันและกัน

Tolsdorf (1976)ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือกันอย่างสม่ำเสมอโดยแสดงออกในรูปแบบอย่างใดอย่างหนึ่งจากบุคคลอื่น ซึ่งการช่วยเหลือได้ตอบสนองเป้าหมายของแต่ละบุคคลและสามารถแก้ปัญหาจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้

Kahn (1979) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระว่างบุคคลอย่างมีจุดมุ่งหมาย ซึ่งทำให้เกิดความพึ่งพอใจของบุคคลหนึ่งกับบุคคลหนึ่งอาจได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง เป็นต้น ซึ่งการยอมรับของพฤติกรรมของบุคคลนั้นโดยการรับรู้จากการแสดงออก

House (1981) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยการเห็นคุณค่า และการให้ความรัก การเข้าใจในปัญหาและรับฟังปัญหาต่างๆด้วยความเข้าใจ และช่วยเหลือด้านทรัพยากรในด้านต่างๆ 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร การประเมินค่า และ ด้านทรัพยากร

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์และได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง เช่น พ่อ แม่ ครอบครัว โดยได้รับ ความรัก ความเข้าใจ และความช่วยเหลือด้าน สิ่งของ เงินทอง ด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งทำให้บุคคลได้รับการยอมรับและเกิดความมั่นใจที่จะเป็นส่วนหนึ่งในสังคม

3.6.2 ประเภทการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม 4 ประเภทคือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การที่ผู้ป่วยแสดงออกถึงความเชื่อ ความรัก ความผูกพัน การไว้วางใจ ความเอาใจใส่ห่วงใยซึ่งกันและกันจากคนรอบข้าง เช่น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร เครือญาติ และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขในขณะที่มีการเจ็บป่วย

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ แนวทางในการปฏิบัติทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่

3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้อง การให้การรับรองหรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา เพื่อจะใช้ในการประเมินตนเอง เช่น การได้รับการยกย่อง ชมเชย จากบุคคลรอบข้าง เป็นต้น

4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลด้านสิ่งของ เงิน แรงงาน และ เวลา ความช่วยเหลือเหล่านี้จะช่วยลดผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม

Cobb (1976) จำแนกการสนับสนุนทางสังคม 3 ประเภท ได้แก่

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การได้รับข้อมูลให้เชื่อว่าบุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ จากบุคคลที่ใกล้ชิด หากได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวอย่างเหมาะสม ก็จะสามารถช่วยลดความเครียดและการเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่

2) การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นการรับรู้ที่ต้องการให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า โดยบุคคลอื่นเป็นผู้ยอมรับและเห็นคุณค่านั้นหากได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม ทำให้บุคคลนั้นเห็นคุณค่าในตนเอง และเห็นว่าตนเองมีความสำคัญกับบุคคลอื่นโดยเฉพาะคนในครอบครัว

3) การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or network) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายในสังคม และมีความผูกผันซึ่งกันและกัน ซึ่งทำให้บุคคลไม่รู้สึกถึงความแบ่งแยกในสังคม และ มีกำลังชีวิตที่จะดำเนินชีวิตต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุนทรัพยากร เนื่องจากผู้วิจัยสามารถนำไปประเมิน การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อให้ครอบคลุมด้าน ร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีแบบประเมินดังนี้

ระพิน ผลสุข (2548) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ เอ็นริช (The ENCRICH Social Support Questionnaire) ซึ่งเป็นแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจ ข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด มีมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงเท่ากับ 1.0 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87

อรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ 4 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ ด้านการประเมิน 4 ข้อ ด้านสิ่งของและทรัพยากรมีจำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งหมด 16 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ผ่านการตรวจหาความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .92 และค่าค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .84

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ อรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมคล้ายคลึงกัน และข้อคำถามมีความเหมาะสมกับแนวคิดและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

4. บทบาทพยาบาลกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

การที่ผู้ป่วยจะดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพนั้นจะต้องอาศัยการปฏิบัติตัวดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมต้องอาศัยความพยายามและความสามารถในการดูแลตนเองโดยการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตลอดชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของลิ้นหัวใจเทียม ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวันซึ่งสิ่งหนึ่งที่ต้องปฏิบัติคือ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอทุกชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดและอวัยวะส่วนต่างๆ โดยเฉพาะที่ลิ้นหัวใจ การตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้นนั้นทำให้ผู้ป่วยต้องขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพเพื่อได้ข้อมูลที่เหมาะสมกลับไปดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดหลังจากผ่าตัด (ปริศนา อัตถาผล, 2543) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทช่วยเหลือผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดให้มีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ดังนี้

4.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ในด้านการพยาบาลต้องมีความต่อเนื่องและดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมคือ ด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และ ฟื้นฟูสุขภาพ และขอความร่วมมือกับผู้ป่วยร่วมด้วย โดยให้คำแนะนำในการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มีขั้นตอนการดำเนินการตามกระบวนการพยาบาลดังนี้

4.1.1 การประเมินสภาพ (Assessment) เป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยที่เป็นจริง พยาบาลต้องมีทักษะเรื่องความรู้ ความแม่นในพื้นฐาน กายวิภาค สรรีวิทยา เพื่อได้ประเมินภาวะสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการประเมินนี้ต้องครอบคลุมด้าน ร่างกาย จิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การซักประวัติในการในการรับประทานยาจะเป็นหัวใจสำคัญในการรับทราบว่าผู้ป่วยมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องสอดคล้องกับแนวทางการรักษาเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน จากการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยมีอาการซึมลงระดับการรับรู้เปลี่ยนไป แขนขาบวม การมีจ้ำเลือดออกตามร่างกาย เลือดออกมากผิดปกติ ปัสสาวะมีสีแดงปน อุจจาระสีดำ เป็นต้น

4.1.2 การวินิจฉัย (Diagnosis) บทบาทพยาบาลเมื่อผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวเลือดมีอาการของภาวะแทรกซ้อน หลังจากรับประทานยา พยาบาลต้องเป็นผู้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลให้ปฏิกิริยาของยาทำงานมากหรือน้อยเกินไป จึงส่งผลให้อาการแสดงออกมาให้เห็นภายนอก และพร้อมทั้งนำผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการประกอบการวินิจฉัย เพื่อหาสาเหตุจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

4.1.3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing care planning) กำหนดจุดมุ่งหมายของการพยาบาล กำหนดกิจกรรมการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผล สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจปัญหาที่เป็นประเด็นสำคัญ คือ การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจและการคงไว้ซึ่งการทำงานของลิ้นหัวใจเทียมให้ทำงานเป็นปกติ พร้อมทั้งการเฝ้าระวังจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ดังนั้นการวางแผนการพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจึงมีความจำเป็นเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

4.1.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing) การดูแลผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดนั้น การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเรื่องการรับประทานยาและการดำรงชีวิตเพื่อป้องกันจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็น ซึ่ง บทบาทพยาบาลมีการแนะนำการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยอยู่บนพื้นฐานความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นเป้าหมายหลักที่ผู้ป่วยพึงปฏิบัติ การให้ความรู้

เรื่องยาเป็นบทบาทหนึ่งทางการพยาบาล การถ่ายทอดความรู้ไปสู่ผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ในการรับประทานยามีหลักการให้ยา 4 ข้อ คือ ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา (อรอนงค์ สาระทำ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2551) ภายหลังปฏิบัติการพยาบาลแล้ว จะต้องทำการบันทึกกิจกรรมทุกครั้งเพื่อเป็นการส่งต่อให้พยาบาลหรือทีมสุขภาพได้ทราบ

4.1.5 การประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation) เมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาลในด้านการให้ความรู้ คำแนะนำ การเป็นที่ปรึกษา ในด้านการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด พยาบาลต้องเป็นผู้ประเมินผลจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วย โดยการประเมินความเข้าใจในการรับประทานยา และผลที่ตามมาคือผู้ป่วยไม่มีอาการจากภาวะแทรกซ้อนหลังรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งปรากฏให้เห็นทางอาการแสดงและค่าเลือด INR ของผู้ป่วย เช่น จ้ำเลือดตามร่างกาย เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นสีแดง และ อุจจาระเป็นสีดำ เป็นต้น ผลของการปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างผาสุก และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

จากที่ได้กล่าวมาจะเห็นว่า การนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้กับบทพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัว ใจเพื่อผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติในการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

4.2 ด้านการให้ความรู้ (Education) พยาบาลต้องมีทักษะในการให้ความรู้โดยการสอนและแนะนำผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลตนเองให้ได้อย่างถูกต้อง จากการศึกษาของ Choe และคณะ (2002) พบว่าการให้ความรู้ในการรับประทานยาโดยมี แพทย์ เภสัชกร พยาบาล สามารถควบคุมระดับค่า INR อยู่ในเกณฑ์ตามแผนการรักษาได้ถึงร้อยละ 82 ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ นอกจากนี้พยาบาลยังได้จัดทำคู่มือ เอกสาร สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจในความสำคัญและข้อควรระวังในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และได้เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

4.3 ด้านการให้คำปรึกษา (Consultant) พยาบาลต้องมีทักษะในการให้คำปรึกษาโดยต้องมีองค์ความรู้ในเรื่องการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะผิดปกติหลังรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด พยาบาลจะสามารถให้คำปรึกษาและแนะนำผู้ป่วยให้ลดความวิตกกังวลและหาแนวทางการแก้ไขที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย และทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อประเมินปัญหาและหาวิธีแก้ไข เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยต่อไป

4.4 ด้านการวิจัย (Research) พยาบาลมีความสามารถในการนำผลวิจัยมาประยุกต์ใช้กับหน่วยงานและเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยา และโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจให้ได้ประโยชน์มากที่สุด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและการกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV จำนวน 57 ราย ในศูนย์วัณโรคเขต 10 จังหวัดเชียงใหม่ ในปัจจัยเกี่ยวกับความรู้ เจคติ เศรษฐกิจ สังคม และด้านประชากร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้โดยรวมในเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีความรู้ต่ำในเรื่องความแตกต่างระหว่างการรักษาวัณโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคทั่วไปกับผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอดส์ ในด้านเจคติโดยรวมวัณโรคและโรคเอดส์พบว่ามีเจคติทางบวก ส่วนความร่วมมือในการรักษาคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าความรู้ เจคติ อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .33) ปัจจัยด้านประชากรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .33)

น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวน 100 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสนับสนุนทางสังคมทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูงและ คะแนนพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านร่างกาย ด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ด้านการรับประทานยาในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01(r = .51) แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีผลทำให้พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองที่ดีร่วมด้วย

เยาวภา บุญเที่ยง (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม สุขภาพและกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง จำนวน 90 ราย ที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ โรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .636)

ตรีพร ชุมศรี (2548) ศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค กับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี และการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .58) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = -.30) และพบว่าการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 47.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (R^2 = .47)

รัศมี สิทธิพันธ์ (2548) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 218 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .274)

เสนอ เพชรพ่วง (2548) ศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเกิน 12 เดือนและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV จำนวน126 ราย โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.7 เพศชาย ร้อยละ 37.3 อายุเฉลี่ย 36.4 ปี และมีจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 51.6 รับประทานยาไม่ตรงเวลา ซึ่งร้อยละ 40 ของผู้ที่รับประทานยาไม่ตรงเวลาเกินครึ่งชั่วโมง ให้เหตุผลว่า งานยุ่ง ไม่มียาติดตัวไปด้วย ลืมเวลา ตื่นสาย และเมาสุรา ส่วนการไม่ได้รับความร่วมมือในการรับประทานยามีสาเหตุดังนี้ ลืมรับประทานยา ร้อยละ 7.1 ไม่มาตามนัด ร้อยละ 2.4 เนื่องจากที่ทำงานไม่ได้อยู่ในพื้นที่ และพบอาการไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 36.5 ได้แก่ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน และอ่อนเพลีย

ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 197 ราย เป็นผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐเขตภาคตะวันออก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูง เฉลี่ยร้อยละ 93.92 และด้านความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความร่วมมือในการรักษาจากการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .185)

รัตนา เรือนอินทร์ (2550) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 185 ราย โรงพยาบาลลี้ จังหวัด ลำพูน พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .362)

รจนาไฉน สิงหเรศน์ (2550) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 150 ราย จังหวัดพะเยา พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .285) และการรับรู้ถึงความซ้ำซ้อนในการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 (r = -.200) การรับรู้อาการข้างเคียงที่เกิดจากยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.143)

วันวิภา เทพารักษ์ (2550) ศึกษาการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกที่มีการควบคุมการรักษาของยาวาร์ฟารินไม่คงที่ จำนวน 66 ราย โดยวิธีการสัมภาษณ์ พบว่าสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมการรักษาของยาต้านการแข็งตัวของเลือดไม่คงที่คือ การขาดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด คิดเป็นร้อยละ 19.7 และพบปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดปริมาณขนาดสูง คิดเป็นร้อยละ 10.6 และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดในขนาดน้อย คิดเป็นร้อยละ 45.5 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

Eillis et al. (1992) ศึกษาเปรียบเทียบค่า PT ของผู้ป่วยที่ได้รับบริการจาก Anticoagulant clinic และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบริการพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริการจาก Anticoagulant clinic จะมีค่า PT อยู่ในช่วงการรักษาถึงร้อยละ 90 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบริการมีค่า PT อยู่ในช่วงการรักษาเพียงร้อยละ 62.30 และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริการจาก Anticoagulant clinic จะมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.7 เท่า โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีประวัติการใช้ยาในทางที่ไม่ถูกต้อง และผู้ป่วยที่ได้รับบริการ Anticoagulant clinic จะมีระยะเวลาของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบริการและผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบริการจะมีค่า INR ที่คงที่เพิ่มขึ้นก่อนออกจากโรงพยาบาล

