

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการ  
รับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี



นางสาวธาวินี ช่วยแทน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PROMOTING PERCEIVED BENEFITS AND PERCEIVED BARRIERS  
PROGRAM TO MEDICATION ADHERENCE IN MYOCARDIAL INFARCTION  
PATIENTS AFTER UNDERWENT PERCUTANEOUS  
CORONARY INTERVENTION

Miss Thawinee Chuaytaen



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 2014  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้  
การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยา  
ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยาย  
หลอดเลือดโคโรนารี

โดย นางสาวธาวินี ช่วยแทน

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ธาวินี ช่วยแทน : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (THE EFFECT OF PROMOTING PERCEIVED BENEFITS AND PERCEIVED BARRIERS PROGRAM TO MEDICATION ADHERENCE IN MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS AFTER UNDERWENT PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 210 หน้า.

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี เข้ารับบริการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ และระดับการศึกษา กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 .91 และ .83 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5577171236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: MEDICATION ADHERENCE / PERCEIVED BENEFITS / PERCEIVED BARRIERS / MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS / PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

THAWINEE CHUAYTAEN: THE EFFECT OF PROMOTING PERCEIVED BENEFITS AND PERCEIVED BARRIERS PROGRAM TO MEDICATION ADHERENCE IN MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS AFTER UNDERWENT PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION. ADVISOR: ASST. PROF. NORALUK UA-KIT, Ph.D., 210 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of promoting perceived benefits and perceived barriers program for medication adherence in patients with myocardial infarction after underwent percutaneous coronary intervention. Patients with myocardial infarction after underwent percutaneous coronary intervention, who were admitted in internal medicine wards of Songklanagarind hospital, were selected (a purposive sampling). Eligible patients were arranged to a control (n=22) and experimental (n=22) groups. The groups were matched by age, sex and educational level. The control group received conventional nursing care while the experimental group received a 5-week of promoting perceived benefits and perceived barriers program based on the Health Belief Model (Becker, 1974). Research instruments were comprised of demographic information, medication adherence, perceived benefits, and perceived barriers questionnaires. All questionnaires were validated for content validities by 5 experts. The Cronbach's alpha were .85, .91, and .83, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and t-test. The results revealed that:

1. The mean score of medication adherence, after received the promoting perceived benefits and perceived barriers program, was significantly higher than that before receiving the program at the statistical level of .05.

2. The mean score of medication adherence, after received the promoting perceived benefits and perceived barriers program in the experimental group, was significantly higher than that of the control group who received only the conventional nursing care at the statistical level of .05.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2014

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง เนื่องจากได้รับความกรุณาและการช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาในการให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง ด้วยความห่วงใยเอาใจใส่ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจกับผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีร ธนศิลป์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์อย่างยิ่ง เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆในการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาตรวจสอบเครื่องมือ ให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันมีค่าอย่างยิ่ง เพื่อปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือ เก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีทุกท่านที่สละเวลาให้ความร่วมมือในการวิจัยและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตร่วมรุ่นทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจ ร่วมทุกข์ร่วมสุข และคอยให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันตลอดมา รวมถึงผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีได้เอื้อนาม ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาและความปรารถนาดีของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณเป็นพิเศษสำหรับความรัก ความห่วงใย และกำลังใจจากบิดา มารดา ร.ต.ต. สุกิจ และนางศิริรัตน์ ช่วยแทน พี่สาว นางสาวคณินชา ช่วยแทน และน้องชาย เด็กชายคณินวินี ช่วยแทน ครอบครัวอันเป็นที่รัก ผู้เป็นแรงผลักดันและสนับสนุนในทุกด้านอย่างเต็มที่ เพื่อรอความสำเร็จของผู้วิจัยและเป็นแรงใจสำคัญจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## สารบัญ

|  | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย.....                         | ง    |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....                      | จ    |
| กิตติกรรมประกาศ.....                         | ฉ    |
| สารบัญ.....                                  | ช    |
| สารบัญตาราง.....                             | ญ    |
| สารบัญภาพ .....                              | ฐ    |
| บทที่ 1 บทนำ .....                           | 1    |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....         | 1    |
| คำถามการวิจัย .....                          | 8    |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....                 | 8    |
| แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....            | 8    |
| สมมติฐานการวิจัย .....                       | 12   |
| ขอบเขตการวิจัย .....                         | 12   |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....             | 12   |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....               | 14   |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ..... | 15   |
| 1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด .....   | 16   |
| 1.1 ความหมาย .....                           | 16   |
| 1.2 พยาธิสรีรวิทยา .....                     | 17   |
| 1.3 อาการทางคลินิก.....                      | 18   |
| 1.4 ปัจจัยเสี่ยง.....                        | 19   |
| 1.5 ภาวะแทรกซ้อน .....                       | 21   |

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 1.6     | แนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด .....   | 22 |
| 1.7     | การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด .....   | 30 |
| 2.      | ความร่วมมือในการรับประทานยา.....   | 34 |
| 2.1     | ความหมาย .....   | 34 |
| 2.2     | แนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยา.....   | 35 |
| 2.3     | ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการ<br>ขยายหลอดเลือดโคโรนารี .....                         | 39 |
| 2.4     | การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา.....   | 40 |
| 3.      | ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด<br>หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี .....     | 42 |
| 4.      | บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ<br>ขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ..... | 46 |
| 5.      | โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค .....   | 47 |
| 6.      | งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....   | 49 |
| บทที่ 3 | วิธีดำเนินการวิจัย.....  | 54 |
|         | ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....  | 55 |
|         | การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง .....  | 56 |
|         | วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....   | 56 |
|         | เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....   | 59 |
|         | การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....  | 61 |
|         | การเก็บรวบรวมข้อมูล .....  | 68 |
|         | การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง .....   | 72 |
|         | การวิเคราะห์ข้อมูล .....   | 73 |
| บทที่ 4 | ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....  | 75 |



|  |     |
|--|-----|
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....   | 83  |
| สรุปผลการวิจัย.....  | 88  |
| อภิปรายผลการวิจัย.....   | 89  |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....  | 95  |
| ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป .....   | 95  |
| รายการอ้างอิง .....  | 97  |
| ภาคผนวก.....   | 107 |
| ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....  | 108 |
| ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอทดลองใช้เครื่องมือและเก็บ<br>รวบรวมข้อมูลวิจัย จดหมายขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย..... | 110 |
| ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม.....   | 119 |
| ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....   | 128 |
| ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย และตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....  | 182 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....   | 210 |

## สารบัญตาราง

|            |  |     |
|------------|--|-----|
| ตารางที่ 1 | คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบ เพศ อายุ และระดับการศึกษา .....   | 58  |
| ตารางที่ 2 | ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์.....  | 67  |
| ตารางที่ 3 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนการขยายหลอดเลือดโคโรนารี สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติการรับประทานกลุ่มยาที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ และประวัติการมีผู้ดูแลช่วยเหลือเรื่องการรับประทานยา..... | 76  |
| ตารางที่ 4 | ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง .....   | 79  |
| ตารางที่ 5 | เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Dependent t-test ( $n_1=n_2=22$ ) .....                          | 81  |
| ตารางที่ 6 | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test ( $n_1=n_2=22$ ).....                                      | 82  |
| ตารางที่ 7 | ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีรายชื่อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....   | 183 |
| ตารางที่ 8 | ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีรายชื่อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง .....   | 185 |

|             |  |     |
|-------------|--|-----|
| ตารางที่ 9  | ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีรายชื่อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง .....        | 187 |
| ตารางที่ 10 | ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีรายชื่อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ..... | 189 |
| ตารางที่ 11 | ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีรายชื่อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ..... | 191 |
| ตารางที่ 12 | ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีรายชื่อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง .....  | 193 |
| ตารางที่ 13 | คะแนน และการแปลคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง .....  | 195 |
| ตารางที่ 14 | คะแนน และการแปลคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง .....                                    | 197 |
| ตารางที่ 15 | คะแนน และการแปลคะแนนการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง .....                                     | 199 |
| ตารางที่ 16 | เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ( $n_1=n_2=22$ ) .....                             | 201 |

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความ  
ร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ  
Independent t-test ( $n_1=n_2=22$ )..... 202

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของ  
ความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน  
และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ( $n_1=n_2=22$ ) ..... 203

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของความ  
ร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ  
Independent t-test ( $n_1=n_2=22$ )..... 204

ตารางที่ 20 แสดงการทดสอบการแจกแจงของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อน  
การทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-  
Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ..... 208

ตารางที่ 21 แสดงการทดสอบการแจกแจงของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา หลัง  
การทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-  
Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ..... 209

## สารบัญภาพ

|  |    |
|--|----|
| ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....  | 53 |
| ภาพที่ 2 สรุปลำดับขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....  | 74 |
| ภาพที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาระหว่างกลุ่มควบคุมและ<br>กลุ่มทดลอง..... | 80 |



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของคนไทย จากการรวบรวมและวิเคราะห์โดยกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2556) พบว่า โรคหัวใจเป็นสาเหตุที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตเป็นลำดับที่สี่ รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุ ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าในบรรดาโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุด จากสถิติในปี พ.ศ. 2556 มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็น 26.92 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2555 ที่มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดคิดเป็น 23.45 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข , 2556) ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับที่ 10 พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 17,388 คน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 48 คนหรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากสถิติจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดดังกล่าวข้างต้น ยังพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในทุกๆปี สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ให้ข้อมูลว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตสูงถึงปีละ 17.3 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2008 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 30 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 การเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 23.3 ล้านคนทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2011)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดโคโรนารีที่มีการสะสมของคราบไขมันเกาะอยู่บนผนังหลอดเลือดจนเกิดการอุดตันหรือตีบตัน ทำให้เกิดการขาดเลือดมาเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจ หากการรวมตัวของคราบไขมันทำให้ผนังหลอดเลือดโคโรนารีหนาตัวขึ้นจนเกิดการปริแตก จะเกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดทำให้การขาดเลือดและออกซิเจนของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจทวีความรุนแรงขึ้น จนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตกะทันหันได้ (Black & Hawks, 2010; Levine et al., 2011) ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Percutaneous Coronary Intervention [PCI]) เป็นวิธีการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพสูง มีความสะดวก ปลอดภัย มีความสำเร็จสูง โอกาสเสี่ยงน้อยกว่าการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Grafting [CABG]) ภายหลังทำหัตถการผู้ป่วยจะฟื้นตัวได้เร็ว เป็นการลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Serruys et al., 2009) อย่างไรก็ตามปัญหาที่พบได้ภายหลังการขยายหลอดเลือด

โคโรนารีคือการตีบซ้ำของหลอดเลือด โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนร้อยละ 30-60 จะกลับมาตีบซ้ำ ปัจจุบันจึงได้มีการนำขดลวดมาใช้ในการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเพื่อลดโอกาสตีบซ้ำของหลอดเลือด อย่างไรก็ตามยังพบอุบัติการณ์การตีบซ้ำของหลอดเลือดภายหลังการใส่ขดลวด มีรายงานว่าผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ขดลวดชนิดไม่มียาเคลือบ (Bare-Metal Stent) จะมีโอกาสหลอดเลือดตีบซ้ำร้อยละ 16-44 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ขดลวดชนิดมียาเคลือบ (Drug-Eluting Stent) จะมีโอกาสหลอดเลือดตีบซ้ำร้อยละ 5-10 (Farooq, Gogas & Serruys, 2011) ดังนั้นภายหลังจากการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับยาหลายชนิดที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) เช่นยากลุ่ม antiplatelet 2 ชนิดร่วมกัน (dual antiplatelet therapy [DAPT]) ซึ่งได้แก่ Aspirin ไปตลอดชีวิต ร่วมกับ Clopidogrel หรือ Prasugrel หรือ Ticagrelor เป็นเวลาอย่างน้อย 12 เดือน หลังทำการหัตถการในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ขดลวดชนิดมียาเคลือบ (Drug-Eluting Stents) หรือรับประทานเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือนจนถึง 12 เดือนในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ขดลวดชนิดไม่มียาเคลือบ (Bare-Metal Stent) (O'Gara et al., 2013; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2555) อีกทั้งยังต้องได้รับยากลุ่ม Beta-blockers, Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors [ACEIs]/Angiotensin receptor blockers [ARBs] และยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม Statins มารับประทานอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือด (Fernandez, Davidson, Griffiths, Juergens, & Salamonson, 2007; Morton & Fontaine, 2013) แม้ว่าการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดโคโรนารีจะช่วยรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังจำเป็นต้องรักษาด้วยยาโรคหัวใจในระยะยาวต่อเนื่องตลอดชีวิต และต้องอาศัยความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา (Rosamond et al., 2008)

ประสิทธิผลจากความร่วมมือในการรับประทานยาจะช่วยลดการเกิด cardiac events ลดอัตราการป่วย อัตราการตาย ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีสุขภาวะที่ดีขึ้น (Choudhry & Winkelmayr, 2008; Corrao, Conti, Merlino, Catapano, & Mancia, 2010; Jackevicius, Li, & Tu, 2008) ในทางกลับกันหากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ไม่ดี จะนำมาซึ่งผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนามากมาย เช่น ผลต่อการควบคุมความดันโลหิต การเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงของโรคจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่ลดลง อีกทั้งยังเพิ่มอัตราการเสียชีวิต การกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ (Albert, 2008; Choudhry & Winkelmayr, 2008; Jackevicius et al., 2008) ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องรับประทานยาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อประสิทธิภาพของการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้เกณฑ์ที่ระดับร้อยละ 80 สามารถแบ่งความร่วมมือในการรับประทานยาได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี จะต้องมีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 และกลุ่มที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ไม่ดี คือมีความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 80 (Kronish and Ye, 2013) ซึ่งในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีให้ได้ผลดี ตอบสนองต่อการรักษา ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 เช่นเดียวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยการใส่ขดลวด (ชนิดมียาเคลือบ) มีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ไม่ดี โดยพบพฤติกรรมการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือด (Clopidogrel) ไม่สม่ำเสมอ ภายใน 7 วันหลังทำการหัตถการ (Roth, Morden, Zhou, Malenka, & Skinner, 2012) ซึ่งหากผู้ป่วยหยุดยาด้านเกล็ดเลือด (Clopidogrel) ภายใน 1 เดือนผู้ป่วยจะมีอาการแย่ลง ต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตภายใน 11 เดือน (Spertus et al., 2006) การศึกษาของ Cuisset et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่รับประทานยาด้านเกล็ดเลือด เช่น Aspirin ไม่สม่ำเสมอ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด cardiac events ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้ การศึกษาของ ทิธตยา แต่ไพบุลย์ (2546) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร้อยละ 16.7 หยุดยาเองเมื่อไม่มีอาการของโรค และร้อยละ 43.8 มีพฤติกรรมลืมรับประทานยา เช่นเดียวกับการศึกษาของ จารูวี กาญจนศิริ อารัง, วันทนา เจริญมงคล, จุราพร พงศ์เวชรักษ์, และอุษณีย์ วรรณขมณี (2548) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 33.7 มีพฤติกรรมหยุดยาหรือขาดยาเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อติดตามความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีในระยะเวลา 1-2 ปี ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือด ร้อยละ 83-88 ยากลุ่ม Beta-blockers ร้อยละ 61-78 และยากลุ่ม ACE-inhibitors ร้อยละ 66-72 (Fernandez et al., 2007) ซึ่งการศึกษาของ Ho et al. (2008) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่รับประทานยากลุ่ม cardio-protective medications (Beta-blockers, statins, Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors [ACEIs]/Angiotensin receptor blockers [ARBs]) ไม่สม่ำเสมอ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคหัวใจร้อยละ 10-40 และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึงร้อยละ 50-80



จะเห็นได้ว่าความร่วมมือในการรับประทานยาจะส่งผลต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยง หากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ไม่ดี จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด cardiac events และเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย (Sokol, McGuigan, Verbrugge, & Epstein, 2005) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวจากการเป็นภาระ ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศ จากสูญเสียงบประมาณในการรักษาเป็นจำนวนมาก ซึ่งความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิกและมีส่วนช่วยในการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพโดยรวมได้ (Bitton, Choudhry, Matlin, Swanton, & Shrank, 2013)

จากการศึกษาของ Desai and Choudhry (2013) พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยหลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยจากผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะด้านประชากร เช่น อายุ เพศ และเชื้อชาติ การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับยา (ประโยชน์และโทษ) สมรรถนะของการรู้คิด รวมถึงสิ่งที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยเช่น อาการทางจิตเวช การใช้เครื่องตีมีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ คุณสมบัตินของยา เช่น สูตรยา จำนวนเม็ดยา และผลข้างเคียงของยา 2) ปัจจัยจากทีมสุขภาพ ปัญหาเรื่องทักษะการสื่อสาร และการให้เวลาของทีมสุขภาพแก่ผู้ป่วยในการให้คำปรึกษาเรื่องยาที่น้อยเกินไป ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในภายหลังได้ และ 3) ปัจจัยจากระบบสุขภาพ ได้แก่ ราคายา และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี พบว่าผู้ป่วยมักประเมินค่าความรุนแรงของโรคต่ำไป และเข้าใจผิดว่าตนเองได้รับการรักษาจนหายขาดแล้ว จากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยระยะเวลาสั้นๆ ผ่านหัตถการที่มีความรวดเร็ว และความสำเร็จจากการรักษาด้วยวิธี PCI ทำให้ไม่ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำ ทำทางเป็ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ซึ่งภายหลังการทำหัตถการส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก ลดลง สามารถฟื้นตัวกลับไปทำงานได้อย่างรวดเร็วไม่มีอาการแสดงของโรคที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาลดลงและเสี่ยงต่อการที่ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ไม่ดีในภายหลัง (Fernandez et al., 2007; Higgins, Hayes, & McKenna, 2001) การศึกษาของ Jackevicius et al. (2008) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ไม่ดีเนื่องจากผู้ป่วยเชื่อว่าไม่จำเป็นต้องรับประทานยา ไม่รับรู้ประโยชน์ของยาต่อแผนการรักษา และไม่ทราบว่าแผนการรักษาด้วยยามีความซับซ้อน ต้องปรับขนาดยาตามพยาธิสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้การศึกษาของ Ho, Bryson, and Rumsfeld (2009) พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาที่ไม่ดีของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเกิดได้จากความตั้งใจและไม่ได้ตั้งใจของผู้ป่วย ที่เกิดจากความตั้งใจจะเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยตัดสินใจเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาด้วยตนเอง โดยการตัดสินใจนี้ผู้ป่วยจะคำนึงถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของยาต่อแผนการรักษาเทียบกับผลข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้น

ส่วนที่เกิดโดยไม่ได้ตั้งใจ มักเกิดจากการที่ผู้ป่วยขาดความระมัดระวังในการรับประทานยา หรือลืมรับประทานยา เป็นต้น

ถึงแม้จะมีการศึกษาที่พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีโดยรวมอยู่ในระดับสูง (อิสริย์กร สุรศรีสกุล และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2555) แต่ก็ยังมีการศึกษาที่พบว่ายังมีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีถึงร้อยละ 25 มีความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจที่ไม่ดีภายหลังออกจากโรงพยาบาล ทำให้มีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ (Mathews et al., 2012) ซึ่งการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีให้ประสบความสำเร็จ จำเป็นจะต้องอาศัยความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีของผู้ป่วยเพื่อให้สอดคล้องตามแผนการรักษา โดยผู้ป่วยจะต้องมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (Kronish and Ye, 2013) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์และความจำเป็นของยา การรับรู้การจัดการอุปสรรคจะเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา (Gellad, Grenard, & McGlynn, 2009) ดังนั้นในบทบาทของพยาบาล ซึ่งเป็นผู้มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอื่นๆ จำเป็นต้องส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคหัวใจที่มีต่อแผนการรักษา รับรู้การจัดการอุปสรรคที่จะเป็นสิ่งขัดขวางไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาขึ้น ทั้งนี้เพื่อสร้างความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีสอดคล้องตามแผนการรักษา ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย อัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model [HBM]) ของ Becker (1974) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่บุคคลมีการตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะต่อความร่วมมือในการรักษา เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลในภาวะเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะลดหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค โดยจะมีการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีเพื่อจะหายจากโรคและเชื่อว่าสามารถประเมิน ป้องกัน ควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยได้ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค โดยบุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรม จะต้องมีความเชื่อและเปรียบเทียบกับสิ่งนั้นก่อนผลดี ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้ หรือสิ่งที่จะกระทำนั้นก่อให้เกิด

ความไม่สะดวกที่เป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่ากัน โดยถ้าบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่ถ้ารับรู้ถึงอุปสรรคมากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถใช้อธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ดังเช่นการศึกษาของ สุมาลี วัจนกร, ชุตินา ผาติดำรงกุล, และปราณี คำจันทร์ (2551) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ทั้ง 3 ด้านร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ( $R^2 = .16$ ,  $p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson (2002) ที่พบว่าหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ว่ายาสสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และมีความปลอดภัยในการรับประทาน ผู้ป่วยก็จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยา แต่หากผู้ป่วยรับรู้ว่าการรับประทานยาเป็นอุปสรรค เช่น ยามีผลข้างเคียง เช่น ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้ความดันโลหิตต่ำ รับประทานยาไปแล้วจะรู้สึกไม่สบาย อ่อนเพลีย และปัสสาวะบ่อย เป็นต้น ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัยจากการใช้ยา ผู้ป่วยก็จะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยานั้น การศึกษาของ ฐิติกานต์ กาลเทศ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ( $r = .220$ ,  $.207$ , และ  $.195$  ตามลำดับ,  $p < .05$ ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ( $r = -.238$ ,  $p < .05$ ) สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี แบบแผนการรับประทานยาจะคล้ายคลึงกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคเรื้อรังอื่นๆ คือต้องรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต ซึ่งยาดังกล่าว คือ ยาต้านเกล็ดเลือด และ ยากลุ่ม cardio-protective medications (Beta-blockers, Statins, Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors [ACEIs]/Angiotensin receptor blockers [ARBs])

นอกจากนี้ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาศึกษา ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี พบว่า การรับรู้ประโยชน์และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.05$  ( $r = .306$  และ  $.319$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.05$  ( $r = .187$  และ  $.171$ ) การรับรู้

อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $r = -.341$ ) และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.266$ ) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงและภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีในทางสถิติ โดยตัวแปรทั้ง 8 ตัว สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ได้ร้อยละ 21 ( $R^2 = .21$ ,  $p < .05$ ) โดยการรับรู้ประโยชน์มีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด ( $\beta = .264$ ) รองลงมา คือการรับรู้อุปสรรค ( $\beta = -.232$ ) โดยที่สัมประสิทธิ์การทำนายมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีสัมประสิทธิ์การทำนายไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับ ผู้วิจัยศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิภาค ได้ พบ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาไม่ดี จะมีพฤติกรรมรับประทานยาโรคหัวใจไม่สม่ำเสมอ เช่น ลืมรับประทานยา หยุดรับประทานยาเองเพราะเข้าใจผิดคิดว่าหายจากโรคแล้ว รับประทานยาไม่ตรงเวลา เป็นต้น โดยรูปแบบการพยาบาลปกติ ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเรื่อง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ด้านโภชนาการ การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด และการปฏิบัติตัวภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างไรก็ตามรูปแบบดังกล่าวยังขาดการกระตุ้นเตือน การติดตามเยี่ยม การส่งเสริมโดยเน้น การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา และยังขาดการประเมินเพื่อจัดการอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงประยุกต์องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มาพัฒนาโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งผลจากการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตาย ลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากการตีบซ้ำของหลอดเลือด ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีภายหลังได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค มีความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นอย่างไร
2. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค มีความร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค กับ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

“ความร่วมมือในการรับประทานยา” (Medication adherence) เป็นพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาของผู้ป่วย ที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับจากทีมสุขภาพ โดยมีการเปิดบทบาทให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือในการรักษาตัวเองมากขึ้น ไม่ใช่การที่ผู้ป่วยเป็นฝ่ายที่ต้องรอรับคำสั่งจากแพทย์แล้วปฏิบัติตามเหมือนคำว่า “การใช้ยาตามสั่ง” (Medication compliance) เช่นที่เคยใช้กันมา ซึ่งการรักษาจะได้ผลดีหรือไม่นั้น ความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีจึงมีความสำคัญ สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีต้องรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต หากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ไม่ดี มีพฤติกรรมรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดผลเสียมากมาย ทั้งการรักษาที่ไม่ได้ผล การเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงของโรคจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่ลดลง ทำให้อาการของโรคทวีความรุนแรงขึ้น อีกทั้งยังเพิ่มอัตราการเสียชีวิต การกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นความร่วมมือในการรับประทานยาจึงเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล ในการปรับเปลี่ยนความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยา จึงเป็นแนวทางการหนึ่งที่จะสามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model [HBM]) ได้รับการพัฒนาขึ้นครั้งแรกตามแนวคิดของนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวป้องกันพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีต่อตน และหนีห่างจากสิ่งที่ตนปรารถนา หากไม่ปฏิบัติเช่นนี้อาจเกิดผลเสียแก่ตนได้ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553)

Rosenstock (1974) ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Lewin มาผสมผสานกับทฤษฎีแรงจูงใจ และทฤษฎีการตัดสินใจ เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลรักษาสุขภาพอนามัย บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า 1) ตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น 2) โรคนั้นมีความรุนแรง และส่งผลกระทบต่อชีวิตเขา 3) ในการปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคนั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัย เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบาย ความเจ็บปวด ความยากลำบาก และอุปสรรคต่างๆ นอกจากนี้ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค (Rosenstock, 1974 อ้างถึงใน นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) ต่อมา Becker (1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) และปัจจัยชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใดและจะมีความสัมพันธ์กับการกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย การศึกษาของฐิติกานต์ กาลเทศ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ( $r = .220, p < .05$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมโรคด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ( $r = .214, p < .05$ ) การศึกษาของอิสริย์กร สุศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินเองว่าความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายนั้นก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต มีความยากลำบาก ใช้ระยะเวลาในการรักษาเพียงใด ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคม เป็นต้น และเขาจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอย่างไร การศึกษาของอิสริย์กร สุศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ( $r = .187, p < .05$ ) โดยผู้ป่วยรับรู้

ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่มีความรุนแรง เป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตได้ จำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ Johnson (2002) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หากไม่ควบคุมภาวะความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองได้ จึงมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีให้ตนเองหายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายจากโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยจะเลือกปฏิบัติในสิ่งทีก่อให้เกิดผลดีมากกว่า ผลเสีย การศึกษาของอิสรีย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของ ยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ( $r = .306, p < .05$ ) และสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ร้อยละ 21 ( $R^2 = .21, p < .05$ ) โดยผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ว่ายาสามารถ ป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือด ช่วยลดโอกาสการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล การรับประทานยาจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือภาวะหัวใจล้มเหลว สอดคล้องกับสุมาลี วัจนกร และคณะ (2551) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสามารถร่วมทำนาย ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ร้อยละ 16 ( $R^2 = .16, p < .01$ ) โดยผู้ป่วยเชื่อว่าการ รับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความดันโลหิตให้กลับมาสู่ภาวะปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้ จึงนำมาซึ่งความร่วมมือในการรับประทานยา

การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของ บุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่น ค่าใช้จ่าย ความ ไม่สะดวก ผลข้างเคียงของยา เป็นต้น ถ้าบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคสูง ก็จะทำให้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก การศึกษาของ อิสรีย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ( $r = -.341, p < .05$ ) สามารถร่วม ทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ร้อยละ 21 ( $R^2 = .21, p < .05$ ) โดยผู้ป่วยรับรู้ ว่าการรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก การรับประทานยาให้ตรงเวลาเป็นสิ่งที่ ยุ่งยาก มีปัญหาด้านการจดจำ ผลข้างเคียงของยา เช่น หน้ามืด วิงเวียน คลื่นไส้อาเจียน เลือดออก ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี วัจนกร และคณะ (2551) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมี ความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสามารถร่วม ทำนายพฤติกรรมรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ( $R^2 = .16, p < .01$ )

โดยความรู้สึกลัวๆจะเกิดอันตรายหากรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงไปนานๆ และหน้าของยาเขียนไม่ชัดเจนตัวหนังสือเล็ก หรือไม่สามารถอ่านฉลากยาได้ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงไม่ถูกต้อง

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยสนใจประยุกต์นำองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) และ การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ หัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ร้อยละ 21 ( $R^2 = .21, p < .05$ ) (อิสริย์กร สุศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2555) โดยการให้ความรู้ คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับยาและแผนการรักษา ความเสี่ยงของการกำเริบของโรคที่เกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา เน้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาที่มีต่อแผนการรักษา พร้อมทั้งประเมินอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ให้คำแนะนำถึงวิธีหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับอุปสรรค เช่น อาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นนั้น ไม่เป็นอุปสรรคสามารถหลีกเลี่ยงและจัดการได้ พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางการจัดการอุปสรรคด้านการจดจำ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามียุทธศาสตร์รูปแบบในการพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยา ได้แก่การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ และการกระตุ้นเตือน (World Health Organization [WHO], 2003) โดยพบว่าการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เป็นวิธีที่นิยมมากที่สุดในการเสริมแรงและกระตุ้นเตือนผู้ป่วยไม่ให้ลืมรับประทานยา (Schneider, Hess, & Gosselin, 2011) การใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล เป็นการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ให้ความรู้ คำแนะนำ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การนำเสนอตัวแบบเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กับผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรม ซึ่งการมีตัวแบบจะช่วยส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรคของผู้ป่วย การขาดแรงจูงใจหรือขาดความตระหนักในการรับประทานยาได้ (Laba et al, 2013) ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ หัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้เน้นการรับรู้ประโยชน์ของยาที่มีต่อแผนการรักษา นำเสนอตัวแบบเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้การจัดการอุปสรรค เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับพฤติกรรม พุดคุยประเมินปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยาหาแนวทางในการจัดการอุปสรรคโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตัวเอง การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมภายหลังการจำหน่าย เพื่อจัดการอุปสรรคด้านการจดจำ



และเป็นการให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และเพื่อประเมินปัญหาอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

### สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประชนาษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประชนาษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประชนาษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิภาคใต้

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเพศชายและหญิง มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค

ตัวแปรตาม คือ ความร่วมมือในการรับประชนาษา

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ความร่วมมือในการรับประชนาษา** หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ด้านการรับประชนาษาโรคหัวใจ โดยผู้ป่วยต้องรับประชนาษาโรคหัวใจอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ไม่เกิดพฤติกรรมล้มรับประชนาษา มีวิธีที่ทำให้รู้ว่าล้มรับประชนาษา มีวิธีช่วยเตือนให้รับประชนาษา และรับประชนาษาจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการ

รับประทานยาของ อีสรีย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

**โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค** หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดกระทำขึ้นอย่างมีแบบแผนและต่อเนื่อง โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยประยุกต์ใช้องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามีเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา โดยสามารถส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีได้ ดังนี้

1. ให้ความรู้ก่อนการจำหน่ายที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความร่วมมือในการรับประทานยา และอธิบายยาโรคหัวใจที่ผู้ป่วยได้รับ เน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์และมีแนวทางในการจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา (ใช้เวลาประมาณ 40 นาที)
2. นำเสนอตัวแบบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีความร่วมมือในการรับประทานยา โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และบันทึกเป็นวิดีโอ (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) พร้อมทั้งแจกคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม
3. โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ได้แก่สัปดาห์ที่ 2, 3, 4 (ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที) เพื่อเตือนความจำในการรับประทานยา ทบทวนความรู้ตามคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี เพื่อเน้นย้ำประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา ประเมินอุปสรรคที่มีต่อความร่วมมือในการรับประทานยา พร้อมหาแนวทางจัดการอุปสรรค เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และพูดคุยให้กำลังใจ

**การรับรู้ประโยชน์** หมายถึง การตระหนักรู้ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเกี่ยวกับความจำเป็นหรือผลดีของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ เช่น การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ช่วยป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือด ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้น และช่วยลดโอกาสการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล ประเมินการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของอีสรีย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555)

**การรับรู้อุปสรรค** หมายถึง การตระหนักรู้ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีต่อปัญหาหรือสิ่งกีดขวางที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ เช่น กิจวัตรประจำวัน ภาระงานประจำวัน ความไม่สะดวก ราคา ยา อาการ

หลงลืม ปัญหาด้านการไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับยาและผลข้างเคียงของยา เป็นต้น ประเมินการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ ของอิสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555)

**ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด** หมายถึง บุคคลวัยผู้ใหญ่ อายุ 18-59 ปีทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยอื่นๆที่วินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ จากประวัติอาการ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจหรือผลแสดงว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ ภาคใต้

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ได้รับจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ ภาคใต้ก่อนการจำหน่าย เรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ด้านโภชนาการ การรับประทานยาโรคหัวใจ การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด และการปฏิบัติตัวภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยสรุปสาระสำคัญและนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
  - 1.1 ความหมาย
  - 1.2 พยาธิสรีรวิทยา
  - 1.3 อาการทางคลินิก
  - 1.4 ปัจจัยเสี่ยง
  - 1.5 ภาวะแทรกซ้อน
  - 1.6 แนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
  - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. ความร่วมมือในการรับประทานยา
  - 2.1 ความหมาย
  - 2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยา
  - 2.3 ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี
  - 2.4 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
4. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี
5. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

### 1.1 ความหมาย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Myocardial infarction, [MI]) หรือ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome, [ACS]) หมายถึง ภาวะความผิดปกติที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายหรือเสียหายจากการที่เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นไม่เพียงพอกับความต้องการ ส่วนมากเกินจากการฉีกขาดหรือปริแตกของคราบไขมันที่สะสมอยู่ในผนังหลอดเลือดโคโรนารี (atherosclerotic plaque rupture ) กระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือด ตลอดจนส่วนของลิ่มเลือดหลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดที่อยู่ส่วนปลายกว่า (distal embolization) ทำให้มีการตีบตันหรืออุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เลือดผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้น้อย ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตาย (สุริย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556; อภิชาติ สุขนครสรณ์, 2555) ผู้ป่วยจะมีอาการ อาการแสดงเมื่อหลอดเลือดโคโรนารีตีบร้อยละ50 หรือมากกว่า เช่น อาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น เหงื่อออก จะเป็นลม หหมดสติ และเสียชีวิตเฉียบพลัน โดยอาการสำคัญที่มักจะนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลคือ อาการเจ็บหน้าอก สามารถแบ่งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้เป็น 2 กลุ่ม (ประดิษฐ์ ปัยจวีณิน, 2554; อภิชาติ สุขนครสรณ์, 2555) คือ

1) ผู้ป่วยที่มี persistent ST-segment elevation หรือ ST elevation myocardial infarction (STEMI) คือ ผู้ป่วยที่มี ST-segment elevation เกิดนานกว่า 20 นาทีเมื่อมีอาการ เกิดจากการปริแตกของรอยโรคอย่างรุนแรง ทำให้เกิดลิ่มเลือดจำนวนมากอุดตันหลอดเลือดอย่างรวดเร็ว เป็นผลให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเป็นบริเวณกว้างและรุนแรง

2) ผู้ป่วยที่ไม่มี persistent ST-segment elevation คือ ผู้ป่วยที่เมื่อมีอาการ จะพบ ST-segment depression หรือ T-waves inversion, flat T waves, pseudo-normalization ของ T waves ซึ่งอาจเกิดขึ้นอย่างชั่วคราวหรือถาวร หรืออาจมี ST-segment elevation ชั่วคราว (ไม่เกิน 20 นาที) หรืออาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเลยก็ได้ เกิดจากการปริแตกและการก่อตัวของลิ่มเลือดไม่ค่อยรุนแรงทำให้หลอดเลือดอุดตันไม่สนิท หรืออาจอุดตันสนิทแต่เป็นเพียงระยะเวลาสั้นๆ หรือมี collateral circulation จากเส้นเลือดข้างๆมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ทันท่วงที่ ทำผู้ป่วยเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดรุนแรงแต่ยังไม่เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ หรือเกิดการตายเพียงปริมาณไม่มากนัก ปัจจุบันใช้วิธีการวัดระดับ troponin เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1) Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดขึ้น และมีการตรวจพบ cardiac troponin ในเลือดเพิ่มสูงขึ้น โดยปกติระดับ troponin ในผู้ป่วย MI จะเพิ่มสูงขึ้นในกระแสเลือดประมาณ 4 ชั่วโมงหลังเกิด

อาการ และอาจสูงอยู่ได้ถึง 2 สัปดาห์ ส่วนผู้ป่วย NSTEMI บางรายมีการเพิ่มของระดับ troponins ในเลือดเพียงเล็กน้อยและจะลดลงเป็นปกติภายใน 48-72 ชั่วโมงก็ได้

2.2) Unstable angina (UA) ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยค่า biomarkers ที่แสดงถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ cardiac troponin อยู่ในเกณฑ์ปกติ

## 1.2 พยาธิสรีรวิทยา

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มากกว่าร้อยละ 90 มีสาเหตุมาจากภาวะแข็งตัวของหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary atherosclerosis) (สุริย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556) ทำให้มีการอุดตันของการไหลเวียนเลือดอย่างกะทันหัน จากการฉีกขาดหรือปริแตกของคราบไขมันที่สะสมอยู่บนผนังหลอดเลือดโคโรนารี (atherosclerotic plaque rupture) กระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือด (thrombosis) อุดตันหลอดเลือด และอาจมีการหดตัวของหลอดเลือด (vasoconstriction) เป็นเหตุเสริมในบางราย สาเหตุของการเกิดการปริแตกของคราบไขมัน เชื่อว่ามีปัจจัยกระตุ้นส่วนหนึ่งจากกระบวนการอักเสบของหลอดเลือด (inflammation) (อภิชาติ สุขนครสรณ์, 2555) โดยภาวะการแข็งตัวของหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary atherosclerosis) จะเริ่มจากการอักเสบของเซลล์บุผนังชั้นในของหลอดเลือด (Endothelial cell) จากกระบวนการอักเสบเรื้อรังของหลอดเลือดจากการติดเชื้อ เช่น Chlamydia, Herpes simplex virus, Cytomegalovirus หรือปัจจัยต่างๆ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีระดับ Homocysteine ในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และการสูบบุหรี่ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นคราบไขมัน (Plaque formation) ทำให้หลอดเลือดโคโรนารีมีความหนาตัวขึ้น สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ (Wassif & Welt, 2014; ศิริรัตน์ ศรีประสงค์, 2555) ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะการเกิดคราบไขมัน (Fatty streaks) ในผนังหลอดเลือดชั้นในที่มีการอักเสบ ลักษณะไขมันเป็นคราบสีเหลือง ประกอบด้วย macrophage และ smooth muscle cells ก่อตัวสะสมพอกในผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง (intima) กระบวนการอักเสบทำให้มีการดึงเม็ดเลือดขาว (Leukocyte) เข้ามาเพิ่ม และ Macrophage เองก็มีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นกลายเป็นคราบไขมันสีเหลืองจับตัวในผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้นระยะนี้คราบไขมันนี้ไม่ทำให้การไหลเวียนเลือดหยุดชะงัก จึงไม่มีอาการแสดง สามารถพบคราบไขมันได้ตั้งแต่ premature infant ถึงผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่คราบไขมันเกิดการอักเสบ และขยายเป็นก้อนใหญ่ขึ้น โดยกล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle cells-SMCs) ของผนังหลอดเลือดชั้นในมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวน ในขณะที่ SMCs ของผนังหลอดเลือดชั้นกลางแทรกตัวเข้ามาในผนังหลอดเลือดชั้นใน SMCs เข้าไป

รวมตัวกับ Foam cell และ Extracellular matrix เกิดเป็นคราบไขมันและพังผืด (Fibro-fatty lesion) ทำให้หลอดเลือดโคโรนารีหนาตัวขึ้น

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่เกิดพังผืดมาหุ้ม โดยแคลเซียมมาสะสมในคราบไขมัน ร่วมกับการตายของ SMCs และเซลล์ไขมันอื่นๆ (Apoptosis) เกิดเป็นพังผืดหุ้มรอบๆก้อนไขมันที่เต็มไปด้วยเซลล์ที่ตายเป็น Fibrous plaque เพิ่มความหนาและแข็งแก่หลอดเลือดแดง

หลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีคราบไขมันหนาตัว จะขัดขวางการไหลเวียนของเลือด และการส่งออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจ (Oxygen supply) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการใช้ออกซิเจน (Oxygen demand) เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจมีการปรับตัว โดยใช้การเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobes metabolism) ทำให้เกิดกรดแลคติกคั่ง ซึ่งระคายเคืองต่อระบบประสาท ผู้ป่วยจึงเกิดอาการเจ็บหน้าอก ที่เรียกว่า Angina pectoris

### 1.3 อาการทางคลินิก

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกลุ่มที่มี persistent ST-segment elevation หรือ ST elevation myocardial infarction (STEMI) จะมีอาการเจ็บเค้นอกเหมือนถูกบีบรัด คล้ายถูกของหนักทับกลางหน้าอก หรือเยื้องไปทางซ้ายอย่างรุนแรงนานมากกว่า 20 นาที อาจร้าวไปที่หลัง, ไหล่, คอ หรือแขนได้ อาจมีอาการใจสั่น, หอบเหนื่อยหายใจไม่ทัน, เหงื่อออกมาก, คล้ายจะเป็นลมหรือหมดสติ ในระยะแรกอาจมีอาการเจ็บหน้าอกเป็นๆหายๆ (pre-infarction angina) นำมาก่อนได้ (ดาร์ส ตริสโกทล, 2554)

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกลุ่มที่ไม่มี persistent ST-segment elevation มักจะแสดงออกใน 4 รูปแบบ แต่จะเป็น UA หรือ NSTEMI นั้นขึ้นอยู่กับว่ามีระดับ troponins ในเลือดหรือไม่ โดยอาการเจ็บหน้าอกจะเป็นอาการที่พบบ่อย ซึ่งมีรูปแบบดังนี้ (ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, 2554; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2555)

1) เจ็บหน้าอกนาน (มากกว่า 20 นาที) และเกิดตอนไม่ออกแรง พบได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 80)

2) เจ็บหน้าอกแบบ new onset (de novo) angina (ความรุนแรงตาม Canadian Cardiovascular Society Classification ระดับ class II หรือ III) ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกที่เพิ่งเริ่มเป็นภายใน 1 เดือน โดยเป็นขณะออกกำลังกายหรือทำงานจนไม่สามารถทำงานปกติประจำวันได้

3) เจ็บหน้าอกแบบ accelerated หรือ crescendo angina คือมีการเปลี่ยนแปลงของอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยที่เคยเป็นหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่ก่อนแล้ว (stable angina) โดยมี

ความถี่เพิ่มขึ้น, ระยะเวลาแต่ละครั้งนานขึ้น, ออกแรงน้อยลงก็มีอาการเจ็บหน้าอก โดยควรมีความรุนแรงอย่างน้อยตาม class III ตาม Canadian Cardiovascular Society Classification

4) Post MI angina มีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นซ้ำอีกภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) โดยผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บหน้าอกแบบแน่นๆ บริเวณหลังกระดูก sternum (angina) โดยร้าวไปที่แขนซ้าย คอ หรือขากรรไกร อาจเป็นแบบ intermittent หรือ persistent และมีอาการอื่นๆเกิดขึ้นร่วมกัน ได้แก่ คลื่นไส้, ปวดท้อง, เหนื่อยหอบ, เหงื่อออกมาก หรืออาการหมดสติชั่วคราว แต่ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการที่ atypical เช่น มีอาการเจ็บบริเวณลิ้นปี่, ท้องอืด, เจ็บแบบถูกแทง, เจ็บคล้าย pleuritic pain หรือมาด้วยอาการเหนื่อยหอบโดยไม่เจ็บหน้าอก อาการที่ atypical เหล่านี้มักพบในผู้ป่วยอายุมากกว่า 75 ปี ในผู้ป่วยสตรีและผู้ป่วยเบาหวาน, ไตเสื่อม หรือ dementia

#### 1.4 ปัจจัยเสี่ยง

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มักพบในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (coronary atherosclerosis) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีดังนี้

##### ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

1) อายุ อายุสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคและทำให้โรครุนแรง อาการของโรคมักชัดเจนหลังสูงอายุ โดยผู้ชายมักเกิดโรคเมื่ออายุเกิน 45 ปี ส่วนผู้หญิงมักเกิดโรคเมื่ออายุเกิน 55 ปี (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010)

