

ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ



694564393

CU Thesais 5877164136 thesis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

นางชวนพิศ จุลศรี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 Graduate School.

PREDICTORS OF MEDICATION ADHERENCE IN ISCHEMIC STROKE PATIENTS

Mrs. Chuanphit Julsri

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University



694564393

CU ThesIs 5877164136 thesis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ชวนพิศ จุลศรี : ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ. (PREDICTORS OF MEDICATION ADHERENCE IN ISCHEMIC STROKE PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.รัตนศิริ ทาโต

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ และศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จากปัจจัยด้าน อายุ ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา ความกังวลเกี่ยวกับยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้ ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ อย่างน้อย 3 เดือน อายุ 18-59 ปี มีระดับความรู้สึกร่วมตัวปกติ สามารถจัดยารับประทานได้ด้วยตนเอง และไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยา รวม 130 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 9 ส่วน ได้แก่ 1) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ 4) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา 5) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 6) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 7) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล 8) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และ 9) แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.80, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ส่วนที่ 4, 6, 7, 8 และ 9 มีค่าความสอดคล้องภายในจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .78, .87, .78, .83 และ .74 ตามลำดับ ส่วนที่ 5 มีค่า KR-20 เท่ากับ .74 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 35.38 มีความร่วมมือในการรับประทานยา 2) ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้ ภาวะซึมเศร้า และความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา โดยสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ร้อยละ 46.3 (Adjusted R²=.463) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับปัจจัย อายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล และความกังวลเกี่ยวกับยา ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก



694564393

5877164136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: MEDICATION ADHERANCE, ISCHEMIC STROKE PATIENTS

Chuanphit Julsri : PREDICTORS OF MEDICATION ADHERENCE IN ISCHEMIC STROKE PATIENTS.

Advisor: Assoc. Prof. RATSIRI THATO, Ph.D.

The objectives of this descriptive predictive research were to study medication adherence in stroke patients and identify its predictive factors, including Age, beliefs about the necessity of medication, concern of medication, knowledge, perceived severity, doctor-patients relationship, and depression. A simple random sampling was used to recruit subjects from 2 tertiary hospitals, 70 from Rajavithi hospital and 86 from Prasat Neurological Institute, totally 156 subjects. Data were collected using 9 questionnaire: 1) Thai mental state examination: TMSE, 2) demographic data form, 3) health data sheet, 4) beliefs about medication questionnaire (BMQ), 5) stroke knowledge, 6) perceived severity of stroke, 7) doctor-patients relationship, 8) depression questionnaire (9Q), and 9) medication adherence. The questionnaires were tested for content validity by 5 experts, their CVIs were .80, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, and 1.00, respectively. Cronbach's alpha coefficients of questionnaire number 4, 6, 7, 8 and 9 were .78, .87, .78, .83 and .74, respectively. KR-20 of questionnaire number 5 was .74. Data were analyzed using stepwise multiple regression.

The findings revealed that 1) Overall, 35.38% of stroke patients was classified as adherent to medication., 2) four variables were significant predictors of medication adherence in stroke patients at level .05. They were perceived severity (Beta=.676), knowledge (Beta =.168), depression (Beta=-.162), and beliefs about the necessity of medication (Beta=.140). They could explain 46.3% of medication adherence in stroke patient ($p < .05$). However, age, doctor-patients relationship, and concern of medication were not able to predict medication adherence in stroke patients.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature



694564393

CD IThesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความรัก ความเมตตา ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำชี้แนะแนวทาง ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใย คอยติดตามงานสอบถามถึงความก้าวหน้าของงานอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งยังคอยผลักดันให้เกิดกำลังใจให้ผู้วิจัยทำงานได้สำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ และข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยา หัวหน้าพยาบาล เจ้าหน้าที่ทุกท่านในคลินิกโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 2 แห่ง ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา นายธนกร มีกิจ นางยุรี มีกิจ ผู้เป็นกำลังใจ อยู่เบื้องหลังความสำเร็จนี้ และนายแพทย์ขวัญยืน จุลศรี สามี ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความรัก ความเข้าใจและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา และขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโททุกท่านที่ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ชวนพิศ จุลศรี



694564393

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย	2
วัตถุประสงค์การวิจัย	2
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	2
ขอบเขตการวิจัย	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
1. โรคหลอดเลือดสมองตีบ	11
2. ความร่วมมือในการรับประทานยา.....	17
3. ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา	23
4. แนวคิดความร่วมมือในการรักษาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization)	34
5. บทบาทของพยาบาลกับความร่วมมือในการรับประทานยา	36
6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	37



694564393

CD Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	42
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	66
สรุปผลการวิจัย.....	70
การอภิปรายผลการวิจัย.....	71
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	77
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	77
บรรณานุกรม.....	78
ภาคผนวก.....	94
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	95
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	97
ภาคผนวก ค จดหมายขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	112
ภาคผนวก ง เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เอกสารรับรองขอใช้เครื่องมือวิจัย.....	121
ภาคผนวก จ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย การวิเคราะห์เพิ่มเติม.....	134
ประวัติผู้เขียน.....	156



694564393

CD :Thesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4



694564393

CU IThesis 5877164136 thesis / rcv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	สรุปสถิติจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล (n=163)	44
ตารางที่ 2	ตารางแสดงข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแยกตามแบบสอบถาม	49
ตารางที่ 3	ตารางแสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย (n= 30).....	52
ตารางที่ 4	ตารางแสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย (n= 30).....	53
ตารางที่ 5	จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษา (n= 136)	56
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (n=136)	58
ตารางที่ 7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (n = 136).....	61
ตารางที่ 8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	62
ตารางที่ 9	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) (n= 136).....	63
ตารางที่ 10	แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนาย ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Stepwise multiple regression) (n= 136).....	64
ตารางที่ 11	แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค และค่า KR-20 ของการทดลองใช้เครื่องมือ (n=136)	135
ตารางที่ 12	แสดงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำแนกตามรายชื่อ (n=136)	142
ตารางที่ 13	แสดงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบสอบถาม ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา และความวิตกกังวลเกี่ยวกับยา ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำแนกตามรายชื่อ (n=136)	143



694564393

ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำแนกตามรายข้อ (n=136) 144

ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยจำแนกเป็นรายข้อ (n=136) 145

ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ของแบบสอบถามสัมพันธ์ภาพกับแพทย์หรือพยาบาล ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำแนกตามรายข้อ (n=136) 146

ตารางที่ 17 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ของแบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำแนกตามรายข้อ (n=136)..... 147


ตารางที่ 18 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ (R) สัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) สัมประสิทธิ์การทำนายตัวแปรที่ปรับแก้ และการทดสอบนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทำนาย..... 150

ตารางที่ 19 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวน 151

ตารางที่ 20 แสดงตัวแปรที่ถูกคัดเข้าสมการทำนาย 152

ตารางที่ 21 แสดงตัวแปรที่ถูกตัดออกจากสมการทำนาย..... 153

ตารางที่ 22 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ..... 154

694564393

 CD :Thesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย ตามแนวคิดของ WHO (2003)	42
ภาพที่ 2	แสดงการกระจายตัวของ Regression standardized residual.....	148
ภาพที่ 3	แสดง Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual.....	149



694564393

CU Thesais 5877164136 thesais / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 80 ล้านคน และ พิจารณาจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 (World Stroke Organization: WSO, 2019) สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ.2555-2559 เท่ากับ 31.7, 35.9, 38.7, 43.3 และ 48.7 ตามลำดับ และอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ต่อประชากรแสนคน ปี 2554-2558 เท่ากับ 330.60, 354.54, 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรทั้งในเพศชายและเพศหญิง (ชาย 30,402 ราย, หญิง 31,044 ราย) (ณัฐฉัตร พันธ์มุง et al., 2561) โดยมีความชุกของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) ร้อยละ 3.8 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (จอม สุวรรณโณ และคณะ, 2561) และโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) ร้อยละ 1.8 และผู้ป่วย 1 ใน 3 ของโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดความพิการถาวร ประมาณร้อยละ 70-80 ผู้ป่วยอาจฟื้นฟูสภาพจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (น้อมจิตต์ นวลเนตร, 2554) เมื่อติดตามการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะเวลา 2 ปี พบว่า เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำประมาณร้อยละ 13.67 (แ. นิตยา ภาพสมุท, 2556) โดยในประเทศไทยพบการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 31.39 (Nidhinandana & Changchit, 2010) การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยชายมี 3.04 คน ต่อปี และผู้ป่วยหญิง 2.52 คนต่อปี ต่อประชากร 100 คน (จอม สุวรรณโณ และคณะ, 2561) ซึ่งการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำนั้น ต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (นันทวรรณ ทิพยเนตร & ชนะบุตร, 2559) การรับประทานยาสม่ำเสมอในที่นี้รวมถึงยาทุกชนิดที่แพทย์สั่งให้รับประทานเพื่อช่วยควบคุมโรคอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ซึ่งหากไม่รับประทานอย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ (ทรวงโพธิ์, 2561)

ยาที่ใช้เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด (Antiplatelet) ยายับยั้งการจับตัวของเกร็ดเลือด (Thienopyridine derivative) (พ. ธรรมสโรช, 2561) และยาที่ใช้เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ได้แก่ หรือยาลดไขมันในเลือด (HMG-CoA reductase

inhibitors /Statins) และ ยาลดความดันโลหิต (Antihypertensive agents) (นารัต เกษตรทัต, 2552); วิริยชน์ ดวงสุวรรณ และอรั้มซ์ เจษฎาญารเมธา, 2559)

ผลกระทบจากการไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ คือ อาจทำให้เกิดการแตกหรืออุดตันซ้ำ ซึ่งอัตราการตายในระยะแรกที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในครั้งที่ 2 สูงถึงร้อยละ 56.2 หรือ 1.5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งแรก ส่วนการเกิดซ้ำในครั้งที่ 3 อัตราการตายจะสูงถึงร้อยละ 80 และส่งผลให้เกิดความพิการตามมามากขึ้น รวมทั้งระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่าย และทรัพยากรต่าง ๆ ของโรงพยาบาลมากขึ้น (เทียมเก่า, 2552) (สาธิต กาศุรีย์ et al., 2547) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ร้อยละ 17 ของผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ สาเหตุส่วนใหญ่ คือ การควบคุมความดันโลหิตไม่ดี ขาดการติดตามและความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่แล้วมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้มากกว่าคนปกติ ฉะนั้นเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งหมายถึง ระดับของพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยที่ระดับของพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยที่สอดคล้องตรงกันกับคำแนะนำที่ตกลงร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยอย่างสมเหตุสมผล (Horne et al., 2005) ซึ่งความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการรักษา เนื่องจากความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำจะส่งผลให้ลดประสิทธิภาพในการรักษา นอกจากนี้ยังมีผลต่อการป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อนที่ตามมา (Organization, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยา ดังการศึกษาของ Bushnell, Olson, & Ovbiagele (2010) ได้ทำการศึกษาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 75.5 มีความร่วมมือในการใช้ยาหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การศึกษาของ Hillen et al. (2000) ได้ศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยากลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด (Antithrombotic) และยากลุ่มลดความดันโลหิต (Antihypertensive) ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองภายใน 90 วัน มีอัตราการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยากลุ่มต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet) ลดลงเหลือร้อยละ 75 การรักษาด้วยยากลุ่มยาต้านลิ่มเลือด (Anticoagulant) ลดลงเหลือร้อยละ 41 และการรักษาด้วยยากลุ่มลดความดันโลหิต (Antihypertensive) ลดลงเหลือร้อยละ 70 และการศึกษาของ Han & Bushnell, (2016) ได้ทำการศึกษาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาภายใน 90 วัน หลัง



694564393

CU-Thesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

จากเจ้าหน้าที่ออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาลงหลังจากเจ้าหน้าที่ออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงร้อยละ 60 เท่านั้น

สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาถึงความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ พบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยามีร้อยละ 77.3 (อรุณี ศิริ กังวาลกุล, 2545) ผู้ป่วยรายใหม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาร้อยละ 69.7 และในรายกลับเป็นซ้ำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพียงร้อยละ 57.1 (วิมลรัตน์ ลิ้มระนางกูร & นลินี พสุศรัภัก, 2543) (สาธิต กาศุริย์ et al., 2547) ได้ทำการศึกษาความชุกและสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาถึงร้อยละ 21.25 สอดคล้องกับการศึกษาของ แ. นิตยา ภาพสมุท (2556) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 19.2 ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของ และจากการศึกษาของ (สร้อยรัตน์ สโดอยู่ et al., 2557) ที่ได้ทำการศึกษาปริมาณยาเหลือใช้ สาเหตุ และการจัดการยาเหลือใช้ในผู้ป่วยชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า ชนิดยาที่เหลือใช้ในผู้ป่วยจำนวนมากที่สุดคือ ยาเม็ด aspirin 81 mg. สาเหตุส่วนใหญ่ คือ ลืมกินยาบางมื้อ ร้อยละ 28.9 แพทย์จ่ายยาเกิน ตั้งใจหยุดยาบางมื้อ ปรับยาเอง และปัญหาจากการใช้ยาตามความเชื่อ ตามลำดับ

จากกรอบแนวคิดของ (Organization, 2003) ได้กำหนดปัจจัยของความร่วมมือในการรักษาไว้ 5 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำ การว่างงาน และปัจจัยทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ และสภาวะทางสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ได้แก่ ช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 3) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ระดับความพร้อมของร่างกาย จิตใจ สังคม อาชีพ และการมีโรคร่วม เช่น ภาวะซึมเศร้า 4) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ความซับซ้อนของการรักษา ระยะเวลาของการรักษา ความล้มเหลวของการรักษาที่ผ่านมาและ 5) ปัจจัยด้านผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ การรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วย

ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบพบเพียงการศึกษาของ นันทิยา แสงทรงฤทธิ์ (2557b) ที่ศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับยา ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออดีตได้ร้อยละ 22.6 แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาที่ครอบคลุมปัจจัยอื่นเพิ่มเติมโดยใช้กรอบแนวคิดของ WHO เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองต่อไป



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

คำถามการวิจัย

- 1) ความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นอย่างไร
- 2) อายุ ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา ความกังวลเกี่ยวกับยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล และความรู้เกี่ยวกับโรค สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จากปัจจัยด้านอายุ ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา ความกังวลเกี่ยวกับยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้ ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดความร่วมมือในการรักษาของ WHO มาใช้เป็นแนวทางในการคัดเลือกตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดย WHO ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาว่าเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และมีการควบคุมอาหารปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต แต่พฤติกรรมดังกล่าวจะต้องเกิดจากการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วย กับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ((Organization, 2003) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา สามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ โดย WHO ได้กำหนดปัจจัยของความร่วมมือในการรับประทานยาไว้ 5 ด้าน ซึ่งในแต่ละด้าน WHO ได้กล่าวถึงหลายปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประกอบด้วย ฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำ ความไม่รู้หนังสือ ระดับการศึกษาที่ต่ำ การว่างงาน ความเป็นอยู่ที่ห่างไกลจากการรักษา ค่าใช้จ่ายในการขนส่ง ค่าใช้จ่ายของยาที่สูงขึ้น วัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา และปัจจัยทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ และสถานะทางสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ขาดเครื่องมือทางคลินิกที่ช่วยผู้เชี่ยวชาญในการประเมินปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 3) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ประกอบด้วย ระดับความพร้อมของร่างกาย จิตใจ สังคมและอาชีพ อัตราการดำเนินไปของโรค และโรคร่วม เช่น ภาวะซึมเศร้า 4) ปัจจัยด้านการรักษา ประกอบด้วย ความซับซ้อนของการรักษา



694564393

CD :Thesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ระยะเวลาของการรักษา ความล้มเหลวของการรักษาก่อนหน้า หรือการเปลี่ยนแปลงการรักษาบ่อยครั้ง และ 5) ปัจจัยด้านผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้ ทศนคติความเชื่อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและประสบการณ์ของผู้ป่วย การหลงลืม ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ มีแรงจูงใจต่ำ ความรู้ไม่เพียงพอในการจัดการกับอาการของโรคและการรักษา ความเชื่อเชิงลบเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษา การปฏิเสธโรค ปฏิเสธการวินิจฉัย ขาดการรับรู้ของความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ความเข้าใจผิดของคำแนะนำในการรักษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรแต่ละด้านโดยใช้การทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำมาคัดเลือกตัวแปรในการศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ได้ดังนี้ คือ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับยา ความกังวลเกี่ยวกับยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยด้านสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล ส่วนในด้านของปัจจัยด้านการรักษา นิสิตไม่ได้ศึกษาเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งตัวแปรที่ได้มาสามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ดังนี้

ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ เป็นตัวที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลตนเองและยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรม ผู้ป่วยที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น จะมีความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Glader et al., 2010b) ผู้ป่วยอายุ 55-59 ปี ร้อยละ 66 มีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง (จิราวรรณ วิริยกิจไพบูลย์ & ชนกพร จิตปัญญา, 2559) ฉะนั้นผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของความร่วมมือในการรับประทานยา จึงมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ น. จ. วรนนัน คล้ายหงษ์, และวิภาพรรณ วิโรจน์รัตน์, (2559) พบว่า อายุสามารถร่วมกันทำนายการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอได้ ร้อยละ 48.70 ($\beta=.236$, $p<.01$) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีอายุมากจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง

ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่

1) ความเชื่อเกี่ยวกับยา หมายถึง ความรู้สึกลึกซึ้งของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับยาที่ได้รับตามแผนการรักษา ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา (Necessity) และความกังวลเกี่ยวกับยา (Concern) (Horne, Weinmam, & Hankins, 1999) ผู้ป่วยที่เชื่อว่ายามีความจำเป็นต่อการรักษาโรคและสามารถที่จะควบคุมและรักษาอาการของความเจ็บป่วยได้ก็จะมีความร่วมมือในการรับประทานยา (Chambers et al., 2011a) ฉะนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มี



ความเชื่อว่ายาที่ได้รับมีความจำเป็นต่อการรักษาโรคจะมีความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ (นันทยา แสงทรงฤทธิ์, 2557a) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับยาสามารถทำนาย ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากที่สุด ($\beta=.415, p<.05$) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบที่เชื่อว่ายาที่มีความจำเป็นต่อการรักษาจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง

สำหรับความกังวลเกี่ยวกับยา เป็นความกลัวอันตรายจากการรับประทานยา ผู้ป่วยที่มีความ กลัวถึงผลข้างเคียงของยาก็จะหยุดยาหรือไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ฉะนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบที่มีความกังวลเกี่ยวกับยาสูงก็มีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ (อัญชลี ชูจิต, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ แ. ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ (2559) พบว่า ความวิตก กังวลเกี่ยวกับยาเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาได้มากที่สุด ($\beta=-.374, p<.01$) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับยาสูงจะให้ความร่วมมือใน การรับประทานยาต่ำ

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบว่า มี อันตรายต่อร่างกายอันจะก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลา เสียเงินในการ รักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคมามากขึ้น (H. M. Becker, 1974) ซึ่ง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูง (อัญชลี ชูจิต, 2556) ฉะนั้น หาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นโรคที่มีความ รุนแรงส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัวก็จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ (ญาติา เรียมริมมะตัน & สมบัติภูธร) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมี ความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($r= .33, p<.001$) (รุ่งสว่าง, 2558) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r= 0.258$) และการศึกษาของ (สุมาลี วัจนานกร et al., 2550) พบว่า การรับรู้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาได้ร้อยละ 16 ($R^2=.16, p<.01$) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงจะให้ความ ร่วมมือในการรับประทานยาสูง

3) ความรู้ เป็นแหล่งประโยชน์ด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจ เกี่ยวกับเรื่องโรคอย่างชัดเจน ความรู้ยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรม สุขภาพที่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพเพื่อป้องกัน และหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยซึ่งเป็นการกระทำด้วยความเชื่อว่าจะทำให้ตนมีสุขภาพดี ความรู้เรื่องโรคจึงเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในการ กระตุ้นให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคและส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง (Becker,



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

1974) มีการศึกษาถึงความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 13 มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Croquelois & Bogousslavsky, 2006) ฉะนั้น ผู้ป่วยที่มีความรู้มากเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจึงมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของ (อัจฉรา นนุศาสตร์, 2553) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย ($r=0.184, p<0.015$) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีความรู้มากจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง

ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์ซึมเศร้ามาก ผิดปกติ อ่อนเพลีย มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง (Beeber & McCorkle, 1998) เมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยคือ ไม่สนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองไม่รับประทานอาหารหรือยา ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาดำ (Organization, 2003) การศึกษาของ (มณฑล ว่องวันดี, 2552) พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองถึง ร้อยละ 28.2 ฉะนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะซึมเศร้าจึงมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาดำ สอดคล้องกับการศึกษา แ. จ. จงลักษณ์ ทวีแก้ว (2558) พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.196, p<0.05$) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะซึมเศร้าจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาดำ

ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพกับแพทย์ หรือพยาบาล สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย มีการสื่อสารพูดคุยให้คำแนะนำและให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อการรักษาโรคจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยา (Organization, 2003) ฉะนั้น การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีสัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาลที่ดีจึงมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ (ปณิตตา เพ็ญพิมล et al., 2559) พบว่า การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ สามารถทำนายความผันแปรของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ร้อยละ 17.7 ($R^2=0.177, p<0.05$) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีสัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาลดีจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ ความเชื่อตามความจำเป็นของยา ความกังวลเกี่ยวกับยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล และความรู้ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบบหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกแผนกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ อย่างน้อย 3 เดือน ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18-59 ปี มีระดับความรู้สึกตัวปกติ และผ่านการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง Thai Mental State Examination (TMSE) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป

2) ไม่มีภาวะพิการหรือมีความพิการด้านการเคลื่อนไหวไม่เกิน Hemiplegia โดยผ่านการประเมินด้วยแบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวตามแนวทางของ International Classification of functioning Disability and Health (ICF) สามารถจัดยารับประทานได้ด้วยตนเอง และไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช ได้แก่ Schizophrenia, Adjustment disorder

3) เข้าใจภาษาไทยและสามารถสื่อความหมายเข้าใจ

ตัวแปรต้น ประกอบด้วย อายุ ความเชื่อตามความจำเป็นของยา ความกังวลเกี่ยวกับยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล และความรู้

ตัวแปรตาม ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง ระดับของพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่สอดคล้องตรงกันกับคำแนะนำตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยผู้ป่วยมีความเต็มใจรับประทานยาตามจำนวนที่กำหนดอย่างถูกต้อง ไม่ใช่เพียงแค่การทำตามคำสั่งของบุคลากรทีมสุขภาพ ประเมินจากแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (medication adherence Report Scale: MARS) ของ (Horne & Weinman, 1998) ที่แปลโดย (นภาพร รุจิเสถียร, 2552)

อายุ หมายถึง อายุเต็มเป็นปีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบนับตั้งแต่วันเกิดจนถึงวันที่ทำการเก็บข้อมูล ถ้าเกิน 6 เดือนขึ้นไป นับเป็น 1 ปี



ความเชื่อเกี่ยวกับยา หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับยาที่ได้รับตามแผนการรักษา ประกอบด้วย 2 ด้าน ดังนี้ (Horne et al., 1999)

1) ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา (Necessity) คือ ความเชื่อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาที่สามารถควบคุมและป้องกันไม่ให้อาการแย่ลง

2) ความกังวลเกี่ยวกับยา (Concern) คือ ความกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาการได้รับยาเป็นระยะเวลานานทำให้พังผืดหรือมีเยื่อสะสมอยู่ในร่างกายและผลของยาที่รับประทานครบถ้วนต่อชีวิตประจำวัน

ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา และความกังวลเกี่ยวกับยา ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา (Belief about Medication Questionnaire, BMQ) ของ (Horne & Weinman, 1998) ที่แปลโดย (นภาพร รุจิเสถียร, 2552)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบมีอันตรายต่อร่างกายอันจะก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลาเสียเงินในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิตประจำวัน ประเมินได้จาก แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ของ (รุ่งอรุณ จันทร์น้อย, 2555)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่รู้สึกหม่นหมอง หดหู่ เศร้าใจ ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกายเปลี่ยนแปลง มีการทำหน้าที่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบทบาททางสังคมเปลี่ยนแปลง ประเมินได้จากแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9 Q) ของ ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

สัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์ หรือพยาบาล โดยที่แพทย์หรือพยาบาลได้ใช้ความรู้ และทักษะ ในขณะที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตามปัญหา ความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความมั่นใจในความสามารถและความรู้เรื่องโรคและยาโรคหลอดเลือดสมองของแพทย์และพยาบาล ประเมินได้จากแบบวัดสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วย ของ (กิตติวงศ์อิน, 2556)

ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจอย่างถูกต้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเกี่ยวกับลักษณะของโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อนและวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ ประเมินได้จากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของ (พรสวรรค์ คำทิพย์, 2556)



694564393

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ ตั้งแต่ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตีบ
- 2) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ นำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาต่อไป



694564393

CU Thesais 5877164136 thesais / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตของการศึกษาให้ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองตีบ
 - 1.1 คำจำกัดความและประเภทของโรคหลอดเลือดสมองตีบ
 - 1.2 พยาธิกำเนิดของโรคหลอดเลือดสมองตีบ
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองตีบ
 - 1.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ
 - 1.5 แนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
2. ความร่วมมือในการรับประทานยา
 - 2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา
 - 2.2 อุบัติการณ์การรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
 - 2.3 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา
3. ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา
 - 3.1 อายุ
 - 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความร่วมมือในการรับประทานยา
 - 3.2 ความเชื่อเกี่ยวกับยา
 - 3.2.1 ความหมายความเชื่อเกี่ยวกับยา
 - 3.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับยากับความร่วมมือในการรับประทานยา
 - 3.2.3 การประเมินความเชื่อเกี่ยวกับยา
 - 3.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค
 - 3.3.1 ความหมายของการรับรู้ความรุนแรงของโรค
 - 3.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความร่วมมือในการรับประทานยา
 - 3.3.3 การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค
 - 3.4 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.4.1 ความหมายของความรู้
 - 3.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความร่วมมือในการรับประทานยา



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

3.4.3 การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

3.5 ภาวะซึมเศร้า

3.5.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

3.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการรับประทานยา

3.5.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า

3.6 สัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล

3.6.1 ความหมายของสัมพันธภาพ

3.6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาลกับความร่วมมือในการรับประทานยา

3.6.3 การประเมินสัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล

4. แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาของ WHO

5. บทบาทของพยาบาลกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

1. โรคหลอดเลือดสมองตีบ

1.1 คำจำกัดความและประเภทของโรคหลอดเลือดสมองตีบ

World Health Organization ได้ให้คำจำกัดความของ โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ Stroke) หมายถึง กลุ่มอาการที่ประกอบด้วยลักษณะของความบกพร่องของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ซึ่งมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ทำให้เกิดการขาดเลือดหรือมีเลือดออก สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดคือการเกิดผนังหลอดเลือดตีบแข็ง (atherosclerosis) เกิดจากการสะสมตัวของไขมันและแผ่นของลิ่มเลือดบนผนังหลอดเลือดแดงชั้นในของหลอดเลือดสมอง (fatty streak & fibrous plaque) (World Health Organization: WHO, 2013)

National Institute of Neurological Disorders and Stroke ได้ให้คำจำกัดความของ cerebrovascular disease (CVA) ว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ไม่ว่าจะมียาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวรก็ได้ (กิงแก้ว ปาจารย์, 2550)

WHO (2013) ได้ให้ความหมายของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองว่า หมายถึง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่ตามหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเดิม

(Coutts et al., 2008) ได้ให้ความหมายของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองว่า หมายถึง การเสื่อมสภาพของระบบประสาทที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือด ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเป็นเวลานานกว่า 24 ชั่วโมง ทำให้การทำงานของสมองลดลงซึ่งจะแตกต่างกันแล้วแต่บริเวณที่เกิดพยาธิสภาพรวมถึงการอุดตันของหลอดเลือดที่เกิดขึ้นใหม่ หรือการขยายของบริเวณที่ตายของสมองอยู่ก่อนแล้วและการมีเลือดออกในสมอง

(Hankey et al., 1998) ได้ให้ความหมายของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง อาการ หรือ อาการแสดงของการสูญเสียการทำงานจากสมองส่วนซีรีรัมบางส่วน หรือทั้งหมด ที่มีอาการทางคลินิกชัดเจน มีอาการบกพร่องบางส่วนทางด้านประสาท เกิดขึ้นใหม่ในทันที โดยไม่มีสาเหตุอื่นนอกจากสาเหตุด้านหลอดเลือด (กล่าวคือ ความบกพร่องไม่สามารถอ้างได้จากโรคอื่นๆ เช่น การชัก หรือการได้รับสารพิษอื่นๆ) สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกแล้ว หรือมีอาการทางคลินิกที่บ่งบอกว่ามีความแยงลงอย่างเฉียบพลันของอาการทางระบบประสาทโดยที่ไม่มีสาเหตุอื่นนอกจากหลอดเลือดภายใน 21 วัน หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก



(Camara et al., 2013) ได้ให้ความหมายของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองว่า หมายถึง การเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตามหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่เกิดกับหลอดเลือดที่แตกต่างจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งได้ เป็นกลุ่มใหญ่ 2 กลุ่ม ดังนี้