Chiquette et al. (1998) ศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาวาร์ฟารินและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในแผนกผู้ป่วยนอก โดยมีรูปแบบการศึกษาแบบทดลอง กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม เป็นผู้ป่วยที่รับบริการใน Anticoagulant clinic และ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกตามปกติ ติดตามการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วยรับบริการใน Anticoagulant clinic ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยมีภาวะเลือดออกผิดปกติร้อยละ 8.1 และภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด ร้อยละ 3.3 ได้เข้ารักษาในแผนกฉุกเฉินร้อยละ 6 ส่วนผู้ป่วยที่รับบริการตรวจรักษาตามปกติมีภาวะเลือดออกผิดปกติ ร้อยละ 35 และภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดร้อยละ 11.8 ต้องเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉินร้อยละ 22

Hixson – Wallance et al. (2001) ศึกษารูปแบบการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดแบบทุกวัน และ วัน เว้น วัน พบว่าการให้ยาแบบวัน เว้น วัน ทำให้เกิดความยุ่งยากในการรับประทานยา ทำให้เกิดความพึงพอใจในการรับประทานยาในระดับน้อยที่สุด ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาเนื่องจากความยุ่งยากในการจำวันที่ต้องรับประทานยา

Hirri and Green (2002) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้านอนโรงพยาบาลด้วยภาวะเฉียบพลัน ในระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 1,480 ราย พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 112 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.6 ที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด จากการมีภาวะเลือดออก ซึ่งจากผลดังกล่าวสาเหตุหลักเกิดจากความไม่รวมมือในการรับประทานยา

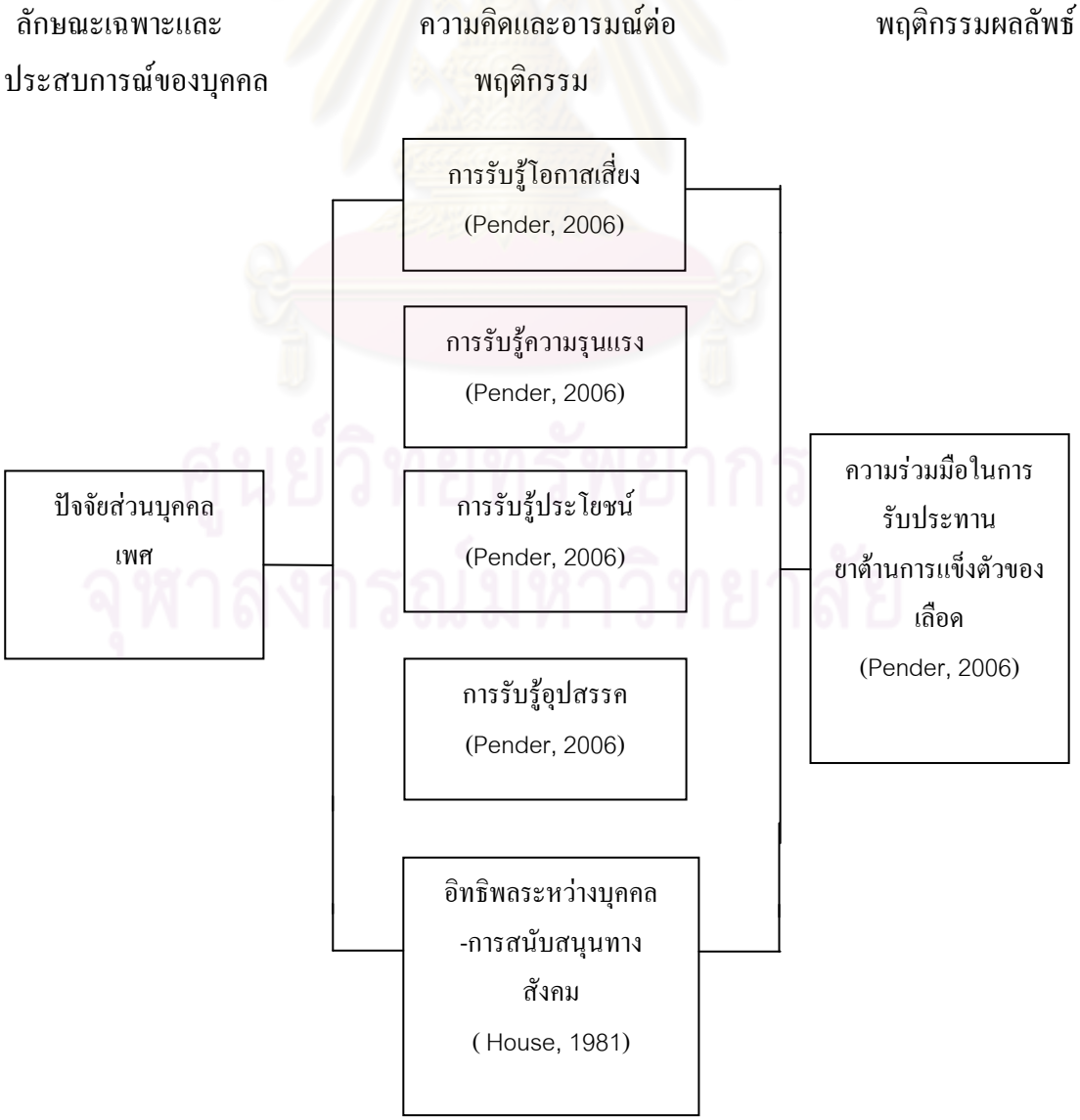
Waterman et al. (2004) ศึกษาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาวาร์ฟาริน ที่ส่งผลถึงการไม่สามารถควบคุมค่า INR นอกช่วงการรักษา จำนวน 347 ราย พบว่าผู้ป่วยมีค่า INR นอกช่วงการรักษามีจำนวนร้อยละ 23 มีสาเหตุจากการไม่ร่วมมือในการรับประทานยามากที่สุดร้อยละ 36 เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ร้อยละ 9

จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว พบว่าปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยาส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เอดส์ วัณโรค เป็นต้น ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีในประเทศไทยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานยาขึ้นกับวัฒนธรรม และการดำรงชีวิตในแต่ละภูมิภาคจะปรากฏในอุบัติการณ์การเกิดโรคของแต่ละพื้นที่ การรับประทานยาแต่ละประเภทมีความจำเป็นและเฉพาะที่แตกต่างกันขึ้นกับโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ แต่ความคล้ายคลึงกันของผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือการที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง

สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม มีข้อกำหนดในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตลอดชีวิต ซึ่งยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีเภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ที่ซับซ้อน ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาสูง เนื่องจากดัชนีของค่า INR ในการรักษาแคบ การรับประทานยาทำให้เกิดความลำบากในการนำมาใช้กับผู้ป่วย เพราะยานี้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้ แต่ด้วยความเฉพาะของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จึงจำเป็นที่ต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เนื่องจากป้องกันการเกิดลิ่มเลือดหลุดไปอุดหลอดเลือดตามส่วนต่างๆของร่างกาย จึงเป็นข้อบ่งชี้ที่ควรปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับลักษณะโรคที่เป็นและกลุ่มประชากรที่ศึกษา ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) มาศึกษาความร่วมมือในการรักษา เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ลดอัตราการเข้ากับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แสดงตามกรอบแนวคิดการวิจัย ต่อไปนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิงที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดและมารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดของรัฐ ระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18 – 59 ปี รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจ ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่าที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจผิดปกติและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. ผู้ป่วยรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
3. ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก
4. ผู้ป่วยไม่มีประวัติเป็นโรคตับ
5. สามารถพูด เขียน และอ่าน ภาษาไทยได้
6. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการพยาบาลอย่างเร่งด่วนขณะรอรับการตรวจรักษา

วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Thorndike (1978 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) คือ

n = 10k + 50

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา จำนวนตัวแปรทั้งหมด 6 ตัวแปร ดังนั้น

n = (10 x 6) +50 = 110

ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 110 คน และพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดความคลาดเคลื่อนและการผิดพลาดของการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 121 คน

2. สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage random sampling) ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ มีขั้นตอนดังนี้

2.1 เลือกสังกัดโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจตามสังกัดในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ดังนี้

2.1.1 กระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

2.1.2 สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ

2.1.3 กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันโรคทรวงอก

2.1.4 สำนักงานคณะกรรมการกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

2.1.5 กรุงเทพมหานคร ได้แก่ วชิรพยาบาล สุ่มสังกัดมา 3 สังกัดใน 5 สังกัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) ได้ 3 สังกัด ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

2.2 เลือกโรงพยาบาลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) สังกัดละ 1 โรงพยาบาล ได้แก่ สถาบันโรคทรวงอก (กระทรวงสาธารณสุข) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (กระทรวงกลาโหม) และโรงพยาบาลตำรวจ (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ)

2.3 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอุบัติการณ์ (Accidental sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ข้างต้น โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีจำนวนเท่าๆ กันทั้ง 3 โรงพยาบาลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 121 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 7 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน ประวัติโรคตับ การวินิจฉัยโรคและค่าระดับการแข็งตัวของเลือด INR ครั้งล่าสุด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) จำนวน 7 ข้อ หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบเครื่องมือได้ค่า CVI = 0.86 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่สถาบันโรคทรวงอกจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.76 หลังจากนั้นได้ปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างให้มีความกระชับ อ่านเข้าใจง่าย และคงจำนวนข้อคำถามเดิมทั้งหมด 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการ

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจกับความรู้สึกของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0-3 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้ของ ประคอง กรรณสูตร (2542) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้ความหมาย ดังนี้

คะแนนอยู่ระหว่าง 2.00 – 3.00 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง

คะแนนอยู่ระหว่าง 1.00 - 1.99 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ระหว่าง 0.01 – 0.99 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนระดับมาก คะแนนปานกลาง หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนระดับปานกลาง และคะแนนน้อย หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากาวะแทรกซ้อนระดับน้อย

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินผู้ป่วยของโรคความดันโลหิตสูงของ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) จำนวน 5 ข้อ หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบเครื่องมือได้ค่า CVI = 0.85 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่สถาบันโรคทรวงอกจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.76 หลังจากนั้นได้ปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างให้มีความกระชับ อ่านเข้าใจง่ายและคงจำนวนข้อคำถามเดิมทั้งหมด 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการ

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจกับความรู้สึกของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0-3 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้ของ ประคอง กรรณสูตร (2542) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนอยู่ระหว่าง 2.00-3.00 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับสูง

คะแนนอยู่ระหว่าง 1.00-1.99	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนอยู่ระหว่าง 0.01-0.99	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับต่ำ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนระดับมาก คะแนนปานกลาง หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนระดับปานกลาง คะแนนน้อย หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงจาภาวะแทรกซ้อนระดับน้อย

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งของ Bennett et al. (1997) จำนวน 6 ข้อ ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยด้วยตนเอง และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านภาษาเป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา รวมทั้งปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบเครื่องมือได้ค่า CVI = 0.83 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่สถาบันโรคทรวงอกจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79 หลังจากนั้นได้ปรับข้อคำถามให้มีความกระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่ายเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและตัดข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถามคงเหลือ 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งแต่ละข้อมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการ
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจกับความรู้สึกของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย	เท่ากับ	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0-3 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้ของ ประคอง กรรณสูตร (2542) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนอยู่ระหว่าง 2.00 - 3.00 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์จากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับสูง

คะแนนอยู่ระหว่าง 1.00 - 1.99 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์จากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ระหว่าง 0.01 - 0.99 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์จากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับต่ำ

เกณฑ์การแปลผลคือ คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้ประโยชน์จากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดระดับมาก คะแนนปานกลาง หมายถึง การรับรู้ประโยชน์จากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดระดับปานกลาง และคะแนนน้อย หมายถึง การรับรู้ประโยชน์จากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดน้อย

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ผู้วิจัยดัดแปลงใช้แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งของ Bennett et al. (1997) จำนวน 6 ข้อ ผู้วิจัยแปลแบบประเมินเป็นภาษาไทยด้วยตนเอง และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านภาษาเป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา รวมทั้งปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบเครื่องมือได้ค่า CVI = 0.83 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่สถาบันโรคทรวงอกจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 หลังจากนั้นได้ปรับข้อคำถามให้มีความกระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่ายเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและตัดข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนออกจำนวน 1 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถามคงเหลือ 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการ

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจกับความรู้สึกของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน
ไม่แน่ใจ เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0-3 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้ของ ประคอง กรรณสูตร (2542) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนอยู่ระหว่าง 2.00 - 3.00 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับสูง

คะแนนอยู่ระหว่าง 1.00 - 1.99 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ระหว่าง 0.01 - 0.99 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับต่ำ

เกณฑ์การแปลผล คือ คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้อุปสรรคจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดระดับมาก คะแนนปานกลาง หมายถึง การรับรู้อุปสรรคจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดระดับปานกลาง และคะแนนน้อย หมายถึง การรับรู้อุปสรรคจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดน้อย

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ อรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ House (1981) จำนวน 17 ข้อ หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบเครื่องมือได้ค่า CVI = 0.94 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่สถาบันโรคทรวงอกจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79 หลังจากนั้นได้ปรับข้อคำถามให้มีความกระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่ายเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและตัดข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนออกจำนวน 1 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถามคงเหลือ 16 ข้อ โดยครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1- 4 ด้านการประเมิน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5-8 ด้านการข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9 – 12 และด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน เวลา 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13 – 16 เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ตรงมากที่สุด - ไม่ตรงเลย ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

ตรงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับความรู้สึกและความเป็นจริงเกี่ยวกับระดับการสนับสนุนทางสังคมท่านมากที่สุด

ตรงมากพอควร หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับความรู้สึกและความเป็นจริงเกี่ยวกับระดับการสนับสนุนทางสังคมท่านมากพอควร