2) เพศ เพศชายเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศหญิง (Smeltzer et al., 2010) เนื่องจากระดับฮอร์โมน estrogen ในเพศหญิงที่พบสูงกว่ามีผลช่วยปกป้องหัวใจ (cardioprotective effects) จึงทำให้เพศหญิงจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากขึ้นเมื่อถึงวัยหมดประจำเดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงในการเกิดโรคจะเพิ่มขึ้นในผู้ที่สูบบุหรี่และรับประทานยาคุมกำเนิด (Munden, 2007)

3) พันธุกรรมและเชื้อชาติ ปัจจัยทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรคได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน และอ้วนมาก (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) อัตราการเกิดโรคหัวใจในคนแอฟริกัน อเมริกัน มากกว่าฝรั่งเศสหรือชาวคอเคเซียน (Smeltzer et al., 2010)



### ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้

1) ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทยพบว่าผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนปกติ เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) โดยค่าความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

2) ภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) คือผู้ที่มีระดับ triglyceride มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร HDL cholesterol น้อยกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศหญิง และน้อยกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย (Smeltzer et al., 2010) ในบุคคลทั่วไปควรควบคุมให้ LDL cholesterol ต่ำกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร HDL cholesterol สูงกว่า 45 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ total cholesterol ต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรจะมีส่วนช่วยลดและป้องกันการเกิดโรคของหลอดเลือดแดงแข็งได้ (เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552)

3) การสูบบุหรี่ (cigarette smoking) สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ส่วนก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จะรบกวนการได้รับออกซิเจนของเนื้อเยื่อและทำให้เกิดเลือดเกาะกลุ่มได้ง่าย นอกจากนี้ยังพบว่า การสูบบุหรี่ทำให้ระดับ LDL cholesterol ในเลือดลดลง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

4) เบาหวาน คือผู้ป่วยที่มี fasting plasma glucose มากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือมีความผิดปกติในการทดสอบ glucose tolerance test (Smeltzer et al., 2010) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลทำให้การทำงานของผนังเนื้อเยื่อเอ็นโดทีเลียลเสียหายที่ไป (endothelial dysfunction) และมีเซลล์เม็ดเลือดขาวมาเกาะที่ผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้นซึ่งก่อให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในของหลอดเลือดเกิดการอักเสบของเยื่อภายในมีการแข็งและหนาตัวขึ้น (เสาวลักษณ์ พรหมพงศา, 2551) ผู้ป่วยโรคเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบจากการเกิด Atherosclerosis เร็วกว่าปกติ โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนทั่วไป 5.7 เท่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

5) อ้วนมาก ความอ้วนสร้างภาระให้กับหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักเพื่อให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ความอ้วนทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและ ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ รอบพุงที่จัดว่าอ้วนลงพุงคือ ตั้งแต่ 90 ซม.ขึ้นไปในผู้ชาย หรือตั้งแต่ 80 ซม.ขึ้นไปในผู้หญิง และดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23-24.9 กก./ตร. เมตรถือว่าน้ำหนักเกิน ถ้ามากกว่า 25 กก./ตร. เมตร ถือว่าอ้วน (สุรพันธ์ สิทธิสุข และฉันท คุรุทกุล, 2551)

6) การขาดการออกกำลังกายการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เชื่อว่าสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เพราะช่วยเพิ่ม HDL cholesterol ลด LDL cholesterol

ลด total cholesterol ลด triglyceride และลดน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้การออกกำลังกายเพิ่มความไวต่ออินซูลิน ช่วยลดความดันโลหิตและลดดัชนีมวลกาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

### ปัจจัยเสริม

1) ภาวะเครียด ผู้ที่มีภาวะเครียดเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจตีบได้จากปัจจัยหลายอย่างเช่น ความเครียดอาจทำให้รับประทานมากขึ้น ทำให้สูบบุหรี่มากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น แม้ว่าความเครียดจะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในชีวิต แต่ความเครียดที่มากเกินไปจะทำลายสุขภาพจึงจำเป็นต้องจัดการความเครียดและลดให้เหลือน้อยที่สุด ซึ่งตัวกระตุ้นความเครียดที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย อาชีพการงาน สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

2) การมีระดับ Homocysteine ในเลือดสูง Homocysteine เป็นสารที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อผนังด้านในของหลอดเลือดโดยตรง ถ้ามี Homocysteine ในเลือดเพิ่มสูงเป็นเวลานาน ผนังด้านในหลอดเลือดจะเริ่มขรุขระและเริ่มมีตะกรันไขมันมาสะสม ในที่สุดก็จะเกิดการอุดตันหรือตีบแคบลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดที่มีขนาดเล็ก เช่น หลอดเลือดหัวใจ นำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด และหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้มีอาการ อัมพฤกษ์หรืออัมพาตได้เร็วกว่าวัยอันควร (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

### 1.5 ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีดังนี้ (Jeon & Ware, 2006; สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556)

1) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) อาจเกิดขึ้นในขณะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือหลังจากนั้น โดยมีอาการแสดงคือ หายใจลำบาก บวม น้ำ น้ำหนักตัวขึ้นหายใจเร็ว ตับโต เส้นเลือดดำที่คอโป่ง โดยพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะเสียชีวิต

2) ภาวะช็อกจากหัวใจ (cardiogenic shock) พบได้ร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยสัมพันธ์กับ LV infarct size ที่ใหญ่กว่าร้อยละ 40 ของพื้นที่ LV ทั้งหมด และเป็นสาเหตุการตายในโรงพยาบาลที่พบบ่อย อาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ เหงื่อแตก ตัวเย็น ชีพจรเต้นเร็ว ความดัน systolic ลดลงจากภาวะปกติของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

3) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmias) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อาจมีผลต่อการนำไฟฟ้าของหัวใจ ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ เช่น sinus bradycardia, heart block (asystole), tachycardia, ventricular premature contractions หรือ ventricular tachycardia, และ ventricular fibrillation

4) Myocardial rupture เกิดจากความอ่อนแอของกล้ามเนื้อตายร่วมกับการอักเสบ อาจทำให้เกิดการทะลุได้ ซึ่งอาจเกิดที่ left ventricular free wall, interventricular septum หรือ papillary muscle พบบ่อยระหว่างวันที่ 3-7 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการย่อยสลายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย มีการอักเสบเยื่อ แต่ยังไม่มีการสร้าง granulation tissue หากการทะลุเกิดที่ left ventricular free wall ซึ่งเป็นตำแหน่งพบได้บ่อยที่สุด ทำให้เลือดคั่งในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (hemopericardium และ cardiac tamponade) และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว

5) เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) มักพบวันที่ 2-3 ตามหลัง transmural infarct เป็นผลจากการอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายต่อเนื่องมาถึงเยื่อหุ้มหัวใจ ลักษณะมักเป็นแบบ fibrinous หรือ fibrinohemorrhagic pericarditis

6) Ventricular aneurysm เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในระยะหลังๆ ซึ่งมีการสร้าง scar แทนบริเวณที่มีการตายของกล้ามเนื้อ มักมี infarct expansion นำมาก่อน และสัมพันธ์กับ infarct size ขนาดใหญ่

7) Ventricular remodeling ในส่วนของ noninfarcted myocardium จะมี hypertrophy ซึ่งในช่วงแรกจะเป็นการปรับตัวเพื่อทำงานชดเชยส่วนที่ตายไป แต่ก็เป็น การเพิ่มความ ต้องการออกซิเจนของเซลล์ด้วย นอกจากนี้การสะสม extracellular matrix หรือที่เรียกว่า cardiac interstitial fibrosis ก็เป็นขบวนการตอบสนองเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความแข็งแรงขึ้น แต่การสะสม ดังกล่าวเป็นการขัดขวางการนำไฟฟ้าของหัวใจ ทำให้หัวใจทำงานผิดปกติได้ในระยะยาว และ นอกจากนี้ในส่วน infarct myocardium จะมีการซ่อมแซมเกิดเป็น scar มาแทนที่ส่วนที่ตาย ซึ่งมัก มีการยืดขยายออกในเวลาต่อมา เกิด dilation ของ left ventricular chamber ทำให้ประสิทธิภาพ ในการบีบตัวของหัวใจลดลง สุดท้ายหัวใจก็ทำงานไม่ไหว เกิดภาวะ heart failure

## 1.6 แนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

โดยทั่วไปแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะแบ่งออกเป็น 2 แนวทาง คือ กลุ่มผู้ป่วย ST-Elevation MI (STEMI) และกลุ่ม Non-ST-Elevation MI (NSTEMI) /unstable angina มีหลักการรักษาดังนี้ (Amsterdam et al., 2014; O’Gara et al., 2013; ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, 2554; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2555)

### หลักการรักษา ST-Elevation MI

ผู้ป่วย STEMI ต้องได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยทันทีที่มาโรงพยาบาล จะต้องได้รับการ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและแปลผลภายใน 5-10 นาที และแพทย์ต้องสั่งการรักษาทันที โดยมีหลักการ รักษา ดังนี้

### 1) การให้ยาต้านเกล็ดเลือด

สามารถให้ทันทีที่วินิจฉัยได้ โดยให้ยา aspirin ขนาด 160-325 มก. เคี้ยวกลืนทันที ก่อนทำ PCI ตามด้วยขนาด 81-325 มก. ทุกวันตลอดไป โดยขนาดยาต่อเนื่อง (maintenance dose) ตามมาตรฐานที่แนะนำคือ 81 มก./วัน ร่วมกับยาอีกตัวได้แก่ clopidogrel ซึ่งเป็น thienopyrine prodrug ให้ขนาด 300-600 มก. รับประทานทันทีก่อนทำ PCI ตามด้วยขนาด 75 มก.ต่อวัน รับประทานควบคู่กับ aspirin อย่างน้อย 1 ปี (O’Gara et al., 2013)

### 2) Coronary reperfusion

2.1) Pharmacological therapy ได้แก่การรักษาด้วยยาเพื่อเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน นำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยให้ยากลุ่ม fibrinolytic agent ทันทีที่วินิจฉัยได้ โดยระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการเจ็บหน้าอกจนเริ่มให้ยาไม่ควรเกิน 6 ชั่วโมง ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ในปัจจุบันได้แก่

- Tenecteplase (TNK-tPA) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง ได้ผลดีในการละลายลิ่มเลือดที่ 90 นาที ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ขนาดที่ใช้ได้แก่ 0.5 มก. ต่อน้ำหนักตัว 1 กก.

- Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในขนาด 0.75 มก./กก. (หรือไม่เกิน 50 มก.) นาน 30 นาที ตามด้วยยาขนาด 35 มก. นาน 60 นาทีตามลำดับ (รวมไม่เกิน 100 มก.) และต้องลดขนาดลงหากน้ำหนักตัวน้อยกว่า 50 กก.

- Streptokinase เป็นยาสังเคราะห์จาก Penicilium species ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะกับลิ่มเลือด (systemic fibrinogenolysis) ขนาดที่ใช้ได้แก่ 1.5 ล้านยูนิต ผสมในสารละลายหยดเข้าหลอดเลือดดำนาน 60 นาที

หลังได้ยาละลายลิ่มเลือด ต้องติดตามอาการเจ็บหน้าอกว่าหายไปหรือไม่ ภายในเวลา 90-120 นาทีหลังจากได้ยา ต้องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ เพื่อติดตาม ST-segment resolution อย่างน้อยเกินครึ่งหนึ่งของระดับ ST elevation ก่อนรักษา หรือลดเป็นปกติที่ระดับ isoelectric level หากผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บหน้าอก หรือมี persistent ST elevate ที่บ่งชี้ว่า failed thrombolysis ต้องทำการรักษาด้วยวิธี rescue PCI ต่อไป

2.2) Mechanical reperfusion (Primary PCI) ใช้รักษาผู้ป่วย acute STEMI ที่มาภายใน 12 ชั่วโมง นับจากเวลาที่เกิด acute STEMI โดยผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดมาก่อนหน้านี้ และการทำ primary PCI ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐาน ดังนั้นเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนถึงเวลาที่ขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่อุดตันสำเร็จ (door to balloon time) ต้องไม่เกิน 90 นาที แพทย์ผู้ให้การรักษาโดยการทำให้ primary PCI จะต้องมีการประเมินการทำให้ PCI ไม่น้อยกว่า 75 ครั้งต่อปี

2.3) การลดอาการปวด สามารถลดขนาดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ด้วย การให้ Oxegen therapy และการให้ยา Morphine sulphate โดยควรรักษาร่วมกันไปพร้อมกับการเปิดหลอดเลือด

### หลักการรักษา NSTEMI/UA

ผู้ป่วย NSTEMI/UA อาจมีอาการและอาการแสดงได้หลายรูปแบบตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงเสียชีวิตได้ ซึ่งการรักษาในปัจจุบันมี 2 วิธี ได้แก่ invasive strategy คือ ให้การรักษาด้วยยาร่วมกับการทำ cardiac catheterization เพื่อดูรอยตีบของหลอดเลือดหัวใจ และทำการถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลูนหรือขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention [PCI]) หรือผ่าตัดต่อหลอดเลือด (Coronary Artery Bypass Graft [CABG]) ภายใน 48 ชม. และ conservative strategy โดยให้การรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่และจะทำ cardiac catheterization เฉพาะกลุ่มที่มีความผิดปกติเท่านั้น

### การรักษาด้วยยาเพื่อลดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

#### ยากลุ่ม Beta blocker

ออกฤทธิ์ในการช่วยยับยั้งผลของ catecholamine ในกระแสเลือดที่มีผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจและช่วยลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยลดอัตราการเต้นของหัวใจลดความดันโลหิต และลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ แนะนำให้ใช้ยากลุ่ม cardioselective เช่น metoprolol ขนาด 25-50 มก. วันละ 2 ครั้ง หรือ atenolol ขนาด 50-100 มก. วันละครั้ง ถ้าไม่มีข้อห้าม และควรให้ตลอดไป

#### ยากลุ่ม Nitrates

Nitrates มีผลขยายระบบหลอดเลือดดำ ซึ่งนำไปสู่การลด myocardial preload และลด LV end-diastolic volume จึงช่วยลด myocardial oxygen consumption นอกจากนี้ยังช่วยขยาย coronary arteries ทั้งที่ปกติและมี atherosclerosis และยังช่วยเพิ่ม coronary collateral flow ใช้ได้ใน 24-48 ชั่วโมงแรกของ NSTEMI/UA ในกรณีที่มี recurrent ischemia, hypertension หรือ heart failure

#### ยากลุ่ม Calcium channel blockers

ยากลุ่ม Calcium channel blockers มี 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ dihydropyridines (เช่น nifedipine, amlodipine) benzothiazepine (เช่น diltiazem) และ phenylethylamine (เช่น verapamil) ตัวยาที่มีผลทำให้หลอดเลือดแดงส่วนปลายขยายได้มากที่สุด คือ nifedipine และ amlodipine ส่วนตัวยาที่มีผลน้อยที่สุด คือ diltiazem อย่างไรก็ตาม ยากลุ่ม calcium channel

blockers จะสามารถขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้พอกัน จึงสามารถช่วยลดอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

### การรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือด

ในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกลุ่ม NSTEMI/UA จำเป็นต้องได้ยาต้านเกล็ดเลือดโดยเร็วที่สุดเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจาก acute ischemia และ recurrent atherothrombotic events ต่างๆ โดยมียาต้านเกล็ดเลือดที่ใช้อยู่ 3 กลุ่ม (Amsterdam et al., 2014) คือ

**Aspirin** ออกฤทธิ์ต่อ cyclo-oxygenase (COX-1) ยับยั้งการสร้าง thromboxane A<sub>2</sub> ทำให้มีการยับยั้งการทำงานของเกล็ดเลือดอย่างถาวร ขนาดที่ใช้เริ่มต้น 162-325 มก. ควรให้ทันทีและให้ทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น NSTEMI/UA (ถ้าไม่มีข้อห้าม) จากนั้นให้ 81-325 มก./วัน ไปตลอดชีวิต โดยขนาดยาต่อเนื่อง (maintenance dose) ตามมาตรฐานที่แนะนำคือ 81 มก./วัน ตลอดไป

**P2Y12 receptor inhibitors** ยับยั้งการจับ ADP ต่อ platelet P2Y12 receptors ตัวยาในกลุ่มนี้ที่เป็น prodrug thienopyridines เช่น clopidogrel และ prasugrel จะถูกเปลี่ยนไปเป็นโมเลกุลที่จะจับกับ P2Y12 receptors อย่างถาวร จึงยับยั้งการทำงานของเกล็ดเลือดอย่างถาวร ส่วนยาใหม่ในกลุ่ม pyrimidine deverative คือ ticagrelor จะจับแบบ reversible กับ P2Y12 receptors ได้โดยตรง โดยไม่ต้องมี biotransformation ยาที่ใช้บ่อยคือ

clopidogrel ขนาดเริ่มต้น 300-600 มก. จะให้เมื่อผู้ป่วยได้รับ aspirin และ anticoagulant ไปแล้ว จากนั้นให้ clopidogrel 75 มก./วัน ในกรณี conservative strategy ให้ยาต่อเนื่องไปอย่างน้อย 1 เดือน (ถ้าเป็นไปได้ให้ 1 ปี) ส่วน invasive strategy และใช้ bare metal stent ให้รับประทานอย่างน้อย 1 เดือน แต่ถ้าใช้ drug eluting stent ต้องให้อย่างน้อย 1 ปี

Prasugrel ขนาดเริ่มต้น 60 มก. จากนั้นให้ prasugrel 10 มก./วัน โดยมีข้อห้ามในผู้ที่มีประวัติ stroke หรือ TIA , ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี, ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 60 กก. เพราะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกได้สูง

Ticagrelor ขนาดเริ่มต้น 180 มก. ตามด้วยขนาด 90 มก. วันละ 2 ครั้ง

**Glycoprotein IIb/IIIa receptor antagonist** เป็นยาฉีด มี abciximab, eptifibatide และ tirofiban ออกฤทธิ์ยับยั้งการจับกันของเกล็ดเลือดที่ final common pathway

Abciximab ขนาดที่ใช้ 0.25 มก./กก. ทางหลอดเลือดดำและให้ต่อในขนาด 0.125 ไมโครกรัม/กก. (ขนาดสูงสุดไม่เกิน 10 ไมโครกรัม/นาที) ต่อไปอีก 12 ชั่วโมงหลังทำ PCI

Eptibatide ขนาดที่ใช้ 0.4 ไมโครกรัม/กก. ทางหลอดเลือดดำ ในเวลา 30 นาที และให้ต่อในขนาด 0.1 ไมโครกรัม/กก./นาที ต่อไปอีก 18 ชั่วโมง หลังทำ PCI

### การรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant)

**Fondaparinux** ออกฤทธิ์จับกับ factor Xa และจับกับ antithrombin ไปกระตุ้นการออกฤทธิ์ยับยั้ง factor Xa ของ antithrombin อีกทางหนึ่ง ขนาดที่ใช้บ่อย คือ 2.5 มก. ฉีดใต้ผิวหนังวันละครั้ง

**Unfractionated heparin (UFH)** เป็นส่วนผสมของ polysaccharide molecules จำนวนมาก โมเลกุลส่วนหนึ่งใน UFH จะจับกับ antithrombin และเร่งปฏิกิริยาให้ antithrombin ยับยั้ง factor IIa โดยการจับทั้ง thrombin และ antithrombin ขนาดที่ใช้ 50-60 ยูนิต/กก. เข้าทางหลอดเลือดดำ แล้วให้ต่อในขนาด 12 ยูนิต/กก./ชม. โดยปรับขนาดให้ได้ค่า aPTT ที่ 50-75 second

**Enoxaparin** ขนาด 1 มก./กก. ฉีดใต้ผิวหนังวันละ 2 ครั้ง (ในกรณีที่มี creatinine clearance น้อยกว่า 30 ซีซี/นาที่ ให้เหลือวันละ 1 ครั้ง ในกรณีผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน อาจลดขนาดลงเหลือวันละครั้ง)

**Bivalirudin** ขนาด 0.1 มก./กก. เข้าทางหลอดเลือดดำ และให้ต่อด้วยขนาด 0.25 มก./กก./ชม. แต่ถ้าจะทำ PCI ให้เพิ่มอีก 0.5 มก./กก./ชม.

### Statin therapy

ถ้าผู้ป่วยยังไม่เคยได้ยาก่อนนี้มาก่อน ควรให้ยาทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น NSTEMI/UA โดยอาศัยฤทธิ์ anti-inflammatory ของ statin ที่สามารถออกฤทธิ์ได้ทันที และช่วย stabilized plaque ได้ ทำให้ลดผลแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ยาในกลุ่มนี้คือ atorvastatin (80 มก./วัน) โดยไม่ต้องคำนึงว่าระดับ cholesterol ในเลือดจะเป็นเท่าใด โดยตั้งเป้าหมายให้ระดับ LDL-C ที่ต่ำกว่า 70 มก./ดล.

### 1.6.1 การขยายหลอดเลือดโคโรนารี (Percutaneous Coronary Intervention [PCI])

หมายถึง การรักษาผ่านสายสวนโดยสอดใส่สายสวนผ่าน femoral หรือ radial artery ไปที่ coronary artery ที่อุดตัน และฉีดยาสองข้างจากนั้นใช้ balloon inflation เพื่อกดเบียดให้ลิ่มเลือดแตกออกเป็นชิ้นเล็กชิ้นน้อย หรือดูดลิ่มเลือด (thrombosuction) ออกมา หรือสลาย (thrombectomy) จนสามารถ restore blood flow ได้ (TIMI Flow grade 3) หรือได้ perfusion ไปถึงกล้ามเนื้อหัวใจ และอาจมีการใส่ขดลวด (Stent) ค้างไว้ในหลอดเลือดโคโรนารีบริเวณที่ตีบแคบ เพื่อลดปัญหาการหดตัวของหลอดเลือดอย่างเฉียบพลันหลังการทำ PTCA (Smeltzer et al., 2010; ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2555)

Percutaneous Coronary Intervention [PCI] เป็นวิธีที่สามารถทำได้ทันทีโดยแพทย์โรคหัวใจที่มีความเชี่ยวชาญ (Interventional cardiologist) ในสถานพยาบาลที่มีความพร้อม

ด้านศักยภาพ สำหรับผู้ป่วย STEMI การรักษาด้วยวิธี primary PCI ถือว่าเป็นวิธีรักษาที่ดีที่สุด และมีความปลอดภัยหากสามารถทำได้ทันทีโดยไม่มีข้อจำกัด จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI ภายใน 12 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ มีผลในการรักษาทั้งระยะสั้นและระยะยาวดีขึ้น สามารถลดอัตราการตายได้ ร้อยละ 25 ลดการเกิดซ้ำของโรค (re-infarction) ได้ร้อยละ 64 ลดการเกิดเลือดออกในสมองได้ถึง ร้อยละ 95 และลดการเกิด stroke ทุกชนิดได้ ร้อยละ 53 เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการใช้ยาในกลุ่ม fibrinolytics (เกรียงไกร เสงรัมย์ และวิรัช เคหะสุขเจริญ, 2555) สำหรับผู้ป่วย NSTEMI/UA ประมาณร้อยละ 32-40 จะได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI (Amsterdam et al., 2014) จะต้องมีข้อบ่งชี้ในการทำ PCI ดังนี้ (ธนวัฒน์ เบนจางานูวัตรา, 2555)

1) ผู้ป่วย NSTEMI ที่มีลักษณะทางคลินิกจัดอยู่ในกลุ่ม intermediate หรือ high risk ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องใช้แนวทางการรักษา early invasive strategy และต้องไม่มีโรคร่วมชนิดรุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยมีพยากรณ์ของโรคแย่มากอยู่แล้ว เช่น ภาวะสุดท้ายของ hepatic, pulmonary หรือ renal failure หรือเป็นมะเร็งระยะแพร่กระจาย เป็นต้น และบริเวณ culprit lesion ที่ก่อให้เกิด NSTEMI ต้องมีลักษณะที่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยวิธี PCI ด้วย

2) ผู้ป่วย NSTEMI ที่มี 1 หรือ 2-vessel disease และมีพยาธิสภาพก่อให้เกิดการตีบอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (diameter stenosis ตั้งแต่ร้อยละ 70) ที่ proximal LAD หรือไม่มีก็ได้ culprit lesion ที่จะทำการขยายจะต้องเป็นจุดที่มีผลต่อการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นพื้นที่ในปริมาณไม่น้อยอย่างชัดเจน และต้องเป็นบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจที่ยังทำงานได้อยู่ ไม่ใช่เป็นแผลเก่าจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3) ในผู้ป่วยที่เป็น multivessel disease ให้เลือกทำเฉพาะ culprit lesion ก่อน สำหรับตำแหน่งตีบตำแหน่งอื่นให้ประเมินใหม่ทีหลังว่ายังจำเป็นต้องนัดกลับมาทำ PCI เพิ่มเติมทีหลังหรือไม่ (stage procedure)

4) ผู้ป่วย multivessel disease ที่มีรอยโรคตีบ เหมาะต่อการรักษาด้วยวิธี PCI มี left ventricle ทำงานปกติ และไม่มีเบาหวาน

#### 1.6.1.1 การบริหารยาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

American College of Cardiology/ American Heart Association/ Society for Cardiovascular Angiography and Interventions Guidelines of Percutaneous Coronary Intervention ปี 2011 (Levine et al., 2011) ได้สรุปข้อแนะนำในการบริหารยาร่วมกับหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนไว้ดังนี้



### ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet)

#### แอสไพริน (aspirin)

ในผู้ป่วยที่รับประทานยาแอสไพรินอยู่เป็นประจำ ควรได้ยาแอสไพรินขนาด 162-325 มิลลิกรัม ก่อนการทำ PCI ในผู้ป่วยที่ไม่เคยรับประทานยาแอสไพรินมาก่อน ควรให้ยาแอสไพรินขนาด 325 มิลลิกรัม รับประทานอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ก่อนการทำ PCI และถ้าเป็นไปได้ ควรรับประทานมาก่อนทำ PCI 24 ชั่วโมง หลังทำ PCI ผู้ป่วยควรได้ยาแอสไพรินขนาด 81-325 มิลลิกรัม อย่างน้อยเป็นเวลา 1 เดือน หากได้รับการรักษาร่วมกับ Bare-Metal Stent หรืออย่างน้อยเป็นเวลา 12 เดือน หากได้รับการรักษาร่วมกับ Drug-Eluting Stent โดยขนาดยาต่อเนื่อง (maintenance dose) ตามมาตรฐานที่แนะนำคือ 81 มก./วัน ตลอดไป (Amsterdam et al., 2014; O’Gara et al., 2013; Cabarrus & Babb, 2014; Levine et al., 2011)

#### ยากลุ่ม P2Y12 receptor inhibitors

ผู้ป่วยที่จะทำ PCI และไม่เคยได้ยากลุ่ม P2Y12 receptor inhibitors มาก่อน ควรได้รับยา Clopidogrel ขนาด 300-600 มิลลิกรัม รับประทานทันที หรือได้ยา Ticlopidine ขนาด 500 มิลลิกรัมรับประทานทันที ควรได้ Clopidogrel อย่างน้อย 6 ชั่วโมง ก่อนการทำ PCI เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด และอาจใช้ยา Clopidogrel ขนาดสูงกว่า 300 มิลลิกรัมได้ เพื่อให้ระดับการยับยั้งเกล็ดเลือดถึงระดับรักษาเร็วขึ้น หลังการทำ PCI หากได้รับการรักษาร่วมกับ Bare-Metal Stent ผู้ป่วยควรได้ยา Clopidogrel ขนาด 75 มิลลิกรัม วันละครั้งหรือ Ticlopidine ขนาด 250 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง อย่างน้อยเป็นเวลา 1 เดือน หากได้รับการรักษาร่วมกับ Drug-Eluting Stent ควรได้ยา Clopidogrel ขนาด 75 มิลลิกรัม วันละครั้ง หรือ Ticlopidine ขนาด 250 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง หรือ Prasugrel ขนาด 10 มิลลิกรัม วันละครั้ง, และ Ticagrelor 90 มิลลิกรัมวันละ 2 ครั้ง อย่างน้อยเป็นเวลา 12 เดือน (Amsterdam et al., 2014; Cabarrus & Babb, 2014; O’Gara et al., 2013; Levine et al., 2011)

ผลข้างเคียงคือ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง ผื่น อาจมีอาการคล้ายเป็นไข้หวัด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายได้ เช่น เป็นรอยจ้ำเขียวตามผิวหนัง หรือถ่ายอุจจาระสีดำ หากมีอาการดังกล่าวให้หยุดยาแล้วรีบกลับมาพบแพทย์ พยาบาลต้องเน้นให้ผู้ป่วยพึงระวังคือ ในกรณีที่ต้องผ่าตัดหรือถอนฟันที่เสี่ยงต่อการเสียเลือดมากๆ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อหยุดยาก่อนทำหัตถการเหล่านั้น ประมาณ 5-7 วัน (ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, 2555)

#### ยากลุ่ม Beta-blockers (Beta-adrenergic blocking agents)

Beta-blockers เป็นยาที่มีคุณสมบัติขัดขวางการจับของสารสื่อประสาทกับ Beta receptors ที่หัวใจและหลอดเลือด มีทำให้หัวใจเต้นช้าลง หลอดเลือดขยายตัว ช่วยลดความต้องการใช้ออกซิเจนของหัวใจแนะนำให้รับประทานต่อเนื่องไปผู้ป่วยทุกรายที่ไม่มีข้อห้าม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มี

ภาวะหัวใจเต้นช้า ภาวะหัวใจล้มเหลว ความดันโลหิตต่ำ และภาวะหลอดเลือดตีบ ขนาดที่ใช้ เช่น Atenolol (25 มิลลิกรัม) วันละครั้ง หรือ Metoprolol (25 มิลลิกรัม) วันละ 2 ครั้ง การให้ Beta-blocker ชนิดชนิด สามารถให้ได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง หรือหัวใจเต้นเร็วและไม่มีข้อห้ามดังที่กล่าวมาแล้ว (Levine et al., 2011; สราวุฒิ ศิวโมกษธรรม และสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2554) มีหลายการศึกษาที่พบว่า การให้ Beta-blockers ในผู้ป่วย post MI จะสามารถลดอัตราการตาย และช่วยลดการเกิด re-infarction ได้ประมาณร้อยละ 20-25 (Amsterdam et al., 2014; O’Gara et al., 2013; สราวุฒิ ศิวโมกษธรรม และสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2554)

ผลข้างเคียงคือ หัวใจเต้นช้าเกินไป ซึ่มลง มีนงง นอนไม่หลับ มือเท้าเย็น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก อาจมีการรบกวนระบบต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญในร่างกาย เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง เป็นต้น

#### Angiotensin-converting-enzyme (ACE-inhibitors) and Angiotensin II Receptor Blockers (ARB)

ยามีผลยับยั้งการสร้างฮอว์โมนแองจิโอเทนซิน ซึ่งเป็นฮอว์โมนที่ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด เกิดการคั่งของโซเดียมในร่างกาย และทำให้เกิดการบวม น้ำ ใช้รักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทุกราย ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการรักษาทุกรายถ้าไม่มีข้อห้าม โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำท่วมปอด หรือมี EF ต่ำกว่าร้อยละ 40 ข้อห้ามในการใช้ยาในกลุ่มนี้คือ Systolic BP ต่ำกว่า 100 มม.ปรอท หรือต่ำกว่าระดับปกติของผู้ป่วยมากกว่า 30 มม.ปรอท ผู้ที่มีภาวะไตวายหรือหลอดเลือดไตตีบทั้ง 2 ข้างผลข้างเคียงคือ ทำให้เกิดผื่นแดง และทำให้ไอมาก ผู้ป่วยควรได้รับยา กลุ่ม ACE-inhibitors ไปตลอดชีวิตในรายที่ไม่มีข้อห้าม (ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, 2555; สราวุฒิ ศิวโมกษธรรม และสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2554)

ยาในกลุ่ม Angiotensin II receptor blocker (ARB) เป็นกลุ่มยาชนิดใหม่ที่เริ่มนำมาใช้แทนยาในกลุ่ม ACE-inhibitors ในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอด หรือมี EF ต่ำกว่าร้อยละ 40 และผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนผลข้างเคียงของยาในกลุ่ม ACE-inhibitors ได้ โดยเฉพาะอาการไอ แต่มีข้อห้ามใช้เหมือนกับยาในกลุ่ม ACE-inhibitors (Amsterdam et al., 2014; O’Gara et al., 2013)

### Lipid lowering agents

Statin เป็นยาที่มีข้อมูลทางการศึกษามากมายที่พิสูจน์แล้วว่า มีประโยชน์ชัดเจนในผู้ป่วย Post MI โดยพยายามลด LDL cholesterol ให้ต่ำกว่า 100 mg/dl และถ้าเป็นไปได้ ต้องพยายามลด LDL cholesterol ให้ต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรสำหรับยาในกลุ่ม fibrate มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มี HDL cholesterol < 45 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและมี triglyceride > 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรโดยที่ระดับ cholesterol สูงไม่มาก (Amsterdam et al., 2014; Cabarrus & Babb, 2014; O'Gara et al., 2013; สราวุฒิ ศิวโมกษธรรม และสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2554)

เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นเพื่อประสิทธิภาพของการรักษา ภายหลังจากการทำหัตถการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต้องให้ความร่วมมือในการรับประทานยา โดยการรับประทานดังกล่าวอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต ห้ามหยุดยาเอง และต้องมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อปรับขนาดยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และเหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

### 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ การลดอาการเจ็บหน้าอก หรืออาการ/อาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดความวิตกกังวล สร้างความตระหนักของการดำเนินโรคและเข้าใจการดูแลรักษา และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, 2555)

สำหรับการดูแลที่จำเป็นในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีดังนี้

1. เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก ดูแลให้ผู้ป่วยหยุดการทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยนอนพักในท่าที่สุขสบาย โดยจัดท่านั่งหรือนอนแบบศีรษะสูงเล็กน้อย (semi-fowler position) เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ
2. ประเมิน บันทึกลง และรายงานแพทย์ เกี่ยวกับลักษณะอาการเจ็บหน้าอก ทั้งตำแหน่ง ความรุนแรง ระยะเวลาที่เป็น ปัจจัยที่ทำให้เกิดและการอาการอื่นๆร่วมด้วย เช่น เหงื่อแตก ตัวเย็น และประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต ลักษณะการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจทุกครั้งที่มีอาการเจ็บหน้าอก
3. ตรวจสอบคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ 12 lead เมื่อแรกรับผู้ป่วยภายใน 10 นาที และตรวจทุกครั้งที่มีอาการเจ็บหน้าอก
4. ดูแลให้ได้รับยา Nitroglycerin 1 tab SL ตามแผนการรักษา ติดตามการตอบสนองต่อยาและความดันโลหิต ถ้าไม่ดีขึ้นอาจให้ซ้ำได้ทุก 5 นาที ไม่เกิน 3 ครั้ง โดยติดตามประเมิน vital sign และ ECG monitoring ก่อนทุกครั้ง

5. ดูแลให้ออกซิเจน 2 LPM ทาง nasal cannula ถ้าผู้ป่วยหายใจเร็ว หรือมีระดับ oxygen saturation ลดลง หรือให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน (absolute bed rest) ใน 24 ชั่วโมงแรกที่มีอาการเจ็บหน้าอก จำกัดการเยี่ยม ช่วยเหลือการทำกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ วางแผนกิจกรรมการพยาบาลให้ครบถ้วนผู้ป่วยน้อยที่สุด ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนอย่างง่าย ให้ใช้ bed-side commode และแนะนำให้หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ และติดตามประเมินอาการท้องผูก

7. หากอาการเจ็บแน่นหน้าอกไม่ดีขึ้น อาจต้องเตรียมย้ายผู้ป่วยไปหน่วยวิกฤต เพื่อการดูแลรักษาอื่นๆที่เหมาะสมต่อไป

8. ประเมินสภาวะทางอารมณ์ ทศนคติ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และแนวทางการรักษา ตลอดจนให้ความรู้และข้อมูลต่างๆที่ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล ยังไม่รู้ไม่เข้าใจหรือเข้าใจไม่ถูกต้อง ให้ถูกต้องชัดเจนและเหมาะสมกับสถานภาพของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อลดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ตลอดจนให้คำแนะนำวิธีการผ่อนคลาย

สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี มีรายละเอียดดังนี้ (กรรทิมา มีสุนทร, กิตติกร นิลมานันต์, และจากรุวรรณ กฤตย์ประชา, 2558; ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2555)

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ

1. ประสานงานกับหน่วยที่เกี่ยวข้อง โดยพยาบาลควรติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ ทีมผู้เชี่ยวชาญในการทำการขยายหลอดเลือดโคโรนารี เพื่อเตรียมเจ้าหน้าที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ รวมทั้งยืนยันเวลาในการทำหัตถการเพื่อวางแผนในการเตรียมผู้ป่วยส่งไปยังห้องทำหัตถการด้วยความรวดเร็ว และปลอดภัย

2. เตรียมผู้ป่วยเพื่อเตรียมรับการทำหัตถการ โดยอธิบายวิธีการตรวจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึก เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมในแบบฟอร์มก่อนทำหัตถการ

3. ซักประวัติการแพ้ยา แพ้อาหารทะเล สารต่างๆ หากมีประวัติแพ้สารทึบรังสี แพ้ยา แพ้อาหารทะเล เป็นโรคหอบหืด ต้องรายงานแพทย์เพื่อให้แพทย์พิจารณาให้ชนิด และปริมาณสารทึบรังสีที่มีผลต่ออาการแพ้ที่น้อยที่สุด

4. ประเมินระบบไหลเวียนเลือด ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ โดยต้องประเมินอัตรา และจังหวะการเต้นของหัวใจ อาการเจ็บแน่นหน้าอก เสียงหัวใจ ความอุ่น ความเย็นของปลายมือปลายเท้า ประเมินระบบหายใจโดยฟังเสียงปอด อัตราการหายใจ

5. ประเมินการไหลเวียนเลือดบริเวณที่จะใส่สายสวน โดยจับชีพจรตำแหน่งที่อยู่ใต้หลอดเลือดที่จะใส่สายสวน พร้อมทั้งทำเครื่องหมายเพื่อใช้เปรียบเทียบความแรงของชีพจรก่อนและหลังทำหัตถการ

6. ประเมินสภาพเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดภาวะไตวายจากการได้รับสารทึบรังสี ก่อนทำหัตถการ และควรมีการติดตามประเมินการทำหน้าที่ของไต โดยเฉพาะค่า Creatinine เพราะสารทึบรังสีที่ถูกขับออกทางไต จะมีผลทำให้ไตทำงานหนักขึ้น

7. ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก (bleeding risk)

8. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ และอาหาร 6-8 ชั่วโมงก่อนทำหัตถการ

9. โขนคน ทำความสะอาดด้วยสบู่และน้ำ บริเวณหลอดเลือดที่ต้องการทำหัตถการ ได้แก่บริเวณขาหนีบซ้าย/ขวา ข้อพับแขนซ้าย/ขวา ข้อมือซ้าย/ขวา

10. ดูแลให้พักผ่อนเต็มที่ก่อนทำหัตถการ ให้นอนหลับตามแผนการรักษา

11. เปิดหลอดเลือดดำ และให้สารน้ำตามแผนการรักษาไว้ด้านตรงข้ามกับด้านที่แพทย์จะทำหัตถการ

12. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนไปทำหัตถการ

13. ประสานงานกับหน่วยขนย้ายเพื่อส่งผู้ป่วย และประสานงานกับห้องทำหัตถการเพื่อเตรียมรับผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยหลังทำหัตถการ

1. รับผู้ป่วยกลับจากห้องทำหัตถการ ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเจ็บหน้าอก จัดท่านอนราบให้ ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา กรณีทำหัตถการบริเวณขาหนีบให้นอนพักบนเตียง 4-6 ชั่วโมง ให้ขาข้างที่ทำหัตถการตรง ห้ามลุกนั่ง สามารถพลิกตะแคงตัวได้โดยขาข้างที่ทำยังอยู่ในแนวตรง กรณีทำหัตถการบริเวณข้อมือ ให้นอนพักบนเตียง 2-3 ชั่วโมง สามารถลุกนั่งบนเตียงได้ ให้ข้อมือที่ทำหัตถการอยู่ในแนวเหยียดตรง ไม่งอเป็นเวลา 24 ชั่วโมง

2. ประเมินสัญญาณชีพ เปรียบเทียบชีพจรส่วนปลาย สีผิว ความอุ่นของผิวหนังของแขนหรือขาข้างที่ทำ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และเมื่ออาการคงที่ทุก 4 ชั่วโมงจนกว่าผู้ป่วยกลับบ้าน

3. บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG 12 lead) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน

4. ตรวจสอบการมีเลือดออกบริเวณบาดแผล และเลือดออกใต้ผิวหนัง (Bruise) ร่วมกับการประเมินสัญญาณชีพทุกครั้ง รายงานแพทย์เมื่อมีชีพจรเบาลง มีก้อนเลือดใหม่ หรือก้อนเลือดเดิมมีขนาดใหญ่ขึ้น และมีอาการเจ็บมากผิดปกติ สอนให้ผู้ป่วยสังเกตอาการปวดแผล หรือเลือดออกจากแผล และให้รายงานทันที

5. ประเมินอาการติดเชื้อ โดยสังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณที่ทำหัตถการ หากมีอาการบวมให้ใช้กระเป๋าน้ำแข็งประคบ หรือรายงานแพทย์เพื่อขอยาลดอาการปวด

6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ตามแผนการรักษาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่อไต ส่งเสริมให้ดื่มน้ำในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม หากอาการคงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน รู้สึกตัวดี สามารถรับประทานอาหารทางปากได้

7. สังเกตอาการแพ้สารทึบรังสี เช่นอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผื่นที่ผิวหนัง เป็นต้น

8. สังเกตการณ์ถ่ายปัสสาวะ ถ้า 6-8 ชั่วโมงไม่ถ่ายปัสสาวะ รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาสวนปัสสาวะ

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจหลอดเลือดหัวใจ การรักษาที่ได้รับ ผลการรักษา และการมาพบแพทย์ตามนัด ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับก่อนทำหัตถการ และให้ความรู้กรณีผู้ป่วยยังไม่เข้าใจหรือเข้าใจคลาดเคลื่อน

2. ให้ข้อมูลอาการ และอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ต่อเนื่อง บริเวณแผลมีเลือดออก บวม แดง ร้อน มีอาการชา การเต้นของชีพจรผิดปกติ และมีอาการปวดมีน็ีระชะ โดยพยาบาลต้องสอนจับชีพจรด้วยตนเอง มีอาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม และหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น

3. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรงในสัปดาห์แรก เช่น วิ่ง ว่ายน้ำ ซ้ำจักรยาน ห้ามยก ผลัก หรือดันสิ่งของหนักเป็นเวลา 2-3 วัน

4. ห้ามขับรถหรือสตาร์ทรถจักรยานยนต์เป็นเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์

5. หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ประมาณ 2-3 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้โดยไม่มีอันตราย เมื่อผู้ป่วยสามารถขึ้นบันไดได้ 2 ชั้น (มากกว่า 10 ชั้น) โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือเหนื่อย

6. หลีกเลี่ยงอาการท้องผูก และการเบ่งถ่าย

7. ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องตามแผนการรักษา โดยพยาบาลต้องอธิบายเกี่ยวกับชื่อยา ขนาดยา ประโยชน์ของยา ความจำเป็นในการรับประทานยาแต่ละชนิด ตลอดจนวิธีการ และเวลาในการรับประทาน การเก็บรักษายาแต่ละชนิด ผลข้างเคียงที่พบบ่อย

8. อธิบายให้เห็นถึงความสำคัญในการป้องกัน/ลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำด้านการรับประทานอาหารเช้า ควรรับประทานอาหารเช้าที่มีคอเลสเตอรอลต่ำ จำกัดเกลือ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หากสูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่โดยเด็ดขาด และควรหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์

## 2. ความร่วมมือในการรับประทานยา

### 2.1 ความหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยาไว้ดังนี้

Johnson (2002) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วย จากการได้รับรู้ว่ายานเป็นสิ่งที่จะต้องรับประทาน ประสิทธิภาพของยาต่อการรักษา และความปลอดภัยจากการรับประทานยาผู้ป่วยจึงเกิดรูปแบบของการรับประทานยาที่สม่ำเสมอ เป็นประจำในชีวิตประจำวัน

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ให้ความหมายว่าเป็นขอบเขตการใช้ยาของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับคำแนะนำ โดยมีการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

Eagle et al. (2004) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาหมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความสามารถและมีความเต็มใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์สุขภาพเรื่องการรับประทานยา

Osterberg & Blaschke (2005) กล่าวว่า ผู้ป่วยรับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ มีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

Cramer et al. (2008) กล่าวว่า คือระดับความร่วมมือของผู้ป่วยหรือความสอดคล้องที่มีต่อคำแนะนำในการรักษาด้วยยา โดยผู้ป่วยจะคำนึงถึงเวลาในการรับประทาน จำนวนที่ต้องรับประทาน และความถี่ของการรับประทานในแต่ละวัน