(1) โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบ (ISCHEMIC CEREBROVASCULAR DISEASE) คือ ความผิดปกติเนื่องจากมีการอุดตันของหลอดเลือดซึ่งอาจเกิดจากการที่มีลิ่มเลือดหรือก้อนไขมันอุดตันที่หลอดเลือดในสมอง หรืออาจเกิดจากโรคของหลอดเลือดสมองเองเกิดการอุดตัน หรืออาจเกิดจากภาวะที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด คือ เลือดแข็งตัวง่ายกว่าปกติซึ่งสามารถทำให้เกิดการอุดตันของ หลอดเลือดได้เช่นกันโดยอาการและความรุนแรงของโรคขึ้นกับปัจจัยต่างๆ พบประมาณร้อยละ 75-80 ดังนี้ (ทิพวรรณ ประสานสอน & พรเทพ แพรขาว, 2556)

(2) โรคเลือดออกในสมองเนื่องจากหลอดเลือดสมองแตก (HEMORRHAGIC CEREBROVASCULAR DISEASE) มักเกิดในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมานาน ซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติที่หลอดเลือดขนาดเล็กในสมอง และเมื่อไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อาจเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้หลอดเลือดสมองแตกได้ อย่างไรก็ตามยังอาจเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองเอง โดยไม่ได้เป็นผลจากความดันโลหิตสูงก็ได้ แต่พบเป็นเพียงส่วนน้อยเท่านั้นโดยทั่วไปโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันนั้น ถือเป็นสาเหตุหลักของโรคหลอดเลือดสมอง พบประมาณร้อยละ 20-25 (ธิดารัตน์ อภิญญา & นิตยา พันธุเวทย์, 2556); (ทิพวรรณ ประสานสอน & พรเทพ แพรขาว, 2556)

1.2 พยาธิกำเนิดของโรคหลอดเลือดสมองตีบ

โดยปกติสมองมีเลือดไปเลี้ยงประมาณ 50-55 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที ถ้ามีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง (18 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที) เซลล์ประสาทจะไม่ทำงาน หรือสมองจะมี electrical failure (inhibition of electrical excitability ของเซลล์ประสาท) แต่ยังสามารถฟื้นตัวได้ถ้าได้รับเลือดมาเลี้ยงทันเวลา คำว่า 'ischemic penumbra' ใช้เรียกบริเวณสมองที่ขาดเลือดและหยุดทำงานชั่วคราวแต่ยังไม่ตาย คือมีเลือดไปเลี้ยงอยู่ระหว่าง 8-18 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที แต่ถ้าปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงลดลงมากกว่า 8 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัมต่อนาที เซลล์ประสาทก็จะตาย

เมื่อหลอดเลือดสมองอุดตันทันที ก็จะทำให้สมองส่วนนั้นๆ ขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เซลล์ประสาทไม่สามารถสร้างพลังงานไปใช้ มีผลให้เกิด failure of ionic pump เกิด oxygen free radicals, mitochondrial injury, กระตุ้นเม็ดเลือดขาว และทำให้เกิดการคั่งของไอออนของ calcium, sodium และ chloride ในเซลล์ประสาท ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

phospholipase และ protease ทำให้ดีเอ็นเอ (DNA (deoxyribonucleic acid) และ โครงสร้างของเซลล์เสียหาย การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ทางกล้องจุลทรรศน์ (microscopic) จะพบภายในช่วง 6 ชั่วโมงหลังขาดเลือด โดยเซลล์ประสาทจะบวมขึ้นในช่วงแรก ต่อมาจะหดตัว เกิด hyperchromasia และ pyknosis ร่วมกับพบการบวมของเซลล์และแตกของ astrocytes พบเนื้อเยื่อโพรงหลอดเลือดบวม (endothelial swelling) มีเซลล์ neutrophils เข้ามาบริเวณที่ขาดเลือดและเพิ่มจำนวนมากขึ้น เซลล์ microglia เพิ่มจำนวน และเก็บกินปลอกประสาท (myelin) ที่เสียหาย เกิดเป็น foamy macrophages ในระยะต่อมาจะพบการสร้างหลอดเลือดฝอยใหม่ (neovascularization) ในสมองส่วนที่ตายจะค่อย ๆ ถูกดูดซึมกลับเกิดเป็นโพรง (cavity) ที่ล้อมรอบด้วยส่วนเกินของ glial และ fibrovascular tissues (พรภัทร ธรรมสโรช, (2555)

การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเกิดความผิดปกติที่หลอดเลือดสมอง ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (World Health Organization, 2013) ดังนั้น พยาธิพยาธิกำเนิดของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจึงอธิบายได้เช่นเดียวกับพยาธิกำเนิดของโรคหลอดเลือดสมองทั่วไป (พรภัทร ธรรมสโรช, (2555)

1.3 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองตีบ

อาการของผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเกิดมีภาวะ stroke ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทที่เป็นอย่างรวดเร็วหรือทันทีทันใด หรือหลังตื่นนอน อาการความผิดปกติ เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จะเกิดการตายของเนื้อสมองในส่วนที่ขาดเลือด ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น

1. มีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกตรงข้ามกับสมองซีกที่ขาดเลือด ขึ้นกับตำแหน่งที่เกิดการขาดเลือด โดยส่วนใหญ่มักเป็นอาการอ่อนแรงครึ่งซีก คือ ทั้งแขน ขา และใบหน้าเบี้ยวร่วมด้วย แต่ในบางตำแหน่งอาจทำให้มีอาการอ่อนแรงเด่นชัดเฉพาะส่วนแขนหรือขา หรือหากเป็นตำแหน่งก้านสมองหรือเกิดการขาดเลือดของสมองทั้งสองซีกจะทำให้เกิดการอ่อนแรงทุกระยางค์ได้

2. ภาวะสูญเสียการทรงตัว เช่น การขาดเลือดในตำแหน่งก้านสมองหรือสมองส่วนซีรีเบลลัม จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนั่งทรงตัวได้ตามปกติ เดินเซโคลงเคลง มือหรือขาส่ายเห็นได้ชัดเมื่อยืนมือไปหยิบสิ่งของขณะที่เข้าใกล้สิ่งของนั้น โดยอาจไม่พบอาการอ่อนแรงที่ชัดเจน

3. ใบหน้าเบี้ยว

4. มีความผิดปกติด้านการพูด ออกเสียงไม่ชัดพูดอ้อแอ้หรือลิ้นแข็ง

5. กลืนอาหารและน้ำลำบาก สำลักบ่อยโดยเฉพาะอาหารเหลว ทำให้รับประทานอาหารไม่ได้หรือได้น้อยกว่าความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ หรือปอดอักเสบจากการสำลักอาหารตามมาได้



694564393

6. มีความผิดปกติด้านการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย ซึ่งแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึกเจ็บ ความรู้สึกร้อน-เย็นลดลง หรือ ไม่มีความรู้สึกเลย และกลุ่มที่มีความรู้สึกมากกว่าปกติ เช่น รู้สึกปวด หรือแสบร้อนตามร่างกายครึ่งซีกหรือตามตำแหน่งของสมองที่เกิดพยาธิสภาพมากกว่าปกติโดยอาจเกิดขึ้นเองแม้ไม่ถูกสัมผัส โดยอาการขาเป็นอาการที่รักษาให้หายได้ยาก

7. ความผิดปกติด้านการขยับถ่าย เช่น กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ หรือการอ่อนแรงทำให้ไม่สามารถเข้าห้องน้ำได้เองตามปกติทำให้ห้องผูกได้

8. ความผิดปกติทางด้านพุทปัญญา (cognitive) เช่น ความจำระยะสั้นลดลง ไม่สามารถมีสมาธิจดจ่อทำสิ่งต่าง ๆ ได้นาน ไม่สามารถเรียนรู้งานหรือสิ่งใหม่ ๆ ได้ มีอาการเพิกเฉยไม่สนใจร่างกายตนเองด้านตรงข้ามของสมองซีกที่ขาดเลือด มีความผิดปกติด้านการพูดสื่อสาร เช่น พูดเป็นประโยคไม่ได้ ไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูด ไม่สามารถเรียกชื่อสิ่งของได้ เป็นต้น

9. ความผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น มีการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์รอบตัว ร้องไห้หรือหัวเราะง่ายกว่าปกติ ในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้าจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินโรคของภาวะสมองขาดเลือดที่เกิดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดตั้งแต่ระยะแรกหลังเกิดการตายของสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงตามตำแหน่งเนื้อสมองที่ขาดเลือดจากนั้นเมื่อมีการไหลเวียนของเลือดดีขึ้นซึ่งอาจเกิดจากกระบวนการรักษา การหลุดเองของลิ่มเลือดที่อุดตันหรือการที่เลือดสามารถไหลผ่านหลอดเลือดที่อื่นที่มีการเชื่อมต่อโดยธรรมชาติกับหลอดเลือดที่เกิดพยาธิสภาพ (collateral circulation) เข้ามายังตำแหน่งที่ขาดเลือด จะทำให้สมองบางส่วนฟื้นตัวขึ้นทำให้อาการทางระบบประสาทของผู้ป่วยค่อย ๆ ดีขึ้นตามลำดับโดยมักเริ่มตั้งแต่สัปดาห์แรก ๆ หลังมีอาการต่อเนื่องไป โดยการฟื้นตัวของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้มากในระยะ 3 ถึง 6 เดือน หลังมีอาการ (วีรศักดิ์ ศรีนินภากร, สุรพันธ์ พงศ์สุธนะ และกิตติ ชื่นยง. 2560)

1.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (อรอุมา ชูติเนตร, 2547; (Stark, 2010)

- 1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Non-modifiable risk factors)
- 2) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factor)

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1) อายุ เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของ Rochester, Minnesota พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10 ต่ออายุ 1 ปี ที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

การศึกษาในชาวเอเชียในไต้หวัน พบว่า อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากจำนวน 100 คนในประชากรแสนคนที่อายุ 38 ปี เป็นจำนวน 1,000 คน ในประชากร 100,000 คน เมื่ออายุ 63 ปี

2) เพศ โรคหลอดเลือดสมองพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง การศึกษาที่ Minnesota พบเพศชายมีอุบัติการณ์สูงกว่าเพศหญิงร้อยละ 70 การศึกษาในประเทศอื่นๆ เช่น สวีเดน อิตาลีและไต้หวัน พบมีอุบัติการณ์ใกล้เคียงกัน

3) เชื้อชาติ การศึกษาในประเทศตะวันตกพบคนผิวดำมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาวและมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่า

4) พันธุกรรม ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมมากกว่าประชากรทั่วไป การศึกษาที่ Southern California ประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้ที่มีพี่น้องเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าคนปกติ

ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1) ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญเป็นอันดับ 2 รองจากอายุ การศึกษา Framingham พบปัจจัยเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative risk) ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเมื่อปรับค่าตามอายุในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตมากกว่า 160/95 มม.ปรอท มีค่าเท่ากับ 3.1 ในผู้ชายและในผู้หญิงมีค่า 2.9 นอกจากนี้ การศึกษาเดียวกันพบว่า เมื่อความดันโลหิต systolic เพิ่มขึ้น 10 มม.ปรอท จะมี relative risk ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 1.9 ในเพศชาย และ 1.7 ในเพศหญิง

2) โรคหัวใจ เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะโรคที่สามารถทำให้มีการหลุดของ Emboli จากหัวใจไปอุดตันหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะ Atrial fibrillation โรคลิ้นหัวใจ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด Congestive heart failure รวมไปถึงโรคที่อาจทำให้มี Emboli เช่น Patent foramen ovale และ Mitral valve prolapse

3) โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของ Framingham study, Copenhagen City Heart Study และการศึกษาชาวญี่ปุ่นที่อาศัยอยู่ในเกาะฮาวาย พบ Relative risk การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานมีค่าประมาณ 1.5-3.0

4) การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุโดยตรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลายการศึกษาพบ Relative risk ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่สูบบุหรี่เท่ากับ 1.5 และผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 40 มวนต่อวัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 2 เท่าของผู้สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน

5) การดื่มสุรา ผลของแอลกอฮอล์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นกับปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม พบว่า ผู้ที่ดื่มปานกลางจนถึงดื่มหนัก มีอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าปกติในขณะที่ผู้ดื่มปริมาณน้อยอาจช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

(6) การมีไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะการมี LDL cholesterol สูงและ HDL ต่ำ พบว่า การศึกษา โดยเฉพาะการให้ยาในกลุ่ม statin สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

(7) การมีหลอดเลือดใหญ่ internal carotid บริเวณคอติดถึงแม้ไม่มีอาการ แต่จะมีความเสี่ยงของการเกิดสมองขาดเลือด

(8) มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การรับประทานยาคูมาเดินการได้รับฮอร์โมนวัยหลังหมดประจำเดือน การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง การมีภาวะอ้วน ขาดการออกกำลังกาย รวมถึงการมีโรคของหลอดเลือดที่อื่น เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดฝอยส่วนปลาย

(9) ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีข้อมูลสนับสนุนว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงแต่หลักฐานยังไม่ชัดเจนมากนัก เช่น การเป็นโรค migraine ชนิดที่มี aura, metabolic syndrome, การใช้สารเสพติด การดื่มเหล้าในปริมาณมาก, ผู้ที่มีปัญหา sleep disorder, การมีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น การขาด protine C, protine S, และ antithrombin 3 การมี factor V Leiden หรือการติดเชื้อบางชนิด เช่น Chlamydia pneumonia เป็นต้น

1.5 แนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตีบ

การป้องกันไม่ให้เกิด stroke ซ้ำ แบ่งได้เป็น 2 วิธี ดังนี้

1) การป้องกันแบบปฐมภูมิ (primary prevention) คือการป้องกันไม่ให้เกิด stroke ในกรณี ที่บุคคลนั้นยังไม่เคยมี stroke มาก่อน ได้แก่ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้เกิด stroke ปัจจัยเสี่ยงนี้อาจแบ่งได้เป็น ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และการมีประวัติครอบครัวที่เป็น stroke หรือโรคหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งมีปัจจัยหลัก ได้แก่ ความดันเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจซึ่งรวมถึงภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation กล้ามเนื้อหัวใจตาย ลิ้นหัวใจรั่ว สำหรับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แต่เป็นปัจจัยรอง ได้แก่ ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานที่มีเอสโตรเจนมาก การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก การใช้ยา amphetamine การออกกำลังกาย ภาวะอ้วน ระดับความเข้มข้นของเลือดที่สูง ภาวะที่เกิดลิ่มเลือดง่าย (hypercoagulability) และภาวะมีระดับ homocysteine ในเลือดสูง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ที่มีผลทำให้เกิด stroke นี้มีบทบาทสำคัญทั้งในการป้องกันปฐมภูมิ และการป้องกันทุติยภูมิ (นิตยา ภาพสมุทฺร et al., 2556)

2) การป้องกันแบบทุติยภูมิ (secondary prevention) คือการป้องกันไม่ให้เกิด stroke ซ้ำ ในกรณีที่บุคคลนั้นเคยมี stroke ได้แก่ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด stroke การป้องกันปฐมภูมิ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ในส่วนของการป้องกันทุติยภูมิของ ischemic stroke ที่สำคัญคือ การใช้ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และการผ่าตัด CEA ในกรณีที่มีการตีบของหลอดเลือดแดง carotid มากกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไป (ทศพล ลิ้มพิจารณ์กิจ, 2551)



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยการให้ยา การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดำรงชีวิตให้เหมาะสม และการทำกายภาพบำบัด เพื่อกระตุ้นการฟื้นตัวของระบบ ประสาท และเพิ่มระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ต่าง ๆ เช่น การทำกิจวัตร ประจำวัน และกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติหรือใกล้เคียง การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด สมองซ้ำ มีดังนี้

1. การรับประทานยาต้านเกร็ดเลือด (antiplatelets) หรือยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) ขึ้นอยู่กับสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น

1.1 สมองขาดเลือดจาก cardio embolic มักให้ anticoagulant ป้องกันการกลับ เป็นซ้ำโดยใช้ warfarin หรือยากกลุ่มใหม่ เช่น NOACs

1.2 สมองขาดเลือดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง ได้แก่ Aspirin 65 – 325 มิลลิกรัมต่อวัน, Clopidogrel 75 มิลลิกรัมต่อวัน, Aspirin 25 มิลลิกรัม ร่วมกับ dipyriamole 200 มิลลิกรัม หรือ Cilostazol 200 มิลลิกรัมต่อวัน

2. การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง โดยทั่วไปควรเริ่มควบคุมความดันโลหิตหลังจาก 5-6 วัน ไปแล้วให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และให้น้อยกว่า 130/90 มิลลิเมตรปรอท กรณีที่เป็น lacunar infarct

3. ควรให้ยาลดความดันในกลุ่ม statin ในผู้ป่วยที่มีระดับ LDL ≥ 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และถึงแม้จะมีระดับ LDL ≤ 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ก็ควรให้และควรควบคุมระดับ LDL ให้น้อยกว่า 70 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในกรณีเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย

4. ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานร่วมด้วยควรควบคุมระดับ HbA1C ให้น้อยกว่า 7.0%

5. ลดความอ้วน การควบคุมน้ำหนักให้มีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติของคนเอเชีย โดยมี BMI น้อยกว่า 23 กิโลกรัม/ ตารางเมตร

6. ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับปานกลาง (เช่น การเดินเร็ว หรือขี่จักรยาน) หรือ ระดับสูง (เช่น วิ่งจ็อกกิ้ง) สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง นานติดต่อกัน ครั้งละ 40 นาที หรือ 150 นาที ต่อ สัปดาห์

7. แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการรับควันบุหรี่ (วีรศักดิ์ ศรีนนภากร et al., 2560)

2. ความร่วมมือในการรับประทานยา

2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

การรักษาด้วยยาต้องอาศัยความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีโดยมีผู้ให้ความหมายของการให้ความร่วมมือไว้ดังนี้

WHO (2003) ได้ให้ความหมายของคำว่า “Adherence” หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำตามแผนการรักษาของแพทย์ หรืออีกความหมายหนึ่งอธิบายว่า เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และมีการควบคุมอาหาร ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต แต่พฤติกรรมดังกล่าวจะต้องเกิดจากการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วย กับ บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย

(Home et al., 1999) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยาว่า หมายถึง ระดับของพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยที่สอดคล้องตรงกันกับคำแนะนำที่ตกลงร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยอย่างสมเหตุสมผล

(Bosworth et al., 2011) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบว่า หมายถึง การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับยา รวมถึงอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดจากการใช้ยา และข้อควรระวังจากการใช้ยา

(Chambers et al., 2011a) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ให้ความหมายความร่วมมือในการรับประทานยาว่า หมายถึง การรับประทานยาตามแผนการรักษา ที่สอดคล้องกับความรู้เจตคติและความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ประกอบกับประสบการณ์จากการใช้ยาซึ่งรวมถึงข้อควรระวังต่างๆ หรืออุปสรรคจากการใช้ยา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยาของ (Home et al., 1999) เป็นคำจำกัดความเนื่องจากมีความหมายค่อนข้างครอบคลุมและเป็นการให้ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยาโดยตรงซึ่งแตกต่างจาก WHO ที่เป็นการให้ความหมายของการร่วมมือในการรักษาที่ครอบคลุมพฤติกรรมอื่นด้วย

2.2 อุบัติการณ์การรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยนั้น มีการศึกษาถึงความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1-3 เดือนแรก เมื่อกลับมาตรวจตามนัด พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องร้อยละ 75.5 โดยรับประทานยาต้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด (Antiplatelet) เพียงร้อยละ 96.4 และรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ร้อยละ 89.1- 89.1 และยาที่ใช้เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้แก่ ยาลดความดันโลหิต (Antihypertensive agents) ร้อยละ 95.5 (Bushnell et al., 2010); (Glader et al., 2010b) หลังจากเป็นโรคหลอดเลือด



เลือดสมองตีบ 1 ปี พบว่า ร้อยละ 88.4 ของผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องร้อยละ 65.9 และมีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงร้อยละ 86.6 ((Bushnell et al., 2011) และหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 ปีหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ความร่วมมือในการรับประทานยามีเพียงร้อยละ 45 เท่านั้น และพบอัตราการรับประทานยาลดความดันโลหิต (Antihypertensive agents) ลดลงเป็นร้อยละ 74.2 และร้อยละ 45 ในการรับประทานยาต้านการการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ((Glader et al., 2010b)

สำหรับประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาถึงความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการศึกษาของ (อรุณี ศิริกิ่งवालกุล, 2545) ที่ทำการศึกษารื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีความร่วมมือในการรับประทานยาร้อยละ 77.3 การศึกษาของ (วิมลรัตน์ ลิ้มระนางกูร & นลินี พสุศรภัค, 2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างรายใหม่กับรายที่กลับเป็นซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาร้อยละ 69.7 และในรายกลับเป็นซ้ำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพียงร้อยละ 57.1 การศึกษาของ (สาธิต กาศสุริย์ et al., 2547)) ได้ทำการศึกษาคความชุกและสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ร้อยละ 17 ของผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ สาเหตุที่พบบ่อยคือ ขาดการติดตามและไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาถึงร้อยละ 21.25 สอดคล้องกับการศึกษาของ แ. นิตยา ภาพสมุท (2556) ที่ศึกษาผลการใช้ยาต้านเกร็ดเลือดต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ พบว่า ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 19.2 และการศึกษาของ (อัศฉิย์ สิงหลกะ, 2524)) ที่ศึกษาการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยนอก ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร ที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 40.1

2.3 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา

การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมีหลายการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งไม่มีวิธีใดที่ถูกต้องแม่นยำมากที่สุด แต่ละวิธีจะมีข้อดีและข้อด้อยที่แตกต่างกันไป ทีมสุขภาพสามารถเลือกวิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาได้ตามความเหมาะสม ซึ่งสามารถแบ่งได้ 2 วิธีใหญ่ๆ ดังนี้ (อรรณพ ทิรัญดิษฐ์ et al., 2542)

1) วิธีประเมินโดยตรง ประกอบด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

1.1) การวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring) เป็นวิธีการวัดการให้ความร่วมมือในการรักษาในการใช้ยาที่เป็นรูปธรรมและใช้หลักทางวิทยาศาสตร์มากที่สุด ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่มีความทันสมัยสำหรับการตรวจวัดระดับความเข้มข้นของยา หรือเมตา

บอโลทของยาในเลือดหรือในพลาสมา ซึ่งจะบอกถึงขนาดของยาที่ผู้ป่วยได้รับเข้าไป เมื่อถึงระดับยา คงที่ในเลือด ข้อเสียของวิธีนี้ คือ ค่าใช้จ่ายในการตรวจค่อนข้างสูง ต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาแพง รวมถึงสารเคมีที่ใช้ในการตรวจด้วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาตัวอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับอาจจะส่งผลให้การวัดเกิดความคลาดเคลื่อนได้

1.2) การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ (Measurement of urinary excretion) วิธีนี้ใช้หลักการเดียวกันกับการวัดระดับยาในเลือด แต่การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ โดยยาหรือเมตาบอไลต์ของยา หรือสารบ่งชี้ต้องไม่มีพิษ ไม่มีผลในทางเภสัชวิทยา ไม่ถูกสะสมโดยสารบ่งชี้ ยาหรือสารที่จะวัดนี้จะถูกขับออกอย่างอิสระและรวดเร็วในเวลาไม่กี่ชั่วโมง และควรสลายไปใน 6 ชั่วโมง นอกจากนี้สารบ่งชี้ไม่ควรมียาปฏิกริยากับยาจริง ๆ ของผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยสังเกตได้เองจากสีหรือกลิ่น วิธีนี้มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถบอกความแตกต่างระหว่างการใช้อย่างมากหรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ใช้น้ำได้กับยาหรือเมตาบอไลต์ของยาที่มีการขับออกทางปัสสาวะ และมีปริมาณมากพอที่จะตรวจสอบได้ไม่สามารถสืบหาเวลาที่แน่นอนที่ผู้ป่วยใช้ยาได้

1.3) วิธีอื่น ๆ เป็นการวัดปริมาณยาในน้ำลาย อุจจาระ และลมหายใจ วิธีนี้มีข้อจำกัด คือ วิธีการตรวจค่อนข้างยุ่งยาก เพราะปริมาณยาหรือเมตาบอไลต์ของยาในสิ่งที่ขับออกมา มีปริมาณน้อย เสียค่าใช้จ่ายสูง ใช้เวลาในการตรวจค่อนข้างนาน

2) วิธีประเมินโดยอ้อม ประกอบด้วยวิธีการดังนี้

2.1) การนับเม็ดยาที่เหลือ (pill counts) เป็นวิธีที่สะดวก รวดเร็วและประหยัด นอกจากนี้ยังสามารถตรวจสอบวิธีการเก็บรักษาของผู้ป่วยได้ด้วย การนับเม็ดยาสามารถคิดเป็นจำนวนร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาได้ ข้อเสียของวิธีนี้ คือ ข้อมูลที่ได้ อาจจะไม่มีความคลาดเคลื่อนในกรณีผู้ป่วยได้รับยาขาดหรือเกินจำนวนที่แพทย์สั่งจ่าย หรือผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาจริงแต่เอายาออกจากขวดยา หรือผู้ป่วยมีการเตรียมจำนวนเม็ดยาก่อนมาพบบุคลากรทางการแพทย์

2.2) การวัดผลการรักษาและอาการข้างเคียงที่แสดงออก (Outcome therapy and side effects) เป็นวิธีการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด ซึ่งสามารถประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยได้

2.3) การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์บันทึกการเปิดฝาขวดยา (Medication event monitoring system: MEMS) เป็นวิธีที่แสดงค่าเป็นตัวเลขชัดเจน ทำให้ทราบถึงความถี่และรูปแบบในการรับประทานยาในแต่ละวันของผู้ป่วย โดยอาศัยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ในการบันทึกวันและเวลาในการเปิดฝาขวดแต่ละครั้ง ข้อจำกัดของวิธีนี้ คือ ค่าใช้จ่ายสูง และต้องสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการเตรียมอุปกรณ์ นอกจากนี้การประเมินผลอาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ในกรณีที่ผู้ป่วยนำยาออกจากขวดมากกว่า 1 เม็ดต่อการเปิดขวด 1 ครั้ง



694564393

2.4) การตรวจสอบความสม่ำเสมอของการมารับยาตามนัด (Review of pharmacy record) ข้อมูลนี้ได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วย เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และค่าใช้จ่ายน้อย แต่อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยมาตรวจรับยาอย่างสม่ำเสมอก็ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง

2.5) การสัมภาษณ์โดยตรงหรือการใช้แบบสอบถาม(Interview or questionnaire) กับผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยซึ่งเป็นวิธีที่ใช้อยู่ วิธีนี้สามารถประเมินรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาหรือสาเหตุต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยการตั้งคำถามต้องมีความชัดเจนและเข้าใจง่าย จำนวนคำถามและเวลาที่ใช้จะต้องมีความเหมาะสม วิธีนี้มีความจำเพาะ แต่ขาดความไว ค่าใช้จ่ายน้อย ทำได้ง่าย และสะดวก ข้อจำกัดของวิธีนี้ คือ ผู้ป่วยอาจปิดบังความจริง เนื่องจากกลัวว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์จะรู้ว่าตนเองไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาดังนี้

1) แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของ Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ฉบับภาษาไทยโดย พรรณธิดา คักดีทอง และรสมาลิน ชาบรรทม ที่ใช้ในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ด้านที่ 1 มี 7 ข้อคำถามคำตอบเป็นมาตรวัดนามบัญญัติ 1 ตัวเลือก และส่วนที่ 2 มี 1 ข้อคำถาม คำตอบเป็นตัวเลือก 5 ระดับและนำมาตัดแปลงโดย (ตันติโกสม, 2553) ได้นำมาตัดแปลง นำมาใช้เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยผ่านสายสวนหรือผ่าตัดทางเขียง ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .90 และนำมาตรวจสอบหาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .69 (จงลักษณ์ ทวีแก้ว, 2557a)

2) แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาของ Fung (2009) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาโรคหัวใจ โดยประยุกต์จากแบบสอบถาม MTQ: Patterned Behavior ของ Johnson (2002) ฉบับภาษาไทยโดย (อิสริย์กร สุศรีสกุล, 2555) จำนวน 12 ข้อคำถาม นำมาใช้เพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .43 จึงได้ปรับข้อคำถามและตัดข้อคำถาม โดยพิจารณาเลือกจากเกณฑ์ Corrected item-total correlation ในข้อที่คงไว้ควรมีค่ามากกว่า .3 จึงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โดยยังคงความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยาตามคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .70 โดยเป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 5 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 2 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ((อิสริย์กร สุศรีสกุล, 2555)



3) แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรค ของ(รจนาไฉน สิงห์เรศร์, 2550) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ดัดแปลงโดย (นันทพร เขยชัยภูมิ, 2555) จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ มาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 3 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ เพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ปอด ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 ((นันทพร เขยชัยภูมิ, 2555)

4) แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Adherence Report Scale: MARS) ของ (Horne & Weinman, 1998) เพื่อประเมินความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการใช้ยา จำนวน 5 ข้อ มีระดับการวัดเป็น Likert scale 5 ระดับ ช่วงคะแนน 5-25 คะแนน คะแนนที่สูงบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยา แปลเป็นภาษาไทยโดย (นภาพร รุจิเสถียร, 2552) นำมาใช้ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .71 และ นันทิยาแสงทรงฤทธิ์ (2556) ได้นำมาใช้ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันโดยได้ปรับเปลี่ยนข้อความจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .87

5) แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข่งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ของ(ฐิติกานต์ กาลเทศ & นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของ นฤมล คมกล้า (2553) ที่ใช้ศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีจำนวน 24 ข้อ เป็นพฤติกรรมกรรับประทานยา 4 ข้อ และด้านปฏิบัติตัวสอดคล้องกับแผนการรักษา 20 ข้อ และได้คัดเลือกข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 8 ข้อ คือด้านการรับประทานยา 7 ข้อ และด้านปฏิบัติตัวสอดคล้องกับแผนการรักษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค เท่ากับ .76 และได้ปรับข้อคำถามให้มีความกระชับสามารถอ่านเข้าใจง่ายเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และคงจำนวนข้อคำถามเดิมทั้งหมด 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตรฐานส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ

6) แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ของ (Morisky et al., 1986) ใช้วัดความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และดัดแปลงโดย Bushnell et a. (2010) ใช้เพื่อวัดความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3 เดือน และ 1 ปี ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบคือ ใช่ และไม่ใช้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .61



694564393

CD :Thesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินความความร่วมมือในการรับประทานยาโดยใช้วิธีการรายงานจากผู้ป่วย (Self-report) ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามโดยใช้ Medication Adherence Report Scale (MARS) ของ (Horne & Weinman, 1998) เนื่องจากข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของงานวิจัยนี้ โดยมีการปรับคำให้เข้ากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ

3. ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา

3.1 อายุ

3.1.1 ความหมายของอายุ ได้มีการให้ความหมายของอายุไว้ ดังนี้

(พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554) ได้ให้ความหมายของอายุว่าเป็นเวลาที่ดำรงชีวิตอยู่, เวลาชั่วชีวิต, ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดหรือมีมาจนถึงเวลาที่กล่าวถึง, ระยะเวลาที่กำหนดไว้ เช่น ยานี้หมดอายุแล้ว

(สุมาลี วัจนกร et al., 2550) พบว่าอายุอาจมีความเกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพโดยเป็นองค์ประกอบหรือเป็นปัจจัยทางด้านลักษณะประชากร (demographic variables) ที่มีผลกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล อายุที่เพิ่มขึ้น อาจทำให้บุคคลมีประสบการณ์ ได้รู้ได้เห็นเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทั้งทางตรงและทางอ้อมจึงทำให้เกิดการเรียนรู้และเลือกวิธีในการปฏิบัติซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของตน

3.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความร่วมมือในการรับประทานยา

อายุ เป็นตัวที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลตนเอง และยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรม ผู้ป่วยที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น จะมีความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Glader et al., 2010a) (O'Carroll et al., 2011) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด หลังจากวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 15 เดือน จำนวน 180 ราย พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยจะให้ความร่วมมือต่ำในการรับประทานยา โดยผู้ป่วยมักลืมรับประทานยาเนื่องจากไม่สามารถรับประทานตามระยะเวลาที่กำหนดได้ ประกอบกับมีอย่างอื่นที่ต้องทำ เช่น การไปทำงาน เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น จะมีความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Glader et al., 2010a) ผู้ป่วยอายุ 55-59 ปี ร้อยละ 66 มีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง (จิราวรรณ วิริยกิจไพบูลย์ & ชนกพร จิตปัญญา, 2559) ฉะนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีอายุมากขึ้น จะมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของความร่วมมือในการรับประทานยาจึงมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ (Sweileh et al., 2011) พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ ($p=.02$) (อรุณี หล้าเขียว, 2558) พบว่า



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ น. จ. วรรณัน คล้ายหงษ์, และวิภาพรรณ วิโรจน์รัตน์, (2559) พบว่าอายุสามารถร่วมกันทำนายการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอได้ ร้อยละ 48.70 ($\beta=.236$, $p<.01$)

ดังนั้นอายุ จึงน่าจะสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้

3.2 ความเชื่อเกี่ยวกับยา

3.2.1 ความหมายความเชื่อเกี่ยวกับยา

ความเชื่อเกี่ยวกับยา หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับยาที่ได้รับตามแผนการรักษา ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา (Necessity) และความกังวลเกี่ยวกับยา (Concern) (Horne et al., 1999)

3.2.1.1 ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา (Necessity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาที่สามารถควบคุมและป้องกันไม่ให้อาการแย่ลง

3.2.1.2 ความหมายความกังวลเกี่ยวกับยา (Concern) หมายถึง ความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา การได้รับยาเป็นระยะเวลานานทำให้พังพองหรือมียาสะสมอยู่ในร่างกายและผลของยาที่รับประทานรบกวนต่อชีวิตประจำวัน

3.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับยากับความร่วมมือในการรับประทานยา

ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา (Necessity) หมายถึง ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองมีความจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาหรือป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

(Horne et al., 1999) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่อว่ายาที่ได้รับมีความจำเป็นต่อการรักษาโรคจะมีความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Chambers et al., 2011) ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจในการรับประทานยาของผู้ป่วย (Horne et al., 1999) ฉะนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เชื่อว่ายามีความจำเป็นต่อการรักษาโรคและสามารถที่จะควบคุมและรักษาอาการของความเจ็บป่วยได้ก็จะมีความร่วมมือในการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทยา แสงทรงฤทธิ์ (2557) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับยาสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากที่สุด ($\beta=.415$, $p<.05$) และยศพล เหลืองโสมนภา (2556) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=37.7$, $p<.05$)



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

สำหรับความกังวลเกี่ยวกับยา หมายถึง ความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่เป็นอันตรายของยา เช่น อาการข้างเคียงจากการรับประทานยา การรับประทานยาเป็นระยะเวลานานอาจทำให้มียาสะสม เป็นพิษต่อร่างกาย หรือการได้รับยาตลอดจะทำให้ต้องพึ่งพายาตลอดชีวิต เป็นต้น ความกังวลเกี่ยวกับยามีความสัมพันธ์ทางลบกับการตัดสินใจในการรับประทานยาของผู้ป่วย (Horne et al., 1999) ฉะนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีความกังวลเกี่ยวกับยาสูงก็มีแนวโน้มที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ (อัญชลี ชูจิต, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ อลิษา วิริยะโชติ (2559) พบว่าความกังวลจากการใช้ยา และประสบการณ์การเกิดโรคกำเริบสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาสุดท้ายหยุดยาลดลงร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 14.7 ($R^2=.147$, $p<.05$) แ บ่ ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ (2559) พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับยาเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาได้มากที่สุด ($\beta=-.374$, $p<.01$) และนภาพร รุจิเสถียร (2552) พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับยา ($r=-.43$, $p=.01$)

ดังนั้นความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา และความกังวลเกี่ยวกับยาน่าจะสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้

3.2.3 การประเมินความเชื่อเกี่ยวกับยา

1) แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา ของ(ประทุม สุภชัยพานิชพงศ์ et al., 2557) วัดโดยใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ เป็นข้อคำถามในด้านความจำเป็นและผลดี หรือผลด้านบวกของการรับประทานยา และผลเสียหรืออุปสรรคของการรับประทานยา ค่าความเที่ยงอยู่ในระดับสูง (Alpha Coefficient = .78)

2) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา (Belief about Medication Questionnaire: BMQ) ของ (Horne et al., 1999) บนพื้นฐานของ Common sense model of self-regulation แบ่งเป็น 2 ด้านคือ ความจำเป็นของยา และความกังวลเกี่ยวกับยา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ใช้มาตรวัดระดับ Likert scale 5 ระดับ แปลเป็นภาษาไทยโดย (นภาพร รุจิเสถียร, 2552) ใช้วัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .76

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินความเชื่อเกี่ยวกับยาโดยใช้ แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา (Belief about Medication Questionnaire: BMQ) ของ (Horne et al., 1999) เนื่องจากข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการของงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก และด้านลบ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

3.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

3.3.1 ความหมายของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความรู้ไว้หลายประการ ดังนี้

(อูมา จันทรวิเศษ, 2539) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ความรุนแรงของโรคว่า เป็นการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม เช่น ผลกระทบทางด้านร่างกาย ความพิการ และความตาย ส่วนผลกระทบด้านสังคม เกี่ยวกับการงาน ครอบครัว

(H. M. Becker, 1974) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ความรุนแรงของโรคว่า เป็นการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคมี่อันตรายต่อร่างกายอันจะก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลา เสียเงินในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจ และการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคมามากขึ้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบ หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อน

3.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความร่วมมือในการรับประทานยา

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คือการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบว่ามีอันตรายต่อร่างกายอันจะก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลา เสียเงินในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออดต้นจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคมามากขึ้น เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าอาการของโรครุนแรงมากขึ้นจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูง (อัญชลี ชูจิต, 2556) ฉะนั้นหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัวก็จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี สอดคล้องกับการศึกษา(สุมาลี วัจนกร et al., 2550) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาได้ร้อยละ 16 ($R^2=.16$, $p<.01$) (จิตติมา ภูริทัตกุล, 2547) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 57.3 ($p<.001$) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญ ($r=.708$, $p<.01$) (ฐิติกานต์ กาลเทศ & นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.207$, $p<.05$) (ครรชิต รัตนประยูร, 2555) พบว่า การรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทาน



694564393

CD :Thesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.244$) และ(เปียนุช เสาวภาคย์, 2549) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับ น้อยมีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทายตามแผนการรักษาเป็น 2.15 (95% CI=1.13-4.08, $p<.01$)

ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของโรค จึงน่าจะทำนายความร่วมมือในการรับประทายยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้

3.3.3 การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค

1) แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ของ (ระพิน ผลสุข & นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2551) โดยประยุกต์มาจาก ,(สมัยพร อาชาล, 2543) เป็นประเมินการรับรู้ความรุนแรงในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สร้างขึ้นตามแนวคิดของ (H. M. Becker, 1974) จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 4 ข้อ และ ทางลบ 2 ข้อ ใช้มาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงเท่ากับ .96 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .87

2) แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของ (Shephard, 2004) โดยนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย(ดวงทิพย์ บินไทยสงค์ et al., 2556) เป็นแบบประเมินการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog scale) ลักษณะเป็นมาตราวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ คะแนนตั้งแต่ 67 ขึ้นไปแสดงว่ามีการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก เพื่อใช้ประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ นำส่ง นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินเท่ากับ .84

3) แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของ (รุ่งอรุณ จันทร์น้อย, 2555) ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็นของประชากรต่อโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .731

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของ (รุ่งอรุณ จันทร์น้อย, 2555) เนื่องจากข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยามเชิงปฏิบัติการของงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 10 ข้อเป็นข้อคำถามด้านบวก และข้อคำถามด้านลบ โดยมีการปรับคำตอบจากแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 3 ระดับเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ

3.4 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ

3.4.1 ความหมายของความรู้

ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความรู้ไว้หลายประการแตกต่างกัน ดังนี้



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

(ฉบับราชบัณฑิตยสถาน., 2554) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ ความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติ วิชาในแต่ละสาขา เช่น ความรู้เรื่องสุขภาพ

(กิริติ บุญเจือ, 2542) ได้ให้ความหมายว่า ความรู้คือข้อเท็จจริง ความจริง หลักการและข้อมูลในขอบเขตทางสติปัญญาของมนุษย์ที่สะสมไว้โดยอาจได้จากประสบการณ์หรือการค้นหาและในทางปรัชญา ความรู้คือประสบการณ์ที่จัดระบบระเบียบซึ่งในกระบวนการของจัดระเบียบ มีทั้งความจำ ความคิด และการใช้เหตุผลร่วมด้วย

(บุญชม ศรีสะอาด, 2543) ได้ให้ความหมายของความรู้ เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ ข้อมูลต่าง ๆ ที่มนุษย์มีความสามารถรับรู้ไว้ในสมอง และรวบรวมจากประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งวัดได้จากความสามารถในการระลึกได้ของมนุษย์

(Pandian et al., 2005) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้

(H. M. Becker, 1974) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า ความรู้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านสติปัญญา และความรู้สึกที่ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคอย่างชัดเจน ความรู้ยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพเพื่อป้องกัน และหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยซึ่งเป็นการกระทำด้วยความเชื่อว่าจะทำให้ตนมีสุขภาพดี ความรู้เรื่องโรคจึงเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค และส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง

(Good, 1973) ได้ให้ความหมายความรู้ว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง ความจริง หรือกฎเกณฑ์ที่มนุษย์ได้รับและรวบรวมสะสมได้จากประสบการณ์ต่าง ๆ บางส่วนได้มาจากการประเมินผลของสมอง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความรู้ คือ ความเข้าใจอย่างถูกต้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเกี่ยวกับลักษณะของโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อนและวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ

3.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความร่วมมือในการรับประทานยา

ความรู้ เป็นแหล่งประโยชน์ด้านสติปัญญา และความรู้สึกที่ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคอย่างชัดเจน ความรู้ยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรม



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

สุขภาพที่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพเพื่อป้องกัน และหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยซึ่งเป็นการกระทำด้วยความเชื่อว่าจะทำให้ตนมีสุขภาพดี ความรู้เรื่องโรคจึงเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค และส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง ((H. M. Becker, 1974) ความรู้เรื่องโรคและการรักษา เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (มณีศรีวงศ์กุล, 2554) (มณฑา เก่งการพานิช, 2555) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลอำเภอสามโก้ จังหวัดสุรินทร์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ($p=.004$) และจากการศึกษาของ (Sloma et al., 2010) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ และโรคสมองขาดเลือดชั่วคราว มีความรู้อยู่ในระดับต่ำเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ จากการใช้ยาต้านเกร็ดเลือดและยาละลายลิ่มเลือด ฉะนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีความรู้มากเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ จึงมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของ (อัจฉรา นนनुศาสตร์, 2553) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย ($r=.184, p<.015$) (กัญญา จันทรใจ et al., 2557) พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอสแอลอีและการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย ($r=.56, p<.001$) และ(ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด, 2554) พบว่า ความรู้สามารถร่วมกันทำนายความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 8.6 ($R^2=.086, p<.05$)

ดังนั้นความรู้จึงน่าจะสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้

3.4.3 การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ

1) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของ Shepphard แปลเป็นภาษาไทย โดย (นิภาพร ภิญญาศรี, 2551) เป็นแบบประเมินด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog scale หรือ Graphic rating scale) ใช้วัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1 ข้อคำถาม โดยคำถามมีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร ด้านซ้ายสุด เขียนว่า“ไม่แน่ใจ” มีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์ และด้านขวาสุด เขียนว่า“แน่ใจมากที่สุด” มีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนน มีความเที่ยงเท่ากับ .80

2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ของ (Sloma et al., 2010) แปลเป็นภาษาไทยโดย (จิราวรรณ วิริยกิจไพบูลย์ & ชนกพร จิตปัญญา, 2559) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 17 ข้อ เป็นข้อคำถามที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 13 ข้อ



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

และข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 4 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .73

3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของ(อุมพร แซ่กอ, 2552) ตามแนวคิดของ (Pandian et al., 2005) และคณะ ดัดแปลงโดย(พรสวรรค์ คำทิพย์, 2556) ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อคำถามมีลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ เพื่อใช้ประเมินความรู้ของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีค่า KR-20 เท่ากับ .88

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของ (พรสวรรค์ คำทิพย์, 2556) เนื่องจากข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำถามแบบปลายเปิด 2 ตัวเลือก ลักษณะคำตอบคือ ใช่ และไม่ใช่

3.5 ภาวะซึมเศร้า

3.5.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไว้หลายประการแตกต่างกัน ดังนี้

(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ภาวะซึมเศร้าเป็นความรู้สึกเศร้า เฉื่อยชา รู้สึกว่างเปล่าที่รุนแรงกว่าความรู้สึกโศกเศร้าเสียใจ รู้สึกหมดแรง รู้สึกผิด กินไม่ได้ ถ้าเป็นระยะเวลานานจะมีผลเสียต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน

(Beeber & McCorkle, 1998) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ เบื่ออาหารนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย มีความคิดทางลบกับตนเอง มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดน้อยลงไม่มีความหวัง มองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่รู้สึกหม่นหมอง หดหู่ เศร้าใจ ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกายเปลี่ยนแปลง มีการทำหน้าที่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบทบาททางสังคมเปลี่ยนแปลง

3.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการรับประทานยา

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์ซึมเศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ((Beeber & McCorkle, 1998) ถ้าเป็นระยะเวลานานจะมีผลเสียต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ((กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยคือ ไม่สนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองไม่รับประทานอาหารหรือยา ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือใน



694564393

การรับประทานยาต่ำ (Organization, 2013) (วีระชัย จิตภักดี, 2558) ได้ทำการศึกษาความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านในระยะเวลา 1 เดือน พบว่าร้อยละ 55.8 มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าจากการเยี่ยมบ้านในครั้งแรก (คิดเป็นอาการวิตกกังวลร้อยละ 19.2 และอาการซึมเศร้าร้อยละ 51.9) สอดคล้องกับการศึกษาของ(มณฑล ว่องวันดี, 2552) พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 28.8 โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีจะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และไม่สนใจในการดูแลตนเอง ฉะนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีที่มีภาวะซึมเศร้าจึงมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ (O'Carroll et al., 2011) พบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา (รสมาลิน ชาบรรทม, 2550) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .155, p = .007$) การศึกษา แ. จ. จงลักษณ์ ทวีแก้ว (2558) พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.196, p < .05$) การศึกษาของ (อิสริย์กร สุรศรีสกุล, 2555) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.266, p < .05$) และการศึกษาของ (ระพิน ผลสุข, 2555) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลทางตรงด้านลบต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากที่สุด ($r = -.40, p < .05$)

ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงน่าจะสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีได้

3.5.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า

ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจนั้น สามารถประเมินได้หลากหลายวิธี

1) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) พัฒนาโดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาลและคณะ เป็นแบบคัดกรองค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า ใช้สัมภาษณ์เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าใน 2 สัปดาห์ โดยคำตอบมี 2 แบบคือ มีและไม่มี เมื่อนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถามไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 4 ภาค และกรุงเทพมหานคร จำนวน 126 ราย เพื่อศึกษาความเหมาะสมในการนำไปใช้ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) กับการวินิจฉัยของแพทย์มีค่าเท่ากับ .389 ที่ระดับนัยสำคัญ .01 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

2) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ของ The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale แปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปันดี และสมพร เตรียมชัยศรี (2553)



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ.89

3) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 ข้อ (9 Q) ทรณินทร์ กองสุข และคณะ (2549) ได้ประเมินระดับความรุนแรงของการซึมเศร้าที่ตรงกับบริบทของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยจุดตัดคะแนนที่ 7 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้า เป็นแบบประเมินแบบ 9 ข้อ มีความแม่นยำตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อย มีจำนวนข้อไม่มาก เหมาะสำหรับการประเมินอาการของโรค เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานระดับสากล โดยพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .82 มีค่าความเที่ยงในระดับดีมาก และมีความจำเพาะค่อนข้างสูง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 ข้อ (9 Q) ของ ทรณินทร์ กองสุข และคณะ (2549) เนื่องจากข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการของงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ

3.6 สัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล

3.6.1 ความหมายของสัมพันธภาพ

(Mechanic, 1998) ได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพของการรักษาผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ที่ทำการรักษา (trust) หมายถึง ความเชื่อถือต่อแพทย์ ซึ่งประกอบไปด้วย ความสัมพันธ์อันดีในระดับบุคคล ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ที่ทำการรักษา ซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จในการรักษา

(Steven, 2000) ได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพของการรักษาผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ที่ทำการรักษา หมายถึง ความศรัทธา และเชื่อถือที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ในหลายองค์ประกอบโดยเฉพาะความเชื่อและความคาดหวังว่าแพทย์จะทำการรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ที่แพทย์มีต่อคนไข้ในด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาของโรค ความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย มีความน่าเชื่อถือสามารถสื่อสารให้คนไข้เข้าใจได้เป็นอย่างดี รวมทั้งเก็บข้อมูลของผู้ป่วยเป็นความลับ

(Peplau, 1992) ได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วย เป็นกระบวนการต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยบุคคลหนึ่งเป็นพยาบาลที่มีความรู้ ความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาล และอีกบุคคลหนึ่งเป็นผู้ป่วยซึ่งมีปัญหาและต้องการรับบริการจากพยาบาล

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สัมพันธภาพกับแพทย์ หรือพยาบาล หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์ หรือพยาบาล โดยที่แพทย์หรือพยาบาลได้ใช้ความรู้ และทักษะ ในขณะที่ให้การพยาบาลแก่



694564393

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตามปัญหา ความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมีความมั่นใจในความสามารถและความรู้เรื่องโรคและยาโรคหลอดเลือดสมองของแพทย์และพยาบาล ประเมินได้จากแบบประเมินสัมพันธภาพในการรักษาผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์

3.6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาลกับความร่วมมือในการรับประทานยา

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยที่มีการสื่อสารพูดคุยให้คำแนะนำและให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อการรักษาโรคจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง (Organization, 2003) และการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ กับผู้ป่วยทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับยาไม่เพียงพอ (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์เป็นตัวทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ (Backer & Evans, 1993) สอดคล้องกับการศึกษา(ศิริมาศ บุญประसार, 2539) ที่พบว่าสัมพันธภาพที่ดีก่อให้เกิดความไว้วางใจ ความเชื่อมั่น การยอมรับ และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน ซึ่งนำไปสู่ความมั่นใจในการดูแลรักษาของแพทย์และเจ้าหน้าที่ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความร่วมมือในการรับประทานยาและ (กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล, 2549) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยา ฉะนั้นการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีสัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาลที่ดีจึงมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ (ปณิติตา เพ็ญพิมล et al., 2559) พบว่า การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์สามารถทำนายความผันแปรของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ร้อยละ 17.7 ($R^2=.177$, $p<.05$) และการศึกษาของ (วรรณ คล้ายหงษ์ et al., 2559) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 28 ($R^2=.28$, $p<.01$)

ดังนั้นสัมพันธภาพกับแพทย์ หรือพยาบาลจึงน่าจะสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้

3.6.3 การประเมินสัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล

1) แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างคุณและบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ หมอ และพยาบาล ของ (Schneider & others., 2004)แปลเป็นภาษาไทยโดย(จิตรรัตน์ สุจิตธรรม, 2553) ประกอบด้วย 15 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ ใช้วัดสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ หมอ พยาบาล และเภสัชกร ที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา



694564393

CD IThesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ด้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ โรงพยาบาลตากสิน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .70

2) แบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย โดย(กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล, 2549) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ แบ่งเป็น 5 หมวด ได้แก่ ความรู้สึกถึงการดูแลเอาใจใส่ของบุคลากรทางการแพทย์ ความสะดวกใจในการบอกความลับ และขอคำปรึกษาในเรื่องของการรับประทานยาและปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ความเชื่อมั่นในความรู้และความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การรักษา การยอมรับบอกความจริงเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา ความมั่นใจในแผนการรักษาที่กำลังได้รับอยู่ในปัจจุบัน และการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยต่อบุคลากรทางการแพทย์ ใช้วัดสัมพันธภาพระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษากับผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีค่าความเที่ยงโดยวิธีวัดความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .71

3) แบบวัดสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วย โดย (จिरนนพิพทธิ, 2553) ตามแนวคิดสัมพันธภาพของซิลตันและเพบพลาว ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น Rating scale 4 ระดับ ใช้วัดสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วยกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81

4) แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ โดย พิมพ์ผกา กิตติวงศ์อิน (2556) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นโดย อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ตามแนวคิดของ Risser (1975) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ใช้วัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินสัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาลโดยใช้แบบวัดสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วย โดย พิมพ์ผกา กิตติวงศ์อิน (2556) เนื่องจากข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการของงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

4. แนวคิดความร่วมมือในการรักษาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนด ปัจจัยของความร่วมมือในการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยไว้ 5 ด้าน คือ

1) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประกอบด้วย เศรษฐฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำ ความไม่รู้หนังสือ ระดับการศึกษาที่ต่ำ การว่างงาน ความเป็นอยู่ที่ห่างไกลจากการรักษา ค่าใช้จ่ายในการขนส่ง ค่าใช้จ่ายของยาที่สูงขึ้น วัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา และปัจจัยทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ และสภาวะทางสุขภาพ



2) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ที่ได้แก่ ความรู้และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ขาดเครื่องมือทางคลินิกที่ช่วยผู้เชี่ยวชาญในการประเมินปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

3) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ระดับความพร้อมของร่างกาย จิตใจ สังคมและอาชีพ อัตราการดำเนินไปของโรคและความรุนแรงของโรค และโรคร่วม เช่น ภาวะซึมเศร้า

4) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ความซับซ้อนของการรักษา ระยะเวลาของการรักษา ความล้มเหลวของการรักษาก่อนหน้านี้ หรือการเปลี่ยนแปลงการรักษาบ่อยครั้ง

5) ปัจจัยด้านผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้ ทศนคติความเชื่อ การรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วย การหลงลืม ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ มีแรงจูงใจต่ำ ความรู้ไม่เพียงพอในการจัดการกับอาการของโรคและการรักษา ความเชื่อเชิงลบเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษา การปฏิเสธโรค ปฏิเสธการวินิจฉัย ขาดการรับรู้ของความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ความเข้าใจผิดของคำแนะนำในการรักษา ((Organization, 2003)

ในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดความร่วมมือในการรักษาขององค์การอนามัยโลก (Organization, 2003) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย และใช้การทบทวนวรรณกรรมในการคัดเลือกตัวแปรที่ต้องการศึกษา ดังต่อไปนี้ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ นิสิตคัดเลือกศึกษาปัจจัยด้านอายุ เนื่องจากมีการศึกษา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ (น. จ. วรนนัน คัลัยหงษ์, และวิภาพรรณ วิโรจน์รัตน์, (2559) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และทีมสุขภาพ นิสิตเลือกศึกษาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์หรือพยาบาล เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์หรือพยาบาลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล, 2549) ปัจจัยด้านสถานการณ์ นิสิตเลือกศึกษาภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยา (Manning and Ann Bettencourt (2011) แ. จ. จงลักษณ์ ทวีแก้ว (2558) ปัจจัยด้านผู้ป่วย นิสิตได้เลือกศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา และความกังวลเกี่ยวกับยา ความรู้ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา (นันทิยา แสงทรงฤทธิ์, 2557) การศึกษาความกังวลเกี่ยวกับยาพบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับยามีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาได้มากที่สุด (แ. ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ (2559) ความรู้เกี่ยวกับโรค พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา (ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด, 2554) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่าง



694564393

มีนัยสำคัญทางสถิติ (ครรรชิต รัตนประยูร, 2555) และปัจจัยด้านการรักษา สำหรับปัจจัยด้านนี้สถิติไม่ได้ทำการศึกษาเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา

5. บทบาทของพยาบาลกับความร่วมมือในการรับประทานยา

การที่ผู้ป่วยจะดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพนั้นจะต้องอาศัยการปฏิบัติตัวและตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบต้องอาศัยความพยายามและความสามารถในการดูแลตนเองโดยการรับประทานยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตีบตลอดชีวิตผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรับประทานยาทุกชนิด ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทช่วยเหลือผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบให้มีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539) หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพมีดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Assessment)

1.1 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องครบถ้วนทันทีที่ได้รับไว้ในความดูแล การติดตามเฝ้าระวังและการประเมินปัญหา/ความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดการดูแล จนกระทั่งจำหน่ายจากการดูแล

1.2 การรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแล/การพยาบาลที่กำหนด และข้อมูลนั้นมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล รวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผลการพยาบาล

2. การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ (Symptom Distress Management) หมายถึง การช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ ทั้งอาการรบกวนด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการที่คุกคามชีวิตและอาการคลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ วิดกกังวล กลัว เป็นต้น

3. การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety)

3.1 การจัดการให้ผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งด้านกายภาพชีวภาพ เคมี รังสี แสงและเสียง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกมัด การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3.2 การจัดการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาลให้มีเพียงพอ พร้อมใช้งานในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากอุปกรณ์ไม่พร้อมหรือไม่ปลอดภัย



3.3 การจัดการ การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน หรือแนวทางที่กำหนดเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำงาน

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล (Prevention of complication) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลใดๆ ที่เป็นไปเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย หรือแต่ละกลุ่มโรค/ อาการ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วย เช่น การป้องกันอันตรายจากการใช้ยาบางชนิด การให้เลือด การให้ออกซิเจน การห้ามเลือด การจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วย/ อวัยวะด้วยวิธีต่าง ๆ เป็นต้น

5. การให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องการส่งต่อแผนก การรักษาพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยทั้งการส่งต่อภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลหรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งการช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย

6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการและครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือ การสื่อสารเพื่อให้ความรู้สร้างความเข้าใจ และการฝึกฝนทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การใช้ยา การปฏิบัติตนตามการรักษา การขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการมาตรวจตามนัดทั้งนี้ รวมถึงการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ด้วย เช่น การอธิบายก่อนลงนามยินยอมให้การรักษาพยาบาล หรือก่อนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลแห่งอื่นและการแจ้งข่าวร้ายกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต

7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ (Enhancement of patient satisfaction) กิจกรรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสัมพันธภาพ และการสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการด้วยบุคลิกภาพที่เหมาะสมโดยเฉพาะเกี่ยวกับการช่วยเหลือเอาใจใส่ การให้ข้อมูลและการตอบสนองความต้องการ/ ความคาดหวังของผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม (บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงานของพยาบาล, 2562)

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

(สุมาลี วัจนกร et al., 2550) ศึกษาถึงพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 90 คน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา



694564393

CD IThesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ($R^2 = .16$, $p < .01$)

(ปิยนุช เสาวภาคย์, 2549) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตต่ำมีความเสี่ยงที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตจะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 2.15$, 95% $CI = 1.13-4.08$, $p < .01$) การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำอาจทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 3.25$, 95% $CI = 1.78-5.92$, $p < .001$) การรับรู้อุปสรรคในระดับสูงอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 6.61$, 95% $CI = 1.73-21.87$, $p < .01$)

(จิราวรรณ วิริยกิจไพบูลย์ & ชนกพร จิตปัญญา, 2559) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การรับรู้ประโยชน์ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่รักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลมหาสารคามจำนวน 159 คน พบว่าการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 57.11$, $SD = 11.58$) ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .274$, $r = .539$, และ $r = .506$) $p < .01$ ตามลำดับ ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ($r = -.368$)

(รสมาลิน ชาบรรทม, 2550) ศึกษาผลของภาวะซึมเศร้าต่อความร่วมมือในการใช้ยา และการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 300 คน พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล โดยลดความสามารถของผู้ป่วยที่จะร่วมมือต่อแบบแผนการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .191$, $p < .05$)

(อิสริย์กร สุศรีสกุล, 2555) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายถึงความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี พบว่าการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .187$, $.306$, $.171$ และ $.319$ ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.341$ และ $r = -.266$) การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม และการรับรู้ความรุนแรง สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ร้อยละ 21.0



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

(นภาพร รุจิเสถียร, 2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยากับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 82 รายที่มาตรวจที่คลินิกต่อมไร้ท่อและคลินิกอายุรกรรม ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การรับรู้อาการ ($r=-.32, p=.03$) การรับรู้ผลที่ตามมาจากความเจ็บป่วย ($r=-.36, p=.03$) ความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ($r=-.40, p=.01$) การรับรู้ความจำเป็นเกี่ยวกับยา ($r=.26, p=.05$) ความกังวลเกี่ยวกับยา ($r=-.43, p=.01$)

(นันทิยา แสงทรงฤทธิ์, 2557a) ศึกษาปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 75 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52 มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73.3 มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก ร้อยละ 60 ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมากกว่า 1 ปีขึ้นไป และร้อยละ 88 มีโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ซึ่งการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยาสามารถร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 22.6 ($R^2=.226, p<.05$) โดยพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับยา สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากที่สุดรองลงมา คือ การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

(คลีพัตรา ไชยศรี et al., 2556) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยา จำนวน 108 คน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 99.1 มีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับเหมาะสมมาก และร้อยละ 95.37 มีความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 4.3 ($R^2=.043, p<.05$) ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาที่เป็นโรคพบว่า ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

(สุนสมบัติ, 2560) ศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์ของการรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 198 คน พบว่า ระดับความรุนแรงของโรค และฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

(วรนน คัลยาหงษ์ et al., 2559) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 92 ราย พบว่า อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอได้ร้อยละ



ละ 48.7 ($R^2=.487$, $p<.001$) ตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดเรียงตามลำดับ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta=.519$, $p<.001$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.290$, $p<.001$) และ อายุ ($\beta=.236$, $p<.01$)

(กึ่งหลี่, 2561) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 70 คน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ส่วนใหญ่มีความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 35.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($R^2= .351$, $p<.05$) และปัจจัยส่วนบุคคลไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

(O'Carroll et al., 2011) ศึกษาปัจจัยทำนายเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกทุกชนิด จำนวน 180 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 15 เดือน ไม่ได้อาศัยในสถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วย และพักอยู่ในระยะ 50 ไมล์จากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการให้ความร่วมมือในการรักษาต่ำ ประกอบด้วย อายุน้อย ความกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดลดลงและการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาด้วยยาต่ำ

(Croquelois & Bogouslavsky, 2006) ศึกษาการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกทุกชนิด ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วประมาณ 3 เดือน และมารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก จำนวน 146 คน พบว่าความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยยังไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยร้อยละ 26.8 ไม่ได้ไปพบแพทย์เลยในระหว่างที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าผู้ป่วยที่ได้ติดตามเยี่ยมมากกว่าร้อยละ 50 มีระดับความดันโลหิตสูง

(Bushnell et al., 2011) ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว 1 ปี ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว 160 โรงพยาบาลหลังจำหน่าย 12 เดือน มีการหยุดใช้ยาเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำหลังจำหน่าย และมีความร่วมมือในการใช้ยาหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ดูแล พบว่า ร้อยละ 88.4 ของผู้ป่วย มีความร่วมมือในการรับประทานยา 86.8%

(Bushnell et al., 2010) ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 3 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว ที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Antiplatelet) ยาละลายลิ่มเลือด (Warfarin) ยาลดความดันโลหิตสูง (Antihypertensive) ยาลดไขมันในเลือด (Lipid-Lowering therapies) หรือยารักษาโรคเบาหวาน (Diabetes medications) หลังจากจำหน่ายออก



จากโรงพยาบาล 3 เดือน พบว่า 75.5% มีการใช้ยาเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอย่างสม่ำเสมอ ความร่วมมือในการใช้ยาหลังจากจำหน่าย 3 เดือนมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น จำนวนของยาที่ใช้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การทำงาน การเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ใช้ และขนาดของโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

(Glader et al., 2010b) ได้ศึกษาความร่วมมือของการใช้ยาหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2 ปี ศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนที่จะเป็นโรคสมองขาดเลือด เพื่อติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่องในประเทศสวีเดน พบว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 ปี มีการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงร้อยละ 74.2 ยาลดไขมันร้อยละ 56.1 ยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 63.7 และยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 45

(Wei et al., 2010) ได้ศึกษาการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันซ้ำในประเทศจีน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 ถึง 12 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงร้อยละ 63 ยาต้านการแข็งตัวของเลือดร้อยละ 81 และยาลดไขมันร้อยละ 31 โดยยาลดความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจตามนัด และการใช้ยาด้านเกร็ดเลือด และยาลดไขมันในหลอดเลือดมีอัตราการใช้ลดลงร้อยละ 66 และ ร้อยละ 17 ใน 12 เดือนหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมีความสัมพันธ์กับการมาพบแพทย์ของผู้ป่วย

(Hamann et al., 2003) ได้ทำการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ประเทศเยอรมัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว ในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง 23 พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 12 ที่ได้รับการตรวจเพื่อติดตามการรักษาหลังจาก 1 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 96 มีความร่วมมือในการใช้ยาโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาแอสไพริน โคพิโดเกรล และยาด้านการแข็งตัวของเลือด หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล 3 เดือน พบการใช้ยาร้อยละ 92.6, 81.1 และ 85.2 ตามลำดับ และหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 ปี พบการใช้ยาแอสไพริน โคพิโดเกรล และยาด้านการแข็งตัวของเลือดร้อยละ 84, 61.6 และ 77.4 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยทั้งหมดได้มีการเปลี่ยนยาจากแอสไพรินเป็นโคพิโดเกรล ภายใต้อาการสังเกตที่สังเกตได้แสดงให้เห็นว่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมากสำหรับยาแอสไพรินและโคพิโดเกรลหลังจาก 1 ปี ผู้ป่วยส่วนมากมีการหยุดการใช้ยาเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

(Sappok et al., 2001) ได้ทำการศึกษาความร่วมมือในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หรือโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว และได้รับยาด้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า หลังจาก 1 ปีผู้ป่วยร้อยละ 13.4 เสียชีวิต และร้อยละ 4.5 ไม่มาตรวจตามนัด ผู้ป่วยร้อยละ 87.6 ยังคงมีการใช้ยาด้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

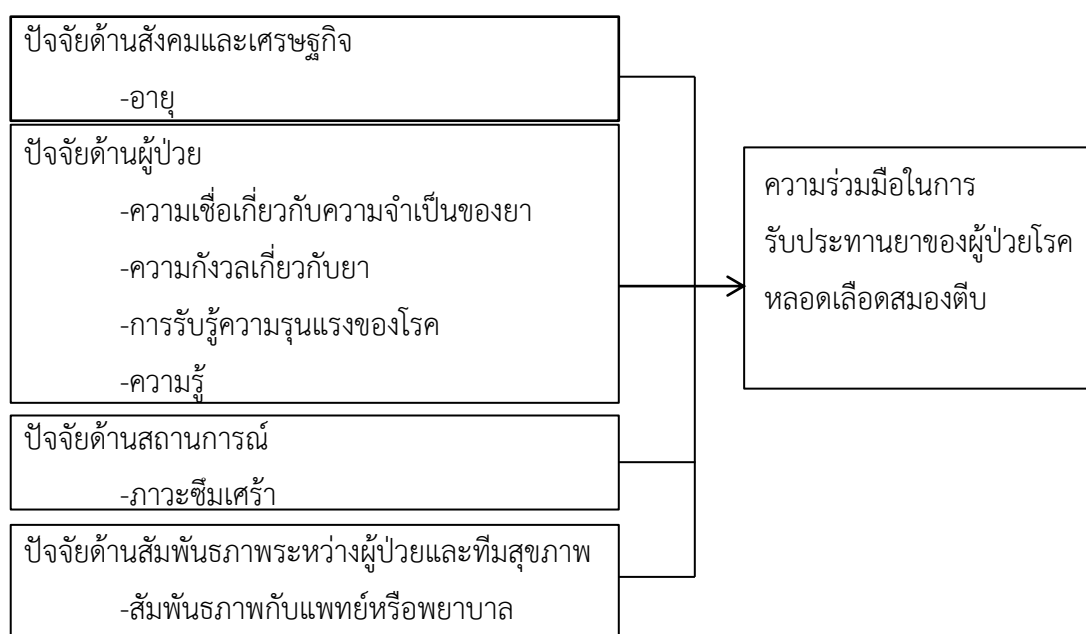


694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

สูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 90.8, 84.9 และ 70.2 ยังคงมีการใช้ยาเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรค จากการศึกษพบว่าความร่วมมือในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับอายุ (OR 1.03, 95% CI 1.00 to 1.06) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในขณะที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล (OR 1.09, 95% CI 1.00 to 1.20) และ โรคหลอดเลือดหัวใจ (OR 4.13, 95% CI 1.23 to 13.83) ซึ่งสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้

7. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย ตามแนวคิดของ WHO (2003)

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงทำนาย เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาและศึกษาปัจจัยทำนายของอายุ ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา ความกังวลเกี่ยวกับยา การรับรู้ ความรุนแรงของโรค ความรู้ ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกแผนกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ อย่างน้อย 3 เดือน ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1) ผู้ป่วยมีความจำปกติ และผ่านการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง Thai Mental State Examination (TMSE) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป อายุ 18-59 ปี ได้รับยารักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรือได้รับยาที่ใช้เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ หากพบผู้ป่วยมีคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน ผู้วิจัยปรึกษากับพยาบาลประจำคลินิกเพื่อหาแนวทางในการดูแลต่อไป

2) ไม่มีความพิการหรือมีความพิการด้านการเคลื่อนไหวไม่เกิน Hemiplegia โดยผ่านการประเมินด้วยแบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวตามแนวทางของ ICF สามารถจัดยารับประทานได้ด้วยตนเอง และไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช ได้แก่ Schizophrenia, Adjustment disorder

3) เข้าใจภาษาไทยและสามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อำนาจทดสอบ 80% ขนาดอิทธิพล $R=.3$ ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 136 คน และผู้วิจัยได้พิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันหากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบรวมได้กลุ่มตัวอย่าง 163 คน



694564393

CD IThesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างเลือกโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ตัวแทนที่ดีของประชากรโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เลือกโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐและมหาวิทยาลัยที่มีแผนกผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมองในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวนมาก เป็นหน่วยประชากรขนาดใหญ่จึงเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลวชิระ สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลเลิศสิน และโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี
2. เลือกสุ่ม 2 โรงพยาบาลใน 12 โรงพยาบาล โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sampling Without Replacement) ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยา
3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการคัดเลือกตามสะดวก (Convenience Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติตามในการคัดเลือกเข้าที่ศึกษาไว้ จากโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 80 คน สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 83 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 163 คน

ตารางที่ 1 สรุปสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล (n=163)

รายชื่อโรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแต่ละวัน (โดยประมาณ)	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละวัน (โดยประมาณ)	จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
โรงพยาบาลราชวิถี	20-80 คน	3-18 คน	80 คน
สถาบันประสาทวิทยา	100-120 คน	10-20 คน	83 คน
รวม			163 คน



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษาวิจัย

1) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ของ (นิพนธ์ พวงรินทร์ และคณะ, 2536) เป็นเครื่องมือในการคัดกรอง วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม หรือใช้ศึกษาวิจัยผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำโดยเฉพาะผู้สูงอายุ หรือผู้ที่เกิดโรคระบบประสาทส่วนกลาง โดยมีหัวข้อย่อยเพื่อใช้ทดสอบความสามารถด้านความจำ แบบทดสอบมีทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความใส่ใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) ด้านภาษา (Language) และการระลึกได้ (Recall) คะแนนที่มีค่าเป็นไปได้ตั้งแต่ 0-30 คะแนน คะแนนมากกว่า 25 ถือว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม หรือปัญหาด้านความจำ ((สถาบันประสาทวิทยา, 2557)

2) แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวตามแนวทางของ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) โดยการตรวจร่างกายจากภาพลักษณะภายนอก ใบหน้าศีรษะ และลำตัว ตรวจกำลังกล้ามเนื้อ ในกรณีที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ตรวจการเคลื่อนไหวของ มือ แขน ขา เท้า โดยมีการประเมินการทำงานของมือ เท้า แขน ขา ในการทำกิจกรรมหลักในชีวิตประจำวัน (Activities Daily Living : ADL) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเดิน การเคลื่อนย้ายตนเอง การทำความสะอาดร่างกายตนเอง การแต่งตัว เป็นต้น และแปลผลตามความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้นๆ โดยแพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้วินิจฉัย ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย โดยความพิการต้องไม่เกิน Hemiplegia (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ

1.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว สิทธิการรักษา ยาที่รับประทานอยู่ในปัจจุบัน จำนวนครั้งการรับประทานยาในแต่ละวัน ผู้ช่วยเหลือในการรับประทานยา ทำการรวบรวมข้อมูลโดยผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

1.2) แบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ อาการอ่อนแรงของร่างกาย โรคร่วมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ชนิดของยา



694564393

CD IThesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

รับประทาน และเวลาที่รับประทานยาตามแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบในปัจจุบัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

2) แบบสอบถามความความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Adherence Report Scale: MARS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย (Horne & Weinman, 1998) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นภาพร รุจิเสถียร และประยุกต์ใช้วัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ และเพื่อประเมินความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการใช้ยา จำนวน 5 ข้อ มีระดับการวัด Rating scale 5 ระดับ ดังนี้

ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย	5	คะแนน
ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นนาน ๆ ครั้ง	4	คะแนน
ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบางครั้ง	3	คะแนน
ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นบ่อย ๆ	2	คะแนน
ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำ	1	คะแนน

คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน การแปลผลคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาใช้วิธีการหาอัตราภาคขึ้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนน ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) คือ

คะแนนช่วง 5-11.67	คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ
คะแนนช่วง 11.68-18.34	คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการรับประทานยาปานกลาง
คะแนนช่วง 18.35-25	คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง

3) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา (Belief about Medicine Questionnaire: BQM) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย (Horne et al., 1999) บนพื้นฐานของ Common sense model of self-regulation แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ความจำเป็นของยา และความกังวลเกี่ยวกับยา ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นภาพร รุจิเสถียรและประยุกต์ใช้วัดความเชื่อเกี่ยวกับยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

3.1) ด้านความจำเป็นของยา เป็นการวัดความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นหรือความต้องการในการใช้ยา (Necessity) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ใช้มาตราวัดแบบ Likert scale มี 5 ระดับ ดังนี้

ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง	5	คะแนน
ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น	4	คะแนน
ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความ	3	คะแนน
ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น	2	คะแนน
ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง	1	คะแนน



694564393

CD :Thesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

คะแนนความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา มีค่าที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 5-25 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยาสูง

3.2) ด้านความกังวลเกี่ยวกับยา เป็นการวัดความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยา (Concern) ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale มี 5 ระดับ ดังนี้

ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง	5	คะแนน
ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น	4	คะแนน
ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความ	3	คะแนน
ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น	2	คะแนน
ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง	1	คะแนน

คะแนนความกังวลเกี่ยวกับยา มีค่าที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 5-25 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีความกังวลจากการรับประทานยาสูง (นภาพร รุจิเสถียร, 2552)

4.แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) พัฒนาโดยธรรณินทร์ กองสุขและคณะ เป็นเครื่องมือประเมินและจำแนกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 9 ข้อ แบ่งการประเมิน 4 ระดับ คือ

ไม่มีเลย	0	คะแนน
เป็นบางวัน 1-7 วัน	1	คะแนน
เป็นบ่อย >7 วัน	2	คะแนน
เป็นทุกวัน	3	คะแนน

การแปลผล ถ้าคะแนน มากกว่า 13 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

5. แบบวัดสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วย โดย (กิตติวงศ์อิน, 2556) ดัดแปลงมาจาก อุมพร กาญจนรักษ์ ตามแนวคิดของ Risser ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น Likert scale 4 ระดับ ใช้วัดสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วยกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90

การให้คะแนน

เป็นจริงที่สุด	4	คะแนน
เป็นจริงค่อนข้างมาก	3	คะแนน
เป็นจริงน้อย	2	คะแนน
ไม่เป็นจริงเลย	1	คะแนน

การแปลผล

คะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ มีค่าที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 9-36 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับทีมสุขภาพดี ((กิตติวงศ์อิน, 2556)



694564393

6. แบบวัดความรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมและสร้างคำถามให้สอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 10 ข้อ

การให้คะแนน

ใช่	1	คะแนน
ไม่ใช่	0	คะแนน

การแปลผล คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0-10 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสูง

7. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาโดย (รุ่งอรุณ จันทร์น้อย, 2555) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยปรับลักษณะคำตอบจากเดิมเป็น Likert scale 3 ระดับ เป็น Likert scale 5 ระดับ

การแปลผลมีข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ

ข้อคำถามเชิงบวก			ข้อคำถามเชิงลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน	1	คะแนน
เห็นด้วย	4	คะแนน	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน	5	คะแนน

คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีค่าที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 10-50 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทุษณยาแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ได้รับการแก้ไขแล้วตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน คือ แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน และอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านความร่วมมือในการรับประทุษณยา 1 คน

ระดับการแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมี 4 ระดับ คือ 1, 2, 3, 4 ซึ่งแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย
- 2 หมายถึง มีความสอดคล้องน้อย คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงจึงจะมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย
- 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

สรุปข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ตารางที่ 2 ตารางแสดงข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแยกตามแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบ TMSE, ส่วนที่ 2 แบบสอบถามส่วนบุคคล, ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ	ให้คงเดิมข้อคำถาม
การปรับแก้	ไม่มีการปรับแก้ข้อคำถาม
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทุษณยา	
ข้อเสนอแนะ	ให้คงเดิมข้อคำถาม
การปรับแก้	ไม่มีการปรับแก้ข้อคำถาม

ตารางที่ 2 ตารางแสดงข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแยกตามแบบสอบถาม (ต่อ)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา

ข้อที่ 5 ยาที่ฉันรับประทานนั้น ช่วยป้องกันตัวฉันจากอาการของโรคที่เลวร้าย

ข้อเสนอแนะ คำถามดูโหดร้ายมากเหมือนโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่แย่มากๆ ผู้ป่วยอ่านแล้วอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้

การปรับแก้ ยาที่ฉันรับประทานอยู่นั้น ช่วยป้องกันตัวฉันลงจากอาการของโรคที่เลวลง

ข้อที่ 7 บางครั้ง ฉันกังวลกับผลของยาที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาวจากยาที่ฉันรับประทานอยู่

ข้อเสนอแนะ ควรปรับเป็นบางครั้ง ฉันกังวลกับยาที่ฉันรับประทานอยู่อาจเกิดผลในระยะยาว

การปรับแก้ บางครั้ง ฉันกังวลกับยาที่ฉันรับประทานอยู่อาจเกิดผลในระยะยาว

ส่วนที่ 6 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ ให้คงเดิมข้อคำถาม

การปรับแก้ ไม่มีการปรับแก้ข้อคำถาม

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อที่ 5 โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ทำให้สูญเสียความสามารถในการอ่าน

ข้อเสนอแนะ ควรปรับเป็น โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต “สามารถ” ทำให้สูญเสียความสามารถในการอ่าน

การปรับแก้ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตสามารถทำให้สูญเสียความสามารถในการอ่าน

ข้อที่ 6 โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตทำให้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้

ข้อเสนอแนะ ใช้คำว่า “อาจ” อาจทำให้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้

การปรับแก้ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตอาจทำให้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้

ข้อที่ 9 โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพราะแขนขาอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ข้อเสนอแนะ ใช้คำว่า “อาจ” อาจทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพราะแขนขาอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

การปรับแก้ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตอาจทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพราะแขนขาอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

จากการขอพิจารณาจริยธรรมจากสถาบันประสาทพบว่าข้อคำถามมีจำนวนมากเกินไปอาจส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ให้อข้อมูลที่แท้จริงผู้ให้พิจารณาลดข้อคำถามลงผู้วิจัยจึงได้พิจารณาตัดข้อคำถามออก 2 ข้อคำถาม จึงเหลือข้อคำถามในแบบสอบถามส่วนนี้ 10 ข้อ จาก 12 ข้อ



694564393

CD :Thesis 5877164136 thesis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ตารางที่ 2 ตารางแสดงข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแยกตามแบบสอบถาม (ต่อ)

ส่วนที่ 8 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล

ข้อเสนอแนะ ให้คงเดิมข้อคำถาม

การปรับแก้ ไม่มีการปรับแก้ข้อคำถาม

ส่วนที่ 9 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ ให้คงเดิมข้อคำถาม

การปรับแก้ ไม่มีการปรับแก้ข้อคำถาม

จากการขอพิจารณาจริยธรรมจากสถาบันประสาทวิทยา พบว่า ข้อคำถามมีจำนวนมากเกินไปอาจส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ให้อข้อมูลที่แท้จริงจึงให้ผู้ทำการวิจัยพิจารณาลดข้อคำถามลง ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาตัดข้อคำถามออก 4 ข้อ เหลือข้อคำถามในแบบสอบถามนี้ 10 ข้อจาก 14 ข้อ

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content validity index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า CVI ≥ 0.80

(Polit & Beck, 2004) $\geq .80-.99$ หมายถึง ระดับดี (Good)

1.0 หมายถึง ระดับดีเยี่ยม (Excellent)

ซึ่งสามารถคำนวณได้จากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

โดยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีรายละเอียด ดังนี้

แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา	CVI=1.00
แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา	CVI=0.80
แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	CVI=1.00
แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	CVI=1.00
แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล	CVI=1.00
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	CVI=1.00

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับยา แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปหาความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลราชวิถี และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ถ้าสัมประสิทธิ์มีค่าเท่ากับ .65-7.0 แสดงว่ายอมรับได้ในระดับต่ำ ค่าที่ได้มีค่าเท่ากับ .70-.80 แสดงว่ายอมรับได้ ค่าที่ได้มีค่าเท่ากับ .80-.90 แสดงว่าค่าที่ได้อยู่ในระดับดีมาก (DeVellis, 1999)

ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา นำมาวิเคราะห์ด้วยวิธี ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .748 ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความเชื่อเกี่ยวกับยา เท่ากับ .787 ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .879 ค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล เท่ากับ .784 ค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .832 เชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .748 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 ตารางแสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย (n= 30)

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา	.78
แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	.87
แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล	.78
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	.83
แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา	.74



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ตารางที่ 4 ตารางแสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย (n= 30)

แบบสอบถาม	Kuder-Richardson 20
แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุมัติหนังสือจากทางมหาวิทยาลัยเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมในหน่วยงานของโรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยา นำหนังสือขอพิจารณาจริยธรรมส่งพร้อมโครงร่างวิจัย ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดำเนินการขออนุมัติรวบรวมข้อมูล และขอรับการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และติดต่อประสานงานของกลุ่มงานพยาบาล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม และสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้โดยผู้วิจัยชี้แจงคุณสมบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลแก่ผู้ประสานงานของกลุ่มการพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาล

3. การเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยจะไปสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยดูจากใบนัดในวันเก็บข้อมูลและนำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง และในส่วนของสถาบันประสาทวิทยา ผู้วิจัยต้องไปคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากใบนัดก่อนล่วงหน้า 1 วัน และวันถัดมาจึงนำแบบสอบถามไปสอบถามกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง

4. ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเสนอขอรับการพิจารณาโครงร่างความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชวิถีและสถาบันประสาทวิทยาโดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมทั้งเครื่องมือวิจัยเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการ



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

พื้ทักษัธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่บังคับ และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัตึ้ที่กำหนดไว้ เมื่อได้รับการพิจารณาจริยธรรมแล้ว

2. ผู้วิจัยเข้าพบฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และนัดหมายวันในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เมื่อเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์กับกลุ่มตัวอย่างทีละคน ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรงตลอดเวลา และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเพื่อยินยอมเข้ารับการศึกษาด้วยตนเองตามความสมัครใจ หากมีข้อขัดข้องใดๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการทำแบบสอบถามได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิการรักษา ชนิดของยาที่รับประทานในปัจจุบัน จำนวนมือของการรับประทานยา ระยะเวลาของการเกิดโรค ลักษณะของการอ่อนแรง โรคร่วม ชนิดของยาและแบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อาการอ่อนแรงของร่างกาย โรคร่วมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ชนิดของยาที่รับประทาน และเวลาที่รับประทานยาตามแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบโดยการหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย อายุ ความเชื่อตามความจำเป็นของยา ความกังวลเกี่ยวกับยา ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล และภาวะซึมเศร้าวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

1. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบด้วยการคำนวณหาความสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Regression) ระหว่างตัวแปรทั้งหมดกับตัวแปรตาม โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการทำนาย

บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงทำนายเพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและศึกษาปัจจัยทำนายต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร โดยเครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม 9 ชุด ได้แก่ แบบทดสอบ TMSE (Thai Mental state Examination) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อายุ 18-59 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองตีบ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 136 คน ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยทำนายและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จากปัจจัยด้านอายุ ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา ความกังวลเกี่ยวกับยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้ ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล



694564393

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำแนกตาม
อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษา (n= 136)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	74	54.4
หญิง	62	45.6
ช่วงอายุ (Mean=51.28, SD=8.21, Median=54.05, Max=59.5, Min=19.08)		
18-28 ปี	6	4.4
29-39 ปี	5	3.6
40-50 ปี	34	25.1
51-59 ปี	91	66.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	1.5
ประถมศึกษา	39	28.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	8.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	22	16.2
ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา/ ปวส.	14	10.3
ปริญญาตรี	41	30.1
ปริญญาโท หรือสูงกว่า	6	4.4
สถานภาพ		
โสด	27	19.9
คู่	97	71.3
หม้าย/หย่า/แยก	12	8.8



694564393

CD :Thesis 5877164136 thesis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	32	23.5
ค้าขาย	8	5.9
รับราชการ	41	30.1
พนักงานบริษัท	13	9.6
เกษตรกรกรรม	11	8.1
รัฐวิสาหกิจ	7	5.1
ธุรกิจส่วนตัว	5	3.7
รับจ้างทั่วไป	19	14.0
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	30	22.0
10,001-15,000 บาท	14	10.3
15,001-30,000 บาท	39	28.7
30,001-50,000 บาท	21	15.4
50,001-100,000 บาท	22	16.2
มากกว่า 100,000 บาท ขึ้นไป	10	7.4
สิทธิการรักษา		
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	70	51.5
จ่ายเอง	20	14.7
ประกันสังคม	20	14.7
บัตรทอง	26	19.1



694564393

CD Thesiss 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร จำนวน 136 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.4 มีอายุเฉลี่ย 51.28 ปี (SD= 8.21) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.1 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 71.3 มีอาชีพรับราชการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.1 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 15,001-30,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.7 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาข้าราชการหรือวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 51.5

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (n=136)

ข้อมูลทางด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่รับประทาน		
ไม่ทราบ	4	2.9
ทราบ (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)	132	97.1
- ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด	43	32.6
- ยาลดความดันโลหิต	88	66.7
- ยาลดไขมันในเลือด	102	77.3
- ยาต้านการแข็งตัวของเลือด	98	74.2
จำนวนมือที่ผู้ป่วยรับประทานยา		
1 มือ	21	15.4
2 มือ	85	62.5
3 มือ	22	16.2
4 มือ	8	5.9
ชนิดของยาที่รับประทาน (ตามประวัติการรักษา)(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
กลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด	6	1.9
กลุ่มยาต้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด	124	39.4
กลุ่มยาลดความดันโลหิต	73	23.2
กลุ่มยาลดระดับไขมันในเลือด	112	35.5



694564393

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทางด้านสุขภาพ (ต่อ)

ข้อมูลทางด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนมือยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน (ตามประวัติการรักษา)		
1 มื้อ	52	38.2
2 มื้อ	53	39.0
3 มื้อ	24	17.7
4 มื้อ	7	5.1
จำนวนชนิดของยาที่รับประทานร่วมกัน (ตามประวัติการรักษา)		
2 ชนิด	43	31.6
3 ชนิด	57	41.9
4 ชนิด	19	14.0
ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
(Mean = 3.11 ปี, SD = 3.54 ปี, Median = 2.03 ปี, Min-Max = 3 เดือน - 16.08 ปี)		
3 เดือน - 6 เดือน	95	69.85
6 เดือน - 1 ปี	20	14.70
> 1- 3 ปี	50	36.76
> 3-5 ปี	20	14.70
> 5 ปีขึ้นไป	31	22.79
ร่างกายมีอาการอ่อนแรง		
ไม่มี	87	64
มี	49	36
กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง	1	0.7
แขน ขาซีกซ้ายอ่อนแรง	25	18.4
แขน ขาซีกขวาอ่อนแรง	23	16.9

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทางด้านสุขภาพ (ต่อ)

ข้อมูลทางด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคร่วม ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์		
ไม่มี	14	10.3
มี (หนึ่งคนเป็นได้มากกว่า 1 โรค)	122	89.7
ความดันโลหิตสูง	88	72.1
เบาหวาน	54	44.3
ไขมันในเลือดสูง	71	58.2
หัวใจเต้นผิดจังหวะ	16	13.1
โรคหลอดเลือดหัวใจ	18	14.6
จำนวนโรคปัจจัยเสี่ยงที่เป็นร่วมกัน (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหลอดเลือดหัวใจ)		
1 โรค	49	40.2
2 โรค	42	34.4
3 โรค	20	16.4
4 โรค	11	9.0

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับยาที่ตัวเองรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 97.1 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องรับประทานยา 2 มื้อต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 62.5 และยาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทาน คือ ยาลดไขมันในเลือด คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมา คือ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด คิดเป็นร้อยละ 72.1 ยาลดความดันโลหิต คิดเป็นร้อยละ 64.7 และยาลดระดับน้ำตาลในเลือด คิดเป็นร้อยละ 31.6 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้รับประทานยาต่อวัน (ตามประวัติการรักษา) 2 มื้อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39 และรับประทานร่วมกันอย่างมากที่สุด 3 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 41.9

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ อยู่ในช่วง 3-6 เดือน ถึงร้อยละ 69.85 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีอาการร่างกายอ่อนแรง คิดเป็นร้อยละ 64 สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรง

พบว่า มีแขน ขาซีกซ้ายอ่อนแรงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18.4 รองลงมา คือ แขน ขาซีกขวาอ่อนแรง ร้อยละ 16.9 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 89.7 โดยโรคร่วมที่เป็นมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 35.6 รองลงมา คือ ไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 28.7 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคที่มีปัจจัยเสี่ยงจำนวน 1 โรครวมกันมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.2 รองลงมา คือ 2 โรครวมกันร้อยละ 34.4

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (n = 136)

ปัจจัยทำนาย	ช่วง	Min	Max	\bar{x}	S.D
	คะแนน				
ความเชื่อตามความจำเป็นของยา	5-25	10.00	25.00	18.63	3.44
ความกังวลเกี่ยวกับยา	5-25	5.00	20.00	11.50	2.72
ความรู้	0-10	5.00	10.00	9.63	0.69
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	10-50	23.00	50.00	38.72	4.78
สัมพันธ์ภาพกับแพทย์หรือพยาบาล	9-36	21.00	40.00	30.42	4.04
ภาวะซึมเศร้า	0-27	0.00	6.00	2.26	1.67
ความร่วมมือในการรับประทานยา	5-25	13.00	25.00	23.61	2.05

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาเท่ากับ 23.61 (S.D. = 2.05) ซึ่งอยู่ในระดับสูง สำหรับปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่า ความเชื่อตามความจำเป็นของยามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.63 (S.D.= 3.44) ความกังวลเกี่ยวกับยามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.50 (S.D.= 2.72) ความรู้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.63 (S.D.= .69) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมียค่าเฉลี่ยเท่ากับ 38.72 (S.D.= 4.78) สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.42 (S.D.= 4.04) และภาวะซึมเศร้ามียค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.26 (S.D.= 1.67)



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองตีบ

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8
1.อายุ	1.00							
2.ความเชื่อตามความจำเป็นของยา	.180*	1.00						
3.ความกังวลเกี่ยวกับยา	.098	.066	1.00					
4.ความรู้	-.045	.062	.121	1.00				
5.การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.002	.159	-.029	.059	1.00			
6.สัมพันธ์ภาพกับแพทย์หรือ พยาบาล	.121	-.141	-.036	-.111	-.084	1.00		
7.ภาวะซึมเศร้า	-.056	.148	-.133	.097	.368**	.084	1.00	
8.ความร่วมมือในการรับประทาน ยา	.049	.230**	.029	.199**	.647**	-.074	.132	1.00

* $p < .05$

** $p < .01$

จากตารางที่ 8 พบว่า ความเชื่อตามความจำเป็นของยา ($r = .230$, $p < .01$) ความรู้ ($r = .199$, $p < .01$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r = .647$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r = .368$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และอายุ ($r = .180$, $p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อตามความจำเป็นของยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จากปัจจัยด้านอายุ ความเชื่อตามความจำเป็นของยา ความกังวลเกี่ยวกับยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้ ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธ์ภาพกับแพทย์หรือพยาบาล

ตารางที่ 9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการ กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) (n= 136)

	ปัจจัยทำนาย	R	R ²	Adjusted R ²	F	p-value
1	การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.647	.419	.414	96.46	.000
2	ความรู้	.667	.444	.436	6.172	.014
3	ภาวะซึมเศร้า	.679	.461	.448	3.982	.048
4	ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา	.692	.478	.462	4.413	.038
F= 4.413 (p<.05)						

จากตารางที่ 9 พบว่า ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้ ภาวะซึมเศร้า และความเชื่อตามความจำเป็นของยา โดยตัวแปร ทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ได้ร้อยละ 46.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<.05)

ตารางที่ 10 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนาย ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Stepwise multiple regression) (n= 136)

ปัจจัยทำนาย	b	S.E.	Beta	t	p-value
1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.854	.087	.671	9.824	.000
2 ความรู้	.974	.374	.165	2.601	.010
3 ภาวะซึมเศร้า	-.198	.090	-.151	-2.208	.029
4 ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา	.081	.038	.135	2.101	.039
Constant	.776	.505		1.536	1.27

R= .692 adjusted R²= .462 S.E.= .300

จากตารางที่ 10 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณในรูปแบบของคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรทำนายที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุด คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .671 รองลงมา คือ ความรู้ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .165 ภาวะซึมเศร้า มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -.151 และ ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .135 โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์พหุ (R) เท่ากับ .692 (R= .692) มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย (S.E.) เท่ากับ .300 ส่วนความกังวลเกี่ยวกับยา อายุ และ สัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

โดยสามารถสร้างสมการทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ดังนี้



694564393

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ

$$\hat{y} = .776 + .854X_1 + .974X_2 - .198X_3 + 0.81X_4$$

- \hat{y} = ความร่วมมือในการรับประทานยา
 X_1 = การรับรู้ความรุนแรงของโรค
 X_2 = ความรู้
 X_3 = ภาวะซึมเศร้า
 X_4 = ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{y^{\wedge}} = .671Z_{x1} + .165Z_{x2} - .151Z_{x3} + .135Z_{x4}$$

- $Z_{y^{\wedge}}$ = ความร่วมมือในการรับประทานยา
 Z_{x1} = การรับรู้ความรุนแรงของโรค
 Z_{x2} = ความรู้
 Z_{x3} = ภาวะซึมเศร้า
 Z_{x4} = ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา

ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง หากผู้ป่วยมีการรับรู้ที่โรคหลอดเลือดสมองตีบมีความรุนแรง มีความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมองตีบ ไม่มีภาวะซึมเศร้า และมีความเชื่อว่าจำเป็นต้องรับประทานยา



694564393

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ และศึกษาปัจจัยทำนายด้านอายุ ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา ความกังวลเกี่ยวกับยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้ ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จากปัจจัยด้านอายุ ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา ความกังวลเกี่ยวกับยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้ ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา ความกังวลเกี่ยวกับยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้ ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกแผนกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ อย่างน้อย 3 เดือน ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18-59 ปี มีระดับความรู้สีกตัวปกติ และผ่านการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง Thai Mental State Examination (TMSE) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป

2) ไม่มีความพิการหรือมีความพิการด้านการเคลื่อนไหวไม่เกิน Hemiplegia โดยผ่านการประเมินด้วยแบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวตามแนวทางของ International



694564393

CD :Thesis 5877164136 thesis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

Classification of functioning Disability and Health (ICF) สามารถจัดยารับประทานได้ด้วยตนเอง โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sampling without Replacement) จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 12 โรงพยาบาล มา 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการคัดเลือกตามสะดวก (Convenience Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติตามในการคัดเลือกที่ศึกษาไว้ จากโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 80 คน สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 82 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 162 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

เครื่องมือเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษาวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ของนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2536) เป็นเครื่องมือในการคัดกรอง วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม หรือใช้ศึกษาวิจัยผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำโดยเฉพาะผู้สูงอายุ หรือผู้ที่เกิดโรคระบบประสาทส่วนกลาง โดยมีหัวข้อย่อยเพื่อใช้ทดสอบความสามารถด้านความจำ แบบทดสอบมีทั้งหมด 6 ข้อ มีค่าเป็นไปได้ตั้งแต่ 0-30 คะแนน คะแนนมากกว่า 25 ถือว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม หรือปัญหาด้านความจำ ((สถาบันประสาทวิทยา, 2557) แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวตามแนวทางของ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) โดยแพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้วินิจฉัย ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย โดยความพิการต้องไม่เกิน Hemiplegia (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ทำการรวบรวมข้อมูลโดยผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Adherence Report Scale: MARS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย (Horne & Weinman, 1998) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นภาพร รุจิเสถียร และประยุกต์ใช้วัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ และเพื่อประเมินความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการใช้ยา จำนวน 5 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ มีความร่วมมือในการรับประทานยาค่ำ (5-11.67)



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

มีความร่วมมือในการรับประทานยาปานกลาง (11.68-18.34) มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง (18.35-25) หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .74

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา (Belief about Medicine Questionnaire: BQM) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย (Horne et al., 1999) บนพื้นฐานของ Common sense model of self-regulation แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ความจำเป็นของยา และความกังวลเกี่ยวกับยา ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นภาพร รุจิเสถียรและประยุกต์ใช้วัดความเชื่อเกี่ยวกับยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนี้

1. ด้านความจำเป็นของยา เป็นการใช้วัดความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นหรือความต้องการในการใช้ยา (Necessity) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนนมาก หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยาสูง

2. ด้านความกังวลเกี่ยวกับยา เป็นการวัดความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยา (Concern) ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนนมาก หมายถึง มีความกังวลจากการรับประทานยาสูง (นภาพร รุจิเสถียร, 2552) หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .78

ส่วนที่ 6 แบบวัดความรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและสร้างคำถามให้สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการของงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสูง หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วย Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่า r เท่ากับ .74

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาโดย รุ่งอรุณ จันทร์น้อย (2555) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยปรับลักษณะคำตอบจากเดิมเป็น Likert scale 3 ระดับ เป็น Likert scale 5 ระดับ โดยการแปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสูง หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .87

ส่วนที่ 8 แบบวัดสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วย โดย พิมพ์ผกา กิตติวงศ์อื่น (2556) ดัดแปลงมาจาก อุมพร กาญจนรักษ์ ตามแนวคิดของ Risser ใช้วัดสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วยกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด



694564393

CD :Thesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

9 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 9-36 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับทีมสุขภาพดี (พิมพ์ผกา กิตติวงศ์อื่น, 2556) หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .78

ส่วนที่ 9 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดยธรรณิษฐ์ กองสุขและคณะ เป็นเครื่องมือประเมินและจำแนกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 9 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน มากกว่า 13 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ((กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .83

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบโดย การหา ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย อายุ ความเชื่อตามความจำเป็นของยา ความกังวลเกี่ยวกับยา ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล และภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)
4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อายุ ความเชื่อตามความจำเป็นของยา ความกังวลเกี่ยวกับยา ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล และภาวะซึมเศร้าด้วยการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการทำนาย



694564393

CD IThesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

สรุปผลการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 23.61$, S.D. = 2.05)

2. ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบประกอบด้วย 4 ปัจจัย คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Beta= .671) ความรู้ (Beta= .165) ภาวะซึมเศร้า (Beta= -.151) และ ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา (Beta= .135) โดยทั้ง 4 ปัจจัยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 46.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถสร้างสมการทำนายได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ

$$\hat{y} = .776 + .854X_1 + .974X_2 - .198X_3 + 0.81X_4$$

- \hat{y} = ความร่วมมือในการรับประทานยา
 X_1 = การรับรู้ความรุนแรงของโรค
 X_2 = ความรู้
 X_3 = ภาวะซึมเศร้า
 X_4 = ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{y^{\wedge}} = .671Z_{x1} + .165Z_{x2} - .151Z_{x3} + .135Z_{x4}$$

- $Z_{y^{\wedge}}$ = ความร่วมมือในการรับประทานยา
 Z_{x1} = การรับรู้ความรุนแรงของโรค
 Z_{x2} = ความรู้
 Z_{x3} = ภาวะซึมเศร้า
 Z_{x4} = ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา



694564393

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ นำเสนอการอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 136 คน มีคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยา เท่ากับ 23.61 (S.D.= 2.05) โดยอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างโรคหลอดเลือดสมองตีบอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.28 ปี ซึ่งอยู่ในวัยกลางคนมีความเสื่อมถอยของวัยไม่มาก และจากประสบการณ์ของความเจ็บป่วยที่ผ่านมาเมื่อรับประทานยาจะทำให้อาการเจ็บป่วยนั้นทุเลาลงทำให้กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 71.3 ซึ่งการที่มีคนคอยกระตุ้น หรือเตือนให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาตามแผนการรักษาเวลาที่ลืมรับประทานยาจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงผลักดันและให้ความร่วมมือในการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.1 ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างถูกต้องได้หลากหลายวิธีทำให้กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูง และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉลี่ย 3-6 เดือน ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ยังผ่านมานไม่นาน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบและประโยชน์จากการรับประทานยา ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์คิดเป็นร้อยละ 89.7 โดยมีโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.6 ซึ่งมียาที่กลุ่มตัวอย่างต้องรับประทานเป็นประจำก่อนหน้านี้อยู่แล้ว และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาวันละ 2 มื้อคิดเป็นร้อยละ 62.5 โดยการที่จำนวนมือของยามีน้อยทำให้กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการรับประทานยา ไม่รบกวนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ทำให้กลุ่มตัวอย่างโรคหลอดเลือดสมองตีบมีการรับรู้อาการของโรคว่าถ้าหากไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาก็นจะทำให้โรครุนแรงมากขึ้นหรืออาจทำให้เสียชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ(เทพสุริยานนท์, 2560) ที่ศึกษาพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ พบว่า พฤติกรรมมารับประทานยาอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับ (รุ่งสว่าง, 2558) ที่ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ et al., 2559) ที่ศึกษาอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ และ(ญาดา เรียมรมมะตัน & สมบัติภูธร) ที่ศึกษา



694564393

CD IThesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

พฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้ ภาวะซึมเศร้า และความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา

ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา

ผลการศึกษา พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยาสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta= .135, p= .039) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยมีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับยา (\bar{X} = 18.63, S.D. = 3.44) ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยด้านผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยาตามแนวคิดของ (Organization, 2013) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่เชื่อว่ายามีความจำเป็นต่อการรักษาโรคและสามารถที่จะควบคุมและรักษาอาการของความเจ็บป่วยได้ก็จะมีความร่วมมือในการรับประทานยา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่มีการอ่อนแรงของร่างกาย และยังสามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงเชื่อว่ายามีความจำเป็นต่อการรักษาโรคและสามารถที่จะควบคุมและรักษาอาการของความเจ็บป่วยได้ ก็จะทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Chambers et al., 2011b) จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยาสูงว่ายามีความสำคัญต่อการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ อีกทั้งยังช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำหรือป้องกันไม่ใช้โรคหลอดเลือดสมองตีบที่เป็นอยู่มีอาการเลวลงกว่าเดิม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ (ยศพล เหลืองโสมนภา et al., 2556) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2 = 37.7, p<.05) (นันทิยา แสงทรงฤทธิ์, 2557a) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับยาสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากที่สุด (Beta= .415, p<.05) โดยความเชื่อเกี่ยวกับยาสามารถร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 22.6 (R^2 = .226, p<.05) และ บุณท์ราตรีส์ วานิชรัตนกุล (2559) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .24)



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ความกังวลเกี่ยวกับยา

ผลการศึกษา พบว่า ความกังวลเกี่ยวกับยาไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ (\bar{X} = 11.50, S.D. = .2.72) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และไม่สอดคล้องกับปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับยาตามแนวคิดของ (Organization, 2013) ที่กล่าวว่า ความกังวลเกี่ยวกับยาสูงมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ (อัญชลี ชูจิต, 2556) อภิปรายได้ว่า ความกังวลเกี่ยวกับยาไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับยาตามแผนการรักษาแล้วรู้สึกไม่ทำให้ชีวิตมีความยุ่งยาก ไม่สับสนในยารักษาโรค ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาที่รับประทานอยู่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่กลัวอันตรายจากการรับประทานยา ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา ไม่มีความกังวลเกี่ยวกับการพึ่งยามากเกินไป และไม่มีความกังวลถึงอันตรายจากการรับประทานยาทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความกังวลใจหากต้องรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของ (ยศพล เหลืองโสภณภา et al., 2556) พบว่า ความเชื่อด้านความกังวลจากการกินยา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (นภาพร รุจิเสถียร, 2552) พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับยา ($r = -.43$, $p = .01$) (ปิ่นทอง พึ่งดอกไม้ et al., 2559) พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับยาเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาได้มากที่สุด ($Beta = -.374$, $p < .05$) และบุญรัตน์ราตรีส์ วานิชรัตนกุล (2559) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.24$)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = .671$, $p = .000$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค (\bar{X} = 38.72, S.D. = 4.78) และสอดคล้องกับปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ตามแนวคิดของ (Organization, 2013) ที่กล่าวว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้อันตรายต่อร่างกายอันจะก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก การใช้เวลาเสียเงินในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคมมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูง (H. M. Becker, 1974) จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบสูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการ

รับประทานยา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงจากการโรคหลอดเลือดสมองตีบว่าเป็นโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย เช่น อาจเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำและมีอาการแย่ลง หรือเสียชีวิตได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ (อัญชลี ชูจิต, 2556) พบว่า หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรงซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัวก็จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาที่สูงขึ้น (ฐิติกานต์ กาลเทศ & นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .207$) ศศิธร รุ่งสว่าง (2558) พบว่า การรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนาน ($r = .258$) และศรัทธา ประกอบชัย และคณะ (2557) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำนายความแปรปรวนพฤติกรรมการรับประทานยา ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 38.9 ($R^2 = .389$, $p < .01$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา (วานิชรัตน์กุล, 2559) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ($r = .11$, $p > .05$)

ความรู้

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = .165$, $p = .010$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยมีคะแนนความรู้ ($\bar{X} = 9.63$, $S.D. = 0.69$) และสอดคล้องกับปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้ตามแนวคิดของ (Organization, 2013) ที่กล่าวว่า ความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพเพื่อป้องกัน และหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยซึ่งเป็นการกระทำด้วยความเชื่อว่าจะทำให้ตนมีสุขภาพดี ความรู้เรื่องโรคจึงเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคและส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบสูง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง ซึ่งความรู้เรื่องโรคจึงเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค และส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง (H. M. Becker, 1974) ความรู้เรื่องโรคและการรักษา เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547) และเมื่อกลุ่มตัวอย่างโรคหลอดเลือดสมองตีบมีการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม หรือให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำอาจทำให้เสียชีวิต พิกการ หรือสูญเสียสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของ (อัจฉรา นนุศาสตร์, 2553)(อัจฉรา นนุศาสตร์, 2553)(อัจฉรา นนุ



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ศาสตร์, 2553)(อัจฉรา นนุศาสตร์, 2553)(อัจฉรา นนุศาสตร์, 2553) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย ($r = .184, p < .015$) (ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด, 2554) พบว่า ความรู้สามารถร่วมกันทำนายความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 8.6 ($R^2 = .086, p < .05$) และ(กัญญา จันทร์ใจ et al., 2557) พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอสแอลอีและการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย ($r = .56, p < .001$)

ภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = -.151, p = .029$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยมีคะแนนภาวะซึมเศร้า ($\bar{X} = 2.26, S.D. = 1.67$) ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดของ (Organization, 2013) ที่กล่าวว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าต่ำจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูง เมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย คือ ไม่สนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองไม่รับประทานอาหารหรือยา ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง ไม่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้กลุ่มตัวอย่างใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ เช่น การออกกำลังกาย หรือการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาสอดคล้องกับการศึกษาของ (จงลักษณ์ ทวีแก้ว, 2557a) พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.196, p < .05$) การศึกษาของ (อิสริย์กร สุรศรีสกุล, 2555) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.266, p < .05$) การศึกษาของ (ระพิน ผลสุข, 2555) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลทางตรงด้านลบต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากที่สุด ($r = -.40, p < .05$) และการศึกษาของ (ช่วยชุม, 2555) พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.646$)



694564393

CD IThesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

สัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาลไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ ($\bar{X} = 30.42$, S.D. = 4.04) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และไม่สอดคล้องกับปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาลตามแนวคิดของ WHO (Organization, 2003) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีสัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาลที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูง และสัมพันธภาพที่ดีก่อให้เกิดความไว้วางใจ ความเชื่อมั่น การยอมรับ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน ซึ่งนำไปสู่ความมั่นใจในการดูแลรักษาของแพทย์และเจ้าหน้าที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยา (ศิริมาศ บุญประसार, 2539) อภิปรายได้ว่า ขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างอาจเกิดความลำเอียงในการตอบคำถามในเรื่องนี้ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง ทำให้ตัวแปรสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ (กิตติวงศ์อิน, 2556) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (ปณิตตา เพ็ญพิมล et al., 2559) พบว่า การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ สามารถทำนายความผันแปรของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ร้อยละ 17.7 ($R^2 = .177$, $p < .05$) และการศึกษาของ (วรรณัน คล้ายหงษ์ et al., 2559) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 28 ($R^2 = .28$, $p < .01$)

อายุ

การศึกษา พบว่า อายุไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ($\bar{X} = 51.28$, SD = 8.21) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานและไม่สอดคล้องกับปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ ตามแนวคิดของ WHO (Organization, 2003) ที่กล่าวว่า อายุ เป็นตัวที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลตนเองและยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรม ผู้ป่วยที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น จะมีความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (Glader et al., 2010) อภิปรายได้ว่า อายุไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้และไม่มีความพิการ จึงทำให้ดูแลตนเองในการรับประทานยาได้ดี เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถจัดยารับประทานได้ด้วยตนเอง และอาจเกิดจากการที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวซึ่งทำให้ผู้ป่วยรับประทานยามาอย่างต่อเนื่องจึงสามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม และกลุ่ม



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่เป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะเจริญเต็มที่จึงทำให้ไม่มีความแตกต่างในการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ซัชฎาภรณ์ กมขุนทด, 2554) พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเสมอของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ศศิธร รุ่งสว่าง (2558) พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุเรื้อรัง ($r = 0.004$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (Sweileh et al., 2011)(Sweileh et al., 2011)(Sweileh et al., 2011)(Sweileh et al., 2011) (อรุณี หล้าเขียว, 2558) พบว่า ปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ (วรนนัน คล้ายหงษ์ et al., 2559); น. จ. วรนนัน คล้ายหงษ์, และวิภาพรรณ วิโรจน์รัตน์, (2559) พบว่า อายุสามารถร่วมกันทำนายการรับประทานยาอย่างถูกต้องเสมอได้ ร้อยละ 48.70 ($\beta = .236, p < .01$)

การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 23.61, S.D. = 2.05$) ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้ภาวะซึมเศร้า และความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ร้อยละ 46.2 (Adjusted $R^2 = .462$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เหลือ อาจเป็นผลจากปัจจัยด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงควรมีการศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่สนใจสามารถนำข้อมูลเชิงประจักษ์นี้ไปใช้เพื่อให้เข้าใจผู้ป่วยเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความร่วมมือในการรับประทานยา โดยมุ่งเน้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบ อาจจัดทำในรูปแบบโปรแกรมกลุ่ม มีการจัดทำสื่อ เช่น วีดีโอ แผ่นพับ คู่มือ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมที่คิดว่าจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
2. ควรมีการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่องในระยะยาว เพราะว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต้องรับประทานยาตลอดชีวิต เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองตีบและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2553). โรคหลอดเลือดสมอง. การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล. .
 ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- เทพสุรียานนท์, ส. (2560). พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.
 วารสารพยาบาลทหารบก, 18(3), 115-122.
- เทียมเก่า, ส. (2552). Recurrent Ischemic Stroke in Srinagrind Hospital. *North-Estern Thai Journal of Neuroscience*, 3(1), 31-38.
- เทียมเก่า, ส. (2552). Recurrent Ischemic Stroke in Srinagrind Hospital. *North-Estern Thai Journal of Neuroscience*, -, 31-38.
- เรียมริมมะตัน, ญ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 19(1), 133-144.
- และ, ว. ต., & เจษฎาญาณเมธา, อ. (2559). ผลจากการที่มีส่วนร่วมของเภสัชกรในการเยี่ยมบ้านในทีมสหวิชาชีพต่อความดันโลหิตและความร่วมมือการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารเภสัชกรรมไทย 8(1), 47-57.
- โรชนี อุปรา, & ประกายแก้ว ชาญสุวรรณ. (2558). ภาวะเสี่ยงและความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของภาวะฉุกเฉินทางโรคหลอดเลือดสมอง. *RAJABHAT JUORNAL OF SCIENCES, HUMANITIES & SOCIAL SCIENCS*, 16(1).
- โรชนี อุปราม, & ชาญสุวรรณ, ป. (2558). ภาวะเสี่ยงและความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของภาวะฉุกเฉินทางโรคหลอดเลือดสมอง. *RAJABHAT JUORNAL OF SCIENCES, HUMANITIES & SOCIAL SCIENCS*, 16(1).
- กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล. (2549). ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การประยุกต์ใช้รูปแบบทรานสทีโอเรทิเคิล. . (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือ การวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและ หลักเกณฑ์ความพิการ. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ.

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากร
สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง.
- กรรณสูตร., ป. (2548). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์: กรุงเทพฯ: เจริญผล.
- กั้งหลี่, ก. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎ
เกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(2), 170-182.
- กัญญา จันทรีใจ, อธิภรณ์ จันทร์ดา, & อรสา พันธุ์ภักดี. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอใน
การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอส แอล อี. *Rama Nurs J*, 19(1), 60-72.
- กาลเทศ, ฐ. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของ
เลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล
ศาสตร์), คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กั้งแก้ว ปาจารย์. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). ห้าง
หุ้นส่วน: จำกัด เอ็น.พี.เพรส.
- กิตติวงศ์อิน, พ. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สาร
เสพติด. (ปริญญามหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช), คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิริติ บุญเจือ. (2542). ตรรกวิทยาทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คมกล้า, น. (2553). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์.
- ครรชิต รัตน์ประยูร. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความ
ดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลท่าตะเกอง อำเภอท่าตะเกอง จังหวัดฉะเชิงเทรา.
(ภาคนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) ภาคพิเศษ คณะสาธารณสุขศาสตร์),
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คลีพัตรา ไชยศรี, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, และ, ว. ภ., & พีรพัฒน์ดิษฐ์, ธ. (2556). ปัจจัยทำนาย
พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *J Nurse Sci*, 31(3), 67-75.
- จงลักษณ์ ทวีแก้ว. (2557a). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย การ
สนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับ
ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง.
(วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาล
ศาสตร์
- จงลักษณ์ ทวีแก้ว, แ. จ. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง การ
เผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสาร

เกื้อการุณย์, 22(2).

จอม สุวรรณโณ และคณะ. (2561). Cardiovascular Risk Factors in Young Adult Patients with Acute Ischemic Stroke. *J Thai Stroke Soc*, 17(1), 5-16.

จิตติมา ฤทธิ์ทัตกุล. (2547). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิรนนท์พิพัติ, ท. (2553). สัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วยกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. (ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และ ศัลยศาสตร์), คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิราภา เก่าทรัพย์. (2558). ความรู้เรื่องหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของ

โรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. (ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จิราวรรณ วิริยกิจไพบูลย์, & ชนกพร จิตปัญญา. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ประโยชน์ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 8(2), 34-44.

ฉบับราชบัณฑิตยสถาน., พ. (2554). Retrieved from <http://www.royin.go.th/dictionary/>

ช่วยชุม, จ. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก. (ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาล), คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.

ญาติา เรียมริมมะตัน, & สมบัติภูธร, พ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 132-144.

ฐิติกานต์ กาลเทศ, & นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณภัทรวรรต บัวทอง. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยร่วมในระดับบุคคล ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัฐวิภรณ์ พันธุ์มุง, อลิสรดา อยู่เลิศลพ, & อามีนะห์ เจาะปอ. (2561). ประเด็นสารบรรณรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2561. *ประเด็นสารบรรณรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2561*, 1-4.



694564393

CD IThesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

- ดวงทิพย์ บินไทยสงค์. (2557). การนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันส่งโรงพยาบาล. วารสารพยาบาล, 6(2), 275-282.
- ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, อรสา พันธุ์ภักดี, พิศมัย อรทัย, & ดิษยา รัตนากร. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารเกื้อการุณย์, 20(1), 15-29.
- ตันติโกสม, ป. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมต่อไขมันในเลือดของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนหรือการผ่าตัดทางเป็ยง. (ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์), คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทรวงโพธิ์, ป. (2018). การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุ. *North-Eastern Thai Jurnal of Neurocience*, 13(2), 56-67.
- ทรวงโพธิ์, ป. (2561). การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุ. *North-Eastern Thai Jurnal of Neurocience*, 13(2), 56-67.
- ทศพล ลิ้มพิจารณ์กิจ. (2551). อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน (พิมพ์ปรับปรุงครั้งที่ 2 ed.). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- ทาโต, ร. (2561). การวิจัยทางการแพทย์ศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง) (Vol. พิมพ์ครั้งที่ 3): โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพวรรณ ประสานสอน, & พรเทพ แพรชชาว. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 31(2), 36-43.
- ธรรมสโรช, พ. (2561). Role of Antiplatelet Drugs in Treatment of Acute Ischemic Stroke. *J Thai Stroke Soc*, 17(1), 32-40.
- ธรรมสโรช, ศ. พ. พ. (2561). Role of Antiplatelet Drugs in Treatment of Acute Ischemic Stroke. *J Thai Stroke Soc*, 17(1), 32-40.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปันดี, & เตรีียมชัยศรี, ส. (2553). คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 21(1), 26-45.
- ธิดารัตน์ สุจิตธรรม. (2553). การวัดความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ โรงพยาบาลตากสิน. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธิดารัตน์ อภิญญา, & นิตยา พันธุ์เวทย์. (2556). ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2556 (งบประมาณ 2557). กลุ่มป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังในประชากร สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค.

- ธิตีพันธ์ ธาณิรัตน์. (2551). ความชุกของภาวะซีมีเคร้า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร รุจิเสถียร. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยา ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- น้อมจิตต์ นวลเนตร. (2554). นักกายภาพบำบัดกับโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. *North-Eastern Thai Jurnal of Neurocience*, 6(3), 45-49.
- นันทพร เขยชัยภูมิ. (2555). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคซ้ำ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555a). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา. วารสาร ไทยโภชนาการ (ฉบับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์) มศก, 7(18).
- นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555b). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence). วารสาร ไทยโภชนาการ (ฉบับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์), 7, 1-18.
- นันทวรรณ ทิพย์เนตร , & ชนະบุตร, ว. (2559). ความรู้เรื่องความเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา โรงงานทอผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน.
- นันทิยา แสงทรงฤทธิ์. (2557b). ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
- มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- นารัต เกษตรทัต. (2552). เภสัชบำบัดในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ภาพสมุท, ประเสริฐ ภัคนิรชากุล, วราภรณ์ ภูมิอิรัตน์, อาทิตยา ไทพานิชย์, ชญานิน กำลั้ง, & ยิตนรดิน, ส. (2556). ผลการใช้ยาด้านเกร็ดเลือดต่อการกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 8(4), 143-147.
- นิตยา ภาพสมุท, แ. (2556). ผลการใช้ยาด้านเกร็ดเลือดต่อการกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 8(4), 143-147.
- นิตยา ภาพสมุท และคณะ. (2556). ผลการใช้ยาด้านเกร็ดเลือดต่อการกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 8(4), 143-147.
- นิพนธ์ พวงรินทร์ และคณะ. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. *สารศิริราช*, 46(6), 369-

373.

นิภาพร ภิญโญศรี. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงานของพยาบาล. (2562). Retrieved from <http://www.srisangworn.go.th/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=215&mode=thread>

บุญชม ศรีสะอาด. (2543). การวิจัยทางการวัดผลและประเมินผล. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ประทุม สุขชัยพานิชพงศ์, ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์, สุปรียา ต้นสกุล, & พิศาล ชุมชื่น. (2557). ความรู้

และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่รับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง.

Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University, 1(1), 1-12.

ปณิตตา เพ็ญพิมล, วิชชุดา เจริญกิจการ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, & ฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2559).

อิทธิพลของการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา ความกังวลจากการรับประทานยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ความซับซ้อนของการใช้ยาตามแผนการรักษาต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. *วารสารทหารบก*, 17(3), 149-157.

ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, แ. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 8(1), 16-26.

ปิยนุช เสาวภาคย์. (2549). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ปิยะพร โชคเหรียญสุขชัย. (2553). อุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ:กรณีศึกษาในชุมชน. (สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2554).

พนมกร หิรัญญัตติ. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยบูรพา.

พรภัทร ธรรมสโรช. ((2555). โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ISCHEMIC STROKE. . บริษัท จรัล สนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.กรุงเทพมหานคร.

พรสวรรค์ คำทิพย์. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรค



694564393

CD 1Thesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

- หลอดเลือดสมองในภาคใต้. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภิรมย์ลักษณ์ มีสัตยานันท์. (2534). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มโนสุนทร, ศ. (Cartographer). (2557). รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง. Retrieved from file:///C:/Users/took/Downloads/report_2014_no20%20(2).pdf
- มโนสุนทร, ศ. (2557). . รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- มณฑล ว่องวันดี. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลันและตำแหน่งรอยโรคในสมอง. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณฑา เก่งการพานิช. (2555). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลสำโรงทาบ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์. (สารนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณีศรีวงศ์กุล, ว. (2554). การรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน), พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพราะ, สมบัติ เหลืองโสมนภา, & ยุพาธร เสือเผ่า. (2556). อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 30(2), 146-157.
- รจนาไฉน สิงหเรศร์. (2550). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรค. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รสมาลิน ชาบรรทม. (2550). ผลของภาวะซีมเศร้าต่อความร่วมมือในการใช้ยา และการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ระพิน ผลสุข. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ระพิน ผลสุข, & นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2551). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 19(1), 108-118.

- รุ่งกมล โพธิสมบัติ. (2553). พลวัตความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและผลต่อมุมมองโรคเบาหวานของผู้ป่วย: ศึกษากรณีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายหลังการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งสว่าง, ศ. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุ. (พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
- รุ่งอรุณ จันทร์น้อย. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดเพชรบูรณ์. (ภาคนิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) ภาคพิเศษ), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลีลาจรัส, ส. (2550). ความดันโลหิตสูง: แนวทางการให้การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมและลดความเสี่ยงทางสุขภาพ การรักษา และการดูแลตนเอง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 21(2), 79-99.
- ลุนสมบัติ, เ. (2560). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์), คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรนนี คล้ายหงษ์, น. จ., และวิภาพรรณ วิโรจน์รัตน์. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 24(1), 1-16.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2554). การรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา. (สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วานิชรัตน์กุล, บ. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์), คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมลรัตน์ ลิ้มระนางกูร, & นลินี พสุศุภักดิ์. (2543). ศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างรายใหม่กับรายที่กลับเป็นซ้ำ. วารสารกรมการแพทย์, 25(8), 336-344.
- วิรัชชนี ดวงสุวรรณ, & เจษฎาธารเมธา, อ. (2559). ผลจากการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการเยี่ยมบ้านในทีมสหวิชาชีพต่อความดันโลหิตและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารเภสัชกรรมไทย, 8(1), 47-57.



694564393

CD Thesisis 5877164136 thesisis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

- วีระศักดิ์ ศรีนนภากร, สุรพันธ์ พงศ์สุธนะ, & ชื่นยง, ก. (2560). หัวข้อทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์ฝึกหัด. กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี สังกัด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: กรุงเทพฯ.
- วีระชัย จิตภักดี. (2558). ความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน กับการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันในโครงการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย: การศึกษาแบบติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้า 1 เดือน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรวิทย์ เจริญศิลป์. (2558). TIA - Transient ischemic attack. *J Thai Stroke Soc*, 14(3), 153-165.
- ศศิธร รุ่งสว่าง. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรค เรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พยาบาลศาสตร์.
- ศิริมาศ บุญประसार. (2539). การปฏิบัติตนตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุจิพิชชา จันทรประภาพกุล, นาวาอากาศเอกหญิงแสงเดือน มโยทธาร, เรืออากาศเอกศุภชาติ ชมพูนุช, & พงษ์ภักดี, น. (2018). อัตราความชุกและสาเหตุของการเกิดโรคสมองขาดเลือดในผู้ป่วยที่มี อายุุน้อยในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *J Thai Stroke Soc*, 17(3), 5-14.
- สถาบันประสาทวิทยา, ก. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (Vol. สถาบันประสาทวิทยา). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- สมัยพร อาชาล. (2543). ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สรรัธน์ สโตอยู่, ญัฐนิชา จิรปริยา, เจริญ ตริศักดิ์, & พนารัตน์ แสงแจ่ม. (2557). การศึกษายาเหลือใช้ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้าน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *เสวนาสาร เกษัชกรรมและบริการสุขภาพ ปี 1*, 1(1), 1-7.
- สาธิต กาสุริย์, สมศักดิ์ เทียมเก่า, & สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ. (2547). ความชุกและสาเหตุของโรคหลอดเลือด สมองซ้ำในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารอายุรศาสตร์อि สาน*, -, 23-21.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ก. (2539). บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการ พยาบาล: ที่ปฏิบัติการในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.



694564393

CT :Thesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข., ก. (2539). บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล: ที่ปฏิบัติการในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมอง.
- สิริรัตน์ สีสัจรัส, & วิรุฬราช, จ. (2550). โรคหลอดเลือดสมองตีบ : การให้การพยาบาลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 21(3), 80-93.
- สุโท เจริญสุข. (2520). จิตวิทยาวัยรุ่นฉบับมาตรฐาน. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- สุกัญญา ลิ้มรังสรรค์, & พัทธวีภา สุวรรณพรหม. (2556). แบบจำลองการอธิบายเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลทางดง จังหวัดเชียงใหม่. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 8(2), 66-77.
- สุภชัยพานิชพงศ์, ป., วัฒนสมบุรณ์, ภ., สุปรียา ต้นสกุล, & พิศาล ชุ่มชื่น. (2557). ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่รับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง. *Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University*, 1(1), 1-12.
- สุมาลี วัจนกร, ชุตินา ผาดำรงกุล, & ปราณี คำจันทร์. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. สงขลานครินทร์เวชสาร,, 26(6), 539-547.
- หล่อตระกูล, ม. (2553). ความคงที่ของการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้ว. รามาธิบดีเวชสาร, 33(3), 157-159.
- อรรณพ หิรัญดีฐ์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล, อรพินท์ รัตนจันทร์, & ภริณี เหมะจุฑา. (2542). คู่มือมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาลกับการให้คำปรึกษาเรื่องยา. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลประเทศไทย.
- อรอุมา ชุตินेत्र. (2547). ความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง โดยหลอดเลือดแดงอินเทอร์นอลคาโรติด ส่วนนอกโพรงกะโหลกศีรษะกับผู้ที่มีการตีบแข็งของหลอดเลือดแดงอินเทอร์นอลคาโรติด ส่วนนอกโพรงกะโหลกศีรษะ. (วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณี ศิริกัณฐกุล. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารกรมการแพทย์, 27(6), 239-247.
- อรุณี หล้าเขียว. (2558). ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารบทคัดย่อกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 1(6), 635-649.
- อลิษา วิริยะโชติ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, & เจริญ เดชสมฤทธิ์ทัย. (2559). อิทธิพลของการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความกังวลจากการใช้ยา ความพึงพอใจในข้อมูล

- ได้รับ และประสบการณ์การกำเริบต่อความร่วมมือในการใช้ยาสุดท้ายตลอดความร่วมมือกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลทหารบก, 17(3), 187-196.
- อัจฉรา นนุศาสตร์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข 5 จุฬาลงกรณ์ สำนักอนามัย กทม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญชลี ชูจิต. (2556). พฤติกรรมการเกาะติดยาของกลุ่มผู้ใช้บริการโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย, 6(2), 25-43.
- อัมพาด), ส. T. S. S. โ. อ.
- อัศนีย์ สิงหกละ. (2524). การใช้ยาไม่ตามสั่งของผู้ป่วยนอก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อิสริย์กร สุศรีสกุล. (2555). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมา จันทรวินิจ. (2539). การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุมาพร แซ่กอ. (2552). การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. (ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- association., A. s. (2003). AHA/ASA Guideline: Guideline for the Prevention of stroke in Patients With Stroke or Transient Ischemic Attack. Retrieved
- Becker, H. M. (1974). The health belief model and model personal health behavior *Health Education Monograph2: entire issue.*
- Becker, H. M. (1974). The Health Belief Model and Sick Role Behavior. *Health Education Monographs Winter 1974, 2(4), 409-419.*
- Becker, M. H., Rosenstock, I. M., & Strecher, V. J. (1998). Social learning theory and The Health Belief Model. *Health Education Quarterly, 15(2), 175-183.*
- Beeber, L. S., & McCorkle, R. (1998). The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale as a Measure of Depressive Symptoms in Newly Diagnosed Patients. *Journal of Psychosocial Oncology, 16(1), 1-20.*

- Bosworth, H. B., Granger, B. B., Mendys, P., Brindis, R., Burkholder, R., Czajkowski, S. M., & Granger, C. B. (2011). Medication adherence: A call for action. *American Heart Journal*, *162*(3), 412-424.
- Bushnell, C. D., Olson, D. M., & Ovbiagele, B. (2010). Persistence With Stroke Prevention Medications 3 Months after Hospitalization. *ARCH NEUROL*, *67*(12), 1456-1463.
- Bushnell, C. D., Olson, D. M., Zhao, X., Pan, W., Zimmer, L. O., Glodstein, L. B., . . . Peterson, E. (2011). Secondary preventive medication persistence and adherence 1 year after stroke. *Neurology*, *77*, 1182-1190.
- Bushnell, C. D., Zimmer, L., Schwamm, L., Goldstein, L., B., Clapp-Channing, N., Harding, T., . . . Peterson, E. (2009). The Adherence eValuayion After Ischemic Stroke Longitudinal (AVAIL) Registry: Design, rationale, and baseline patient characteristics. *American Heart Journal*, *157*(3), 428-435.
- Camara, A. G., Arche, A. F., Guzman, J. D., Fernandez, S. V., Cuadrado, A. R., & Pareja, F. B. (2013). Recurrence after a First-ever Ischemic Stroke Development of a Clinical Prediction Rule. *Research in Neurology: An international Journal*. 1-3. doi: 10.5171/2013.264063.
- Chambers, J. A., O'Carroll, R. E., Hamilton, B., Whittaker, J., Johnston, M., Sudlow, C., & Dennis, M. (2011a). Adherence to medication in stroke survivors: A qualitative comparison of low and high adherers. *British Journal of health Psychology*, *16*(1), 592-609.
- Cipolle, R. J., Strand, L. M., & Morley, P. C. (2004). *Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide*. New York: McGraw-Hill.
- Coutts, S. B., Hill, M. D., Campos, C. R., Choi, Y. B., Subramanian, S., Kosior, J. C., & Demchuk, A. M. (2008). Recurrent events in transient ischemic attack and minor stroke: what events are happening and to which patients. *Stroke* *39*(9), 2461-2466.
- Croquelois, A., & Bogousslavsky, J. (2006). Risk awareness and knowledge of patients with stroke: Results of a questionnaire survey 3 month after stroke. *Journal of Neurology. Neurosurgery and Psychiatry*, *77*(6), 726-728.
- DeVills, R. F. (1991). *Scale development: Theory and application*. Newbery Park: Sage.



694564393

CD /Thesis 5877164136 thesis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

- Glader, E. L., Sjolander, M., Eriksson, M., & Lundberg, M. (2010a). Persistent use of secondary preventive drugs declines rapidly during the first 2 years after stroke. *Stroke*, *41*, 397-401.
- Glader, E. L., Sjolander, M., Eriksson, M., & Lundberg, M. (2010b). Persistent use of secondary preventive drugs declines rapidly during the first 2 year after stroke. *Stroke*, *41*, 397-401.
- Good, C. V. (1973). *Dictionary of Education*. New York: McGraw-Hill book Company.
- Hamann, G. F., Weimae, C., Glahn, J., Busse, O., & Diener, H. (2003). Adherence to secondary Stroke Prevention Strategies-Results from the German Stroke Data Bank. *Cerebrovascular Diseases*, *15*, 282-288.
- Han, S. W., & Bushnell, C. D. (2016). Stroke Secondary Medication Persistence and Risk for Hospital Readmission within 90 days after Discharge. *Journal of Neurology and Neuroscience*, *7*(2), 1-10.
- Hankey, G. J., Jamrozik, K., Broadhurst, R. J., Forbes, S., Burvill, P. W., Anderson, C. S., & Stewart-Wynne, E. G. (1998). Long-term risk of first recurrence stroke in the Perth community stroke study. *Stroke*, *29*(2), 2491-2500.
- Hillen, T., Dundas, R., Lawrence, E., Stewart, J. A., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. A. (2000). Antithrombotic and antihypertensive management 3 months after ischemic stroke: A prospective study in an inner city population. *Stroke*, *3*(2), 469-475.
- Horne, R., Weinmam, J., Barber, N., Elliott, R., & Morgan, M. (2005). Concordance, adherence and compliance in medication taking. *Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)*, 42-43.
- Horne, R., Weinmam, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health*, *14*(1), 1-24.
- Horne, R., Weinmam, J., & Hankins, M. (2011). Adherence to medication in stroke survivors: A qualitative comparison of low and high adherers. *British Journal of health Psychology*, *16*, 592-609.
- Horne, R., & Weinman, J. (1998). Patients' Beliefs about Prescribed Medicines and Their Role in Adherence to Treatment in Chronic Physical Illness. *Journal of*

- Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567.
- Horne, R., & Weinman, J. (2002). Self- regulation and Self-management in Asthma: Exploring The Role of illness Perceptions and Treatment Belifes in Explaining Non-adherence to Preventer Medication. . *Psychology & Health*, 17(1), 17-32.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Karakurt, P. (2012). Factors affecting medication adherence in patients with hypertension. *Journal of vascular nursing*, 4, 118-125.
- Manning, M., & Ann Bettencourt, B. (2011). Depression and medication adherence among breast cancer survivors: Bridging the gap with the theory of planned behaviour. *Phychology and Health*, 26(9), 1173-1187.
- Mechanic, D. (1998). The functions and limitation of trust in the provision of medical care. *J Health Polit Policy Law*, 23, 661-686.
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D., M. (1986). Concurrent and Predictive Validity of a self-Reported Medication Adherence. *Medical care*, 24(1), 67-74.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E., Go, A., Arnett, D., Blaha, M., Cushman, M., & McGuire, D. (2016). Heart Disease, Stroke and Research Statistics At-a-Glance.
- Nidhinandana, S., & Changchit, S. (2010). Prevalence of aspirin resistance in stroke patients in Phramongkutkloao Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangkaet*, 93, 51-54.
- O'Carroll, R., Whittaker, J., Hamilton, B., Johnston, M., Sudlow, C., & M., D. (2011). Predictors of adherence to secondary preventive medication in stroke patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 41(3), 383-390.
- Organization, W. H. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action.
- Organization, W. H. (2013). The WHO STEPwise approach to stroke surveillance.
- Pandian, J., Jaison, A., Deepak, S., Kalra, G., Shamsheer, S., & Abraham, G. (2005). Public awareness of warning symptoms, risk factors and treatment of stroke in northwest India. *Stroke*, 36(3), 644-648.
- Park, K. A. e. a. (2010). Factor that affect medication adherence in elderly patients with diabetes mellitus. *Korean Diabetes Journal*, 34(1), 55-65.



694564393

CD /Thesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

- Peplau, H., E. (1992). Interpersonal Relations: A Theoretical Framework for Application in Nursing Practice. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 13-18.
- Polit, D., & Hungler, B. (1999). Nursing research : Principles and methods. 6th edition. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). Nursing research : Principles and metods. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wikins.
- Sappok, T., Faulstich, A., Stuckert, E., Kruck, H., Marx, P., & Koennecke, H. (2001). Compliance With Secondary Prevention of Ischemic Stroke A Prospective Evaluation *Stroke*, 32, 1884-1889.
- Schneider, J., & others. (2004). Better Physician-Patient Relationships are Associated with Higher Report Adherence to Antiretroviral Therapy in Patienta with HIV Infection. *J GEN INTERN MED*, 19, 1096-1103.
- Shephard, T. J. (2004). Exploratory investigation of a model of patient delay in seeking treatment after the onset of acute ischemic stroke. Doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University School of nursing.
- Slark, J. (2010). Adherence to secondry prevention stategies after stroke: A review of the literature. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 6(6), 282-286.
- Sloma, A., Backlund, L. G., Stender, L. E., & Skaner, Y. (2010). Knowledge of stroke risk factors among primary care patients with previous stroke or TIA: A questionnaire study. *BMC Family practice*, 11.
- Steven, D. P. (2000). Pateint's Trust in physician: Many Theoried, Few Meaaures, and Little Data. *J Gen Intern med*, 15, 509-513.
- Sweileh, W. M., Inbesheh, M. S., Jarar, I., S., Taha, A. S. A., Sawalha, A. F., Zyoud, S. H., . . . Morisky, D. E. (2011). Self-reported medication adherence and treatment satisfaction in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 21, 301-305.
- Tibaldi, G., Clatworthy, J., Torchio, E., Argentero, P., Munizza, C., & Horne, R. (2009). The utility of the necessity-concerns framework in explaining treatment non-adherence in four chlonic illness groups in Italy. *Chronic Illness*, 5, 129-133.
- Wei, J. W., Huang, Y., Liu, M., Wu, Y., Wong, L. K. S., Chaeng, Y., . . . Anderson, C. S. (2010). Secondary Prevention of Ischemic Stroke in Urban Chaina. *Stroke*, 41, 967-974.



694564393

CD /Thesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

WSO, W. S. O. (2019, 7/6/2019). World Stroke Campaign. Retrieved from
<http://www.worldstrokecampaign.org/>



694564393

CU IThesis 5877164136 thesis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ภาคผนวก



694564393

CU Thes1s 5877164136 thesis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



694564393

CU ThesIs 5877164136 thesis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

- | | |
|---|--|
| 1. แพทย์หญิงอรอุมา ชูติเนตร | อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรกรรมระบบ
ประสาทและสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| 2. นายแพทย์เชษม์ชัย เสือวรรณศรี | แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา
โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยา ไชยสีตะมงคล | รองหัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. อาจารย์ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
วิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 5. นางสาวอภันตรี กองทอง | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลศรีสังวร สุโขทัย
แผนกหอผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง |



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



694564393

CU ThesIs 5877164136 thesis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

เลขที่แบบเก็บข้อมูล

--	--	--	--

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบ TMSE (Thai Mental State Examination)

TMSE (Thai Mental State Examination) แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ ใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อมในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อม มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน

Question	Points
1. Orientation (6 คะแนน)	
(1) วันนี้วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัสฯ ฯลฯ)	_____
(1) วันนี้ วันที่เท่าไร	_____
(1) เดือนนี้ เดือนอะไร	_____
(1) ขณะนี้เป็นช่วง (ตอน) ไหนของวัน (เช้า เที่ยง บ่าย เย็น)	_____
(1) ที่ที่ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)	_____
(1) คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร (ภาพอยู่ด้านหลัง)	_____
2. Registration (3 คะแนน)	
(3) ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดห่างกัน ครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ รถยนต์ มือ) เพียงครั้งเดียว แล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบ ตามที่ผู้ทดสอบบอกในครั้งแรก ให้ 1 คะแนน ในแต่ละคำตอบที่ตอบถูก	_____
หมายเหตุ หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกซ้ำจนผู้ถูกทดสอบจำได้ทั้ง 3 อย่าง และบอกให้ผู้ถูกทดสอบทราบว่าสักครูจะกลับถามใหม่อีก	
3. Attention (5 คะแนน)	
ให้บอกวันอาทิตย์-วันเสาร์ ย้อนหลัง ให้ครบสัปดาห์ (ให้ตอบซ้ำได้ 1 ครั้ง)	
(1) ศุกร์ (1) พฤหัสฯ (1) พุธ (1) อังคาร (1) จันทร์	_____
4. Calculation (3 คะแนน)	
ให้คำนวณ 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนน ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที หลังจากจบคำถาม) ผู้ที่ถูกทดสอบไม่ตอบคำถามที่ 1 ให้ตัวเลข 93-7 ลงงทำในการคำนวณครั้งต่อไป และ 86-7 ในครั้งสุดท้ายตามลำดับ	
(1) 100-7 (1) 93-7 (1) 86-7	_____
5. Language (10 คะแนน)	
(1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามว่าผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป "เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร" (นาฬิกา)	_____

Version Date: October 31, 2018

Page | 1

เลขที่แบบเก็บข้อมูล

--	--	--	--

- (1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเองแล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป
"เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร" (เสื้อผ้า)
- (1) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า จงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี แล้วจำไว้ หลังจาก
นั้นให้พูดตาม "ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด" จงทำหาคำสั่งต่อไปนี้ (มี 3 ชั้น
คอนคำสั่ง) ให้ผู้ทดสอบพูดต่อไปนี้ให้ครบประโยคทั้ง 3 ชั้นตอน โหทะแนบขึ้น
ตอนละ 1 คะแนน
- (1) หยิบกระดาษด้วยมือขวา
- (1) พับกระดาษเป็นครึ่ง
- (1) แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ
- (1) ให้ผู้ถูกทดสอบอ่านแล้วทำตาม "หลับตา"
- (2) จงวาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุด เท่าที่จะสามารถทำได้
(ภาพอยู่ด้านหลังและให้ผู้ถูกทดสอบดูตัวอย่างตลอดเวลาที่วาด)
- (1) กล้ายกับส้มเหมือนกันคือเป็นผลไม้
แมกกับหมาเหมือนกันคือ.....(เป็นสัตว์, สิ่งของ)

6. Recall (3คะแนน)

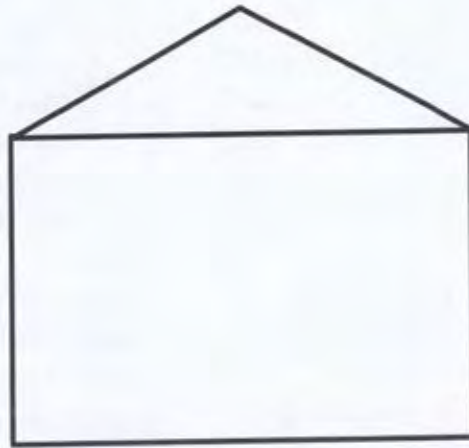
สิ่งของ 3 อย่างที่บอกให้จำเมื่อสักครู่นี้อะไรบ้าง

- (1) ดับไม้
- (1) รถยนต์
- (1) มือ

รวม

เลขที่แบบเก็บข้อมูล

--	--	--	--



694564393

CU iThesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

เลขที่แบบเก็บข้อมูล

--	--	--	--

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ขอให้ท่านโปรดพิจารณา คำถามและคำตอบข้อที่ตรงกับตัวท่านตามสภาพความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือ เติมข้อความให้สมบูรณ์

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปีเดือน
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา/ ปวส.
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> ปริญญาโท หรือสูงกว่า
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	
4. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่
<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่า
<input type="checkbox"/> แยก	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ).....
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> รับราชการ	<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท
<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 1,500 บาท	<input type="checkbox"/> 1,500-3,000 บาท
<input type="checkbox"/> 3,001-5,000 บาท	<input type="checkbox"/> 5,001-10,000 บาท
<input type="checkbox"/> 10,001-15,000 บาท	<input type="checkbox"/> 15,001-30,000 บาท
<input type="checkbox"/> 30,001-50,000 บาท	<input type="checkbox"/> 50,001-100,000 บาท
<input type="checkbox"/> มากกว่า 100,000 บาท ขึ้นไป	

เลขที่แบบเก็บข้อมูล

--	--	--	--

7. สิทธิการรักษา

- ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ จ่ายเอง
 ประกันสังคม บัตรทอง
 อื่น ๆ ระบุ

8. ท่านทราบหรือไม่ว่าปัจจุบันท่านรับประทานยาชนิดใดอยู่บ้าง

- ไม่ทราบ
 ทราบ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับยาที่ท่านรับประทาน)
 ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด
 ยาลดความดันโลหิต
 ยาลดไขมันในเลือด
 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด
 อื่น ๆ ระบุ

9. ปัจจุบันท่านรับประทานยาวันละกี่ครั้ง

- 1 ครั้ง 2 ครั้ง
 3 ครั้ง 4 ครั้ง
 มากกว่า 4 ครั้ง

10. ท่านมีผู้ช่วยเหลือในการจัดยาให้รับประทานหรือไม่

- ไม่มี จัดยารับประทานด้วยตนเอง
 มีผู้ช่วยเหลือในการจัดยาให้รับประทาน (คือ)
 ภรรยา
 สามี
 บุตร
 หลาน
 อื่น ๆ (ระบุ)

เลขที่แบบเก็บข้อมูล

--	--	--	--

แบบสอบถามส่วนนี้ เก็บจากเวทระเบียน

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ (โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย)

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

1. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ปี เดือน

2. ร่างกายมีอาการอ่อนแรงหรือไม่

ไม่มี

มี (โปรดระบุ)

กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง

แขน ขาซีกซ้ายอ่อนแรง

แขน ขาซีกขวาอ่อนแรง

อื่น ๆ ระบุ.....

3. โรคร่วม ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

ความดันโลหิตสูง (Hypertension)

เบาหวาน (Diabetes mellitus)

ไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia)

หัวใจเต้นผิดปกติ (Atrial fibrillation)

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease)

อื่น ๆ ระบุ.....

4. ชนิดของยาที่รับประทาน และเวลาที่รับประทาน ตามแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน

กลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ระบุเวลารับประทาน

OD bid tid qid hs

กลุ่มยาต้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด (Antiplatelet) ระบุเวลารับประทาน

OD bid tid qid hs

กลุ่มยาลดความดันโลหิต (Antihypertensive) ระบุเวลารับประทาน

OD bid tid qid hs

กลุ่มยาลดระดับไขมันในเลือด (Anti lipidemic) ระบุเวลารับประทาน

OD bid tid qid hs

กลุ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (Anti diabetic) ระบุเวลารับประทาน

OD bid tid qid hs

เลขที่แบบเก็บข้อมูล

--	--	--	--

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของท่านใน 1 เดือนที่ผ่านมา โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการรับประทานของท่าน การเลือกคำตอบให้ถือเกณฑ์ ดังนี้

- | | | |
|-------------|---------|--|
| ประจำ | หมายถึง | ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกวันใน 1 สัปดาห์ |
| บ่อย ๆ | หมายถึง | ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์ |
| บางครั้ง | หมายถึง | ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์ |
| นาน ๆ ครั้ง | หมายถึง | ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์ |
| ไม่เคย | หมายถึง | ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลยใน 1 สัปดาห์ |

ข้อ	ลักษณะการกินยาของคุณ	ประจำ	บ่อย ๆ	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
1.	ฉันเริ่มรับประทานยา					
2.	ฉันปรับขนาดยา					
3.	ฉันหยุดรับประทานยาชั่วคราว					
4.	ฉันตัดสินใจหยุดรับประทานยาบางเมื่อ					
5.	ฉันรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง					

เลขที่แบบเก็บข้อมูล

--	--	--	--

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถาม ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา และความวิตกกังวลเกี่ยวกับยาที่ท่านใช้อยู่ในปัจจุบัน โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดของท่าน การเลือกคำตอบให้ถือเกณฑ์ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	ความจำเป็นของยา (1-5) สุขภาพของฉันทันขณะนี้ขึ้นอยู่กับ ยาที่ฉันต้องรับประทาน					
2.	ฉันไม่สามารถมีชีวิตปกติได้ ถ้า ขาดยาที่ฉันรับประทานอยู่					
3.	ถ้าขาดยาที่ฉันรับประทานอยู่ อาการของฉันจะแย่ลง					
4.	สุขภาพของฉันในอนาคตขึ้นอยู่กับ การรับประทานยาของฉัน					
5.	ยาที่ฉันรับประทานอยู่นั้น ช่วย ป้องกันตัวฉันลงจากอาการของ โรคที่เลวลง					
6.	ความกังวลเกี่ยวกับยา (6-10) ยาที่ฉันรับประทานอยู่สร้างความ กังวลใจให้กับฉัน					
7.	บางครั้ง ฉันกังวลกับยาที่ฉัน รับประทานอยู่อาจเกิดผลในระยะ ยาว					

เลขที่แบบเก็บข้อมูล

--	--	--	--

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
8.	ฉันรู้สึกสับสนในยารักษาโรคที่ฉัน รับประทานอยู่ ตามที่แพทย์สั่ง					
9.	ยาที่ฉันรับประทานอยู่ ทำให้ชีวิต ฉันยุ่งยาก					
10.	บางครั้ง ฉันกังวลว่าฉันจะพึ่งยาที่ ฉันรับประทานอยู่มากเกินไป					



694564393

CU :Thesis 5877164136 thesis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

เลขที่แบบเก็บข้อมูล

--	--	--	--

ส่วนที่ 6 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ใช้เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ ให้ท่านโปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในหน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าข้อความนั้น ใช่หรือ ไม่ใช่ โดยให้ถือเกณฑ์ ดังนี้

ใช่ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามทราบเกี่ยวกับข้อความนั้นว่าเป็นจริง

ไม่ใช่ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามทราบเกี่ยวกับข้อความนั้นว่าไม่เป็นจริง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ		
2. ผู้ที่มีรูปร่างอ้วนลงพุง มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำได้		
3. โรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้วมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก		
4. การสูบบุหรี่ทำให้ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้		
5. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้		
6. การรับประทานอาหารที่มีรสจัดเป็นประจำ เช่น หวาน มัน เค็ม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้		
7. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต้องรับประทานยาละลายลิ่มเลือดตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด		
8. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต้องรับประทานยาต้านเกร็ดเลือดตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด		
9. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต้องรับประทานยาลดระดับไขมันในหลอดเลือดตามแพทย์สั่งทุกวัน		
10. โรคหลอดเลือดสมองตีบเมื่อเป็นซ้ำอาจทำให้เสียชีวิตได้		

เลขที่แบบเก็บข้อมูล

--	--	--	--

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้โดยให้ผู้ตอบทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านมีความคิดเห็นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงช่องเดียว โดยให้ถือเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง

ข้อ	ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตเมื่อเป็นแล้วมีโอกาสเป็นซ้ำได้อีก					
2	โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตเมื่อเป็นแล้วอาจทำให้เสียชีวิตได้					
3	โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ทำให้ร่างกายข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้					
4	โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตทำให้มีอาการตามัวหรือมองไม่เห็นได้					
5	โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตทำให้สูญเสียรายได้ เพราะทำงานไม่ได้เหมือนเดิม					
6	โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตอาจทำให้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้					
7	ความรุนแรงของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตขึ้นอยู่กับบริเวณที่เป็นโรค					
8	เมื่อป่วยเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตแล้วอาจเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น					
9	โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตอาจทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพราะแขนขาอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้					
10	โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตทำให้ต้องได้เสียค่าใช้จ่าย ในการรักษาอย่างต่อเนื่อง					

เลขที่แบบเก็บข้อมูล

--	--	--	--

ส่วนที่ 8 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้สึกของท่านที่เกิดขึ้นขณะที่ท่านเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยให้อธิบาย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ข้อความ	เป็น	เป็นจริง	เป็น	ไม่เป็น
	จริง ที่สุด	ค่อนข้าง มาก	จริง น้อย	จริง เลย
1. แพทย์หรือพยาบาลมีท่าทางที่เป็นมิตร				
2. แพทย์หรือพยาบาลสามารถประเมินอาการผิดปกติจากการใช้ยาที่เกิดกับท่านได้ถูกต้อง				
3. แพทย์หรือพยาบาลใส่ใจดูแลท่าน				
4. แพทย์หรือพยาบาลใช้เวลาแก่ท่านเพียงพอตามที่ต้องการ				
5. แพทย์หรือพยาบาลทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจ				
6. แพทย์หรือพยาบาลแสดงความชื่นชม เมื่อท่านให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล				
7. แพทย์หรือพยาบาลใช้คำพูดที่สั้น เข้าใจง่าย ในการสนทนากับท่าน				
8. แพทย์หรือพยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้พูดคุยกัยคำถาม เรื่องที่ท่านต้องการ				
9. แพทย์หรือพยาบาลแสดงความชื่นชม เมื่อท่าน ดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม				

เลขที่แบบเก็บข้อมูล

--	--	--	--

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้โดยให้ผู้ตอบทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านมีความคิดเห็นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงช่องเดียว โดยให้ถือเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง

ข้อ	ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตเมื่อเป็นแล้วมีโอกาสเป็นซ้ำได้อีก					
2	โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตเมื่อเป็นแล้วอาจทำให้เสียชีวิตได้					
3	โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ทำให้ร่างกายข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้					
4	โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตทำให้มีอาการตามัวหรือมองไม่เห็นได้					
5	โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตทำให้สูญเสียรายได้ เพราะทำงานไม่ได้เหมือนเดิม					
6	โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตอาจทำให้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้					
7	ความรุนแรงของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตขึ้นอยู่กับบริเวณที่เป็นโรค					
8	เมื่อป่วยเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตแล้วอาจเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น					
9	โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตอาจทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพราะแขนขาอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้					
10	โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตทำให้ต้องได้เสียค่าใช้จ่าย ในการรักษาอย่างต่อเนื่อง					

เลขที่แบบเก็บข้อมูล

--	--	--	--

ส่วนที่ 9 รายละเอียดของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 Q

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบ ให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้ผู้ตอบทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านมีความคิดเห็นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงช่องเดียว

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มี เลย	เป็น บางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย >7วัน	เป็น ทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร				
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3	หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากเกินไป				
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง				
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป				
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น				
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี				
	คะแนนรวม				

การแปลผล

คะแนนรวม	การแปลผล
<7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7-12	เป็นโรคซึมเศร้า
13-18	เป็นโรคซึมเศร้า
≥ 19	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับมาก

ภาคผนวก ค

จดหมายขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



694564393

CU_Thesis_5877164136_Thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

31 ธ.ค. 2561

โครงการวิจัย	ที่ 20649
รับ	วันที่ 31 ธ.ค. 2561
	เวลา 12.00 น.

ที่ ศบ 0512.11/1339



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี	รับ	ที่ 4116
	วันที่ 3 ธ.ค. 2561	
	เวลา 15.30 น.	

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

เนื่องด้วย นางชวนพิศ จุลศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วิศน์ศิริ หาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างน้อย 3 เดือน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือด อายุ 18-59 ปี จำนวน 112 คน โดยใช้แบบทดสอบ TMSE (Thai Mental State Examination) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ แบบสอบถามการรับรู้ความรู้แนวของโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 Q ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางชวนพิศ จุลศรี ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

รอบ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
-ถือไปตรวจหา
ฉบับขอ ๕ ฉบับ จากงานวิจัยสุขภาพ

ขอแสดงความนับถือ

น. หัวหน้างานวิจัยทางการแพทย์
เพื่อพิจารณา

ค.ม. (นางสาวจรรยาพรณ์ วัฒนภูมิ)
4/9/61
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้างานวิจัยทางการแพทย์

รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(นายวิระศักดิ์ ศรีนภากาศ)
หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยของประเทศไทย
4 ธ.ค. 2561

ผู้อำนวยการพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร.วิศน์ศิริ หาโต โทร. 02-218-1159
นางชวนพิศ จุลศรี โทร. 09-5421-4018

ชรวป-ดำเนินการ

วิศน์ศิริ-ค.ม.

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	
ที่ พ.	๑๖๒๕
วันที่	๗ ต.ค. ๒๕๖๑
เวลา	๑๕:๒๐

เขียน ผู้อำนวยการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี
พิจารณาแล้ว เห็นควรอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลได้
จึงขอเสนอหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องพิจารณาให้ความร่วมมือต่อไป

- กลุ่มภารกิจด้านเวชปฏิบัติ
- กลุ่มงานอายุรศาสตร์
- ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ

[Signature]

(ศ.คลินิก นพ.วีระศักดิ์ ศรีนิภากร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

๑๔ ต.ค. ๒๕๖๑

อนุมัติ

[Signature]

๑๕ ต.ค. ๒๕๖๑

อธิบดี ผู้อำนวยการกองการพยาบาล

ทรงศักดิ์

[Signature]

นางศรีรัตน์ บวรโกศล
รักษาการแทน

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

๗ ต.ค. ๒๕๖๑

ตัวจริง- วิจัย

สำเนา- ทบพชชช

สำเนา- ทคโณ

เรียน ผู้อำนวยการกองการพยาบาล
ที่ ก.ค.๖ ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ๗
ให้ดำเนินการวิจัยในคนในโรงพยาบาลราชวิถี
มาที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรราชวิทยาลัย
ณ ศาลากลางจังหวัดราชบุรี

[Signature]

ดร.บุษระณี สุทธิกุล
หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล
๓๐ ต.ค. ๒๕๖๑



เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ชื่อผู้วิจัย นางชวนพิศ จุลศรี

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 095-4214018

E-mail aud.tuk@gmail.com

สถานที่วิจัย คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้ให้ทุน/ผู้สนับสนุนการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะท่านเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่มีอายุ 18-59 ปี ได้รับยารักษาโรคหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน หรือได้รับยาที่ใช้เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 163 คน. ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยทั้งสิ้น 1 เดือน

ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านจะต้องตอบแบบสอบถามจำนวน 15 หน้า ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที โดยร่วมกิจกรรมจำนวน 1 ครั้ง เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ขอความร่วมมือจากอาสาสมัคร ตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ

ความเสี่ยงและ/หรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น เมื่อเข้าร่วมการวิจัย ท่านอาจ เสียเวลา ไม่สะดวก ไม่สบาย กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่มีอาการดังกล่าวข้างต้น หรืออาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

ความเสี่ยงที่ได้รับจากการเจาะเลือด

โครงการวิจัยนี้ไม่มีการเจาะเลือด

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

ฉบับปรับปรุง 15 มิถุนายน 2560

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปปรับเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยท่านอื่นมีความร่วมมือในการรับประทานยาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบบใด ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้านการรักษาพยาบาลของท่านโดยท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

ระบุชื่อผู้วิจัยที่สามารถติดต่อได้ หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย หรือเมื่อบาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการวิจัยท่านสามารถติดต่อชื่อ นางชวนพิศ จุลศรี ที่อยู่ 95/1056 เอลลิโอ เดลเรย์ สุขุมวิท 64 นางจาก พระโขนง กรุงเทพมหานคร 10260 โทรศัพท์มือถือ 095-4214018 E-mail aud.tuk@gmail.com

ค่าตอบแทนที่จะได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนใดๆจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

ค่าใช้จ่ายที่เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเองมีอะไรบ้าง ไม่มี

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

การรักษาความลับ

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของโครงการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบ่งคับ ช่มชู้ หรือการหลอกลวง

ฉบับปรับปรุง 15 มิถุนายน 2560

หนังสือยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร
โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....
 อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ถนน..... แขวง/ตำบล.....
 เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....

ได้รับการทาบทามเพื่อเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ในโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ และเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เพื่อหาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ข้าพเจ้าทราบว่า การเข้าร่วมการวิจัยนี้ ต้องทำการให้รายละเอียดส่วนตัวเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วยที่เป็น การรักษาต่างๆ ที่ได้รับ รวมไปถึงข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย และจากข้อมูลต่างๆ ที่ข้าพเจ้าให้ไป ยินยอมที่จะให้นำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ นอกจากนี้ยังทราบว่า การวิจัยครั้งนี้จะยังประโยชน์ต่อความรู้ทางด้านวิชาการ ซึ่งข้าพเจ้ายินดีที่จะเข้าร่วม และพร้อมที่จะปฏิบัติตามขั้นตอน ระเบียบวิธีการวิจัยในครั้งนี ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีข้อสงสัย ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะซักถามทุกข้อสงสัยเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนจากผู้วิจัย หรือเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยคือ นางชวนพิศ จุลศรี เบอร์โทรศัพท์: 095-4214018 ได้ตลอดเวลา

ข้าพเจ้าทราบว่า การศึกษาวิจัยในครั้งนีได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการการศึกษาวิจัย และจริยธรรมโรงพยาบาลราชวิถี และระหว่างในการทำการศึกษาวิจัย ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการวิจัยในเวลาใดก็ได้

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในครั้งนีเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนีด้วยความสมัครใจ และขอลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ ที่นี้

ชื่อ.....ผู้ร่วมศึกษาวิจัย
 (.....)
 วันที่.....

ชื่อ.....ผู้ทำวิจัย
 (นางชวนพิศ จุลศรี)
 วันที่.....

ชื่อ.....พยาน
 (.....)
 วันที่.....

ชื่อ.....พยาน
 (.....)
 วันที่.....

เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ บึงจ้อยทำนวยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ชื่อผู้วิจัย นางชวนพิศ จุลศรี

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 095-4214018

E-mail aud.tuk@gmail.com

สถานที่วิจัย คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา

ผู้สนับสนุนการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะท่านเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่มีอายุ 18-59 ปี ได้รับยารักษาโรคหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน หรือได้รับยาที่ใช้เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 164 คน

ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านจะต้องตอบแบบสอบถามจำนวน 13 หน้า ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 นาที โดยร่วมกิจกรรมจำนวน 1 ครั้ง เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ขอความร่วมมือจากอาสาสมัคร ตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ

ความเสี่ยงและ/หรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น เมื่อเข้าร่วมการวิจัย ท่านอาจ เสียเวลา ไม่สะดวก ไม่สบาย กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่มีอาการดังกล่าวข้างต้น หรืออาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

ความเสี่ยงที่ได้รับจากการเจาะเลือด

โครงการวิจัยนี้ไม่มีการเจาะเลือด

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความคิดแปลกๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปปรับเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยท่านอื่นมีความร่วมมือในการรับประทานยาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาและลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบใด ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้านการรักษาพยาบาลของท่านโดยท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

ค่าตอบแทนที่จะได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยนี้

การรักษาความลับ

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

กรณีที่ท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อผู้วิจัย ตามรายละเอียดดังนี้

1. นางชวนพิศ จุลศรี

95/1056 ELLIO DELRAY สุขุมวิท 64

บางจาก พระโขนง กทม. 10260

เบอร์โทรศัพท์มือถือ. 09-5421-4018

E-mail : aud.tuk@gmail.com

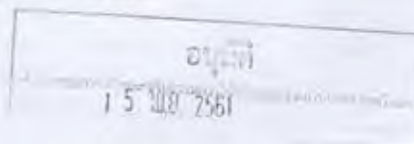
2. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา ชั้น 4 อาคารวิจัยประสาทวิทยา (ตึก MR)

สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ 312 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 086-366-4307 0 2306 9899 ต่อ 2402, 0 2354 5357

โทรสาร 0 2354 5357 E-mail : irbpni@gmail.com



ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของข้าพเจ้านี้ กระทำโดยสมัครใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และไม่เกิดผลกระทบบต่อการรักษาที่จะได้รับตามปกติ

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบของการวิเคราะห์ในภาพรวม โดยไม่เปิดเผยรายชื่อ

กรณีที่ข้าพเจ้ามีข้อสงสัยหรือข้อซักถามเพิ่มเติม ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ที่

นางชวนพิศ จุตศิริ

ตำแหน่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬาลงกรณ์ 64 ถนนพญาไท แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์มือถือ 09-5421-4018

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา ชั้น 4 อาคารวิจัยประสาทวิทยา (ตึก MFJ) สถาบันประสาทวิทยา
เลขที่ 312 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 086-366-4307 0 2306 9899 ต่อ 2402, 0 2354 5357 โทรสาร 0 2354 5357

E-mail : irbpni@gmail.com

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม
ลงนาม พยาน
ลงนาม พยาน

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว และข้าพเจ้าจึงได้ประทับลายนิ้วมือในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม
ลงนาม พยาน
ลงนาม พยาน

Version Date: 29 August 2018

อนุมัติ
คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
วันที่ 15 มิถุนายน 2561

ภาคผนวก ง

เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เอกสารรับรองขอใช้เครื่องมือวิจัย



694564393

CU Thesais 5877164136 thesis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4



เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 61153
เอกสารเลขที่ 165/2561

ชื่อโครงการ "ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ."
(ภาษาอังกฤษ) "Predictors of medication adherence in ischemic stroke patients."
ชื่อหัวหน้าโครงการ นางชวนทิศ จุลศิริ ตำแหน่ง นักศึกษาปริญญาโท
ผู้ร่วมวิจัย รศ.ดร.รัตนศิริ ทาโต ตำแหน่ง อาจารย์พยาบาล
สังกัดหน่วยงาน สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2561
2. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 11 กันยายน 2561
3. เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 11 กันยายน 2561
4. เอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 11 กันยายน 2561

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 3 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 ปี คือสิ้นสุดวันที่ 2 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563



ลงนาม.....
(ศ.คลินิก พ.วีระศักดิ์ ศรีนันทการ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม.....
(นายแพทย์มานัส โทษารณ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



694564393

เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามแนวปฏิบัติการวิจัยของคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี คณะกรรมการฯจึงขอแจ้งให้ผู้วิจัยทราบถึงข้อกำหนดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี)
แบบสัมภาษณ์ / แบบสอบถาม / แบบบันทึกข้อมูล ฉบับที่ได้รับอนุมัติจากโรงพยาบาลราชวิถีเท่านั้น
3. การรายงานอาการไม่พึงประสงค์ (AE) ที่เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้แจ้งคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรม
การวิจัยทราบ ภายในกำหนดเวลา 5 วันทำการ หลังจากผู้วิจัยทราบถึงเหตุการณ์ โดยส่งเอกสารจำนวน 3 ชุด
ยื่นพร้อมกับคณะกรรมการกลางพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน Central Research Ethics Committee:
CREC) / คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุข / คณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์ ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)
4. การรายงานอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรง (SAE) ที่เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้แจ้งคณะกรรมการวิจัยและ
จริยธรรมการวิจัยทราบ ภายในกำหนดเวลา 3 วันทำการ หลังจากผู้วิจัยทราบถึงเหตุการณ์ โดยส่งเอกสาร
จำนวน 3 ชุด ยื่นคู่ขนานกับการยื่นที่ CREC / กระทรวงสาธารณสุข / สคม.
5. การรายงานสรุปอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงและไม่คาดคิด (Serious Unexpected Suspected Adverse
Event, SUSAR) ที่เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้แจ้งให้คณะกรรมการฯ ทราบ โดยสรุปรวบรวมส่งภายใน
8 เดือนหลังจากผู้วิจัยได้รับรายงาน พร้อมส่งเอกสารจำนวน 3 ชุด ยื่นคู่ขนานกับการยื่นที่ CREC /
กระทรวงสาธารณสุข / สคม.
6. การรายงานความก้าวหน้าการดำเนินการวิจัย ให้รายงานทุก 1 ปี เว้นแต่คณะกรรมการร้องขอ
7. กรณีมีการแก้ไขเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของผู้ถูกวิจัย (Informed Consent Form) และ
เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ (Patient Information Sheet) ซึ่งเป็นโครงการที่ได้ผ่าน
CREC / กระทรวงสาธารณสุข / สคม. มาก่อนแล้วนั้น ขอให้ยื่นเอกสารที่แก้ไข ต่อคณะกรรมการข้างต้น
ก่อน แล้วจึงส่งเอกสารที่ผ่านการ Approve แล้ว ส่งที่คณะกรรมการโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 1 ชุด
ตามลำดับ
8. กรณีมีการแก้ไขเอกสาร (Amendment) เปลี่ยนแปลงรายละเอียดโครงการวิจัย ที่ไม่ใช่ Informed Consent
Form และ Patient Information Sheet จะต้องยื่นเอกสารฉบับใหม่ จำนวน 3 ชุด เพื่อขออนุมัติจาก
คณะกรรมการฯ ก่อนจะดำเนินการวิจัยต่อไป ยื่นคู่ขนานกับการยื่นที่ CREC / กระทรวงสาธารณสุข / สคม.
9. การขออนุมัติต่ออายุโครงการวิจัย ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติต่ออายุก่อนหมดอายุ อย่างน้อย 1 เดือน หากล่าช้า
กว่ากำหนดจะไม่ดำเนินการต่ออายุได้ ต้องขอเข้ารับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใหม่ หรือ ตามมติของ
คณะกรรมการพิจารณาเป็นรายโครงการ




เอกสารเลขที่ _009_/2562

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย	บัจจยทำนวยควมร่วมมือในการรับประทนยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบ
หมายเลขโครงการ	61057
ผู้วิจัยหลัก	นางชวนพิศ จุลศรี
สถานที่ดำเนินการวิจัย	สถาบันประสาทวิทยา
เอกสารที่พิจารณาอนุมัติ	1. แบบเสนอโครงการวิจัย Version date: October 31, 2018 2. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร Version date: October 31, 2018 3. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย Version date: 29 August 2018 4. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล Version date: October 31, 2018 5. แบบเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของผู้วิจัย version date: 01.11.2558 6. หลักฐานผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี ฉบับวันที่ 6 กันยายน 2561
วันที่พิจารณาอนุมัติ	15 พฤศจิกายน 2561

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการวิจัย ฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว มีมติ อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยใช้รายละเอียดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก


(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)

ประธานคณะกรรมการ


(นางสาวพิมพ์ชนก พุฒขาว)

กรรมการและเลขานุการ

รับรองตั้งแต่วันที่ 15 พฤศจิกายน 2561 ถึงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2562

ที่ สส ๐๑๑๐ (๑๓๗๐๐)/๑๕๖๖



สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันประสาทวิทยา ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ ๑๑๒ ถนนราชวิถี
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒) ทดสอบภายใน ๒๕๖๑

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

เรียน นางชวนทิศ จุลศรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารเลขที่ ๐๐๘/๒๕๖๑

ตามที่ท่านซึ่งเป็น หัวหน้าโครงการวิจัยตามรายละเอียดข้างท้าย ได้เสนอโครงการวิจัยดังกล่าวต่อคณะกรรมการวิจัย
และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

เลขที่โครงการ	๖๑๐๕๗
ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึง
รายการเอกสารที่พิจารณา	๑. แบบเสนอโครงการวิจัย Version date: October 31, 2018 ๒. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร Version date: October 31, 2018 ๓. โฉนดยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย Version date: 29 August 2018 ๔. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล Version date: October 31, 2018 ๕. แบบเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของผู้วิจัย version date: 01.11.2558 ๖. หลักฐานผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี ฉบับวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๑

ในการนี้ คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิจัยประจำสถาบัน
(Institutional Review Board : IRB) ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ได้พิจารณา และมีมติอนุมัติ
ให้ดำเนินการโครงการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ โดยผู้วิจัยจะต้องมีหน้าที่และความรับผิดชอบภายหลังได้รับการอนุมัติ
คือ ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๗ "ข้อมูลสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไป
เปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง"
โดยเคร่งครัดและจะต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยเมื่อมีการร้องขอและ/หรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ ทุกครั้ง ได้แก่

๑. ควรถิษณาว่าดำเนินการให้นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยทุกคน ผ่านการอบรมทางด้านจริยธรรมการวิจัยในคน
๒. เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัย
ต่อไปได้ พร้อมทั้งแจ้งสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยให้ทราบด้วย
๓. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมเหตุผลที่ต้องเปลี่ยนแปลง
๔. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัยหรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัย ต้องส่งประวัติของคนที่เปลี่ยนแปลงพร้อมเหตุผล
ให้คณะกรรมการ ฯ ทราบด้วย

๒/๕. เมื่อมี...



694564393

๕. เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์ ที่ relate, possible/likely, probably related, fatal กับโครงการวิจัยที่ผ่านรับผิดชอบอย่างไร รวมถึงขอทราบ มาตรการในการดูแลป้องกันอาสาสมัครในประเทศไทยด้วย
๖. จัดส่งรายงานการศึกษาวิจัย จำนวน ๒ ชุด ให้แก่สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน
๗. หากการวิจัยเกินเวลา ๑ ปี จะต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย พร้อมดำเนินการขอต่ออายุการรับรอง ก่อนหมดอายุอย่างน้อย ๓๐ วัน

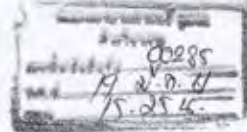
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(นายสุชาติ ไทรสุริยพงษ์กุล)
 นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
 ประธานคณะกรรมการวิจัย
 และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
 ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา
 โทร. ๐ ๒๓๐๖ ๖๓๖๓๓ ต่อ ๒๓๐๒๐
 โทรสาร ๐ ๒๓๐๖ ๕๓๖๓๖



โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
๒๗๐ ถนนพระรามหก เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐
โทรศัพท์ ๐๒-๒๕๑๑-๒๐๑๔ โทรสาร ๐๒-๒๕๑๑-๑๖๗๑

ที่ ศธ ๐๕๑๑.๐๖๗/ ๐๒๕๗
วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๑
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

คณะอนุกรรมการ
เลขที่รับเรื่อง
ว.ค.ป.
เวลา

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๓๕๗ ลงวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยชื่อ "แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Adherence Report Scale: MARS) และแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา (Belief about Medication Questionnaire: BMQ) ของ นางสาวนภาพร จุติเตตียะ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยากับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ในการนี้โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้ นางสาวนภาพร จุติเตตียะ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใช้เครื่องมือวิจัยตามที่ขอมาดังกล่าว โดยขอให้ผู้วิจัยอ้างอิงถึงเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์ และกำหนดให้ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัยดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม บพร. ๑๕-๑๗ ตามที่แนบมาพร้อมนี้ โดยส่งกลับมายังงานบัณฑิตศึกษาและวิจัย โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐ และชำระค่าดำเนินการจำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ฉบับ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามารามธิบดี ชื่อบัญชี "เครื่องมือวิจัยโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี" เลขบัญชี ๐๒๖-๔-๖๔๑๕๕-๗ ประเภทออมทรัพย์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เรณู ทุกบุญมี)
ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ ถิคนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม

ที่ สธ ๐๓๐๔ / ๒๕๖๐



คณะกรรมการศาสตร์สุขภาพ และสาธารณสุข เลขที่หนังสือรับ ๑๕๓๑ ว.ค.ป. ๕ พ.ย. ๖๐ เวลา ๑๖.๑๕.๑๕
--

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู
สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
ซอยบำรุงคนราชมาร ถนนติวานนท์
อำเภอเมือง จังหวัดนครพนธ์ ๓๓๐๐๐

๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๓๓/๑๗๕๕ ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๐

คณะกรรมการศาสตร์สุขภาพ และสาธารณสุข เลขที่หนังสือรับ ๐๐๑๖๑ ว.ค.ป. ๖ พ.ย. ๖๐ เวลา ๑๖.๑๕.๑๕

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยนางชวนพิศ จุลศรี
นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์
เรื่อง "ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประชนยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ" และมีความ
ประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวตามแนวทางของ
International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) นั้น

ในการนี้ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ พิจารณาแล้ว
เห็นควรอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวตามแนวทางของ
International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) เพื่อเป็นประโยชน์ในการทำ
วิทยานิพนธ์ดังกล่าวข้างต้นได้ และหากดำเนินการแล้วเสร็จประการใดกรุณาแจ้งผลให้ทางสถาบันฯ ทราบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายศักดิ์รินทร์ วงศ์เลิศศิริ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ วิชาการราชการแทน

ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

โทร. ๐ ๒๕๓๓ ๕๒๕๖ ต่อ ๒๘๐๔

โทรสาร ๐ ๒๕๓๓ ๑๗๖๖



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4



ที่ สบ ๐๕๖๖/ว.๖.๕.๕

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
๒๒ ถนนจันทน์ ๕ เมือง
จังหวัดสุพรรณบุรี ๓๔๐๐๐

พญ.วิภากร ๒๒๖๐

เรื่อง: อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวินิจฉัย (๒Q)

เรียน: รองศาสตราจารย์ ดร. วิภาพร เกศศิริวิวัฒนา

ตามที่หนังสือที่ ศบ ๐๕๒๒-๑๔/๒๕๖๖ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ด้วย
นางชวนพิศ จุฑศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์
ขออนุญาตให้เครื่องมือการวินิจฉัย คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ๙ คำถาม (๙Q) เพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัย
ทำนายความร่วมมือนในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่า พญ.วิภากร ๒๒๖๐ อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวินิจฉัย คือ
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ๙ คำถาม (๙Q) โดยผู้ให้ข้อมูลผ่านการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยเพื่อคุ้มครองการคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิภากร สุพรรณิการ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ศูนย์วิจัยและการสาธารณสุขโรคซึมเศร้า

โทรศัพท์ ๐ ๕๖๒๕ ๒๕๖๗ / ๐ ๕๖๒๕ ๒๕๖๗

โทรสาร ๐ ๕๖๒๕ ๒๕๖๖



FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 125
วันที่ 23 ก.พ. 61
เวลา 5.45 น.
ผู้รับ 17-34

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวชนพิศ จุลศรี รหัสประจำตัว 5877164136
นิสิตสาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 95/1056 ซอย สุขุมวิท 64
ถนน สุขุมวิท ตำบล/แขวง บางจาก อำเภอ/เขต พระโขนง
จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10260 โทรศัพท์ 095-4214018

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางพิมพ์นภา กิตติวงศ์อื่น
4. ปีของวิทยานิพนธ์ 2556

ลงนาม น.ส. ชนพิศ จุลศรี ผู้ยื่นคำร้อง
(นางชนพิศ จุลศรี)
23 / 2 / 2561

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 17/34/23 ก.พ. 61 / 17/34/23 ก.พ. 61	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ
ลงนาม (รองศาสตราจารย์ ดร. วิมลศิริ ทาโค) 23 ก.พ. 2561	ลงนาม (17/34/23 ก.พ. 61 / 17/34/23 ก.พ. 61)

อนุญาต
.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
23 ก.พ. 2561

23
23 ก.พ. 61
23
/ 23 ก.พ. 61

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

FOM-CU-THESIS11

เลขที่รับ	๕๙๕
วันที่	๑๕.๑๑.๖๐
เวลา	๑๖.๐๐ น.
ผู้รับ	๗-๒๐๑

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางชวนพิศ จุลศรี รหัสประจำตัว 5877164136
นิสิตสาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 95/1056 ซอย สุขุมวิท 64
ถนน สุขุมวิท ตำบล/แขวง บางจาก อำเภอ/เขต พระโขนง
จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10260 โทรศัพท์ 095-4214018

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในภาคใต้
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ พรสวรรค์ คำทิพย์
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2556

ลงนาม ชวนพิศ จุลศรี ผู้ยื่นคำร้อง
(นางชวนพิศ จุลศรี)
๑๕ / ๑๑ / ๒๕๖๐

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ <u>กนกวรรณ ใจดี</u></p> <p>ลงนาม <u>[Signature]</u> (รองศาสตราจารย์ ดร.กนกวรรณ ใจดี) ๑๕ / ๑๑ / ๒๕๖๐</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ <u>ยงสิทธิ์ อภิศ</u></p> <p>ลงนาม <u>[Signature]</u> (ผศ.ดร. ยงสิทธิ์ อภิศ)</p>
	<p>๑๕ ๑๕-๑๑-๖๐</p>

อนุญาต
[Signature]
(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เพื่อพิจารณา เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง
 เพื่อดำเนินการ เพื่อขอคืน
 เพื่อทราบ

ที่ ศธ 0512.11/0754

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรมราชชนนีศรีศศทรช ชั้น 11
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330

21 กุมภาพันธ์ 2561

(รองศาสตราจารย์ ดร.พัชร์นทร์ นิยะจันทร์)
 รองผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
 ฝ่ายบัณฑิตศึกษาศาสตร์วิจัย

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางชวนพิศ จุลศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Adherence Report Scale: MARS) และแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา (Belief about Medication Questionnaire: BMQ) จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยากับความสม่ำเสมอในการรับประทานยากระดับน้ำตาลของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของนางสาวณภาพร รุจิเสถียร ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2552) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม และรองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ ยาวีเอื้อ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

27 ก.พ. 2561 ผู้ช่วยวิชาการ
 อาจารย์ที่ปรึกษา
 ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
 รองศาสตราจารย์ ดร. รัตนศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1159
 นางชวนพิศ จุลศรี โทร. 09-5421-4018

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิลธรา หงษ์ประเสริฐ
 ผอ.บัณฑิตศึกษา รร.รามาธิบดี

4/11/2561 11:00

วิทยาลัยการพยาบาลเกษุมใหญ่
 วันที่ 04/01/11
 วันที่ 6 ธ.ค. 11 เวลา 9.00 น.
 ผู้รับ 3136



ฝ่ายวิชาการ พบ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วันที่: 12 ธันวาคม 2560 เวลา 11:10
เลขรับที่: วช.01110

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๕๒๐/๓ ถนนราชวิถี ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐
โทรศัพท์/โทรสาร ๐๒-๒๕๕-๘๕๕๖

คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขรับที่: 4000
วันที่: 12 ธันวาคม 2560 เวลา 10:57

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๑๕/ ๗๕๐๗
วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๐
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๖.๑๓/๑๗๕๐
ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๐

ตามที่ส่งสื่อยังถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขออนุญาตให้ นางชวนพิศ จุลศรี
ใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดเพชรบุรี”
ดังรายละเอียดแนบส่งแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้
นางชวนพิศ จุลศรี ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เพื่อนำไปประกอบการศึกษาค้นคว้าการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

เพื่อโปรดทราบ และสำเนาเอกสารให้คืนต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

12 ธันวาคม 2560 เวลา 16:40

ปิฎก ปิณฑ

13 ธันวาคม 2560 เวลา 11:24

(ศาสตราจารย์ ดร.สิริรา กิตติคุณ)
รองคณบดี ปฏิบัติหน้าที่แทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

13 ธันวาคม 2560 เวลา 16:57

ทราบและโปรดดำเนินการตามเสนอ
16 ธันวาคม 2560 เวลา 15:10

ภาคผนวก จ
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย
การวิเคราะห์เพิ่มเติม



694564393

CU Thesais 5877164136 thesis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ตารางที่ 11 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค และค่า KR-20 ของการทดลองใช้เครื่องมือ (n=136)

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค	ค่า KR-20
1. แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา	.73	
2. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา	.71	
3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	.74	
4. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง		.83
5. แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล	.78	
6. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	.83	



694564393

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค และค่า KR-20 ของการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย (n=136)

1. แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.748	.802	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a1	19.43	1.082	.790	.764	.589
a2	19.20	2.303	.647	.624	.727
a3	19.43	1.771	.471	.316	.723
a4	19.23	2.254	.495	.603	.732
a5	19.37	1.757	.548	.417	.691

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
24.17	2.695	1.642	5



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

2. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.787	.782	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
b1	28.43	28.599	.484	.775	.767
b2	29.07	23.720	.750	.695	.725
b3	28.60	27.490	.417	.677	.775
b4	28.47	25.844	.669	.814	.741
b5	28.13	32.257	.281	.510	.788
b6	29.73	28.685	.306	.350	.790
b7	29.30	28.079	.427	.359	.773
b8	29.97	30.516	.274	.649	.788
b9	29.27	28.409	.403	.699	.776
b10	29.13	25.844	.576	.681	.752

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
32.23	33.702	5.805	10



694564393

3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.879	.891	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
d1	36.37	32.378	.674	.561	.862
d2	36.70	31.872	.602	.647	.868
d3	36.33	32.575	.641	.725	.864
d4	36.77	32.530	.575	.733	.869
d5	36.37	31.757	.743	.729	.857
d6	36.97	32.930	.400	.340	.889
d7	36.43	31.426	.697	.615	.860
d8	36.27	33.651	.712	.791	.862
d9	36.47	34.809	.418	.440	.880
10	36.13	33.154	.802	.782	.858

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
40.53	39.844	6.312	10



694564393

CD :Thesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

4. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

$$\text{การคำนวณ KR-20} \quad r_{\text{KR-20}} = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{pq}{S^2} \right) = \frac{10}{30-1} \left(1 - \frac{0.576}{1.765} \right) = 0.74$$

คนที่/ข้อที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	x	x2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
2	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	5	25
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
4	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	81
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
7	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	5	25
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
10	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	8	64
11	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	6	36
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
29	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	8	64
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
รวม	29	26	29	28	27	27	30	27	29	29	281	2695
p	0.966667	0.866667	0.966667	0.933333	0.9	0.9	1	0.9	0.966667	0.966667		
q	0.033333	0.133333	0.033333	0.066667	0.1	0.1	0	0.1	0.033333	0.033333		s2=1.7655
pq	0.032222	0.115556	0.032222	0.062222	0.09	0.09	0	0.09	0.032222	0.032222	0.576667	



694564393

5. แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.784	.798	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
e1	26.20	11.752	.451	.609	.767
e2	26.67	12.920	.146	.635	.821
e3	26.20	11.821	.595	.579	.749
e4	26.20	12.166	.505	.524	.760
e5	26.07	11.030	.702	.730	.731
e6	26.17	12.626	.439	.705	.769
e7	26.40	10.386	.736	.758	.720
e8	26.13	13.016	.283	.480	.787
e9	26.23	11.426	.529	.656	.755

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
29.53	14.671	3.830	9



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

6. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.832	.840	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
f1	3.80	14.097	.580	.707	.814
f2	3.73	14.202	.410	.497	.829
f3	3.40	11.766	.619	.657	.809
f4	3.13	14.533	.441	.481	.825
f5	3.60	12.455	.667	.609	.799
f6	3.83	13.316	.640	.729	.805
f7	3.63	12.930	.492	.346	.824
f8	3.70	13.252	.612	.538	.807
f9	3.97	14.792	.519	.581	.822

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
4.10	16.714	4.088	9

ตารางที่ 12 แสดงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำแนกตามรายชื่อ (n=136)

ข้อมูล	ประจำ	บ่อย ๆ	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ เคย	\bar{x} (S.D.)
1. ฉันทึ่มรับประทานยา	1.4	2.2	4.4	43.5	48.5	4.35 (.792)
2. ฉันทึ่เปลี่ยนแปลงขนาดยา	0.7	1.4	2.2	2.9	92.8	4.90 (.475)
3. ฉันทึ่หยุดรับประทานยาชั่วคราว	0.0	1.4	2.9	18.8	76.9	4.75 (.498)
4. ฉันทึ่หยุดรับประทานยาบางมื้	1.4	0.7	3.7	5.8	88.4	4.85 (.500)
5. ฉันทึ่รับประทานยาน้อยกว่าที่ แพทย์สั่ง	0.7	1.4	2.2	10.1	85.6	4.78 (.629)
รวม						23.63 (2.894)



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ตารางที่ 13 แสดงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบสอบถาม ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา และความวิตกกังวลเกี่ยวกับยา ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำแนกตามรายข้อ (n=136)

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	\bar{x} (S.D.)
ความจำเป็นของยา (1-5)	1.4	8.7	16.7	55.1	18.1	3.84
1. สุขภาพของฉันในอนาคตขึ้นอยู่กับยาที่ฉันต้องรับประทาน						(.827)
2. ฉันไม่สามารถมีชีวิตปกติได้ถ้าขาดยาที่ฉันรับประทานอยู่	1.4	31.4	18.8	35.1	12.4	3.24
3. ถ้าขาดยาที่ฉันรับประทานอยู่ อาการของฉันจะแย่ลง	2.8	16.7	19.6	41.3	19.6	3.62
4. สุขภาพของฉันในอนาคตขึ้นอยู่กับ การรับประทานยาของฉัน	2.2	6.5	13.8	54.3	23.1	3.88
5. ยาที่ฉันรับประทานนั้น ช่วยป้องกัน ตัวฉันจากอาการของโรคที่เลวลง	3.6	1.4	2.9	76.8	15.2	4.05
ความกังวลเกี่ยวกับยา (6-10)						
6. ยาที่ฉันรับประทานอยู่สร้างความ กังวลใจให้กับฉัน	16.7	65.9	5.7	8.7	2.9	2.14
7. บางครั้งฉันกังวลกับยาที่ฉัน รับประทานอยู่ อาจเกิดผลในระยะยาว	2.2	65.2	10.1	18.8	3.6	2.53
8. ฉันรู้สึกสับสนในยารักษาโรคที่ฉัน รับประทานอยู่ ตามที่แพทย์สั่ง	13.0	68.1	10.1	7.2	1.4	2.12
9. ยาที่ฉันรับประทานอยู่ทำให้ชีวิตฉัน ยุ่งยาก	5.8	71.0	9.4	12.5	1.4	2.29
10. บางครั้งฉันกังวลว่าฉันจะพึ่งพายา ที่ฉันรับประทานอยู่มากเกินไป	8.0	38.4	31.8	18.1	3.6	2.71
รวม						30.42 (8.691)

ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำแนกตามรายชื่อ (n=136)

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	\bar{X} (S.D.)
1. ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	96.4	3.6	.98 (.147)
2. ผู้ที่มีรูปร่างอ้วนลงพุง มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำได้	87.7	12.3	.98 (.314)
3. โรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้วมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก	95.7	4.3	.97 (.170)
4. การสูบบุหรี่ทำให้ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้	94.2	5.8	.96 (.206)
5. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้	96.4	3.6	.98 (.147)
6. การรับประทานอาหารที่มีรสจัดเป็นประจำ เช่น หวาน มัน เค็ม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้	94.9	5.1	.96 (.189)
7. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต้องรับประทานยาละลายลิ่มเลือดตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด	98.6	1.4	1.00 (.000)
8. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต้องรับประทานยาต้านเกร็ดเลือดตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด	94.9	5.1	.96 (.189)
9. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต้องรับประทานยาลดระดับไขมันในหลอดเลือดตามแพทย์สั่งทุกวัน	97.1	2.9	.99 (.121)
10. โรคหลอดเลือดสมองตีบเมื่อเป็นซ้ำอาจทำให้เสียชีวิตได้	94.2	5.8	.96 (.206)
รวม			9.74 (1.689)

ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยจำแนกเป็นรายข้อ (n=136)

ข้อความ	เห็น	ไม่	ไม่	ไม่	ไม่เห็น	\bar{X} (S.D.)
	ด้วย	เห็น	แน่ใจ	เห็น	ด้วย	
	อย่าง	ด้วย		ด้วย	อย่าง	
	ยิ่ง				ยิ่ง	
1. โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตเมื่อเป็นแล้วมี โอกาสเป็นได้อีก	1.4	8.7	16.7	55.1	18.1	3.84 (.827)
2. โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตเมื่อเป็นแล้ว อาจทำให้เสียชีวิตได้	1.4	31.9	18.8	34.1	13.7	3.24 (1.085)
3. เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตทำให้ ร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง อ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้	1.4	16.7	19.6	41.3	21.0	3.63 (1.033)
4. โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตทำให้มีอาการ ตามัวหรือมองไม่เห็นได้	2.2	7.9	13.8	54.3	21.7	3.88 (.903)
5. อัมพฤกษ์ อัมพาต ทำให้สูญเสียรายได้ เพราะทำงานไม่ได้เหมือนเดิม	1.4	3.6	2.9	76.8	15.2	4.05 (.575)
6. อัมพฤกษ์ อัมพาตทำให้ไม่สามารถ ควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้	4.3	8.7	11.6	45.7	29.7	3.62 (1.161)
7. ความรุนแรงของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตขึ้นอยู่กับบริเวณที่เป็นโรค	5.1	17.4	9.4	44.9	23.1	3.90 (1.010)
8. เมื่อป่วยเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต แล้วอาจเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น	1.4	5.8	6.5	56.5	29.7	4.11 (.767)
9. โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตอาจทำให้ต้อง พึ่งพาผู้อื่นเพราะแขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	2.1	8.8	2.2	50.7	36.2	4.13 (.885)
10. โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตทำให้ต้องเสีย ค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างต่อเนื่อง	0.7	4.4	2.8	51.4	40.6	4.26 (.762)
รวม						38.66 (9.008)



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / revv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ของแบบสอบถามสัมพันธ์ภาพกับแพทย์หรือพยาบาล ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำแนกตามรายชื่อ (n=136)

ข้อความ	เป็นจริง ที่สุด	เป็นจริง ค่อนข้าง มาก	เป็นจริง น้อย	ไม่เป็น จริงเลย	\bar{X} (S.D.)
1. แพทย์หรือพยาบาลมีท่าทางที่เป็นมิตร	48.6	42.0	5.7	3.6	3.81 (.395)
2. แพทย์หรือพยาบาลสามารถประเมิน อาการผิดปกติจากการใช้ยาที่เกิดกับท่าน ได้ถูกต้อง	29.7	51.4	7.2	11.6	3.91 (.955)
3. แพทย์หรือพยาบาลใส่ใจดูแลท่าน	47.8	47.1	4.3	1.4	3.85 (.355)
4. แพทย์หรือพยาบาลใช้เวลาแก่ท่าน เพียงพอตามที่ต้องการ	42.0	50.0	6.5	1.4	3.42 (.907)
5. แพทย์หรือพยาบาลทำให้ท่านรู้สึก อบอุ่นใจ	55.8	40.6	2.2	1.4	3.81 (.464)
6. แพทย์หรือพยาบาลแสดงความชื่นชม เมื่อท่านให้ความร่วมมือในการ รักษาพยาบาล	49.3	46.4	2.9	1.4	3.33 (.943)
7. แพทย์หรือพยาบาลใช้คำพูดที่สั้น เข้าใจง่าย ในการสนทนากับท่าน	44.2	44.2	8.0	3.6	3.05 (.991)
8. แพทย์หรือพยาบาลเปิดโอกาสให้ท่าน ได้พูดคุย ชักถาม เรื่องที่ท่านต้องการ	53.6	40.6	4.3	1.4	3.83 (.376)
9. แพทย์หรือพยาบาลแสดงความชื่นชม เมื่อท่าน ดูแลสุขภาพของตนเองอย่าง เหมาะสม	47.8	42.8	5.1	4.3	3.79 (.411)
รวม					32.8 (5.797)



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesisis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ตารางที่ 17 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ของแบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับ
ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำแนกตามรายชื่อ (n=136)

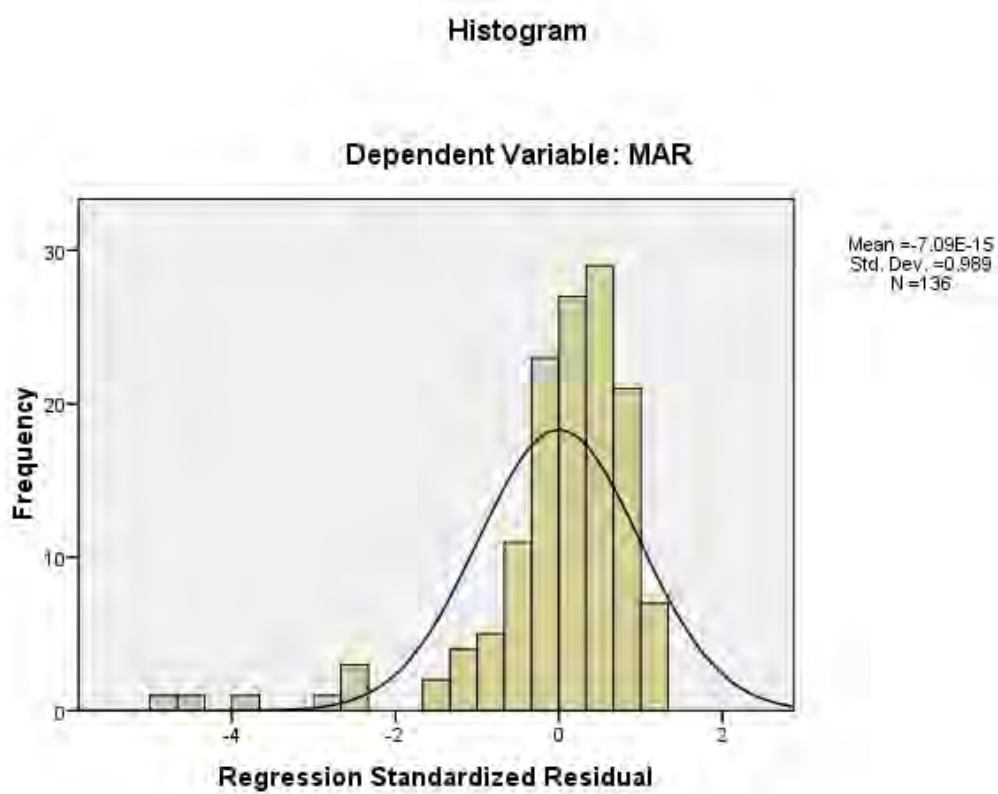
ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้ง วันนี้ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็น บางวัน 1-7 วัน	เป็น บ่อย >7วัน	เป็นทุก วัน	\bar{x} (S.D.)
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	72.4	26.8	0.8	-	.29 (.470)
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	81.2	15.9	2.4	-	.19 (.431)
3. หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	60.1	35.5	2.9	1.5	.42 (.552)
4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	53.6	44.2	0.8	1.4	.46 (.515)
5. เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	79.0	19.6	1.4	-	.24 (.426)
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเอง ล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือ ครอบครัวผิดหวัง	75.4	23.2	-	1.4	.20 (.400)
7. สมาธิไม่เต็มเวลาทำอะไร เช่น ดู โทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ ต้องใช้ความตั้งใจ	81.2	17.4	-	1.4	.19 (.413)
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่น สังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เหมือนที่เคยเป็น	77.5	21.1	-	1.4	.21 (.411)
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้า ตายไปคงจะดี	92.1	7.9	-	-	.07 (.250)
รวม					2.27 (3.868)



694564393

CD :Thesis 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ภาพที่ 2 แสดงการกระจายตัวของ Regression standardized residual

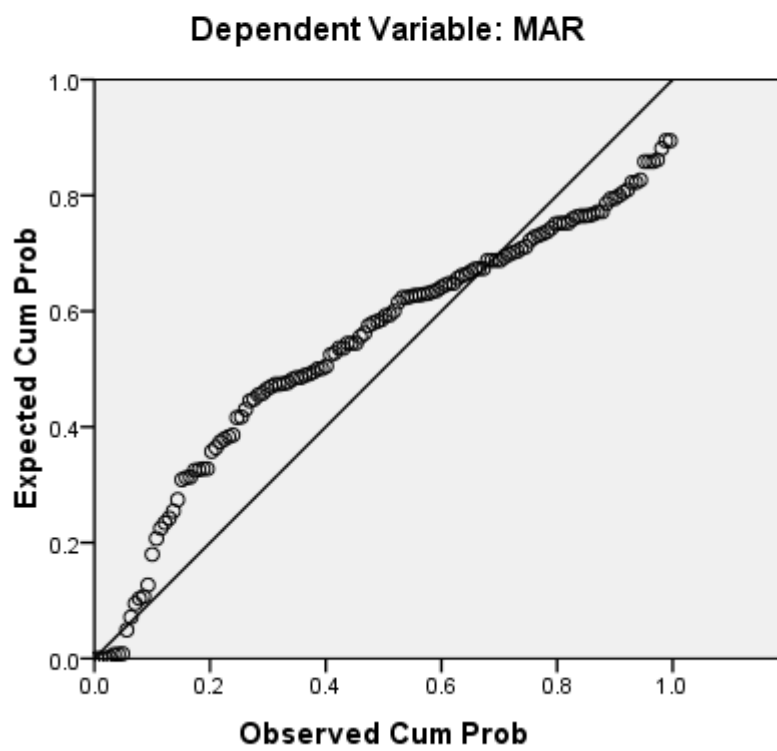


694564393

CU Thesais 5877164136 thesis / rev: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ภาพที่ 3 แสดง Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



694564393

CU Thesais 5877164136 thesis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยด้วยวิธี Stepwise

ตารางที่ 18 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ (R) สัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) สัมประสิทธิ์การทำนายตัวแปรที่ปรับแก้ และการทดสอบนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทำนาย

Model Summary^e

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin - Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.647 ^a	.419	.414	.31401	.419	96.468	1	134	.000	
2	.667 ^b	.444	.436	.30812	.026	6.172	1	133	.014	
3	.679 ^c	.461	.448	.30472	.016	3.982	1	132	.048	
4	.692 ^d	.478	.462	.30086	.018	4.413	1	131	.038	1.293

- a. Predictors: (Constant), severity
- b. Predictors: (Constant), severity, knowledge
- c. Predictors: (Constant), severity, knowledge, depression
- d. Predictors: (Constant), severity, knowledge, depression, necessity
- e. Dependent Variable: MAR

ตารางที่ 19 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวน

ANOVA^e

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	9.512	1	9.512	96.468	.000 ^a
	Residual	13.213	134	.099		
	Total	22.725	135			
2	Regression	10.098	2	5.049	53.182	.000 ^b
	Residual	12.627	133	.095		
	Total	22.725	135			
3	Regression	10.468	3	3.489	37.577	.000 ^c
	Residual	12.257	132	.093		
	Total	22.725	135			
4	Regression	10.867	4	2.717	30.014	.000 ^d
	Residual	11.858	131	.091		
	Total	22.725	135			

a. Predictors: (Constant), severity

b. Predictors: (Constant), severity, knowledge

c. Predictors: (Constant), severity, knowledge, depression

d. Predictors: (Constant), severity, knowledge, depression, necessity

e. Dependent Variable: MAR

ตารางที่ 20 แสดงตัวแปรที่ถูกคัดเข้าสมการทำนาย

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error				Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
	1 (Constant)	1.404	.339				4.139	.000		
severity	.823	.084	.647	9.822	.000	.647	.647	.647	1.000	1.000
2 (Constant)	.538	.482		1.117	.266					
severity	.811	.082	.637	9.845	.000	.647	.649	.636	.996	1.004
knowledge	.949	.382	.161	2.484	.014	.199	.211	.161	.996	1.004
3 (Constant)	.893	.509		1.756	.081					
severity	.874	.087	.688	9.997	.000	.647	.656	.639	.864	1.158
knowledge	1.010	.379	.171	2.665	.009	.199	.226	.170	.990	1.010
depression	-.181	.090	-.138	-1.996	.048	.132	-.171	-.128	.859	1.164
4 (Constant)	.776	.505		1.536	.127					
severity	.854	.087	.671	9.824	.000	.647	.651	.620	.853	1.172
knowledge	.974	.374	.165	2.601	.010	.199	.222	.164	.988	1.012
depression	-.198	.090	-.151	-2.208	.029	.132	-.189	-.139	.851	1.175
necessity	.081	.038	.135	2.101	.038	.230	.181	.133	.963	1.038

a. Dependent Variable: MAR

ตารางที่ 21 แสดงตัวแปรที่ถูกตัดออกจากสมการทำนาย

Excluded Variables ^e							
Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlat ion	Collinearity Statistics		
					Toleran ce	VIF	Minimum Tolerance
1 อายุ	.048 ^a	.723	.471	.063	1.000	1.000	1.000
	necessity	.130 ^a	1.971	.051	.168	.975	1.026
	knowledge	.161 ^a	2.484	.014	.211	.996	1.004
	concern	.047 ^a	.712	.478	.062	.999	1.001
	depression	-.123 ^a	-1.746	.083	-.150	.864	1.157
relationship	-.019 ^a	-.281	.779	-.024	.996	1.004	.996
2 อายุ	.055 ^b	.852	.396	.074	.998	1.002	.994
	necessity	.122 ^b	1.876	.063	.161	.972	1.029
	concern	.028 ^b	.425	.672	.037	.984	1.016
	depression	-.138 ^b	-1.996	.048	-.171	.859	1.164
	relationship	.005 ^b	.077	.939	.007	.975	1.026
3 อายุ	.048 ^c	.748	.456	.065	.995	1.005	.856
	necessity	.135 ^c	2.101	.038	.181	.963	1.038
	concern	.010 ^c	.146	.884	.013	.964	1.037
	relationship	.021 ^c	.320	.750	.028	.960	1.041
4 อายุ	.023 ^d	.362	.718	.032	.958	1.044	.846
	concern	-.001 ^d	-.019	.985	-.002	.958	1.044
	relationship	.051 ^d	.769	.443	.067	.920	1.087

a. Predictors in the Model: (Constant), severity

b. Predictors in the Model: (Constant), severity, knowledge

c. Predictors in the Model: (Constant), severity, knowledge, depression

d. Predictors in the Model: (Constant), severity, knowledge, depression, necessity

e. Dependent Variable: MAR



694564393

CU Thesisis 5877164136 thesis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ตารางที่ 22 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองตีบ

		Correlations							
		อายุ	necessity	knowle dge	sever ity	concern	depress ion	relatio nship	MAR
อายุ	Pearson	1	.180*	-.045	.002	.098	-.056	.099	.049
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)		.036	.600	.979	.255	.519	.250	.570
	N	136	136	136	136	136	136	136	136
necessit y	Pearson	.180*	1	.062	.159	.066	.148	-.203*	.230**
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.036		.474	.064	.447	.086	.018	.007
	N	136	136	136	136	136	136	136	136
knowled ge	Pearson	-.045	.062	1	.059	.121	.097	-.150	.199*
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.600	.474		.494	.162	.262	.082	.020
	N	136	136	136	136	136	136	136	136
severity	Pearson	.002	.159	.059	1	-.029	.368**	-.064	.647**
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.979	.064	.494		.741	.000	.462	.000
	N	136	136	136	136	136	136	136	136
concern	Pearson	.098	.066	.121	-.029	1	-.133	-.048	.029
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.255	.447	.162	.741		.123	.582	.742
	N	136	136	136	136	136	136	136	136
depress ion	Pearson	-.056	.148	.097	.368**	-.133	1	.076	.132
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.519	.086	.262	.000	.123		.381	.125
	N	136	136	136	136	136	136	136	136
relation ship	Pearson	.099	-.203*	-.150	-.064	-.048	.076	1	-.060
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.250	.018	.082	.462	.582	.381		.490
	N	136	136	136	136	136	136	136	136



694564393

CD IThesis 5877164136 thesis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

MAR	Pearson	.049	.230**	.199*	.647**	.029	.132	-.060	1
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.570	.007	.020	.000	.742	.125	.490	
	N	136	136	136	136	136	136	136	136

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



694564393

CU IThesis 5877164136 thesis / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางชวนพิศ จุลศรี
วัน เดือน ปี เกิด	2 พฤษภาคม 2529
สถานที่เกิด	จังหวัดสุโขทัย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช



694564393

CU Thesais 5877164136 thesais / recv: 12072562 12:31:05 / seq: 4