ตรงบ้างเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับความรู้สึกและความเป็นจริงเกี่ยวกับระดับการสนับสนุนทางสังคมท่านบ้างเล็กน้อย

ไม่ตรงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับระดับความรู้สึกและความเป็นจริงเกี่ยวกับระดับการสนับสนุนทางสังคมเลย

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตรงมากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน

ตรงมากพอสมควร เท่ากับ 3 คะแนน

ตรงบ้างเล็กน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ตรงเลย เท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1-4 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้ของ ประคอง กรรณสูตร (2542) แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนอยู่ระหว่าง 3.50 – 4.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนอยู่ระหว่าง 2.50 – 3.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

คะแนนอยู่ระหว่าง 1.50 – 2.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

คะแนนอยู่ระหว่าง 1.00 – 1.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ คะแนนมาก หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในระดับมาก และคะแนนน้อย หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในระดับน้อย

ชุดที่ 7 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของ นฤมล คมกล้า (2553) มีจำนวน 24 ข้อ เป็นด้านพฤติกรรมการรับประทานยา 4 ข้อ และด้านปฏิบัติตัวสอดคล้องกับแผนการรักษา 20 ข้อ ผู้วิจัยได้คัดเลือกข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 8 ข้อ คือด้านการรับประทานยา 7 ข้อ และด้านปฏิบัติตัวสอดคล้องกับแผนการรักษา 1 ข้อ หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบเครื่องมือได้ค่า CVI = 0.87 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่สถาบันโรคทรวงอกจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.76 หลังจากนั้นได้ปรับข้อคำถามให้มีความกระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่ายเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และคงจำนวนข้อคำถามเดิมทั้งหมด 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ ได้แก่ 3-6 ข้อ เชิงลบ 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 7, และ 8 ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ-ไม่เคยทำเลย ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้ง
ทำบ่อยครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง
ไม่เคยทำเลย	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เคยมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

		คำถามทางบวก	คำถามทางลบ	
ทำเป็นประจำ	เท่ากับ	4	1	คะแนน
ทำบ่อยครั้ง	เท่ากับ	3	2	คะแนน
ทำเป็นบางครั้ง	เท่ากับ	2	3	คะแนน
ไม่เคยทำ	เท่ากับ	1	4	คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1-4 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน (อ้างถึงใน อรอนงค์ สาระทำ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ, 2551) แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนอยู่ระหว่าง 3.50 – 4.00	หมายถึง	ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาระดับดีมาก
คะแนนอยู่ระหว่าง 2.50 – 3.49	หมายถึง	ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาระดับดี
คะแนนอยู่ระหว่าง 1.50 – 2.49	หมายถึง	ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาระดับพอใช้
คะแนนอยู่ระหว่าง 1.00 – 1.49	หมายถึง	ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาระดับควรปรับปรุง

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ คะแนนมาก หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมาก คะแนนน้อย หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดน้อย

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแสดงค่าความตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยงของแบบสอบถามดังตารางที่ 3

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนได้แก่

1.1	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมทรวงอก	1 คน
1.2	พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง	1 คน
1.3	อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และด้านพฤติกรรมศาสตร์	1 คน
1.4	พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมทรวงอก	1 คน

ผู้วิจัยนำแบบประเมิน Belief about medication compliance in people with heart failure ซึ่งเป็นแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ของ Bennett et al. (1997) ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยด้วยตนเอง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านภาษาเป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจำนวน 1 คน ก่อนทำการไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

การพิจารณาความตรงตามเนื้อหา นำแบบสอบถามทั้ง 7 ชุดที่ผ่านการตรวจแบบสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ค่าที่ยอมรับได้คือมากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Polit and Beck, 2004) และภายหลังผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำแบบสอบถามมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้มีข้อความตรงกระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่ายและมีความสอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยยังมีความตรงตามเนื้อหาคงเดิม

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม สถาบันโรคทรวงอก จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2543) หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม สถาบันโรคทรงอก แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ และแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 121 คน ได้ค่าความเที่ยงของแต่ละแบบสอบถาม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30)

แบบสอบถาม	CVI	Reliability
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.86	0.76
2. การรับรู้ความรุนแรง	0.85	0.76
3. การรับรู้ประโยชน์	0.83	0.79
4. การรับรู้อุปสรรค	0.83	0.80
5. การสนับสนุนทางสังคม	0.94	0.79
6. ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด	0.87	0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือ ถึง ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล และการขอรับการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง

1.2 ภายหลังได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของแต่ละแห่งและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทรวงอก สถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลาที่คลินิกเปิดบริการดังแสดงในตารางที่ 4 สำหรับโรงพยาบาลที่มีวันและเวลาที่คลินิกเปิดบริการตรงกันคือวันศุกร์ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลสลับกันทีละสัปดาห์ โดยเริ่มเก็บข้อมูลที่สถาบันโรคทรวงอกในวันเปิดทำการเฉพาะวันจันทร์และวันพุธ เวลา 07.00 – 12.00 น.ของทุกสัปดาห์ในระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับวันเปิดบริการในวันศุกร์ที่ตรงกันของทั้ง 3โรงพยาบาล จะเริ่มเก็บข้อมูลสัปดาห์แรกที่สถาบันโรคทรวงอกเวลา 07.00 – 12.00 น. และสัปดาห์ที่สองเก็บข้อมูลที่ โรงพยาบาลตำรวจ และสัปดาห์ที่สามเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จนได้จำนวนตัวอย่างครบ 121 คน โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

2.1 ศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่เข้ามารับการรักษาตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form)

2.4 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทีละ 1 ราย โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้องที่เตรียมไว้ ซึ่งเป็นห้องตรวจของแพทย์และมีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 7 ชุด กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาตอบแบบสอบถามทั้งหมด คนละ 30 นาที หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ได้ มองตัวอักษรไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบให้กลุ่มตัวอย่างทีละข้อและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด ผู้วิจัยบันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือก ในกรณีดังกล่าวใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 45 นาที

ในขณะตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือหรือมีข้อสงสัยในแบบสอบถาม ผู้วิจัยอธิบายข้อคำถามให้มีความชัดเจนและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามและผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

2.5 นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจำนวน 121 ชุดแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ตารางที่ 4 แสดงวันและเวลาของการตรวจคลินิกของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง

โรงพยาบาล	วันที่เปิดคลินิก	เวลา
สถาบันโรคทรวงอก	จันทร์-พุธ-ศุกร์	07.00 -12.00 น.
โรงพยาบาลตำรวจ	ศุกร์	08.00 -12.00 น.
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	ศุกร์	08.00 –12.00 น.

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจาก 1) คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2554 2) คณะกรรมการการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก วันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2554 และ 3) คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจวันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2554 ตามลำดับ จึงเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองทุกโรงพยาบาล เข้าแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตอบรับหรือปฏิเสธการ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุด โดยมิต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) ขณะตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยยุติให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทันที และผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งไปพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ การศึกษา รายได้ การวินิจฉัยโรค ภาวะโรคตับ ผลเลือด INR ครั้งล่าสุด หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ กับความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบไบซีเรียล (Biserial correlation coefficient) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดระหว่างเพศ โดยใช้สถิติ t-test

4. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยา ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และเปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ Davis (1992 อ้างถึงใน สัจจา ทาโต, 2549) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เกณฑ์เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
0.70 หรือมากกว่า	มีความสัมพันธ์สูงมาก
0.50 – 0.69	มีความสัมพันธ์สูง
0.30 – 0.49	มีความสัมพันธ์ปานกลาง
0.10 – 0.29	มีความสัมพันธ์ต่ำ
0.01 – 0.09	แทบไม่มีความสัมพันธ์

ส่วนเครื่องหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) จะแสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ ถ้าเป็น + แสดงว่ามีความสัมพันธ์แบบตามกัน ถ้าเป็น - แสดงว่ามีค่าความสัมพันธ์แบบผกผันกัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และ สถาบันโรคทรวงอก จำนวน 121 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำอธิบายแบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 6

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 7

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 8 และตารางที่ 9

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 10

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย การวินิจฉัยโรค ค่าการแข็งตัวของเลือด INR (n = 121)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	48	39.7
หญิง	73	60.3
อายุ (ปี)		
18- 28	1	0.8
29- 38	21	17.4
39 -48	32	26.4
49 -59	67	55.4
$\overline{X}$ = 48.21 SD = 8.30		
สถานภาพ		
โสด	20	16.5
สมรส	90	74.4
หม้าย	7	5.8
หย่า	4	3.3
ศาสนา		
พุทธ	118	97.5
คริสต์	2	1.7
อิสลาม	1	0.8

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่มีการศึกษา	7	5.8
ประถมศึกษา	75	62.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	11.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	12	9.9
อนุปริญญา	6	5.0
ปริญญาตรี	6	5.0
ปริญญาโท	1	0.7
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
ไม่มีรายได้	7	5.8
น้อยกว่า 2,000 บาท	15	12.4
2,001 – 5,000 บาท	42	34.7
5,001 – 10,000 บาท	32	26.4
10,000 บาทขึ้นไป	25	20.7
ประวัติโรคตับ		
ไม่มี	121	100
การวินิจฉัยโรค		
AVR (Aortic Valve Replacement)	25	20.7
DVR (Double Valve Replacement)	26	21.5
MVR (Mitral Valve Replacement)	65	53.7
OMV (Open Mitral Valve)	1	0.8
TVR (Tricuspid Valve Replacement)	4	3.3
ค่าการแข็งตัวของเลือด		
1.0 – 2.0	66	54.5
2.1 – 3.0	40	33.1
3.1 – 4.0	13	10.7

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ค่าการแข็งตัวของเลือด INR (ต่อ)		
4.1 – 5.0	2	1.7
$\overline{X}$ = 2.08 SD = 0.71		

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดส่วนใหญ่ คิดเป็นเพศหญิงร้อยละ 60.3 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 39.7 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 49 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.4 ($\overline{X}$ = 48.21, SD = 8.30) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 74.4 รองลงมาสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 16.5 และนับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 62 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 11.6 รายได้เฉลี่ยครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,001–5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 34.7 รองลงมาอยู่ระหว่าง 5,001 -10,000 บาท /เดือน คิดเป็นร้อยละ 26.4

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีประวัติโรคตับและส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัย MVR, DVR, AVR คิดเป็นร้อยละ 53.7, ร้อยละ 21.5 และร้อยละ 20.7 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาผลเลือดการแข็งตัวของเลือด (INR) ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 1.0 - 2.0 รองลงมามีค่าอยู่ในช่วง 2.1–3.0 คิดเป็นร้อยละ 54.5 และร้อยละ 33.1 ตามลำดับ ($\overline{X}$ = 2.08, SD = .71)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (n = 121)

ตัวแปร	$\overline{X}$	SD	Min	Max	การแปลผล (ระดับ)
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	2.66	0.25	1.43	3.00	สูง
การรับรู้ความรุนแรง	2.68	0.38	1.00	3.00	สูง
การรับรู้ประโยชน์	2.85	0.20	1.80	3.00	สูง
การรับรู้อุปสรรค	1.60	0.56	1.00	3.00	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	3.09	0.54	1.56	4.00	มาก
ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด	3.64	0.25	2.75	4.00	ดีมาก

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 2.66, SD = 0.25) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 2.68 , SD = 0.38) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 2.85, SD = 0.20) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 1.60, SD = 0.56) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.09, SD = 0.54) และคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ = 3.64, SD = 0.25)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 8 และตารางที่ 9

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (n = 121)

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ไบซีเรียล	p-valve
เพศ	-.050	.585

* p<.05

จากตารางที่ 8 พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_{bis} = -.050)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำแนกตามเพศ (n = 121)

เพศ	$\overline{X}$	SD	t	p- valve
ชาย	3.62	.262	.-547	.585
หญิง	3.65	.245		

* p<.05

จากตารางที่ 9 พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -547)

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (n = 121)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	.368	.000
การรับรู้อุปสรรค	-.238	.009
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.220	.015
การรับรู้ความรุนแรง	.207	.023
การรับรู้ประโยชน์	.195	.032

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 10 พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .368, .220, 207 และ .195) ตามลำดับ หมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมาก จะทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของกลุ่มตัวอย่างมาก

โดยที่การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในระดับต่ำ

นอกจากนี้พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.238) หมายความว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมาก จะทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของกลุ่มตัวอย่างลดลง

ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัดสรรกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าทุกตัวแปรสามารถอธิบายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก จึงมีประสบการณ์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมาระยะหนึ่ง จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ รับรู้ในการเกิดภาวะต่างๆ และได้รับข้อมูลการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงส่งผลให้คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับดี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) ครั้งนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยและการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดคัดสรร ได้แก่ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้งเพศชายและหญิงที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอายุ 18 - 59 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจ ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ได้แก่ สถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ ในช่วงระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจผิดปกติและต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. ผู้ป่วยได้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
3. ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก
4. ผู้ป่วยต้องไม่มีประวัติโรคตับ
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย
6. สามารถพูด เขียน และอ่าน ภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม และ แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เท่ากับ 0.86 , 0.85 , 0.83 , 0.83 , 0.94 และ 0.87 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ การวินิจฉัยโรค ภาวะโรคตับ ผลเลือด INR ครั้งล่าสุดหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ กับความร่วมมือในการรับประทานยาโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบไบซีเรียลและเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดระหว่างเพศ โดยใช้สถิติ t-test

4. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และเปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเปลี่ยนลิ้นหัวใจส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 49-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.4 ($\overline{X}$ = 48.21, SD = 8.30) มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อุปสรรค โดยเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 (SD = 0.25), 2.68 (SD = 0.38), 2.85 (SD = 0.30), 3.09 (SD = 0.54), และ 1.60 (SD = 0.56) ตามลำดับ

2. ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ = 3.64, SD = 0.21)

3. เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (r_{bis} = -.050 , p < .585)โดยที่เพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -.547, p >.05)

4. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของ

ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .220, .207, .195, และ.368 ตามลำดับ)

5. การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.238)

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามสมมติฐานการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

จากแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาของ Pender (2006) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยา ซึ่งการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดจะได้ผลดีต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการรับประทานยาอย่างเต็มใจ (วันวิภา เทพารักษ์, 2550) งานวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเท่ากับ 3.64 (SD = .25) อยู่ในระดับดีมาก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ จะได้รับคำแนะนำด้านการรับประทานยา รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด จากแพทย์ พยาบาล หรือเภสัชกร โดยที่โรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูลมีการจัดให้ข้อมูลด้านการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดดังนี้ สถาบันโรคทรวงอก ให้ข้อมูลการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาเสร็จสิ้น และทำการรอรับบัตรนัดในครั้งต่อไป ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลประจำการ โดยให้ข้อมูลในเชิงรายกรณีที่มีความเสี่ยงจากปัญหาค่าการแข็งตัวของเลือดไม่ได้ระดับตามแผนการรักษา โรงพยาบาลตำรวจ ให้ข้อมูลด้านการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดรายบุคคล โดยมีทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมผ่าตัดหัวใจเป็นผู้ให้ข้อมูล ร่วมกับกลุ่มอาสาสมัครที่มีประสบการณ์ในการรับประทานยามาให้คำแนะนำควบคู่กับทีมสุขภาพ โดยใช้เวลาขณะรอทำการตรวจรักษาในการดำเนินการและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยทีมเภสัชกร โดยให้รายละเอียดเกี่ยวกับยาต้านการแข็งตัวของเลือดเมื่อได้รับยาเสร็จสิ้น ณ บริเวณหน้าห้องจ่ายยา ซึ่งจากการให้บริการดังกล่าวได้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล ยี่ภู่ และ คณะ (2548) พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง

และเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีการสอบถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ตนเองประสบกับปัญหาจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ไม่ถูกต้อง (นันทวัน หวังเกิดเกียรติ, 2552) จะช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาได้ (จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์, 2549)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษา รับประทานยาถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลาและถูกวิธี เป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาในแต่ละครั้งจะอ่านฉลากยาก่อนนำยาขึ้นมารับประทาน และไม่หยุดรับประทานยาด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยามาก่อน จากประวัติการรักษาในแฟ้มผู้ป่วยและการสัมภาษณ์ในขณะทำการเก็บข้อมูล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดเรียนรู้และให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (พุทธชาติ สมณา, 2548) ซึ่งในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีความจำเป็นที่ต้องรับประทานยาให้ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงเวลา จึงจะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพดีและปลอดภัย (สุรกิจ นาฑีสุวรรณ, 2550) แต่สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ เช่น ติดธุระ จะโทรศัพท์แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบและเลื่อนวันมาพบแพทย์ใหม่ ซึ่งทางเจ้าหน้าที่จะแนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจก่อนวันที่แพทย์นัด เพื่อกลุ่มตัวอย่างจะได้รับยาเพียงพอต่อการรับประทาน และสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริลักษณ์ พงษ์สวัสดิ์ (2551) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง ถูกต้องตามหลักการใช้ยา คือ ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธีอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 47.26, SD 3.67) และมีการป้องกันการเกิดอันตราย และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาระดับพอใช้ ($\overline{X}$ = 13.09, SD = 1.89) และศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ (2549) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.2 ($\overline{X}$ = 93.92, SD = 11.12) อยู่ในระดับดีมาก และอีกเหตุผลหนึ่ง คือการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 3.09 (SD = 0.54) อยู่ในระดับมาก เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานยาจากผู้ดูแล ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง บุตร หลาน เพื่อน มีการจัดเตรียมยาให้รับประทาน รวมถึงการพากลุ่มตัวอย่างไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจตามนัด

2. เพศมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

จากแนวคิดเกี่ยวกับเพศ Pender (1996) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างอาจเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น การรับประทานยา การดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_{bis} = -.050 , p < .585) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดระหว่างเพศ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (t = -.547, p >.05) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอุบัติการณ์โรคความผิดปกติของลิ้นหัวใจ พบในเพศหญิงและชายในอัตราใกล้เคียงกัน คือ 1.3 : 1 (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) จากงานวิจัยนี้พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนร้อยละ 39.7และ 60.3 มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาเท่ากับ 3.62 (SD = 0.262) และ 3.65 (SD = 0.245) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ (2549) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .185) และรัศมี สิทธิพันธ์ (2548) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาระหว่างเพศชายและหญิง พบว่าเพศไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 0.25) และการศึกษาของ ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล (2551) เปรียบเทียบพฤติกรรมในการรับประทานยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างเพศชายและหญิง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 (t = .025) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Rita et al. (2002) พบว่าเพศชายมีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าเพศหญิงและการศึกษาของ Horgan และคณะ (อ้างถึงใน Joyce et al., 2004) กล่าวว่าเพศหญิงไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าร้อยละ 50 เพราะเพศหญิงมีข้อจำกัดในเรื่องบทบาทหน้าที่ๆ มากขึ้นในปัจจุบัน คือ การทำงานบ้านและนอกบ้าน รวมถึงการดูแลบุตรทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลเกี่ยวกับตนเอง

สภาพสังคมไทยปัจจุบัน พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีบทบาททางสังคมที่ค่อนข้างเท่าเทียมกันมากขึ้น ทำให้การรับรู้ถึงความสำคัญในสุขภาพอยู่ในระดับใกล้เคียงกันมากขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพคล้ายคลึงกัน ถึงแม้เพศจะเป็นตัวกำหนดบทบาททางสังคม เพศชายมีบทบาทเป็นผู้นำ เป็นหัวหน้าครอบครัวต้องทำงานรับผิดชอบดูแลบุคคลในครอบครัว และได้รับการเคารพนับถือจากสังคมมากกว่าเพศหญิง ส่วนเพศหญิงมีบทบาทหน้าที่เป็นแม่บ้านที่คอยดูแลความเรียบร้อยภายในบ้าน และให้ความยกย่องผู้ที่เป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจนไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ๆ เคยปฏิบัติได้ บุคคลในครอบครัวก็จะมีการ

ปรับตัวเพื่อทำหน้าที่แทนกันได้ เพื่อให้เกิดความสมดุลในครอบครัว (สิริลักษณ์ พงษ์สวัสดิ์, 2551) จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีการรับรู้ความร่วมมือในการรับประทานยาไม่แตกต่างกัน

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และ การสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีรายละเอียดดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า **การรับรู้โอกาสเสี่ยง** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .220$) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 ($SD = 0.25$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 Pender (2006) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง เป็นการรับรู้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งแตกต่างไปจากบุคคลที่มีสุขภาพดีทั่วไป การรับรู้อาจแสดงออกในด้านทัศนคติ ความรู้สึก การรับรู้นี้มีความสำคัญส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนมากกว่าปัจจัยด้านอื่น ทำให้บุคคลนั้นเกิดการรับรู้เรื่องแนวทางการรักษาและการควบคุมภาวะแทรกซ้อนให้อยู่ในสภาพปกติของร่างกายมากที่สุด บุคคลหากเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรืออาการข้างเคียงของยาที่ปรากฏเห็นชัดหรือไม่ปรากฏให้เห็น ทำให้บุคคลนั้นปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดี (วสันต์ ศิลปสุวรรณ, 2542) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่า เมื่อรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดจะทำให้ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยา ได้แก่ เกิดเลือดออกในสมองได้ง่าย หากมีบาดแผลจะทำให้เลือดออกมากกว่าปกติ มีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันได้ง่าย (ชงโค นิสัยดีและนงเยาว์ ซื่อเลื่อม, 2551) นอกจากนี้หากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีวิตามินเคสูง เช่น กล้วย กะหล่ำปลี ผักกาด บรอคโคนี่ และการหยุดยารับประทานด้วยตนเอง การไม่มาพบแพทย์ตามนัดอาจจะเกิดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถควบคุมอาการได้ (วิจิตรา ทัศนียกุล และคณะ, 2551) การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต้อง ถูกชนิด ถูกวิธี ถูกทาง ถูกเวลา การปรับขนาดยาไม่สามารถทำได้เองต้องอยู่ในการดูแลของแพทย์ (รัชนี โหตะวารีกาญจน, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม

การรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .362) และการศึกษาศศิธร อุตตะมะ (2549) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.01 (SD = 3.50) อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกลัวและเห็นความสำคัญในการรับรู้ถึงความร่วมมือในการรับประทานยา และพบว่า การประเมินตนเองทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะเลือดออกรุนแรง และลดอัตราการตายทุกสาเหตุ (วราพร เลียบทวี, 2547; Heneghan et al., 2006)

การรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (r = .207) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.68 (SD = 0.38) อยู่ในระดับสูง เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 Pender (2006) กล่าวว่าการรับรู้ความรุนแรงเป็นการรับรู้ที่บุคคลเป็นผู้ประเมินด้วยตนเองถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังรับประทานยาต้านการแข็งตัวที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความรุนแรงเป็นสาเหตุความพิการและเสียชีวิต ส่งผลกระทบทางร่างกายและจิตใจ ทั้งด้านครอบครัวและสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยา มีอิทธิพลนำไปสู่ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ทำให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดสูงร่วมด้วย และ การรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงนั้นๆ ในการศึกษานี้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ การเกิดเลือดคั่งในสมอง ปัสสาวะมีเลือดปน เมื่อรับประทานยามากกว่าแผนการรักษาของแพทย์ และถ้ารับประทานยาน้อยกว่าแผนการรักษา อาจเกิดการอุดตันของหลอดเลือดทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ (Ansell et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Green and Kruter (1991 อ้างถึงใน มะยาซิน สาเมาะ, 2550) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเจ็บปวด การไม่สุขสบาย จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาได้ดี นอกจากนี้อาจเป็นเพราะว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเภสัชกร ถึงภาวะแทรกซ้อนจะทำให้เกิดความกลัวและไม่อยากให้ภาวะดังกล่าวเกิดขึ้นกับตน จึงทำให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น สอดคล้องกับ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) ที่พบว่าการรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .438) เช่นเดียวกับการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ที่พบว่าการรับรู้

ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .708) แต่ไม่สอดคล้องกับ รัศมี สิทธิพันธ์ (2548) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .083)

การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .195) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.85 (SD = 0.20) อยู่ในระดับสูง เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 การรับรู้ประโยชน์เป็นการรับรู้ของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะต่างๆ โดยขึ้นกับการคาดการณ์ถึงประโยชน์ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงผลบวกจากการกระทำนั้นๆ โดยอาศัยประสบการณ์ตรงของบุคคลนั้นหรือจากการสังเกตจากบุคคลอื่น (Pender, 2006) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีการรับรู้ถึงผลดีจากการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยา เช่น รับรู้ว่าการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษา ช่วยให้ป้องกันการอุดตันของลิ้นหัวใจเทียม ทำให้การทำงานของลิ้นหัวใจเทียมเป็นไปอย่างปกติ (จริยา เจริญยิ่ง, 2546) ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่กังวลเกี่ยวกับโรคลิ้นหัวใจเดิมที่ผิดปกติ รวมทั้งช่วยลดโอกาสกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (นวรัตน์ สุทธิพงศ์, 2550) สอดคล้องกับการศึกษา จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r =.221) และรัศมี สิทธิพันธ์ (2548) พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผ่าตัดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .133)

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .368) และมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของหรือการเงิน เท่ากับ 3.09 (SD = 0.54) อยู่ในระดับมาก เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การเห็นคุณค่า การให้ความรัก ความเข้าใจ และให้ความช่วยเหลือทุกๆ ด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม สติปัญญา ด้านวัตถุ และ สิ่งของ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้มีการดูแลตนเองที่ดีตามมา (House, 1981) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง เช่น พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น ที่เอื้อนำให้กลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพในการดูแลตนเองดีขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี

จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้นด้วย (ศิริพร อิทธาคม, 2549) ซึ่งมีหลายการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา ดังเช่น เยาวภา บุญเที่ยง (2542) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .636) ดุษฎี พงศ์อุดม (2550) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r=.991) รจนาไฉน สิงห์เรศร์ (2550) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาป้องกันวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .285) และน้อมจิตต์ สกุลพันธ์ (2553) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .277)

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น ถึงแม้ว่าจะศึกษาในผู้ป่วยโรคแตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาคล้ายกัน อาจเนื่องจากโรคดังกล่าวเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายและต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต จึงทำให้ผู้ป่วยต้องมีความร่วมมือในการรับประทานยา โดยมีการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างคอยสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย

3. การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.238) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.60 (SD = 0.561) อยู่ในระดับปานกลาง เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 การรับรู้อุปสรรค เป็นการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมาก ก็จะทำให้มีความพร้อมในการปฏิบัติน้อย ส่วนบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติน้อย ก็จะทำให้มีความพร้อมในการปฏิบัติสูง (Pender, 2006) จากการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เป็นปัจจัยที่ขัดขวางความร่วมมือในการรับประทานยา เพราะทำให้ความสะดวกสบายของกลุ่มตัวอย่างลดลง มีความกังวลที่ต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไปตลอดชีวิต รวมทั้งการจดจำในขนาดการรับประทานในแต่ละครั้งจะไม่เท่ากัน ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้กำหนดขนาดยา โดยแต่ละครั้งที่มารับการตรวจรักษาอาจจะได้ขนาดยาเหมือนเดิมหรือมีการปรับขนาดยา ขึ้นอยู่กับค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) เป็นสิ่งสำคัญ และข้อควรปฏิบัติที่สำคัญคือ การรับประทานยาให้ตรงเวลาไม่เกิน 12 ชั่วโมงจากเวลาเดิมที่เคยรับประทานได้แต่ละวัน เนื่องจากเป็นช่วงที่ระดับความเข้มข้นของยาลดลงครึ่งหนึ่ง (Half lift) และอาการฟกช้ำได้ง่ายจากฤทธิ์ของยา การเกิดอุบัติเหตุชน หรือกระแทก (มันตวีร์ นิ่มวรพันธ์, 2550)

ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไปตลอดชีวิต รวมถึงอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งประสิทธิภาพของการรักษาขึ้นอยู่กับความถูกต้องและความต่อเนื่องในการรับประทานยา เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ รัศมี สิทธิพันธ์ (2548) พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างที่ผ่าตัดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = -.262) และการศึกษาของ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (r = -.008) และสุมาลี วังธนากร (2551) พบว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยเน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อช่วยลดอัตราความพิการและการเสียชีวิตและช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจดีขึ้น

2. เป็นแนวทางในการสนับสนุนการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพ่อแม่ ญาติ เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ และศึกษาเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและผู้ป่วยลิ้นหัวใจผิดปกติที่รักษาทางอายุกรรรม

2. ควรมีการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่อง ในระยะยาว เพราะผู้ป่วยต้องรับประทานยาตลอดชีวิต เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทางการพยาบาล

3. ควรศึกษาจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนครั้งของการมาตรวจตามนัด เนื่องจากอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรรณิการ์ เรือนจันทร์. (2535). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

คัทลียา คงเพ็ชร. (2553). **ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการที่บ้านต่ออาการระยะพักฟื้น กิจกรรมทางด้านร่างกายและความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). **การพยาบาลอายุรศาสตร์โรคเรื้อรัง**. พิมพ์ครั้งที่ 1. คณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา: สำนักพิมพ์สงขลา.