Wu et al. (2008) กล่าวว่า คือขอบเขตที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานยาสอดคล้องกับสูตรยาที่พวกเขาได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ

Maddox & Ho (2008) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรับประทานยา คือ ขอบเขตที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาที่ได้รับ

Ho et al. (2009) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาคือการที่ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาเช่น รับประทานยาครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เป็นต้น โดยยังคงรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามคำแนะนำตลอดการรักษา

Fischer et al. (2010) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรับประทานยา คือ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะหยุดยาก่อนกำหนดหรือหยุดยาถาวร

ฐิติกานต์ กาลเทศ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยาว่าเป็นพฤติกรรมในการปฏิบัติตามแผนการรักษาในด้านการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอโดยรับประทานยาให้ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา

อิสริย์กร สุศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยาว่า หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับ ตั้งใจ และมีความต้องการที่จะรับประทานยา โดยเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น บนพื้นฐานของการรับรู้ความจำเป็น ความปลอดภัย ผลประโยชน์ของการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องทั้งชนิด จำนวน ขนาด เวลา ตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นประจำ ไม่เกิดพฤติกรรมการลืมรับประทานยา หยุดรับประทานยาเอง รับประทานยาน้อยหรือมากกว่าที่กำหนด หรือซื้อยามารับประทานเอง

สรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจ มีความเต็มใจ เป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ไม่เกิดพฤติกรรมลืมรับประทานยา มีวิธีที่ทำให้รู้ว่าลืมรับประทานยา มีวิธีช่วยเตือนให้รับประทานยาโรคหัวใจ และรับประทานยาโรคหัวใจจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน บนพื้นฐานรับรู้ว่ายาคือสิ่งที่จำเป็นต้องรับประทาน ประโยชน์ของยาที่มีต่อการรักษา ความปลอดภัยจากการรับประทานยา และมีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อประเมินอุปสรรคที่เป็นสิ่งขัดขวางความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย

## 2.2 แนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยา

ความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication adherence) เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมความร่วมมือที่เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เลือกแผนการรักษา และร่วมวางแผนกับทีมสุขภาพ

แม้ว่าการรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยวิธีขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจะช่วยรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจำเป็นต้องรักษาด้วยยาโรคหัวใจต่อไปในระยะยาวต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ซึ่งการรับประทานอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ต้องอาศัยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย จากการศึกษาของ Rushworth, Cunningham, Mort, Rudd, and Leslie (2012) พบว่า ความเชื่อของผู้ป่วยและการรับรู้ประโยชน์/อุปสรรค ของยาที่มีต่อสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วย เป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่บุคคลมีการตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรคโดยเฉพาะต่อความร่วมมือในการรักษา เป็น



ความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลในภาวะเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะลดหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค โดยจะมีการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีเพื่อจะหายจากโรคและเชื่อว่าสามารถประเมิน ป้องกัน ควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยได้ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค โดยบุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมต้องมีความเชื่อและเปรียบเทียบว่าสิ่งนั้นก่อผลดี ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้ หรือสิ่งที่จะกระทำนั้นก่อให้เกิดความไม่สะดวกที่เป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่ากัน โดยถ้าบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่ถ้ารับรู้ถึงอุปสรรคมากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใดและจะมีความสัมพันธ์กับการกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย จากการศึกษาของ ฐิติกานต์ กาลเทศ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ( $r = .220, p < .05$ ) ส่วนการศึกษาของอิสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีในทางสถิติ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินเองว่าความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายนั้นก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต มีความยากลำบาก ใช้ระยะเวลาในการรักษาเพียงใด ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคม เป็นต้น และเขาจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอย่างไร อิสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ( $r = .187, p < .05$ ) โดยผู้ป่วยรับรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่มีความรุนแรง เป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตได้ จำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสม่าเสมอ Johnson (2002) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากไม่ควบคุมภาวะความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองได้ จึงมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีให้ตนเองหายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัติตนนั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายใจโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย อิสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของยามี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ( $r = .306, p < .05$ ) และสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ร้อยละ 21 ( $R^2 = .21, p < .05$ ) โดยการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ายาสสามารถป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือด ช่วยลดโอกาสการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล การรับประทานยาช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือภาวะหัวใจล้มเหลว เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุมาลี วัจนกร และคณะ (2551) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ร้อยละ 16 ( $R^2 = .16, p < .01$ ) โดยการที่ผู้ป่วยเชื่อว่าการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความดันโลหิตให้กลับมาสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ จึงนำมาซึ่งความร่วมมือในการรับประทานยา

การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก ผลข้างเคียงของยา เป็นต้น ถ้าบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคสูง ก็จะส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นได้ยาก จากการศึกษาของ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษ์ณ เอื้อกิจ (2555) ศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ( $r = -.341, p < .05$ ) และสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ร้อยละ 21 ( $R^2 = .21, p < .05$ ) โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าการรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก มีปัญหาด้านการจดจำ รับประทานยาไม่ตรงเวลา ผลข้างเคียงของยา เช่น หน้ามืด วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน เลือดออกง่าย สอดคล้องกับ สุมาลี วัจนกร และคณะ (2551) ศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ( $R^2 = .16, p < .01$ ) โดยความรู้สึกลัวว่าจะเกิดอันตรายหากรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงไปนานๆ และหน้าของยาเขียนไม่ชัดเจนตัวหนังสือเล็ก หรือไม่สามารถอ่านฉลากยาได้ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงไม่ถูกต้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะประยุกต์นำองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) และ การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

### การประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ที่สามารถนำมาประยุกต์เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา ได้แก่

1. แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคของรัตนา เรือนอินทร์ (2550) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มีจำนวน 7 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .89 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

2. แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมมารับประทานยาความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องเหมาะสมของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) ดัดแปลงมาจาก กรรณิกา เรือนจันทร์ (2535) ที่พัฒนาตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 5 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .87 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

3. แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมมารับประทานยาความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องเหมาะสมของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) ตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 4 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91

### การประเมินการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา

1. แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคของรัตนา เรือนอินทร์ (2550) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 5 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .89 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

2. แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมมารับประทานยาความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องเหมาะสมของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) ดัดแปลงมาจาก กรรณิกา เรือนจันทร์ (2535) ที่พัฒนาตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 11 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .87 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

3. แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมมารับประทานยาความดันโลหิตของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) ตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 4 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีจำนวน 8 ข้อ ค่าความเที่ยง .93

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีซึ่งตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา มีความสอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา อีกทั้งยังมีจำนวนข้อคำถามที่เหมาะสม มีความชัดเจน มีระบบเกณฑ์การให้คะแนนชัดเจน มีความตรงตามเนื้อหาและมีค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ และเป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ประเมินผลตัวแปรได้ตามวัตถุประสงค์

### 2.3 ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ปัญหาที่พบได้ภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีคือการตีบซ้ำของหลอดเลือด โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนร้อยละ 30-60 จะกลับมาตีบซ้ำ ปัจจุบันจึงได้มีการนำขดลวดมาใช้ในการขยายหลอดเลือด โคโรนารีเพื่อลดโอกาสตีบซ้ำของหลอดเลือด อย่างไรก็ตามยังพบอุบัติการณ์การตีบซ้ำของหลอดเลือดภายหลังการใส่ขดลวด มีรายงานว่าผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ขดลวดชนิดไม่มียาเคลือบ (Bare-Metal Stent) จะมีโอกาสหลอดเลือดตีบซ้ำร้อยละ 16-44 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ขดลวดชนิดมียาเคลือบ (Drug-Eluting Stent) จะมีโอกาสหลอดเลือดตีบซ้ำร้อยละ 5-10 (Farooq, Gogas & Serruys, 2011) ดังนั้นภายหลังจากการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับยาหลายชนิดที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแบบทุติยภูมิ (secondary prevention) เช่นการได้รับยากลุ่ม antiplatelet, Beta-blockers, ACE-inhibitors และยาลดไขมันในเลือดรับประทานอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือด (Fernandez et al., 2007; Morton & Fontaine, 2013)

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี รูปแบบการรับประทานยาจะคล้ายคลึงกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคเรื้อรังอื่นๆที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ไปตลอดชีวิต คือมีความจำเป็นต้องรับประทานต้านเกล็ดเลือดและยากลุ่ม cardio-protective medications อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอไปตลอดชีวิตเช่นเดียวกัน มีการศึกษาที่พบว่ามีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีถึงร้อยละ 25 มีความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจไม่ตี ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล นำมาซึ่งความเสี่ยงสูงต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Mathews et al., 2012) และพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยการใส่ขดลวด (ชนิดมียาเคลือบ) มีพฤติกรรมรับประทานต้านเกล็ดเลือด (Clopidogrel) ไม่สม่ำเสมอ ภายใน 7 วันหลังทำหัตถการ (Roth et al., 2012) ซึ่งหากผู้ป่วยหยุดยาต้านเกล็ดเลือด (Clopidogrel) ภายใน 1 เดือน ผู้ป่วยจะมี

อาการแย่ง ต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตภายใน 11 เดือน (Spertus et al., 2006) นอกจากนี้ Ho et al. (2008) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่รับประทานยาในกลุ่ม cardio-protective medications ไม่สม่ำเสมอ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคหัวใจร้อยละ 10-40 และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึงร้อยละ 50-80 Cuisset et al. (2011) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี หากรับประทานยาต้านเกร็ดเลือด เช่น aspirin ไม่สม่ำเสมอ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด cardiac events ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้ดังนั้นความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี จึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างถูกวิธีและต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

#### 2.4 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา

การประเมินว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยานั้น กระทำได้หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกันไป (Ho et al., 2009; Osterberg & Blaschke, 2005; World Health Organization [WHO], 2003) ดังนี้

1. วิธีการสืบหาโดยตรง (Direct method) ได้แก่ การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นการสังเกตการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง ค่อนข้างแม่นยำ แต่มีข้อเสียที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตลอดเวลา และผู้ป่วยอาจซ่อนยาไว้ในปากแทนการกลืนปกติ ทำให้การประเมินมีความผิดพลาดได้ การดูปริมาณยาในร่างกาย โดยการเจาะเลือด เก็บปัสสาวะหรือน้ำลายเพื่อส่งวิเคราะห์หาปริมาณยา หรือการตรวจวัด Biological marker ต่างๆ วิธีนี้เป็นวิธีที่มีความเที่ยงสูง แต่ไม่นิยม เนื่องจากมีราคาแพงและผู้ป่วยอาจต้องเจ็บตัวจากการเจาะเลือด

2. วิธีสืบหาโดยอ้อม (Indirect method) ได้แก่ การให้ผู้ป่วยบันทึกวันและเวลารับประทานยาเอง แต่วิธีนี้ไม่น่าเชื่อถือนักเพราะขึ้นกับผู้ป่วยเป็นหลัก การดูปริมาณยาที่เหลือ ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ ยาที่ผู้ป่วยนำมานับอาจไม่ใช่ยาที่เหลือทั้งหมดจริงๆ การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ เพื่อบันทึกการยาที่ใช้ข้อจำกัดคือ เครื่องมือมีราคาแพง การวัดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่นการมารับยา หรือการมาตรวจตามนัด เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย แต่ไม่สามารถยืนยันได้ว่าผู้ป่วยที่มารับยาตามนัดทุกครั้งจะมีความร่วมมือในการรับประทานยา การวัดผลการรักษาหรือผลของยาที่เกิดขึ้น เช่น ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต เป็นต้น แต่วิธีนี้ไม่สามารถสรุปได้ทันทีว่าผลการรักษาที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากมีความซับซ้อนของปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่นผลของยาที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงยา และภาวะร่างกายในขณะนั้นๆ การสัมภาษณ์โดยตรงหรือการใช้แบบสอบถาม (Interview or questionnaires) สามารถวัดได้โดยตรงกับตัวผู้ป่วย หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

เป็นวิธีที่สะดวก และค่าใช้จ่ายน้อย (Osterberg & Blaschke, 2005) ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ ผู้สัมภาษณ์ต้องมีความชำนาญและไม่ใช้คำถามในลักษณะจับผิด ควรระมัดระวังการที่ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ตอบตรงกับข้อเท็จจริง และเกิดความเบื่อหน่าย หากมีข้อคำถามมากเกินไป (Hawkshead & Krousel-Wood, 2007) จากการทบทวนวรรณกรรมพบการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยดังนี้

1. The 8-item Morisky medication adherence score (MMAS-8) (Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward, 2008) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาโดยทั่วไป มีข้อคำถาม 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .83

2. Hill-Bone Scale เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยวัดพฤติกรรม 3 ด้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การลดเค็ม การมาตรวจตามนัด การความร่วมมือในการรับประทานยา มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ (Lavsas, Holzworth, & Ansani, 2003) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .65

3. Medication Adherence Scale (MAS) เป็นการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ประกอบด้วย ความรู้ ทัศนคติ และอุปสรรค จำนวน 18 ข้อคำถาม และประเมินข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานยาจำนวน 14 ข้อคำถาม (Wu, Chung, Lennie, Hall, & Moser, 2008) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74

4. แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ของ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ที่ดัดแปลงมาจาก Fung (2009) สร้างแบบสอบถามตามแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาของ Johnson (2002) เพื่อวัดความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี มีข้อคำถาม 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ ข้อคำถามมีความเฉพาะเจาะจง มีจำนวนข้อคำถามที่เหมาะสมไม่มากหรือน้อยเกินไป ข้อคำถามมีความชัดเจน มีระบบเกณฑ์การให้คะแนนชัดเจน มีความตรงตามเนื้อหาและมีค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ และเป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ประเมินผลตัวแปรได้ตามวัตถุประสงค์

### 3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของ Desai and Choudhry (2013) พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยหลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา เกิดได้จากหลายปัจจัย 1) ปัจจัยจากผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะด้านประชากร ไม่ว่าจะเป็น อายุ เพศ และเชื้อชาติ การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับยา (ประโยชน์และโทษ) สมรรถนะของการรู้คิด สิ่งที่มีสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยเช่น อาการทางจิตเวชรวมทั้งการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ คุณสมบัติของยา เช่น สุนทรยา จำนวนเม็ดยา และผลข้างเคียงของยา 2) ปัจจัยจากทีมสุขภาพ พบปัญหาเรื่องทักษะการสื่อสาร และการใช้เวลาของทีมสุขภาพแก่ผู้ป่วยในการปรึกษาเรื่องยาที่น้อยเกินไป ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในภายหลังได้ และ 3) ปัจจัยจากระบบสุขภาพ ได้แก่ ราคา ยา และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย

**อายุ** การศึกษาของ Ho, Bryson, and Rumsfeld (2009) พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mann, Woodward, Muntner, Falzon, and Kronish (2010) พบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาลดไขมันในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุ คือ มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 50 ปีจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาดำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 50-69 ปี การศึกษาของ Mochari, Ferris, Adigopula, Henry, and Mosca (2007) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่อายุน้อยกว่า 45 ปี จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี ขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**เพศ** การศึกษาของ Tuntikosoom, Aunguroch, and Jitpanya (2011) พบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยา โดยเพศชายจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่าเพศหญิง และเพศชาย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาได้ร้อยละ 16.3

**ระดับการศึกษา** การศึกษาของ สุภาพร แนวบุตร (2548) พบว่าระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 19.7

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) พบว่าองค์ประกอบด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์กับความ

ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ส่วนองค์ประกอบด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม โดยการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้ร้อยละ 21 ( $R^2 = .21, p < .05$ )

**การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค** หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใดและจะมีความสัมพันธ์กับการกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยจากการศึกษาของจิตติกันต์ กาลเทศ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ( $r = .220, p < .05$ ) ส่วนการศึกษาของอิสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

**การรับรู้ความรุนแรงของโรค** หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินเองว่าความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายนั้นก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต มีความยากลำบาก ใช้ระยะเวลาในการรักษาามากเพียงใด ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคม เป็นต้น และเขาจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอย่างไรการศึกษาของ อิสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ( $r = .187, p < .05$ ) โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่มีความรุนแรง เป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตได้ จำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสม่าเสมอ Johnson (2002) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากไม่ควบคุมภาวะความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองได้ จึงมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

**การรับรู้ประโยชน์** หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีให้ตนเองหายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้อายุยืนยาวโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย จากการศึกษาของ อิสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ( $r = .306, p < .05$ ) และสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา



ของผู้ป่วยได้ร้อยละ 21 ( $R^2 = .21, p < .05$ ) โดยการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ายาสสามารถป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือด ช่วยลดโอกาสการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล การรับประทานยาช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือภาวะหัวใจล้มเหลว เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุมาลี วัจนกร และคณะ (2551) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ร้อยละ 16 ( $R^2 = .16, p < .01$ ) โดยการที่ผู้ป่วยเชื่อว่าการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความดันโลหิตให้กลับมาสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ จึงนำมาซึ่งความร่วมมือในการรับประทานยา

**การรับรู้อุปสรรค** หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่น ค่าใช้จ่าย ความอาย ความไม่สะดวก เป็นต้น ถ้าบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคสูง ก็จะทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก Wu et al. (2008) ศึกษาพบว่าอุปสรรคเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะต้องประเมินอุปสรรค ที่จะนำมาซึ่งความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย เช่น ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยา ตารางเวลาในการรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา เป็นต้น และต้องหาแนวทางเพื่อลดอุปสรรคนั้นเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย จากการศึกษาของ อิศริย์กร สุศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) พบว่า การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ( $r = -.341$ ) และสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ร้อยละ 21 ( $R^2 = .21, p < .05$ ) โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าการรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก มีอุปสรรคด้านการจดจำ อาการข้างเคียงของยา เช่น หน้ามืด วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน เลือดออกง่าย และสุมาลี วัจนกร และคณะ (2551) ศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ( $R^2 = .16, p < .01$ ) โดยความรู้สึกลัวว่าจะเกิดอันตรายหากรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงไปนานๆ และหน้าของยาเขียนไม่ชัดเจนตัวหนังสือเล็ก หรือไม่สามารอ่านฉลากยาได้ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงไม่ถูกต้อง

**ภาวะซึมเศร้า** เป็นแนวคิดของ Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อสถานการณ์ที่มีความเครียดและคุกคามต่อบุคคลนั้น โดยมีการแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ โศกเศร้า หดหู่ เสียใจ สิ้นหวัง อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และมีความคิดต่อตนเองในทางลบภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อความล้มเหลวต่อความร่วมมือในการ

รับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Molly, Perkins-Porras, Bhattacharyya, Strike, & Steptoe, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ อีสรีย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) พบว่าภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ( $r = -.245, p < .05$ )

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตน** ของ Bandura (1986) เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายไว้ การศึกษาของ Kang, Yang, and Kim (2010) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อีสรีย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ( $r = .171, p < .05$ )

**การสนับสนุนทางสังคม** ของ House (1981) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การเห็นคุณค่า และการให้ความรัก การเข้าใจในปัญหาและรับฟังปัญหาต่างๆด้วยความเข้าใจ และช่วยเหลือด้านทรัพยากรในด้านต่างๆ 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร การประเมินค่า และ ด้านทรัพยากร อีสรีย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ( $r = .319, p < .05$ ) เช่นเดียวกับ ฐิติกานต์ กาลเทศ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ( $r = .368, p < .05$ )

เนื่องจากงานวิจัยในครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คนวัยนี้มีความเชื่อมั่นอย่างสมบูรณ์ทั้งในตนเอง และหน้าที่ของตนต่อสังคม คนวัยนี้ส่วนมากจะปรับตัวได้อย่างดีกับปัญหาชีวิต มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี ดังนั้นความต้องการด้านการสนับสนุนทางสังคม จึงมีค่อนข้างน้อยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัยนี้ ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษา 2 ปัจจัย คือ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และเป็น

ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนวยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### 4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ในการที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีจะดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพนั้น จะต้องอาศัยการปฏิบัติตัวดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะการรับประทานยาโรครหัวใจ ที่จะต้องอาศัยความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องไปตลอดชีวิต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องยา การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหา และสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องได้ (Mutsch & Herbert, 2010)

**ด้านการให้ความรู้ (Education)** พยาบาลต้องมีทักษะในการให้ความรู้โดยการสอนและแนะนำผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี เกิดความรู้ความเข้าใจรับรู้ถึงประโยชน์และผลข้างเคียงของยาที่มีต่อแผนการรักษา ให้แหล่งประโยชน์ที่ดี เช่น จัดหาคู่มือเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจในความสำเร็จ รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและข้อควรระวังในการรับประทานยา การปฏิบัติตัวหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา เพื่อเป็นการลดการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา และสามารถเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

**ด้านการให้คำปรึกษา (Consultant)** พยาบาลต้องมีทักษะในการให้คำปรึกษาโดยต้องมีองค์ความรู้ในเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะผิดปกติหลังรับประทานยา พยาบาลสามารถให้คำปรึกษาและแนะนำผู้ป่วยให้ลดความวิตกกังวลและหาแนวทางการแก้ไขที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย และทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อประเมินปัญหาและหาวิธีแก้ไขเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยต่อไป

**ด้านการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowering)** พยาบาลต้องมีทักษะในการสร้างแรงจูงใจภายใน กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสามารถที่มีอยู่ ความพร้อมที่มีอยู่ และความต้องการที่แท้จริงในการแก้ไขปัญหา อุปสรรคต่างๆ

**ด้านการเป็นผู้ประสานงาน (Collaborator)** การดูแลส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีให้ประสบความสำเร็จ ต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร เป็นต้น ดังนั้น พยาบาลจึง

ต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร ทักษะในการประสานงานขอความร่วมมือจากทีมสุขภาพเพื่อสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

## 5. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค

โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี เกิดการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยกระบวนการจัดกิจกรรมได้จากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) เพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้ ดังนี้

จากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงประจำหอผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิในภาคใต้ พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ก่อนการจำหน่าย ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเรื่อง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ด้านโภชนาการ การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด และการปฏิบัติตัวหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งรูปแบบดังกล่าวยังขาดการกระตุ้นเตือน การติดตามเยี่ยม การส่งเสริมโดยเน้นการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา และยังขาดการประเมินเพื่อจัดการอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาภายหลังการจำหน่าย

Baroletti and Dell'Orfano (2010) ศึกษาพบว่า การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคประโยชน์ของยาต่อการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการรักษาจากความร่วมมือในการรับประทานยา จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้น ส่วนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงซึ่งเกิดจากผลข้างเคียงของยาแผนการดูแลตนเองหากเกิดอาการข้างเคียงจากยาโดยทีมสุขภาพต้องเน้นให้ผู้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากยา มากกว่าความกลัวผลข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยจะช่วยลดอุปสรรคที่ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาได้ ซึ่งการมีตัวแบบเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์จะช่วยลดอุปสรรค ซึ่งเกิดจากการขาดแรงจูงใจหรือขาดความตระหนักในการรับประทานยาได้อีกทางหนึ่ง (Laba et al., 2013) การศึกษาของ Schneider et al. (2011) พบว่าการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นวิธีการกระตุ้นเตือนที่นิยมมากที่สุดเพื่อเตือนผู้ป่วยให้ไม่ลืมรับประทานยา ซึ่งการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล เป็นการติดตามผู้ป่วย ให้ความรู้ คำแนะนำ สนับสนุนให้

ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย และเป็นวิธีที่มีประโยชน์ เพราะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะต้องเดินทางมาโรงพยาบาลอีกด้วย การศึกษาของ Park, Howie-Esquivel, Chung, and Dracup (2013) ศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยการใช้การส่งข้อความเพื่อเตือนการรับประทานยา เป็นระยะเวลา 30 วัน พบว่าสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ Rinfret et al. (2013) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ให้คำปรึกษาเรื่องความสำคัญของการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดแก่ผู้ป่วยในวันที่ 7 จากนั้น 1, 6 และ 9 เดือน หลังเหตุการณ์ขยายหลอดเลือดโคโรนารี และวัดความร่วมมือในการรับประทานยาในเดือนที่ 3, 6 และ 12 พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่าส่วนใหญ่การวัดผลความร่วมมือในการรับประทานยาจะใช้ระยะเวลาที่ 1, 3, 6, หรือ 12 เดือน

ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค โดยการใช้ความรู้ก่อนการจำหน่าย นำเสนอตัวแบบเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กับผู้ป่วย ร่วมกับโทรศัพท์ติดตามการรับประทานยา เพื่อทำให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีของการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้เวลาในการศึกษาเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่สามารบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาได้ ประกอบด้วย

1) การสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนแรกของโปรแกรม มีการดำเนินตั้งแต่วันแรกที่พบผู้ป่วย และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรม โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างความไว้วางใจ ความเชื่อมั่น เพื่อการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย วิเคราะห์ และค้นหาปัญหาของผู้ป่วย

2) การให้ความรู้ เป็นรายบุคคล ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยโดย ข้อมูลที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่างนั้นได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราเอกสารทางวิชาการ งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เพื่อจัดทำเป็นคู่มือสำหรับผู้ป่วยทบทวนความรู้ที่ได้รับด้วยตนเอง โดยมีเนื้อหาการให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เรื่องความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ โดยอธิบายยาโรคหัวใจที่ผู้ป่วยได้รับ 1) การออกฤทธิ์ของยา 2) ประโยชน์ของยา 3) วิธีใช้ยา 4) ผลข้างเคียงของยา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น 5) คำแนะนำในการรับประทานยา 6) อุปสรรคที่มีผลต่อความ

ร่วมมือในการรับประทานยา เช่น ผลข้างเคียงของยา การจดจำยาที่ต้องรับประทาน การรับประทานยาไม่ตรงเวลา 7) เสนอแนะแนวทางการจัดการอุปสรรคที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ด้านความจำ มีอุปกรณ์ช่วยเตือนความจำ เช่น กล่องหรือตลับบรรจุยา, ปฏิทินแสดงวันที่ต้องใช้ยา, การจดบันทึกการรับประทานยา, การตั้งนาฬิกาปลุกเพื่อเตือนให้รับประทานยา ด้านผลข้างเคียงให้คำแนะนำถึงวิธีการหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับอาการข้างเคียง ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นนั้นสามารถหลีกเลี่ยงและจัดการได้ หากเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงหรือกระทบชีวิตประจำวัน ให้ผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ห้ามหยุดยาเองโดยเน้นการอธิบายให้ผู้ป่วยรับรู้อถึงประโยชน์ เห็นแนวทางการลดอุปสรรคที่ขัดขวางไม่ให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย (ใช้เวลาประมาณ 40 นาที)

3) รับชมตัวแบบผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ประสบความสำเร็จในการรักษาและมีความร่วมมือในการรับประทานยา ผ่านสัมภาษณ์ของผู้วิจัยและบันทึกเป็นวิดีโอ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์เกี่ยวกับ ความรู้เรื่องยารักษาโรคหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา อุปสรรคที่มีต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และแนวทางแก้ไข การพูดคุยให้กำลังใจเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่าง (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) และแจกคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล่อมเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

4) การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 2-4 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อเตือนความจำในการรับประทานยา ทบทวนความรู้ตามคู่มือการรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเน้นย้ำประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา ประเมินอุปสรรคที่มีต่อความร่วมมือในการรับประทานยา พร้อมหาแนวทางแก้ไข เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และพูดคุยให้กำลังใจ (เวลาประมาณ 5-10 นาที) โดยในสัปดาห์ที่ 4 จะประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ โดยการตอบแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจผ่านทางโทรศัพท์

5) สัปดาห์ที่ 5 ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุภาพร แนวบุตร (2548) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ, อาการข้างเคียงของยา, ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและการใช้ยา, การสนับสนุนทางสังคม และพบว่าความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและการใช้ยา และระดับการศึกษาสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้

ศศิธร อุตตะมะ (2549) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง

รัตนา เรือนอินทร์ (2550) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมโรคด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .214, .438, \text{และ} .587$  ตามลำดับ)

สุมาลี วัจนานกร และคณะ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาสามารถทำนายพฤติกรรมรับประทานยาในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .16, p < .01$ )

ฐิติกานต์ กาลเทศ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .220, .207, .195$  และ  $.368$  ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.238$ ) โดยเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ณัฐจิรา ประสาทแก้ว, แสงทอง ชีระทองคำ, และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2555) พบว่า การใช้โปรแกรมเยี่ยมบ้านร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และค่าความดันโลหิตซิสโตลิกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

อิสริย์กร สุศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลัง

ได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .187, .306, .171,$  และ  $.319$  ตามลำดับ) การรับรู้โอกาสเสี่ยง และ ภาวะโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ( $r = .153$  และ  $r = .067$ ) การรับรู้อุปสรรคและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.341$  และ  $r = -.266$ ) และการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม และการรับรู้ความรุนแรง สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ร้อยละ 21 ( $R^2 = 0.21, p < .05$ )

อรกมล เฟื่องกุล, นรลักษณ์ เอื้อกิจ, และปชาณัฐ์ ตันติโกสุม (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยมีรูปแบบกิจกรรมคือ การให้ความรู้ตามแผนการสอน แจกคู่มือการใช้ยา วาร์ฟารินสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ และการโทรศัพท์ในการให้พยาบาลทางไกล ในสัปดาห์ที่ 1-4, 5,7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Johnson (2002) พบว่า ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประเมินการรับประทานยาว่าปลอดภัยมากกว่าที่จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่าการรับประทานยาไม่รุนแรงหรือเป็นอุปสรรคแล้ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา และเชื่อว่าหากผู้ป่วยเกิดความเชื่อว่าการรับประทานยามีประโยชน์ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาตามมา

Fernandez et al. (2007) ศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีในระยะยาว ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีประมาณ ร้อยละ 50 มีการรับประทานยา 3-4 ชนิดต่อวัน ส่วนใหญ่เป็นยาเกี่ยวกับ ควบคุมระดับไขมัน ยารักษาความดันโลหิตสูง และยาป้องกันการแข็งตัวของโรค พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 94.6 ไม่พบว่าการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามพบผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 11 ขาดการรับประทานยาเป็นบางครั้งเมื่อต้องออกไปทำธุระข้างนอกหรือเมื่ออาการดีขึ้น

Jackevicius et al. (2008) ศึกษาความชุก ปัจจัยทำนาย และผลจากความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่ามีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพียงร้อยละ



74 ที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ในระยะเวลา 3 เดือนหลังการจำหน่าย โดยพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาภายใน 7 วันหลังออกจากโรงพยาบาล ทำให้เพิ่มอัตราเสียชีวิตที่สูงขึ้นภายใน 1 ปี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาได้แก่ อายุน้อย ผู้มีรายได้น้อย และการให้คำปรึกษาเรื่องยาก่อนการจำหน่าย

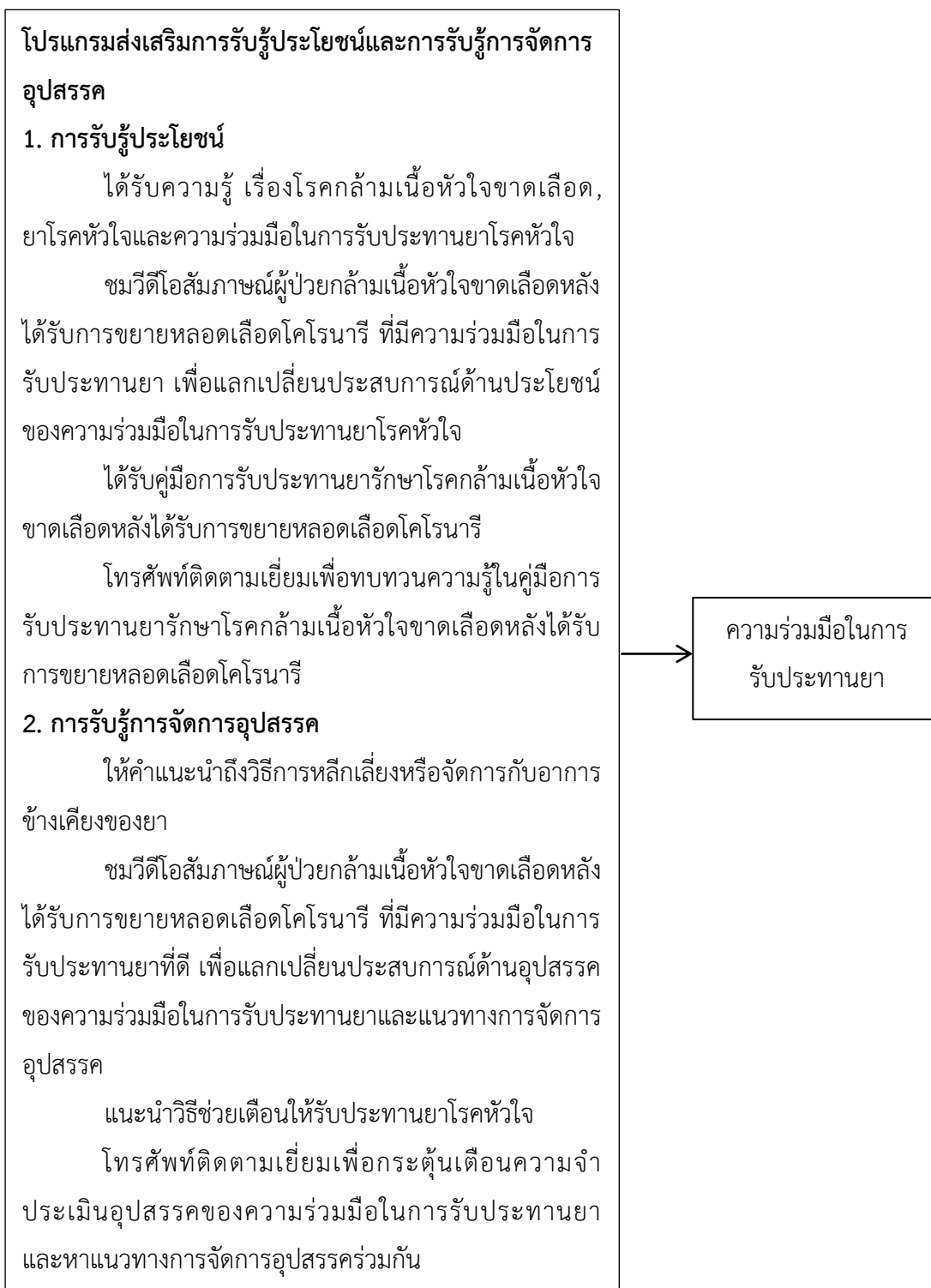
Tuntikosoom et al. (2011) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับปฐมภูมิ พบว่าจำนวนโรคความเจ็บป่วยอื่นนอกเหนือจากโรคหัวใจและหลอดเลือด การศึกษาในระดับมัธยม และเพศชาย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาได้ร้อยละ 16.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Park et al. (2013) ศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยการใช้การส่งข้อความเพื่อเตือนการรับประทานยา เป็นระยะเวลา 30 วัน พบว่าสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

Rinfret et al. (2013) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยใช้การโทรศัพท์ให้คำปรึกษาเรื่องความสำคัญของการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดแก่ผู้ป่วยในวันที่ 7 จากนั้น 1, 6 และ 9 เดือน หลังหัตถการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และวัดความร่วมมือในการรับประทานยาในเดือนที่ 3, 6 และ 12 พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น การศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น ซึ่งมีพฤติกรรมการรับประทานยาคัลยคลึงกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี คือต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นระยะเวลานาน หรือตลอดชีวิตเช่นเดียวกัน ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์นำองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การตีบซ้ำของหลอดเลือดลดอัตราการเข้ารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตามกรอบแนวคิดในการทำวิจัย ดังนี้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี แบบแผนการทดลองเป็นแบบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Control Group Design ) (Polit & Beck, 2008) โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

#### กลุ่มควบคุม

O<sub>1</sub>

O<sub>2</sub>

#### กลุ่มทดลอง

O<sub>3</sub>

X

O<sub>4</sub>

- O<sub>1</sub> หมายถึง คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O<sub>2</sub> หมายถึง คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O<sub>3</sub> หมายถึง คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค
- O<sub>4</sub> หมายถึง คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค
- X หมายถึง การได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิในภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1) กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1.1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และได้รับการรักษาด้วยวิธีขยายหลอดเลือดโคโรนารี (Percutaneous Coronary Intervention [PCI])
- 1.2) ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก
- 1.3) ผู้ป่วยมีประวัติได้รับยาต้านเกล็ดเลือด และ/หรือยากลุ่ม cardio-protective medications (Beta-blockers, statins, ACEIs/ARBs)
- 1.4) มีความสามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี
- 1.5) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อติดตามเยี่ยมได้
- 1.6) ผู้ป่วยเต็มใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

2) เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน เช่น เจ็บหน้าอก หน้ามืด ใจสั่น ชีพจรเต้นผิดจังหวะ หายใจหอบเหนื่อย เป็นลม โดยผู้วิจัยจะยุติการให้โปรแกรมทันทีและประสานงานเพื่อนำส่งแพทย์ทำการรักษาที่เหมาะสมต่อไป หรือผู้ป่วยที่ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ได้

ในขณะที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อย หน้ามืด ใจสั่น ชีพจรเต้นผิดจังหวะ สามารถโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมได้ทุกสาย ไม่มีการคัดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองออกจากกลุ่มตัวอย่าง และไม่มีผู้แสดงความจำนงขอออกจากการวิจัย

3) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ให้มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (matched pairs) เป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยพิจารณาองค์ประกอบดังต่อไปนี้

3.1) อายุ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีอายุอยู่ในช่วงเดียวกัน คือช่วงอายุ < 45 ปี และช่วงอายุ ≥ 45 ปี (Mochari et al., 2007)

3.2) เพศ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เป็นเพศเดียวกัน (Tuntikosoom et al., 2011)

3.3) ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีระดับการศึกษาเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (สุภาพร แนวบุตร, 2548)

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ตามหลักการออกแบบการกำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงทดลอง ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมคือ ต้องมีขนาดตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (สุวิมล ว่องวานิช และนางลักษณ์ วิรัชชัย, 2546) สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistical Power Table) ด้วยการกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .05 อำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = .05$  จากการเปิดตารางอำนาจทดสอบได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2005) รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน โดยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างอีก 22 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความใกล้เคียงกันมากที่สุดด้วยการจับคู่ (matched pairs) ในเรื่องอายุ < 45 ปี และอายุ  $\geq 45$  ปี (Mochari et al., 2007) เพศ (Tuntikosoorn et al., 2011) และระดับการศึกษา (สุภาพร แนวบุตร, 2548) และเพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างและเป็นอิสระจากกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบก่อนแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง

### วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยมีวิธีการดังนี้

#### กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

2) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยดูข้อมูลจากทะเบียนประวัติการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ตลอดจนขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Inform Consent Form) ผู้วิจัยจึงทำการจัดให้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม จนครบ 22 คน

### กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

2) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยดูข้อมูลจากทะเบียนประวัติการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี พิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มควบคุม (matched pairs) โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีเพศตรงกัน (Tuntikosoorn et al., 2011) มีอายุอยู่ในช่วงเดียวกัน คือช่วงอายุ  $< 45$  ปี และอายุ  $\geq 45$  ปี (Mochari et al., 2007) และมีระดับการศึกษาใกล้เคียงกันมากที่สุด (สุภาพร แนวบุตร, 2548) จนได้กลุ่มทดลองครบ 22 คน

3) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ตลอดจนขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Inform Consent Form)

**ตารางที่ 1** คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบ เพศ อายุ และระดับการศึกษา

| คู่ที่ | กลุ่มควบคุม (n=22) |           |                  | กลุ่มทดลอง (n=22) |           |                  |
|--------|--------------------|-----------|------------------|-------------------|-----------|------------------|
|        | เพศ                | อายุ (ปี) | ระดับการศึกษา    | เพศ               | อายุ (ปี) | ระดับการศึกษา    |
| 1      | หญิง               | 58        | ปริญญาตรี        | หญิง              | 55        | ปริญญาตรี        |
| 2      | ชาย                | 50        | มัธยมศึกษา       | ชาย               | 55        | มัธยมศึกษา       |
| 3      | ชาย                | 61        | ปริญญาตรี        | ชาย               | 63        | ปริญญาตรี        |
| 4      | ชาย                | 59        | สูงกว่าปริญญาตรี | ชาย               | 54        | สูงกว่าปริญญาตรี |
| 5      | ชาย                | 53        | มัธยมศึกษา       | ชาย               | 53        | มัธยมศึกษา       |
| 6      | ชาย                | 54        | มัธยมศึกษา       | ชาย               | 57        | มัธยมศึกษา       |
| 7      | ชาย                | 65        | ประถมศึกษา       | ชาย               | 65        | ประถมศึกษา       |
| 8      | ชาย                | 46        | มัธยมศึกษา       | ชาย               | 51        | มัธยมศึกษา       |
| 9      | ชาย                | 60        | มัธยมศึกษา       | ชาย               | 61        | มัธยมศึกษา       |
| 10     | ชาย                | 52        | ปริญญาตรี        | ชาย               | 54        | ปริญญาตรี        |
| 11     | ชาย                | 59        | อนุปริญญา        | ชาย               | 55        | อนุปริญญา        |
| 12     | ชาย                | 56        | ประถมศึกษา       | ชาย               | 51        | ประถมศึกษา       |
| 13     | ชาย                | 38        | มัธยมศึกษา       | ชาย               | 43        | มัธยมศึกษา       |
| 14     | ชาย                | 57        | อนุปริญญา        | ชาย               | 59        | อนุปริญญา        |
| 15     | ชาย                | 60        | ประถมศึกษา       | ชาย               | 59        | ประถมศึกษา       |
| 16     | ชาย                | 52        | ปริญญาตรี        | ชาย               | 49        | ปริญญาตรี        |
| 17     | ชาย                | 51        | อนุปริญญา        | ชาย               | 48        | อนุปริญญา        |
| 18     | ชาย                | 55        | มัธยมศึกษา       | ชาย               | 55        | มัธยมศึกษา       |
| 19     | ชาย                | 46        | มัธยมศึกษา       | ชาย               | 46        | มัธยมศึกษา       |
| 20     | ชาย                | 59        | ปริญญาตรี        | ชาย               | 59        | ปริญญาตรี        |
| 21     | ชาย                | 61        | ประถมศึกษา       | ชาย               | 65        | ประถมศึกษา       |
| 22     | ชาย                | 54        | ปริญญาตรี        | ชาย               | 57        | ปริญญาตรี        |

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

### ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

#### 1. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประชนยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ร่วมกับศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประชนยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

1.2 สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค ซึ่งประกอบด้วย หลักการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนของโปรแกรม วิธีการดำเนินการแต่ละขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการ และการประเมินผลของโปรแกรม

1.3 กำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ รับชมวีดิโอสัมภาษณ์ตัวแบบ คู่มือการรับประชนยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

1.4 จัดทำเอกสารและสื่อประกอบการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคตามที่กำหนด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.4.1 แผนการสอนเรื่องความร่วมมือในการรับประชนยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ผู้วิจัยทำการสรุปเนื้อหาหลักที่สำคัญในเรื่องความร่วมมือในการรับประชนยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้

- 1) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
- 2) ยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
- 3) การออกฤทธิ์ของยา
- 4) ประโยชน์ของยา
- 5) วิธีใช้ยา
- 6) ผลข้างเคียงของยา
- 7) คำแนะนำในการรับประชนยา
- 8) อุปสรรคที่เป็นสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรับประชนยา พร้อมแนวทางแก้ไข และ
- 9) สรุป โดยนำเสนอเนื้อหาตามแผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (PowerPoint presentation) และมีสื่อประกอบการสอนจริง ได้แก่ ยารักษาโรคหัวใจของผู้ป่วย

1.4.2 วีดิโอสัมภาษณ์ตัวแบบซึ่งเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี



ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแบบที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับที่ดี โดยประเมินจากแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของ อิศรียกร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์เกี่ยวกับ ความรู้เรื่องยารักษาโรคหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา อุปสรรคที่มีต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และแนวทางการจัดการอุปสรรค

1.4.3 คู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตของเนื้อหา ประกอบด้วย

1) ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง วิธีการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ข้อปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2) ความรู้เรื่องยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ได้แก่ยาต้านเกล็ดเลือด ยาควบคุมการเต้นของหัวใจ ยาลดแรงดันของหัวใจ ยาลดไขมันในเลือด การออกฤทธิ์ ประโยชน์ของยา วิธีการใช้ยา ผลข้างเคียง และคำแนะนำในการรับประทานยา

3) แนวทางการจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ

#### 1.4.4 แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

ผู้วิจัยกำหนดเนื้อหาในการสนทนาทางโทรศัพท์เช่นเดียวกับเนื้อหาในแผนการสอนและคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2-4 เป็นการซักถามอาการทั่วไป และอาการผิดปกติหลังการรักษา ให้คำแนะนำเฉพาะเจาะจงเรื่องความร่วมมือในการรับประทานยาตามคู่มือการรับประทานยาโดยเน้นย้ำการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ ประเมินปัญหาและการจัดการอุปสรรคในการรับประทานยา และกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาโรคหัวใจ

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

##### ขั้นตอนที่ 1 ขั้นประเมินผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 50 นาที

สัปดาห์ที่ 1 ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา และประเมินการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา จากนั้นผู้วิจัยให้

ความรู้ตามแผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (PowerPoint presentation) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 2) ยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 3) การออกฤทธิ์ของยา 4) ประโยชน์ของยา 5) วิธีใช้ยา 6) ผลข้างเคียงของยา 7) คำแนะนำในการรับประทานยา 8) อุปสรรคที่เป็นสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา แนวทางการจัดการอุปสรรค และ 9) สรุป และมีสื่อประกอบการสอนจริง ได้แก่ ยาเม็ดของผู้ป่วย (ใช้เวลาประมาณ 40 นาที)

จากนั้นจัดให้ผู้ป่วยชมวิดีโอสัมภาษณ์ตัวแบบซึ่งเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่ประสบความสำเร็จในการรักษาและมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พร้อมแจกคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนเนื้อหาที่ผู้วิจัยให้ความรู้ภายหลังการจำหน่าย และนัดหมายเกี่ยวกับวัน เวลาที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย โดยนัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตามวันและเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

### **ขั้นที่ 2 ขั้นโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม**

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย โดยใช้บทสนทนาตามแผนโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เพื่อสอบถามอาการทั่วไป ทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และเพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาโรคหัวใจ โดยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 5-10 นาที การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสัปดาห์ที่ 2-4 เพื่อเตือนความจำเรื่องการรับประทานยา ทบทวนความรู้ตามคู่มือ เน้นย้ำประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา ประเมินอุปสรรคที่มีต่อความร่วมมือในการรับประทานยา พร้อมหาแนวทางการจัดการอุปสรรคเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และพูดคุยให้กำลังใจ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจในสัปดาห์ที่ 4 ผ่านทางโทรศัพท์

### **ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที**

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาผ่านทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

#### **1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)**

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี แผนการสอนเรื่อง “ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” วิดีโอสัมภาษณ์ตัวแบบซึ่งเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี คู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารี แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่

1.1 แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ 1 คน

1.2 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 คน

1.3 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 คน

#### ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมและระยะเวลาที่ใช้ โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. ให้ปรับแก้ไขในความถูกต้องของภาษาที่ใช้ทั้งในแผนการสอนและคู่มือ ตรวจสอบคำที่พิมพ์ผิด ปรับใช้คำที่กระชับ เข้าใจง่าย เพิ่มรายละเอียดในแผนการสอนเกี่ยวกับชื่อยาโรคหัวใจในแต่ละกลุ่มและขนาดยาที่ใช้บ่อยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักชื่อยาที่รับประทาน

2. คู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี มีคำแนะนำให้เพิ่มเติมเนื้อหาส่วนของวิธีหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกำเริบซ้ำ ปรับเพิ่มยาด้านเกล็ดเลือดกลุ่มใหม่ที่กลุ่มตัวอย่างอาจได้รับหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งปัจจุบันมีโอกาสพบในเวชปฏิบัติมากขึ้น ได้แก่ยา Prasugrel และ Ticagrelor ปรับใช้คำที่กระชับ เข้าใจง่าย เพิ่มชื่อยาภาษาไทย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจง่ายมากขึ้น

ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา สื่อประกอบ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยนำไปประเมินส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี แผนการสอนเรื่อง “ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” วิดีโอสัมภาษณ์ตัวแบบซึ่งเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารี ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่มีคุณสมบัติ

ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อประเมินความเหมาะสมของภาษา และระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ผลการทดลองใช้เครื่องมือพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเนื้อหา และภาษาที่ใช้ในแผนการสอน วิดีโอสัมภาษณ์ตัวแบบ และคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารีเป็นอย่างดี

## ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

### 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้/เดือน ประวัติการได้รับการรักษาด้วยวิธีขยายหลอดเลือดโคโรนารี สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติการรับประทานยาที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ และข้อมูลผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยา

### 2.2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาโดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของ อีสรีย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ที่แปลมาจาก Fung (2009) สร้างตามแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาของ Johnson (2002) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายเชิงบวก 5 ข้อ ความหมายเชิงลบ 2 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำบ่อย ทำเป็นบางครั้ง ทำนานๆครั้ง ไม่เคยทำเลย โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน หลังการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ปรับข้อความให้มีความเหมาะสมกลุ่มตัวอย่างและบริบททางสังคมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค เทากับ .85 ซึ่งข้อความแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

|                |   |
|----------------|---|
| ทำเป็นประจำ    | หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้ง    |
| ทำบ่อย         | หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง |
| ทำเป็นบางครั้ง | หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง     |
| ทำนานๆครั้ง    | หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆครั้งหรือเกือบไม่ปฏิบัติเลย  |
| ไม่เคยทำเลย    | หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย                             |

### เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

|                | คำถามเชิงลบ | คำถามเชิงบวก |       |
|----------------|-------------|--------------|-------|
| ทำเป็นประจำ    | 1           | 5            | คะแนน |
| ทำบ่อย         | 2           | 4            | คะแนน |
| ทำเป็นบางครั้ง | 3           | 3            | คะแนน |
| ทำนานๆครั้ง    | 4           | 2            | คะแนน |
| ไม่เคยทำเลย    | 5           | 1            | คะแนน |

### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันอยู่ในช่วง 7-35 คะแนน และนำมาคำนวณเป็นร้อยละ และแปลผลตามเกณฑ์ของ Kronish and Ye (2013) ดังนี้

|                                |                                  |
|--------------------------------|----------------------------------|
| คะแนน $\geq$ ร้อยละ 80 หมายถึง | ความร่วมมือในการรับประทานยาดี    |
| คะแนน $<$ ร้อยละ 80 หมายถึง    | ความร่วมมือในการรับประทานยาไม่ดี |

### ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

#### 3.1 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาของ อีสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ดัดแปลงจากแบบประเมินของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Becker (1974) มีจำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค เท่ากับ .91 ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

|                      |         |   |
|----------------------|---------|---|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง    | หมายถึง | ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน<br>อย่างยิ่ง    |
| เห็นด้วย             | หมายถึง | ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน                 |
| ไม่เห็นด้วย          | หมายถึง | ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน              |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน<br>อย่างยิ่ง |

### เกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

|                      |         |   |       |
|----------------------|---------|---|-------|
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| ไม่เห็นด้วย          | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| เห็นด้วย             | เท่ากับ | 3 | คะแนน |
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง    | เท่ากับ | 4 | คะแนน |

### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของศศิธร อุตตะมะ (2549) โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวม แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

|                             |                |       |       |
|-----------------------------|----------------|-------|-------|
| การรับรู้อยู่ในระดับมาก     | มีคะแนนระหว่าง | 13-16 | คะแนน |
| การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง | มีคะแนนระหว่าง | 8-12  | คะแนน |
| การรับรู้อยู่ในระดับน้อย    | มีคะแนนระหว่าง | 4-7   | คะแนน |

ทั้งนี้การประเมินการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจซึ่งเป็นตัวแปรกับการทดลอง ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะต้องมีการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 13-16 คะแนน ซึ่งภายหลังการศึกษากลุ่มทดลองทุกคนผ่านเกณฑ์กำกับกับการทดลอง

### 3.2 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาของ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ดัดแปลงจากแบบประเมินของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Becker (1974) มีจำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ .83 ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

|                      |   |
|----------------------|---|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง    | หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน<br>อย่างยิ่ง    |
| เห็นด้วย             | หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน                 |
| ไม่เห็นด้วย          | หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน              |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน<br>อย่างยิ่ง |

### เกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

|                      |         |   |       |
|----------------------|---------|---|-------|
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| ไม่เห็นด้วย          | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| เห็นด้วย             | เท่ากับ | 3 | คะแนน |
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง    | เท่ากับ | 4 | คะแนน |

### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของศศิธร อุตตะมะ (2549) โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวม แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

|                             |                |       |       |
|-----------------------------|----------------|-------|-------|
| การรับรู้อยู่ในระดับมาก     | มีคะแนนระหว่าง | 25-32 | คะแนน |
| การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง | มีคะแนนระหว่าง | 16-24 | คะแนน |
| การรับรู้อยู่ในระดับน้อย    | มีคะแนนระหว่าง | 8-15  | คะแนน |

ทั้งนี้การประเมินการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประชนาษาโรคหัวใจซึ่งเป็นตัวแปรกับการทดลอง ภายหลังจากทดลองกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะต้องมีการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประชนาษาโรคหัวใจอยู่ในระดับน้อย โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-15 คะแนน ซึ่งภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองทุกคนผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประชนาษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี แผนการสอนเรื่อง “ความร่วมมือในการรับประชนาษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” วีดิโอสัมภาษณ์ตัวแบบซึ่งเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี คู่มือการรับประชนาษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารี แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลองปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่

1.1 แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ 1 คน

1.2 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 คน

1.3 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด  
2 คน

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์  
ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือ  
ในการรับประทานยาโรคหัวใจ ที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตาม  
เนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 จึงจะถือว่า  
มีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Beck, 2008) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของ  
แบบสอบถามทุกฉบับเท่ากับ 1.0 (ตารางที่ 2) จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย  
ทั้งหมด มาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้  
ข้อความมีความตรงกระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่ายและมีความสอดคล้องเหมาะกับกลุ่มตัวอย่าง

## 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการ  
รับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของ  
ความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเนื้อ  
หัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน  
30 คน ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ  
และคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค  
(Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้คือ  $\geq .70$  (Polit and Beck, 2008) ซึ่งค่าความ  
เที่ยงของแบบสอบถามแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้  
ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของ  
ความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ เท่ากับ .85 .91 และ .83 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์  
แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n=30)

| แบบสอบถาม  | CVI | Reliability |
|--|-----|-------------|
| 1. ความร่วมมือในการรับประทานยา                             | 1.0 | .85         |
| 2. การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ | 1.0 | .91         |
| 3. การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ  | 1.0 | .83         |



### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนระหว่างวันที่ 18 กรกฎาคม 2557 – 5 มีนาคม 2558

#### ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 18 กรกฎาคม – 29 กันยายน 2557

1) ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ยารักษาโรคหัวใจที่ผู้ป่วยจะได้รับอย่างครอบคลุม เพื่อใช้ในการจัดกิจกรรมแก่กลุ่มตัวอย่าง

2) ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ตัวอย่างเครื่องมือ เสนอต่อประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3) ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2557 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ และขอเก็บรวบรวมข้อมูล

4) ภายหลังจากได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และการจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

#### ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 2 ตุลาคม 2557 – 5 มีนาคม 2558

1) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 1 วัน

2) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทุกวัน เวลา 08.00-12.00 น. โดยสอบถามพยาบาลประจำการที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

3) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากงานวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ

4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Inform Consent Form) โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง รวม 44 คน

5) ภายหลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเริ่มทำกิจกรรมที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

**กลุ่มควบคุม** เริ่มตั้งแต่วันที่ 10 พฤศจิกายน 2557 – 20 ธันวาคม 2558 มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

#### **สัปดาห์ที่ 1 ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม**

1) สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย และชี้แจงการดำเนินงานวิจัย เพื่อขอความร่วมมืออธิบายประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการวิจัยในครั้งนี้

2) พุดคุยประเมินการรับรู้ และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทุกันยา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทุกันยาโรคหัวใจ (Pre-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-administration questionnaire) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเรื่องสายตา หรือมีความไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยช่วยเหลือโดยการอ่านข้อความตามแบบสอบถามให้ฟัง และบันทึกคำตอบที่ได้ลงในแบบสอบถาม (ใช้เวลา 10-15 นาที)

3) ผู้วิจัยอธิบายผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีในกลุ่มควบคุมว่า ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับความรู้และคำแนะนำก่อนการจำหน่ายจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ด้านโภชนาการ การรับประทุกันยา การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด และการปฏิบัติตัวหลังสวนหัวใจ และผู้วิจัยนัดหมายวันที่จะติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์เพื่อตอบแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทุกันยาโรคหัวใจ ในสัปดาห์ที่ 4 และตอบแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทุกันยาอีกครั้ง ภายหลังจากสิ้นสุดการวิจัยในสัปดาห์ที่ 5

#### **สัปดาห์ที่ 2-4**

ผู้ป่วยดำเนินชีวิตตามปกติภายหลังออกจากโรงพยาบาล

#### **สัปดาห์ที่ 5**

ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรับประทุกันยาของผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ โดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทุกันยา (Post-test) เมื่อสิ้นสุดการดำเนินวิจัย ผู้วิจัยส่งคู่มือ

การรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ผ่านทางไปรษณีย์ไปตามที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างให้ไว้ และชี้แจงรายละเอียดเนื้อหาในคู่มือแก่กลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ (ใช้เวลา 5-10 นาที)

**กลุ่มทดลอง** เริ่มตั้งแต่วันที่ 24 ธันวาคม 2557 – 5 มีนาคม 2558 มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยการศึกษาให้ความรู้ เน้นการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาโรคหัวใจ ใช้เวลา 50 นาทีโดยมีกิจกรรม ดังนี้

1) สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัยและชี้แจงการดำเนินงานวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและบอกประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการวิจัยนี้

2) พุดคุยประเมินการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และยาโรคหัวใจที่ผู้ป่วยได้รับ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ (Pre-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-administration questionnaire) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเรื่องสายตา หรือมีความไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยช่วยเหลือโดยการอ่านข้อความตามแบบสอบถามให้ฟัง และบันทึกคำตอบที่ได้ลงในแบบสอบถาม จากนั้นให้ความรู้ผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (PowerPoint presentation) ที่มีเนื้อหาตามแผนการสอนเรื่องความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยมีหัวข้อดังนี้ 1) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 2) ยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 3) การออกฤทธิ์ของยา 4) ประโยชน์ของยา 5) วิธีใช้ยา 6) ผลข้างเคียงของยา 7) คำแนะนำในการรับประทานยา 8) อุปสรรคที่เป็นสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา แนวทางแก้ไข 9) สรุป และมีสื่อประกอบการสอนจริง ได้แก่ ยาเม็ดของผู้ป่วย (ใช้เวลาประมาณ 40 นาที)

3) จัดให้ผู้ป่วยชมวีดิโอสัมภาษณ์ตัวแบบซึ่งเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่ประสบความสำเร็จในการรักษาและมีความร่วมมือในการรับประทานยา เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์เกี่ยวกับ ความรู้เรื่องยารักษาโรคหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา อุปสรรคที่มีต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และแนวทางแก้ไข การพูดคุยให้กำลังใจเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่าง (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) พร้อมแจกคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลัง

ขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนเนื้อหาที่ผู้วิจัยให้ความรู้ภายหลังการจำหน่าย

ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลาที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นฝ่ายนัดหมายวันและเวลาที่สะดวก

สรุปกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 จากการสังเกต กลุ่มตัวอย่างทุกคนให้ความสนใจฟังบรรยายความรู้เป็นอย่างดี มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น กลุ่มตัวอย่างมีการซักถามข้อสงสัยในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และให้ความสนใจในรายละเอียดเกี่ยวกับยาโรคหัวใจทุกตัวที่ต้องรับประทาน และร่วมตอบคำถามของผู้วิจัย เมื่อจบการบรรยายความรู้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การออกฤทธิ์ของยา ประโยชน์ของยา วิธีใช้ยา ผลข้างเคียงของยา คำแนะนำในการรับประทานยา อุปสรรคที่เป็นสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และแนวทางแก้ไข กลุ่มตัวอย่างตั้งใจรับชมวิดีโอสัมภาษณ์ตัวแบบ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองให้ผู้วิจัยรับฟัง และสนใจนำประสบการณ์การที่ตัวแบบนำเสนอไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจเนื้อหาในคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และมีความตั้งใจจะกลับไปทบทวนความรู้ตามคู่มือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างบอกว่าได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ยาโรคหัวใจทุกตัวที่ได้รับมากขึ้น ทำให้เห็นความสำคัญของความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น กลุ่มตัวอย่างทุกรายรับทราบว่าต้องรับประทานยาโรคหัวใจต่อเนื่องในระยะยาว และยาบางตัวต้องรับประทานต่อเนื่องตลอดชีวิต ในส่วนการนัดหมายเพื่อโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีความยินดีให้ติดตามเยี่ยม โดยแจ้งเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ และวันเวลาที่สะดวกของแต่ละราย

#### **สัปดาห์ที่ 2-4 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1-3 (ใช้เวลา 5-10 นาที)**

เพื่อเตือนความจำเรื่องการรับประทานยา ทบทวนความรู้ตามคู่มือ เน้นย้ำประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา ประเมินอุปสรรคที่มีต่อความร่วมมือในการรับประทานยา พร้อมหาแนวทางแก้ไข เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และพูดคุยให้กำลังใจ พร้อมทั้งประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจในสัปดาห์ที่ 4

สรุปกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2-4 กลุ่มตัวอย่างให้เบอร์โทรศัพท์ที่ถูกต้อง สามารถติดตามเยี่ยมได้ทุกราย ในการโทรศัพท์แต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการสนทนา และตอบคำถามของผู้วิจัยเป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงดำเนินการสนทนาตามรูปแบบการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมที่วางไว้ สามารถควบคุมเวลาได้ กลุ่มตัวอย่างบางรายซักถามข้อสงสัยและขอคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการรับประทานยาโรคหัวใจ ในขณะที่ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ พบกลุ่มตัวอย่าง 1 รายที่ขอคำปรึกษาเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดจากผลข้างเคียงของการ

รับประทานยาโรคหัวใจ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอาการเวียนศีรษะเวลาเปลี่ยนท่า จึงให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและแนะนำให้ไปพบแพทย์ ภายหลังจากผู้ป่วยพบแพทย์ได้รับการปรับยาโรคหัวใจบางตัวจากการติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ถัดไปผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะลดลง ภายหลังจากการสนทนาแต่ละครั้งสิ้นสุด กลุ่มตัวอย่างทุกรายยินดีให้ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งต่อไปจนครบตามโปรแกรม ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ ในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจอย่างครบถ้วนเป็นอย่างดี และพบว่าผลการกำกับการทดลองหลังให้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค กลุ่มทดลองทุกคนผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองโดยมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจอยู่ระหว่าง 13-16 คะแนน (ระดับมาก) และมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจอยู่ระหว่าง 8-15 คะแนน (ระดับน้อย) (ตั้งรายละเอียดในภาคผนวก จ)

### สัปดาห์ที่ 5

ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (Post-test) ผ่านทางโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

สรุปกิจกรรมสัปดาห์ที่ 5 กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างครบถ้วนเป็นอย่างดี จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมนี้ รู้สึกว่าได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างใกล้ชิด การติดตามเยี่ยมทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกปลอดภัย กล้าซักถามข้อสงสัย และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ยาโรคหัวใจทุกตัวที่ได้รับมากขึ้น อีกทั้งการมีคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่มีชื่อว่า รูบยา และรายละเอียดเกี่ยวกับยาโรคหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของยาและมีความมั่นใจในการใช้ยามากขึ้น สามารถประเมินอุปสรรคที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับตนเองได้

### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2557 ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ด้วยตนเอง ผู้วิจัยเข้าชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการวิจัย โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลและเวลาที่เพียงพอ ในการตัดสินใจอย่างอิสระ ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์

ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการหรือการรักษาพยาบาลที่ท่านพึงได้รับตามสิทธิ และชี้แจงว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น หากมีการนำเสนอข้อมูลต่างๆของอาสาสมัครจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุลที่แท้จริง และเมื่อมีข้อซักถามเกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในขณะที่ดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการดำเนินการวิจัยโดยทันที และจะประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาที่เหมาะสมต่อไป หรือกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านผู้วิจัยจะประสานงานกับหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดเพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

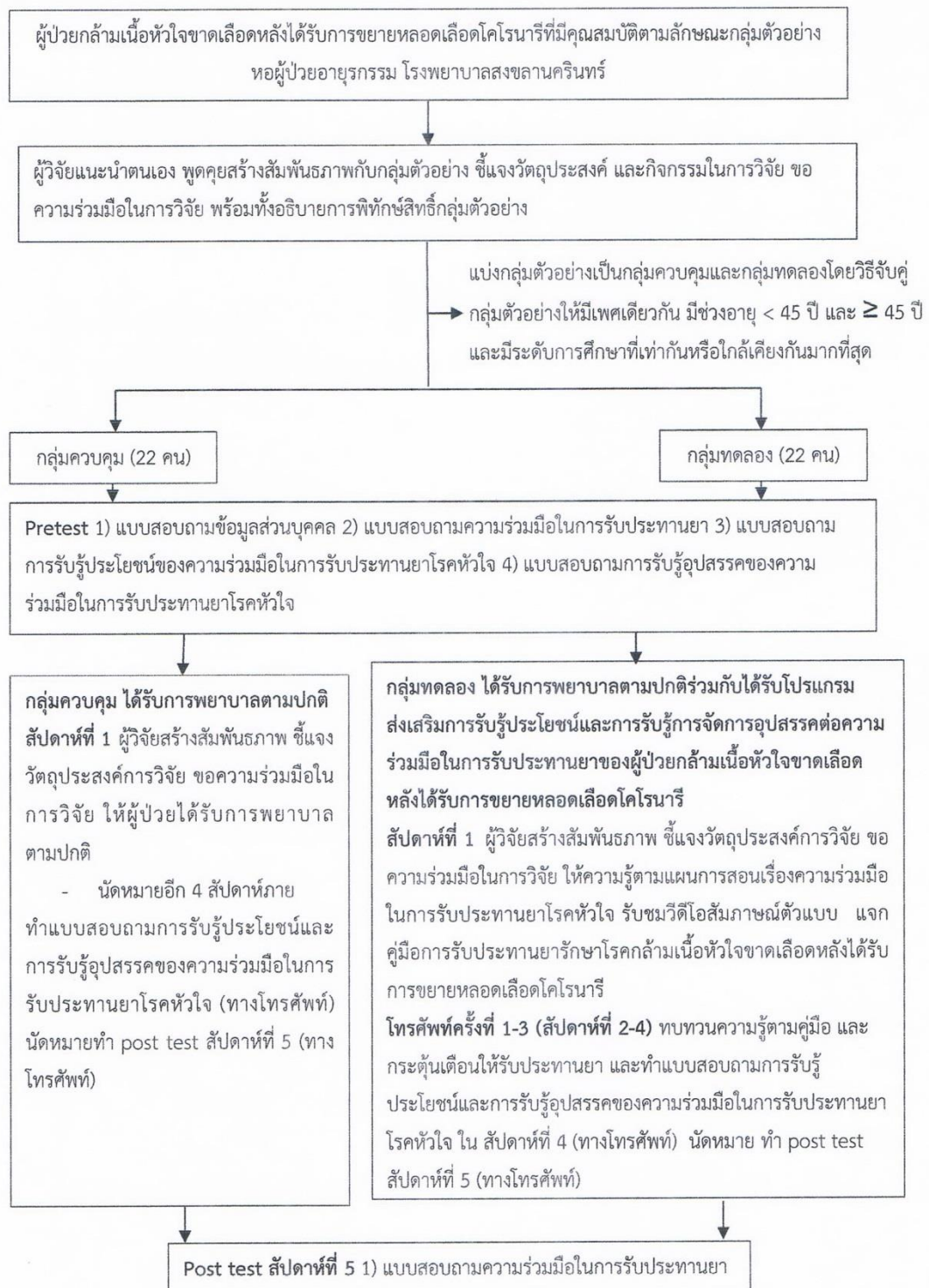
ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีการคัดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองออกจากกลุ่มตัวอย่าง ขณะทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างไม่มีการเจ็บหน้าอก หน้ามืด ใจสั่น ซิพจรเต้นผิดจังหวะ หายใจหอบเหนื่อย สามารถติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ได้ทุกสาย และไม่มีผู้แสดงความจำนงขอออกจากการศึกษา

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด
2. เปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test
3. เปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

## ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อวิเคราะห์ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อายุ 18-59 ปี เข้ารับบริการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผลการวิจัยนำเสนอ ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ดังตารางที่ 3

**ส่วนที่ 2** คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโคโรนารีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 4

**ส่วนที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 5

**ส่วนที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 6



**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนการขยายหลอดเลือดโคโรนารี สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติการรับประทานกลุ่มยาที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ และประวัติการมีผู้ดูแลช่วยเหลือเรื่องการรับประทานยา

| ข้อมูลทั่วไป              | กลุ่มควบคุม<br>(n=22) |        | กลุ่มทดลอง<br>(n=22) |        | รวม<br>(n=44) |        |
|---------------------------|-----------------------|--------|----------------------|--------|---------------|--------|
|                           | จำนวน                 | ร้อยละ | จำนวน                | ร้อยละ | จำนวน         | ร้อยละ |
|                           | เพศ                   |        |                      |        |               |        |
| ชาย                       | 21                    | 95.5   | 21                   | 95.5   | 42            | 95.5   |
| หญิง                      | 1                     | 4.5    | 1                    | 4.5    | 2             | 4.5    |
| อายุเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )  |                       | 54.82  |                      | 55.18  |               |        |
| ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) |                       | 6.16   |                      | 5.78   |               |        |
| สถานภาพ                   |                       |        |                      |        |               |        |
| คู่                       | 22                    | 100    | 22                   | 100    | 44            | 100    |
| ระดับการศึกษา             |                       |        |                      |        |               |        |
| ประถมศึกษา                | 4                     | 18.2   | 4                    | 18.2   | 8             | 18.2   |
| มัธยมศึกษา                | 8                     | 36.4   | 8                    | 36.4   | 16            | 36.4   |
| อนุปริญญา                 | 3                     | 13.6   | 3                    | 13.6   | 6             | 13.6   |
| ปริญญาตรี                 | 6                     | 27.3   | 6                    | 27.3   | 12            | 27.3   |
| สูงกว่าปริญญาตรี          | 1                     | 4.5    | 1                    | 4.5    | 2             | 4.5    |
| รวม                       | 22                    | 100    | 22                   | 100    | 44            | 100    |
| อาชีพในปัจจุบัน           |                       |        |                      |        |               |        |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ         | 1                     | 4.5    | 1                    | 4.5    | 2             | 4.5    |
| ค้าขาย                    | 3                     | 13.6   | 4                    | 18.2   | 7             | 15.9   |
| ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ     | 11                    | 50     | 10                   | 45.5   | 21            | 47.7   |
| เกษตรกร/ประมง             | 3                     | 13.6   | 2                    | 9.1    | 5             | 11.4   |
| รับจ้าง                   | 4                     | 18.2   | 5                    | 22.7   | 9             | 20.5   |
| รวม                       | 22                    | 100    | 22                   | 100    | 44            | 100    |

| ข้อมูลทั่วไป   | กลุ่มควบคุม<br>(n=22) |        | กลุ่มทดลอง<br>(n=22) |        | รวม<br>(n=44) |        |
|--|-----------------------|--------|----------------------|--------|---------------|--------|
|  | จำนวน                 | ร้อยละ | จำนวน                | ร้อยละ | จำนวน         | ร้อยละ |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)   |                       |        |                      |        |               |        |
| น้อยกว่า 2,000   | 1                     | 4.5    | 1                    | 4.5    | 2             | 4.5    |
| 2,001-5,000  | 0                     | 0      | 3                    | 13.6   | 3             | 6.8    |
| 5,001-10,000   | 6                     | 27.3   | 1                    | 4.5    | 7             | 15.9   |
| 10,001-15,000  | 2                     | 9.1    | 2                    | 9.1    | 4             | 9.1    |
| มากกว่า 15,000   | 13                    | 59.1   | 15                   | 68.3   | 28            | 63.7   |
| รวม  | 22                    | 100    | 22                   | 100    | 44            | 100    |
| จำนวนการขยายหลอดเลือด โคโรนารี   |                       |        |                      |        |               |        |
| 1 ครั้ง  | 13                    | 59.1   | 17                   | 77.3   | 30            | 68.2   |
| 2 ครั้ง  | 9                     | 40.9   | 5                    | 22.7   | 14            | 31.8   |
| รวม  | 22                    | 100    | 22                   | 100    | 44            | 100    |
| สิทธิการรักษาพยาบาล  |                       |        |                      |        |               |        |
| เบิกได้  | 14                    | 63.6   | 14                   | 63.6   | 28            | 63.7   |
| ประกันสังคม  | 4                     | 18.2   | 2                    | 9.1    | 6             | 13.6   |
| หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า   | 4                     | 18.2   | 6                    | 27.3   | 10            | 22.7   |
| รวม  | 22                    | 100    | 22                   | 100    | 44            | 100    |
| ประวัติการรับประทานกลุ่มยาที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ จำนวนคำตอบทั้งหมด กลุ่มควบคุม = 72 คำตอบ, กลุ่มทดลอง = 72 คำตอบ) |                       |        |                      |        |               |        |
| ยาต้านเกล็ดเลือด   | 19                    | 86.4   | 21                   | 95.5   | 40            | 91     |
| ยาลดไขมันในเลือด   | 21                    | 95.5   | 22                   | 100    | 43            | 97.7   |
| ยาควบคุมการเต้นของหัวใจ  | 13                    | 59.1   | 14                   | 63.6   | 27            | 61.4   |
| ยาลดความดันโลหิต   | 19                    | 86.4   | 15                   | 68.3   | 34            | 77.3   |
| ผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยา  |                       |        |                      |        |               |        |
| ไม่มี  | 22                    | 100    | 22                   | 100    | 44            | 100    |
| รวม  | 22                    | 100    | 22                   | 100    | 44            | 100    |

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 95.5 อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 54.82 (SD = 6.16) และ 55.18 (SD = 5.78) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36.4 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 27.3 ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 18.2 ระดับอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 13.6 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 4.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากประกอบอาชีพข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 47.7 โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 63.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีจำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 68.2 รองลงมาคือได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีจำนวน 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 31.8 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเบิกได้ คิดเป็นร้อยละ 63.7 กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการรับประทานยาที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ ได้แก่กลุ่มยาด้านเกล็ดเลือด คิดเป็นร้อยละ 91 ยาลดไขมันในเลือด คิดเป็นร้อยละ 97.7 ยาควบคุมการเต้นของหัวใจคิดเป็นร้อยละ 61.4 และยาลดความดันโลหิต คิดเป็นร้อยละ 77.3 และกลุ่มตัวอย่างทุกรายสามารถดูแลเรื่องการรับประทานยาโรคหัวใจได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือเรื่องการรับประทานยา

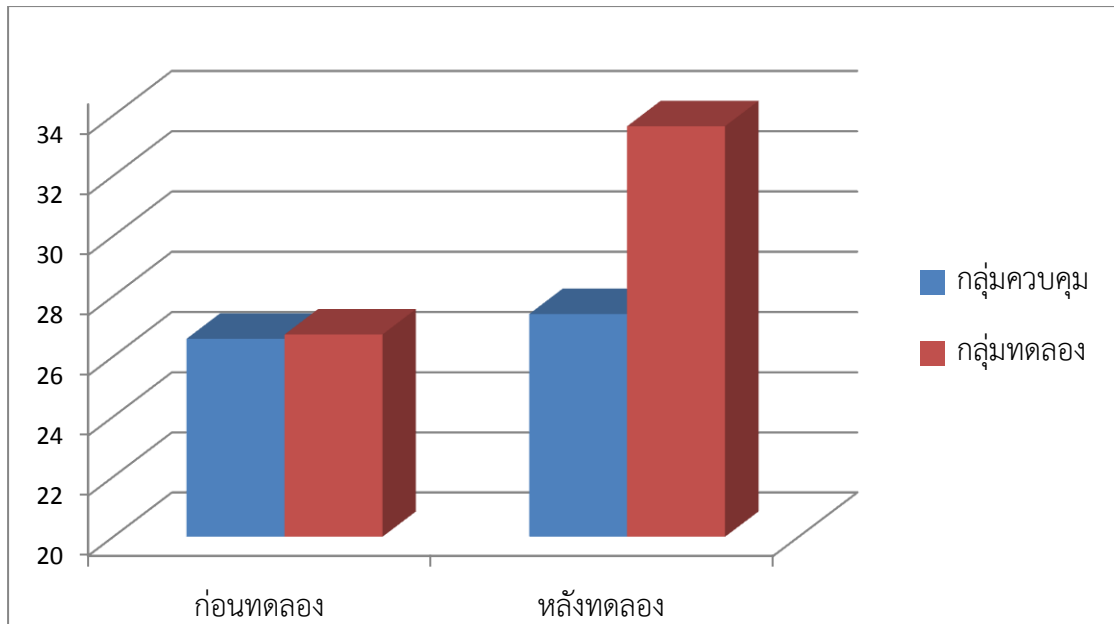
**ส่วนที่ 2** คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

|        | คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา<br>กลุ่มควบคุม (n=22) |                  |        | คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา<br>กลุ่มทดลอง (n=22) |                  |        |
|--------|--|------------------|--------|---|------------------|--------|
|        | ก่อนการ<br>ทดลอง                                       | หลังการ<br>ทดลอง | ผลต่าง | ก่อนการ<br>ทดลอง                                      | หลังการ<br>ทดลอง | ผลต่าง |
| Mean   | 26.59  | 27.41            | 0.82   | 26.73   | 33.64            | 6.91   |
| SD     | 4.94   | 4.05             | 0.89   | 3.89  | 1.50             | 2.39   |
| ร้อยละ | 75.97  | 78.31            | 2.34   | 76.37   | 96.11            | 19.74  |
| ระดับ  | ไม่ดี  | ไม่ดี            |        | ไม่ดี   | ดี               |        |

จากตารางที่ 4 พบว่า ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนการทดลองเท่ากับ 26.59 (SD = 4.94) คิดเป็นร้อยละ 75.97 หลังการทดลองเท่ากับ 27.41 (SD = 4.05) คิดเป็นร้อยละ 78.31 ซึ่งหมายความว่ามีความร่วมมือในการรับประทานยาไม่ดี สำหรับกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 26.73 (SD = 3.89) คิดเป็นร้อยละ 76.37 หมายความว่ามีความร่วมมือในการรับประทานยาไม่ดี หลังการทดลองเท่ากับ 33.64 (SD = 1.50) คิดเป็นร้อยละ 96.11 หมายความว่ามีความร่วมมือในการรับประทานยาดี ซึ่งค่าสถิติดังกล่าวสามารถแสดงได้ด้วยกราฟแท่งดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับปรึกษา (  $\bar{X}$  )



ภาพที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับปรึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

**ส่วนที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Dependent t-test ( $n_1=n_2=22$ )

| ความร่วมมือในการรับประทานยา | $\bar{X}$ | SD   | df | t     | p-value |
|-----------------------------|-----------|------|----|-------|---------|
| <b>กลุ่มทดลอง</b>           |           |      |    |       |         |
| ก่อนการทดลอง                | 26.73     | 3.89 | 21 | 8.153 | 0.000   |
| หลังการทดลอง                | 33.64     | 1.50 |    |       |         |
| <b>กลุ่มควบคุม</b>          |           |      |    |       |         |
| ก่อนการทดลอง                | 26.59     | 4.94 | 21 | 1.882 | 0.074   |
| หลังการทดลอง                | 27.41     | 4.05 |    |       |         |

จากตารางที่ 5 พบว่า ในกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีก่อนการทดลองไม่แตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (0.82 คะแนนโดยเฉลี่ย)

สำหรับกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (6.91 คะแนนโดยเฉลี่ย) ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ส่วนที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test ( $n_1=n_2=22$ )

| ความร่วมมือในการรับประทานยา | $\bar{X}$ | SD   | df    | t     | p-value |
|-----------------------------|-----------|------|-------|-------|---------|
| <b>ก่อนการทดลอง</b>         |           |      |       |       |         |
| กลุ่มทดลอง                  | 26.73     | 4.94 | 42    | 0.102 | 0.920   |
| กลุ่มควบคุม                 | 26.59     | 3.89 |       |       |         |
| <b>หลังการทดลอง</b>         |           |      |       |       |         |
| กลุ่มทดลอง                  | 33.64     | 1.49 | 26.62 | 6.757 | 0.000   |
| กลุ่มควบคุม                 | 27.41     | 4.05 |       |       |         |

จากตารางที่ 6 พบว่า **ก่อนการทดลอง**คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**หลังการทดลอง** ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Control Group Design) โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค

2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค

2. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเพศชายและหญิง มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาล



สงขลานครินทร์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และได้รับการรักษาด้วยวิธีขยายหลอดเลือดโคโรนารี (Percutaneous Coronary Intervention [PCI])
2. ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก
3. ผู้ป่วยมีประวัติได้รับยาต้านเกล็ดเลือด และ/หรือยาในกลุ่ม cardio-protective medications (Beta-blockers, statins, ACEIs/ARBs)
4. มีความสามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี
5. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อติดตามเยี่ยมได้
6. ผู้ป่วยเต็มใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน เช่น เจ็บหน้าอก หน้ามืด ใจสั่น ชีพจรเต้นผิดจังหวะ หายใจหอบเหนื่อย เป็นลม โดยผู้วิจัยจะยุติการให้โปรแกรมทันทีและประสานงานเพื่อนำส่งแพทย์ทำการรักษาที่เหมาะสมต่อไป หรือผู้ป่วยที่ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ได้

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistical Power Table) ด้วยการกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .05 อำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = .05$  จากการเปิดตารางอำนาจทดสอบได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2005) รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน โดยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างอีก 22 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้การจัดการอุปสรรค โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความใกล้เคียงกันมากที่สุด ด้วยการจับคู่ (matched pairs) ในเรื่องอายุ < 45 ปี และอายุ  $\geq 45$  ปี (Mochari et al., 2007) เพศ (Tuntikosoom et al., 2011) และระดับการศึกษา (สุภาพร แนวบุตร, 2548) และเพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างและเป็นอิสระจากกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบก่อนแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง

ในขณะทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อย หน้ามืด ใจสั่น ชีพจรเต้นผิดจังหวะ สามารถโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมได้ทุกราย ไม่มีการคัดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองออกจากการวิจัย และไม่มีผู้แสดงความจำนงขอออกจากการศึกษา

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

### ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

- 1.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค
- 1.2 แผนการสอนเรื่องความร่วมมือในการรับประทุพพณยของผู้น่วยกล้ำมเนื้อห้ใจขาดเลือดหลังได้รับการขยยหลอดเลือดโคโรนารี
- 1.3 วีดิโอสัมภาษณ์ตัวแบบซึ่งเป็นผู้ป่วยกล้ำมเนื้อห้ใจขาดเลือดหลังได้รับการขยยหลอดเลือดโคโรนารี
- 1.4 คู่มือการรับประทุพพณยรักษารอคกล้ำมเนื้อห้ใจขาดเลือดหลังขยยหลอดเลือดโคโรนารี
- 1.5 แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

### ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 2.2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทุพพณย

### ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

- 3.3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทุพพณยโรคหัวใจ
- 3.4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทุพพณยโรคหัวใจ

## การดำเนินการวิจัย

### ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 18 กรกฎาคม – 29 กันยายน 2557

1) ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ำมเนื้อห้ใจขาดเลือด ผู้ป่วยโรคกล้ำมเนื้อห้ใจขาดเลือดหลังได้รับการขยยหลอดเลือดโคโรนารี ยักษารอคหัวใจที่ผู้ป่วยจะได้รับอย่างครอบคลุม เพื่อใช้ในการจัดกิจกรรมแก่กลุ่มตัวอย่าง

2) ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมจาก คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ตัวอย่างเครื่องมือ เสนอต่อประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3) ภายหลังกการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2557 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ และขอเก็บรวบรวมข้อมูล

4) ภายหลังจากได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และการจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

**ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง** เริ่มตั้งแต่วันที่ 2 ตุลาคม 2557 – 5 มีนาคม 2558

1) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 1 วัน

2) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทุกวัน เวลา 08.00-12.00 น. โดยสอบถามพยาบาลประจำการที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

3) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากงานวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ

4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Inform Consent Form) โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง

5) ภายหลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเริ่มทำกิจกรรมที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

**กลุ่มควบคุม** เริ่มตั้งแต่วันที่ 10 พฤศจิกายน 2557 – 20 ธันวาคม 2558 มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

#### **สัปดาห์ที่ 1 ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม**

1) สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย และชี้แจงการดำเนินงานวิจัย เพื่อขอความร่วมมืออธิบายประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการวิจัยในครั้งนี้

2) พุดคุยประเมินการรับรู้ และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ (Pre-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-administration questionnaire)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเรื่องสายตา หรือมีความไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยช่วยเหลือโดยการอ่านข้อความตามแบบสอบถามให้ฟัง และบันทึกคำตอบที่ได้ลงในแบบสอบถาม (ใช้เวลา 10-15 นาที)

3) ผู้วิจัยอธิบายผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีในกลุ่มควบคุมว่า ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับความรู้และคำแนะนำก่อนการจำหน่ายจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และผู้วิจัยนัดหมายวันที่จะติดต่อกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์เพื่อตอบแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ ในสัปดาห์ที่ 4 และตอบแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาอีกครั้ง ภายหลังจากสิ้นสุดการวิจัยในสัปดาห์ที่ 5

#### สัปดาห์ที่ 2-4

ผู้ป่วยดำเนินชีวิตตามปกติภายหลังออกจากโรงพยาบาล

#### สัปดาห์ที่ 5

ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ โดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (Post-test) เมื่อสิ้นสุดการดำเนินวิจัย ผู้วิจัยส่งคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ผ่านทางไปรษณีย์ไปตามที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างให้ไว้ และชี้แจงรายละเอียดเนื้อหาในคู่มือแก่กลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ (ใช้เวลา 5-10 นาที)

**กลุ่มทดลอง** เริ่มตั้งแต่วันที่ 24 ธันวาคม 2557 – 5 มีนาคม 2558 มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1 ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม** ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยให้ความรู้ เน้นการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาโรคหัวใจ ใช้เวลาประมาณ 50 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัยและชี้แจงการดำเนินงานวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและบอกประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการวิจัยนี้

2) พูดคุยประเมินการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และยาโรคหัวใจที่ผู้ป่วยได้รับ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ (Pre-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-administration questionnaire) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเรื่องสายตา หรือมีความไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยช่วยเหลือโดยการอ่านข้อความตามแบบสอบถามให้ฟัง และบันทึก

คำตอบที่ได้ลงในแบบสอบถาม จากนั้นให้ความรู้ผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (PowerPoint presentation) ที่มีเนื้อหาตามแผนการสอนเรื่องความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (ใช้เวลาประมาณ 40 นาที)

3) จัดให้ผู้ป่วยชมวีดิโอสัมภาษณ์ตัวแบบซึ่งเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลาที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นัดหมายวันและเวลาที่สะดวก

### สัปดาห์ที่ 2-4 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1-3 (ใช้เวลา 5-10 นาที)

เพื่อเตือนความจำเรื่องการรับประทานยา ทบทวนความรู้ตามคู่มือ เน้นย้ำประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา ประเมินอุปสรรคที่มีต่อความร่วมมือในการรับประทานยา พร้อมหาแนวทางการจัดการอุปสรรค เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และพูดคุยให้กำลังใจ พร้อมทั้งประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจในสัปดาห์ที่ 4

### สัปดาห์ที่ 5

ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (Post-test) ผ่านทางโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาภายในกลุ่มด้วยสถิติ Dependent t-test และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test ซึ่งผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะของการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

### สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

**สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1** ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค ผลการวิจัยสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ดังนี้

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจสูงกว่าก่อนทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจต่ำกว่าก่อนการทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนทดลอง จึงส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น สอดคล้องกับ แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่บุคคลมีการตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะต่อความร่วมมือในการรักษา เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลในภาวะเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะลดหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค โดยจะมีการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีเพื่อจะหายจากโรคและเชื่อว่าสามารถประเมิน ป้องกัน ควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยได้ โดยบุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมต้องมีความเชื่อและเปรียบเทียบว่าสิ่งนั้นก่อผลดี ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้ หรือสิ่งที่จะกระทำนั้นก่อให้เกิดความไม่สะดวกที่เป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่ากัน โดยถ้าบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่ถ้ารับรู้ถึงอุปสรรคมากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจในกลุ่มทดลอง โดยการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประโยชน์ของยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ผู้ป่วยได้รับทุกตัว อธิบายถึงความสำคัญของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ เน้นการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ช่วยป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้น และทำให้โอกาสในการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำใน

โรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจลดลง อธิบายผลข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้น และคำแนะนำในการรับประทานยาโดยละเอียด

ด้านการรับรู้การจัดการอุปสรรค ผู้วิจัยเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าผลข้างเคียงของยาเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ หากผู้ป่วยรับประทานยาตามคำแนะนำ และหากเกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานยาผู้ป่วยสามารถปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยาได้ทันที ผู้วิจัยนำเสนอแนวทางการจัดการอุปสรรคด้านการจดจำ โดยใช้วิธีช่วยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา เช่น การใช้กล่องยา การจัดยาใส่ซองเป็นชุดในแต่ละวัน การตั้งนาฬิกาปลุก เป็นต้น วิธีที่ทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าลืมรับประทานยา เช่น การจดบันทึกการรับประทานยา เป็นต้น โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง ทั้งนี้เพื่อเป็นการรับรู้การจัดการอุปสรรคของผู้ป่วย ซึ่งภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีวิธีการช่วยเตือนให้รับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอเพิ่มมากขึ้นจากก่อนทดลองอย่างเห็นได้ชัด (จาก  $\bar{X} = 2.27$  เป็น 4.59) โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้กล่องยา หรือจัดยาใส่ซองเป็นมือๆทุกติดตัวตลอดเวลา และตั้งนาฬิกาปลุกในโทรศัพท์เพื่อช่วยเตือนให้รับประทานยา นอกจากนี้หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีวิธีที่ทำให้รู้ว่าลืมรับประทานยาเพิ่มมากขึ้นจากก่อนทดลอง (จาก  $\bar{X} = 1.64$  เป็น 4.14 ) โดยส่วนใหญ่มีวิธีที่จะทำให้รู้ว่าลืมรับประทานยาโรคหัวใจ โดยวิธีการจดบันทึกการรับประทานยา เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้วิจัยส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคผ่านการนำเสนอตัวแบบผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งบทสัมภาษณ์จะเน้นให้เห็นถึงการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ และแนวทางในการจัดการอุปสรรคที่มีต่อความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของตัวแบบ การแจกคู่มือ “การรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีอย่างสม่ำเสมอ” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนความรู้ที่ผู้วิจัยให้ไว้ภายหลังออกจากโรงพยาบาล และการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์หลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป็นการทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้ยา เน้นย้ำประโยชน์และความจำเป็นของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยไม่ลืมรับประทานยา อีกทั้งยังเป็นการประเมินอุปสรรคของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และหาแนวทางการจัดการอุปสรรคร่วมกัน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวที่ผู้วิจัยจัดให้กับกลุ่มทดลอง สามารถเพิ่มความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้ ดังผลการวิจัย ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองก่อนการทดลองอยู่ในระดับไม่ดี และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับดี

เช่นเดียวกับการศึกษาของอรกมล เฟ็งกุล, นรลักษณ์ เอื้อกิจ, และปชาณัฐ์ ตันติโกสม (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ วัฒนศักดิ์ สุกใส, ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล, และธีรยุทธ อุดมพร (2556) ที่ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพื่อป้องกันโรค คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ Yue, Li, Weilin, and Bin (2015) ที่ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยชาวจีน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้อุปสรรค ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาลดความโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แม้ว่าจะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน แต่มีวัตถุประสงค์เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้เห็นถึงผลลัพธ์ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพะที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สมมุติฐานข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ดังนี้**

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค ได้ดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) โดย



ประยุกต์ใช้องค์ประกอบด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ส่งผลให้ภายหลังการวิจัย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยจะได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม ก่อนการจำหน่าย ได้แก่การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ด้านโภชนาการ การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด และการปฏิบัติตัวภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยการปฏิสัมพันธ์เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลเท่านั้น และมีระยะเวลาการให้ข้อมูลที่จำกัด โดยกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการติดตามพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการแจกเอกสารคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน ไม่ได้รับชมวีดีโอสัมภาษณ์ตัวแบบที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาระดับสูง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ไม่ได้รับการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยไม่ลืมรับประทานยา และเน้นย้ำในเรื่องการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา และไม่ได้รับการประเมินอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อหาแนวทางการจัดการอุปสรรคเหล่านั้นภายหลังที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ดังจะเห็นได้จากการพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยารายชื่อของกลุ่มทดลอง (ภาคผนวก จ) พบว่าก่อนและหลังการทดลอง มีกลุ่มควบคุมเพียงส่วนน้อยที่มีวิธีช่วยเตือนให้รับประทานยาโรคหัวใจ ( $\bar{X} = 1.95$  ทั้งก่อนและหลังการทดลอง) และมีวิธีที่ทำให้รู้ว่าลืมรับประทานยาโรคหัวใจ ( $\bar{X} = 1.73$  และ  $1.78$  ตามลำดับ) ทำให้มีกลุ่มควบคุมบางรายที่ลืมรับประทานยาโรคหัวใจเมื่ออยู่บ้าน ( $\bar{X} = 4.36$  และ  $4.45$  ตามลำดับ) และบางรายลืมรับประทานยาโรคหัวใจเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันหรือมีกิจธุระเพิ่มขึ้น ( $\bar{X} = 4.50$  และ  $4.64$  ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาและคะแนนการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งเป็นตัวแปรกำกับกับการทดลอง จะเห็นได้ว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาไม่แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการรับรู้อุปสรรค ภายหลังการทดลองพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี

ค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทั้งนี้คะแนนที่ต่ำลงของกลุ่มควบคุมเป็นการลดลงเพียงเล็กน้อย ซึ่งเมื่อเทียบกับกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคแล้ว พบว่ามีการลดลงของคะแนนการรับรู้อุปสรรคที่มากกว่า และกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อยทุกราย ซึ่งอภิปรายได้ว่าการใช้กลยุทธ์ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาที่กลุ่มทดลองได้รับจากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค ได้แก่ การให้ความรู้ที่มีแบบแผน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการรับชมตัวแบบ การได้รับคู่มือยากลับไปทบทวนที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา และเป็นการประเมินการรับรู้การจัดการอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในแต่ละบุคคล พร้อมทั้งหาแนวทางการจัดการอุปสรรค ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สอดคล้องกับการศึกษาของ อรกมล เฟิงกุล และคณะ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยมีรูปแบบกิจกรรมคือ การให้ความรู้ตามแผนการสอน แจกคู่มือการใช้ยาแอสไพรินสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ และการโทรศัพท์ในการให้พยาบาลทางไกล ในสัปดาห์ที่ 1-4, 5,7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ Rinfret et al. (2013) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาของ นรรัตน์ สมเพชร, ชิตชนก เรือนก้อน, และอัญชลี เพิ่มสุวรรณ (2550) ศึกษาผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับการเตือนทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ในช่วง 2 เดือน ระดับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการวิจัยดังกล่าวข้างต้น เป็นการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องพฤติกรรมรับประทานยา คือจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน มีความจำเป็นต้องให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามคำแนะนำของ

ที่มีสุขภาพอย่างเคร่งครัด โดยมีการนำกลยุทธ์ต่างๆในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา มาเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรม ดังเช่นการวิจัยครั้งนี้ที่ได้นำกลยุทธ์ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ไม่ว่าจะเป็น แจกคู่มือการใช้ยา การนำเสนอตัวแบบ การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่แตกต่างจากการพยาบาลปกติ มาเป็นกิจกรรมหนึ่งในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้การจัดการอุปสรรค ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้นสรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี มีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี โดยมีพฤติกรรมการรับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่เกิดพฤติกรรมลืมรับประทานยา มีวิธีช่วยเตือนให้รับประทานยา และมีวิธีให้รู้ว่าลืมรับประทานยา และรับประทานยาโรคหัวใจจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการที่ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจที่มีต่อแผนการรักษา และรับรู้การจัดการอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ โดยผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการอุปสรรคเหล่านั้นได้ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีต่อไปได้

### ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยวิธีสืบทาโดยอ้อม (Indirect method) โดยการใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาเพียงอย่างเดียว ดังนั้นเพื่อให้การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมีความแม่นยำและมีประสิทธิภาพ ควรใช้หลายวิธีร่วมกันทั้งวิธีการสืบทาโดยตรง (Direct method) และวิธีสืบทาโดยอ้อม (Indirect method)

2. เนื่องจากบริบทของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการส่งตัวมาจากต่างจังหวัด ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทำหัตถการ กลุ่มตัวอย่างจะต้องกลับไปติดตามรับยา และพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม posttest ทางโทรศัพท์เพื่อความสะดวกรวดเร็ว และประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ซึ่งการตอบแบบสอบถามทางโทรศัพท์มีข้อจำกัด บางครั้งคำตอบที่ได้อาจไม่ตรงกับความจริง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจจะตอบเพื่อเอาใจผู้วิจัย หรือเพื่อให้ตนเองดูดีในสายตาผู้วิจัย ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จัดอบรมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มึความสุขภาพ เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ประโยชน์ของยาโรคหัวใจแต่ละตัวที่ผู้ป่วยได้รับ ผลข้างเคียง และคำแนะนำในการรับประทานยา อุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ แนวทางการจัดการอุปสรรค เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วยได้

2. พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ควรมีการพิจารณาแนวทางร่วมกันในการนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคไปใช้ในหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย

3. ควรจัดทำเอกสาร คู่มือ หรือแผ่นพับ ที่เน้นเกี่ยวกับประโยชน์ของยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีโดยเฉพาะ เพื่อให้ความรู้เรื่องยาโรคหัวใจแก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์และความสำคัญของความร่วมมือในการรับประทานยา โดยผู้ป่วยสามารถนำกลับไปทบทวนที่บ้านภายหลังออกจากโรงพยาบาลได้ เป็นการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอีกทางหนึ่ง

4. การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยไม่ลืมรับประทานยา อีกทั้งยังเป็นวิธีประเมินอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้พยาบาลอาจติดตามเยี่ยมด้วยวิธีอื่นๆร่วมด้วย เช่น การส่งข้อความ อีเมล หรือการใช้ประโยชน์จากสื่อสังคม เพื่อเป็นการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น 3, 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา เนื่องจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องตลอดชีวิต

2. ควรมีการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเฉพาะกลุ่มที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาไม่ถึงร้อยละ 80 เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาไม่ดี และควรทำการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ไม่เคยตรวจสุขภาพ ไม่มียาที่รับประทานประจำมาก่อน เนื่องจากภายหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารีแล้ว ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาโรคหัวใจต่อเนื่องไปตลอดชีวิต

3. ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่กลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องระยะยาว เช่น โรคไต เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเอดส์ วัณโรค เป็นต้น เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา



## รายการอ้างอิง

- กรรทิม่า มีสุนทร, กิตติกร นิลมานันต์, และจารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจ. ใน กิตติกร นิลมานันต์ และจารุวรรณ กฤตย์ประชา (บรรณาธิการ), *กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด: มติที่ท้าทายสำหรับการพยาบาล* (น. 52-73). สงขลา: บริษัท จอยปรีนท์ จำกัด.
- เกรียงไกร เสงรัมย์ และวิรัช เคหะสุขเจริญ. (2555). การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน เกรียงไกร เสงรัมย์ และกนกพร แจ่มสมบูรณ์ (บรรณาธิการ), *มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน* (น. 20-31). กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- จารุวี กาญจนศิริธำรง, วันทนา เจริญมงคล, จุราพร พงศ์เวชรักษ์, และอุษณีย์ วรรณมณี. (2548). การประเมินปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ ยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลสงขลา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(4), 229-240.
- ฐิติกานต์ กาลเทศ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 22(2), 1-14.
- ณัฐริกา ประสาทแก้ว, แสงทอง ชีระทองคำ, และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2555). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 42(3), 19-31.
- คำรัส ตริสุโกศล. (2554). Acute ST elevation myocardial infarction. ใน ประดิษฐ์ ปัญจิวัฒน์, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ และ เรวัตร์ พันธุ์กิ่งทองคำ (บรรณาธิการ), *Cardiac emergency: ภาวะฉุกเฉินระบบหัวใจและหลอดเลือด* (น. 27-62). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- ทิชตยา แต่ไพบูลย์. (2546). *การศึกษาความรู้และการดูแลตนเองเกี่ยวกับยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนวัฒน์ เบญจนาวุธตรา. (2553). Percutaneous coronary intervention. ใน อภิชาติ สุคนธ์ธรรม (บรรณาธิการ), *Coronary artery disease : The new frontiers* (น. 249-265). เชียงใหม่: ทรिकิ่ง.

- นรรรัตน์ สมเพชร, ชิดชนก เรือนก้อน, และอัญชลี เพิ่มสุวรรณ. (2007). ผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(2), 90-97.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2553). *การสร้างเสริมสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน. (2554). Unstable angina/acute non-ST elevation myocardial infarction. ใน ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ และเรวัตร์ พันธุ์กิ่งทองคำ (บรรณาธิการ), *Cardiac emergency: ภาวะฉุกเฉินระบบหัวใจและหลอดเลือด* (น. 1-26). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 9). ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- รัตนา เรือนอินทร์. (2550). *ความเชื่อด้านสุขภาพและการควบคุมโรคผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตรบัณฑิต), สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วสันต์ สุเมธกุล, สมศักดิ์ ต้นรัตนกร, และสมนึก สังฆานุกภาพ. (2550). *State of the arts in emergency and critical care medicine : Ramathibodi clinical update in medicine*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัฒน์ศักดิ์ สุกใส, ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล, และธีรยุทธ อุดมพร. (2556). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 6(2), 53-64.
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. ใน ปราณี ทุไพบระ และคณะ (บรรณาธิการ.), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1* (น. 35-59). กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิธร อุตตะมะ. (2549). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตรบัณฑิต), สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สรารุณี ศิวโมกษธรรม และสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2554). แนวทางการรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มี ST-Elevation. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ.), *Clinical practice*

guideline 2011 (เล่ม 2). กรุงเทพฯ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). จำนวนการตายด้วยสาเหตุสำคัญต่อประชากร 100,000 คน. Retrieved 10 มีนาคม 2558, from <http://bps.ops.moph.go.th>

สุภาพร แนวบุตร. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุมาลี วัจนานกร, ชุติมา ผาติดำรงกุล, และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 539-547.

สุรพันธ์ สิทธิสุข และชนัท ครุฑกุล. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงขึ้นปฐมภูมิในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

สุวิมล ว่องวานิช และนงลักษณ์ วิรัชชัย. (2546). *แนวทางการให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์*.

กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ตำราและเอกสารทางวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร. (2556). Myocardial infarction. ใน สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร (บรรณาธิการ), *พยาธิวิทยาของโรคหัวใจ* (น. 123-161). เชียงใหม่: โรงพิมพ์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เสาวนีย์ เนาวพานิช. (2552). *คู่มือปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ: งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล*.

เสาวลักษณ์ พรหมพงศา. (2551). Atherosclerosis. ใน สูงชัย อังธารารักษ์, กำธร ลีลามะลิ และยุพิน ไทยพิสุทธิกุล (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ Current concepts and update treatment* (น. 1-8). กรุงเทพฯ: ชีตี่พรีนท์.

อภิชาติ สุนทรสรรพ. (2555). ESC guideline for the management of acute coronary syndrome in patients presenting without persistent ST-segment elevation. ใน อภิชาติ สุนทรสรรพ และศรีณย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ), *Cardiovascular medicine : The new balance* (น. 95-122). เชียงใหม่: ทรिक อินค์.

อรกมล เพ็งกุล, นรลักษณ์ เอื้อกิจ, และชชาญภักดิ์ ตันติโกสม. (2557). ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้าน การแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 25(2), 34-48.



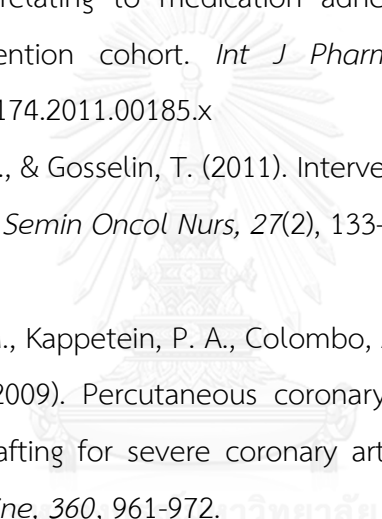
- อิสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2555). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 4(2), 60-70.
- Albert, N. M. (2008). Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. *Critical Care Nurse*, 28, 54-64.
- Amsterdam, E. A., Wenger, N. K., Brindis, R. G., Casey, D. E., Jr., Ganiats, T. G., Holmes, D. R., Jr., . . . Members, A. A. T. F. (2014). 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 130(25), e344-426. doi: 10.1161/CIR.0000000000000134
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice – Hall.
- Baroletti, S., & Dell'Orfano, H. (2010). Medication adherence in cardiovascular disease. *Circulation*, 121(12), 1455-1458. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.904003
- Bax, J., Betriu, A., Blomstrom-Lundqvist, C., Crea, F., Falk, V., Filippatos, G., . . . Weis, M. (2008). Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation : The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 29, 2909-2945.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: International Universities Press.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles B. Slack.
- Bitton, A., Choudhry, N. K., Matlin, O. S., Swanton, K., & Shrank, W. H. (2013). The impact of medication adherence on coronary artery disease costs and outcomes: a systematic review. *Am J Med*, 126(4), 357 e357-357 e327. doi: 10.1016/j.amjmed.2012.09.004
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2010). *Medical-Surgical Nursing: Clinical management for positive outcome* (7 ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (5 ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Cabarrus, B. R., & Babb, J. D. (2014). Postinterventional management. In M. J. Kern (Ed.), *SCAI Interventional Cardiology Board Review* (pp. 331-335). California: Lippincott Williams & Wilkins.
- Choudhry, N. K., & Winkelmayr, W. C. (2008). Medication adherence after myocardial infarction: a long way left to go. *J Gen Intern Med*, *23*(2), 216-218. doi: 10.1007/s11606-007-0478-8
- Corrao, G., Conti, V., Merlino, L., Catapano, A. L., & Mancia, G. (2010). Results of a retrospective database analysis of adherence to statin therapy and risk of nonfatal ischemic heart disease in daily clinical practice in Italy. *Clin Ther*, *32*(2), 300-310. doi: 10.1016/j.clinthera.2010.02.004
- Cuisset, T., Quilici, J., Fugon, L., Cohen, W., Roux, P., Gaborit, B., . . . Carrieri, P. (2011). Non-adherence to aspirin in patients undergoing coronary stenting: negative impact of comorbid conditions and implications for clinical management. *Arch Cardiovasc Dis*, *104*(5), 306-312. doi: 10.1016/j.acvd.2011.03.091
- Desai, N. R., & Choudhry, N. K. (2013). Impediments to adherence to post myocardial infarction medications. *Curr Cardiol Rep*, *15*(1), 322. doi: 10.1007/s11886-012-0322-6
- Farooq, V., Gogas, B. D., & Serruys, P. W. (2011). Restenosis: delineating the numerous causes of drug-eluting stent restenosis. *Circ Cardiovasc Interv*, *4*(2), 195-205. doi: 10.1161/CIRCINTERVENTIONS.110.959882
- Fernandez, R., Davidson, P., Griffiths, R., Juergens, C., & Salamonson, Y. (2007). What do we know about the long term medication adherence in patients following percutaneous coronary intervention?. *Australian Journal of Advance Nursing*, *25*(2), 53-61.
- Fung, S. C. (2009). *Factors associated with medication adherence of patients with congestive heart Failure*. Rush University: Proquest.
- Gellad, W. F., Grenard, J., & McGlynn, E. A. (2009). *A Review of barriers to medication adherence: A framework for driving policy options*. Santa Monica, CA: the RAND Corporation.

- Hawkshead, J., & Krousel-Wood, M. A. (2007). Techniques for measuring medication adherence in hypertensive patients in outpatient settings: Advantages and limitations. *Disease Management & Health Outcomes*, 15(2), 109-118.
- Higgins, H. C., Hayes, R. L., & McKenna, K. T. (2001). Rehabilitation outcomes following percutaneous coronary interventions (PCI). *Patient Educ Couns*, 43(3), 219-230.
- Ho, P. M., Bryson, C. L., & Rumsfeld, J. S. (2009). Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*, 119(23), 3028-3035. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768986
- Ho, P. M., Magid, D. J., Shetterly, S. M., Olson, K. L., Maddox, T. M., Peterson, P. N., . . . Rumsfeld, J. S. (2008). Medication nonadherence is associated with a broad range of adverse outcomes in patients with coronary artery disease. *Am Heart J*, 155(4), 772-779. doi: 10.1016/j.ahj.2007.12.011
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley Publishing.
- Jackevicius, C. A., Li, P., & Tu, J. V. (2008). Prevalence, predictors, and outcomes of primary nonadherence after acute myocardial infarction. *Circulation*, 117(8), 1028-1036. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.706820
- Jeon, C., & Ware, M. G. (2006). Complication of myocardial infarction. In E. H. Awtry (Ed.), *Blueprints cardiology* (2 ed., pp. 64-68). Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Johnson, M. J. (2002). The medication adherence model: A guide for assessing medication-taking. *Research and Theory for Nursing Practice*, 16(3), 179-192.
- Kang, J., Yang, I. S., & Kim, N. (2010). Correlates of health behaviors in patients with coronary artery disease. *Asian Nursing Research*, 4(1), 45-55.
- Konstantina, A., & Helen, D. (2009). Quality of life after coronary intervention. *Health Science Journal*, 3(2), 66-71.
- Kronish, I. M., & Ye, S. (2013). Adherence to cardiovascular medications: lessons learned and future directions. *Prog Cardiovasc Dis*, 55(6), 590-600. doi: 10.1016/j.pcad.2013.02.001

- Laba, T. L., Bleasel, J., Brien, J. A., Cass, A., Howard, K., Peiris, D., . . . Jan, S. (2013). Strategies to improve adherence to medications for cardiovascular diseases in socioeconomically disadvantaged populations: a systematic review. *Int J Cardiol*, *167*(6), 2430-2440. doi: 10.1016/j.ijcard.2013.01.049
- Lavsa, S. M., Holzworth, A., & Ansani, N. T. (2003). Selection of a validated scale for measuring medication adherence. *Journal of the American Pharmacists Association*, *51*, 90-94. doi: 10.1331/JAPhA.2011.09154
- Levine, G. N., Bates, E. R., Blankenship, J. C., Bailey, S. R., Bittl, J. A., Cercek, B., . . . Interventions. (2011). 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention. A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. *J Am Coll Cardiol*, *58*(24), e44-122. doi: 10.1016/j.jacc.2011.08.007
- Mann, D. M., Woodward, M., Muntner, P., Falzon, L., & Kronish, I. (2010). Predictors of nonadherence to statins: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother*, *44*(9), 1410-1421. doi: 10.1345/aph.1P150
- Mathews, R., Peterson, E., Honeycutt, E., Chin, C. T., Ryan, K., Effron, M., . . . Wang, T. (2012). Medication nonadherence among patients with acute myocardial infarction treated with percutaneous coronary intervention: Insights from the Translate-Acs Study. *J Am Coll Cardiol*, *59*(13), E1814. doi: 10.1016/s0735-1097(12)61815-4
- Mochari, H., Ferris, A., Adigopula, S., Henry, G., & Mosca, L. (2007). Cardiovascular disease knowledge, medication adherence, and barriers to preventive action in a minority population. *Preventive cardiology*, *10*(4), 190-195. doi: 10.1111/j.1520-037X.2007.06619.x
- Molly, G. J., Perkins-Porras, L., Bhattacharyya, M. R., Strike, P. C., & Steptoe, A. (2008). Practical support predicts medication adherence and attendance at cardiac rehabilitation following acute coronary syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, *65*, 581-586.

- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure for hypertension control. *J Clin Hypertens*, *10*, 348-354.
- Morton, P. G., & Fontaine, D. K. (2013). *Essentials of critical care nursing : A holistic approach*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Munden, J. (2007). *Cardiovascular system. Lippincott Manual of Nursing Practice Series Pathophysiology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mutsch, K. S., & Herbert, M. (2010). Medication Discharge Planning Prior to Hospital Discharge. *The Quality Management Journal*, *17*(4), 25-35.
- O'Gara, P. T., Kushner, F. G., Ascheim, D. D., Casey, D. E., Jr., Chung, M. K., de Lemos, J. A., . . . Force, C. A. T. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, *127*(4), 529-555. doi: 10.1161/CIR.0b013e3182742c84
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England journal of Medicine*, *353*, 487-497.
- Park, L. G., Howie-Esquivel, J., Chung, M. L., & Dracup, K. (2013). A text messaging intervention to promote medication adherence for patients with coronary heart disease: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. doi: 10.1016/j.pec.2013.10.027
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8 ed.). Philadelphia: WoltersKlower/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rinfret, S., Rodes-Cabau, J., Bagur, R., Dery, J. P., Dorais, M., Larose, E., . . . Investigators, E.-I. (2013). Telephone contact to improve adherence to dual antiplatelet therapy after drug-eluting stent implantation. *Heart*, *99*(8), 562-569. doi: 10.1136/heartjnl-2012-303004
- Rosamond, W., Flegal, K., Furie, K., Go, A., Greenlund, K., Haase, N., . . . Stroke Statistics, S. (2008). Heart disease and stroke statistics--2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke

- Statistics Subcommittee. *Circulation*, 117(4), e25-146. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.187998
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-386.
- Roth, G. A., Morden, N. E., Zhou, W., Malenka, D. J., & Skinner, J. (2012). Clopidogrel use and early outcomes among older patients receiving a drug-eluting coronary artery stent. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 5(1), 103-112. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.111.962704
- Rushworth, G. F., Cunningham, S., Mort, A., Rudd, I., & Leslie, S. J. (2012). Patient-specific factors relating to medication adherence in a post-percutaneous coronary intervention cohort. *Int J Pharm Pract*, 20(4), 226-237. doi: 10.1111/j.2042-7174.2011.00185.x
- Schneider, S. M., Hess, K., & Gosselin, T. (2011). Interventions to promote adherence with oral agents. *Semin Oncol Nurs*, 27(2), 133-141. doi: 10.1016/j.soncn.2011.02.005
- Serruys, P. W., Morice, M., Kappetein, P. A., Colombo, A., Holmes, D. R., Mack, M. J., . . . Mohr, F. W. (2009). Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease. *The New England Journal of Medicine*, 360, 961-972. 
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (Vol. 1). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sokol, M. C., McGuigan, K. A., Verbrugge, R. R., & Epstein, R. S. (2005). Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Medical Care*, 43, 521-530.
- Spertus, J. A., Kettelkamp, R., Vance, C., Decker, C., Jones, P. G., Rumsfeld, J. S., . . . Cohen, D. J. (2006). Prevalence, predictors, and outcomes of premature discontinuation of thienopyridine therapy after drug-eluting stent placement: results from the PREMIER registry. *Circulation*, 113(24), 2803-2809. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.618066

- Tuntikosoom, P., Aunguroch, Y., & Jitpanya, C. (2011). Factors predicting medication adherence among cardiovascular patients in a primary care setting. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 15(4), 278-287.
- Wassif, H., & Welt, F. G. (2014). Arterial disease-atherosclerosis. In M. J. Kern (Ed.), *SCAI International Cardiology Board Review* (2 ed., pp. 1-9). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization [WHO]. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.
- World Health Organization [WHO]. (2011). Fact sheets on cardiovascular disease. from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
- Wu, J. R., Chung, M., Lennie, T. A., Hall, L. A., & Moser, D. K. (2008). Testing the psychometric properties of the medication adherence scale in patients with heart failure. *Heart Lung*, 37(5), 334-343. doi: 10.1016/j.hrtlng.2007.10.001
- Yue, Z., Li, C., Weilin, Q., & Bin, W. (2015). Application of the health belief model to improve the understanding of antihypertensive medication adherence among Chinese patients. *Patient Educ Couns*. doi: 10.1016/j.pec.2015.02.007

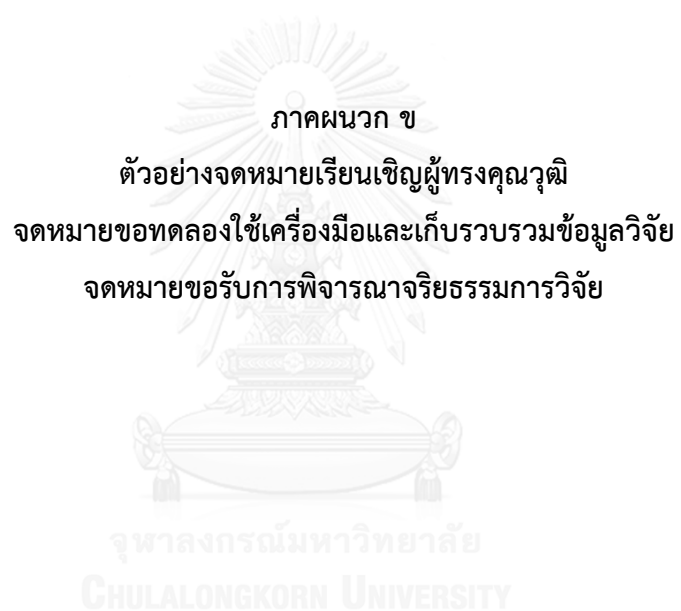






## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

| ชื่อ - นามสกุล                               | ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน   |
|--|---|
| 1. อาจารย์ นายแพทย์สิริชัย ชีวธนากรณ์กุล     | อาจารย์ประจำสาขาวิชาโรคหัวใจ<br>ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์                                      |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์      | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล<br>อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์   |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล | อาจารย์ประจำภาควิชา การพยาบาล<br>อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยมหิดล  |
| 4. นายวินิตย์ หลงละเลิง                      | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล<br>อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์<br>โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ |
| 5. นางสาวสุนันทา สุกุลดี                     | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล<br>อายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์<br>โรงพยาบาลสงขลานครินทร์           |



ที่ ศธ 0512.11/ 0๖0๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

30 พฤษภาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธาวินี ช่วยแทน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ นายแพทย์ สิริชัย ชิวธนากรณ์กุล อาจารย์ประจำสาขาวิชาโรคหัวใจ ภาควิชาอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

อาจารย์ นายแพทย์ สิริชัย ชิวธนากรณ์กุล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

นางสาวธาวินี ช่วยแทน โทร. 089-296-9238

ที่ ศธ 0512.11/๒๒๐๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๕๐ พฤษภาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธาวินี ช่วยแทน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพมาส ชินวงศ์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ชนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพมาส ชินวงศ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

นางสาวธาวินี ช่วยแทน โทร. 089-296-9238

ที่ ศธ 0512.11/๐๕๐๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

3๐ พฤษภาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธาวินี ช่วยแทน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุธีพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

นางสาวธาวินี ช่วยแทน โทร. 089-296-9238

ที่ ศธ 0512.11/06๐3



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

3๐ พฤษภาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธาวินี ช่วยแทน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายวินิตย์ หลงละเลิง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและผู้บริหารชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุธีพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นายวินิตย์ หลงละเลิง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

นางสาวธาวินี ช่วยแทน โทร. 089-296-9238

ที่ ศธ 0512.11/๑๕๐3



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

30 พฤษภาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์  
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธาวินี ช่วยแทน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุนันทา สกุลตี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุธีพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

นางสาวสุนันทา สกุลตี  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152  
นางสาวธาวินี ช่วยแทน โทร. 089-296-9238



ที่ ศธ 0512.11/ 0845



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

18 กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

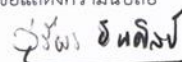
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวาวินี ช่วยแทน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี เพศชายและหญิง มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี ที่มาติดตาม ตรวจ และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิภาคใต้ จำนวน 88 คน โดยใช้แผนการสอน เรื่อง ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี วิดีโอสัมภาษณ์ตัวแบบผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี เรื่องความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ คู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของ อีสริย์กร สุศรีสกุล และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ ประยุกต์ใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาของ อีสริย์กร สุศรีสกุล และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ ประยุกต์ใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาของ อีสริย์กร สุศรีสกุล และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวธาวินี ช่วยแทน ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร จันติกุล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรล็กขันธ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

นางสาวธาวินี ช่วยแทน โทร. 089-296-9238

ที่ ศธ 0512.11/๐๘๔๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒ | กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทางด้านสังคมศาสตร์ / มานุษยวิทยา ตามที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กำหนด 3 ชุด
  2. เอกสารคำชี้แจงสำหรับอาสาสมัคร 3 ชุด
  3. แบบฟอร์มใบยินยอม 3 ชุด
  4. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ 3 ชุด
  5. ประวัติและความรู้ความชำนาญของผู้วิจัย ฉบับภาษาไทย รวมทั้งหลักฐานการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ชุด
  6. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 3 ชุด
  7. แผ่น DVD 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธาวินี ช่วยแทน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวธาวินี ช่วยแทน เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

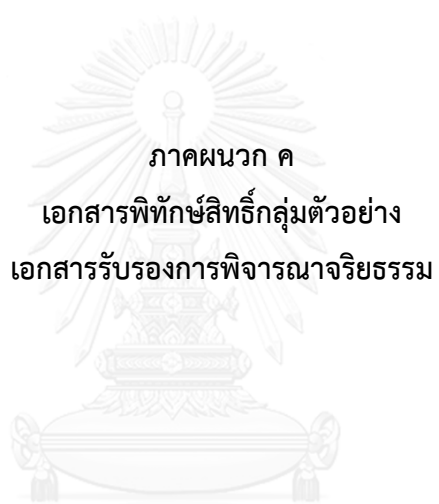
**สมิต มณีจิวาน**

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)  
รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152  
นางสาวธาวินี ช่วยแทน โทร. 089-296-9238



ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย  
(Informed Consent Form)**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (นาย /นาง /นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในโครงการวิจัยเรื่อง ผลของ

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของ  
ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

โดยข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารคำอธิบายโครงการวิจัยและได้รับฟังคำอธิบายจาก นางสาวธาวินี  
ช่วยแทน และได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการ  
วิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้า ต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ  
ผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ ตลอดจนค่าตอบแทนที่จะได้รับ และ  
ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ  
วิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

และข้าพเจ้า ยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า ที่ได้รับจากการวิจัย โดยให้  
นำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยนั้นแต่จะไม่เผยแพร่ ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล ทั้งนี้  
สามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรับ  
การบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้า จะได้รับต่อไปในอนาคต

หากข้าพเจ้ามี ข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยหรือเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการ  
วิจัยกับตัวข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ นางสาวธาวินี ช่วยแทน ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ เบอร์  
089-2969238 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถขอรับ  
คำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 0-7445-1157 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์  
medpsu.ec@gmail.com

ข้าพเจ้า เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้  
โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย .....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อผู้อธิบาย/ ผู้ขอความยินยอม .....

(นางสาวธาวินี ช่วยแทน)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (อาสาสมัครอายุ 18 ปี ขึ้นไป)**  
(Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ชื่อผู้วิจัย                      นางสาวธาวินี ช่วยแทน

สถานที่วิจัย                    หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ผู้ให้ทุน                         ไม่มี

ก่อนที่ท่านจะลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมร่วมวิจัย ท่านควรได้รับทราบว่า

- โครงการนี้เป็นโครงการวิจัย ไม่ใช่ การรักษาตามปกติ
- ท่าน ไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการหรือการรักษาพยาบาลที่ท่านพึงได้รับตามสิทธิ
- ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี
- นักวิจัยผู้ขอความยินยอมต้องให้ ข้อมูลและเวลาที่เพียงพอ ในการตัดสินใจอย่างอิสระ ก่อนที่ท่านจะเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

### 1. จุดมุ่งหมายของการวิจัย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคเรื้อรัง ภายหลังจากการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยจะได้รับยาโรคหัวใจหลายชนิด จำพวกยาต้านเกล็ดเลือด ยาควบคุมการเต้นของหัวใจ ยาลดแรงต้านต่อหัวใจ และยาลดไขมันในเลือด มารับประทานอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือด การรับประทานยาให้ถูกต้องสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญ ต้องอาศัยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ซึ่งประสิทธิผลจากความร่วมมือในการรับประทานยาจะช่วยลดอัตราการป่วย อัตราการตาย ลดการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีสุขภาพที่ดีขึ้น ในทางกลับกันหากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา จะส่งผลกระทบต่อมากมาย เช่น ผลต่อการควบคุมความดันโลหิต การเปลี่ยนแปลง

อาการและอาการแสดงของโรคจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่ลดลง อีกทั้งยังเพิ่มอัตราการเสียชีวิต การกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับยาในเรื่องการรับรู้อุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และการรับรู้ประโยชน์ รับรู้ความจำเป็นของยา จะเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา พยาบาลจึงจำเป็นต้องส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีโดยให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของยารักษาโรคหัวใจที่มีต่อแผนการรักษา และลดการรับรู้อุปสรรคที่จะเป็นสิ่งที่ขัดขวางไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาขึ้น การวิจัยครั้งนี้จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อไป

## 2. เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

โครงการนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยผู้วิจัยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและได้รับการรักษาด้วยวิธีขยายหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับยา กลุ่ม ยาต้านเกล็ดเลือด ยาควบคุมการเต้นของหัวใจ ยาลดแรงต้านต่อหัวใจ และยาลดไขมันในเลือด สามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ และสามารถติดตามได้ และผู้ป่วยเต็มใจยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ท่านเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงขอเชิญชวนท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

## 3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค กับ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



#### 4. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จะได้รับในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่มดังนี้

4.1 กลุ่มทดลอง ท่านจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค โดยผู้วิจัยให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ท่านเป็นรายบุคคล ในสัปดาห์ที่ 1 ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ใช้เวลารวมประมาณ 50 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) ให้ความรู้ตามแผนการสอน (ระยะเวลาสอน 40 นาที) 2) รับชมวีดีโอสัมภาษณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ประสบความสำเร็จในการรักษาและมีความร่วมมือในการรับประทานยา เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแนวทางการลดอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) 3) มอบคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ จากนั้นในสัปดาห์ที่ 2-4 ท่านจะได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อเตือนความจำในการรับประทานยา ประเมินอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และทบทวนความรู้ตามคู่มือเกี่ยวกับยาโรคหัวใจที่ท่านได้รับ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที โดยท่านเป็นผู้นัดวัน เวลา ที่สะดวก ในสัปดาห์ที่ 4 ประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ โดยการตอบแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ ผ่านทางโทรศัพท์ 5) สัปดาห์ที่ 5 ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยการตอบแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาที่ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อนปิดโครงการ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

4.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ท่านจะได้รับความรู้จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย อายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ด้านโภชนาการ การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด และการปฏิบัติตัวภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พร้อมได้รับแผ่นพับเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาใช้เวลาประมาณ 10 นาที และเมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยนัดหมายท่านเพื่อพบกันใหม่ในสัปดาห์ที่ 5 อีกครั้ง ตามกำหนดการที่แพทย์นัดท่านเพื่อติดตามการรักษา ที่คลินิก

โรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยผู้วิจัยให้ท่านตอบแบบสอบถามความร่วมมือในการ  
รับประทานยา จากนั้นผู้วิจัยจะให้ความรู้ตามแผนการสอน รับชมวิดีโอสัมภาษณ์ตัวแบบ และมอบ  
คู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ และกล่าว  
ขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนปิดโครงการ ใช้เวลาประมาณ 50 นาที

4.3 ระยะเวลาที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัย การเก็บข้อมูลใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์

## 5. ความเสี่ยงหรือความไม่สุขสบายต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับท่าน

ขณะดำเนินการวิจัย ถ้าท่านมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอก หน้ามืด ใจสั่น ซีพจรเต้นผิด  
จังหวะ หายใจหอบเหนื่อย หน้ามืด เป็นลม โดยผู้วิจัยจะยุติการให้โปรแกรมทันทีและประสานงานกับ  
พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาที่เหมาะสม  
ต่อไป

## 6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ท่านจะได้รับความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความรู้เรื่องยาโรคหัวใจ รับทราบ  
ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ มีแนวทางลดอุปสรรคของความร่วมมือใน  
การรับประทานยาโรคหัวใจ และเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งจะช่วยลดอัตรา  
การเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด  
เลือด

## 7. ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่

การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือ  
ถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ โดยไม่มีผลต่อ  
การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

## 8. การรักษาความลับของท่าน

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และ  
นำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น หากมีการนำเสนอข้อมูล  
ต่างๆของอาสาสมัครจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุลที่แท้จริง และเมื่อมีข้อ  
ซักถามเกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

## 9. ไม่มีการจ่ายค่าพาหนะหรือค่าชดเชยการเสียเวลา

หากท่านมีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยหรือเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย  
กับตัวข้าพเจ้า ท่านสามารถติดต่อกับ นางสาวธาวิณี ช่วยแทน เบอร์โทรศัพท์ 089-2969238 โดย  
ติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 0-7445-1157 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ medpsu.ec@gmail.com

#### อาสาสมัครโปรดให้ความสำคัญ

- ท่านจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่นักวิจัยเก็บไว้ 1 ชุด ท่านควรเก็บไว้กับตัวเพื่อเป็นหลักฐานและอ่านเมื่อมีข้อสงสัย
- ส่วนทำหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการ จะต้อง มี 1) ลายมือชื่อของท่าน 2) ลายมือชื่อนักวิจัยที่ให้คำอธิบายเกี่ยวกับโครงการ และ 3) วันที่ที่ลงนาม ซึ่งท่านต้องเป็นผู้ลงวันที่ด้วยตนเอง







## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

### ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของอิสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555)

### ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

2.1 แผนการสอน เรื่อง ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

2.2 วิดีโอสัมภาษณ์ตัวแบบผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ประสบความสำเร็จในการรักษา และมีความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ

2.3 คู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารีอย่างสม่ำเสมอ

2.4 แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

### ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ ประยุกต์ใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาของอิสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555)

3.2 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ ประยุกต์ใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาของอิสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555)

## ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม   
 กลุ่มควบคุม  กลุ่มทดลอง

### 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  หน้าข้อความเพียงคำตอบเดียว และเติมข้อความให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. เพศ 1.  ชาย 2.  หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. สถานภาพสมรส
  1.  โสด
  2.  คู่
  3.  หม้าย
  4.  หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา
  1.  ไม่ได้รับการศึกษา
  2.  ประถมศึกษา
  3.  มัธยมศึกษา
  4.  อนุปริญญา
  5.  ปริญญาตรี
  6.  สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพในปัจจุบัน
  1.  ไม่ได้ประกอบอาชีพ
  2.  ค้าขาย
  3.  ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
  4.  เกษตรกร/ประมง
  5.  รับจ้าง
  6.  อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
  1.  ไม่มีรายได้
  2.  น้อยกว่า 2,000 บาท/เดือน
  3.  2,001-5,000 บาท/เดือน
  4.  5,001- 10,000 บาท/เดือน
  5.  10,001-15,000 บาท/เดือน
  6.  มากกว่า 15,000 บาท/เดือน
7. ได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี
 

ครั้งที่.....วันที่ .....

ครั้งที่.....วันที่ .....

ครั้งที่.....วันที่ .....
8. สิทธิการรักษาพยาบาล
  1.  เบิกได้
  2.  ประกันสังคม
  3.  หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  4.  จ่ายเอง
  5.  อื่นๆ ระบุ.....

เลขที่แบบสอบถาม  กลุ่มควบคุม  กลุ่มทดลอง

9. ประวัติการรับประทานกลุ่มยาที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |   |  |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> ยาต้านเกล็ดเลือด        | 2. <input type="checkbox"/> ยาลดไขมันในเลือด |
| 3. <input type="checkbox"/> ยาควบคุมการเต้นของหัวใจ | 4. <input type="checkbox"/> ยาลดความดันโลหิต |
10. ระหว่างเจ็บป่วยท่านมีผู้ดูแลช่วยเหลือเรื่องการรับประทานยาหรือไม่
- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ..... | 2. <input type="checkbox"/> ไม่มี |
|--|-----------------------------------|





เลขที่แบบสอบถาม  กลุ่มควบคุม  กลุ่มทดลอง**1.2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา**

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับสิ่งที่ได้ปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

|                |         |   |
|----------------|---------|---|
| ทำเป็นประจำ    | หมายถึง | ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้ง    |
| ทำบ่อย         | หมายถึง | ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง |
| ทำเป็นบางครั้ง | หมายถึง | ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง     |
| ทำนานๆครั้ง    | หมายถึง | ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆครั้งหรือเกือบไม่ปฏิบัติเลย  |
| ไม่เคยทำเลย    | หมายถึง | ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย                             |

| ลำดับ | โปรดระบุ เหตุการณ์ดังต่อไปนี้เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา           | ทำเป็นประจำ | ทำบ่อย | ทำเป็นบางครั้ง | ทำนานๆครั้ง | ไม่เคยทำเลย |
|-------|---|-------------|--------|----------------|-------------|-------------|
| 1     | ฉันลืมรับประทานยาโรคหัวใจเมื่ออยู่บ้าน  |             |        |                |             |             |
| 2     | ฉันลืมรับประทานยาโรคหัวใจเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันหรือมีกิจกรรมเพิ่มขึ้น |             |        |                |             |             |
| 3     | ฉันต้องรับประทานยาโรคหัวใจเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ                                    |             |        |                |             |             |
| 4     | ฉันเก็บยาโรคหัวใจไว้ในที่ที่สะดวกต่อการรับประทาน                                    |             |        |                |             |             |
| 5     | ฉันมีวิธีที่ช่วยเตือนฉันให้รับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอ                         |             |        |                |             |             |
| 6     | ฉันมีวิธีที่ทำให้รู้ว่าลืมรับประทานยาโรคหัวใจ                                       |             |        |                |             |             |
| 7     | การรับประทานยาโรคหัวใจเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของฉัน                            |             |        |                |             |             |

## ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

### โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค

ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 ขั้นประเมินผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

สัปดาห์ที่ 1 ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา และประเมินการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ตามแผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (PowerPoint presentation) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 2) ยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 3) การออกฤทธิ์ของยา 4) ประโยชน์ของยา 5) วิธีใช้ยา 6) ผลข้างเคียงของยา 7) คำแนะนำในการรับประทานยา 8) อุปสรรคที่เป็นสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา แนวทางการจัดการอุปสรรค และ 9) สรุป และมีสื่อประกอบการสอนจริง ได้แก่ ยาเม็ดของผู้ป่วย

จากนั้นจัดให้ผู้ป่วยชมวิดีโอสัมภาษณ์ตัวแบบซึ่งเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่ประสบความสำเร็จในการรักษาและมีความร่วมมือในการรับประทานยา เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พร้อมแจกคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนเนื้อหาที่ผู้วิจัยให้ความรู้ภายหลังการจำหน่าย และนัดหมายเกี่ยวกับวัน เวลาที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย โดยนัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตามวันและเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก


#### ขั้นที่ 2 ขั้นโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย โดยใช้บทสนทนาตามแผนโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เพื่อสอบถามอาการทั่วไป ทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และเพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาโรคหัวใจ โดยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 5-10 นาที การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสัปดาห์ที่ 2-4 เพื่อเตือนความจำเรื่องการรับประทานยา ทบทวนความรู้ตามคู่มือ เน้นย้ำประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา ประเมินอุปสรรคที่มีต่อความร่วมมือในการรับประทานยา พร้อมหาแนวทางแก้ไข เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และพูดคุยให้กำลังใจ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจในสัปดาห์ที่ 4 ผ่านทางโทรศัพท์

#### ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาผ่านทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

## 2.1 แผนการสอน เรื่อง “ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี”



**แผนการสอน เรื่อง ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>สำหรับ</b>             | ผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อายุ 18-59 ปี  |
| <b>สถานที่สอน</b>         | หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์   |
| <b>ผู้สอน</b>             | นางสาววีนี ช่วยแทน  |
| <b>อาจารย์ที่ปรึกษา</b>   | ศ.ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ  |
| <b>วัตถุประสงค์ทั่วไป</b> | เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี  |
|                           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด</li> <li>2. มีความรู้และเข้าใจเรื่องความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี</li> <li>3. ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของยารักษาโรคหัวใจที่มีต่อแผนการรักษา</li> <li>4. ผู้ป่วยรับรู้ข้อสรุปของการรับประทานยารักษาโรคหัวใจ และมีแนวทางการลดอุปสรรคที่มีต่อการรับประทานยารักษาโรคหัวใจได้</li> </ol> |
|                           | เวลาสอน 40 นาที   |

| วัตถุประสงค์   | เนื้อหา  | กิจกรรมการสอน   | สื่อการสอน | ประเมินผล  |
|--|--|---|------------|--|
| <p>1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สอนและผู้ป่วย</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยสนใจและให้ความสำคัญกับหัวข้อการสอน</p> | <p>ชั้นนำ (5 นาที)</p> <p>ผู้สอนเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพ และนำตัวผู้สอน เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และไว้วางใจ ภายหลังจากสร้างสัมพันธ์ภาพ ผู้สอนแจ้งวัตถุประสงค์ของการสอนในครั้งนี้</p> <p><b>วัตถุประสงค์การสอน</b></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยกล้าแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด</li> <li>2. มีความรู้และเข้าใจเรื่องความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี</li> <li>3. ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของยาโรคหัวใจที่มีต่อแผนการรักษา</li> <li>4. ผู้ป่วยรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาโรคหัวใจ และมีแนวทางการลดอุปสรรคที่มีต่อการรับประทานยาโรคหัวใจได้</li> </ol> | <p>- ผู้สอนแนะนำตัวเอง และกล่าวทักทายผู้ป่วยด้วยท่าทีสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส</p> <p>- ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสอน และระยะเวลาของการทำกิจกรรม</p> | -          | <p>- ประเมินสีหน้าท่าทางของผู้ป่วย ที่แสดงออกถึงความสนใจ ความตั้งใจ เช่น การพยักหน้า ชักถามข้อสงสัยต่างๆ</p> <p>- ผู้ป่วยสามารถบอกวัตถุประสงค์ของการสอนได้</p> |

| วัตถุประสงค์   | เนื้อหา   | กิจกรรมการสอน   | สื่อการสอน  | ประเมินผล   |
|--|---|---|---|---|
| <p>3. เพื่อให้ผู้ปวยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด</p> | <p><b>โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด</b> ขึ้นสอน (30 นาที)</p> <p>สาเหตุ</p> <p>โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดจากหลอดเลือดที่มีการสะสมของคราบไขมันเกาะอยู่บนผนังหลอดเลือดจนเกิดการอุดตัน ทำให้เลือดไม่สามารถมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอ จนเกิดการขาดเลือดมาเลี้ยงในบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจ</p> <p><b>ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อายุ ผู้ชายมักเกิดโรคเมื่ออายุเกิน 45 ปี ส่วนผู้หญิงมักเกิดโรคเมื่ออายุเกิน 55 ปี</li> <li>2. เพศ พบว่าเพศชายเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมื่อมีความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเพศหญิงจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากขึ้นเมื่อถึงวัยหมดประจำเดือน</li> <li>3. พันธุกรรม เช่นมีพ่อ แม่ พี่ น้อง ป่วยเป็นโรคหัวใจ เป็นต้น</li> </ol> <p><b>ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความดันโลหิตสูง เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนปกติ</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้ปวยมีปฏิสัมพันธ์ด้วยการใช้คำถามปลายเปิด เพื่อร่วมสนทนาเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น “ท่านทราบหรือไม่ว่า ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร ”</li> <li>“ ท่านทราบหรือไม่ว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดจากสาเหตุอะไร และมีปัจจัยเสี่ยงใดบ้างที่ทำให้เกิดโรค ”</li> </ul> | <p>PowerPoint</p> <p>นำเสนอเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด</p> | <p>ประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ปวยสามารถบอกได้ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดจากสาเหตุอะไร และมีปัจจัยเสี่ยงใด</li> </ul> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา   | กิจกรรมการสอน | สื่อการสอน | ประเมินผล |
|--------------|---|---------------|------------|-----------|
|              | <p>2. ภาวะไขมันในเลือดสูง การควบคุมให้ LDL cholesterol ต่ำกว่า 100 mg/dl HDL cholesterol สูงกว่า 45 mg/dl และ total cholesterol ต่ำกว่า 200 mg/dl จะช่วยลดและป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง และไขมันอุดตันหลอดเลือดได้</p> <p>3. การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น และก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จะรบกวนการได้รับออกซิเจนของเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดได้ง่าย</p> <p>4. เบาหวาน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดเลือด เกิดการอักเสบของเยื่อภายในหลอดเลือดมีการแข็งและหนาตัวขึ้น</p> <p>5. อ้วนมาก ความอ้วนทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รอบเอวที่จัดว่าอ้วนลงพุงคือ ตั้งแต่ 90 ซม.ขึ้นไปในผู้ชาย หรือตั้งแต่ 80 ซม.ขึ้นไปในผู้หญิง</p> <p>6. การขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายช่วยในการเผาผลาญไขมัน เพิ่มการไหลเวียนโลหิต ลดดัชนีมวลกาย ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ</p> <p><b>ปัจจัยเสริม</b></p> <p>1. ความเครียด ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากขึ้น เนื่องจากภาวะเครียดทำให้ มีการหลั่งสาร คอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มมากขึ้น</p> |               |            |           |

| วัตถุประสงค์   | เนื้อหา   | กิจกรรมการสอน | สื่อการสอน  | ประเมินผล |
|--|---|---------------|---|-----------|
| <p>อันก่อให้เกิดผลเสียคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การเกาะตัวของเกร็ดเลือด เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดก้อนเลือดอุดตันง่ายขึ้น</li> <li>- กระตุ้นให้หัวใจทำงานหนัก ต้องกรอกออกซิเจน มากขึ้น หากได้รับไม่เพียงพอต่อความต้องการ ก่อให้เกิดอาการหัวใจขาดเลือดได้</li> </ul> <p><b>การรักษาด้วยยาละลายเลือดโคโรนารี</b></p> <p>กระทำโดยการฉีดสารที่บดสลายไปบนหลอดเลือดหัวใจผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ตรงบริเวณขาหนีบ หรือข้อมือ ทำให้เห็นลักษณะการตีบของหลอดเลือดโคโรนารี จากนั้นใช้ภาพเอกซเรย์ที่เห็นบนจอช่วยในการวางตำแหน่งบอลลูนให้ตรงกับจุดที่มีการตีบแคบของหลอดเลือด แล้วใช้แรงดันทำให้บอลลูนกางออก แรงดันของบอลลูนจะผล็กรอยตีบของหลอดเลือดหัวใจให้เปิดกว้างทำให้เลือดไหลผ่านได้สะดวกขึ้น หรือใส่ขดลวดค้ำไว้บนหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบแคบ เพื่อเป็นการขยายหลอดเลือดเป็นการลดโอกาสเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งต้องกระทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและกระทำในโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือเฉพาะ</p> <p>แม้ว่าการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดจะเป็นวิธีที่ดี และมีประสิทธิภาพสูง ไม่ต้องผ่าตัด ไม่ต้องดมยาสงบ แต่ยังคงพบอุบัติการณ์ของการกลับมาตีบซ้ำขอ</p> | <p>ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้ช่วยมีปฏิสัมพันธ์ด้วยการใช้คำถามปลายเปิด เพื่อร่วมสนทนาเกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด เช่น “ ท่านทราบหรือไม่ว่า ท่านได้รับการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างไร ”</p> |               | <p>ผู้ช่วยสามารถบอกได้ว่าแนวทางการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยได้รับเป็นอย่างไร</p> |           |

| วัตถุประสงค์   | เนื้อหา  | กิจกรรมการสอน   | สื่อการสอน   | ประเมินผล   |
|--|--|---|--|---|
|  | <p>หลอดเลือด ดังนั้นภายหลังการรักษาผู้ป่วยยังจำเป็นต้องรักษาด้วยยาโรคหัวใจต่อไปในระยะยาวต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ซึ่งความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ จะช่วยลดการตีบซ้ำของหลอดเลือด ลดอัตราการป่วย อัตราการตาย ลดการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตปกติมีความสุขภาวะที่ดีขึ้น</p>   |   |  |   |
| <p>4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจเรื่องความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี</p> | <p><b>ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา</b><br/>         ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ด้านการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยผู้ป่วยต้องรับประทานยาให้ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา ไม่เกิดพฤติกรรมลืมรับประทานยา มีวิธีที่ทำให้รู้ว่าลืมรับประทานยา มีวิธีช่วยเตือนให้รับประทานยาโรคหัวใจ และรับประทานยาโรคหัวใจจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน</p> | <p>- อธิบายความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา</p> | <p>PowerPoint เรื่องความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี</p> | <p>- ผู้ป่วยสามารถบอกความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยาได้ถูกต้อง</p> |
| <p>5. ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของยารักษาโรคหัวใจที่มีต่อแผนการรักษา<br/>         6. ผู้ป่วยรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยารักษาโรคหัวใจ</p>          |  |   |  |   |



| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา  | กิจกรรมการสอน                    | สื่อการสอน | ประเมินผล |
|--------------|--|----------------------------------|------------|-----------|
|              | <p>อาเจียน ท้องอืด แสบร้อนในอก ถ้าอาการรุนแรงให้ไปพบแพทย์ทันที</p> <p>คำแนะนำ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. รับประทานหลังอาหารทันที หรือตีมน้ำตามมากในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม เพื่อช่วยลดความเข้มข้นของกรดในยาให้เจือจางลง ป้องกันการระคายเคืองกระเพาะอาหาร</li> <li>2. ไม่ควรดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่ เพราะเพิ่มความเสียหายทำให้เลือดออกในกระเพาะอาหารได้</li> <li>3. ถ้าต้องผ่าตัดหรือถอนฟัน ต้องแจ้งให้แพทย์หรือทันตแพทย์ ทราบว่ากำลังกินแอสไพรินอยู่</li> </ol> <p>ยาต้านเกล็ดเลือด กลุ่ม P2Y12 receptor antagonist ประกอบไปด้วยยาต้านเกล็ดเลือด 3 ชนิด คือ โคลพิโดเกรล (Clopidogrel) พราซูเกรล (Prasugrel) และ ดิกาสิเกรล (Ticagrelor) แพทย์จะพิจารณาให้ยาต้านเกล็ดเลือดกลุ่มนี้ตัวใดตัวหนึ่งรับประทานเป็นเวลาอย่างน้อย 12 เดือน ร่วมกับยาแอสไพริน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการตี้อุดตันของหลอดเลือดหัวใจ</p> | รับ ประ ทาน มี ประโยชน์อย่างไร " |            |           |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา   | กิจกรรมการสอน | สื่อการสอน | ประเมินผล |
|--------------|---|---------------|------------|-----------|
|              | <p><b>โคลิโดเกรล (Clopidogrel)</b><br/> <b>การออกฤทธิ์</b> ยับยั้งการทำงานของเกล็ดเลือดไม่ให้จับตัวกันเป็นก้อนก่อน<br/> <b>ประโยชน์</b> เพื่อต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ลดความเสี่ยงของการตีบ<br/> <b>วิธีใช้ยา</b> ข้ำของหลอดเลือด<br/> ให้ร่วมกับแอสไพริน หลังการใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือด<br/> ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทาน ขนาดปกติที่ใช้<br/> คือ 75 มก./วัน ใช้ยานี้ตามวิธีใช้ที่ระบุบนฉลากยาอย่าง<br/> เคร่งครัด โดยห้ามใช้ยาในขนาดที่มากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุ<br/> รับประทานตามแพทย์สั่ง และควรรับประทานยาให้ตรงเวลา<br/> ทุกครั้ง ห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษา<br/> ก่อน เพราะจะทำให้หลอดเลือดหัวใจกลับอุดตันได้</p> <p><b>ผลข้างเคียง</b><br/> อาการอันไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งแพทย์ทันที มีดังนี้<br/> อาการระคายเคือง พบเลือดในปัสสาวะหรืออุจจาระ อาเจียน<br/> เป็นเลือด หรือมีลักษณะคล้ายเม็ดตาแพนด้า หรือมีจุดจ้ำเลือด<br/> ผิดปกติ<br/> อาการอันไม่พึงประสงค์อื่นที่อาจเกิดระหว่างใช้ยา หากเป็น<br/> ต่อเนื่อง หรือ รบกวนชีวิตประจำวัน ให้ แจ้งแพทย์ทราบ มี</p> |               |            |           |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา  | กิจกรรมการสอน | สื่อการสอน | ประเมินผล |
|--------------|--|---------------|------------|-----------|
|              | <p>ครั้งนี้ ปวดท้อง มีลมในกระเพาะอาหาร หรืออาการแสทท้อง<br/>กลางอก</p> <p><b>คำแนะนำ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>สังเกตอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยา เช่น เลือดออกง่าย เช่น มีเลือดกำเดาออก เลือดออกบริเวณเหงือก ปัสสาวะมีเลือดปน หากมีอาการผิดปกติ ห้ามหยุดใช้เอง ให้รีบปรึกษาแพทย์</li> <li>ควรรับประทานยาให้ตรงเวลาทุกครั้ง</li> </ol> <p><b>พราซูเกรล (Prasugrel)</b></p> <p><b>การออกฤทธิ์</b> ยับยั้งการรวมตัวกันของเกล็ดเลือด</p> <p><b>ประโยชน์</b> เพื่อต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ลดความเสี่ยงของการตีบตันของหลอดเลือด</p> <p><b>วิธีใช้ยา</b> ให้ออกฤทธิ์ร่วมกับแอสไพริน หลังการใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือด ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทาน ขนาดปกติที่ใช้คือ 10 มก./วัน ใช้ยานี้ตามวิธีใช้ที่ระบุบนฉลากยาอย่างเคร่งครัด โดยห้ามใช้ในขนาดที่มากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุรับประทานตามแพทย์สั่ง และควรรับประทานยาให้ตรงเวลาทุกครั้ง ห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษา</p> |               |            |           |

| วัตถุประสงค์  | เนื้อหา   | กิจกรรมการสอน | สื่อการสอน | ประเมินผล |
|---|---|---------------|------------|-----------|
| <p><b>ผลข้างเคียง</b></p> <p><b>คำแนะนำ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>สังเกตอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยา เช่น เลือดออกง่าย เช่น มีเลือดกำเดาออก เลือดออกบริเวณเหงือก ปัสสาวะมีเลือดปน หากมีอาการผิดปกติ ห้ามหยุดใช้ยาเอง ให้รีบปรึกษาแพทย์</li> <li>ควรรับประทานยาให้ตรงเวลาทุกครั้ง</li> </ol> <p><b>ติคากิเลอร์ (Ticagilior)</b></p> <p><b>การออกฤทธิ์</b> ยับยั้งการรวมตัวของเกล็ดเลือด</p> <p><b>ประโยชน์</b> เพื่อต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ลดความเสี่ยงของการตีบตันของหลอดเลือด</p> <p><b>วิธีใช้ยา</b> รับประทานแอสไพริน หลังการใส่หลอดเลือดค้ำยันผนังหลอดเลือด ยาที่อยู่ในรูปแบบยาเม็ดได้สำหรับรับประทาน ขนาดปกติที่ใช้คือ 90 มก. วันละ 2 ครั้ง ใช้ยานี้ตามวิธีใช้ที่ระบุบนฉลากยา</p> | <p>ก่อน เพราะจะทำให้หลอดเลือดหัวใจกลับมาตีบซ้ำได้</p> <p><b>อาการอื่นไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งแพทย์ทันที มีดังนี้</b></p> <p>มีเลือดออกผิดปกติ อุจจาระมีสีดำเข้ม พบเลือดในปัสสาวะหรือ อุจจาระ อาเจียนเป็นเลือด หรือมีลักษณะคล้ายเมล็ดกาแฟบด หรือมีจุดจ้ำเลือดผิดปกติ</p> |               |            |           |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา   | กิจกรรมการสอน | สื่อการสอน | ประเมินผล |
|--------------|---|---------------|------------|-----------|
|              | <p>อย่างเคร่งครัดโดยห้ามใช้ยาในขนาดที่มากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุ<br/>รับประทานตามแพทย์สั่ง และควรรับประทานยาให้ตรงเวลา<br/>ทุกครั้ง ห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษา<br/>ก่อน เพราะจะทำให้หลอดเลือดหัวใจกลับมาตีบซ้ำได้</p> <p><b>ผลข้างเคียง</b><br/>อาการอื่นไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งแพทย์ทันที มีดังนี้<br/>มีเลือดออกผิดปกติ อุจจาระมีสีดำเข้ม พบเลือดในปัสสาวะ<br/>หรือ อุจจาระ อาเจียนเป็นเลือด หรือมีลักษณะคล้ายเมล็ด<br/>กาแฟบด หรือมีจุดจ้ำเลือดผิดปกติ</p> <p><b>คำแนะนำ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>สังเกตอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยา เช่น เลือดออกง่าย เช่น มี<br/>เลือดกำเดาออก เลือดออกบริเวณเหงือก ปัสสาวะมีเลือดปน หากมี<br/>อาการผิดปกติ ห้ามหยุดใช้ยาเอง ให้รีบปรึกษาแพทย์</li> <li>ควรรับประทานยาให้ตรงเวลาทุกครั้ง</li> </ol> <p><b>ยากลุ่มควบคุมการเต้นของหัวใจ หรือ ยาต้านเบต้า (Beta-blockers)</b><br/>ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ เมโทโพรลอล (Metoprolol), คาร์เวดีลอล (Carvedilol),<br/>โพรพรานอลอล (Propranolol), อะทีโนลอล (Atenolol), ไบโซโพรลอล<br/>(Bisoprolol)</p> |               |            |           |

| วัตถุประสงค์   | เนื้อหา  | กิจกรรมการสอน | สื่อการสอน | ประเมินผล |
|--|--|---------------|------------|-----------|
| <p><b>การออกฤทธิ์</b></p> <p><b>ประโยชน์</b></p> <p><b>วิธีใช้ยา</b></p> <p><b>ผลข้างเคียง</b></p> | <p>ยับยั้ง Beta- receptors ที่หัวใจและหลอดเลือด ทำให้หัวใจเต้นช้าลง เพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ ช่วยลดความต้องการใช้ออกซิเจนของหัวใจ</p> <p>เป็นยาที่ได้รับการยอมรับว่าใช้ได้ผลดีในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ช่วยลดอาการเจ็บหน้าอก โดยการลดการบีบตัวของหัวใจ ทำให้หัวใจใช้พลังงานน้อยลง ช่วยลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ใช้ในระยะยาวเพื่อช่วยลดอัตราการเสียชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทาน ใช้ยานี้ตามวิธีใช้ที่ระบุบนฉลากอย่างเคร่งครัด โดยห้ามใช้ในยาในขนาดที่มากกว่าหรือน้อย กว่าที่ระบุ เพราะอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ จนเกิดอาการหน้ามืด เป็นลมหมดสติได้ และหากมีข้อสงสัยให้สอบถามแพทย์ที่มณฑลอุดรของตนเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน</p> <p><b>อาการอื่นไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรทันที มีดังนี้</b> หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ, ความดันโลหิตต่ำ, รู้สึกเหมือนจะเป็นลม</p> |               |            |           |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา  | กิจกรรมการสอน | สื่อการสอน | ประเมินผล |
|--------------|--|---------------|------------|-----------|
|              | <p>อาการอื่นไม่พึงประสงค์ที่พบได้ หาก เป็นต่อเนื่องหรือ รบกวนชีวิตประจำวันให้แจ้งแพทย์ ปรกติศีรษะ, มีอาการ อ่อนเพลีย, ง่วงซึม, ผื่นร้าย, อาจเกิดอาการนอนไม่หลับได้, สมรรถภาพทางเพศลดลง, อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะหลอดเลือด ตีบได้ในผู้ป่วยที่มีประวัติหลอดเลือด หรือบอดูดกั้นเรื้อรัง</p> <p><b>คำแนะนำ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การรับประทานยานี้อาจทำให้มีอาการเวียนศีรษะ หรือง่วง ซึมได้ ดังนั้นไม่ควรขับยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล และควรเปลี่ยนท่าทางอย่างช้าๆ</li> <li>2. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระหว่างที่รับประทานยานี้ อยู่</li> <li>3. ควรรับประทานพร้อมอาหารและควรรับประทานยาให้ตรงเวลา</li> <li>4. หากท่านรู้สึกว่ามีอาการทางเพศลดลง ท่านสามารถปรึกษาแพทย์ เพื่อปรับยาได้ทันที</li> </ol> <p><b>ยาลดแรงดันต่อหัวใจ หรือ กลุ่มยาเอซีอีไอ (Angiotensin converting enzyme inhibitors, ACEIs)</b><br/>ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ อินาลาพริล (Enalapril), แคปโตพริล (Captopril)</p> |               |            |           |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา   | กิจกรรมการสอน | สื่อการสอน | ประเมินผล |
|--------------|---|---------------|------------|-----------|
|              | <p><b>การออกฤทธิ์</b><br/>ยาที่ออกฤทธิ์ป้องกันการเกิดขอรโมนที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ช่วยลดความดันโลหิต ช่วยหัวใจไม่ต้องทำงานหนัก</p> <p><b>ประโยชน์</b><br/>สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มที่การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่า 40 % ใช้นี้เพื่อป้องกันไม่ให้หลอดเลือดเสื่อมเร็วและทำให้หัวใจทำงานได้เบาลง</p> <p><b>วิธีใช้ยา</b><br/>ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทานให้ใช้ยานี้ตามวิธีใช้ที่ระบุบนฉลากยาอย่างเคร่งครัด โดยห้ามใช้ยาในขนาดที่มากหรือน้อยกว่าที่ระบุ และห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน</p> <p><b>ผลข้างเคียง</b><br/>ที่พบบ่อยมาก คือ อาการไอแห้งๆ หากมีอาการไอมากผิดปกติ ควรมาพบแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา</p> <p>ยาอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำ อาจทำให้มีอาการหน้ามืดได้<br/>อาจมีอาการปวดท้อง, คลื่นไส้ อาเจียน, ท้องผูก<br/>อาจมีอาการปวดศีรษะ, เวียนหน้า, อ่อนเพลียได้</p> <p><b>คำแนะนำ</b><br/>1. การรับประทานยาอาจทำให้มีอาการเวียนศีรษะ หรือง่วงซึมได้ ดังนั้นไม่ควรขับยานานหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล และควร</p> |               |            |           |



| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา   | กิจกรรมการสอน | สื่อการสอน | ประเมินผล |
|--------------|---|---------------|------------|-----------|
|              | <p>เปลี่ยนท่าทางอย่างช้าๆ</p> <p>2. สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ใจแห้งๆ โดยไม่มีเสมหะในเวลา กลางคืน ถ้าเป็นการไอที่รบกวนผู้ป่วยมาก ต้องรายงานแพทย์ทราบ ไม่ควรซื้อยาบรรเทาอาการไอหรือหวัด หรือยาบรรเทาอาการเจ็บปวด มารับประทานโดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน</p> <p>3. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาในเวลาเดียวกันในแต่ละวัน ห้ามแบ่งเม็ด ยาหรือเคี้ยวยา</p> <p><b>ยาลดแรงดันต่อหัวใจ หรือ กลุ่มยาเอบี (Angiotensin_receptor_blockers, ARBs)</b></p> <p>ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ ลอซาร์แทน (Losatan), เอบิซาร์แทน (Irbesartan) , วาลซาร์แทน (Valsartan), แคนดิซาร์แทน (Candesartan)</p> <p>การออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์ต่อต้านฮอร์โมนที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ผลก็คือ ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ความดันโลหิตลดลง</p> <p>ประโยชน์ สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มที่ การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย น้อยกว่า 40 % ใช้ยานี้เพื่อ ป้องกันไม่ให้หลอดเลือดเสื่อมเร็ว และทำให้หัวใจทำงานได้เบา ลง ยากลุ่มนี้มิใช่ใช้แทนยาในกลุ่มเอซีอีไอ ในผู้ป่วยที่ทนต่อผล</p> |               |            |           |

| วัตถุประสงค์   | เนื้อหา | กิจกรรมการสอน | สื่อการสอน | ประเมินผล |
|--|---------|---------------|------------|-----------|
| <p><b>วิธีใช้ยา</b></p> <p>ข้างเคียงของยากลุ่มเอซีอีไอไม่ได้ ยานี้เป็นรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทาน ให้ใช้ยานี้ตาม วิธีใช้ที่ระบุบนฉลากยาอย่างเคร่งครัด โดยห้ามใช้ยาในขนาดที่ มากหรือน้อยกว่าที่ระบุ ควรรับประทานยาให้ตรงเวลาทุกครั้ง ห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน</p> <p><b>ผลข้างเคียง</b> อាកกรเวียนศีรษะ, หน้ามืด, ปวดศีรษะ, ง่วงนอน, ใจสั่น, ร้อน วูบวาบบริเวณหน้า, ท้องเสีย, ท้องอืด, คลื่นไส้</p> <p><b>คำแนะนำ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระหว่างที่รับประทานยานี้ อยู่</li> <li>ไม่ควรซื้อยารักษาอาการไอหรือหวัด หรือยาบรรเทาอาการเจ็บปวด มารับประทานโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ผู้รักษา</li> <li>การรับประทานยานี้อาจทำให้มีอาการเวียนศีรษะ หรือง่วงซึมได้ ดังนั้น ไม่ควรขับยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล และควร เปลี่ยนท่าทางอย่างช้าๆ</li> <li>หากมีอาการคลื่นไส้ให้รับประทานยาพร้อมอาหารหรือนม</li> </ol> |         |               |            |           |

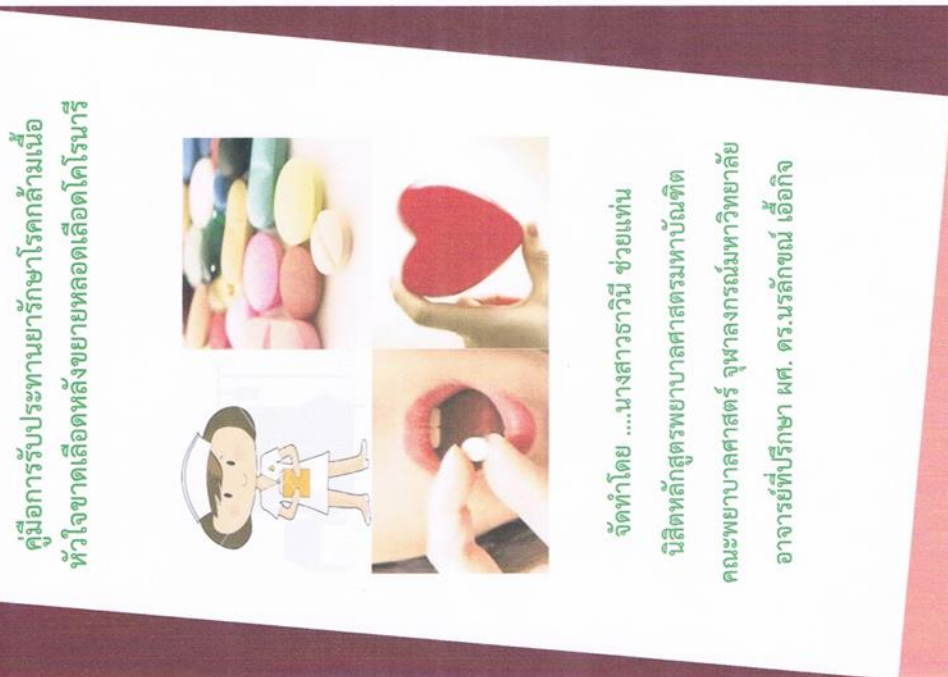
| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา  | กิจกรรมการสอน | สื่อการสอน | ประเมินผล |
|--------------|--|---------------|------------|-----------|
|              | <p><b>ยาลดไขมันในเลือด (Lipid -lowering agent)</b><br/>ยาที่ใช้บ่อยได้แก่ ซิมวาสเตติน (Simvastatin), อะทอร์วาสเตติน (Atorvastatin), ฟลูวาสเตติน (Fluvastatin), พรราวาสเตติน (Pravastatin)<br/><b>การออกฤทธิ์</b> ยับยั้งการสังเคราะห์คอเลสเตอรอล เมื่อคอเลสเตอรอลในเซลล์ต่ำลง ก็จะช่วยลดคอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ในเลือดได้</p> <p><b>ประโยชน์</b> ลดไขมันในเลือด ป้องกันการตีบตันของหลอดเลือด</p> <p><b>วิธีใช้ยา</b> ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทาน ให้ใช้ยานี้ตามวิธีใช้ระบุบนฉลากยาอย่างเคร่งครัด ห้ามหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อนแม้ว่าไขมันในเลือดจะลดลงแล้ว</p> <p><b>ผลข้างเคียง</b> อาจทำให้เกิดตับตันหรือกล้ามเนื้ออักเสบ มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหรืออ่อนเพลียได้ ตับอักเสบ ดังนั้นควรสังเกตอาการตัวตเหลือง ท้องอืด ท้องผูก ท้องเดิน ปวดศีรษะ ปวดข้อ คับคั่งบวม ผื่นแดง เหนื่อย บวม</p> |               |            |           |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา  | กิจกรรมการสอน   | สื่อการสอน | ประเมินผล  |
|--------------|--|---|------------|--|
|              | <p><b>คำแนะนำ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้อาหารประเภทไขมัน ออกกำลังกายและงดสูบบุหรี่</li> <li>2. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระหว่างที่รับประทานยา</li> <li>3. การใช้ยาดังนี้ควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ เนื่องจากจะต้องมีการตรวจเลือดเพื่อติดตามค่าประสิทธิภาพการทำงานของตับ ดังนั้นจึงไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง</li> </ol> <p><b>อุปสรรคที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานของผู้ป่วยกลุ่มนี้</b></p> <p><b>หัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลัวผลข้างเคียงของยา<br/>ผลข้างเคียงของยาโรครหัวใจ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงและจัดการได้หากผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทาน หากเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงหรือกระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น เลือดออกผิดปกติ มีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย ถ่ายอุจจาระ บิดเสาะมีเลือดปน อาเจียนเป็นเลือด มีอาการปวดศีรษะ หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น ให้รีบปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป</li> <li>2. สิ้นรับประทานยา หรือ รับประทานยาไม่ตรงเวลา</li> </ol> <p><b>วิธีเตือนความจำไม่ให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยา :</b> การใช้กล่องยาเพื่อทำ</p> | <p>กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน โดยใช้คำถามปลายเปิด เช่น</p> <p>“มีอุปสรรคใดบ้างที่ทำให้ท่าน</p> |            | <p>- ผู้ป่วยสามารถบอกผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และบอกแนวทางการแก้ไขตามคำแนะนำได้</p> <p>- ผู้ป่วยบอกวิธีเตือนความจำและวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาโรคหัวใจอย่าง</p> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา   | กิจกรรมการสอน                          | สื่อการสอน | ประเมินผล   |
|--------------|---|--|------------|---|
|              | <p>ความสะดวกในการพกพา และง่ายต่อการจดจำแต่ละมือ, ปฏิทินเตือนความจำ, การตั้งนาฬิกาปลุกเพื่อเตือนให้รับประทานยา, การนับจำนวนเม็ดยา เป็นต้น</p> <p><b>ทำอย่างไรหากลืมรับประทานยาโรคหัวใจ :</b> ถ้าลืมรับประทานยาให้รับประทานยาทันทีที่นึกได้ แต่ถ้าเป็นเวลาใกล้กับมื้อต่อไปให้ข้ามไปรับประทานยามื้อต่อไปเลย โดยไม่ต้องเพิ่มยาเป็นสองเท่า</p> <p><b>3. ผู้ป่วยหยุดยาเอง เพราะคิดว่าหายจากโรคแล้ว</b></p> <p>เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคเรื้อรัง การกินยาให้ถูกต้องและสม่ำเสมอจึงเป็นเรื่องสำคัญ และต้องอาศัยความร่วมมือในการรับประทานยาจากผู้ป่วย ไม่ควรหยุดกินยาเอง เพราะจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การกลับมาตีบซ้ำของหลอดเลือด การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตได้</p> <p><b>ขั้นสรุป (5 นาที)</b></p> <p>เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมักจะรับประทานยาหลายชนิดสำหรับรักษาโรคหัวใจ และต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอในระยะยาว ความร่วมมือในการรับประทานยาจึงเป็นเรื่องสำคัญ โดยผู้ป่วยต้องรับประทานยาให้ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา ไม่เกิดเหตุการณ์ลืม</p> | <p>รับประทานยาโรคหัวใจไม่สม่ำเสมอ”</p> |            | <p>สม่ำเสมอ และเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเองได้</p> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา  | กิจกรรมการสอน | สื่อการสอน | ประเมินผล |
|--------------|--|---------------|------------|-----------|
|              | <p>รับประทานยา มีวิธีทำให้รู้ว่าลืมรับประทานยา มีวิธีช่วยเตือนให้รับประทานยา โรคหัวใจ และรับประทานยาโรคหัวใจเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน บนพื้นฐานรับรู้ว่ายาเป็นสิ่งจำเป็นต้องรับประทาน ระบุประโยชน์ของยาที่มีต่อการรักษา และลดอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรับประทานยา เพื่อประสิทธิภาพของการรักษา และทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น</p> |               |            |           |

## 2.2 คู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี



### คำนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นโรคเรื้อรัง ภายหลังจากการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ผู้ป่วยจะได้รับยาหลายชนิดสำหรับรักษาโรคหัวใจมารับประทานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน การรับประทานยาให้ถูกต้อง สำคัญยิ่งเป็นเรื่องสำคัญ ต้องอาศัยความร่วมมือในการรับประทานของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาให้ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา และไม่เกิดพฤติกรรมเสริมรับประทานยา โดยความร่วมมือในการรับประทาน จะอยู่บนพื้นฐานของการรับรู้ว่ายาคืออะไร รับประทานอย่างไร รับประทานร่วมกับยาที่มีต่อแผนการรักษา และมีแนวทางการดูแลสุขภาพที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาได้

คู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารีเล่มนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคหัวใจที่ได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่องภายใต้การกำกับดูแลของโรงพยาบาล

ท้ายที่สุดนี้ ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้ จะเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือกรับรู้ประโยชน์ของยาที่มีต่อแผนการรักษา มีแนวทางในการลดอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีตลอดไป

ผู้จัดทำ

สิงหาคม 2557

| เนื้อหา  | สารบัญ | หน้า |
|--|--------|------|
| คำนำ   |        |      |
| ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด  |        |      |
| สาเหตุ   |        | 1    |
| ปัจจัยเสี่ยง   |        | 2    |
| วิธีการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารี   |        | 3    |
| ข้อปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด                                    |        | 4    |
| ความรู้เรื่องยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลัง<br>ได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี |        |      |
| ยาต้านเกล็ดเลือด   |        | 6    |
| ยาควบคุมการเต้นของหัวใจ  |        | 14   |
| ยาลดแรงต้านต่อหัวใจ  |        | 20   |
| ยาลดไขมันในเลือด   |        | 28   |
| แนวทางการลดอุปสรรคของความร่วมมือ<br>ในการรับประทานยาโรคหัวใจ                         |        | 32   |
| แนวทางการรับประทานยาโรคหัวใจสม่ำเสมอ   |        | 33   |
| สรุป   |        | 34   |
| รายการอ้างอิง  |        | 35   |

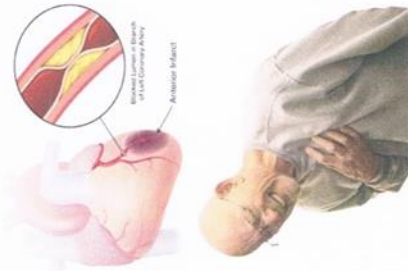
## ความรู้เรื่อง...โรคกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือด



### โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

#### สาเหตุ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดจากหลอดเลือดที่มีการสะสมของคราบไขมันเกาะอยู่บนผนังของหลอดเลือดจนเกิดการอุดตันหรือตีบตัน ทำให้เลือดไม่สามารถมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอกับความต้องการ จึงเกิดการขาดเลือดมาเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หายใจหอบ เหนื่อย เป็นต้น



### ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุการเกิดโรค



#### ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

- อายุ : ผู้ชาย อายุ > 45 ปี  
          : ผู้หญิงอายุ > 55 ปี
- เพศ : เพศชายเสี่ยงต่อการเกิดโรค มากกว่าเพศหญิง
- พันธุกรรม : มีพ่อ แม่ ที่ น้อย เป็น โรคหัวใจ



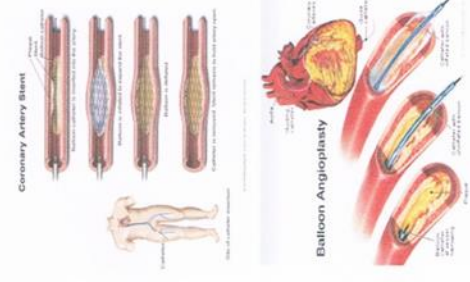
#### ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงได้

- การสูบบุหรี่
- ความดันโลหิตสูง
- ไขมันในเลือดสูง
- เบาหวาน
- อ้วนมาก
- ขาดการออกกำลังกาย
- ความเครียด



### วิธีการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

คือการฉีดสารที่รับส่งเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจผ่านทางสายสวน หลอดเลือดแดง ตรงบริเวณขาหนีบ หรือข้อมือ ทำให้เห็นลักษณะการตีบ ของหลอดเลือดโคโรนารี จากนั้นใช้ภาพเอ็กซเรย์ที่เห็นบนจอช่วยในการ วางตำแหน่งบอลูนให้ตรงกับจุดที่มีการตีบแคบของหลอดเลือด แล้วใช้



แรงดันทำให้บอลูนกางออก แรงดันของบอลูนจะผลักรอย ตีบของหลอดเลือดหัวใจให้เปิด กว้างทำให้เลือดไหลผ่านได้ สะดวกขึ้น หรือใส่ขดลวดค้ำไว้ในหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบ แคบ เพื่อเป็นการขยายหลอด เลือด เป็นการลดโอกาสเกิดการ ตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ซึ่ง ต้องกระทำโดยแพทย์ที่ เชี่ยวชาญและกระทำใน โรงพยาบาลที่มีเครื่องมือเฉพาะ

### ความรู้เรื่อง...ยารักษาโรคกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดหลังขยายหลอดเลือด เลือดโคโรนารี

ข้อควรจำ

**โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นโรคเรื้อรัง** ภายหลังจากการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องรักษาด้วยยาโรคหัวใจต่อไปในระยะยาวต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพราะหลอดเลือดหัวใจมีหลายเส้น การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอ นอกจากจะรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายไม่ให้ตีบซ้ำแล้ว ยังช่วยป้องกันการตีบของหลอดเลือดหัวใจเส้นอื่นอีกด้วย และยังลดภาวะแทรกซ้อน ลดการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะ อีกด้วย



**ยาที่ต้องรับประทานอย่างสม่ำเสมอสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี**

ได้แก่

1. ยาต้านเกล็ดเลือด เช่น แอสไพริน (Aspirin) โคลพิโดเกรล (Clopidogrel) พรากูเกรล (Prasugrel) และ ทิคากริลอร์ (Ticagilor)
2. ยากลุ่มควบคุมแรงดันของหัวใจ เช่น เมโทพโรลอล (Metoprolol) คาร์เวดีลอล (Carvedilol) อะเท็นโลลอล (Atenolol)
3. ยาลดแรงต้านต่อหัวใจ มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มยาเอซีอีโอ เช่น อินาลาพริล (Enalapril) แคปโตพริล (Captopril) กลุ่มยาเออาร์บี เช่น ลอซาร์แทน (Losartan) วาลซาร์แทน (Valsartan), ยาลดไขมันในเลือด เช่น ซิมวาสแตติน (Simvastatin), อะทอร์วาสแตติน (Atorvastatin)

**ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet)**



**ชื่อสามัญ** แอสไพริน (Aspirin)  
**การออกฤทธิ์** ลดการกระตุ้นและการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด  
**ประโยชน์** ต้านการจับกลุ่มของเกล็ดเลือด ลดความเสี่ยงของการเกิดหลอดเลือดตีบซ้ำ

**วิธีใช้ยา**

ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทานหลังอาหารทันที ขนาดปกติที่ใช้คือ 81 มก./วัน รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ให้ใช้ยานี้ตามวิธีใช้ที่ระบุบนสลากยาอย่างเคร่งครัด ห้ามใช้ในขนาดที่มากกว่าหรือน้อยกว่าที่แพทย์ระบุ ห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน เพราะอาจทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำได้

**ผลข้างเคียง**

อาการข้างเคียงชนิดรุนแรงหากเกิดขึ้นต้องหยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที เช่น ถ่ายดำ ปวดท้องมาก อาเจียน เป็นเลือดหรือสีเทา (อาการเหล่านี้คือ การมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร) จุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง (อาการเหล่านี้คือ การมีเลือดออกผิดปกติ) อาการข้างเคียงชนิดไม่รุนแรง หากเกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องหยุดยา แต่ควรแจ้งแพทย์ หรือเภสัชกร ได้แก่ ท้องเสีย ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด แสบร้อนในอก ถ้าอาการรุนแรงให้ไปพบแพทย์ทันที

**คำแนะนำ**

1. ให้รับประทานหลังอาหารทันที หรือดื่มน้ำตามมากในกรณีไม่มีข้อห้าม เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของกรดในกระเพาะอาหาร ป้องกันการระคายเคืองกระเพาะอาหาร
2. ไม่ควรดื่มเหล้าหรือสุรา เพราะเพิ่มความเสี่ยงทำให้เลือดออกในกระเพาะอาหารได้
3. ถ้าต้องผ่าตัดหรือถอนฟัน ต้องแจ้งให้แพทย์หรือทันตแพทย์ ทราบว่ากำลังกินแอสไพรินอยู่

**ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet)**



**ชื่อสามัญ**  
**การออกฤทธิ์**

โคลพิโดเกรล (Clopidogrel)  
ยับยั้งการจับกลุ่มของเกล็ดเลือด

**ประโยชน์**

ให้ร่วมกับแอสไพริน หลังการใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือด เพื่อลดอัตราการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ลดความเสี่ยงของการตีบซ้ำของหลอดเลือด

**วิธีใช้ยา**

ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทาน ขนาดปกติที่ใช้คือ 75 มก./วัน รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ให้ใช้ยานี้ตามวิธีใช้ที่ระบุบนสลากยาอย่างเคร่งครัด ห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน เพราะอาจทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำได้

**ผลข้างเคียง**

อาการอันไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งแพทย์ทันที มีดังนี้  
 อุจจาระมีสีดำเข้ม พบเลือดในปัสสาวะหรืออุจจาระ  
 อาเจียนเป็นเลือด หรือมีลักษณะคล้ายเมล็ดกาแฟบด  
 เลือดออก หรือมีจุดจ้ำเลือดผิดปกติที่ผิวหนัง  
 อาการอันไม่พึงประสงค์อื่นที่อาจเกิดขึ้นระหว่างใช้ยา หาก  
 เป็นต่อเนื่อง หรือ รบกวนชีวิตประจำวัน ให้ แจ้งแพทย์  
 ทราบ มีดังนี้ ปวดท้อง มีลมในกระเพาะอาหาร หรือ  
 อาการแสบท้องกลางอก ปวดศีรษะ

**คำแนะนำ**

1. สังเกตอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยา เช่น  
 เลือดออกง่าย เช่น มีเลือดกำเดาออก เลือดออกบริเวณ  
 เหงือก ปัสสาวะมีเลือดปน หากมีอาการผิดปกติ ห้ามหยุด  
 ใช้ยาเอง ให้รีบปรึกษาแพทย์
2. ควรรับประทานยาให้ตรงเวลามากครั้ง



อย่าลืม !!!! รับประทานยา  
 สม่ำเสมอ ห้ามขาดยา หรือหยุดยา  
 เอง และรับประทานยาถูกต้องทั้ง  
 ชนิด ขนาด และ เวลา นะคะ

**ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet)**



**ชื่อสามัญ** พราซุเกรล (Prasugrel)

**การออกฤทธิ์** ยับยั้งการจับกลุ่มของเกล็ดเลือด

**ประโยชน์** ให้อารมณ์สบายและปลอดภัย หลังการใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือด

ที่มาของภาพ : <http://www.mims.com/Thailand/image/info/Effient%20FC%20tab%205%20mg/5%20mg?id=03-c5901-d-c427-4e88-b133-a2e300b31866>



**วิธีใช้ยา**

ให้ร่วมกับแอสไพริน หลังการใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือด ยาที่อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทาน ขนาดปกติที่ใช้คือ 90 มก. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ใช้ยานี้ตามวิธีใช้ที่ระบุบนฉลากยาอย่างเคร่งครัดโดยห้ามใช้ยาในขนาดที่มากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุรับประทานตามแพทย์สั่ง ห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน เพราะจะทำให้หลอดเลือดหัวใจกลับมาตีบซ้ำได้

**ผลข้างเคียง**

อาการอันไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งแพทย์ทันที มีดังนี้  
มีเลือดออกผิดปกติ อูจจาจะมีสีดำเข้ม พบเลือดในปัสสาวะหรือ อูจจาจะ อาเจียนเป็นเลือด หรือมีลักษณะคล้ายเมล็ดกาแฟสด หรือมีจุดจ้ำเลือดผิดปกติ

รับประทานยานี้อาจมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน ได้

**คำแนะนำ**

1. สังเกตอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยา เช่น เลือดออกง่าย เช่น มีเลือดกำเดาออก เลือดออกบริเวณเหงือก ปัสสาวะมีเลือดปน หากมีอาการผิดปกติ ห้ามหยุดใช้ยาเอง ให้รีบปรึกษาแพทย์
2. ควรรับประทานยาให้ตรงเวลาทุกครั้ง

**ยากลุ่มควบคุมการเต้นของหัวใจ หรือยาด้านบด้า**



**ชื่อสามัญ  
การออกฤทธิ์**

เมโทโพรลอล (Metoprolol)  
ยับยั้งตัวรับเบต้าที่หัวใจและหลอดเลือด ส่งผลทำให้หัวใจเต้นช้าลง เพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ ช่วยลดความต้องการใช้ออกซิเจนของหัวใจ

**ประโยชน์**

เป็นยาที่ได้รับการยอมรับว่าใช้ได้ผลดีในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ช่วยลดอาการเจ็บหน้าอก โดยการลดการบีบตัวของหัวใจ ทำให้หัวใจใช้พลังงานน้อยลง ช่วยลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ใช้ในระยะยาวเพื่อช่วยลดอัตราการเสียชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อน

**วิธีใช้ยา**

ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทาน ให้เข้าน้ำตามวิธีใช้ที่ระบุบนฉลากยาอย่างเคร่งครัด โดยห้ามใช้ยาในขนาดที่มีมากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุ ห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน

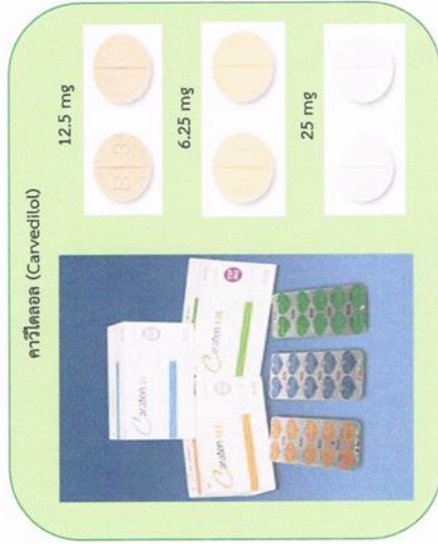
**ผลข้างเคียง**

อาการอื่นไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งแพทย์ทันที มีดังนี้ หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ เต็มเร็วหรือช้าผิดปกติ, ความดันโลหิตต่ำ รู้สึกเหมือนจะเป็นลม  
อาการอื่นไม่พึงประสงค์ที่พบได้ หาก เป็นต่อเนื่องหรือรบกวนชีวิตประจำวันให้แจ้งแพทย์ ปวดศีรษะ, มีอาการอ่อนเพลีย, ง่วงซึม, ฝันร้าย, อาจเกิดอาการนอนไม่หลับได้, สมรรถภาพทางเพศลดลง, รู้สึกปั่นป่วนในลำไส้, ท้องเสีย, คลื่นไส้, อาเจียน, ผิวแห้ง, คัน

**คำแนะนำ**

1. การรับประทานยานี้อาจทำให้มีอาการเวียนศีรษะ หรือ ง่วงซึมได้ ดังนั้นไม่ควรขับขี่ยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล และควรเปลี่ยนท่าทางอย่างช้าๆ
2. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระหว่างที่รับประทานยานี้
3. ควรรับประทานอาหารและควรรับประทานยาให้ตรงเวลา
4. หากท่านรู้สึกว่าสมรรถภาพทางเพศลดลง ท่านสามารถปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยาได้ทันที

**ยากลุ่มควบคุมการเต้นของหัวใจ หรือยาค้ำเบาเบา**



**ข้อสามัญ การออกฤทธิ์**

คาร์เวโดล (Carvedilol) ยับยั้งตัวรับตัวหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลทำให้หัวใจเต้นช้าลง เพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ ช่วยลดความต้องการใช้ออกซิเจนของหัวใจ

**ประโยชน์**

เป็นยาที่ได้รับการยอมรับว่าใช้ได้ดีในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ช่วยลดอาการเจ็บหน้าอก โดยการลดการบีบตัวของหัวใจ ทำให้หัวใจใช้พลังงานน้อยลง ช่วยลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ



**วิธีใช้ยา**

ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทาน ให้ใช้น้ำตามวิธีใช้ระบุบนฉลากยาอย่างเคร่งครัด โดยห้ามใช้ยาในขนาดที่มากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุ ห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน

**ผลข้างเคียง**

อาการอันไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งแพทย์ทันที มีดังนี้ หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ เต้นเร็วหรือช้ามากผิดปกติ, ความดันโลหิตต่ำ รู้สึกเหมือนง่วงเป็นลม อาการอันไม่พึงประสงค์อื่นที่อาจเกิดระหว่างใช้ยา หากเป็นต่อเนื่อง หรือ รบกวนชีวิตประจำวัน ให้แจ้งแพทย์ มีดังนี้ ปวดศีรษะ ท้องเสีย คลื่นไส้ นอนไม่หลับ เหนื่อยอ่อนเพลียผิดปกติ สมรรถภาพทางเพศเปลี่ยนไป

**คำแนะนำ**

1. การรับประทานยานี้อาจทำให้มีอาการเวียนศีรษะ หรือ ง่วงซึมได้ ดังนั้นไม่ควรขับขียนพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล และควรเปลี่ยนท่าทางอย่างช้าๆ
2. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระหว่างที่รับประทานยานี้อยู่
3. ควรรับประทานพร้อมอาหารและควรรับประทานให้ตรงเวลา
4. หากท่านรู้สึกว่ามีสมรรถภาพทางเพศลดลง ท่านสามารถปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยาได้ทันที

ที่มาของภาพ : <http://www.mims.com/Thailand/drug/mio/Carateriv/>

**ยากลุ่มควบคุมการเต้นของหัวใจ หรือยาต้านเบต้า**



**ชื่อสามัญ**

อะทีโนลอล (Atenolol)

**การออกฤทธิ์**

ยับยั้งตัวรับเบต้าที่หัวใจและหลอดเลือด ส่งผลทำให้หัวใจเต้นช้าลง เพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ ช่วยลดความต้องการใช้ออกซิเจนของหัวใจ

**ประโยชน์**

เป็นยาที่ได้รับการยอมรับว่าได้ผลดีในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ช่วยลดอาการเจ็บหน้าอก โดยการลดการบีบตัวของหัวใจ ทำให้หัวใจใช้พลังงานน้อยลง ช่วยลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

**วิธีใช้ยา**

ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทาน ให้ใช้น้ำตามวิธีใช้ที่ระบุบนฉลากยาอย่างเคร่งครัด โดยห้ามใช้ยาในขนาดที่มากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุ ห้ามหยุดใช้ยาคด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน

**ผลข้างเคียง**

อาการอันไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งแพทย์ทันที มีดังนี้ หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ เต้นเร็วหรือช้าผิดปกติ, ความดันโลหิตต่ำ รู้สึกเหมือนจะเป็นลม หายใจลำบาก หรือหายใจมีเสียงวี๊ด

อาการอันไม่พึงประสงค์อื่นที่อาจเกิดระหว่างใช้ยา หากเป็นต่อเนื่อง หรือ รบกวนชีวิตประจำวัน ให้แจ้งแพทย์ มีดังนี้ เหนื่อย อ่อนเพลียผิดปกติ ท้องเสีย เหนื่อย มีภาวะซึมเศร้า สมรรถภาพทางเพศเปลี่ยนไป

**คำแนะนำ**

1. การรับประทานยานี้อาจทำให้มีอาการเวียนศีรษะ หรือ ง่วงซึมได้ ดังนั้นไม่ควรขับขี่ยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล และควรเปลี่ยนท่าทางอย่างช้าๆ
2. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระหว่างที่รับประทานยานี้
3. ควรรับประทานยาพร้อมอาหารและควรรับประทานยาให้ตรงเวลา
4. หากท่านรู้สึกว่ามีสมรรถภาพทางเพศลดลง ท่านสามารถปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยาได้ทันที

ที่มาของภาพ : <http://www.mims.com/THAILAND/drug/info/Prenola/>

**ยาลดแรงดันโลหิตหัวใจ หรือ ยากลุ่มเอซีอีไอ (ACEIs)**



**ชื่อสามัญ**

อินลาพริล (Enalapril)

**การออกฤทธิ์**

ป้องกันการเกิดออกซิเจนที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ช่วยลดความดันโลหิต ช่วยให้หัวใจไม่ต้องทำงานหนัก

**ประโยชน์**

สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย น้อยกว่า 40 % ใช้ยานี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดหลอดเลือดเสื่อมเร็ว และทำให้หัวใจทำงานได้เบาลง

**วิธีใช้ยา**

ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทาน ให้ใช้น้ำตามวิธีใช้ที่ระบุบนฉลากยาอย่างเคร่งครัด โดยห้ามใช้ยาในขนาดที่มากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุ และห้ามหยุดใช้ยาคด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน

**ผลข้างเคียง**

ที่พบบ่อยมาก คือ อាកการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ ความดันโลหิตต่ำ อาจทำให้มีอาการหน้ามืดได้, อาจมีอาการปวดท้อง, คลื่นไส้ อาเจียน, ท้องผูก, อาจมีอาการปวดศีรษะ, เวียนหน้า, อ่อนเพลียได้

**คำแนะนำ**

1. การรับประทานยานี้ อาจทำให้มีอาการเวียนศีรษะ หรือ ง่วงซึมได้ ดังนั้นไม่ควรขับยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล และควรเปลี่ยนท่าทางอย่างช้าๆ
2. สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ไอแห้งๆ โดยไม่มีเสมหะในเวลากลางคืน ถ้าเป็นการไอที่รบกวนผู้ป่วยมาก ต้องรายงานแพทย์ทราบ ไม่ควรซื้อยารบรรเทาอาการไอ หรือหวัด หรือยาบรรเทาอาการเจ็บปวด มารับประทาน โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน
3. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาในเวลาเดียวกันในแต่ละวัน ห้ามแบ่งเม็ดยาหรือเคี้ยวยา



อย่าลืม !!! รับประทานยาสม่ำเสมอ ห้ามขาดยา หรือหยุดยาเอง และรับประทานยาถูกต้อง ทั้งชนิด ขนาด และเวลา นะคะ

**ยาลดแรงต้านต่อหัวใจ หรือ ยากลุ่มแอสีไอเอ (ACEIs)**



**ชื่อสามัญ**

แคปโตพริล (Captopril)

**การออกฤทธิ์**

ป้องกันการเกิดออร์โมนที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ช่วยลดความดันโลหิต ช่วยทำให้หัวใจไม่ต้องทำงานหนัก

**ประโยชน์**

สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย น้อยกว่า 40 % ใช้ยานี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดหลอดเลือดเสื่อมเร็ว และทำให้หัวใจทำงานได้เบาลง

ที่มาของภาพ : <http://www.mims.com/THAILAND/Home/GatewaySubscription?generic=captopril>

**วิธีใช้ยา**

ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทาน ให้ใช้ยานี้ตามวิธีใช้ที่ระบุบนฉลากยาอย่างเคร่งครัด โดยห้ามใช้ยาในขนาดที่มากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุ และห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน

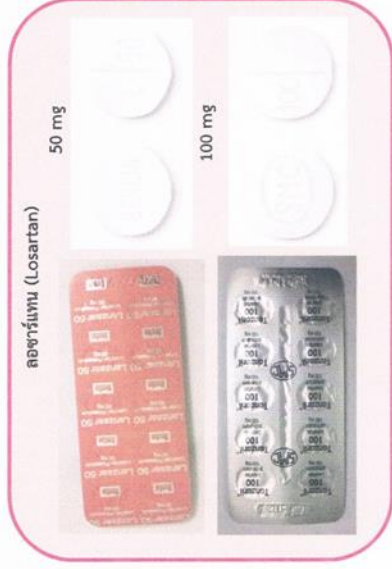
**ผลข้างเคียง**

ที่พบบ่อยมาก คือ อาการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ ความดันโลหิตต่ำ อาจทำให้มีอาการหน้ามืดได้, อาจมีอาการปวดท้อง, คลื่นไส้อาเจียน, ท้องผูก, อาจมีอาการปวดศีรษะ, เวียนหน้า, อ่อนเพลียได้

**คำแนะนำ**

1. การรับประทานยานี้อาจทำให้มีอาการเวียนศีรษะ หรือ ง่วงซึมได้ ดังนั้นไม่ควรขับยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล และควรเปลี่ยนท่าทางอย่างช้าๆ
2. สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ไอแห้งๆ โดยไม่มีเสมหะในเวลากลางคืน ถ้าเป็นการไอที่รบกวนผู้ป่วยมาก ต้องรายงานแพทย์ทราบ ไม่ควรซื้อยาบรรเทาอาการไอหรือหวัด หรือยาบรรเทาอาการเจ็บปวด มารับประทานโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน
3. ห้ามรับประทานยานี้ร่วมกับยาลดกรด หากจำเป็นต้องรับประทานร่วมกัน ให้รับประทานยาลดกรดหลังจากรับประทานยานี้แล้วอย่างน้อย 2 ชั่วโมง หรืออย่างน้อย 4 ชั่วโมงก่อนจะรับประทานยานี้

**ยาลดแรงดันต่อหัวใจ หรือ ยากลุ่มเออาร์บี (ARBs)**



**ชื่อสามัญ**

ลอสาร์แทน (Losartan)  
 การออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์ต่อต้านฮอร์โมนทำให้หลอดเลือดหดตัว ผลก็คือทำให้หลอดเลือดขยายตัว ความดันโลหิตลดลง

**ประโยชน์**

สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่า 40 % ใช้ยาเพื่อป้องกันไม่ให้หลอดเลือดเสื่อมเร็ว ทำให้หัวใจทำงานได้เบาลง ให้ในผู้ป่วยที่ทนต่อผลข้างเคียงของยากลุ่มแอสอีโอไม่ได้

**วิธีใช้ยา**

ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทาน ให้ใช้ยานี้ตามวิธีใช้ที่ระบุบนฉลากยาอย่างเคร่งครัด โดยห้ามใช้ยาในขนาดที่มีมากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุ ห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน

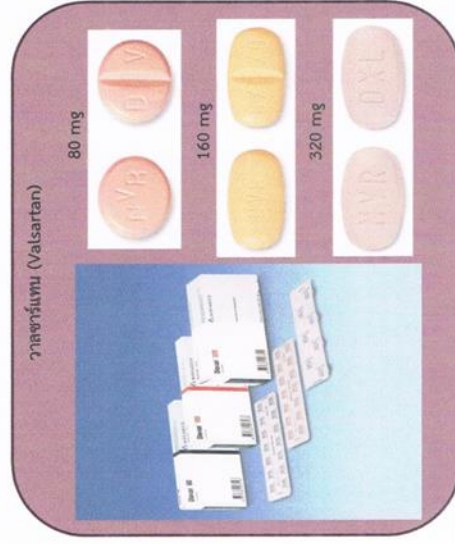
**ผลข้างเคียง**

อาการเวียนศีรษะ, หน้ามืด, ปวดศีรษะ, ง่วงนอน, ใจเต้น, ร้องวูบวาบบริเวณหน้า, ท้องเสีย, ท้องอืด, คลื่นไส้

**คำแนะนำ**

- หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระหว่างที่รับประทานยานี้
- ไม่ควรซื้อยารักษาอาการไอหรือหวัด หรือยาบรรเทาอาการเจ็บปวด มารับประทานโดยไม่ได้รับการปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน
- การรับประทานยานี้อาจทำให้มีอาการเวียนศีรษะหรือง่วงซึมได้ ดังนั้นไม่ควรขับขี่ยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล และควรเปลี่ยนท่าทางอย่างช้าๆ
- หากมีอาการคลื่นไส้ให้รับประทานยาพร้อมอาหาร หรือนม

**ยาลดแรงดันต่อหัวใจ หรือ ยากลุ่มแอสาร์บี (ARBs)**



**ชื่อสามัญ**

วาลซาร์แทน (Valsartan)

**การออกฤทธิ์**

ออกฤทธิ์ต่อต้านฮอร์โมนที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ผลก็คือทำให้หลอดเลือดขยายตัว ความดันโลหิตลดลง

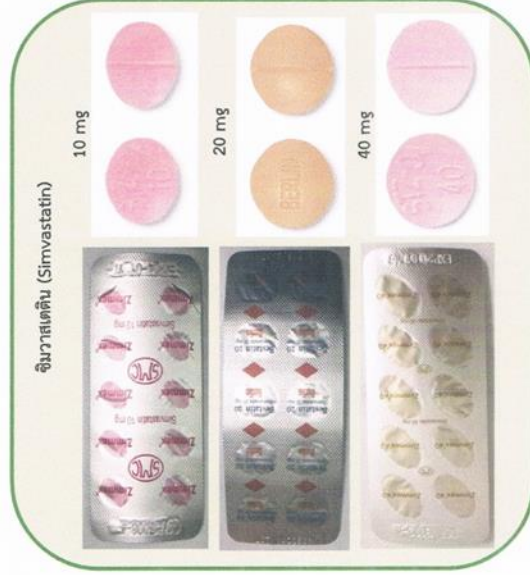
**ประโยชน์**  
 สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มที่  
 การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่า 40 % ใช้ยาเพื่อ  
 ป้องกัน ไม่ให้หลอดเลือดเสื่อมเร็ว ทำให้หัวใจทำงานได้เบา  
 ลง ใ้ไม่ผู้ป่วยที่ทนต่อผลข้างเคียงของยากลุ่มเอซีอีไอไม่ได้

**วิธีใช้ยา**  
 ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทาน ให้ใช้น้ำตาม  
 วิธีใช้ที่ระบุบนฉลากยาอย่างเคร่งครัด โดยห้ามใช้ในขนาด  
 ที่มากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุ **ห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเองโดยไม่  
 ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน**

**ผลข้างเคียง**  
 ปวดศีรษะ ง่วงซึม อ่อนเพลีย

**คำแนะนำ**  
 1. การรับประทานยานี้อาจทำให้มีอาการเวียนศีรษะ หรือ  
 ง่วงซึมได้ ดังนั้นไม่ควรขับยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับ  
 เครื่องจักรกล และควรเปลี่ยนท่าทางอย่างช้าๆ

**ยาลดไขมันในเลือด**



**ชื่อสามัญ**    ซิมวาสเตติน (Simvastatin)  
**การออกฤทธิ์**    ยับยั้งการสังเคราะห์โคเลสเตอรอล เมื่อโคเลสเตอรอลใน  
 เซลล์ต่ำลง ก็จะช่วยลดโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอริ  
 ไรด์ในเลือดได้  
**ประโยชน์**        ลดไขมันในเลือด ป้องกันการตีบตันของหลอดเลือด

**วิธีใช้ยา**

ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทาน ให้ใช้ยา  
ตามวิธีใช้ที่ระบุบนผลกายอย่างเคร่งครัด ห้ามหยุดยาเอง  
โดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อนแม้ระดับไขมันจะลดลง  
แล้วก็ตาม

**ผลข้างเคียง**

ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ค่าเอนไซม์ตับสูง อาจทำให้  
เกิดตับอักเสบ ดังนั้นควรสังเกตอาการตัว ตา เหลือง  
และควรมีการตรวจเลือดเป็นระยะเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มี  
ผลข้างเคียงนี้เกิดขึ้น ผลข้างเคียงที่ไม่รุนแรงอื่นๆที่อาจ  
พบได้บ่อยๆ เช่น ท้องอืด ท้องผูก ท้องเดิน ปวดศีรษะ  
ปวดข้อ คัน มีวุ้นนมรั่ว เพสียง บวม

**คำแนะนำ**

1. ให้จำกัดอาหารประเภทไขมัน ออกกำลังกายและงดสูบบุหรี่
2. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระหว่างที่รับประทานยานี้
3. การให้ยาดังนี้ควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ เนื่องจากจะต้องมีการตรวจเลือดเพื่อติดตามค่าประสิทธิภาพการทำงานของตับ ดังนั้นจึงไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

**ยาลดไขมันในเลือด**



**ชื่อสามัญ** อะทอรัสเตติน (Atorvastatin)  
**การออกฤทธิ์** ยับยั้งการสังเคราะห์โคเลสเตอรอล

- ประโยชน์** ลดไขมันในเลือด ป้องกันการจับตัวของหลอดเลือด
- วิธีการใช้ยา** ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทาน ให้ใช้นี้ตามวิธีใช้ที่ระบุบนฉลากยาอย่างเคร่งครัด ห้ามหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อนแม้ระดับไขมันจะลดลงแล้วก็ตาม
- ผลข้างเคียง** มีไข้ ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องอืด จุกเสียดแน่นท้อง มีคอเอียงเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรสังเกตอาการตัว ตา เหลือง และควรมีการตรวจเลือดเป็นระยะเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีผลข้างเคียงนี้เกิดขึ้น
- คำแนะนำ**
  1. ให้จำกัดอาหารประเภทไขมัน ออกกำลังกายและสูบบุหรี่
  2. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระหว่างที่รับประทานนี้อยู่
  3. การใช้ยาดังนี้ควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ เนื่องจากต้องมีการตรวจเลือดเพื่อติดตามค่าประสิทธิภาพการทำงานของตับ ดังนั้นจึงไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

## แนวทางการลดอุปสรรคของความ ร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ



อุปสรรคที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

**1. กลัวผลข้างเคียงของยา**

ผลข้างเคียงของยาโรคหัวใจ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงและจัดการได้หาก ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยา หากเกิดผลข้างเคียงที่ รุนแรงหรือกระทบต่อชีวิตประจำวัน ห้ามผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเอง ให้ ปรีกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาด้วยยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

**2. ลืมรับประทานยา หรือ รับประทานยาไม่ตรงเวลา**

วิธีเตือนความจำไม่ให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยา : การใช้กล่องยาเพื่อความ สะดวกในการพกพา และง่ายต่อการจัดจ่ายแต่ละมื้อ ปฏิทินเตือนความจำ การตั้งนาฬิกาปลุกเพื่อเตือนให้รับประทานยา การนับจำนวนเม็ดยา เป็นต้น



ทำอย่างไรหากลืมรับประทานยาโรคหัวใจ : ถ้าลืมรับประทานยา ให้ รับประทานยาทันทีที่ทันได้ แต่ถ้าเป็นเวลาใกล้กลับมือต้องไปให้ข้ามไป รับประทานยามื้อต่อไปเลย โดยไม่ต้องเพิ่มยาเป็นสองเท่า

**3. ผู้ป่วยหยุดยาเอง เพราะคิดว่าหายจากโรคแล้ว**

เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคเรื้อรัง การกินยาให้ ถูกต้องและสม่ำเสมอจึงเป็นเรื่องสำคัญ และต้องอาศัยความร่วมมือในการ รับประทานยาจากผู้ป่วย ไม่ควรหยุดกินยาเอง เพราะจะส่งผลกระทบต่อ มานาย ทั้งการกลับมามีระดับไขมันของหลอดเลือด การเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง อาจส่งผลกระทบต่อระบบแรงถึงขึ้น เสียชีวิตได้

**แนวทางการรับประทานยาโรคหัวใจสม่ำเสมอ**

1. ท่านต้องทราบว่าตนเองมียาโรคหัวใจตัวไหนรับประทานบ้าง และยาแต่ละตัวมีประโยชน์อย่างไร หากไม่ทันจึงจำเป็นต้องรับประทาน
2. ท่านต้องทราบว่ายารโรคหัวใจที่ได้รับจากแพทย์ รับประทานอย่างไร ขนาดเท่าไร และรับประทานเวลาไหน
3. ท่านต้องไม่ลืมรับประทานยา โดยมีวิธีช่วยเตือน ให้รับประทานยา เช่น การตั้งนาฬิกาปลุก จัดไว้ในปฏิทิน เก็บยาไว้ในที่ที่สะดวกต่อการ รับประทาน หรือมีอุปกรณ์พกพายาติดตัว เช่น กลองยา เป็นต้น
4. ท่านไม่ควรหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษา หากรับประทานยา แล้วเกิดผลข้างเคียง ให้รีบปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยาให้เหมาะสมกับท่านต่อไป
5. ท่านต้องมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อรับยา หากมีความไม่สะดวกใน การมารับยาให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลเพื่อให้ความช่วยเหลือท่านต่อไป

### สรุป

เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมักจะได้รับการหลายชนิดสำหรับรักษาโรคหัวใจ และต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ในระยะยาว ความร่วมมือในการรับประทานจึงเป็นเรื่องสำคัญ โดยผู้ป่วยต้องรับประทานยาให้ออกซิเจนถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา ไม่เกิดพฤติกรรมเสริมรับประทานยา บนพื้นฐานรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องรับประทาน รับประทานประโยชน์ของยาที่มีต่อการรักษา และลดอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรับประทานยา เพื่อประสิทธิภาพของการรักษา และทำให้ผู้ป่วยมีความสุขภาวะที่ดีขึ้น

### ข้อปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

1. รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ห้ามหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ก่อน และมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

2. หยุดสูบบุหรี่โดยเด็ดขาดและเลิกดื่มสุรา

3. หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง อาหารรสเค็มจัด งดดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

4. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 นาที เช่น การเดิน เริ่มด้วยเดินช้าๆ ก่อน จากนั้นจึงค่อยๆ เพิ่มความเร็ว เพิ่มระยะทาง โดยไม่เกินกำลังของตนเอง

5. หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้โรคกลับมาเป็นซ้ำหัวใจขาดเลือดกำเริบซ้ำ เช่น

- ◆ หลีกเลี่ยงงานหนัก หักโหมเกินไป
- ◆ หลีกเลี่ยงภาวะเครียด ควรทำจิตใจให้เบิกบาน หัวใจอ่อนคลาย และพักผ่อนให้เพียงพอ
- ◆ รับประทานอาหารแต่พออิ่ม ไม่มากเกินไป ควรพักหลังรับประทานอาหาร อาหารประมาณครึ่งชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง
- ◆ ระวังอย่าให้ท้องผูก ป้องกันการเบ่งถ่าย โดยรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ หรือใช้ยาระบายหากเกิดการท้องผูกแล้ว
- ◆ การมีเพศสัมพันธ์ไม่ควรหักโหม ภายหลังจากโรงพยาบาลควรงดการมีเพศสัมพันธ์ประมาณ 2-3 สัปดาห์ โดยท่านสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ เมื่อสามารถเดินขึ้นบันได 20 ชั้น ภายใน 10 นาที โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หรือเหนื่อยหอบ

**รายการอ้างอิง**

ปราณี ทัฬหระษะ. (2554). คู่มือยา (HANDBOOK OF DRUGS: NURSING). พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: N P Press Limited partnership.

วิลโล่ พั้ววิไล และสุวิพร คนละเอียด. (บรรณาธิการ). (2553). *แนวทางการเวช*

*ปฏิบัติการวินิจฉัยและการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ: หจก. อุดมรัตน์การพิมพ์และดีไซน์.

ธนวัฒน์ เบญจมานุวัตรา. (2553). Percutaneous Coronary Intervention.

ใน *อภิชาติ สุขนสรพร* (บรรณาธิการ), *Coronary Artery*

*Disease : The New Frontiers* (หน้า 249-265). เชียงใหม่: ทรिकิ่งท์.

อภิชาติ สุขนสรพร. (2555). ESC Guideline for the Management of Acute Coronary Syndrome in Patients Presenting without

Persistent ST-segment Elevation. ใน *อภิชาติ สุขนสรพร* และ

ศรัณย์ คารประเสริฐ (บรรณาธิการ), *Cardiovascular medicine :*

*The new balance* (หน้า 95-122). เชียงใหม่: ทรिकิ่งค์.



## 2.3 แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

### บทสนทนา แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

#### สัปดาห์ที่ 2 โทรศัพท์ครั้งที่ 1 (ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที)

##### แนะนำตัว/ยืนยันข้อมูล

“ สวัสดีค่ะ ” ดิฉัน ธาวิณี ช่วยแทน นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ค่ะ ขอเรียนสายคุณ....(ชื่อกลุ่มตัวอย่าง)....ค่ะ ดิฉันโทรมาเยี่ยมตามนัดที่ตกลงกันไว้ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ค่ะ

“ไม่ทราบว่าคุณ.....สะดวกที่จะพูดคุยหรือไม่คะ ” (ถ้าสะดวก) เริ่มบทสนทนาต่อไป (ถ้าไม่สะดวก) รบกวนคุณ....ติดต่อกลับมาที่ดิฉัน หรือแจ้งช่วงเวลาที่สะดวกในการติดต่อ เพื่อให้ดิฉันติดต่อกลับไปใหม่ค่ะ ”

##### บทนำ

“ คุณ..... เป็นอย่างไรบ้างคะ หลังจากออกจากโรงพยาบาล อาการเป็นอย่างไรบ้าง มีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น หายใจหอบเหนื่อย หน้ามืด หรืออื่นๆ หรือไม่คะ ” วันนี้ดิฉันโทรมาเพื่อติดตามเยี่ยม และพูดคุยกันตามที่เรานัดกันไว้ค่ะ ก่อนอื่นดิฉันต้องขอทบทวนกำหนดการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม และวัตถุประสงค์ อีกครั้ง ดังนี้ค่ะ ”

โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมทั้งหมด 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 4 ภายหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ครั้งละ 5-10 นาที มีวัตถุประสงค์

1. เพื่อเตือนความจำในการรับประทานยา
2. เพื่อทบทวนความรู้ตามคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่ผู้วิจัยแจกให้ก่อนออกจากโรงพยาบาล โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ยาโรคหัวใจ, การออกกำลังกาย, ประโยชน์, ผลข้างเคียง, คำแนะนำในการใช้ยา
3. เพื่อประเมินอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา และหาแนวทางแก้ไข

##### เนื้อหา

สอบถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้คำถาม เช่น “ คุณรับประทานยาโรคหัวใจทุกวัน อย่างสม่ำเสมอหรือไม่คะ ” หากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอให้ผู้ป่วยอธิบายว่าเกิดจากสาเหตุอะไร

ทบทวนความรู้ตามคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการสนทนา โดยใช้คำถามในการสนทนา

เช่น “ คุณทราบหรือไม่ว่ายารักษาหัวใจที่คุณได้รับแต่ละตัวออกฤทธิ์อย่างไร มีประโยชน์อย่างไร และต้องรับประทานอย่างไร ” พร้อมทั้งให้ข้อมูลหากผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้อง

ประเมินอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาต้านผลข้างเคียงของยาแต่ละตัวโดยใช้คำถาม ดังนี้

### **ยาต้านเกล็ดเลือด**

“ คุณรับประทานยาโรคหัวใจ แล้วรู้สึกอย่างไรบ้าง มีอาการผิดปกติบ้างหรือไม่ ” อาจใช้คำถามนำ เช่น “ รับประทานยาต้านเกล็ดเลือดแล้ว สังเกตว่ามีอาการเลือดออกผิดปกติหรือไม่คะ เช่น จ้ำเลือด เลือดออกง่ายหยุดยาก ถ่ายดำ หรืออาเจียนเป็นเลือด หรือมีอาการปวดท้องแสบกระเพาะอาหารหรือไม่ ”

### **ยาควบคุมการเต้นของหัวใจ**

“ คุณรับประทานยาควบคุมการเต้นของหัวใจ แล้วมีอาการปวดมึนศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรงบ้างหรือไม่คะ ”

### **ยาลดแรงต้านต่อหัวใจ**

“ คุณรับประทานยาโรคหัวใจแล้วมีอาการไอมากผิดปกติหรือไม่คะ ”

จากนั้นเน้นย้ำให้ผู้ป่วยทราบว่า อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เป็นผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ หากมีอาการรุนแรงหรือรบกวนชีวิตประจำวัน ห้ามผู้ป่วยหยุดยาเอง ให้ปรึกษาแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา โดยให้ความมั่นใจว่าเป็นอาการที่สามารถหลีกเลี่ยงและจัดการได้ และผู้วิจัยยินดีที่จะช่วยเหลือในการประสานงานกับทีมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ หรือ พยาบาล เพื่อปรับแผนการรักษาด้วยยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

### **ประเมินอุปสรรคด้านการจดจำ โดยใช้คำถาม เช่น**

“คุณ...มีพฤติกรรมลืมรับประทานยาบ้างหรือไม่ ยาตัวไหน มื้อไหน ที่มักจะลืม ”

“ จำได้หรือไม่ว่ามียาที่ต้องรับประทานกี่ตัว อะไรบ้าง แต่ละตัวรับประทานเวลาไหนอย่างไรคะ ”

หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมลืมรับประทานยา หรือมีอุปสรรคด้านการจดจำ ต้องเสนอแนะแนวทางการลดอุปสรรคที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา แนะนำอุปกรณ์ช่วยเตือนความจำ เช่น กล้องหรือตลับบรรจุยา, ปฏิทินแสดงวันที่ต้องใช้ยา, การนับจำนวนเม็ดยา, การตั้งนาฬิกาปลุกเพื่อเตือนให้รับประทานยา โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง

พูดคุยให้กำลังใจ และชมเชยผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ที่ถูกต้อง เหมาะสม

### **สรุป**

เน้นย้ำว่าความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นสิ่งที่จำเป็น ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือ

ในการรับประทานยาด้วยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ห้ามขาดยา หรือหยุดยาเอง และต้องรับประทานยาให้ถูกทั้งชนิด จำนวน ขนาด และเวลา เพื่อประสิทธิภาพของการรักษา

### **นิตหมาย**

หลังจบการสนทนาแต่ละครั้ง ทำการนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ถัดไป  
**สัปดาห์ที่ 3 โทรศัพท์ครั้งที่ 2 (ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที)**

### **แนะนำตัว**

“ สวัสดีค่ะ ” ดิฉัน ธาวิณี ช่วยแทน นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ค่ะ ขอเรียนสวัสดีคุณ....(ชื่อกลุ่มตัวอย่าง)....ค่ะ ดิฉันโทรมาเยี่ยมตามนัดที่ตกลงกันไว้ในสัปดาห์ที่แล้ว

“ไม่ทราบว่าคุณ.....สะดวกที่จะพูดสายหรือไม่คะ ” (ถ้าสะดวก) เริ่มบทนำต่อไป (ถ้าไม่สะดวก) รบกวนคุณ....ติดต่อกลับมาที่ดิฉัน หรือแจ้งช่วงเวลาที่จะสะดวกในการติดต่อ เพื่อให้ดิฉันติดต่อกลับไปใหม่คะ ”

### **บทนำ**

“ คุณ..... เป็นอย่างไรบ้างคะ สัปดาห์นี้มีอาการเป็นอย่างไรบ้าง มีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น หายใจหอบเหนื่อย หน้ามืด หรืออื่นๆ หรือไม่คะ ”

### **เนื้อหา**

สอบถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้คำถาม เช่น “ คุณรับประทานยาโรคหัวใจทุกวัน อย่างสม่ำเสมอหรือไม่คะ ” หากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอให้ผู้ป่วยอธิบายว่าเกิดจากสาเหตุอะไร

ทบทวนความรู้ตามคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการสนทนา โดยใช้คำถามในการสนทนา เช่น “ คุณทราบหรือไม่ว่ายาโรคหัวใจที่คุณได้รับ แต่ละตัวออกฤทธิ์อย่างไร มีประโยชน์อย่างไร และต้องรับประทานอย่างไร ” พร้อมทั้งให้ข้อมูลหากผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้อง

ประเมินอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาด้านผลข้างเคียงของยาแต่ละตัวโดยใช้คำถาม ดังนี้

### **ยาต้านเกล็ดเลือด**

“ คุณรับประทานยาโรคหัวใจ แล้วรู้สึกอย่างไรบ้าง มีอาการผิดปกติบ้างหรือไม่ ” อาจใช้คำถามนำ เช่น “ รับประทานยาต้านเกล็ดเลือดแล้ว สังเกตว่ามีอาการเลือดออกผิดปกติหรือไม่คะ เช่น จ้ำเลือด เลือดออกง่ายหยุดยาก ถ่ายดำ หรืออาเจียนเป็นเลือด หรือมีอาการปวดท้องแสบกระเพาะอาหารหรือไม่ ”

### ยาควบคุมการเต้นของหัวใจ

“ คุณรับประทานยาควบคุมการเต้นของหัวใจ แล้วมีอาการปวดมึนศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง บ้างหรือไม่คะ ”

### ยาลดแรงต้านต่อหัวใจ

“ คุณรับประทานยาโรคหัวใจ แล้วมีอาการไอมากผิดปกติหรือไม่คะ ”

จากนั้นเน้นย้ำให้ผู้ป่วยทราบว่า อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เป็นผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ หากมีอาการรุนแรงหรือรบกวนชีวิตประจำวัน ห้ามผู้ป่วยหยุดยาเอง ให้ปรึกษาแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา โดยให้ความมั่นใจว่าเป็นอาการที่สามารถหลีกเลี่ยงและจัดการได้ และผู้วิจัยยินดีที่จะช่วยเหลือในการประสานงานกับทีมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ หรือ พยาบาล เพื่อปรับแผนการรักษาด้วยยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

ประเมินอุปสรรคด้านการจดจำ โดยใช้คำถาม เช่น

“คุณ...มีพฤติกรรมลืมรับประทานยาบ้างหรือไม่ ยาตัวไหน มือไหน ที่มักจะลืม ”

“ จำได้หรือไม่ว่ามียาที่ต้องรับประทานกี่ตัว อะไรบ้าง แต่ละตัวรับประทานเวลาไหนอย่างไรคะ ”

หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมลืมรับประทานยา หรือมีอุปสรรคด้านการจดจำ ต้องเสนอแนะแนวทางการลดอุปสรรคที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา แนะนำอุปกรณ์ช่วยเตือนความจำ เช่น กล้องหรือตลับบรรจุยา, ปฏิทินแสดงวันที่ต้อง吃药, การนับจำนวนเม็ดยา, การตั้งนาฬิกาปลุก เพื่อเตือนให้รับประทานยา โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง

พูดคุยให้กำลังใจ และชมเชยผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ที่ถูกต้อง เหมาะสม

### สรุป

เน้นย้ำว่าความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นสิ่งที่จำเป็น ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ห้ามขาดยา หรือหยุดยาเอง และต้องรับประทานยาให้ถูกทั้งชนิด จำนวน ขนาด และเวลา เพื่อประสิทธิภาพของการรักษา

### นัดหมาย

หลังจบการสนทนาแต่ละครั้ง ทำการนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ถัดไป สัปดาห์ที่ 4 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 (ใช้เวลาครั้งละ 5-10 นาที)

### แนะนำตัว

“ สวัสดีค่ะ ” ดิฉัน ธาวิณี ช่วยแทน นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ค่ะ ขอเรียนสาธุคุณ....(ชื่อกลุ่มตัวอย่าง)....ค่ะ ดิฉันโทรมาเยี่ยมตามนัดที่ตกลงกันไว้สัปดาห์ที่แล้วค่ะ

“ไม่ทราบว่าคุณ.....สะดวกที่จะพูดสายหรือไม่คะ” (ถ้าสะดวก) เริ่มบทนาต่อไป (ถ้าไม่สะดวก) รบกวนคุณ....ติดต่อกลับมาที่ดิฉัน หรือแจ้งช่วงเวลาที่เหมาะสมในการติดต่อ เพื่อให้ดิฉันติดต่อกลับไปใหม่คะ”

### **บทนำ**

“ คุณ..... เป็นอย่างไรบ้างคะ สัปดาห์นี้มีอาการเป็นอย่างไรบ้าง มีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น หายใจหอบเหนื่อย หน้ามืด หรืออื่นๆ หรือไม่คะ ” วันนี้ดิฉันโทรมาเพื่อติดตามเยี่ยมและพูดคุยกันตามที่เรานัดกันไว้ในสัปดาห์ที่แล้วค่ะ

### **เนื้อหา**

ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่า การโทรศัพท์ครั้งนี้ จะเป็นการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งสุดท้ายตามที่ตกลงไว้ จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสรุปความรู้เกี่ยวกับยาโรคหัวใจที่ผู้ป่วยได้รับแต่ละตัว ว่าผู้ป่วยได้รับยาโรคหัวใจชนิดใดบ้าง แต่ละตัวมีประโยชน์อย่างไร วิธีใช้ยา คำแนะนำในการรับประทานยา สอบถามอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (ถ้ามี) พร้อมให้ผู้ผู้ป่วยบอกแนวทางแก้ไขที่ตนเองปฏิบัติ

ประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ โดยตอบแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจโดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้ผู้ผู้ป่วยฟังอย่างชัดเจน และให้ผู้ผู้ป่วยตอบ

กล่าวชมเชย และให้กำลังใจผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาที่เหมาะสม กล่าวขอบคุณผู้ป่วย ที่ให้ความร่วมมือในการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และในการตอบแบบสอบถาม

### **สรุป**

เน้นย้ำว่าความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นสิ่งที่จำเป็น ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ห้ามขาดยา หรือหยุดยาเอง และต้องรับประทานยาให้ถูกทั้งชนิด จำนวน ขนาด และเวลา เพื่อประสิทธิภาพของการรักษา

**นิตหมาย:** นิตหมายเพื่อตอบแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 5 (Post-test)



### ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

#### 3.1 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาโรคหัวใจที่ถูกต้องเหมาะสม กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง

| ข้อความ  | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็น<br>ด้วย<br>อย่างยิ่ง |
|--|-----------------------|----------|-------------|------------------------------|
| 1. การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวันจะทำให้ฉันลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ |                       |          |             |                              |
| 2. หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะช่วยป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ   |                       |          |             |                              |
| 3. การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้น                                  |                       |          |             |                              |
| 4. การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะทำให้โอกาสของการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำด้วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลลดลง       |                       |          |             |                              |

### 3.2 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาโรคหัวใจที่ถูกต้องเหมาะสม กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

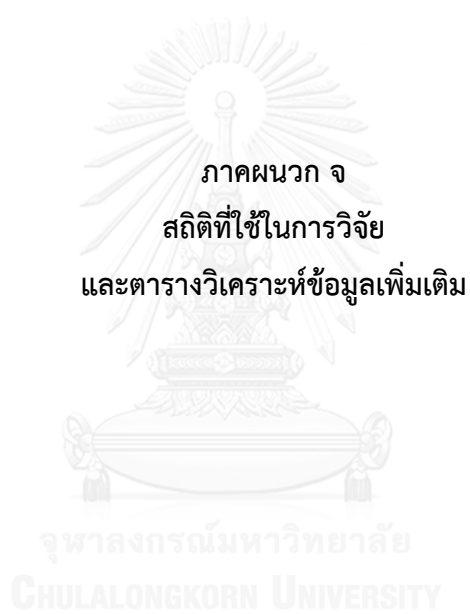
เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง

| ข้อความ   | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่เห็น<br>ด้วย | ไม่เห็น<br>ด้วย<br>อย่างยิ่ง |
|---|-----------------------|----------|-----------------|------------------------------|
| 1. การรับประทานยาโรคหัวใจให้ตรงเวลาเป็นสิ่งที่ยุ่งยากสำหรับฉัน  |                       |          |                 |                              |
| 2. กิจวัตรประจำวันของฉันเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาโรคหัวใจ  |                       |          |                 |                              |
| 3. ภาระงานประจำวันของฉันเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาโรคหัวใจเสมอ  |                       |          |                 |                              |
| 4. ชนิด/เวลาที่รับประทานยาโรคหัวใจทำให้ไม่สะดวกที่จะปฏิบัติตาม  |                       |          |                 |                              |
| 5. อาการซีหลงลิ้มของฉันเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยา   |                       |          |                 |                              |
| 6. ราคาของยาโรคหัวใจที่สูงเป็นอุปสรรคทำให้ขาดยาได้  |                       |          |                 |                              |
| 7. ฉันมีอุปสรรคบางอย่างที่ทำให้ฉันไม่สามารถไปรับยาโรคหัวใจตามคำสั่งแพทย์หรือตามแพทย์นัดได้อย่างสม่ำเสมอ               |                       |          |                 |                              |
| 8. ผลข้างเคียงของยา เช่น อาการหน้ามืดวิงเวียนศีรษะคลื่นไส้อาเจียน เลือดออกง่ายหยุดยาก ทำให้ฉันตัดสินใจหยุดรับประทานยา |                       |          |                 |                              |



ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีรายข้อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

| ความร่วมมือในการ<br>รับประทานยา  | กลุ่มควบคุม (n=22) |      |              |     |           |      |              |     |
|--|--------------------|------|--------------|-----|-----------|------|--------------|-----|
|  | ก่อนทดลอง          |      |              |     | หลังทดลอง |      |              |     |
|  | $\bar{X}$          | SD   | Min          | Max | $\bar{X}$ | SD   | Mi<br>n      | Max |
| 1.ฉันลืมรับประทานยา<br>โรคหัวใจเมื่ออยู่บ้าน*  | 4.36               | .79  | 2            | 5   | 4.45      | .51  | 4            | 5   |
| 2.ฉันลืมรับประทานยา<br>โรคหัวใจเมื่อมีการ<br>เปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน<br>หรือมีกิจกรรมเพิ่มขึ้น* | 4.50               | .80  | 2            | 5   | 4.64      | .49  | 4            | 5   |
| 3.ฉันต้องรับประทานยา<br>โรคหัวใจเป็นประจำสม่ำเสมอ  | 4.41               | .79  | 2            | 5   | 4.73      | .45  | 4            | 5   |
| 4.ฉันเก็บยาโรคหัวใจไว้ที่<br>สะดวกต่อการรับประทาน  | 4.95               | .21  | 4            | 5   | 5         | 0    | 5            | 5   |
| 5.ฉันมีวิธีช่วยเตือนฉันให้<br>รับประทานยาโรคหัวใจอย่าง<br>สม่ำเสมอ                                 | 1.95               | 1.70 | 1            | 5   | 1.95      | 1.70 | 1            | 5   |
| 6.ฉันมีวิธีที่ทำให้รู้ว่าลืม<br>รับประทานยาโรคหัวใจ  | 1.73               | 1.48 | 1            | 5   | 1.78      | 1.57 | 1            | 5   |
| 7.การรับประทานยาโรคหัวใจ<br>เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน<br>ของฉัน                                 | 4.67               | .78  | 2            | 5   | 4.86      | .35  | 4            | 5   |
| <b>รวม</b>   |                    |      | <b>26.59</b> |     |           |      | <b>27.41</b> |     |

\* ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ

จากตารางที่ 7 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาใกล้เคียงกัน โดยพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองเพียงเล็กน้อย ( $\bar{X} = 26.59$  และ  $27.41$  ตามลำดับ) เมื่อเรียงลำดับข้อคำถามจากข้อที่มีคะแนนสูงสุดไปจนถึงต่ำสุด ได้แก่ ข้อ 4, 7, 3, 2, 1, 5 และข้อ 6 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากทั้งก่อนและหลังการทดลองมีการเก็บยาโรคหัวใจไว้ในที่สะดวกต่อการรับประทาน โดยปฏิบัติเกือบทุกครั้งจนถึงปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง ( $\bar{X} = 4.95$  และ  $5$  ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับประทานยาโรคหัวใจจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ( $\bar{X} = 4.67$  และ  $4.86$  ตามลำดับ) และมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ( $\bar{X} = 4.41$  และ  $4.73$  ตามลำดับ) แต่มีกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ลืมรับประทานยาโรคหัวใจเมื่ออยู่บ้าน ( $\bar{X} = 4.36$  และ  $4.45$  ตามลำดับ) และบางรายลืมรับประทานยาโรคหัวใจเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันหรือมีกิจกรรมเพิ่มขึ้น ( $\bar{X} = 4.50$  และ  $4.64$  ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ข้อ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่มีวิธีที่ทำให้รู้ว่าลืมรับประทานยาโรคหัวใจ ( $\bar{X} = 1.73$  และ  $1.78$  ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่มีวิธีช่วยเตือนให้รับประทานยาโรคหัวใจ ( $\bar{X} = 1.95$  ทั้งก่อนและหลังการทดลอง)

ทั้งนี้จากการพูดคุยซักถามกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม เกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเก็บยาโรคหัวใจไว้ในที่สะดวกต่อการรับประทาน คือ วางยาไว้ในที่มองเห็นง่ายและวางไว้ที่เดิมทุกครั้ง ส่วนใหญ่เมื่อรับประทานยาโรคหัวใจมาระยะหนึ่งจะรู้สึกชิน ทำให้จดจำได้ว่าต้องทานยาโรคหัวใจตัวไหน เวลาไหนบ้าง และรับประทานยาจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมลืมรับประทานยา พบว่าบางรายที่ลืมรับประทานยาเมื่ออยู่บ้าน บางรายลืมรับประทานยาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันหรือมีกิจกรรมเพิ่มขึ้น เช่น ต้องเดินทางไปต่างจังหวัดไม่ได้พกยาติดตัวไปหรือพกยาโรคหัวใจไปไม่ครบ ทำงานยุ่งเกินไปจนลืมรับประทานยา เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีวิธีช่วยเตือนให้รับประทานยาโรคหัวใจหรือวิธีการที่ทำให้รู้ว่าลืมรับประทานยาโรคหัวใจ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมองว่ายารักษาโรคหัวใจที่รับประทาน ส่วนใหญ่ทานวันละ 2 มื้อ คือ เช้า-เย็น จึงไม่มีความจำเป็นต้องใช้กล่องยาเพื่อพกยาติดตัวไว้ตลอดเวลาและรับประทานยาจนจดจำได้ว่าต้องรับประทานยาทุกวันจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน บางครั้งการเปลี่ยนแปลงในแต่ละวันอาจทำให้รับประทานยาไม่ตรงเวลาบ้าง แต่ไม่ทำให้ลืมรับประทานยา

**ตารางที่ 8** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีรายชื่อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

| ความร่วมมือในการ<br>รับประทานยา   | กลุ่มทดลอง (n=22) |      |     |     |           |     |              |              |
|---|-------------------|------|-----|-----|-----------|-----|--------------|--------------|
|   | ก่อนทดลอง         |      |     |     | หลังทดลอง |     |              |              |
|   | $\bar{X}$         | SD   | Min | Max | $\bar{X}$ | SD  | Min          | Max          |
| 1.ฉัน ลืม รับประทาน ยา<br>โรคหัวใจเมื่ออยู่บ้าน*  | 4.14              | .83  | 2   | 5   | 4.91      | .29 | 4            | 4            |
| 2.ฉัน ลืม รับประทาน ยา<br>โรคหัวใจเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง<br>กิจวัตรประจำวันหรือมีกิจธุระ<br>เพิ่มขึ้น* | 4.40              | .91  | 2   | 5   | 5         | 0   | 5            | 5            |
| 3.ฉัน ต้อง รับประทาน ยา<br>โรคหัวใจเป็นประจำสม่ำเสมอ  | 4.64              | .58  | 3   | 5   | 5         | 0   | 5            | 5            |
| 4.ฉัน เก็บยาโรคหัวใจไว้ที่<br>สะดวกต่อการรับประทาน  | 4.91              | .29  | 4   | 5   | 5         | 0   | 5            | 5            |
| 5.ฉัน มีวิธี ช่วยเตือนฉันให้<br>รับประทานยาโรคหัวใจอย่าง<br>สม่ำเสมอ                                  | 2.27              | 1.39 | 1   | 5   | 4.59      | .59 | 3            | 5            |
| 6.ฉัน มีวิธี ที่ทำให้รู้ว่า ลืม<br>รับประทานยาโรคหัวใจ  | 1.64              | 1.25 | 1   | 5   | 4.14      | .89 | 3            | 5            |
| 7.การรับประทานยาโรคหัวใจ<br>เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน<br>ของฉัน                                    | 4.73              | .63  | 3   | 5   | 5         | 0   | 5            | 5            |
| <b>รวม</b>  |                   |      |     |     |           |     | <b>26.73</b> | <b>33.64</b> |

\* ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ

จากตารางที่ 8 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยารายชื่อของกลุ่มทดลอง โดยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างเห็นได้ชัด ( $\bar{X} = 26.73$  และ  $33.64$  ตามลำดับ) เมื่อเรียงลำดับข้อความคำถามจากข้อที่มีคะแนนสูงสุดไปจนถึงต่ำสุด ได้แก่ ข้อ 4, 7, 3, 2, 1, 5 และข้อ 6 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากทั้งก่อนและหลังการทดลองมีการเก็บยาโรคหัวใจไว้ในที่สะดวกต่อการรับประทาน โดยปฏิบัติเกือบทุกครั้งจนถึงปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง ( $\bar{X} = 4.91$  และ  $5$  ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับประทานยาโรคหัวใจจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ( $\bar{X} = 4.73$  และ  $5$  ตามลำดับ) และมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ( $\bar{X} = 4.64$  และ  $5$  ตามลำดับ) แต่มีกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ลืมรับประทานยาโรคหัวใจเมื่ออยู่บ้าน ( $\bar{X} = 4.14$  และ  $4.91$  ตามลำดับ) และก่อนการทดลองมีบางรายลืมรับประทานยาโรคหัวใจเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันหรือมีกิจวัตรเพิ่มขึ้น ภายหลังการทดลองไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายลืมรับประทานยาโรคหัวใจเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันหรือมีกิจวัตรเพิ่มขึ้น ( $\bar{X} = 4.40$  และ  $5$  ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาข้อความคำถามที่มีคะแนนแตกต่างกันชัดเจนระหว่างก่อนและหลังการทดลอง คือ ข้อ 6 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่มีวิธีที่ทำให้รู้ว่าลืมรับประทานยาโรคหัวใจ ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีวิธีที่ทำให้รู้ว่าลืมรับประทานยาโรคหัวใจเพิ่มขึ้น ( $\bar{X} = 1.64$  และ  $4.14$  ตามลำดับ) และข้อที่ 5 ก่อนการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่มีวิธีช่วยเตือนให้รับประทานยาโรคหัวใจ ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิธีช่วยเตือนให้รับประทานยาโรคหัวใจ ( $\bar{X} = 2.27$  และ  $4.59$  ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคมีพฤติกรรมตามข้อความที่ดีเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

ทั้งนี้จากการพูดคุยซักถามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทั้งก่อนและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเก็บยาโรคหัวใจไว้ในที่สะดวกต่อการรับประทาน คือ วางถุงยาไว้ในที่มองเห็นง่ายและวางไว้ที่เดิมทุกครั้ง ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีพฤติกรรมรับประทานยาโรคหัวใจสม่ำเสมอและรับประทานยาจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ลืมรับประทานยาเมื่ออยู่บ้าน ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิธีช่วยเตือนให้รับประทานยาโรคหัวใจ โดยเลือกใช้กล่องยา เป็นวิธีช่วยเตือนให้รับประทานยา โดยจะพกกล่องยาติดตัวตลอด บางรายใช้วิธีใส่ถุงยาแยกเป็นม้อๆ เพื่อให้ง่ายต่อการพกพาใส่กระเป๋ากางเกง บางรายใช้วิธีตั้งนาฬิกาปลุกเตือนทางโทรศัพท์เพื่อเตือนให้รับประทานยาและทำให้รับประทานยาได้ตรงเวลามากขึ้น ทำให้ภายหลังการทดลองไม่มีกลุ่มตัวอย่างลืมรับประทานยาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันหรือมีกิจวัตรเพิ่มขึ้น และมีวิธีการที่ทำให้รู้ว่าลืมรับประทานยาโรคหัวใจ โดยใช้วิธีจดบันทึกการรับประทานยา เป็นต้น





จากตารางที่ 9 เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา โรคหัวใจรายข้อของกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการรับรู้ประโยชน์ในแต่ละข้อคำถาม ก่อนและหลังการทดลองใกล้เคียงกัน โดยข้อคำถามที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดจากทั้งก่อนและหลังการทดลองคือ ข้อที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าการรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้น ( $\bar{X} = 3.45$  และ  $3.59$  ตามลำดับ) ตามมาด้วยข้อที่ 4 การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะทำให้โอกาสของการกลับเข้ารับรักษาตัวด้วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลลดลง ( $\bar{X} = 3.46$  และ  $3.55$  ตามลำดับ) ข้อที่ 2 รับรู้ว่าหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวันจะช่วยป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ( $\bar{X} = 3.45$  และ  $3.50$  ตามลำดับ) และข้อที่ 1 การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวันจะทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ( $\bar{X} = 3.50$  และ  $3.45$  ตามลำดับ)

จากการพูดคุย กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการรับประทานยาโรคหัวใจมีประโยชน์ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้น เพราะภายหลังได้รับการรักษา และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมาระยะหนึ่ง อาการเจ็บหน้าอกหายไป ไม่รู้สึกเหนื่อยหรือเหนื่อยน้อยลง สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ปกติ แสดงว่าหัวใจทำงานได้ดีขึ้น ทำให้รับรู้โอกาสที่จะกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำในโรงพยาบาลลดลง และรับรู้ว่าการรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะช่วยป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะยาต้านเกล็ดเลือด เนื่องจากหน้าของยาระบุว่ายาจะช่วยป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือด อีกทั้งได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานยาจากทีมสุขภาพ และกลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจว่าจะทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยประเมินจากการที่ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้น ไม่มีอาการใจสั่น หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ



จากตารางที่ 10 เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจรายข้อของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการรับรู้ประโยชน์ในแต่ละข้อคำถามเพิ่มขึ้น โดยข้อคำถามที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดจากก่อนและหลังการทดลองคือ ข้อที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าการรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้น ( $\bar{X} = 3.55$  และ  $3.91$  ตามลำดับ) ตามมาด้วยข้อที่ 2 รับรู้ว่หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวันจะช่วยป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ( $\bar{X} = 3.63$  และ  $3.95$  ตามลำดับ) ข้อที่ 4 การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะทำให้โอกาสของการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำด้วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลลดลง ( $\bar{X} = 3.50$  และ  $3.77$  ตามลำดับ) และข้อที่ 1 การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวันจะทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ( $\bar{X} = 3.55$  และ  $3.73$  ตามลำดับ)

จากการพูดคุย กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการรับประทานยาโรคหัวใจมีประโยชน์ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้น เพราะภายหลังได้รับการรักษา และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมาระยะหนึ่ง อาการเจ็บหน้าอกหายไป ไม่รู้สึกเหนื่อยหรือเหนื่อยน้อยลง สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ปกติ แสดงว่าหัวใจทำงานได้ดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวันจะช่วยป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้โอกาสของการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำด้วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลลดลง และทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานยาจากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แนวทางการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารี รับรู้ว่ายารักษาโรคหัวใจทุกตัวที่ได้รับมีประโยชน์อย่างไร ทำให้มีความรู้และความตระหนัก เห็นความสำคัญของการรับประทานยามากยิ่งขึ้น และมีความมั่นใจในการใช้ยามากขึ้น



จากตารางที่ 11 เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา โรคหัวใจรายข้อของกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการรับรู้ อุปสรรคใกล้เคียงกัน โดยภาพรวมหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคลดลงกว่า ก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนมากที่สุดทั้งก่อนและหลังการทดลอง คือ ข้อ 5, 4, 1 ตามลำดับ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายรู้สึกว่าการหลงลืมเป็นอุปสรรคต่อการ รับประทานยาโรคหัวใจ ( $\bar{X} = 2.41$  และ  $2.18$  ตามลำดับ) ชนิด/เวลาที่รับประทานยาเป็นอุปสรรค ทำให้ไม่สะดวกที่จะปฏิบัติตาม ( $\bar{X} = 2.23$  และ  $1.91$  ตามลำดับ) การรับประทานยาโรคหัวใจให้ตรง เวลาเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก ( $\bar{X} = 2.14$  และ  $2.00$  ตามลำดับ) และมีกิจวัตรประจำวันเป็นอุปสรรคต่อการ รับประทานยา ( $\bar{X} = 2.09$  และ  $1.91$  ตามลำดับ) ส่วนข้อคำถามอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนก่อน และหลังการทดลองใกล้เคียงกัน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคในด้านนี้น้อยอยู่แล้วก่อนทำการ ทดลอง โดยเฉพาะอุปสรรคด้านราคายาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 1.95$  และ  $1.77$  ตามลำดับ)

จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา โรคหัวใจคือ อาการขี้หลงลืมทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมขาดยาไปในบางมื้อ หรือทำให้รับประทาน ไม่ตรงต่อเวลาได้ บางรายรับรู้อุปสรรคว่าการรับประทานยาให้ตรงต่อเวลาเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก ซึ่งจะ สอดคล้องกับอุปสรรคด้านกิจวัตรประจำวัน หรือ ภาระงาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายให้เหตุผล ว่า บางครั้งงานยุ่งเกินไป หรือ มีภาระงานเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดพฤติกรรมลืมรับประทานยาหรือ รับประทานยาไม่ตรงต่อเวลาในบางครั้ง แต่ทั้งนี้ก็พยายามจะรับประทานยาให้ตรงเวลามากที่สุดและ พยายามไม่ลืมรับประทานยา ด้านราคายากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่คิดว่าเป็นอุปสรรค เนื่องจาก ปัจจุบันสิทธิการรักษาที่ใช้ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษารวมถึงค่ายา ทำให้ไม่มีส่วนเกินสิทธิที่ต้อง จ่ายเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากสามารถมาพบแพทย์ได้ตามนัด และส่วนใหญ่แพทย์จะนัดให้ไปรับยา และรักษาต่อใกล้บ้าน ทำให้สะดวกในการเดินทางมากขึ้น ด้านผลข้างเคียงกลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่คิด จะหยุดรับประทานยาเพราะมีผลข้างเคียง และส่วนใหญ่ทานยาแล้วไม่พบว่ามีผลข้างเคียงของยา เกิดขึ้น

**ตารางที่ 12** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีรายชื่อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

| การรับรู้อุปสรรคของการ<br>รับประทานยาโรคหัวใจ  | กลุ่มทดลอง (n=22) |     |     |              |           |     |     |              |
|--|-------------------|-----|-----|--------------|-----------|-----|-----|--------------|
|  | ก่อนทดลอง         |     |     |              | หลังทดลอง |     |     |              |
|  | $\bar{X}$         | SD  | Min | Max          | $\bar{X}$ | SD  | Min | Max          |
| 1.การรับประทานยาโรคหัวใจให้ตรง<br>เวลาเป็นสิ่งที่ยุ่งยากสำหรับฉัน  | 2.09              | .75 | 1   | 4            | 1.73      | .45 | 1   | 2            |
| 2.กิจวัตรประจำวันของฉันเป็น<br>อุปสรรคต่อการรับประทานยา<br>โรคหัวใจ  | 1.95              | .65 | 1   | 3            | 1.73      | .45 | 1   | 2            |
| 3.ภาระงานของฉันเป็นอุปสรรคต่อ<br>การรับประทานยาโรคหัวใจเสมอ  | 1.95              | .65 | 1   | 3            | 1.68      | .47 | 1   | 2            |
| 4.ชนิด/เวลาที่รับประทานยา<br>โรคหัวใจทำให้ไม่สะดวกที่จะปฏิบัติ<br>ตาม  | 1.91              | .61 | 1   | 3            | 1.73      | .45 | 1   | 2            |
| 5.อาการข้างเคียงของฉันเป็น<br>อุปสรรคต่อการรับประทานยา   | 2.47              | .73 | 1   | 4            | 1.68      | .47 | 1   | 2            |
| 6.ราคายาโรคหัวใจที่สูงเป็นอุปสรรค<br>ทำให้ขาดยาได้   | 1.77              | .42 | 1   | 2            | 1.14      | .35 | 1   | 2            |
| 7.ฉันมีอุปสรรคบางอย่างที่ทำให้ฉัน<br>ไม่สามารถไปรับยาโรคหัวใจตาม<br>คำสั่งแพทย์หรือตามแพทย์นัดได้<br>อย่างสม่ำเสมอ                 | 1.82              | .50 | 1   | 3            | 1.18      | .39 | 1   | 2            |
| 8.ผลข้างเคียงของยา เช่น อาการ<br>หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้<br>อาเจียน เลือดออกง่ายหยุดยาก ทำ<br>ให้ฉันตัดสินใจหยุดรับประทานยา | 1.86              | .56 | 1   | 3            | 1.40      | .50 | 1   | 2            |
| <b>รวม</b>   |                   |     |     |              |           |     |     |              |
|  |                   |     |     | <b>15.82</b> |           |     |     | <b>12.27</b> |

จากตารางที่ 12 เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา โรคหัวใจรายข้อของกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคลดลง กว่าก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนมากที่สุดก่อนการทดลองคือ ข้อ 5, 1, 2-3 ตามลำดับ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายรู้สึกว่าการหลงลืมเป็นอุปสรรคต่อการ รับประทานยาโรคหัวใจ ( $\bar{X} = 2.47$ ) การรับประทานยาโรคหัวใจให้ตรงเวลาเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก ( $\bar{X} = 2.09$ ) และมีกิจวัตรประจำวันและภาระงานเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยา ( $\bar{X} = 1.95$ ) ภายหลัง การทดลองกลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคลดลงในทุกข้อคำถาม โดยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง รับรู้อุปสรรคลดลงชัดเจนในด้านต่างๆดังนี้ ด้านอาการซีเหลือง ( $\bar{X} = 1.68$ ) ด้านราคายาลดลง ( $\bar{X} = 1.14$ ) ด้านการไปพบแพทย์ตามนัด ( $\bar{X} = 1.18$ ) ด้านผลข้างเคียงของยา ( $\bar{X} = 1.40$ ) ส่วนข้อคำถาม อื่นๆ กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนก่อนและหลังการทดลองใกล้เคียงกัน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรค ในด้านนั้นน้อยอยู่แล้วก่อนทำการทดลอง

จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง พบว่า อุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการ รับประทานยาโรคหัวใจคือ อาการซีเหลืองทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมขาดยาไปในบางมื้อ หรือทำ ให้รับประทานไม่ตรงต่อเวลาได้ บางรายรับรู้อุปสรรคว่าการรับประทานยาให้ตรงต่อเวลาเป็นสิ่งที่ ยุ่งยาก ซึ่งจะสอดคล้องกับอุปสรรคด้านกิจวัตรประจำวัน หรือ ภาระงาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบาง รายให้เหตุผลว่า บางครั้งงานยุ่งเกินไป หรือ มีภาระงานเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดพฤติกรรมลืมรับประทาน ยาหรือรับประทานยาไม่ตรงต่อเวลาในบางครั้ง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ ประโยชน์และ การรับรู้อุปสรรค กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำในการจัดการกับอุปสรรคด้านต่างๆ และได้เลือกแนว ทางการลดอุปสรรคที่เหมาะสมกับตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้กล่องยาพกติดตัวตลอด เป็นวิธีช่วยเตือนทำให้ไม่ลืมรับประทานยา และพยายามปรับตัวในด้านกิจวัตรประจำวันหรือภาระงาน ไม่ให้เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาโรคหัวใจ โดยใช้วิธีช่วยเตือนให้รับประทานยาเป็นประจำ สม่าเสมอและตระหนักว่าไม่ว่างงานจะยุ่งหรือมีกิจธุระมากเพียงใด จะต้องไม่ลืมรับประทานยา ด้าน ราคา ยา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่คิดว่าเป็นอุปสรรค เนื่องจากปัจจุบันสิทธิการรักษาที่ใช้ ครอบคลุม ค่าใช้จ่ายในการรักษารวมถึงค่ายา ทำให้ไม่มีส่วนเกินสิทธิที่ต้องจ่ายเอง กลุ่มตัวอย่างสามารถมาพบ แพทย์ได้ตามนัด และส่วนใหญ่แพทย์จะนัดให้ไปรับยาและรักษาต่อใกล้บ้าน ทำให้สะดวกในการ เดินทางมากขึ้น ด้านผลข้างเคียงกลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่คิดจะหยุดรับประทานยาเพราะมีผลข้างเคียง และส่วนใหญ่ทานยาแล้วไม่พบว่าผลข้างเคียงของยาเกิดขึ้น บางรายที่มีผลข้างเคียงซึ่งกระทบต่อ ชีวิตประจำวัน กลุ่มตัวอย่างได้ไปพบแพทย์เพื่อตรวจและได้รับการปรับเปลี่ยนยาให้เหมาะสม

**ตารางที่ 13** คะแนน และการแปลคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

| คู่ที่ | คะแนนความร่วมมือ<br>ในการรับประทานยา<br>กลุ่มควบคุม (n=22) |        |               |        | คะแนนความร่วมมือ<br>ในการรับประทานยา<br>กลุ่มทดลอง (n=22) |        |               |        |
|--------|--|--------|---------------|--------|---|--------|---------------|--------|
|        | ก่อน<br>ทดลอง  | ร้อยละ | หลัง<br>ทดลอง | ร้อยละ | ก่อน<br>ทดลอง   | ร้อยละ | หลัง<br>ทดลอง | ร้อยละ |
| 1      | 27   | 77.14  | 27            | 77.14  | 23  | 65.71  | 31            | 88.57  |
| 2      | 27   | 77.14  | 27            | 77.14  | 26  | 74.28  | 35            | 100    |
| 3      | 26   | 74.28  | 26            | 74.28  | 23  | 65.71  | 35            | 100    |
| 4      | 35   | 100    | 35            | 100    | 30  | 85.71  | 35            | 100    |
| 5      | 24   | 68.57  | 26            | 74.3   | 28  | 80     | 32            | 91.42  |
| 6      | 35   | 100    | 35            | 100    | 31  | 88.57  | 35            | 100    |
| 7      | 22   | 62.85  | 23            | 65.71  | 24  | 68.57  | 33            | 94.28  |
| 8      | 25   | 71.42  | 26            | 74.28  | 24  | 68.57  | 35            | 100    |
| 9      | 27   | 77.14  | 28            | 80     | 27  | 77.14  | 31            | 88.57  |
| 10     | 24   | 68.57  | 26            | 74.28  | 17  | 48.57  | 35            | 100    |
| 11     | 35   | 100    | 35            | 100    | 26  | 74.28  | 33            | 94.28  |
| 12     | 21   | 60     | 23            | 65.71  | 28  | 80     | 32            | 91.42  |
| 13     | 34   | 97.14  | 35            | 100    | 28  | 80     | 34            | 97.14  |
| 14     | 24   | 68.57  | 25            | 71.42  | 35  | 100    | 35            | 100    |
| 15     | 27   | 77.14  | 25            | 71.42  | 26  | 74.28  | 31            | 88.57  |
| 16     | 15   | 42.85  | 23            | 65.71  | 24  | 68.57  | 35            | 100    |
| 17     | 24   | 68.57  | 26            | 74.28  | 35  | 100    | 35            | 100    |
| 18     | 25   | 71.42  | 25            | 71.42  | 27  | 77.14  | 33            | 94.28  |
| 19     | 24   | 68.57  | 26            | 74.28  | 26  | 74.28  | 33            | 94.28  |
| 20     | 27   | 77.14  | 24            | 68.57  | 27  | 77.14  | 34            | 97.14  |
| 21     | 26   | 74.28  | 26            | 74.28  | 26  | 74.28  | 33            | 94.28  |
| 22     | 31   | 88.57  | 31            | 88.57  | 27  | 77.14  | 35            | 100    |



จากตารางที่ 13 พบว่า ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีกลุ่มทดลองที่มีความร่วมมือในการ  
รับประทานยา คือ มีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 จำนวน  
7 คน หลังการทดลองมีจำนวนกลุ่มทดลองที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นเป็น 22 คน

สำหรับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีกลุ่มควบคุมที่มีความร่วมมือในการรับประทานยา คือ  
มีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 จำนวน 5 คน หลังการ  
ทดลองมีจำนวนกลุ่มควบคุมที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นเป็น 6 คน



ตารางที่ 14 คะแนน และการแปลคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

| คู่ที่ | คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ<br>กลุ่มควบคุม (n=22) |         |               |         | คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ<br>กลุ่มทดลอง (n=22) |         |               |       |
|--------|--|---------|---------------|---------|---|---------|---------------|-------|
|        | ก่อน<br>ทดลอง  | แปลผล   | หลัง<br>ทดลอง | แปลผล   | ก่อน<br>ทดลอง   | แปลผล   | หลัง<br>ทดลอง | แปลผล |
| 1      | 16   | มาก     | 16            | มาก     | 16  | มาก     | 16            | มาก   |
| 2      | 16   | มาก     | 16            | มาก     | 12  | ปานกลาง | 16            | มาก   |
| 3      | 16   | มาก     | 16            | มาก     | 16  | มาก     | 16            | มาก   |
| 4      | 13   | มาก     | 14            | มาก     | 15  | มาก     | 16            | มาก   |
| 5      | 12   | ปานกลาง | 12            | ปานกลาง | 14  | มาก     | 16            | มาก   |
| 6      | 16   | มาก     | 16            | มาก     | 16  | มาก     | 16            | มาก   |
| 7      | 12   | ปานกลาง | 12            | ปานกลาง | 12  | ปานกลาง | 14            | มาก   |
| 8      | 12   | ปานกลาง | 12            | ปานกลาง | 12  | ปานกลาง | 16            | มาก   |
| 9      | 13   | มาก     | 14            | มาก     | 13  | มาก     | 14            | มาก   |
| 10     | 14   | มาก     | 16            | มาก     | 12  | ปานกลาง | 16            | มาก   |
| 11     | 16   | มาก     | 16            | มาก     | 16  | มาก     | 16            | มาก   |
| 12     | 12   | ปานกลาง | 12            | ปานกลาง | 16  | มาก     | 16            | มาก   |
| 13     | 16   | มาก     | 16            | มาก     | 12  | ปานกลาง | 14            | มาก   |
| 14     | 15   | มาก     | 16            | มาก     | 15  | มาก     | 15            | มาก   |
| 15     | 12   | ปานกลาง | 12            | ปานกลาง | 12  | ปานกลาง | 14            | มาก   |
| 16     | 11   | ปานกลาง | 12            | ปานกลาง | 16  | มาก     | 16            | มาก   |
| 17     | 16   | มาก     | 16            | มาก     | 16  | มาก     | 16            | มาก   |
| 18     | 12   | ปานกลาง | 12            | ปานกลาง | 12  | ปานกลาง | 14            | มาก   |
| 19     | 15   | มาก     | 14            | มาก     | 12  | มาก     | 13            | มาก   |
| 20     | 16   | มาก     | 16            | มาก     | 16  | มาก     | 16            | มาก   |
| 21     | 12   | ปานกลาง | 12            | ปานกลาง | 16  | มาก     | 16            | มาก   |
| 22     | 12   | ปานกลาง | 12            | ปานกลาง | 16  | มาก     | 16            | มาก   |

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความ  
ร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจซึ่งเป็นตัวแปรกำกับการทดลองอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนอยู่  
ระหว่าง 13-16 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองทุกคนผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนน  
การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจหลังการทดลองอยู่ระหว่าง 12-16  
คะแนน ซึ่งอยู่ระดับปานกลาง-มาก



ตารางที่ 15 คะแนน และการแปลคะแนนการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

| คู่ที่ | คะแนนการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ<br>กลุ่มควบคุม (n=22) |         |       |         | คะแนนการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ<br>กลุ่มทดลอง (n=22) |         |       |       |
|--------|---|---------|-------|---------|--|---------|-------|-------|
|        | ก่อน  | แปลผล   | หลัง  | แปลผล   | ก่อน   | แปลผล   | หลัง  | แปลผล |
|        | ทดลอง   |         | ทดลอง |         | ทดลอง  |         | ทดลอง |       |
| 1      | 8   | น้อย    | 8     | น้อย    | 17   | ปานกลาง | 13    | น้อย  |
| 2      | 19  | ปานกลาง | 15    | น้อย    | 17   | ปานกลาง | 14    | น้อย  |
| 3      | 16  | ปานกลาง | 16    | ปานกลาง | 24   | ปานกลาง | 14    | น้อย  |
| 4      | 17  | ปานกลาง | 16    | ปานกลาง | 16   | ปานกลาง | 14    | น้อย  |
| 5      | 19  | ปานกลาง | 16    | ปานกลาง | 16   | ปานกลาง | 13    | น้อย  |
| 6      | 16  | ปานกลาง | 15    | น้อย    | 10   | น้อย    | 8     | น้อย  |
| 7      | 22  | ปานกลาง | 17    | ปานกลาง | 17   | ปานกลาง | 12    | น้อย  |
| 8      | 21  | ปานกลาง | 17    | ปานกลาง | 17   | ปานกลาง | 13    | น้อย  |
| 9      | 14  | น้อย    | 15    | น้อย    | 16   | ปานกลาง | 14    | น้อย  |
| 10     | 17  | ปานกลาง | 16    | ปานกลาง | 22   | ปานกลาง | 14    | น้อย  |
| 11     | 8   | น้อย    | 8     | น้อย    | 9  | น้อย    | 9     | น้อย  |
| 12     | 18  | ปานกลาง | 18    | ปานกลาง | 21   | ปานกลาง | 13    | น้อย  |
| 13     | 12  | น้อย    | 11    | น้อย    | 16   | ปานกลาง | 14    | น้อย  |
| 14     | 21  | ปานกลาง | 16    | ปานกลาง | 17   | ปานกลาง | 14    | น้อย  |
| 15     | 23  | ปานกลาง | 18    | ปานกลาง | 18   | ปานกลาง | 14    | น้อย  |
| 16     | 19  | ปานกลาง | 18    | ปานกลาง | 19   | ปานกลาง | 12    | น้อย  |
| 17     | 9   | น้อย    | 9     | น้อย    | 8  | น้อย    | 8     | น้อย  |
| 18     | 16  | ปานกลาง | 16    | ปานกลาง | 16   | ปานกลาง | 13    | น้อย  |
| 19     | 18  | ปานกลาง | 18    | ปานกลาง | 16   | ปานกลาง | 12    | น้อย  |
| 20     | 23  | ปานกลาง | 19    | ปานกลาง | 17   | ปานกลาง | 14    | น้อย  |
| 21     | 16  | ปานกลาง | 16    | ปานกลาง | 11   | น้อย    | 10    | น้อย  |
| 22     | 18  | ปานกลาง | 18    | ปานกลาง | 8  | น้อย    | 8     | น้อย  |

จากตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของความ  
ร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจซึ่งเป็นตัวแปรกำกับการทดลองอยู่ในระดับน้อย โดยมีคะแนน  
อยู่ระหว่าง 8-14 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองทุกคนผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมมี  
คะแนนการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจหลังการทดลองอยู่ระหว่าง  
8-19 คะแนน ซึ่งอยู่ระดับน้อย-ปานกลาง



ตารางที่ 16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ( $n_1=n_2=22$ )

| การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการ<br>รับประทานยาโรคหัวใจ | $\bar{X}$ | SD   | df | t     | p-value |
|---|-----------|------|----|-------|---------|
| <b>กลุ่มทดลอง</b>   |           |      |    |       |         |
| ก่อนการทดลอง  | 14.23     | 1.87 | 21 | 3.74  | 0.001   |
| หลังการทดลอง  | 15.36     | 1.00 |    |       |         |
| <b>กลุ่มควบคุม</b>  |           |      |    |       |         |
| ก่อนการทดลอง  | 13.86     | 1.91 | 21 | 1.742 | 0.096   |
| หลังการทดลอง  | 14.09     | 1.90 |    |       |         |

จากตารางที่ 16 พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test ( $n_1=n_2=22$ )

| การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการ<br>รับประทานยาโรคหัวใจ | $\bar{X}$ | SD   | df    | t     | p-value |
|---|-----------|------|-------|-------|---------|
| <b>หลังการทดลอง</b>   |           |      |       |       |         |
| กลุ่มทดลอง  | 15.36     | 1.90 | 31.84 | 2.779 | 0.009   |
| กลุ่มควบคุม   | 14.09     | 1.00 |       |       |         |

จากตารางที่ 17 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ( $n_1=n_2=22$ )

| การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการ<br>รับประทานยาโรคหัวใจ | $\bar{X}$ | SD   | df | t     | p-value |
|--|-----------|------|----|-------|---------|
| <b>กลุ่มทดลอง</b>  |           |      |    |       |         |
| ก่อนการทดลอง   | 15.82     | 4.26 | 21 | 6.192 | 0.000   |
| หลังการทดลอง   | 12.27     | 2.19 |    |       |         |
| <b>กลุ่มควบคุม</b>   |           |      |    |       |         |
| ก่อนการทดลอง   | 16.82     | 4.40 | 21 | 3.593 | 0.002   |
| หลังการทดลอง   | 15.27     | 3.27 |    |       |         |

จากตารางที่ 18 ในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มควบคุมแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจลดลง



ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test ( $n_1=n_2=22$ )

| การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการ<br>รับประทานยาโรคหัวใจ | $\bar{X}$ | SD   | df | t     | p-value |
|--|-----------|------|----|-------|---------|
| <b>หลังการทดลอง</b>  |           |      |    |       |         |
| กลุ่มทดลอง   | 12.27     | 2.19 | 42 | 3.578 | 0.001   |
| กลุ่มควบคุม  | 15.27     | 3.27 |    |       |         |

จากตารางที่ 19 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความร่วมมือในการรับปรึกษา ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จากการทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

N of Cases = 30

Scale Statistics

| Mean  | Variance | Std. Deviation | N of Items |
|-------|----------|----------------|------------|
| 32.90 | 9.197    | 3.033          | 7          |

### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-Total Statistics



|      | Scale Mean<br>if Item<br>Deleted | Scale<br>Variance if<br>Item Deleted | Corrected<br>Item-Total<br>Correlation | Squared<br>Multiple<br>Correlation | Cronbach's<br>Alpha if Item<br>Deleted |
|------|----------------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| Adh1 | 28.43                            | 6.530                                | .632                                   | .515                               | .821                                   |
| Adh2 | 28.67                            | 5.540                                | .723                                   | .698                               | .812                                   |
| Adh3 | 28.07                            | 7.857                                | .563                                   | .452                               | .836                                   |
| Adh4 | 27.93                            | 8.340                                | .780                                   | .913                               | .841                                   |
| Adh5 | 28.10                            | 5.817                                | .763                                   | .919                               | .798                                   |
| Adh6 | 28.23                            | 6.254                                | .685                                   | .747                               | .812                                   |
| Adh7 | 27.97                            | 8.171                                | .662                                   | .722                               | .838                                   |

Reliability Coefficients 7 items

Cronbach's Alpha = .85 Cronbach's Alpha Based on Standardized Items = .893

แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการ  
รับประทันยาโรคหัวใจ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จากการทดลองใช้กับผู้ป่วย  
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

N of Cases = 30

Scale Statistics

| Mean  | Variance | Std. Deviation | N of Items |
|-------|----------|----------------|------------|
| 14.50 | 3.086    | 1.757          | 4          |

#### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)



##### Item-Total Statistics

|          | Scale Mean<br>if Item<br>Deleted | Scale<br>Variance if<br>Item Deleted | Corrected<br>Item-Total<br>Correlation | Squared<br>Multiple<br>Correlation | Cronbach's<br>Alpha if Item<br>Deleted |
|----------|----------------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| benefit1 | 10.87                            | 1.844                                | .753                                   | .573                               | .907                                   |
| benefit2 | 10.90                            | 1.817                                | .760                                   | .649                               | .905                                   |
| benefit3 | 10.87                            | 1.706                                | .891                                   | .830                               | .859                                   |
| benefit4 | 10.87                            | 1.775                                | .820                                   | .761                               | .884                                   |

Reliability Coefficients 4 items

Cronbach's Alpha = .91 Cronbach's Alpha Based on Standardized Items = .915

แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการ  
 รับประทานยาโรคหัวใจ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จากการทดลองใช้กับผู้ป่วย  
 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

N of Cases = 30

Scale Statistics

| Mean  | Variance | Std. Deviation | N of Items |
|-------|----------|----------------|------------|
| 17.07 | 12.202   | 3.493          | 8          |

### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)



#### Item-Total Statistics

|          | Scale Mean<br>if Item<br>Deleted | Scale<br>Variance if<br>Item Deleted | Corrected<br>Item-Total<br>Correlation | Squared<br>Multiple<br>Correlation | Cronbach's<br>Alpha if Item<br>Deleted |
|----------|----------------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| barrier1 | 14.80                            | 9.545                                | .510                                   | .408                               | .820                                   |
| barrier2 | 14.90                            | 8.990                                | .719                                   | .653                               | .792                                   |
| barrier3 | 15.03                            | 8.792                                | .831                                   | .843                               | .778                                   |
| barrier4 | 14.90                            | 9.266                                | .717                                   | .801                               | .794                                   |
| barrier5 | 14.57                            | 9.564                                | .465                                   | .483                               | .828                                   |
| barrier6 | 15.07                            | 9.582                                | .497                                   | .517                               | .822                                   |
| barrier7 | 15.00                            | 10.207                               | .388                                   | .364                               | .835                                   |
| barrier8 | 15.20                            | 10.579                               | .414                                   | .297                               | .830                                   |

Reliability Coefficients 8 items

Cronbach's Alpha = .83 Cronbach's Alpha Based on Standardized Items = .836

ตารางที่ 20 แสดงการทดสอบการแจกแจงของคะแนนความร่วมมือในการรับปรึกษา ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

|                                  | กลุ่มควบคุม    | กลุ่มทดลอง |
|----------------------------------|----------------|------------|
| N                                | 22             | 22         |
| Normal Parameters <sup>a,b</sup> | Mean           | 26.59      |
|                                  | Std. Deviation | 4.944      |
| Most Extreme Differences         | Absolute       | .240       |
|                                  | Positive       | .240       |
|                                  | Negative       | -.164      |
| Kolmogorov-Smirnov Z             | 1.125          | .891       |
| Asymp. Sig. (2-tailed)           | .159           | .405       |

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

จากตารางที่ 20 พบว่า คะแนนความร่วมมือในการรับปรึกษาก่อนการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการแจกแจงปกติ

ตารางที่ 21 แสดงการทดสอบการแจกแจงของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

|                                  | กลุ่มควบคุม    | กลุ่มทดลอง |
|----------------------------------|----------------|------------|
| N                                | 22             | 22         |
| Normal Parameters <sup>a,b</sup> | Mean           | 27.41      |
|                                  | Std. Deviation | 4.055      |
| Most Extreme Differences         | Absolute       | .272       |
|                                  | Positive       | .272       |
|                                  | Negative       | -.151      |
| Kolmogorov-Smirnov Z             | 1.277          | 1.282      |
| Asymp. Sig. (2-tailed)           | .077           | .075       |

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

จากตารางที่ 21 พบว่า คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการแจกแจงปกติ

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวธาวินี ช่วยแท่น เกิดเมื่อวันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2529 ภูมิลำเนาจังหวัดยะลา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อปีการศึกษา 2551 ประสบการณ์ด้านวิชาชีพ ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ที่หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นระยะเวลา 4 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 และศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2555