จันทนี จันทรท่าจีน. (2548). **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ที่ได้รับยาต้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิตติมา ภูริทัตกุล. (2547). **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์. (2549). Wafarin Clinic: ประสบการณ์จากโรงพยาบาลพระปกเกล้า. **วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก** 22(1): 5-19.

จริยา เจริญยิ่ง. (2546). **การติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชลิดาภรณ์ ส่งสัมพันธ์. (2551). **ประวัติศาสตร์ของเพศวิถี**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสร้างความเข้าใจในสุขภาพสตรี.

ชนิดา สุขแสง. (2543). **ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ.

ชงโค นิสัยดี และนงเยาว์ ซื่อเลื่อม. (2551). ผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนอกที่ใช้ยาวาร์ฟาริน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครปฐม. **Thai Phatmaceutical and Health Science Journal** 3(1): 80-86.

ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล. (2551). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเวชปฏิบัติครอบครัว มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ดุษฎี พงศ์อุดม. (2549). **ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแมคคอร์มิค.** การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสาตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ตรีพร ชุมศรี. (2548). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลระหว่างบุคคล กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทิพวัลย์ นันชัย. (2540). **การให้บริการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินหลังการผ่าเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธำรง จิรจริยาเวช และคณะ. (2550). **พยาธิวิทยากายวิภาค เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 1 .ภาควิชาพยาธิ-วิทยา คณะแพทยศาสตร โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.

น้อมจิตต์ สกุลพันธ์. (2535). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล.

น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). **การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นรลักขณ์ เอื้อกิจ. (2550). **เอกสารประกอบการสอนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**, หน้า 39.

นวรัตน์ สุทธิพงศ์. (2550). **ผลของการพัฒนาความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

นฤมล คมกล้า. (2553). **ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทวัน หวังเกิดเกียรติ และ ศรินธร ขันธหัตถ์. (2553). **การศึกษาปัญหาการใช้ยาวาร์ฟารินคลินิกพิเศษโรคหัวใจโรงพยาบาลอุดรธานี** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา :www.ugh.go.th/reseach.com. [16/8/2553].

นิตยา ภาสุนันท์. (2529). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2550). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปราณี ทองพิลา. (2542). **การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประคอง กรรณสูต. (2542). **สถิติเพื่อวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประณีต ส่งวัฒนา. (2547). การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานภายใต้โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องเขตภาคใต้ ปีงบประมาณ 2545: มติของผู้ให้บริการ. **วารสารโรคเอดส์** 16: 27-48.

ปริศนา อัตถาผล. (2543). **ภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พรทิวา ศุภราศีร. (2543). คุณภาพชีวิตและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. **รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**

พัฒนา โพธิ์แก้ว. (2537). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอดส์ที่มารับการรักษาที่ ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พิศมัย พิทักษาวรากร. (2536). **พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร.

พวงพยอม การภิญโญ. (2526). **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พัชรี ขันติพงษ์ และคนอื่นๆ (บรรณาธิการ). **แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่.

พุทธชาติ สมณา. (2548). **การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). **การพยาบาลหัวใจและหลอดเลือด**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

มันตีวีร์ นิ่มวรพันธ์. (2550). **ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมค่าการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มะยาซิน สาเมาะ. (2552). **ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปุยุด อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุข คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

เยาวภา บุญเที่ยง. (2545). **การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ระพิน ผลสุข. (2548). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ระพิน ผลสุข และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ. (2550). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 19(1): 108-118.

รัศมี สิทธิพันธ์. (2548). **ความเชื่อด้านสุขภาพกับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัด ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

รัตนา เรือนอินทร. (2550). **ความเชื่อด้านสุขภาพและการควบคุมโรคผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รจนาไฉน สิงหเรศร์. (2550). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรค**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

รัชนี โหตะวารีกาญจน. (2540). **รูปแบบการเริ่มใช้ยาวาร์ฟารินแนวทางใหม่ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่โรงพยาบาลราชวิถี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). **การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วราพร เลียบทวี. (2547). **ผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรคลินิกในผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจเทียมที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วสันต์ ศิลปสุวรรณ. (2542). **การวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ: ทฤษฎีและปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่2 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพ .

วิจิตรา กุสุมภ์. (2546). **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต**. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สหประชาพาณิชย์.

วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และอรรณพ หิรัญดิษฐ์. (2549). ทบทวนความรู้เกี่ยวกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส. **วารสารสาธารณสุข**. 15(2): 46-48.

วิริยา สุขวงศ์. (2545). **รายงานการวิจัย เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร.** กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

วันวิภา เทพารักษ์. (2550). **การบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกที่มีการควบคุมการรักษาของยาวาร์ฟารินไม่คงที่. ณ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วาสนา ครุฑเมือง. (2547). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิจิตรา ทัศนียกุล, วีรยา ดำรงค์สกุลชัย และวงศ์วิวัฒน์ ทัศนียกุล. (2551). อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรและยาแผนปัจจุบัน. **Srinagarind Medical Journal** 23(2): 56-58.

สุวิมล ยี่ภู่, อภิชญา ชนะวงศ์ จริยา นามศรี และจันทร์ทิพย์ อมรสวัสดิ์ศิริ. (2549). ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษาด้วยยา Warfarin. **วารสารศรีนครินทร์ด้านวิทยาศาสตร์เภสัชศาสตร์** 10(1): 40-47.

สมัยพร อาขาล. (2543). **ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สัมพันธ์ พรวิลาวัณย์. (2540). การผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในผู้ใหญ่. **วารสารศิริราช** 49(1): 21 – 31.

สุภาพร แนวบุตร. (2549). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุนีย์ เลิศสินอุดม ผันสุ ชุมวรฐายี และอาภรณี ไชยาคำ. (2010). การทบทวนการใช้ยา warfarin ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์. **ศรีนครินทร์เวชสาร** 25(1): 6-13.

สุรกิจ นาฑีสุวรรณ. (2550). Impact of warfarin - monitoring service by a clinical pharmacist in patients undergoing cardiovascular and thoracic surgery. ใน **เอกสารประชุมวิชาการประจำปี สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) เรื่อง " The New Frontier of Pharmacy Practice"** ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี แพทย์สมาคมฯ กรุงเทพมหานคร วันที่ 23 - 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2550.

สุมาลี วังธนากร ชุติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. **สงขลานครินทร์เวชสาร**. 26(6) : 539-547.

สุวิมล ยี่ภู่ อภิชญา ชนะวงศ์ จริยา นามศรี และจันทร์ทิพย์ อมรสวัสดิ์ศิริ. (2548). ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน. **Srinakarinwirot Journal Pharmacoutical Sciences** 10(1) : 40-47.

สิริลักษณ์ นานาวิชิต. (2552**). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความร่วมมืออุปสรรคและผลลัพธ์ทางคลินิกในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ในโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สิริลักษณ์ พงษ์สวัสดิ์. (2551). **การใช้ยาและบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เสนอ เพชรพ่วง. (2548). **ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสและอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์**. การค้นคว้าแบบอิสระวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมสกุล ศิริไชย. (2544). ผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยนอกหัวใจวาย. **วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล**. 11(3) : 203-216.

ศศิธร อุตตะมะ. (2549). **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริพร ปาระมะ. (2545). **ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริพร อิทธาคม. (2549). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กรมการแพทย์. (2553). **จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดกรมการแพทย์** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.dms.moph.go.th**.** [2010, ธันวาคม 14].

ศรัทธา แขดวง. (2547). **ผลของการสนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศุกลดี ช้อยชาญชัยกุล และคนอื่นๆ. (2551). การใช้ยาวาร์ฟารินในผู้สูงอายุ. **วารสารรามาธิบดี** 14(3): 366 - 383.

ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. (2549). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

อรอนงค์ สาระทำ และนรลักขณ์ เอื้อกิจ. (2551). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. ใน **เอกสารประชุมวิชาการ เรื่อง "การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลและเผยแพร่ผลงานวิชาการ"** กรุงเทพมหานคร, หน้า 161-173.

อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อติพร สำราญบัว. (2544). **ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพโดยองค์รวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2552). **เอกสารประกอบการสอนวิชาเครื่องมือในการวิจัย หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**

อรุณรัตน์ กาญจนะ. (2545). **ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุมา จันทรวิเศษ. (2539). **การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อโณทัย เหล่าเที่ยง. (2550). **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อนงค์ ชัยธรรม. (2542). **ผลของความเชื่อในอำนาจสุขภาพต่อการปฏิบัติตนของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

Allen, G. L., Jill, et al. (2000). Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients on multidrug antiretroviral regimens. **Journal of Acquired Immune Deficiency** 15(5): 386-395.

Ansekk, J., et al. (2004). The pharmacology and management of the vitamin K anticonists. **Chest** 126: 204-233.

Ansell, J., Hirsh, J., Poller, l., Bussey, H., Jacobson, A., and Hylek. E. (2004). The pharmacology an management of the vitamin k anticoagulants. The seventh ACCP conference on antithrombotic and thrombolytic therapy. **Chest** 126(3) : 204S-235S.

Ansell, J., et al. (2008). Pharmacology and management of the vitamin K antagonists. American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. 8th ed. **Chest** 133(6): 160S-198S.

Arnsten, J, H., Gelfand, J. M., and Singer, D. E. (1997). Determinats of compliance with anticoagulant: A case-control study. **American Journal Medicine** 103: 11-17.

Akhtar, R. P., Abid, A. R., Zafar, H., and Khan, J. S. (2009). Aniticoagulation in patients following prosthetic heart valve replacement. **Annals Thoracic and Cardiovascular Surgery** 15(1): 10-17.

Amanda, Hu., Chow, C.M., Dao D., Errett, L., and Keith, M. (2006). Factors influencing patient knowlege of warfarin therapy after mechanical heart valve replacement. **Journal of Cardiovascular Nursing** 20(3): 165- 175.

Anne, L., Breuil, DU., and Elena, M. (2007). Outpatient Management of Anticoagulation therapy. **American Family Physician** 75(7): 1031-1042.

Becker, H. (1974). The health belief model and model personal health behavior. **Health Education** Monograp 2: entire issue.

Bennett, S. J., Milgrom, L. B., Champion, V., and Huster, G. A. (1997). Belief about medication and dietary compliance in people with heart failure: An instrument development study. **Heart and Lung** 26(4): 273-279.

Buenting. (1990). **Psychosocial variable and gender as factor in wellness promotion**. State University of New York at Bulfalo: D.N.S.

Bandura, A. (1986). **Social foundation of thought and action : A social cognitive theory**. New Jersey: Prentice – Hall.

Breuil, D., A. L., & Umland, E. M. (2007). Outpatient management of anticoagulant therapy. **American Family Physician** 75: 1031 -1042.

Chan, TY. (1995). Adverse interactions between warfarin and nonsteroidal anti- inflammatory drug: mechanism, clinical significance and avoidance. **The Annuals of Pharmacotherapy**. 29(12): 1274-1283.

Chiquette, E. C., Amato, M. G., and Bussey, H. I. (1998). Comparison of anticoagulation clinic with usual medical car anticoagulation control, patient outcome and health care cose. **Archives Internal Medicine** 158: 1641-1647.

Cilvin, B. T., and Barrowcliffe, T. W. (1993). The British society for haematology guidelines on the use and monitoring of heparin 1992: second revision. BCSH haemostasis and thrombosis task force. **Journal of Clinical Pathology** 40(2): 97 – 103.

Colwell, N., et al. (1990). An evaluation of anticoagualant clinic. **Irish Medecien Journal** 83: 94-97.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine** 38: 300 -314.

Davis, J., Nichola, Billett, H., Henny, Cohen**,** W., H., and Arnsten, H. J. (2005). Impact of adherence, knowledge, and quality of life on anticoagulation control. **The Annals of Pharmacotherapy** 39(4): 632-636.

Donold Loyd,Jones. (2010). Heart disease and Stroke statistic 2010 update. **Circulation journal American association**. 26(1) : 90 – 91.

Dracup, K. A., and Meleis, A. I. (1982). Compliance: Interactionist approach. **Nursing Research** 31(1): 31-36.

Eillis, R. F., Stephens, M.A., and Sharp, G. B. (1992). Evaluation of pharmacy managed warfarin monitor service to coordinate inpatients an outpatient therapy. **American Journal Hospital Pharmacology** 49 (2): 387 – 394.

Fishman, J. E, and Aviram G. (2002). Atrial thrombosis as late complication of cardiac surgery: computed appearance. **The Journal of Cardiovascular Surgery** 43(5): 643 – 645.

Fuster, V., Alexander, R. W., and O'rourke, R. A. (2001). **Hurst's the heart**. 10 th ed. New York: Mc Graw – Hall.

Green, L.W., and Kruter, M.W. (1991). Health Program Planning: An Educational and Environmental Approach. 2nd editor. **Palo Alto: Mayfield Publeshing Co**.

Gibbar – Clements, T., Shirrell, D., Dooly, R., and Smiley, B. (2000). The challenge of warfarin therapy. **American Journal of Nursing** 100(3): 38-40.

Haynes, R. B. (1979). Determinants of compliance: the disease and mechanics of treatment. In **Compliance in health care**. Edited by Haynes, R. B., Sackett, D. L. Baltimore: Johns Hospkin University Press, pp. 49-62 .

Healton, C. G., Roy, B., Burr, C. K., Taylor, S. L., and Hench, K. (1995). **Effective communication of ACTG 076 result to HIV+ woman: Patient education and policy implication**. HIV infection woman conference.

Heneghan, C., et al. (2006). Self-monitoring of oral anticoagulation: A systematic review and meta- analysis. **Lancet** 367: 404-412.

Hirri, H. M., and Green, P. L. (2002). Audit anticoagulant therapy and acute hospital admission. **Clinical Lab Haemotology** 4(1): 43-45.

Hixson-Wallace, J. A., et al. (2001). Oral anticoagulants: Mechanism of action, clinical effectiveness an optimal therapeutic rage. **Chest** 119: 8-21.

Hirsh, J., Fuster, V., Ansell, J., and Halperin, J. L. (2003). American Heart Association/American College of Cardiology foundation guide to warfarin therapy. **Journal of American College of Cardiology** 41: 1633-1652.

Hourse, J. S. (1981). **Work stress and social support**. New Jersey: Prentice Hall.

Hugen, P.M.H., L. (2002). Assessment of adherence to HIV prtease inhibitors: comparison and combination of various methods,including MEMS(electronic monitor).patient and nurse report,and therapeutic drug monitoring. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. 30: 324-334.

Hylek, EM., et al. (2001). Effect of intensity of oral anticoagulantion on stroke severity and mortality in atrial fibrillation. **The New England Journal Medicine** 349(110) : 1019 – 1026.

Horgan, L., and Terrence, G. (2002). Gender differences. [Online]. Available from: http//:**www thaiasia.com/article** [05/04/2010].

Joyce, A, M., and Helen, M. (2004). Adherence to health reccommendation after a cardiac rehabilitation programme in post- myocardial infraction pations: The role health beliefs, locus of control and psychological status. **Clinical Effectiveness in Nursing** 8:26-38.

Kunchonnaayudhayu, R. (2002). **Rhumatic heart disease** [Online]. Available from: http//:www thaiheartweb.com/rheumatic htm [10/05/2010].

King, K. M. (2000). Gender and short term recovery from cardiac surgery. **Nursing Research** 49(1): 29 – 35.

Kiklin , J. M., and Barratt, & Boyes, B. J. (1993). Management of person with inflammatory heart disease, heart failure, and persons undergoing cardiac surgery . In W. J., Phipps, J. K., Sands & J. E., Marex (Eds), **Medical – surgical nursing concepts & clinical practice**. 6 th ed. pp. 49-70. St Lovis: Mosby.

Karn, R. L. (1979). Aging and social support. In. M.W. Riley (Eds), **Aging from birth to death: Interdisciplinary perspective,** pp.77-91. Colorado Boulder: Westview Press.

Landefled, C.S., Beyth, R.J. (1993). Anticoagulant related bleeding: Clinical epidemiology, prediction, and prevention. **American Journal Medicine**. 95(3) : 315-328.

Lee, Y. P., and Schommer, J. C. (1996). Effect of pharmacist – managed anticoagulant clinic on wafarin – related hospital readmission. **American Journal of Health – System Phamacy** 53: 1580-1583.

Lerman, I. (2005). Adherence to treatment: The key for avoiding long- term complications of Diabetes. **Archives of Medical Research** 36: 300-306.

Lowe, CJ., Raynor, DK., Courtney, EA., et al. (1995). Effects of self medication programme on knowledge of drugs and compliance with treatment in elderly patients. **Britsh Medical Journal** 310: 1229-1231.

Loyd – Jones, D. (2010). Heart disease and stroke statistics 2010. **Circulation American Heart Association** 121:e 46-e215**.**

Muhlenkamp, A., and Broerman, N. (1988). Health beliefs, health valve, and positive health behaviors. **Western Journal of Nursing Research** 10(5): 637-646.

Nicole, G. et al. (2003). Improing adherence and reducing medication discrepamcies in patients with diabetes. **The Annuals of Pharmacotherapy** 37(7) : 962-969.

Nicholson, L. (2004). **Older people, sport and physical activity of key issues** [Online]. Available from: www.http://www.sportscotland.org[2010, November 10].

Orensky I.A., and Holdford , D.A. (2006). Predictor of noncompliance with wafarin therapy in an outpatient anticoagulant clinic. **Phamacotherapy** 25(12): 1801-1808.

Osterberg , L., and Blaschde ,T. (2005). Adherence to medication. **The New England Journal of Medicine.** 353: 487-497.

Pender, N. J. (1982). **Health promotion in nursing practice**. 1st ed. Connecticut: Appleton & Lange.

Pender, N. J. (1987). **Health promotion in nursing practice**. 2nd ed. Connecticut: Appleton & Lange.

Pender, N. J. (1996). **Health promotion in nursing practice**. 3rd ed. Connecticut: Appleton & Lange.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., and Parsons, M. A. (2002). **Health promotion in nursing practice**. 4th ed. New Jersey: Pearson Education.

Pender, N. J. (2006). **Health promotion in nursing practice**. 5th ed. New Jersey: Pearson Education.

Pudner, R. (2002). **Nursing the surgery patient**. Edinburgh: Baillire Tindal.

Polit, D. F., and Hungler, B P. (2008). **Nursing research** : **Principles and methods**. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.

Rita, M., et al. (2000). Patient-reported nonadherence to HAART Is related to protease inhibitor levels. **Journal of Acquired Immune Deficiency** 24(2): 123-128**.**

Rowin, J., and Lewis, S. L. (1996). Spontaneous bilateral subdural hematoma associated with chronic ginkgy biloba ingestion. **Neurology** 46: 1775 -1776.

Ramadi, J-P., et al. (1998). Mitral valve replacement with St Jude medical proxthesis: A 15 years follow up. **Annual of Thoracic Surgery** 66: 762 -767.

St. Jude Medical. (2002). **Living with year new heart valve** [Online]. Available from: www.sjm.com/40/4.2/4.2.3.Shtm**c**[20/04/2010].

Tuner, L. (2006). Keeping wafarin therapy in balance: Here's what you-and your patient-need to know about keeping anticoagulant therapy safe and effective. **Nursing** 36(11): 43-44.

Taylor, S. E. (2003). **Health psychology**. New York. McGraw-Hill.

Tientadakul, P., Opartkiattikul, N., Sangtawesin, W., and Sakiyalak, P. (1996). Effect of different oral anticoagulant intensities on prothrombin fragment 1+2 in Thai patients with mechanical heart valve prothesis. **Journal of the Medecine Association of Thailand** 80(2) : 80-85.

Tolsdorf, F. C. C. (1976). Social network, support, and for coping: An exploratory study. **Family Process** 15:407-417.

Thorndike RM. (1978). **Correlation procedures for research** . New York.

Utriyaprasit, K., and Moore, S.M. (2005). Recovery symtoms and mood states in Thai CABG patients. **Journal of Transcultural Nursing** 16(2): 97-106.

Vincke, J., and Bolton, R., (2002). Therapy adherence and highly active antiretroviral therapy: Comparison of three sources of information. **AIDS Patient Care and STDs** 16: 486-495.

Waterman, A. D, et al. (2004). Efffect of wafarin nonadherence on control of the International Normalized Ratio. **American Journal Health System Pharmacy** 61(12): 1258-1264.

Wells, PS., Holbrook, AM., et al. (1994). Interactions of warfarin with drugs and food. Annuals Internal Medicine 121(9) : 676-683.

Wittkowsky, S. K., and Device, E. B. (2004). Frequency and causes of over anticoagulant and underanticoagulation in patients treated with wafarin. **Pharmacotherapy** 24: 13111-13116.

Wilson, SL., Wells, PS., Kovacs, ML., et al. (2003). Comparing the quality of oral anticoagulant management by anticoagulant clinic by family physicians: a radomized controlled trial. **Canadian Medical Association Journal** 169(4).

Zah, T., Ivancan, V., Tonkovic, D., Krznaric, Z., Kogler, V.M., & Klina, I. (2007). Hemorrhagic shock as a complication of anticoagulant therapy following the mistral valve replacement. **Signa Vitae** 2(2): 22-24.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ – นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์ ปราโมทย์ ปรปักษ์ขาม	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด สถาบันโรคทรวงอก
2. อาจารย์ ดร. ทัศนีย์ รวิวรกุล	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ ดร. กุสุมา คุววัฒนาสัมฤทธิ์	อาจารย์พยาบาลโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส	อาจารย์พยาบาลโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา)
5. นางนิภาพร คงเพ็ชร	พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ พยาบาลวิชาชีพประจำแผนก CCU โรงพยาบาลรามาธิบดี
6. นางพรรณี แก้วดวง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการแผนกศัลยกรรมหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายของความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/2047

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์ ปราโมทย์ ปรปักษ์ขาม แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. นางพรรณี แก้วดวง พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการแผนกศัลยกรรมหัวใจ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ ปราโมทย์ ปรปักษ์ขาม และนางพรรณี แก้วดวง
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ โทร. 08-9155-6488

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๔๐๙๗

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๖ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. ทัศนีย์ รวิวรกุล อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร. ทัศนีย์ รวิวรกุล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ โทร. 08-9155-6488

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๐๙๗

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๖ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. อาจารย์ ดร. กุสุมา ควุวัฒนาสัมฤทธิ์ อาจารย์พยาบาลโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
2. อาจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส อาจารย์พยาบาลโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร. กุสุมา ควุวัฒนาสัมฤทธิ์ และอาจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ โทร. 08-9155-6488

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 2047

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางนิภาพร คงเพ็ชร พยาบาลวิชาชีพแผนก CCU เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางนิภาพร คงเพ็ชร
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ โทร. 08-9155-6488

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 8087

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

17 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

เนื่องด้วย นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยชาย-หญิง อายุ 18-59 ปี จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของหลอดเลือด ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ โทร. 08-9155-6488

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 2084

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

17 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย ดังนี้

1. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของอรุณรัตน์ กาญจนะ สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ (2545) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภณ อรุณรัตน์ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์
2. แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อน จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน ของรัตนา เรือนอินทร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ (2550) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. พิกุล บุญช่วง เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ โทร. 08-9155-6488

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 2140

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วย นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยชาย-หญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด จำนวน 121 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่องวัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ โทร. 08-9155-6488

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 2140

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

เนื่องด้วย นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยชาย-หญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด จำนวน 121 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ โทร. 08-9155-6488

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 2140

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

เนื่องด้วย นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยชาย-หญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด จำนวน 121 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ โทร. 08-9155-6488

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และ ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานแพทย์ใหญ่
492/1 ถนนพระรามที่ 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง.....๑๑.๑๑/๒๕๕๔.....

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	- ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	- Selected factors related to Anti-coagulant Medication adherence in valvular replacement patient
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	1. โครงร่างวิจัย Version 1.0 Date 17 January 2011 2. แบบเสนอโครงการวิจัย Version 1.0 Date 17 January 2011 3. แบบเสนอโครงการวิจัย เพื่อพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ Version 1.0 Date 17 January 2011 4. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 2.0 Date 19 January 2011 5. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย Version 2.0 Date 19 January 2011 6. แบบสอบถามการวิจัย Version 1.0 Date 17 January 2011
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	17 มกราคม 2554
วันหมดอายุ	16 มกราคม 2555

งานวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ โดยพิจารณาตามเกณฑ์จริยธรรมการวิจัย (ICH-GCP)

พลตำรวจตรี ทรงชัย สิมะโรจน์

(ทรงชัย สิมะโรจน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่ 035 / 2554

คณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก
กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย : "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ"

ผู้ดำเนินการวิจัย : นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์หมาวิทยาลัย

สถานที่ทำการวิจัย : สถาบันโรคทรวงอก

เอกสารที่ได้รับการพิจารณามีดังนี้

1. แบบสรุปโครงการวิจัย
2. ใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการ

คณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

..... ประธานกรรมการ
(นายแพทย์ชูศักดิ์ เกษมศานติ์)

..... เลขานุการกรรมการ
(นายแพทย์เฉลียว พูลศิริปัญญา)

รับรองวันที่ : 17 ส.ค. 2554
วันหมดอายุ : 17 ส.ค. 2555

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก

317 ถนนราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

รหัสโครงการ : Q046q/53_Exp

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

เลขที่โครงการวิจัย : -

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรอง :

1. แบบรายงานการส่งโครงร่างการวิจัยครั้งแรก
2. โครงร่างการวิจัยฉบับภาษาไทย
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือแสดงความยินยอม
4. แบบสอบถาม

วันที่อนุมัติให้ทำการวิจัย : 12 มกราคม 2554

วันสิ้นสุดการรับรอง : 11 มกราคม 2555

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิญญา เฮลซิงกิ และ แนวปฏิบัติ ICH GCP จากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก

พันเอกหญิง เยาวนา ธนะพัฒน์	พันเอกสหพล อนันต์นำเจริญ
ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.	เลขานุการคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....……

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ

ที่อยู่ที่ติดต่อ 79/65 ซอย 7/3 ตำบล บางคูรัด อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11110

โทรศัพท์ 089-1556488

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอน ต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ **ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดี**แล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 ครั้ง เกี่ยวกับ “ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ”และได้ทราบถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุถึงตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 **E-mail: eccu@chula.ac.th**

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

ผู้วิจัยหลัก ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

พยาน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ
3. สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

   (ที่บ้าน) 79/65 หมู่บ้านบัวทอง4 ตำบลบางคูรัด อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี 11110 โทรศัพท์

   (ที่ทำงาน) โทรศัพท์ 02-5919999 ต่อ 7411, 7412;

   (บ้าน) 02-8343728

   (มือถือ) 089-1556488 E-mail = kalated@hotmail.com

4. ข้อมูลประกอบการให้คำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

4.1 โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจของโรงพยาบาลรัฐประจำเขตกรุงเทพมหานครที่มีศูนย์โรคหัวใจ

4.2 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

4.3 ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18-59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจโรงพยาบาลรัฐบาลที่มีศูนย์โรคหัวใจจำนวนทั้งหมด 121 คน

4.4 ผู้วิจัยจะใช้การสอบถามโดยตรงกับกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที ต่อคน โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุด คือ

ส่วนที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 4) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการประทานยา

ส่วนที่ 5) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา

ส่วนที่ 6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 7) แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ซึ่งหากในช่วงตอบแบบสอบถาม กลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะรายงานให้แพทย์รับทราบทันที เพื่อได้รับการดูแลต่อไป

4.5 ในการขอดูข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการของโรงพยาบาลที่จะศึกษาก่อน

4.6 กลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

4.7 หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาจนกว่าจะได้รับคำตอบเป็นที่พอใจ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

4.8 ข้อที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัย จะเสนอเป็นภาพรวมและเชิงวิชาการ

4.9 ในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

4.10 หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-22188147 โทรสาร 0-22188147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม
เรื่อง
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการ
รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 55 ข้อ รายละเอียดมีดังนี้

ส่วนที่	1	แบบสอบถามส่วนบุคคล	จำนวน	9	ข้อ
ส่วนที่	2	แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง	จำนวน	7	ข้อ
ส่วนที่	3	แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง	จำนวน	5	ข้อ
ส่วนที่	4	แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์	จำนวน	5	ข้อ
ส่วนที่	5	แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค	จำนวน	5	ข้อ
ส่วนที่	6	แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	16	ข้อ
ส่วนที่	7	แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด	จำนวน	8	ข้อ

2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบข้อคำถามในแต่ละส่วน
3. กรุณาตอบคำถามทุกข้อและทุกส่วน เพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับใช้ในการวิเคราะห์ได้จริง
4. ข้อมูลทั้งหมดจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลต่อการรักษาของท่าน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาว ฐิติกานต์ กาลเทศ
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงใน ( ) และเติมคำในช่องว่างตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

ส่วนของผู้ป่วยเป็นผู้กรอก

1. เพศ

( ) ชาย ( ) หญิง

2.อายุ……. ปี

3. สถานภาพ

( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย

( ) หย่า ( ) แยกกันอยู่

4. ศาสนา

( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม ( ) อื่นๆ…….

5. ระดับการศึกษา

( ) ไม่ได้ศึกษา ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น

( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย ( ) อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี

( ) ปริญญาโท ( ) อื่นๆ……..

6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน

( ) ไม่มีรายได้ ( ) น้อยกว่า 2,000 บาท

( ) 2,001 – 5,000 บาท ( ) 5,001 – 10,000 บาท

( ) 10,001 บาทขึ้นไป ( ) อื่นๆ

7. มีประวัติโรคตับ

( ) มี ( ) ไม่มี

ส่วนของผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล

8. การวินิจฉัยโรค .....

9. ผลระดับค่า INR (วันที่เก็บข้อมูล) …….. วันที่……

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีความหมายดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการ

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจกับความรู้สึกของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีโอกาสเกิดเลือดออกง่ายในสมอง			
2.	ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นเวลานานมีโอกาสเสี่ยงให้ตับทำงานมากกว่าปกติ			
3.	ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีโอกาสเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ลิ้นหัวใจจึงจำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด			
4.	ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด หากรับประทานอาหารที่มีวิตามินเคสูง เช่น กล้วย กะหล่ำปลี ผักคะน้า อาจทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันง่ายกว่าปกติ			
5.	ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจหากหยุดรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด อาจทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ลิ้นหัวใจได้			
6.	ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเมื่อเกิดบาดแผลเลือดจะออกง่ายมากกว่าปกติ			
7.	ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ไม่มาพบแพทย์ตามนัดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการได้			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีความหมายดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการ
ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจกับความรู้สึกของท่าน
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นเวลานาน อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ พิการหรือเสียชีวิตได้			
2.	ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเมื่อหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดด้วยตนเอง ทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ลิ้นหัวใจได้			
3.	ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หากรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมากเกินแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้เลือดออกในปัสสาวะได้			
4.	ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด หากไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา อาจทำให้เลือดคั่งในสมองได้			
5.	ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด หากไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดอัมพาตได้			

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีความหมายดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการ

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจกับความรู้สึกของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามการรักษาของแพทย์ โอกาสกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง			
2.	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดช่วยให้คุณภาพชีวิตท่านดีขึ้น			
3.	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดทำให้ท่านไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจที่เป็นอยู่			
4.	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดช่วยให้ลิ้นหัวใจใหม่ทำงานได้อย่างปกติ			
5.	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดทำให้ไม่เกิดลิ่มเลือดอุดตัน			

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของท่านที่มีต่อการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีความหมายดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการ

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจกับความรู้สึกของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่าน

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตลอดชีวิตทำให้ความสะดวกสบายของท่านลดลง			
2.	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นเรื่องยากที่จะจดจำ			
3.	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามเวลาในแต่ละวันอย่างเคร่งครัด ทำให้ท่านเกิดความเครียด			
4.	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดทำให้ฉันกังวลที่จะเดินทางออกจากบ้านเพราะต้องรับประทานยาตรงเวลา			
5.	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดทำให้ท่านมีการฟกช้ำบ่อยๆ			

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

<u>คำชี้แจง</u> ข้อความต่อไปนี้บรรยายถึงลักษณะของแต่ละบุคคล โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อตรงกับลักษณะตัวท่านมากน้อยเพียงใด และกรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ที่ช่องด้านขวามือที่ตรงกับตัวท่านเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่ตรงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับลักษณะของท่านเลย
ตรงบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของท่านบ้างเล็กน้อย
ตรงมากพอควร	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของท่านมากพอควร
ตรงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของท่านมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ตรงมากที่สุด	ตรงมากพอควร	ตรงบ้างเล็กน้อย	ไม่ตรงเลย
1.	ท่านรู้สึกได้รับความรัก ความเอาใจใส่ความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัวอยู่เสมอ				
2.	เมื่อท่านมีปัญหาหรือความวิตกกังวล ท่านมีคนไว้วางใจและพูดคุยขอคำปรึกษาได้เสมอ				
3.	เมื่อท่านเจ็บป่วย มักมีคนมาเยี่ยมเยือนให้กำลังใจเสมอ				
4.	ท่านได้รับการยอมรับนับถือในเรื่องที่เชี่ยวชาญแม้ท่านจะป่วยก็ตาม				
5.	ท่านได้รับคำชมเชยจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อท่านไม่ลืมรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด				
6.	ท่านได้รับการเตือนและชี้แนะจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อท่านรับประทานยาไม่ถูกต้อง				
7.	ท่านได้รับการบอกจากคนใกล้ชิดเมื่อท่านอาการดีขึ้นหรือแย่ลง				

ลำดับ	ข้อความ	ตรงมากที่สุด	ตรงบ้างพอควร	ตรงมากเล็กน้อย	ไม่ตรงเลย
8.	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดจากบุคลากรทางการแพทย์เสมอ				
9.	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดจากบุคลากรทางการแพทย์เสมอ				
10.	เมื่อท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือการปฏิบัติตัวท่านมีคนคอยให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาเสมอ				
11.	ท่านได้รับคำแนะนำ แนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำงานและดำเนินชีวิตจากครอบครัวของท่าน				
12.	ท่านมีปัญหาด้านการเงินจะมีคนคอยช่วยเหลือและสนับสนุนอยู่เสมอ				
13.	ท่านได้รับความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดในการทำกิจกรรมต่างๆที่ท่านไม่สามารถทำเองได้				
14.	ท่านได้รับความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานต่างๆในบ้านจากบุคคลที่อยู่บ้านเดียวกับท่าน				
15.	เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านมีคนคอยช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเดินทาง				
16.	ท่านได้รับความช่วยเหลือจากคนรอบข้างเมื่อท่านไปโรงพยาบาล				

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กรุณาทำเครื่องหมาย (✓)ลงในช่องขวามือที่ตรงกับสิ่งที่ได้ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ซึ่งในแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ทำเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้ง

ทำบ่อย หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง

ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง

ไม่เคยทำเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ลำดับ	ข้อความ	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อย	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำเลย
1.	ท่านรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง				
2.	ท่านรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมากกว่าที่แพทย์สั่ง				
3.	ท่านอ่านฉลากยาทุกครั้งก่อนรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด				
4.	ท่านรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเวลาเดียวกันทุกครั้ง				
5.	ท่านได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดด้วยการรับประทานยาทางปากทุกครั้ง				
6.	ท่านรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดเม็ดทุกครั้ง				
7.	ท่านเคยหยุดรับประทานยาเองโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง				
8.	ท่านไม่ได้ไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ				

ภาคผนวก ง

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ, ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis การรับรู้โอกาสเสี่ยง

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	A1	2.9333	.2537	30.0
2.	A2	2.6000	.7240	30.0
3.	A3	2.6667	.5467	30.0
4.	A4	2.8000	.4068	30.0
5.	A5	2.8667	.4342	30.0
6.	A6	2.8667	.5074	30.0
7.	A7	2.7333	.6397	30.0

Correlation Matrix

	A1	A2	A3	A4	A5
A1	1.0000				
A2	.4130	1.0000			
A3	.3315	.4356	1.0000		
A4	.5345	.4215	.3101	1.0000	
A5	.5426	.2633	.0969	.2343	1.0000
A6	.4643	.2253	.0829	.2004	.8557
A7	.3116	.0596	.1315	.3180	.6125

	A6	A7
A6	1.0000	
A7	.7366	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	19.4667	5.4299	2.3302	7

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A) **การรับรู้โอกาสเสี่ยง**

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
A1	16.5333	4.6713	.6330	.5207	.7264
A2	16.8667	3.7747	.4021	.3793	.7600
A3	16.8000	4.3724	.3318	.2605	.7584
A4	16.6667	4.4368	.4829	.4390	.7287
A5	16.6000	4.1103	.6425	.7613	.6980
A6	16.6000	3.9034	.6329	.8166	.6926
A7	16.7333	3.7885	.4948	.6342	.7252

Reliability Coefficients 7 items

Alpha = .7567 Standardized item alpha = .7982

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis **การรับรู้ความรุนแรง**

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	B1	2.2333	.7739	30.0
2.	B2	2.9333	.2537	30.0
3.	B3	2.6000	.7240	30.0
4.	B4	2.6667	.5467	30.0
5.	B5	2.8000	.4068	30.0

Correlation Matrix

	B1	B2	B3	B4	B5
B1	1.0000				
B2	.2576	1.0000			
B3	.6647	.4130	1.0000		
B4	.4347	.3315	.4356	1.0000	
B5	.3724	.5345	.4215	.3101	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	13.2333	4.1851	2.0457	5

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
B1	11.0000	2.1379	.6400	.4820	.6767
B2	10.3000	3.6655	.4685	.3505	.7559
B3	10.6333	2.1713	.6982	.5197	.6409
B4	10.5667	2.9437	.5024	.2587	.7206
B5	10.4333	3.2885	.4954	.3536	.7307

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = .7567 Standardized item alpha = .7819

Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis **การรับรู้ประโยชน์**

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	C1	2.8667	.4342	30.0
2.	C2	2.8667	.5074	30.0
3.	C3	2.7333	.6397	30.0
4.	C4	2.8667	.4342	30.0
5.	C5	2.9667	.1826	30.0

Correlation Matrix

	C1	C2	C3	C4	C5
C1	1.0000				
C2	.8557	1.0000			
C3	.6125	.7366	1.0000		
C4	.2683	.5426	.6125	1.0000	
C5	-.0580	-.0496	-.0787	-.0580	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	14.3000	2.9069	1.7050	5

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
C1	11.4333	1.9092	.6744	.7914	.7128
C2	11.4333	1.5644	.8548	.8473	.6348
C3	11.5667	1.3575	.7649	.6156	.6774
C4	11.4333	2.0471	.5403	.5259	.7546
C5	11.3333	2.9195	-.0737	.0086	.8567

_

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A) **การรับรู้ประโยชน์**

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = .7869 Standardized item alpha = .7189

Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A) **การรับรู้อุปสรรค**

		Mean	Std Dev	Cases
1.	D1	2.1333	.9371	30.0
2.	D2	1.7667	.9353	30.0
3.	D3	1.6667	.9223	30.0
4.	D4	1.9000	.9229	30.0
5.	D5	2.3667	.9279	30.0

Correlation Matrix

	D1	D2	D3	D4	D5
D1	1.0000				
D2	.6269	1.0000			
D3	.5719	.7063	1.0000		
D4	.6140	.4115	.6077	1.0000	
D5	-.0185	.3007	.3492	.2054	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	9.8333	11.8678	3.4450	5

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
D1	7.7000	7.8724	.5928	.6118	.7511
D2	8.0667	7.4437	.6955	.6196	.7169
D3	8.1667	7.1782	.7768	.6334	.6896
D4	7.9333	7.8575	.6105	.5171	.7455
D5	7.4667	9.5678	.2507	.2547	.8518

_

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A) **การรู้อุปสรรค**

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = .7954 Standardized item alpha = .7955

Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis **การสนับสนุนทางสังคม**

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	E1	3.0667	.9072	30.0
2.	E2	3.1333	.8996	30.0
3.	E3	3.1333	1.0080	30.0
4.	E4	2.9667	.9994	30.0
5.	E5	3.1000	.9595	30.0
6.	E6	3.0000	1.0171	30.0
7.	E7	3.6000	3.6256	30.0
8.	E8	3.3333	.7112	30.0
9.	E9	2.9000	1.0619	30.0
10.	E10	2.6667	1.0613	30.0
11.	E11	3.0000	.9826	30.0
12.	E12	2.8333	1.0199	30.0
13.	E13	2.8000	.9965	30.0
14.	E14	3.0667	1.0483	30.0
15.	E15	2.9667	.9994	30.0
16.	E16	3.1667	.9499	30.0

Correlation Matrix

	E1	E2	E3	E4	E5
E1	1.0000				
E2	.6226	1.0000			
E3	.6687	.8163	1.0000		
E4	.5730	.6572	.8945	1.0000	
E5	.5863	.5034	.5918	.5070	1.0000
E6	.2616	.4523	.2018	.1357	.4240
E7	-.1279	-.1100	-.0415	-.0324	-.0575
E8	.3920	.4133	.2245	.2102	.4548
E9	.2577	.3754	.2062	.1592	.2132
E10	.3104	.4093	.4298	.5743	.3047
E11	.2708	.3511	.4874	.5267	.2560
E12	.3478	.2881	.5926	.5018	.3700
E13	.3204	.2616	.4737	.4432	.2380
E14	.5753	.6119	.8071	.7263	.4731
E15	.4970	.4654	.6207	.5857	.5070
E16	.4268	.2152	.3721	.3693	.3216

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Correlation Matrix

	E6	E7	E8	E9	E10
E6	1.0000				
E7	-.1122	1.0000			
E8	.3814	-.0134	1.0000		
E9	.5428	-.1003	.6849	1.0000	
E10	.3194	.0269	.3807	.3978	1.0000
E11	.2070	-.1742	.3454	.4957	.5952
E12	.0332	.0000	.0792	.0159	.2018
E13	.0680	-.0420	-.0487	.0782	.2934
E14	.2264	.1252	.1079	.2230	.4546
E15	.4749	-.0324	.0647	.3217	.3142
E16	.1428	.2203	.2722	.4615	.1938

	E11	E12	E13	E14	E15
E11	1.0000				
E12	.4817	1.0000			
E13	.3169	.6446	1.0000		
E14	.3348	.4623	.7064	1.0000	
E15	.4214	.4680	.6509	.7592	1.0000
E16	.3325	.2788	.4371	.5425	.5872

	E16
E16	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	48.7333	104.4092	10.2181	16

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
E1	45.6667	93.6092	.5683	.6322	.7660
E2	45.6000	92.9379	.6147	.8987	.7637
E3	45.6000	89.1448	.7485	.9790	.7531
E4	45.7667	90.1851	.6967	.9183	.7565
E5	45.6333	93.2057	.5550	.7282	.7658
E6	45.7333	96.6161	.3380	.7332	.7779
E7	45.1333	94.5333	-.0464	.4210	.9087
E8	45.4000	98.3862	.3911	.8041	.7774
E9	45.8333	95.1782	.3911	.8245	.7745
E10	46.0667	92.4092	.5329	.7439	.7656
E11	45.7333	94.2023	.4845	.7286	.7696
E12	45.9000	93.8172	.4834	.8150	.7692
E13	45.9333	93.9954	.4875	.8281	.7692
E14	45.6667	87.9540	.7810	.9240	.7497
E15	45.7667	90.3230	.6889	.8527	.7570
E16	45.5667	92.7368	.5887	.6845	.7641

Reliability Coefficients 16 items

Alpha = .7857 Standardized item alpha = .8940

Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

		Mean	Std Dev	Cases
1.	F1	3.1667	.9499	30.0
2.	F2	3.0000	.9826	30.0
3.	F3	3.0667	1.0148	30.0
4.	F4	3.2333	1.0063	30.0
5.	F5	3.0000	.9826	30.0
6.	F6	2.9667	.9994	30.0
7.	F7	3.7000	.7022	30.0
8.	F8	3.1667	.9499	30.0

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Correlation Matrix

	F1	F2	F3	F4	F5
F1	1.0000				
F2	.3325	1.0000			
F3	.2027	.0692	1.0000		
F4	.0661	.2092	.5583	1.0000	
F5	.3325	1.0000	.0692	.2092	1.0000
F6	.5872	.4214	.1383	.1451	.4214
F7	.1292	-.0500	.1258	.1025	-.0500
F8	1.0000	.3325	.2027	.0661	.3325

	F6	F7	F8
F6	1.0000		
F7	.1818	1.0000	
F8	.5872	.1292	1.0000

* * * Warning * * * Determinant of matrix is zero

Statistics based on inverse matrix for scale ALPHA
are meaningless and printed as .

N of Cases = 30.0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	25.3000	22.0103	4.6915	8

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
F1	22.1333	16.2575	.6332	.	.7097
F2	22.3000	16.5621	.5605	.	.7226
F3	22.2333	18.3230	.3059	.	.7693
F4	22.0667	18.3402	.3083	.	.7686
F5	22.3000	16.5621	.5605	.	.7226
F6	22.3333	16.2989	.5840	.	.7178
F7	21.6000	20.7310	.1229	.	.7853
F8	22.1333	16.2575	.6332	.	.7097

Reliability Coefficients 8 items

Alpha = .7654 Standardized item alpha = .7571

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดง ค่าเฉลี่ยรายข้อด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ข้อ	การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด	MEAN	SD	MIN	MAX	ระดับคะแนน
1	ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีโอกาสเกิดเลือดออกง่ายในสมอง	2.43	.617	1	3	สูง
2	ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นเวลานานมีโอกาสเสี่ยงให้ตับทำงานมากกว่าปกติ	2.39	.553	1	3	สูง
3	ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีโอกาสเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ลิ้นหัวใจจึงจำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด	2.92	.276	2	3	สูง
4	ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด หากรับประทานอาหารที่มีวิตามินเคสูง เช่น กล้วย กะหล่ำปลี ผักคะน้า อาจทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันง่ายกว่าปกติ	2.30	.782	1	3	สูง
5	ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจหากหยุดรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด อาจทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ลิ้นหัวใจได้	2.92	.331	1	3	สูง
6	ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเมื่อเกิดบาดแผลเลือดจะออกง่ายมากกว่าปกติ	2.88	.420	1	3	สูง
7	ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ไม่มาพบแพทย์ตามนัดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการได้	2.83	.460	1	3	สูง
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนหลังรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยรวม	2.66	.25	1.43	3	สูง

ตารางแสดง ค่าเฉลี่ยรายข้อด้าน การรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ข้อ	การรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนหลังรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด	MEAN	SD	MIN	MAX	ระดับคะแนน
1	ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นเวลานาน อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ พิการหรือเสียชีวิตได้	2.44	.561	1	3	สูง
2	ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเมื่อหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดด้วยตนเอง ทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ลิ้นหัวใจได้	2.82	.447	1	3	สูง
3	ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หากรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมากเกินแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้เลือดออกในปัสสาวะได้	2.72	.504	1	3	สูง
4	ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด หากไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา อาจทำให้เลือดคั่งในสมองได้	2.67	.523	1	3	สูง
5	ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด หากไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดอัมพาตได้	2.79	.469	1	3	สูง
	การรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนหลังรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยรวม	2.68	.38	1	3	สูง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดง ค่าเฉลี่ยรายข้อ ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ข้อ	การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด	MEAN	SD	MIN	MAX	ระดับคะแนน
1	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามการรักษาของแพทย์ โอกาสกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง	2.84	.408	1	3	สูง
2	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดช่วยให้คุณภาพชีวิตท่านดีขึ้น	2.88	.331	2	3	สูง
3	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดทำให้ท่านไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจที่เป็นอยู่	2.67	.472	2	3	สูง
4	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดช่วยให้ลิ้นหัวใจใหม่ทำงานได้อย่างปกติ	2.93	.263	2	3	สูง
5	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดทำให้ไม่เกิดลิ่มเลือดอุดตัน	2.97	.180	2	3	สูง
	การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยรวม	2.85	.20	1.80	3	สูง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดง ค่าเฉลี่ยรายข้อ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ข้อ	การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด	MEAN	SD	MIN	MAX	ระดับคะแนน
1	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตลอดชีวิตทำให้ความสะดวกสบายของท่านลดลง	1.93	.922	1	3	ปานกลาง
2	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นเรื่องยากที่จะจดจำ	1.42	.772	1	3	ปานกลาง
3	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามเวลาในแต่ละวันอย่างเคร่งครัด ทำให้ท่านเกิดความเครียด	1.32	.710	1	3	ปานกลาง
4	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดทำให้ฉันกังวลที่จะเดินทางออกจากบ้านเพราะต้องรับประทานยาตรงเวลา	1.49	.818	1	3	ปานกลาง
5	การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดทำให้ท่านมีการฟกช้ำบ่อยๆ	1.88	.927	1	3	ปานกลาง
	การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยรวม	1.60	0.56	1	3	ปานกลาง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดง ค่าเฉลี่ยรายข้อ ด้านการสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ข้อ	การสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด	MEAN	SD	MIN	MAX	ระดับคะแนน
1	ท่านรู้สึกได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัวอยู่เสมอ	3.39	.768	1	4	มาก
2	เมื่อท่านมีปัญหาหรือความวิตกกังวล ท่านมีคนไว้วางใจและพูดคุยขอคำปรึกษาได้เสมอ	3.12	.954	1	4	มาก
3	เมื่อท่านเจ็บป่วยมักมีคนมาเยี่ยมเยือนให้กำลังใจเสมอ	3.31	.729	1	4	มาก
4	ท่านได้รับการยอมรับนับถือในเรื่องที่เชี่ยวชาญแม้ท่านจะป่วยก็ตาม	2.99	.953	1	4	มาก
5	ท่านได้รับคำชมเชยจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อท่านไม่ลืมรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด	2.66	1.122	1	4	มาก
6	ท่านได้รับการเตือนและชี้แนะจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อท่านรับประทานยาไม่ถูกต้อง	3.20	1.030	1	4	มาก
7	ท่านได้รับการบอกจากคนใกล้ชิดเมื่อท่านอาการดีขึ้นหรือแย่ลง	3.17	.934	1	4	มาก
8	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดจากบุคลากรทางการแพทย์เสมอ	3.40	.822	1	4	มาก
9	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดจากบุคลากรทางการแพทย์เสมอ	3.07	.993	1	4	มาก
10	เมื่อท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือการปฏิบัติตัวท่านมีคนคอยให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาเสมอ	3.11	.947	1	4	มาก

ข้อ	การสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ต่อ)	MEAN	SD	MIN	MAX	ระดับคะแนน
11	ท่านได้รับคำแนะนำ แนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำงานและดำเนินชีวิตจากครอบครัวของท่าน	2.98	.996	1	4	มาก
12	ท่านมีปัญหาด้านการเงินจะมีคนคอยช่วยเหลือและสนับสนุนอยู่เสมอ	2.93	1.078	1	4	มาก
13	ท่านได้รับความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดในการทำกิจกรรมต่างๆที่ท่านไม่สามารถทำเองได้	2.92	1.053	1	4	มาก
14	ท่านได้รับความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานต่างๆในบ้านจากบุคคลที่อยู่บ้านเดียวกับท่าน	2.94	1.105	1	4	มาก
15	เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านมีคนคอยช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเดินทาง	3.12	1.002	1	4	มาก
16	ท่านได้รับความช่วยเหลือจากคนรอบข้างเมื่อท่านไปโรงพยาบาล	3.27	.885	1	4	มาก
	การสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยรวม	3.09	.547	1.56	4	มาก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดง ค่าเฉลี่ยรายข้อ ด้านความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ข้อ	ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด	MEAN	SD	MIN	MAX	ระดับคะแนน
1	ท่านรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	3.83	.543	1	4	ดีมาก*
2	ท่านรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมากกว่าที่แพทย์สั่ง	3.90	.436	1	4	ดีมาก*
3	ท่านอ่านฉลากยาทุกครั้งก่อนรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด	2.79	.959	1	4	ดี
4	ท่านรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเวลาเดียวกันทุกครั้ง	3.10	.907	1	4	ดี
5	ท่านได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดด้วยการรับประทานยาทางปากทุกครั้ง	4.00	.00	4	4	ดีมาก
6	ท่านรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดเม็ดทุกครั้ง	4.00	.00	4	4	ดีมาก
7	ท่านเคยหยุดรับประทานยาเองโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง	3.88	.355	2	4	ดีมาก*
8	ท่านไม่ได้ไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ	3.64	.742	1	4	ดีมาก*
	ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยรวม	3.64	.25	2.75	4	ดีมาก

* หมายเหตุ เป็นข้อคำถามเชิงลบ ได้ปรับคะแนนตามเกณฑ์การแปลผลคะแนน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวฐิติกานต์ กาลเทศ เกิดวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2519 ที่จังหวัดกรุงเทพ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีศรีธัญญา (สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยมหิดล) จังหวัดนนทบุรี ปี พ.ศ. 2542 สำเร็จการอบรมหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางหัวใจและทรวงอกจากสถาบันโรคทรวงอก พ.ศ. 2545 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ปฏิบัติงานที่แผนก ผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย