

ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2555
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.

PREDICTING FACTORS OF MEDICATION ADHERENCE AMONG MYOCARDIAL
INFARCTION PATIENTS AFTER UNDERWENT PERCUTANEOUS
CORONARY INTERVENTION

Miss Issareegorn Surasrisakul

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2012
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือด
โคโรนารี

โดย

นางสาวอิสริย์กร สุศรีสกุล

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

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

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ ชัมภลิจิต)

อิสริย์กร สุทธิศรีสกุล : ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. (PREDICTING FACTORS OF MEDICATION ADHERENCE AMONG MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS AFTER UNDERWENT PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 169 หน้า

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มุ่งศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยา ความสัมพันธ์ และอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี จำนวน 154 คน เลือกแบบหลายขั้นตอน แแผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด สถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ค่าความเที่ยงเท่ากับ .70, .85, .82, .91, .93, .89, .71, และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 31.50$, $SD = 4.04$)

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง และ ภาวะโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ($r = .153$ และ $r = .067$)

3. การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .187, .306, .171$, และ $.319$ ตามลำดับ)

4. การรับรู้อุปสรรคและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.341$ และ $r = -.266$)

5. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม และการรับรู้ความรุนแรง สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีร้อยละ 21.0

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์.....

ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2555.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5377615436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: MEDICATION ADHERENCE/PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION (PCI)/ MYOCARDIAL INFARCTION

ISSAREEGORN SURASRISAKUL: PREDICTING FACTORS OF MEDICATION ADHERENCE AMONG MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS AFTER UNDERWENT PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION. ADVISOR: ASST. PROF. NORALUK UA-KIT, Ph.D., 169 pp.

The purposes of this predictive correlational study were to describe the medication adherence. To study the relationships and to predict between perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, depression, comorbidity, self-efficacy, social support, and medication adherence. One hundred and fifty-four out-patients with myocardial infarction after underwent PCI aged 18-59 years old, who were recruited in the heart clinic at the Central Chest Institute, the Police General Hospital, Faculty of Medicine Vajira Hospital and Phramongkutklo Hospital by a multistage random selection. Questionnaires were composed of demographic information, medication adherence, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, PHQ-9, social support, and medication adherence self-efficacy scale. All questionnaires were tested for content validities by five panel of experts, and the reliabilities were .70, .85, .82, .91, .93, .89, .71, and .94, respectively. Descriptive statistics (Percentage, mean, and standard deviation), and Hierarchical multiple regression were used to analyze data. The major findings were as follows:

1. Mean score of medication adherence in myocardial infarction after underwent PCI patients was at a high level ($\bar{X} = 31.50$, $SD = 4.04$).
2. There were no significant relationships between perceived susceptibility, comorbidity, and medication adherence in myocardial infarction after underwent PCI patients at the level of .05 ($r = .153$ and $r = .067$).
3. There were positively significant relationships between perceived severity, perceived benefits, self-efficacy, social support, and medication adherence in myocardial infarction after underwent PCI patients at the level of .05 ($r = .187$, $.306$, $.171$, and $.319$, respectively).
4. There were negatively significant relationships between perceived barriers, depression, and medication adherence in myocardial infarction after underwent PCI patients at the level of .05 ($r = -.341$ and $r = -.266$).
5. The result of hierarchical multiple regression analysis showed that 21.0 ($R^2 = .210$, $p < .05$) percent of the variance in medication adherence for myocardial infarction after underwent PCI patients could be explained by perceived benefits, perceived barriers, perceived susceptibility, social support, depression, self-efficacy, comorbidity, and perceived severity.

Field of Study : Nursing Science Student's Signature :

Academic Year : 2012 Advisor's Signature :

กิตติกรรมประกาศ

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

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายังตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อนุญาตให้ทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่อนุเคราะห์เงินทุนการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบพระคุณ บิดา มารดา นายกันต์พจน์ และนางบุปผา สุรศรีสกุล น้องสาว นางสาวปริยวรณ์ สุรศรีสกุล ผู้เปรียบเหมือนแรงบันดาลใจในการศึกษา เพื่อบรรลุเป้าหมายให้ประสบความสำเร็จ รวมทั้งหัวหน้า นางชลนิกา อินทร์ปราบ พี่น้องและเพื่อนพยาบาล แผนกผู้ป่วยหนัก โรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ทุกท่าน เพื่อนิสิตร่วมรุ่นทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	10
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	10
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	11
ขอบเขตการวิจัย.....	16
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	17
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	20
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	21
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด.....	22
ความร่วมมือในการรับประทานยา.....	31
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี.....	36
สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี.....	51
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	53
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	58
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	58
วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	60
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	66
การเก็บข้อมูล.....	67

บทที่	หน้า
	การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง..... 69
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 70
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 72
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 81
	สรุปผลการวิจัย..... 82
	อภิปรายผลการวิจัย..... 84
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... 96
	ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป..... 96
	รายการอ้างอิง..... 98
	ภาคผนวก..... 105
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 106
	ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการ ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย..... 108
	ภาคผนวก ก เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่ม ตัวอย่างไบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัย..... 120
	ภาคผนวก ง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือและตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม..... 144
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 169

สารบัญญัตินี้

ตารางที่		หน้า
1	ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30, และ n = 154).....	67
2	วันและเวลาของการตรวจคลินิกของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง.....	69
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเพศ อายุ การมาตรวจตามแพทย์นัด จำนวนการได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และภาวะโรคร่วม (n = 154).....	73
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุดของการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 154).....	75
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 154).....	77
6	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis).....	79

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แนวคิดการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง....	33
2	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	57

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (Percutaneous Coronary Intervention [PCI]) มีประสิทธิภาพมากขึ้น ภายหลังจากการรักษาด้วยวิธี PCI นี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ได้แก่ กลุ่มยาลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและกลุ่มยาลดไขมันเลือด (Kushner et al., 2009; Pearson et al., 2007) เพื่อป้องกันการเกิดการตีบซ้ำของเส้นเลือดโคโรนารี (Fernandez et al., 2007) ทั้งนี้เนื่องจาก โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี ร่วมกับมีการอุดตันหรือตีบตันของหลอดเลือด ทำให้เลือดและออกซิเจนไม่สามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามปกติ เกิดความเสียหายต่อเซลล์กล้ามเนื้อบริเวณนั้น ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และมีผลทำให้กล้ามเนื้อที่ตายกลายเป็นแผลเป็นหรือผังผืด ขาดการยืดหยุ่น การบีบตัวของกล้ามเนื้อส่วนที่ตายมีประสิทธิภาพลดลง ส่งผลต่อร่างกายที่จะได้ออกซิเจนลดลง และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (อภิชาติ สุคนธ์สรรพ, 2543)

ผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน สมรรถภาพของร่างกาย (เช่น การเดินขึ้นบันได การมีเพศสัมพันธ์ และงานอดิเรกอื่นๆ เป็นต้น) ไม่สามารถปฏิบัติงานที่เคยทำด้วยศักยภาพเท่าเดิม และมีภาวะทางอารมณ์ลดลง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถกลับไปปฏิบัติงานประจำได้ในระยะเวลาที่ตนคาดหวัง ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่พบได้บ่อย เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวาย เป็นต้น อาจส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงและทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล คุณภาพชีวิตลดลงตามมา ยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (Bimala, 2011)

จากการรวบรวมและวิเคราะห์โดยกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2552) พบว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุทำให้คนไทยเสียชีวิตเป็นอันดับที่สามารถลงมาจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ และมีแนวโน้มพบมากขึ้นในประชากรอายุต่ำกว่า 40 ปี ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ที่เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 8.4 ต่อประชากรแสนคน เป็นเพศชายร้อยละ 74 และ เพศหญิงร้อยละ 26 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข, 2552) เช่นเดียวกับประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2000-2008 (Robert et al., 2010) พบว่าผู้ป่วยโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยองค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่า ในปี 2020 จะมีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 30-60 ในประเทศที่กำลังพัฒนาโดยเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเพศหญิงเพิ่มขึ้นร้อยละ 120 และเพศชายเพิ่มขึ้นร้อยละ 137 (World Health Organization [WHO], 2008)

การป้องกันและการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปัจจุบันด้านการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (PCI) เป็นวิธีที่ค่อนข้างง่ายกว่าการผ่าตัดมีความสำเร็จสูง โอกาสเสี่ยงน้อย ราคาไม่แพง ไม่ต้องดมยาสลบ ไม่ต้องผ่าเปิดทรวงอก ไม่เจ็บตัว ไม่ต้องใช้การหมุนเวียนของเลือดนอกร่างกาย และระยะเวลาอนโรงพยาบาลสั้น ในสถานการณ์ฉุกเฉินก็สามารถทำได้รวดเร็วกว่าการผ่าตัดมาก (Fernandez et al., 2007; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2543) และเมื่อเป็นโรคแล้ว การป้องกันการดำเนินของโรคที่แย่ลง ไม่ให้โรคมีการกำเริบขึ้นนั้นสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการรักษาด้วยการรับประทานอย่างต่อเนื่อง ดังเช่น Cobb et al. (2006) ศึกษาพบว่า การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารอย่างจริงจัง โปรแกรมการออกกำลังกายทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล การสอนและการให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และ โปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพหัวใจ ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเกี่ยวกับเส้นเลือดหัวใจขาดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ

ถึงแม้จะมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนัก และการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับสูง (ระพีณ ผลสุข และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2550) ยังพบว่า ถ้าผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การไม่ควบคุมอาหาร การไม่ออกกำลังกาย ดังนั้น นอกจากการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพแล้ว การรักษาอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดโอกาสเกิดการตีบซ้ำและเพื่อให้การรักษาเกิดประโยชน์สูงสุด คือ ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา (Gohlke et al., 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Baroletti and Dell'Orfano (2010) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพียงร้อยละ 40 และยังพบว่าทันทีที่ได้รับอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลจะถือเป็นระยะเวลาที่มีความเสี่ยงสูงที่จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ และ Jackevicius et al. (2008) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 25 ที่ไม่ได้รับประทานยาตามคำแนะนำทันทีหลังได้รับอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล ส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตภายในระยะ 1 ปี ถึงร้อยละ

ละ 80 และ พบความถี่ของการกลับเข้ามารักษาซ้ำเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุผลที่ว่า มีรายได้น้อยและไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยาและการรับประทานยาก่อนกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เรื่องยาที่ไม่ถูกต้อง (Chia, 2008) นอกจากนี้ Baroletti and Dell'Orfano (2010) ศึกษาพบสาเหตุที่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยามี 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยทางเศรษฐกิจสถานะถ้าผู้ป่วยไม่มีประกันสุขภาพ ไม่มีงานทำ ฐานะยากจน ความกังวลถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่ายา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ 2) อุปสรรคทางการสื่อสารเกี่ยวกับการให้คำแนะนำเรื่องยา พบในผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ คีมีสุรา ติดยาเสพติด มีภาวะซึมเศร้า และ 3) ขาดการสนับสนุนโดยเฉพาะด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและภาวะโรคที่เป็น ขาดการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานยา และผู้ป่วยกลัวผลข้างเคียงของยา

จากการศึกษาของ จารูวิ กาญจนศิริธำรง (2545) พบเหตุผลที่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา ได้แก่ มีเหตุจำเป็นต้องทำอย่างอื่นก่อนจนไม่ได้รับประทานยาร้อยละ 16 ขาดข้อมูลเกี่ยวกับยาร้อยละ 9 (เช่น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ผู้ป่วยกลัวการติดยา ราคาของยา การรักษาที่ซับซ้อน ไม่มาตรวจตามนัด) สภาวะทางจิตใจ (ซึมเศร้า) ร้อยละ 7 ผู้ป่วยขาดการรับรู้ประโยชน์ของยาและขาดการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดรับประทานยาหรือขาดยาร้อยละ 11 และเนื่องจากมีกิจกรรม/งานที่ต้องทำมากทำให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยาร้อยละ 30 และ ทิชิตยา แต่โพบูลย์ (2546) พบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเกี่ยวกับยา มีการรับประทานยาผิดเวลาร้อยละ 14.2 ลืมรับประทานยาร้อยละ 43.8 หยุดยาเองร้อยละ 16.7 รับประทานยาน้อยกว่าที่กำหนดร้อยละ 6.2 รับประทานยาเกินกว่าที่กำหนดร้อยละ 11.1 ซ้ำยามารับประทานเองร้อยละ 28.4 และรับประทานยาทุกมื้อรวมกันในครั้งเดียวร้อยละ 6.2 ซึ่งสอดคล้องกับ วรรณพร เจริญโชคทวี (2550) พบสาเหตุการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด แบ่งเป็น 5 ประเภท คือ ใช้ยาน้อยกว่ากำหนดร้อยละ 63.8 ใช้ยาผิดเวลาร้อยละ 47.4 ไม่มารับยาตามนัดร้อยละ 19.8 ใช้ยามากกว่ากำหนดร้อยละ 2.6 และใช้ยาผิดขนาดร้อยละ 2.6

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีมีความร่วมมือในการรับประทานยากลายกับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วไปที่ต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาไปตลอดชีวิต โดยการศึกษาของ Fernandez et al. (2007) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดภายหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (PCI) หยุดรับประทานยาเองเนื่องจากรู้สึกอาการดีขึ้นแล้วร้อยละ 2 หยุดรับประทานยาเนื่องจากรู้สึกอาการแย่ลงร้อยละ 4.5 และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดภายหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (PCI) ที่ไม่มีอาการแสดงของโรคที่คุกคามต่อชีวิต ยิ่งเสี่ยงต่อการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทาน

ยา และ จากการศึกษาของ Ho et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาที่เป็น Cardioprotective medications (β -blockers, statin, and/or angiotensin-converting enzyme inhibitors) ผู้ป่วยจะเพิ่มความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเกี่ยวกับโรคหัวใจร้อยละ 10-40 และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตร้อยละ 50-80 ถ้าผู้ป่วยหยุดรับประทานยาลดไขมันเลือด (Clopidogrel) ภายใน 1 เดือนหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับได้รับการใส่ขดลวด (ชนิดมียาเคลือบ) เพื่อถ่วงขยายเส้นเลือดหัวใจ จะพบว่าผู้ป่วยมีอาการทรุดลงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ภายใน 11 เดือนแรก ถ้าผู้ป่วยไม่รับประทานยาที่เป็นยาลดการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยมีการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินบ่อยเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย พบว่า มีหลายแนวคิดที่อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคร่วมกับแนวคิดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตใจที่ส่งผลกระทบต่ออาการและอาการแสดงของโรค แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่เป็นแหล่งทางสังคมช่วยเหลือทางด้านร่างกาย จิตใจ แหล่งข้อมูล และแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1977) ที่ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจที่จะตัดสินใจกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะโรคร่วมยังส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาได้เช่นกัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model [HBM]) ของ Becker (1974) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่บุคคลมีการตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และโดยเฉพาะต่อความร่วมมือในการรักษา เป็นความเชื่อของบุคคลหรือการรับรู้ของบุคคลในภาวะเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะลดหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค โดยจะมีการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีเพื่อจะหายจากโรคและเชื่อว่าสามารถประเมิน ป้องกัน ควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยได้ (Hayden, 2009) Janz and Becker (1984) พบว่าองค์ประกอบ 4 ด้านของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพร้อยละ 81 2) การรับรู้ความรุนแรงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพร้อยละ 65 3) การรับรู้ประโยชน์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพร้อยละ 78 และ 4) การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพร้อยละ 89 สอดคล้องกับ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ ศศิธร อุตตะมะ (2549) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน Meischke et al. (2000) ศึกษา พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป ภาวะปัจจัยเสี่ยง และความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ถูกต้องเพียงร้อยละ 33 เท่านั้น โดยการเรียนรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสัมพันธ์กับความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย จากการศึกษาของ วิฑิตกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ รวมถึงการหยุดรับประทานยาเอง การไม่มาพบแพทย์ตามนัด อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้เช่นกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของความร่วมมือในการรับประทานยา และ Johnson (2002) พบว่า ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้เกี่ยวกับอาการ เช่น อาการปวดศีรษะ ซีพจรเต้นเร็ว หรือรู้สึกอาการผิดปกติเป็นอาการแสดงเมื่อเกิดความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นต้องรับประทานยาควบคุมความดัน ซึ่งส่งผลต่อผู้ป่วยในการตัดสินใจให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในเวลาต่อมา

การรับรู้ความรุนแรงของโรค จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติร่วมกับการรับรู้ถึงผลกระทบจากความรุนแรงของโรค ได้แก่ การตีบแคบของเส้นเลือดหัวใจมากขึ้น เกิดการอุดตันของหลอดเลือด และเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่เพื่อลดความรุนแรงของโรค และ การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ และ จากการศึกษาของ วิฑิตกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยามากกว่าหรือน้อยกว่าแผนการรักษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทำให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดดีขึ้น และ Johnson (2002) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันสูงหากไม่ควบคุมภาวะความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติถึง 7 เท่า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงมีความจำเป็น มีประโยชน์และ

เป็นการป้องกันภาวะสุขภาพในอนาคต ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในเวลาต่อมา

การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เมื่อรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ร่วมกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้นมีผลดีต่อสุขภาพ สามารถลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคได้ ก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น เช่นเดียวกับ จูติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาตามแผนการรักษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ สามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและช่วยลดโอกาสกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เป็นต้น มีผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น และ Johnson (2002) ศึกษาพบว่า หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประเมินว่า ยาสามารถควบคุมความดันโลหิตได้และผู้ป่วยเกิดความเชื่อว่าการรับประทานยามีประโยชน์แม้จะไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงแล้วก็ตาม จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาตามมา นอกจากนี้ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 50 รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับมาก และผู้ป่วยที่ได้รับการแนะนำว่าการรับประทานยาลดความดันโลหิตสามารถป้องกันและรักษาความดันโลหิตสูงได้ สามารถลดภาวะคุกคามจากโรคได้ เช่น ลดอาการปวดศีรษะและเหนื่อย เป็นต้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา Fung (2009) ศึกษาพบว่า การมาตรวจตามนัดมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ทำให้ผู้ป่วยมีมารับประทานอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดปัญหาของการขาดยาเนื่องจาก ยาหมด โดยการมาตรวจตามนัดสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจวายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .483, p < .005$) ศศิธร อุดตะมะ (2549) พบว่า การขาดปัจจัยด้าน ค่าใช้จ่ายในการรับยา สิ่งอำนวยความสะดวก ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด ไม่มารับยาและการรักษา เช่นเดียวกับ จูติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เช่น ความไม่สุขสบาย ความเจ็บป่วย การรักษาต้องมีการปรับขนาดยา ผลข้างเคียงของยา และการรับประทานยาลดชีวิตอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker (1974) ที่

กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น มีความยากลำบาก ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก ครอบคลุมต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ก็จะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หากบุคคลรับรู้ว่าอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ก็จะไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ Johnson (2002) กล่าวว่า ถ้าผู้ป่วยประเมินการรับประทานยาว่าปลอดภัยและส่งผลดีต่อสุขภาพมากกว่าที่จะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพ และถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่าการรับประทานยาไม่รุนแรงหรือเป็นอุปสรรคแล้ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา เช่นเดียวกับ ปิยนุช เสวภาคย์ (2549) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 50 มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับมาก โดยอุปสรรคที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ได้แก่ การรับประทานยาทุกวันทำให้เบื่อ การรับประทานยามากกว่า 1 ชนิด และการรับประทานยาลดความดันโลหิตมากกว่า 1 มื้อ โดยการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับมาก มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา เป็น 6.16 เท่า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจ ต่อสถานการณ์ที่มีความเครียดและคุกคามต่อบุคคลนั้น โดยมีการแสดงออกในรูปแบบของความ เบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ โศกเศร้า หดหู่ เสียใจ สิ้นหวัง อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และมีความคิดต่อตนเองในทางลบ (Beck, 1967; Beck et al., 1979) ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีพฤติกรรมอื่นๆที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจร่วมด้วย เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มากขึ้น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับสุขภาพ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือไม่มีความใส่ใจในการดูแลรักษาตนเอง ไม่มีแรงบันดาลใจในการออกกำลังกาย ไม่ร่วมมือในการทำกายภาพบำบัดหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นต้น นอกจากนี้กลไกการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ทำให้เกิดผลเสียกับหัวใจและหลอดเลือด คือ ผลของภาวะซึมเศร้าโดยตรงต่อการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทั้ง Hypothalamic-Adrenocortical และ Sympathoadrenal hyperactivity โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีระดับ Cortisol ในเลือดสูงและผล Corticosteroids ก็ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ระดับของ Cholesterol และ Free fatty acids สูงขึ้นตามมาเป็นผลให้เกิด Atherosclerosis มากขึ้นตามลำดับ (ดิลก ภิโยทัย , 2547) โดย Rieckmann et al. (2006) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าบุคคลทั่วไปถึง 3 เท่า และ ขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ 29 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 37 สอดคล้องกับ Zellweger et al. (2004) ที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 25 โดยมีหลายงานวิจัยระบุว่า

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ไม่รวมมือในโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และไม่สามารถร่วมมือในการรับประทานยาตามคำแนะนำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ สมโน (2551) ที่พบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 38.64 และผู้ป่วยกลุ่มนี้จะให้ความร่วมมือในการรักษาด้านการมาตรวจตามนัด ด้านการงดสูบบุหรี่ ด้านการรับประทานยา และด้านการสังเกตอาการผิดปกติ น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย และ Gehi et al. (2005) ศึกษาพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับบ้าน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 22 โดยผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามคำแนะนำร้อยละ 14 ลืมรับประทานยาร้อยละ 18 และร้อยละ 9 รับประทานยาไม่ถูกต้อง ซึ่งพบว่ามีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.2 เท่า มีอัตราเสี่ยงที่จะลืมรับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.4 เท่า และมีอัตราเสี่ยงที่จะรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาเป็น 2.2 เท่า

ภาวะโรคร่วม (Co-morbidity) เป็นภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดอยู่ก่อนเข้ารับการตรวจรักษาของอาการหรือโรคที่เป็นอยู่ และยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่อง ปัจจุบันพบผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วมที่หลากหลายขณะเข้ารับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารีและเนื่องจากยังมีข้อจำกัดของผู้ป่วยในการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว จึงส่งผลกระทบต่อผลการรักษาในระยะยาวของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วม โดย Sachdev et al. (2004 อ้างถึงใน Hlatky, 2004) ศึกษาภาวะโรคร่วมที่เป็นปัจจัยทำนายต่ออัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า มี 6 ภาวะโรคร่วมดังนี้ โรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคไต โรคความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่ ซึ่ง Balzi et al. (2006) ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดของภาวะโรคร่วมร้อยละ 48 และพบผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือกร้อยละ 73 มีภาวะโรคร่วมอย่างน้อย 1 ชนิด โดย Singh et al. (2008) ศึกษาถึงภาวะโรคร่วมของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่มีอายุ 55-80 ปี พบ มีภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 82 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 73 เบาหวานร้อยละ 25 โรคไตร้อยละ 3 โรคหลอดเลือดส่วนปลายร้อยละ 11 และมีภาวะหัวใจล้มเหลวขณะเข้ารับการรักษาร้อยละ 11 ดังนั้น ภาวะโรคร่วมที่เกิดก่อนเข้ารับการรักษของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในการศึกษาคั้งนี้ได้แก่ 7 ภาวะโรคร่วม คือ โรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคไต โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และการสูบบุหรี่ Hlatky (2004) กล่าวว่า ภาวะโรคร่วมส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิต ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายในการรักษา สอดคล้องกับ Simpson (2006) พบว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนภาวะโรคร่วมมาก จะส่งผลกระทบต่อจำนวนชนิดยาที่ต้องรับประทานมีเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีจำนวนยาที่ต้องรับประทานมาก มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและอันตรกิริยา

ระหว่างยาที่ต้องรับประทาน มีโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดรับประทานยาเองหรือลืมรับประทานยาได้ เป็นต้น

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) จากการศึกษาของศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านการรับประทานยาตามแพทย์สั่งในระดับดี โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .76, p < .001$) กล่าวคือ บุคคลที่เชื่อว่าตนมีสมรรถนะสูงจะมีความมั่นใจในความสามารถทางร่างกายและจิตใจในการแสดงพฤติกรรมนั้น ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (Beliefs about self-efficacy) มีความสำคัญต่อเป้าหมายและการบรรลุเป้าหมายของตนโดยมีอิทธิพลต่อ ทางเลือก แรงจูงใจ และรูปแบบการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคล ตัวอย่างเช่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่คุกคามตนเอง เมื่อมีความเชื่อว่าสถานการณ์นั้นเกินกว่าทักษะและความสามารถของตน ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) จึงมีผลต่อเป้าหมายและการบรรลุเป้าหมายของตนโดยมีอิทธิพลต่อระดับความพยายามและการคงอยู่ของพฤติกรรมที่จะเผชิญต่ออุปสรรคต่างๆของบุคคลนั้น บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงก็จะยังมีความพยายามสูง (Strecher et al., 1986; Bandura, 1977)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) House (1981) กล่าวว่า การที่บุคคลหรือผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ จากบุคคลใกล้ชิด จนก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความไวใจ House (1981) ได้แบ่งบุคคลที่ให้การสนับสนุนแก่บุคคลหรือผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการ มีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวกับบทบาทการทำงาน ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง และ 2) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ จะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง เช่น แพทย์ พยาบาล หรือทีมสุขภาพ เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคมของบุคคลทั้ง 2 กลุ่ม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่าตนเอง 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ดังเช่นการศึกษาของ ฐิติกันต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่อของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เช่น จากการสนับสนุนของพ่อแม่ ญาติ พี่น้อง และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด ดังนั้น การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารต่างๆและ

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับประทานยา แผนการรักษา ที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์จากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาตามคำแนะนำมากขึ้น (Brunton, 2011) เช่นเดียวกับ Pinto (2010) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสที่คอยเตือนเกี่ยวกับการรับประทานยาและการไปตรวจตามนัด สมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดที่ให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายการพาไปตรวจตามนัด หรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่ให้ข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสปรึกษาและสอบถามเกี่ยวกับอาการและการรับประทานยาเมื่อผู้ป่วยต้องการ เป็นต้น จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยบรรเทาความวิตกกังวล ความตึงเครียด และให้ความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต หรือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

คำถามการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี
3. เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรค

ร่วม และการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์หลายแนวคิดร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ร่วมกับแนวคิดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตใจที่ส่งผลกระทบต่ออาการและอาการแสดงของโรค แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่เป็นแหล่งทางสังคมช่วยเหลือทางด้านร่างกาย จิตใจ แหล่งข้อมูล และแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1977) ที่ทำให้นักคลเกิดความมั่นใจที่จะตัดสินใจกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะโรคร่วมยังส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรับประทานยาได้เช่นกัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่บุคคลมีการตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และโดยเฉพาะต่อความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลหรือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะลดหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค (Hayden, 2009) โดยจะมีการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีเพื่อจะหายจากโรคและเชื่อว่าการปฏิบัติตามทางด้านสุขภาพจะป้องกันหรือรักษาความเจ็บป่วยได้

การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) เป็นการรับรู้และความเชื่อหรือการคาดคะเนของบุคคลว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด เป็นความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของบุคคลต่อตนเองว่าง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่างๆเป็นอย่างไร โดย Fernandez et al. (2007) พบว่า ถ้าหากผู้ป่วยรับรู้ว่าการไม่รับประทานยาลดไขมันในเลือดมีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบของหลอดเลือดมากขึ้นและหากผู้ป่วยไม่รับประทานยาควบคุมความดันโลหิตมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองตีบหรือกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายโตมากขึ้นซึ่งอาการดังกล่าวมีผลคุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยก็จะเกิดการตระหนักถึงความจำเป็นของการรับประทานยา และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามคำแนะนำมากขึ้น จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .317, p < .01$) สอดคล้องกับ จิตติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ศึกษาพบว่า การ

รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .220, p < .05$) และ Johnson (2002) พบว่า ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้เกี่ยวกับอาการ เช่น อาการปวดศีรษะ ซึพจรเต้นเร็ว หรือรู้สึกอาการผิดปกติเป็นอาการแสดงเมื่อเกิดความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นต้องรับประทานยาควบคุมความดัน ซึ่งส่งผลต่อผู้ป่วยในการตัดสินใจให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในเวลาต่อมา ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจึงน่าจะมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลัง ได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) เป็นการรับรู้และความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย เช่น การเสียชีวิต ความพิการ ความยากลำบาก ความเจ็บปวด ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน เมื่อบุคคลพิจารณาจากผลที่เกิดตามมาในทุกด้านแล้ว บุคคลจะต้องรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จากการศึกษาของ จิตติมา ฐริทัตกุล (2547) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติร่วมกับการรับรู้ถึงผลกระทบจากความรุนแรงของโรค ได้แก่ การตีบแคบของเส้นเลือดหัวใจมากขึ้น เกิดการอุดตันของหลอดเลือด และเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่เพื่อลดความรุนแรงของโรค โดยศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 57.3 ($p < .001$) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .708, p < .001$) สอดคล้องกับ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับน้อยมีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.15 เท่า (95% CI = 1.13-4.08, $p < .01$) เช่นเดียวกับ จิตติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .207, p < .05$) และ สุมาลี วัฒนากร (2551) ศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ($p < .01$) ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคจึงน่าจะมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) เป็นการรับรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ในการลดภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนี้ ความเข้าใจในคำแนะนำและความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย จากการศึกษาของ จิตติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .195, p < .05$) สอดคล้องกับ Johnson (2002) พบว่า หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประเมินว่ายาสามารถควบคุมความดันโลหิตได้และผู้ป่วยเกิดความเชื่อว่าการรับประทานยามีประโยชน์แม้จะไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงแล้วก็ตาม จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาตามมา จากการศึกษาของ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 3.25 เท่า (95% CI = 1.78-5.92, $p < .001$) และ สุมาลี วัจนกร (2551) ศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ($p < .01$) ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) เป็นการรับรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าต่อสุขภาพอนามัยของบุคคลในด้านลบที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (เช่น มีความยากลำบาก ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก รบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน) ก็จะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หากบุคคลรับรู้ว่ามีอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ก็จะไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.595, p = .001$) โดยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 57.3 ($p < .001$) สอดคล้องกับ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับมาก มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 6.16 เท่า (95% CI = 1.73-21.87, $p < .01$) เช่นเดียวกับ จิตติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคการรับประทานยาจึงน่าจะมีความสัมพันธ์

ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.238, p < .05$) และ สุมาลี วัจนากร (2551) ศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ($p < .01$) สามารถกล่าวได้ว่า ถ้าผู้ป่วยประเมินการรับประทานยาว่าปลอดภัย มีผลประโยชน์มากกว่าที่จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ร่วมกับ การรับรู้ว่าผลกระทบของการรับประทานยาไม่รุนแรงหรือเป็นอุปสรรคแล้ว ผู้ป่วยจะเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาในเวลาต่อมาได้ (Johnson, 2002) ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อสถานการณ์ที่มีความเครียดและคุกคามต่อบุคคลนั้น โดยมีการแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ โศกเศร้า หดหู่ เสียใจ ลึกลับ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และมีความคิดต่อตนเองในทางลบ (Beck, 1967) จากการศึกษาของ Rieckmann et al. (2006) พบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลกับความร่วมมือในการรับประทานยา Aspirin เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านมีความสัมพันธ์ทางลบต่อความร่วมมือในการรับประทานยา กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าสูง การไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาที่จะสูง ($\chi^2 = 7.4, p = .03$) และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 3.7 เท่า (95% CI = 1.3-10.6, $p = .03$) โดยเฉพาะในช่วง 2 อาทิตย์แรกเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับ Gehi et al. (2005) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเมื่อเป็นผู้ป่วยนอกร่วมกับมีภาวะซึมเศร้า มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.2 เท่า (95% CI = 1.2-3.9, $p = .009$) โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.4 เท่า (95% CI = 1.6-3.8, $p < .001$) และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาเป็น 2.2 เท่า (95% CI = 1.2-4.2, $p = .01$) ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าจึงน่าจะมีสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ภาวะโรคร่วม (Co-morbidity) คือ จำนวนโรคร่วมของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษามีผลอย่างมากต่อผลการรักษาในระยะยาวหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (PCI) เนื่องจากยังมีข้อจำกัดของผู้ป่วยในการรักษาด้วย PCI เช่น ระดับ Creatinine ในเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น รวมถึงจำนวนยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานและความถี่ที่ต้องรับประทานยาในแต่ละวันมีมากขึ้น

อาจส่งผลให้ผู้ป่วยล้มรับประทุพพษยหรือรับประทุพพษยไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาได้ จากการศึกษาของ Fernandez et al. (2007) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค มีโอกาสเสี่ยงที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทุพพษยตามแผนการรักษา สอดคล้องกับ Simpson (2006) พบว่า ผู้ป่วยที่มีจำนวนภาวะโรคร่วมมาก จะส่งผลต่อจำนวนชนิดยาที่ต้องรับประทุพพษยมีเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีจำนวนยาที่ต้องรับประทุพพษยมาก มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และอันตรกิริยาระหว่างยาที่ต้องรับประทุพพษย มีโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมกรรับประทุพพษยของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดรับประทุพพษยเองหรือล้มรับประทุพพษยได้ เป็นต้น ดังนั้น จำนวนภาวะโรคร่วมน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทุพพษยในผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินการ ของการกระทำหรือการแสดงพฤติกรรม เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย โดยความเชื่อนี้มีอิทธิพลต่อ ทางเลือก แรงจูงใจ และรูปแบบการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคล ตัวอย่างเช่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงสถานะการณ์ที่คุกคามตนเอง เมื่อมีความเชื่อว่าสถานะการณ์นั้นเกินกว่าทักษะและความสามารถของตน ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงมีผลต่อเป้าหมายและการบรรลุเป้าหมาย โดยมีอิทธิพลต่อระดับความพยายาม การตัดสินใจ และการคงอยู่ของพฤติกรรมที่จะเผชิญต่ออุปสรรคต่างๆของบุคคลนั้น (Bandura, 1977) ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) ศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทุพพษยอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .63, p < .001$) สอดคล้องกับ Khuwatsamrit et al. (2006) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอของการรับประทุพพษยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .52, p < .001$) ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทุพพษยในผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากแนวคิดของ House (1981) ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในความสามารถของตน รู้สึกว่าตนมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับและต้องการของครอบครัวและสังคม จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นการช่วยบรรเทาความวิตกกังวล ความตึงเครียด และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการรักษา ภาวะโรค การรับประทุพพษย การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่ง Khuwatsamrit et al. (2006) ศึกษา

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอ การรับประทานยา ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = .24, p < .001$) เช่นเดียวกับ จิติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .368, p < .05$) และ จากการศึกษาของ สุภาพร แนวนุตร (2548) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .235, p < .01$) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึง น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี
2. การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี
3. การรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) นี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีห้องสวนหัวใจและศูนย์โรคหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเพศชายและหญิง มีอายุระหว่าง 18-59 ปี มาติดตาม ตรวจ และรับการรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีห้องสวนหัวใจและศูนย์โรคหัวใจ ที่ศึกษาในช่วงเวลา เดือนมิถุนายน-สิงหาคม ปีพ.ศ.2555

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ ความร่วมมือในการรับประทานยา

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ควบคุมตัวแปรที่อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระยะเวลาหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ระยะเวลาของการรับประทานยา
2. การคัดสรรตัวแปรส่วนใหญ่ เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล
3. ความร่วมมือในการรับประทานยาของการศึกษาครั้งนี้ เป็นการวัดโดยอ้อม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีมีความปรารถนาที่จะรับประทานยาและสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามคำแนะนำที่มีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ โดยรับประทานยาครบตามจำนวนที่ต้องรับประทานต่อวัน ถูกชนิด ถูกขนาด และถูกเวลา ไม่เกิดพฤติกรรมการลืมรับประทานยา โดยยอมรับว่าการรับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน มีวิธีช่วยเตือนให้รับประทานยา และมีวิธีที่ทำให้รู้ว่าลืมรับประทานยา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของ Fung (2009) ที่ได้ประยุกต์แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยามาจาก Johnson (2002) มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

การรับรู้โอกาสเสี่ยง หมายถึง การรับรู้และความเชื่อหรือการคาดคะเนของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีว่า หากไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาแล้ว ตนจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจวายหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น ส่งผลต่อการกำเริบของโรค และการกลับเป็นโรคซ้ำได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) ที่สร้างตามแนวคิดของ Becker (1974) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดเป็นซ้ำและภาวะแทรกซ้อนจากกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ

การรับรู้ความรุนแรง หมายถึง การรับรู้และความเชื่อของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่เป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น การเสียชีวิต ความยากลำบาก ความเจ็บปวด ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลต่อบทบาททางสังคมของตน เมื่อไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา โดยผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อตนจึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) ที่สร้างตามแนวคิดของ Becker (1974) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ

การรับรู้ประโยชน์ หมายถึง การรับรู้และความเชื่อของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเกี่ยวกับประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา ประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของยาที่รับประทาน สามารถลดภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรงของอาการ การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำ โดยผู้ป่วยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนี้ ความเข้าใจในคำแนะนำและความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) ที่สร้างตามแนวคิดของ Becker (1974) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพด้าน การรับรู้ประโยชน์ จากความร่วมมือในการรับประทานยาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ถูกต้องเหมาะสม มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ

การรับรู้อุปสรรค หมายถึง การรับรู้และความเชื่อของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆ ของการรับประทานยา เช่น มีความยากลำบาก ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก ครอบคลุมต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าต่อสุขภาพอนามัยด้านลบของผู้ป่วยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา หากผู้ป่วยรับรู้ว่าอุปสรรคของการรับประทานยามีมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ก็จะไม่เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยคัดแปลงแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงของ ศศิธร อุดตะมะ (2549) ที่สร้างตามแนวคิดของ Becker (1974) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคจากความร่วมมือในการรับประทานยาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ถูกต้องเหมาะสม มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านจิตใจต่อสถานการณ์ที่มีความเครียดและคุกคามต่อผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยมีการแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ด้านความคิด และการรับรู้ ได้แก่ โศกเศร้า หดหู่ เสียใจ สิ้นหวัง อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนหลับ นอนไม่หลับ และมีความคิดต่อตนเองในทางลบ ในการศึกษาคั้งนี้ได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire 9/PHQ-9) ของ มาโนช หล่อตระกูล และ คณะ (2008) เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ

ภาวะโรคร่วม หมายถึง จำนวนโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดอยู่ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่องของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นแบบสอบถามให้ผู้ตอบระบุจำนวนภาวะโรคร่วมหรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจำนวน 1 ข้อ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการและการกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมในการรับประทานยา มีความมั่นใจว่าจะสามารถรับประทานยาได้ตามแผนการรักษา ร่วมกับมีความพยายามและการคงอยู่ของพฤติกรรมในการรับประทานยาที่ถูกต้องในการศึกษาคั้งนี้แปลและประยุกต์จากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา (A medication adherence self-efficacy scale) ของ Ogedegbe et al. (2003) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Bandura (1977) มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่าด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรจนเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดแปลงแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของ สิริรัตน์ ลีลาจรัสและ พิศสมัย อรทัย (2554) ที่ประยุกต์จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ Toljamo and Hentinen (2001) ที่สร้างตามแนวคิดของ House (1981) มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี
2. เป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดความรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการกลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 พยาธิสภาพ
 - 1.3 ปัจจัยเสี่ยง
 - 1.4 ภาวะแทรกซ้อน
 - 1.5 แนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. ความร่วมมือในการรับประทานยา
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยา
 - 2.3 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี
4. สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction)

1.1 ความหมาย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) หรือ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการทางคลินิกของโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease: IHD) หรือ โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery disease: CAD) หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน ผลก็คือ กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่เลี้ยงโดยหลอดเลือดนั้นได้รับเลือดไม่เพียงพอ เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลทำให้เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดแดงนี้ตีบร้อยละ 50 หรือ มากกว่า อาการสำคัญที่พบได้บ่อยเช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหงื่อออกเหนื่อขณะออกแรง เป็นลม หมดสติ หรือเสียชีวิตเฉียบพลันได้ (สุรพันธ์ สิทธิสุข และคณะ, 2551)

1.2 พยาธิสภาพ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีสาเหตุจากพยาธิสภาพการเกิดหลอดเลือดแดงโคโรนารีเสื่อมแข็ง (Development of Artherosclerosis) ที่มีขั้นตอนต่อเนื่อง แบ่งเป็น 3 ระยะ (เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552) ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะไขมันจับตัว ลักษณะคราบไขมันสีเหลืองที่ประกอบด้วย Macrophage และ Smooth muscle cells ก่อตัวสะสมพอกในผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง (Intima) คราบไขมันนี้ไม่ทำให้การไหลเวียนเลือดหยุดชะงัก จึงไม่มีอาการแสดง

ระยะที่ 2 Fibrous plaque หรือ Mature plaque/ระยะเกิดแผ่นผังผืด เป็นขั้นตอนการก่อตัวของคราบไขมันที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระยะนี้จะมี Extracellular lipid core แทรกใน Smooth muscle cell, Macrophage และ Form cell พอกทับ Fatty streak กลายเป็น Plaque ที่มีลักษณะเป็นปื้นไขมันสีเหลืองเทา พอกติดเยื่อบุผนังในหลอดเลือดแดง ซึ่ง Fibrous plaque นี้ประกอบด้วย Collagen และ Smooth muscle cells ที่จะมีการกระตุ้นให้หลังสารต่างๆ เช่น Fibrin, Fibrinogen, Albumin, White Blood Cell, Calcium, และ Lipoprotein

ระยะที่ 3 Ruptured plaque หรือ Complicated plaque/ระยะการเกิดคราบแผ่นหนา คือ Plaque ที่มีการฉีกขาดหรือปริแตก กระตุ้นเกร็ดเลือด Glycoprotein IIb/IIIa receptor (GP IIb/IIIa) ไปจับกับ Fibrinogen ซึ่งทำให้เกิดการเกาะกลุ่มเป็นร่างแหของเกร็ดเลือดและกลายเป็นลิ่มเลือดขนาดใหญ่ ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี นำไปสู่อาการของกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ Unstable angina (UA) Non-ST-Elevation myocardial infarction (Non Q-

wave MI หรือ NSTEMI) และ ST-Elevation MI (STEMI) โดยระดับความรุนแรงขึ้นอยู่กับชนิดของลิ้มเลือดที่อุดตัน ในกรณีทีลิ้มเลือดอุดตันไม่สมบูรณ์ ทำให้ขนาดของหลอดเลือดเล็กลง เกิดการขัดขวางการไหลเวียนในหลอดเลือดแดงโคโรนารีซึ่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เป็นสาเหตุของอาการเจ็บหน้าอก หรือกรณีเกิดลิ้มเลือดอุดตันสมบูรณ์ จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาจนำไปสู่การเสียชีวิตกระทันหันจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวาย ภาวะช็อคได้

กลไกการเกิดคราบไขมันปริแตก (Plaque rupture) จากการศึกษที่ผ่านมายังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าอาจเกิดจากการเพิ่มความดันโลหิตและการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดโคโรนารีที่แข็งและตีบแคบอยู่แล้ว ร่วมกับมี Thrombus และเกิดภาวะ Hypercoagulability โดยมีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) การเสื่อมแข็งของผนังหลอดเลือดแดงจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน 2) ลักษณะชนิดของ Plaque ที่ง่ายต่อการปริแตก ได้แก่ Plaques ที่มี Fibrous cap บางและคลุมด้วยก้อนไขมันปริมาณมาก มี Foam cell และ Macrophage จำนวนมาก อยู่ใน Subendothelium และ 3) ปัจจัยที่มีส่วนกระตุ้นการปริแตกของ Plaques คือ การหดตัวของหลอดเลือดแดงอย่างรวดเร็วและรุนแรง ได้แก่ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด การสูบบุหรี่ การอาบน้ำเย็นจัด การระคายเคืองจากสารเคมีในบุหรี่ การอักเสบจากการติดเชื้อทำให้เกิดการอักเสบในชั้น Subendothelium ทำให้ Fibrous cap ที่หุ้ม Foam cell ถูกย่อยสลายและอ่อนนุ่ม และแรงดึงต่อ Plaque โดยตรง คือ การเพิ่มแรงในการไหลเวียนของเลือด เช่น ความดันโลหิตที่สูงขึ้นอย่างเฉียบพลัน การไอ การเบ่งถ่าย เป็นต้น (เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552)

1.3 ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดไขมันสะสมในผนังหลอดเลือดแดงจนหลอดเลือดตีบแข็ง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม (เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552) คือ ปัจจัยที่ควบคุมได้และปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้

ปัจจัยที่ควบคุมได้ ได้แก่

1) ความดันโลหิตสูง เกิดจากการบีบตัวของหัวใจที่บีบเลือดไปยังหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดแรงกระทำต่อผนังหลอดเลือด ความดันโลหิตจะเพิ่มขณะที่หัวใจบีบตัวและลดลงขณะที่หัวใจคลายตัว ความดันโลหิตสูงเกิดจากไขมันเริ่มจับที่ผนังด้านในหลอดเลือด เมื่อรวมตัวกันมากขึ้น สะสมพอกตัวหนาขึ้น จนกระทั่งหลอดเลือดตีบแข็ง หากผนังหลอดเลือดมีความแข็งมาก ค่าแรงดันของเลือดต่อผนังหลอดเลือดจะสูง ค่าความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

2) ระดับไขมันในเลือดสูง โดยทั่วไปชนิดของไขมันในร่างกายมี ได้แก่ Cholesterol LDL-C HDL-C และ Triglyceride ในบุคคลทั่วไปควรควบคุมให้ LDL-C ต่ำกว่า 100 มก./ดล.

HDL-C ที่สูงกว่า 45 มก./ดล. และ Cholesterol ต่ำกว่า 200 มก./ดล. จะมีส่วนช่วยลดและป้องกันการเกิดโรคของหลอดเลือดแดงแข็งได้

3) การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่รุนแรงต่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและเสียชีวิตกระทันหันได้ โดยสารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมน Catecholamine เพิ่มขึ้น มีผลทำให้หัวใจบีบตัวเร็วและแรง ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจทำงานมากขึ้น ต้องการออกซิเจนมากขึ้น

4) เบาหวาน ทำให้การเผาผลาญไขมันในเลือดผิดปกติ เมื่อไขมันในเลือดสูง ส่งผลให้หลอดเลือดหัวใจตีบแข็งได้

5) ความอ้วน โดยเฉพาะคนที่อ้วนลงพุงมักจะมีไขมันในเลือดสูง ความอ้วนพิจารณาจาก ดัชนีมวลกาย ซึ่งมีค่าเท่ากับ น้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตร 2 ครั้ง ค่าปกติในคนเอเชียและคนไทยไม่เกิน 22.9 กก./ตร.เมตร ถ้าเกินกว่านี้ถือว่าน้ำหนักเกิน รวมทั้งอาจพิจารณาจากขนาด เส้นรอบเอว ซึ่งคนเอเชียและคนไทยไม่เกิน 90 เซนติเมตรในผู้ชายและไม่เกิน 80 เซนติเมตรในผู้หญิง

6) ขาดการออกกำลังกาย จะทำให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก การเผาผลาญพลังงานน้อย และเกิดการสะสมของไขมันได้

7) การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด โดยเฉพาะยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน จะมีผลทำให้เกิดภาวะเลือดแข็งตัวได้เร็วกว่าปกติ เพิ่มความดันโลหิต ทำให้หลอดเลือดหัวใจแข็ง มีรายงานว่าผู้หญิงที่อายุมากกว่า 40 ปีที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูงถึง 4-20 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่รับประทานยาดังกล่าว

8) ความเครียด สภาวะความเครียดทางอารมณ์มักเป็นเหตุให้ร่างกายเพิ่มการจับ Norepinephrine และ Epinephrine ซึ่งมีผลต่อ Lipid metabolism ด้วย คือ ทำให้ Serum lipid สูงขึ้น ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่

1) เพศและอายุ โดยทั่วไปเพศชายมักเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก่อนอายุ 40 ปี และเพศหญิงมักเกิดภาวะดังกล่าวเมื่ออายุมากกว่า 55 ปีหรือหลังหมดประจำเดือน เนื่องจากขณะที่มีประจำเดือน ยังมีฮอร์โมนเอสโตรเจนช่วยป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2) กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกันเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าวได้มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติกรรมพันธุ์ในครอบครัว และจะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นหากมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น สูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ความเครียด เป็นต้น

1.4 ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วย (Bax et al., 2008) มีดังนี้

1) ภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะช็อค สามารถพบได้บ่อยภายหลังการถูกทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจ และอาจเป็นอาการที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆร่วมด้วย เช่น การเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ้นหัวใจรั่ว หรือ ผ่นกั้นระหว่างห้องหัวใจล่างมีรูรั่ว เป็นต้น โดยส่วนใหญ่จะพบหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลวได้ร้อยละ 30-40 เกิดจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจที่ลดลงหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง เมื่อประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ทำให้ความดันโลหิตต่ำลง เลือดไม่สามารถถูกส่งไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆได้อย่างเพียงพอ ทำให้เกิดการดำเนินงานของอวัยวะอื่นๆ ล้มเหลวตามไปด้วย

2) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ที่พบได้บ่อยและมีผลคุกคามต่อชีวิต อาจเสียชีวิตได้ คือ การเต้นผิดจังหวะของหัวใจห้องล่าง ได้แก่ Ventricular tachycardia (VT) Ventricular fibrillation (VF) และ total Atrio-Ventricular (AV) block มีการรายงานพบการเกิด VF หรือ Sustained VT ถึงร้อยละ 20 ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบการเต้นผิดปกติของหัวใจห้องบน เช่น Atrial fibrillation (AF) สามารถพบได้ถึงร้อยละ 10-20 โดยมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มี AF ร่วมด้วย มีความสัมพันธ์กับการเกิด Stroke มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มี AF หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจเต้นช้า สามารถพบได้ร้อยละ 9-25 ภายใน 1 ชั่วโมงแรก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดด้าน Inferior wall

3) การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน สามารถพบการอุดตันได้ทั้งในปอด (Pulmonary emboli) และ ในระบบไหลเวียนเลือด เช่น Deep vein thrombosis, Intraventricular thrombus, และ Systemic emboli สามารถพบได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีการตายของกล้ามเนื้อเป็นบริเวณกว้างของส่วน Anterior wall

4) ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกแบบถูกของแหลมทิ่มแทงสัมพันธ์กับการหายใจเข้าแรงๆหรือเวลานอนหงาย สามารถพบได้ร้อยละ 6-11 ของช่วงวันที่ 2-4 และพบได้ร้อยละ 13 ของสัปดาห์ที่ 2-11

1.5 การรักษากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

จุดมุ่งหมายของการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ บรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอก ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน โดยทั่วไปมีแนวทางในการรักษา 3 แนวทาง ได้แก่ (เสาวนีย์ เนาวพาณิช, 2552)

1) การรักษาด้วยยา (Pharmacologic therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจ ยาที่ใช้ในการรักษาสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มหลักๆ คือ

- Anti-ischemic drugs ประกอบด้วย Nitrates เป็นการรักษารักษาขั้นแรกที่เป็นมาตรฐานและนิยมใช้ในการลดอาการเจ็บหน้าอก เพื่อช่วยขยายหลอดเลือดทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง Beta-blocker ออกฤทธิ์ในการลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความแรงของการบีบตัวของหัวใจ ลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ Calcium-blocker ออกฤทธิ์ปิดกั้นไม่ให้แคลเซียมเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดง ลดความดันโลหิต ลดปริมาณเลือดในหัวใจห้องล่างซ้าย และลดการบีบตัวของหัวใจ

- Antiplatelets ได้แก่ Aspirin, Ticlopidine, Clopidogrel ออกฤทธิ์ช่วยละลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือด कोरोนารี เพิ่มการไหลเวียนเลือดและเพิ่มการนำออกซิเจนเข้าสู่เซลล์ ลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ

- Anticoagulants ได้แก่ Unfractionated heparin, Low-molecular weight heparin, Glycoprotein (GP) IIb/IIIa inhibitors เป็นยาที่ยับยั้งการรวมตัวของเกร็ดเลือด ลดการอุดตันของลิ่มเลือด

2) การรักษาโดยใช้บอลูนล่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention [PCI]) เป็นการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใช้สายสวนหัวใจชนิดพิเศษ เป็นหัตถการที่กระทำเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจตรงจุดที่ตีบแคบลงโดยการใช้บอลูน เรียกว่า Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA) และบางครั้งอาจต้องใส่ขดลวดเข้าไปในหลอดเลือดเพื่อถ่างขยายหลอดเลือดหรือเรียกวิธีนี้ว่า Percutaneous Transluminal Coronary Intervention

3) การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft [CABG]) การรักษาโดยการผ่าตัด เป็นกระบวนการผ่าตัดโดยใช้หลอดเลือดที่ขาและผนังหน้าอก เพื่อทำการต่อเชื่อมเส้นเลือดใหม่ โดยเลี้ยงจุดที่ตีบตัน ใช้ในกรณีที่มีการตีบของเส้นเลือดหัวใจมากหรือในรายที่รักษาด้วยวิธีอื่นไม่ได้ผล หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากการทำบอลูนขยายเส้นเลือดหัวใจ

1.5.1 ความหมายของการขยายหลอดเลือด कोरोนารี

Percutaneous Trasluminal Coronary Intervention หรือ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) หมายถึง หัตถการตกแต่งหลอดเลือดหัวใจโดยผ่านทางผิวหนังเข้าสู่หลอดเลือด โดยการเจาะหลอดเลือดผ่านผิวหนังแล้วสอดสายสวนชนิดพิเศษเข้าไปในหลอดเลือดเพื่อขยายหรือถ่างขยายหลอดเลือดที่ตีบนั้น และอาจจะต้องมีวิธีการเพื่อกองสภาพรูเปิดของหลอดเลือดให้กว้างขึ้นหรือค้ำยันไม่ให้รูเลือดหดกลับมาปิดใหม่ เช่น ขดลวด (Stent) (เสาวนีย์ เนาวพณิช , 2552) ผลการรักษาด้วยวิธี PCI นี้ ปัจจุบันมีผลสำเร็จตั้งแต่ร้อยละ 85-99 ยังมีข้อจำกัดอยู่บ้างโดยที่

ไม่สามารถใช้การรักษาที่ทดแทนการผ่าตัดได้ในบางกรณี ดังนั้น แพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้แนะนำได้ดีที่สุดว่าควรจะให้การรักษาแบบใดในผู้ป่วยรายใด โดยมีข้อบ่งชี้ ดังนี้ (เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552)

1) ข้อบ่งชี้ในการตรวจสวนหัวใจ: มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะพักหรือได้รับการรักษาด้วยยาแล้ว มีระดับเอนไซม์ของการทำลายกล้ามเนื้อหัวใจสูงขึ้น มีการแสดงของ ST-segment depression เกิดขึ้นใหม่ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร่วมกับการเกิดภาวะหัวใจวายหรือลิ้นหัวใจรั่ว มีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ($EF < 0.40$) มีภาวะความดันโลหิตไม่คงที่มี Sustained VT เคยทำ PCI หรือ CABG เมื่อ 6 เดือนก่อน หลังการรักษาด้วย Thrombolytic หรือหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

2) ข้อห้ามในการตรวจสวนหัวใจ: มีภาวะเลือดออก ภาวะช็อค ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยมีความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/90 mmHg มีภาวะการติดเชื้อ (Systemic Inflammatory Response Syndrome: SIRS) มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น VF VT มีภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร มีการบาดเจ็บที่สมองภายใน 2-3 เดือนก่อน มีประวัติแพ้สารทึบรังสี มีภาวะไตวาย โดยพบค่า Creatinine clearance น้อยกว่า 30 ml/min มีภาวะโพแทสเซียมสูงมากกว่า 5.5 mmol/L หรือมี Digitalis level มากกว่า 1 ng/ml มีภาวะหัวใจวายนอนราบไม่ได้ เป็นต้น

3) ข้อดีของการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวด คือ ไม่ต้องทำการผ่าตัดและไม่ต้องดมยาสลบ ดังนั้นภาวะแทรกซ้อนจึงต่ำกว่าการทำบายพาส ผู้ป่วยสามารถออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น กลับสู่ชีวิตปกติได้เร็วกว่า ไม่ต้องมีระยะพักฟื้นที่นานเหมือนภายหลังการผ่าตัด แพทย์สามารถทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดซ้ำได้หลายครั้ง มีความปลอดภัยสูง

4) ข้อจำกัดของการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวด คือ ลักษณะการตีบบางอย่างของหลอดเลือดหัวใจไม่เอื้อต่อการทำบอลลูน ทำให้การขยายหลอดเลือดด้วยวิธีดังกล่าวอาจทำไม่สำเร็จ ไม่ปลอดภัย หรือได้ผลที่ไม่ดีนัก และการกลับตีบซ้ำในบริเวณเดิมที่ทำบอลลูนและใส่ขดลวดไว้ ภาวะนี้เกิดจากกระบวนการสมานแผลตามธรรมชาติของร่างกายที่หลอดเลือดสร้างเนื้อเยื่อขึ้นมาคลุมขดลวดที่ถูกใส่เข้าไป ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลงอีกครั้ง ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30-40 มีโอกาสที่จะเกิดการตีบซ้ำในตำแหน่งเดิมที่ได้รับการถ่างขยายด้วยบอลลูนภายในเวลา 6 เดือน ในขณะที่การใส่ขดลวดทำให้หลอดเลือดหัวใจสามารถลดโอกาสที่จะเกิดการตีบซ้ำของตำแหน่งที่ได้รับการถ่างขยายลงได้เหลือร้อยละ 10-15 ภายในเวลา 6 เดือน หลังการทำ PCI ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด เช่น Clopidogrel Aspirin เป็นต้น เพื่อป้องกันการเกิด Stent thrombosis

1.5.2 การใช้ยาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ชมรมมัณฑนากรหลอดเลือดหัวใจและสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้รับการสนับสนุนของงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับหัตถการการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีผ่านสายสวน (PCI) เพื่อให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์หัวใจและหลอดเลือด อายุรแพทย์โรคหัวใจ และแพทย์ผู้ปฏิบัติรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน สามารถใช้เป็นแนวทางและคู่มือในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดจากหลอดเลือดโคโรนารีตีบตัน แนวทางเวชปฏิบัตินี้ยึดตาม Guidelines of Percutaneous Coronary Intervention ปี 2005 ของ European Society of Cardiology [ESC] และ Update for Percutaneous Coronary Intervention ของ ACC/AHA/SCAI ปี 2005 เป็นหลัก ได้สรุปข้อแนะนำในการบริหารยาพร้อมกับหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนไว้(สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2005 : ออนไลน์) ดังนี้

ยาแอสไพรีน (Aspirin)

ยาแอสไพรีน ยับยั้ง Platelet aggregation โดยออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Cyclooxygenase (COX-1) ทำให้ระดับ Thromboxane A2 ลดลง ผลการศึกษาของการใช้แอสไพรีนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดพบว่า สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ร้อยละ 48 และลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 51

ในผู้ป่วยที่รับประทานยาแอสไพรีนอยู่เป็นประจำควรได้รับยาแอสไพรีนขนาด 75-325 มก . ก่อนการทำ PCI ในผู้ป่วยที่ไม่เคยรับประทานยาแอสไพรีนมาก่อน ควรให้ยาแอสไพรีนขนาด 300-325 มก . อย่างน้อย 2 ชั่วโมง ก่อนการทำ PCI (และถ้าเป็นไปได้ควรรับประทานยาก่อนทำ PCI 24 ชั่วโมง) หลัง PCI ผู้ป่วยควรได้รับยาแอสไพรีนขนาด 325 มก. อย่างน้อยเป็นเวลา 1 เดือน หากได้รับการรักษาพร้อมกับ Bare metal stent หรือควรได้รับยาแอสไพรีนขนาด 325 มก. อย่างน้อยเป็นเวลา 3 เดือนหากได้รับการรักษาพร้อมกับ Drug eluting stent หลังจากนั้น ควรได้รับยาแอสไพรีนขนาด 75-100 มก . ตลอดไปตลอดชีวิต ต้องระวังผลข้างเคียงของยาที่สำคัญ คือ เลือดออกในทางเดินอาหาร ส่วนข้อห้ามใช้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่แพ้ยาแอสไพรีน ซึ่งอาจมีอาการตั้งแต่ผื่นคัน หอบหืด จนกระทั่ง Anaphylaxis shock

Bax et al. (2008) แนะนำว่า ในระยะยาวหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สำหรับผู้ป่วยทุกรายที่ไม่มีประวัติการแพ้ยาแอสไพรีน ควรรับประทานแอสไพรีนขนาด 75-100 มก. วันละครั้ง

ยา Adenosine diphosphate (ADP) antagonist

Ticlopidine ออกฤทธิ์ยับยั้ง Platelet aggregation โดยเป็น ADP antagonist จากการศึกษาพบว่าสามารถลด Cardiovascular death ลงได้ร้อยละ 47 แต่ผลการรักษาเกิดขึ้นค่อนข้างช้า คือ จะเริ่มเห็นผลประมาณ 10 วันหลังให้ยา แนะนำให้ยาตัวนี้ในกรณีที่มีข้อห้ามในการใช้แอสไพริน ผลข้างเคียง คือ เกิด Neutropenia และ Thrombocytopenia ประมาณร้อยละ 1 ดังนั้นหลังจากเริ่มการให้ยาควรตรวจ CBC และ Platelet count ทุก 2 สัปดาห์ในระยะแรก

Clopidogrel เป็นยากลุ่ม Thienopyridine derivative ที่มีคุณสมบัติคล้าย Ticlopidine โดยออกฤทธิ์ยับยั้ง Platelet aggregation โดยป้องกันไม่ให้ Adenosine diphosphate ไปจับกับ Receptor บน Platelet (ADP antagonist) จากการศึกษาพบว่า ถ้าหากใช้ Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาตได้ร้อยละ 20 พบโรคแทรกซ้อนจากการเกิดเลือดออกที่สำคัญร้อยละ 1 Clopidogrel มีข้อดีกว่า Ticlopidine ในแง่ของระยะเวลาการออกฤทธิ์ที่เร็วกว่า โดยเริ่มเห็นผลหลังการ Loading dose ไปประมาณ 2 ชั่วโมง และผลข้างเคียงที่สำคัญน้อยกว่า คือ มี Neutropenia ร้อยละ 0.1

ผู้ป่วยที่จะทำ PCI และไม่เคยได้ยา ADP antagonist มาก่อน ควรได้รับยา Clopidogrel ขนาด 300 มก. รับประทานทันที หรือได้ยา Ticlopidine ขนาด 500 มก. รับประทานทันที ควรได้ Clopidogrel อย่างน้อย 6 ชั่วโมง ก่อนการทำ PCI เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด และอาจใช้ยา Clopidogrel ขนาดสูงกว่า 300 มก. ได้ เพื่อให้ระดับการยับยั้งเกล็ดเลือดถึงระดับรักษาเร็วขึ้น หลังการทำ PCI หากได้รับการรักษาพร้อมกับ Bare metal stent ผู้ป่วยควรได้ยา Clopidogrel ขนาด 75 มก. วันละครั้งหรือ Ticlopidine ขนาด 250 มก. วันละ 2 ครั้ง อย่างน้อยเป็นเวลา 1 เดือน หากได้รับการรักษาพร้อมกับ Drug eluting stent ควรได้ยา Clopidogrel ขนาด 75 มก. วันละครั้ง หรือ Ticlopidine ขนาด 250 มก. วันละ 2 ครั้งอย่างน้อยเป็นเวลา 12 เดือน

Bax et al. (2008) แนะนำว่า ในระยะยาวหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สำหรับผู้ป่วยทุกรายควรรับประทาน Clopidogrel ขนาด 75 มก. วันละครั้ง

ยาต้านเกร็ดเลือดจำเพาะ (Glycoprotein IIb/IIIa receptor antagonist)

การใช้ยา Antiplatelet ที่มีอยู่เดิม เช่น Aspirin Clopidogrel ถึงจะออกฤทธิ์ยับยั้งเกล็ดเลือดที่ Pathways ต่างกัน แต่ยังมีเหลือ Pathways บางส่วนที่ไม่ได้ถูกปิดกั้น อาจทำให้เกิด Platelet aggregation ได้ต่อ ดังนั้นการใช้ Glycoprotein IIb/IIIa inhibitors ซึ่งออกฤทธิ์โดยจับ Glycoprotein IIb/IIIa receptor ซึ่งเป็น Final common pathway ของ Platelet aggregation โดยตรง น่าจะได้ประโยชน์มากขึ้น

ควรพิจารณาให้ Glycoprotein IIb/IIIa receptor antagonist ก่อนการทำ CAG/PCI ในผู้ป่วย Acute coronary syndrome ที่ไม่ได้รับ Clopidogrel ในผู้ป่วยที่ได้รับ Clopidogrel อาจพิจารณาให้ Glycoprotein IIb/IIIa receptor antagonist ได้ เพื่อให้มีฤทธิ์ต้านเกล็ดเลือดเร็วขึ้น แต่มีการสังเคราะห์งานวิจัย พบว่า ยาในรูปแบบ Oral form เพิ่มอัตราการตายและภาวะเลือดออก ยาออกฤทธิ์สั้น ระดับยาไม่แน่นอน ทำให้การปิดกั้นไม่สมบูรณ์ ขณะนี้จึงมีแต่การใช้ในรูปแบบ Intravenous form ควรติดตามระดับของ ซีโมโกลบิน ซีมาโตคิต และระดับของ Clotting time เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อคและระยะเวลาการแข็งตัวของเลือด

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Wright et al. (2011) เกี่ยวกับการเลือกให้ยาและขนาดยาที่แนะนำของยาในกลุ่ม Antiplatelet และ Anticoagulant therapy โดยมีการศึกษาในในกลุ่ม Proton Pump Inhibitors (PPI) สามารถลดภาวะแทรกซ้อน การระคายเคืองกระเพาะจากการรับประทานยาทั้ง Aspirin และ Clopidogrel และมีส่วนทำให้ผู้ป่วยสามารถรักษาด้วยยาทั้ง 2 กลุ่มนี้ได้ต่อเนื่องอีกด้วย

Bax et al. (2008) แนะนำว่า ในการรักษาด้วยยาในระยะยาวหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด นอกจาก Aspirin และ Clopidogrel แล้ว ผู้ป่วยทุกรายควรรับประทานยาดังนี้

Beta-blockers แนะนำให้ผู้ป่วยทุกรายที่สามารถทนต่อการรักษาด้วยยานี้ได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำหรือผู้ป่วยที่มีระดับประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำ

อาการไม่พึงประสงค์ ที่อาจพบได้ คือ หัวใจเต้นช้ากว่า 60 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตช่วง Systolic น้อยกว่า 100 mmHg และอาจเกิด Heart block ในการฉีที่รุนแรง อาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอด อาจมีอาการหอบหืดเฉียบพลันได้ ควรติดตามเฝ้าระวัง ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า อาการนำของภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และหกลดลมมีการหดและคลายตัว (Overbaugh, 2009)

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

ACE-inhibitor แนะนำให้ผู้ป่วยทุกรายที่สามารถทนต่อการรับประทานยานี้ได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา โดยเฉพาะผลของยาที่มีต่อความดันโลหิต

ARB แนะนำให้ผู้ป่วยทุกรายที่ไม่สามารถทนต่อยาในกลุ่ม ACE-inhibitor ได้และผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยานี้

อาการไม่พึงประสงค์ ที่อาจพบได้ คือ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะลดลง ไ้โอบามากขึ้น มีระดับโปรตีนในเลือดสูง และประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง ควรระมัดระวังในผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ มีโรคไตวาย เป็นต้น ควรติดตามเฝ้าระวัง สัญญาณชีพและระดับน้ำตาลในเลือด (Overbaugh, 2009)

Statin แนะนำยาในกลุ่มนี้แก่ผู้ป่วยทุกราย โดยเร็วที่สุดเพื่อลดระดับ LDL Cholesterol น้อยกว่า 100 มก./คล.

ควรรับประทานยาในช่วงเวลา ก่อนนอน และควรจำกัดการรับประทาน Grapefruit ควรติดตามและตรวจระดับของค่า ไ้ไขมัน การทำงานของตับ และการทำงานของไตในเลือดอย่างสม่ำเสมอ (Overbaugh, 2009)

2. ความร่วมมือในการรับประทานยา

2.1 ความหมาย

Cohen (2009) กล่าวว่า Adherence ในบริบทของโรคหัวใจและหลอดเลือดไว้ว่า เป็นความปรารถนาที่จะปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลมาจากความเห็นชอบร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับวิธีการรักษา

Ho et al. (2009) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามคำแนะนำ เช่น รับประทานยาครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เป็นต้น โดยยังคงรับประทานอย่างต่อเนื่องตามคำแนะนำตลอดการรักษา ทั้งนี้เกิดจากผู้ป่วยมีทางเลือกและมีส่วนร่วม ในการวางแผนการรักษาและกำหนดเป้าหมายของการรับประทานยาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

Osterberg and Blaschke (2005) กล่าวว่า ผู้ป่วยรับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ มีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้ป่วยรับประทานยาครบตามจำนวนที่ต้องรับประทานต่อวัน และ รับประทานยาถูกต้องตามเวลา

Johnson (2002) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication adherence) ว่าเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะเริ่มรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จากการได้รับรู้ความจำเป็น ผลดีของการรับประทานยา และความปลอดภัยจากการรับประทานยาแล้ว ผู้ป่วยจึงเกิดรูปแบบของการรับประทานยาที่สม่ำเสมอ เป็นประจำในชีวิตประจำวัน

ฐิติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยาว่าเป็นพฤติกรรมในการปฏิบัติตามแผนการรักษาในด้านการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอโดยรับประทานยาให้ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา

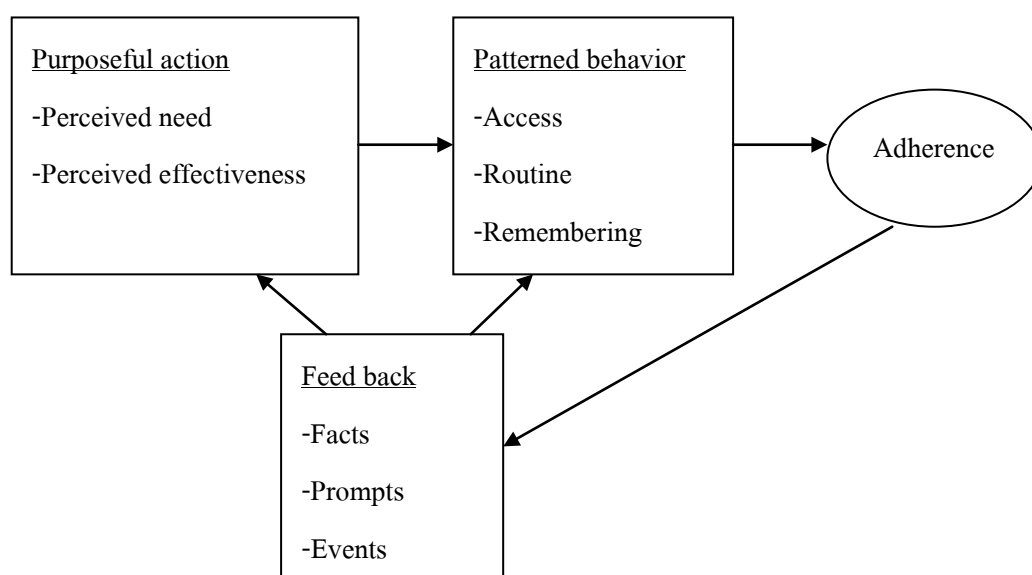
สรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับ ตั้งใจ และมีความต้องการที่จะรับประทานยา โดยเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น บนพื้นฐานของการรับรู้ความจำเป็น ความปลอดภัย ผลประโยชน์ของการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องทั้งชนิด จำนวน ขนาด เวลา ตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นประจำ ไม่เกิดพฤติกรรมการลืมรับประทานยา หยุดรับประทานยาเอง รับประทานยาน้อยหรือมากกว่าที่กำหนด หรือซื้อยามารับประทานเอง

2.2 แนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยา

Cohen (2009) วิเคราะห์แนวคิดของความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการตัดสินใจและความร่วมมือในระยะยาวของผู้ป่วย โดยได้ทบทวนทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือ พบปัจจัยที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจให้ความร่วมมือ มีหลายปัจจัย ได้แก่ ความเชื่อใจ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การให้ความรู้เรื่องสุขภาพและความรู้เรื่องโรคหัวใจจากบุคลากรทางการแพทย์ เศรษฐฐานะของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระดับความรู้ของผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับภาวะเสี่ยง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำแล้ว ผลที่เกิดขึ้นตามมา คือ ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพได้ ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีความรู้เกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ถูกต้อง สามารถลดปัญหาที่เกิดจากการรับประทานยาได้ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

Johnson (2002) พัฒนาแนวคิดการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Medication Adherence Model: MAM) (ดังภาพที่ 1) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) Purposeful action คือ ความต้องการ ตั้งใจ ที่จะรับประทานยา บนพื้นฐานของการรับรู้ความจำเป็น ความปลอดภัย และผลประโยชน์ของการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะรับประทานยา หรือ ปรับเปลี่ยนวิธีการรับประทานยา หรือ จะหยุดรับประทานยานั้น 2) Patterned behavior คือ ระดับการเริ่มต้นในการรับประทานยาของผู้ป่วย การนำพฤติกรรมรับประทานยาเข้าไปมีส่วนร่วมในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน จนเป็นนิสัย หรือทำให้

การรับประทานยาเป็นกิจวัตรประจำวัน ง่ายต่อการจำ การเข้าถึง และสะดวกต่อการรับประทานยา และ 3) Feedback คือ ระดับของข้อมูล ความพร้อม หรือแรงกระตุ้นที่จำเป็นต่อการคงอยู่ของความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น การได้รับคำแนะนำหรือการประเมินภาวะสุขภาพจากแพทย์ โดยผู้ป่วยจะนำข้อมูลที่ได้ไปประเมินความจำเป็นของการรับประทานยา เป็นต้น โดยแนวคิดการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของ Johnson (2002) กล่าวว่า ผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจที่จะรับประทานยาก่อน บนพื้นฐานของกระบวนการการรับรู้ความจำเป็น ความปลอดภัย และผลประโยชน์ของการรับประทานยา จึงจะตัดสินใจที่จะร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา และ เพื่อให้ความร่วมมือในการรับประทานยายังคงอยู่อย่างต่อเนื่องต้องมีพฤติกรรมของการรับประทานยาที่เป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน ง่ายต่อการจำและการเข้าถึง โดยระดับของข้อมูล แรงกระตุ้น ความพร้อม จะส่งผลทั้งก่อนการตัดสินใจและยังส่งผลต่อเนื่องเมื่อเกิดพฤติกรรมของความร่วมมือในการรับประทานยาแล้ว



ภาพที่ 1 แนวคิดการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาของ Johnson (2002) เนื่องจาก เป็นแนวคิดที่อธิบายเกี่ยวกับความร่วมมือในเรื่องการรับประทานยาโดยตรง ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็น โรคเรื้อรัง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำกรอบแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (Fung, 2009) และ ตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นตัวแปรที่นำมาจากหลายแนวคิด ซึ่ง สอดคล้องกับที่ Johnson (2002) กล่าวไว้ว่า องค์ประกอบหลักที่ใช้อธิบายในแนวคิดของความ

ร่วมมือในการรับประทานยา มีองค์ประกอบ Purposeful action และ Feedback ที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่จะนำไปประเมินและเริ่มให้ความร่วมมือในการรับประทานยา โดย Johnson (2002) ได้เปรียบเทียบองค์ประกอบด้าน Purposeful action กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ว่า การรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยาเปรียบได้กับการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สิ่งที่ส่งผลกระทบต่อคนเมื่อรับประทานยาเปรียบได้กับด้านการรับรู้ประโยชน์ตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการประเมินถึงความปลอดภัยของการรับประทานยาเปรียบได้กับด้านการรับรู้อุปสรรคตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนองค์ประกอบด้าน Patterned behavior เป็นกระบวนการของการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ที่แสดงออกถึงการรับประทานยาและยังคงไว้ซึ่งพฤติกรรมของการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาวได้

2.3 ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีแล้ว เพื่อให้การรักษาเกิดประโยชน์สูงสุด ลดโอกาสเกิดการตีบซ้ำ และป้องกันการดำเนินของโรคที่แย่งลง ผู้ป่วยควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม การมาตรวจตามนัด ร่วมกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องไปตลอดชีวิต แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดให้ความร่วมมือในการรับประทานยามีเพียงร้อยละ 40 (Baroletti and Dell'Orfano, 2010) และ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาที่เป็น Cardioprotective medications (β -blockers, Statin, and/or Angiotensin-converting enzyme inhibitors) ส่งผลให้ผู้ป่วยเพิ่มความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเกี่ยวกับโรคหัวใจร้อยละ 10-40 และถ้าผู้ป่วยหยุดรับประทานยาละลายลิ้มเลือด (Clopidogrel) ภายใน 1 เดือนหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร่วมกับได้รับการใส่ขดลวด (ชนิดมียาเคลือบ) เพื่อถ่วงขยายเส้นเลือดหัวใจ ผู้ป่วยจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตร้อยละ 50-80 (Ho et al., 2009) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jackevicius et al. (2008) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือกร้อยละ 25 ที่ไม่ได้รับประทานยาตามคำแนะนำทันทีหลังได้รับอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล ส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตภายในระยะ 1 ปี ถึงร้อยละ 80 และมีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำเพิ่มขึ้น

2.4 แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา

การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาสามารถประเมินได้ 2 แบบ คือ 1) Direct methods เป็นการประเมินระดับยาในกระแสเลือด มีความเที่ยงตรงสูง แต่ไม่นิยมใช้วิธีนี้

เนื่องจาก มีราคาแพง เป็นภาระต่อเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ หรือผู้ป่วยปฏิเสธในการทดสอบ เป็นต้น

2) Indirect method เป็นการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยให้ตอบแบบสอบถาม การจดบันทึกประจำวัน การนับเม็ดยาที่คงเหลือ การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ในการบันทึกจำนวนครั้งของการเปิดขวดหรือภาชนะที่ใช้บรรจุยา ซึ่งยังพบข้อจำกัดของการประเมินในแต่ละแบบ ดังนั้นการประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วยจึงยังไม่มีมาตรฐานที่แน่นอนขึ้นอยู่กับลักษณะผู้ป่วยหรือสถานที่ในการวิจัย (Osterberg and Blaschke, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมพบการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ดังนี้

1) The 8-item Morisky medication adherence score (MMAS-8) (Krousel-Wood et al., 2009) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาโดยทั่วไปเกี่ยวกับอุปสรรคและการรับประทานยา มีจำนวน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

2) Medication Adherence Scale (MAS) (Wu et al, 2008) เป็นการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และอุปสรรค จำนวน 18 ข้อคำถาม และประเมินข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมรับประทานยา จำนวน 14 ข้อคำถาม มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามระหว่าง .74

3) The Hill-Bone Compliance Scale (Lavsa, 2011) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะ มีการประเมินอุปสรรคและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับประทานยาของผู้ป่วย มีจำนวน 14 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .65

4) Medication Adherence Report Scale (MARS-5) (Home, 2007 อ้างถึงใน Fung, 2009) เป็นการประเมินลักษณะของพฤติกรรมในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามแนวความคิดของ Home (Home, 2007 อ้างถึงใน Fung, 2009) มีจำนวน 5 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามระหว่าง .67

5) Medication-Taking Questionnaire (MTQ): Patterned Behavior (Fung, 2009) เป็นการประเมินลักษณะพฤติกรรมในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยประยุกต์แบบสอบถามมาจาก MTQ: Patterned Behavior ของ Johnson (2002) ที่เป็นการประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 16 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของ Fung (2009) ที่ได้ประยุกต์แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยามาจาก Johnson (2002) สอดคล้องกับแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาของ Johnson (2002) โดยแปลแบบประเมินเป็นภาษาไทย และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านภาษาเป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นจึงได้ปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง

ที่ศึกษา ผู้วิจัยพิจารณาเลือกแบบประเมินนี้เนื่องจากศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้อย่างครอบคลุม

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

จากการทบทวนวรรณกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจและความร่วมมือในระยะยาว ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย ระดับความเชื่อและการรับรู้ของภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ความเชื่อใจและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การให้ความรู้เรื่องโรคหัวใจและเรื่องประโยชน์ของการรับประทานยาจากบุคลากรทางการแพทย์ จำนวนของยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสถานะของผู้ป่วยจะส่งผลให้สามารถเข้าถึงการรักษาได้ จากการศึกษาของ Fung (2009) พบว่า ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสถานะของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา ไม่สามารถร่วมทำนายเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ลูติกานต์ กาลเทศ และ นรลัทภณ เอื้อกิจ (2554) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา ดังนี้

3.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

3.1.1 ความหมาย

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนามาจากกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเริ่มพัฒนามาตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 1950 ในช่วงระยะแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพใช้สำหรับอธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ต่อมาได้มีการพัฒนาเพิ่มเติม เพื่อนำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์

Rosenstock (1974) กล่าวว่า องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้น มีความรุนแรงและมีอิทธิพลผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัติตัวนั้นจะเกิดผลดี ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค

หรือช่วยลดความรุนแรงโดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บ และความอาย เป็นต้น

Becker (1974) กล่าวว่า องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มี 4 องค์ประกอบ คือ บุคคลจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัติ และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค โดยองค์ประกอบทั้ง 4 นี้จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน

Becker (1974) กล่าวว่า เป็นความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใดและถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่างๆ

ดังนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีต่อความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา หมายถึง การรับรู้และความเชื่อหรือการคาดคะเนของผู้ป่วย เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และระดับการรับรู้ต่อโอกาสต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เมื่อผู้ป่วยรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูง ผู้ป่วยจะเห็นความสำคัญของการรับประทานยาเพื่อหลีกเลี่ยงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบมากขึ้น จากการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .317, p < .01$) สอดคล้องกับ Johnson (2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับรู้เกี่ยวกับอาการ เช่น อาการปวดศีรษะ ชีพจรเต้นเร็ว หรือรู้สึกอาการผิดปกติเป็นอาการแสดงเมื่อเกิดความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นต้องรับประทานยาควบคุมความดัน จะส่งผลต่อผู้ป่วยในการตัดสินใจให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในเวลาต่อมา

การรับรู้ความรุนแรงของโรค

Becker (1974) กล่าวว่า เป็นความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือ มีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคล

รับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนหนึ่งที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคกลัวเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีต่อความร่วมมือในรับประทายตามแผนการรักษา หมายถึง การรับรู้และความเชื่อที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคกลัวเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น การเสียชีวิต ความพิการ ความยากลำบาก ความเจ็บปวด ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลต่อบทบาททางสังคมของตน เมื่อไม่ให้ความร่วมมือในรับประทายตามแผนการรักษา โดยผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อตนจึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้บุคคลนั้นเกิดความร่วมมือในการรับประทายที่เหมาะสม จากการศึกษาของ จิตติมา กุริทัตกุล (2547) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติร่วมกับการรับรู้ถึงผลกระทบจากความรุนแรงของโรค ได้แก่ การตีบแคบของเส้นเลือดหัวใจมากขึ้น เกิดการอุดตันของหลอดเลือด และเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่เพื่อลดความรุนแรงของโรค โดยศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่นเดียวกับ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค ความดันโลหิตสูงในระดับต่ำมีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทายตามแผนการรักษาเป็น 2.15 เท่า (95% CI = 1.13-4.08, $p < .01$) และ สุมาลี วัจนากร (2551) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ($R^2 = .16, p < .01$)

การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทาย

Becker (1974) กล่าวว่า การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนี้ความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทายของผู้ป่วยโรคกลัวเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี หมายถึง การรับรู้และความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของยาที่รับประทาย ว่าสามารถลดภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรงของอาการ การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำ โดย

ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนี้ ความเข้าใจในคำแนะนำและความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาตามคำแนะนำด้วย จากการศึกษาของ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 50 รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับมาก และผู้ป่วยที่ได้รับการแนะนำว่าการรับประทานยาลดความดันโลหิตสามารถป้องกันและรักษาความดันโลหิตสูงได้ สามารถลดภาวะคุกคามจากโรคได้ เช่น ลดอาการปวดศีรษะและทำยทหาย เป็นต้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยพบความสัมพันธ์ของภาวะการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 3.25 เท่า (95% CI = 1.78-5.92, $p < .001$) และ สุมาลี วัจนกร (2551) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 16 ($R^2 = .16$, $p < .01$)

การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา

Becker (1974) กล่าวว่า เป็นการรับรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าต่อสุขภาพอนามัยของบุคคลในด้านลบที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (เช่น มีความยากลำบาก ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก รบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน) ก็จะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หากบุคคลรับรู้ว่ามีอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ก็จะไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีต่อความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง การรับรู้และความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆของการรับประทานยา เช่น มีความยากลำบาก ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก รบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าต่อสุขภาพอนามัยด้านลบของผู้ป่วยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา หากผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอุปสรรคของการรับประทานยามีมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ก็จะไม่เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา ศศิธร อุตตะมะ (2549) ศึกษาพบว่า การขาดปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายในการรับยา สิ่งอำนวยความสะดวก ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด ไม่มารับยาและการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับ Johnson (2002) กล่าวว่า ถ้าผู้ป่วยประเมินการรับประทานยาว่าปลอดภัยมากกว่าที่จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่าการรับประทานยาไม่

รุนแรงหรือเป็นอุปสรรคแล้ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา และ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 50 มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับมาก โดยอุปสรรคที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ได้แก่ การรับประทานยาทุกวันทำให้เบื่อ การรับประทานยามากกว่า 1 ชนิด และการรับประทานยาลดความดันโลหิตมากกว่า 1 มื้อ โดยการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับมาก มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 6.16 เท่า และ สุมาลี วัจนการ (2551) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ($p < .01$)

3.1.2 แบบประเมินแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมมีดังนี้

1) แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ตามกรอบแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 59 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบมากขึ้น จำนวน 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ .83 การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ .72 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและพลังงานต่ำ การออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่ และการเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม จำนวน 11 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ .87 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและพลังงานต่ำ การออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่ และการเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม จำนวน 24 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ .71 โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อสุขภาพโดยรวมเท่ากับ .90

2) แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) คัดแปลงมาจาก กรรณิกา เรือนจันทร์ ที่พัฒนาตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง จำนวน 8 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง จำนวน 6 ข้อ การรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมรับประทานยาคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องเหมาะสม จำนวน 5 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม จำนวน 11 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) ตามแนวคิดของ Becker (1974) มี 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การ

รับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานวัดประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 30 ข้อ เนื่องจาก มีความกระชับและเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้

3.2 ภาวะซึมเศร้า

3.2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

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

มลฤดี บุราณ (2548) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ มีการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม ได้แก่ มีความคิดในด้านลบ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น

ดังนั้น ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจต่อสถานการณ์ที่มีความเครียดและคุกคามต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยมีการแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ โศกเศร้า หดหู่ เสียใจ สิ้นหวัง อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และมีความคิดต่อตนเองในทางลบ

3.2.2 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ดิลก ภิชโยทัย (2547) ศึกษาปัจจัยทางจิตใจและสังคม (Psychosocial factors) พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงขึ้นถึง 3 เท่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน เมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติ โดยพบอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 40-65 และพบ Major depressive disorder ได้ร้อยละ 20-25 ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และพบว่าในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจสูงขึ้นประมาณ 1.5 – 2 เท่าเมื่อเทียบกับคนปกติ โดยเพิ่มความเสี่ยงทั้งการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ ซึ่ง ดิลก ภิชโยทัย กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้ากับโรคหัวใจและหลอดเลือด ไว้ดังนี้

Major depressive disorder เป็นลักษณะหนึ่งของ Depressive disorders โดยมีอาการสำคัญได้แก่ อารมณ์เศร้า ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย อาการทาง Neurovegetative ที่พบบ่อยได้แก่ อาการนอนไม่หลับโดยเฉพาะช่วงกลางหรือท้ายของการนอน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลียทั้งวัน ส่วนอาการด้าน Psychomotor อาจพบ Psychomotor retardation คือ เชื่องช้า เฉื่อยชา พูดน้อย ซึม แต่บางรายอาจมี Psychomotor agitation ได้เช่น กระสับกระส่าย ไม่อยู่เฉย ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีความคิดอยากตายได้ ร้อยละ 60

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับโรคหัวใจและหลอดเลือดมีได้หลายลักษณะทั้งในแง่อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจที่เพิ่มขึ้น ในแง่การเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือในแง่การเป็นตัวพยากรณ์โรคในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่แล้ว ภาวะซึมเศร้าอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัย (ดิลก กิโยทัย, 2547) ดังนี้

1) มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อ ในช่วง 2 สัปดาห์ (มีข้อ 1.1 หรือ 1.2 อยู่ 1 ข้อ)

- 1.1 ซึมเศร้า
- 1.2 มีความสนใจในสิ่งต่างๆลดลงอย่างมาก
- 1.3 เบื่ออาหารหรือน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน
- 1.4 นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ
- 1.5 Psychomotor agitation (กระสับกระส่าย ไม่อยู่เฉย) หรือ Retardation (เชื่องช้า เฉื่อยชา พูดน้อย ซึม)
- 1.6 อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง
- 1.7 รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิด
- 1.8 มีสมาธิลดลง ลังเลใจ
- 1.9 คิดเรื่องความตายหรือการฆ่าตัวตาย

2) ไม่เคยมีประวัติ Mania หรือ Hypomania

ผลของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับอาการเจ็บหน้าอก พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการรุนแรงกว่าผู้ไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือเมื่อตรวจโดยการเดินบนสายพานก็พบว่ามีอาการเจ็บหน้าอกระหว่างการตรวจด้วยการเดินบนสายพานมากกว่า ความสามารถในการเดินบนสายพานน้อยกว่าผู้ไม่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบการพยากรณ์โรคที่แย่กว่าผู้ไม่มีอาการซึมเศร้า ทั้งในแง่อัตราการเสียชีวิต การเกิด

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การต้องเข้ารับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจหรือการผ่าตัดบายพาส อัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ภาวะหัวใจหยุดเต้น เป็นต้น

3.2.3 พยาธิสรีระวิทยาของการเกิดภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดผลเสียกับหัวใจและหลอดเลือดอาจอธิบายได้จากกลไกหลายประการ ได้แก่

1) ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีพฤติกรรมอื่นๆที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจร่วมด้วย เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มากขึ้น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับสุขภาพ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือไม่มีความใส่ใจในการดูแลรักษาตนเอง ไม่มีแรงบันดาลใจในการออกกำลังกาย ไม่รวมมือในการทำกายภาพบำบัดหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นต้น

2) กลไกอีกประการ ได้แก่ ผลของภาวะซึมเศร้าโดยตรงต่อการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทั้ง Hypothalamic-adrenocortical และ Sympathoadrenal hyperactivity โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีระดับ Cortisol ในเลือดสูง และผล Corticosteroids ก็ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ระดับของ Cholesterol และ Free fatty acids สูงขึ้นตามมาเป็นผลให้เกิด Atherosclerosis มากขึ้นตามลำดับ

3) ผู้ป่วยภาวะซึมเศร่ายังพบว่า มี Heart rate variability ลดลง ซึ่งแสดงว่ามีการเพิ่มของ Sympathetic tone และ/หรือ มีการลดลงของ Parasympathetic tone โดยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่มี Heart rate variability ลดลงมีหลักฐานว่าจะมีโอกาสเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือแม้แต่การเสียชีวิต ส่วนการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระบบประสาทอัตโนมัติอีกอย่างหนึ่งที่พบในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คือ การมี Baroreflex sensitivity ลดลง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

4) การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ที่เป็นผลเสียต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความผิดปกติในการทำงานของเกล็ดเลือด มีการกระตุ้นเกล็ดเลือดทำให้มีการเพิ่มขึ้นของระดับ Platelet factor 4, β -thromboglobulin, เพิ่มการกระตุ้น Platelet glycoprotein IIb/IIIa receptors และเพิ่ม 5HT-mediated platelet activity ส่งผลให้มีการเกิดการจับตัวของเกล็ดเลือดและมีลิ่มเลือดอุดตัน (Platelet aggregation and thrombogenesis) มากขึ้น เป็นต้น อีกกลไกที่พบ คือ ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีระดับของ Pro-inflammatory cytokines ในเลือดสูงขึ้น ได้แก่ C-Reactive Protein (CRP), Interleukin (IL)-6, Tumor necrosis factor (TNF)- α และ Interleukin-1 receptor antagonist (IL-1Ra) ซึ่ง Inflammatory process ก็พบว่ามีส่วนในกระบวนการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันด้วย

5) Beck (1967) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจาก 2 ปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยที่เกิดจากบุคคลเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิต และ 2) ปัจจัยที่เกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบ ต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ซึ่งเกิดจากกระบวนการคิดที่เกิดขึ้นเอง โดยไม่สามารถควบคุมได้ เป็นความคิดที่ไม่ผ่านกระบวนการไตร่ตรอง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้

จากการศึกษาของ Bane et al. (2006) พบผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 41.7 และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด สอดคล้องกับ Rieckmann et al. (2006) ที่ศึกษาพบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลกับความร่วมมือในการรับประทานยา Aspirin เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านมีความสัมพันธ์ทางลบต่อความร่วมมือในการรับประทานยา กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าสูง การไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ก็จะสูง ($\chi^2 = 7.4, p = .03$) และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 3.7 เท่า (95% CI = 1.3-10.6, $p = .03$) โดยเฉพาะในช่วง 2 สัปดาห์แรกเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับ Gehi et al. (2005) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเมื่อเป็นผู้ป่วยนอกร่วมกับมีภาวะซึมเศร้า มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.2 เท่า (95% CI = 1.2-3.9, $p = .009$) โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.4 เท่า (95% CI = 1.6-3.8, $p < .001$) และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราเสี่ยงที่จะรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาเป็น 2.2 เท่า (95% CI = 1.2-4.2, $p = .01$)

3.2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

1) Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) ของ มาโนช หล่อตระกูล และ คณะ (2008) มีจำนวน 9 ข้อ เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในบุคคลทั่วไป มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79

2) Thai Depression Inventory ของ Manote Lotrakul and Pramote Sukanich (1999) ได้แปลและพัฒนาจากแบบสอบถาม The Hamilton Rating Scale for Depression มีจำนวน 17 ข้อ เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในบุคคลทั่วไป มีมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ มาตรวัด 4 ระดับ จำนวน 2 ข้อ และ มาตรวัด 3 ระดับ จำนวน 7 ข้อ โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 56 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74

3) The Hospital Anxiety and Depression Scale: depression subscale (HADS-D) ของ Zigmond and Snaith (1983 อ้างถึงใน Cameron et al., 2008) เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าในขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาล มีจำนวน 7 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

4) The Beck Depression Inventory ของ Beck et al. (1996 อ้างถึงใน Victor et al., 2011) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในบุคคลทั่วไป มีจำนวน 21 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ประเมินด้าน Cognitive/affective symptoms เช่น หมดหวัง รู้สึกผิด เป็นต้น จำนวน 13 ข้อ และประเมินด้าน Somatic symptoms เช่น การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น จำนวน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .67

5) The Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D) ของ Radloff (1977) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 4 ด้าน คือ ด้านภาวะอารมณ์เศร้าหมองหรือซึมเศร้า ด้านผลกระทบทางอารมณ์และจิตใจด้านลบ ด้านอาการที่แสดงออกทางร่างกาย และด้านปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น .85

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire 9 [PHQ-9]) ของ มาโนช หล่อตระกูล และ คณะ (2008) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับบริบทของคนไทย และ นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Hasnain et al. (2011) พบว่า มีการนำแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) มาประเมินในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยผ่าตัดทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ ผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และผู้ป่วยหัวใจวาย ซึ่งมีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษามากที่สุด

3.3 ภาวะโรคร่วม

3.3.1 ความหมาย

Hlatky (2004) กล่าวว่า ภาวะโรคร่วมเป็นภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นก่อนเข้ารับการรักษาของอาการหรือโรคที่เป็นอยู่ และยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่อง

พรนภา เสงเจริญสุวรรณ (2552) กล่าวว่า ภาวะโรคร่วมเป็นโรคอื่นๆ ที่เป็นร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย

ดังนั้น ภาวะโรคร่วม หมายถึง จำนวนโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่องของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อสอบถามจำนวนภาวะโรคร่วมของผู้ป่วย มีข้อคำถาม 1 ข้อ

3.3.2 ผลกระทบของภาวะโรคร่วม

Balzi et al. (2006) พบผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีร้อยละ 73 มีภาวะโรคร่วมอย่างน้อย 1 ชนิด ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมมาก

นอกจากจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง จำนวนชนิดยาที่ต้องรับประทานที่มีเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของ Fernandez et al. (2007) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค มีโอกาสเสี่ยงที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา สอดคล้องกับ Simpson (2006) พบว่า ผู้ป่วยที่มีจำนวนภาวะโรคร่วมมาก จะส่งผลต่อจำนวนชนิดยาที่ต้องรับประทานมีเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีจำนวนยาที่ต้องรับประทานมาก มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและอันตรกิริยาระหว่างยาที่ต้องรับประทาน มีโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดรับประทานยาเองหรือลืมรับประทานยาได้ เป็นต้น

3.3.3 การประเมินภาวะโรคร่วม ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นเอง จากการศึกษาของ Sachdev et al. (2004 อ้างถึงใน Hlatky, 2004) ศึกษาภาวะโรคร่วมที่เป็นปัจจัยทำนายต่ออัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า มี 6 ภาวะโรคร่วมดังนี้ โรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคไต โรคความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่ และ Singh et al. (2008) ศึกษาภาวะโรคร่วมของผู้ป่วยก่อนเข้ามารับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่มีอายุ 55-80 ปี พบ มีภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 82 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 73 เบาหวานร้อยละ 25 โรคไตร้อยละ 3 โรคหลอดเลือดส่วนปลายร้อยละ 11 และมีภาวะหัวใจล้มเหลวขณะเข้ารับการรักษาร้อยละ 11 ดังนั้น ภาวะโรคร่วมที่เกิดก่อนเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในการศึกษานี้ ได้แก่ 7 ภาวะโรคร่วม คือ โรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคไต โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และการสูบบุหรี่

3.4 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

3.4.1 ความหมาย

Bandura (1977) กล่าวว่า สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินการ ของการกระทำหรือการแสดงผลพฤติกรรม เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย กล่าวคือ บุคคลที่เชื่อว่าตนมีสมรรถนะสูงจะมีความมั่นใจในความสามารถทางร่างกายและจิตใจในการแสดงผลพฤติกรรมนั้น

ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (Beliefs about self-efficacy) มีความสำคัญต่อเป้าหมายและการบรรลุเป้าหมายของตนโดยมีอิทธิพลต่อ ทางเลือก แรงจูงใจ และรูปแบบการแสดงผลออกทางอารมณ์ของบุคคล ตัวอย่างเช่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่คุกคามตนเอง เมื่อมีความเชื่อว่าสถานการณ์นั้นเกินกว่าทักษะและความสามารถของตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) จึงมีผลต่อเป้าหมาย และการบรรลุเป้าหมายของตน โดยมีอิทธิพลต่อระดับความพยายามและการคงอยู่ของพฤติกรรมที่จะเผชิญต่ออุปสรรคต่างๆของบุคคลนั้น นั่นคือ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงก็จะยังมีความพยายามสูง

3.4.2 แนวคิดของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Bandura (1977) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงและการคงอยู่ของพฤติกรรมเกิดจาก การคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของตน (Outcome Expectations) โดยความคาดหวังในผลของการกระทำนี้ เป็นการประเมินของบุคคลว่า พฤติกรรมที่ตนแสดงจะนำไปสู่ผลที่ตนเองคาดหวังไว้ และ การคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถในพฤติกรรมของตน (Efficacy Expectations) โดยความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อหรือความมั่นใจในตนเองว่ามีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการจนประสบผลสำเร็จตามที่ตนเองคาดหวังไว้

ความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนขึ้นอยู่กับ 1) การจัดลำดับของความยากง่ายที่จะกระทำ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล โดยเริ่มจากพฤติกรรมที่ง่าย เมื่อตนสามารถปฏิบัติได้ ก็จะค่อยๆเพิ่มความยากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเชื่อในสมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้นด้วย 2) ความเข้มแข็ง ความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ และ 3) การเชื่อมโยงสถานการณ์ใหม่กับสถานการณ์เดิมในอดีตที่มีความคล้ายคลึงกันและเคยปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ ส่งผลให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นที่จะการเผชิญกับสถานการณ์ใหม่

ความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนเกิดได้จาก 4 ปัจจัย ดังนี้

1) Performance accomplishments เป็นประสบการณ์ของบุคคลในอดีตที่บุคคลนั้นประสบด้วยตนเอง ที่มีประสบการณ์ทั้งความสำเร็จและความล้มเหลว โดยประสบการณ์นี้จะเกิดการเชื่อมโยงสถานการณ์ใหม่กับสถานการณ์ในอดีตที่มีความคล้ายคลึงกัน

2) Vicarious experience เป็นการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับตนในการปฏิบัติพฤติกรรมใดๆแล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้ตนเองมีความเชื่อมั่นว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสำเร็จเช่นกัน

3) Verbal persuasion เป็นการใช้คำพูดชักจูงให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะประสบความสำเร็จได้ โดยใช้วิธีการชี้แนะ ให้กำลังใจ และ กล่าวชมเชย โดยใช้การใช้คำพูดชักจูงร่วมกับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในอดีต จะทำให้เกิดการส่งเสริมความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนมากขึ้น

4) Physiological arousal การที่บุคคลมีความพร้อมทั้งสภาวะด้านร่างกาย และอารมณ์จะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กล่าวคือ หากบุคคลมีสภาพร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วย จะส่งผลให้มีสมรรถนะแห่งตนต่ำ เช่นเดียวกับ หากบุคคลมีสภาพอารมณ์ทางลบ เช่น ความเครียด วิตกกังวล จะส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำเช่นกัน

3.4.3 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา จากการ ทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

1) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ ตาย ของ ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) ตามแนวคิดของ Bandura (1977) มีจำนวน 17 ข้อ ประเมิน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 เรื่อง คือ การรับประทานอาหาร มีจำนวน 3 ข้อ การทำกิจกรรมและ การออกกำลังกาย มีจำนวน 4 ข้อ การพักผ่อนและการจัดการกับความเครียด มีจำนวน 5 ข้อ และ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค มีจำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .84

2) Medication adherence self-efficacy scale: MASES ของ Ogedegbe et al. (2003) ที่พัฒนาจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1977) มีจำนวน 26 ข้อ เป็น มาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนใน การรับประทานยาของ Ogedegbe et al. (2003) ตามแนวคิดของ Bandura (1977) โดยแปลแบบ ประเมินเป็นภาษาไทย และให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาเป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและ ความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นจึงได้ปรับข้อความให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารี แทนการรับประทานยาความดันโลหิตสูง ผู้วิจัย เลือกแบบประเมินนี้เนื่องจาก โรคความดันโลหิตสูงมีความสอดคล้องกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือด โดยเป็นโรคเรื้อรัง มีความจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการและการลุกลามของโรค เช่นเดียวกัน

3.5 การสนับสนุนทางสังคม

3.5.1 ความหมาย

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่ามีคนให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ ยกย่อง และมองเห็นคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การได้รับและการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ระหว่างบุคคล ที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพันการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจ จนทำให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ได้รับความช่วยเหลือและได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรจนเกิดความร่วมมือในการรับประทายตามแผนการรักษา

3.5.2 แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อว่าตนได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะได้รับจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้ง 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่าในตน และ 3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยอมรับ ยกย่อง เห็นคุณค่า ความรัก ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการประเมินตนเอง เป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างกันเพื่อให้ได้ข้อมูลย้อนกลับที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและเรียนรู้ด้วยตนเอง เปรียบเทียบกับสังคม 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในแบบต่างๆ เช่น การให้เวลา สิ่งของ แรงงาน เงิน และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ซึ่ง House (1981) แบ่งบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการ มีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวกับบทบาทการทำงาน ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง และ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ จะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง เช่น แพทย์ พยาบาล หรือทีมสุขภาพ เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เนื่องจาก เป็นแนวคิดที่สามารถนำมาประเมินผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่ง Khuwatsamrit et al. (2006) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอ การรับประทานยา ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = .24, p < .001$) สอดคล้องกับ สุภาพร แนวบุตร (2548) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .235, p < .01$)

3.5.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

1) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ สุภาพร แนวบุตร (2548) เป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดของ House (1981) มีจำนวน 69 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ โดยแบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 แหล่ง คือ บุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ แหล่งสนับสนุนทั้ง 3 แหล่ง ตามการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ 18 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 ด้านการสนับสนุนการประเมินคุณค่า 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร 21 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 และด้านการสนับสนุนทรัพยากร 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

2) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ สิริรัตน์ ติลาจรัสและพิศสมัย อรทัย (2554) ที่ได้รับอนุญาตจาก Toljamo and Hentinen (2001) ให้แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทย ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ House (1981) มีข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีการประเมินการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ด้านการสนับสนุนการประเมินคุณค่า ด้านการสนับสนุนทรัพยากรด้านการเงิน และด้านการสนับสนุนที่มากเกินไป โดยการสนับสนุนทางสังคมได้จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 และแบบประเมินที่ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมฉบับแปลเป็นภาษาไทยมีความตรงเชิงโครงสร้างในบริบทของคนไทย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของ สิริรัตน์ ติลาจรัสและพิศสมัย อรทัย (2554) ที่ได้แปลและประยุกต์จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของ Toljamo and Hentinen (2001) ที่พัฒนาแบบประเมินตามแนวคิดของ House (1981) โดยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินนี้เนื่องจาก มีความกระชับ มีการประเมินการสนับสนุนทางสังคมครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ใช้เวลาในการตอบ

แบบสอบถามน้อยกว่า และได้มีการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างว่ามีความเหมาะสมกับบริบทของคนไทย

4. สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประชนาษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

4.1 สมรรถนะด้านการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (Care management) นอกเหนือจากการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโดยตรงแบบองค์รวม ยังมีระบบบริการพยาบาลเข้ามาเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยด้วย เช่น นโยบายท้องถิ่น ข้อปฏิบัติของหน่วยงานรัฐ องค์กรอื่นๆ สิทธิผู้ป่วย/ผู้มาใช้บริการ โครงสร้าง บริหารจัดการภายใน วัฒนธรรมชุมชน เป็นต้น (กนกพร หมุ่มพักษณ์, 2551) ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ต้องจัดระบบที่ครอบคลุม ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่าย มีการส่งต่อเพื่อให้การดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดค่าใช้จ่ายทางการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ

4.2 สมรรถนะด้านการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาซับซ้อน (Direct care) เป็นการปฏิบัติพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ใช้นวัตกรรมดูแลแบบองค์รวมร่วมกับทีมสหสาขาทางด้านการแพทย์ โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีความคิดวิจรรณญาณที่รอบรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาล มีความรู้ ความชำนาญในการประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตสังคม ภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบจากความเจ็บป่วยใช้ผลงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2553; กนกพร หมุ่มพักษณ์, 2551) ในด้านความร่วมมือในการรับประชนาษาพยาบาลควรมีการวางแผนให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องยา การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหา และสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการรับประชนาษาที่ถูกต้องได้ (Mutsch and Herbert, 2010)

4.3 สมรรถนะด้านการประสานงาน (Collaborator) การดูแลและส่งเสริมความร่วมมือในการรับประชนาษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีจะประสบผลสำเร็จอย่างสมบูรณ์ ต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมทางสุขภาพ เช่น เกสัชกร นักโภชนาการ แพทย์ เป็นต้น ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจึงต้องมีทักษะในการประสานงานความร่วมมือ สามารถสร้างข้อตกลงระหว่างวิชาชีพ มีการสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อลดความขัดแย้ง ไม่เกิดความสับสน (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2553) เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อ

ผู้ป่วยและญาติ ช่วยลดอุปสรรคที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประชนา และเพื่ออำนวยความสะดวกต่อการมารับบริการ

4.4 สมรรถนะด้านการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Education) ฝึกทักษะ (Coaching) เป็นที่เลียงในการปฏิบัติงาน (Mentoring) บทบาทในด้านการให้ความรู้ ผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูง ต้องมีความสามารถเป็นผู้ถ่ายทอดประชนการที่ดีให้กับนักศึกษาพยาบาล พยาบาลผู้ร่วมงาน และผู้ป่วย/ผู้มารับบริการ การสอนจะต้องสามารถปฏิบัติได้จริง ให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีการฝึกปฏิบัติทดลองทำด้วยตนเอง (กนกพร หมุ่มพยัคฆ์, 2551) โดยการสอนเกี่ยวกับความรู้เรื่องการรับประชนา ผลข้างเคียงของยา ให้แหล่งประ โยชนที่ดีในการค้นหาพร้อมที่จะให้ผู้เรียนรับความรู้จากสิ่งใหม่ๆ ที่จำเป็นและเหมาะสม ใช้แรงจูงใจภายในซึ่งให้เห็นความสามารถที่มีอยู่ ความพร้อมที่มีอยู่ และความต้องการที่แท้จริงในการแก้ไขปัญหา อุปสรรคต่างๆ เมื่อสอนเสร็จต้องมีกระบวนการประเมินผลการเรียนการสอน มีรูปแบบการวัดผลที่ดี เห็นได้ทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ

4.5 สมรรถนะด้านการให้คำปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (Consultation) การให้คำปรึกษาในเรื่องการรับประชนา เช่น การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการรับประชนา การมาตรวจตามนัด ผลประ โยชนของการรับประชนาอย่างสม่ำเสมอ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ให้ความร่วมมือในการรับประชนา เป็นต้น โดยพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่มีความคุ้นเคยกับผู้รับบริการ รู้จักรูปแบบและลักษณะการบริหารจัดการของหน่วยงาน องค์กรที่ให้บริการทางสุขภาพเพื่อที่จะประสานงานในการให้บริการ ผู้ให้คำปรึกษาให้เวลากับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ รู้ว่าเมื่อไรควรยุติการให้คำปรึกษา (กนกพร หมุ่มพยัคฆ์, 2551)

4.6 สมรรถนะด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูง ควรมีทักษะในการบริหารจัดการตามนโยบาย มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์เหตุการณ์ มีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนได้ จะต้องวางแผนหลักเลียงแก้ไขผลลัพธ์ที่คิดว่าจะเกิดขึ้นแล้วไม่เป็นที่น่าพอใจไว้ล่วงหน้า โดยเลือกวิธีที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นธรรม (กนกพร หมุ่มพยัคฆ์, 2551) เป็นผู้ริเริ่มการสร้างแนวปฏิบัติหรือนวัตกรรมใหม่ๆ ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประชนาของผู้ป่วย เป็นไปอย่างประหยัดและมีคุณภาพเพื่อให้เกิดประ โยชนแก่ผู้ป่วยและเพิ่มมาตรฐานคุณภาพในการพยาบาล

4.7 สมรรถนะด้านการใช้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) ผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูงต้องมีคุณธรรมในการตัดสินใจในการให้บริการและการรักษาสิทธิผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่เป็นจริงและมีประ โยชนเกี่ยวกับการรับประชนา เช่น ผลข้างเคียงของยา ประ โยชนของการรับประชนา แหล่งสนับสนุนทางสังคม

แหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษาเมื่อต้องการ เป็นต้น บนพื้นฐานของจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ (กนกพร หมูพยัคฆ์, 2551)

4.8 สมรรถนะด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องมีความชำนาญทางการวิจัย มีความรู้ พัฒนางานด้านวิชาการร่วมกับการดูแลผู้ป่วย นำหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัยที่ทันสมัย มีความน่าเชื่อถือมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2553) ในปัจจุบันมีการศึกษาการสนับสนุน ส่งเสริม เกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างแพร่หลาย มีการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลข่าวสารอยู่ตลอดเวลา ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องมีความสนใจที่จะพัฒนางานการพยาบาลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและทีมสุขภาพให้ทันสมัยและต่อเนื่อง

4.9 สมรรถนะด้านการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome Management and Evaluation) การจัดการผลลัพธ์และการประเมินผลลัพธ์เป็นส่วนสำคัญของระบบบริการสุขภาพ และการประกันคุณภาพโรงพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2553) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรเลือกวิธีการจัดการและการประเมินผลลัพธ์ของการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด ประหยัดค่าใช้จ่าย ทรัพยากร และได้ผลที่มีความเชื่อมั่นได้ เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพในการพยาบาลต่อไป เป็นต้น

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .76, p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .63, p < .001$)

จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .682, p < .001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบมากขึ้น การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 .001 .05 และ .001 ตามลำดับ ($r = .317, .708, .221, \text{ และ } -.595$ ตามลำดับ) โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการ

รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .573, p < .001$)

สุภาพร แนวนบุตร (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .235, p < .01$)

ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับน้อยมีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 2.15, 95\% CI = 1.13-4.08, p < .01$) การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 3.25, 95\% CI = 1.78-5.92, p < .001$) การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับมาก มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 6.16, 95\% CI = 1.73-21.87, p < .01$)

สุมาลี วัจนกร (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .16, p < .01$)

ฐิติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .220, .207, .195$ และ $.368$ ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.238$) โดยเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -.547$)

Gehi et al. (2005) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเมื่อเป็นผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ($OR = 2.2, 95\% CI = 1.2-3.9, p = .009$) โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ($OR = 2.4, 95\% CI =$

1.6-3.8, $p < .001$) และ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราเสี่ยงที่จะรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา (OR = 2.2, 95% CI = 1.2-4.2, $p = .01$)

Khuwatsamrit et al. (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และรูปแบบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24$, $p < .001$) และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .52$, $p < .001$)

Rieckmann et al. (2006) ศึกษาเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการให้การรักษาภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลกับความร่วมมือในการรับประทานยา Aspirin เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน พบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าสูง การไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาก็จะสูง ($\chi^2 = 7.4$, $p = .03$) ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (OR = 3.7, 95% CI = 1.3-10.6, $p = .03$) โดยเฉพาะในช่วง 2 อาทิตย์แรกเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

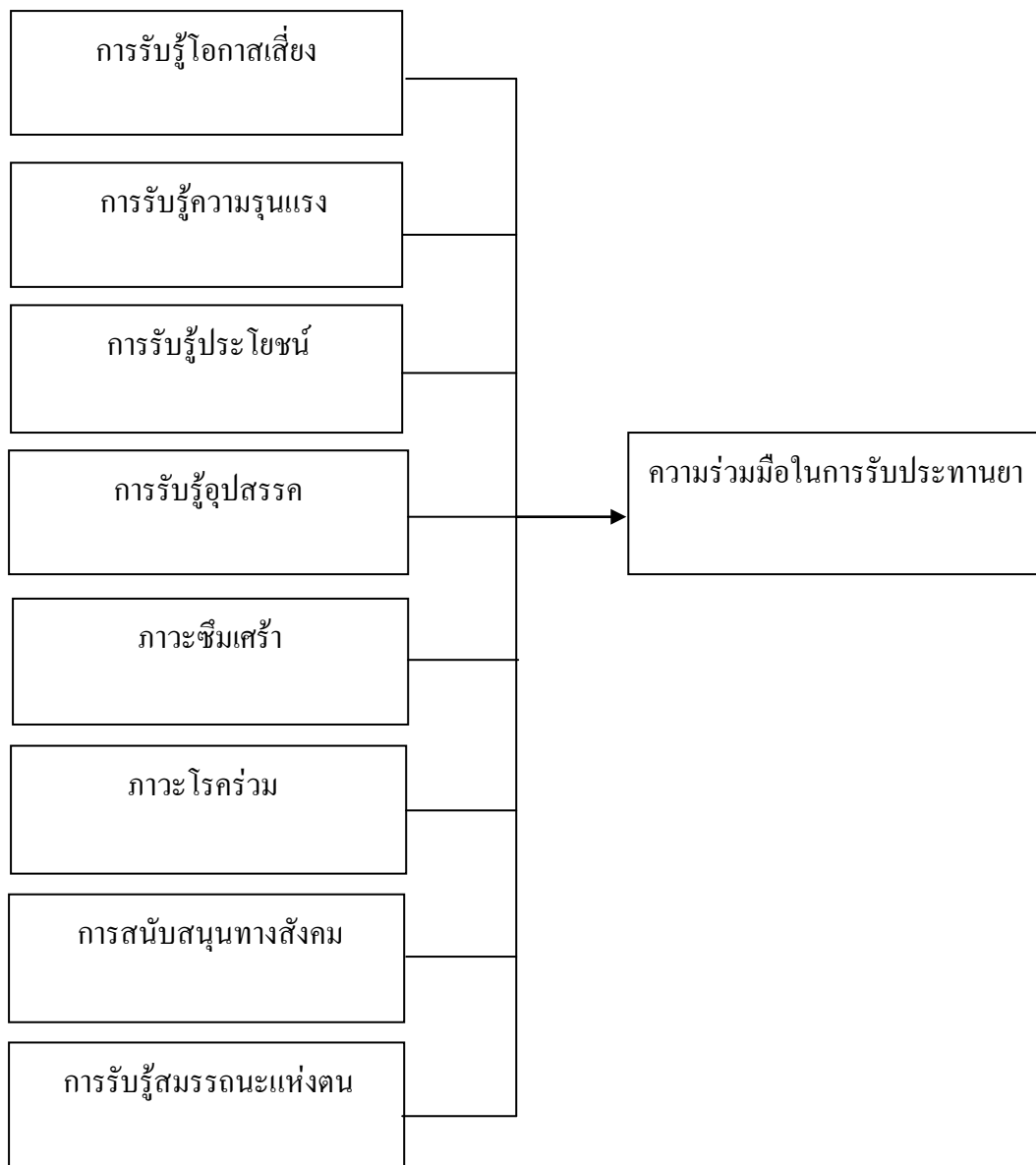
Fernandez et al. (2007) ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีในระยะยาว ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีไปแล้ว 1-2 ปี พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีการรับประทานยา 3-4 ชนิดต่อวัน ส่วนใหญ่เป็นยาเกี่ยวกับ ความคุมระดับไขมัน ยารักษาความดันโลหิตสูง และยาป้องกันการแข็งตัวของโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 94.6 ไม่พบว่าขาดการรับประทานยาในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ ร้อยละ 11 ของผู้ป่วยขาดการรับประทานยาเป็นบางครั้งเมื่อต้องออกไปทำธุระข้างนอกหรือเมื่ออาการดีขึ้น โดยร้อยละ 20 ของผู้ป่วยมีวิธีที่ใช้เตือนให้ไม่ลืมรับประทานยา วิธีที่ใช้เตือน เช่น คู่สมรสจะเป็นผู้คอยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา หรือ การเก็บยาไว้ในบ้านในบริเวณที่สะดุดตา เป็นต้น ร้อยละ 87.8 ของผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาอยู่ในระดับดีมาก รู้วิธีปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยาและมาพบแพทย์ก่อนที่จะตัดสินใจรับประทานยาหรือหยุดยาเอง

Fung (2009) ศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 30-77 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมอย่างน้อย 2 โรค และรับประทานยาอย่างน้อยเฉลี่ยเท่ากับ 4.69 ชนิดในระหว่างการรักษา จากการศึกษา

พบเพียงรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพ การมาตรวจตามนัด ที่สามารถร่วมทำนายนความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 52.2

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบประชากรป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้น โดยมีแนวโน้มพบในกลุ่มประชากรอายุต่ำกว่า 40 ปี มากขึ้น จากการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ซึ่งการรับประทานยาแต่ละประเภทมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันไปในแต่ละโรค แต่ความคล้ายคลึงกันของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอและต้องรับประทานไปตลอดชีวิต สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี มีความจำเป็นที่ต้องรับประทานยาละลายลิ่มเลือดร่วมกับยาที่เป็น Cardioprotective medications อย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ ไปตลอดชีวิตเช่นกัน เพื่อป้องกันการกลับมาตีบซ้ำของเส้นเลือดโคโรนารี ป้องกันการดำเนินของโรคที่แย่งลง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงสนใจศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยา โดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1977) การสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และภาวะโรคร่วม มาเป็นกรอบแนวคิดใ้ใช้อธิบายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดปัญหาและผลกระทบจากการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย ดังกรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) นี้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีห้องสวนหัวใจและศูนย์โรคหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี เพศชายและหญิง อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีห้องสวนหัวใจและศูนย์โรคหัวใจ ที่เก็บข้อมูลในช่วง เดือนมิถุนายน-สิงหาคม ปีพ.ศ.2555 มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี เพศชายและหญิง อายุระหว่าง 18-59 ปี

2. สามารถอ่านและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
3. สนใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย
4. ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการแสดงของโรค เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสอบถามทันทีและนำส่งแพทย์เพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติดังกล่าว

วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรคำนวณ Thorndike (1978) คือ

$$n = 10k+50$$

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรที่ศึกษา

จำนวนตัวแปรทั้งหมด 9 ตัว ดังนั้น ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 140 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 154 คน

2. สุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage random sampling) มีขั้นตอนดังนี้

2.1 เลือกสังกัดโรงพยาบาล ในสังกัดของรัฐ ระดับตติยภูมิ ที่มีห้องสวนหัวใจและศูนย์โรคหัวใจ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ดังนี้

2.1.1 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวน 9 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2.1.2 โรงพยาบาลในเขตปริมณฑล มีจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ สถาบันทรวงอก และ โรงพยาบาลศูนย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มศว.องครักษ์

เลือกโรงพยาบาลโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) คัดสรรส่วนตามพื้นที่เท่ากับ 3:1 โดยเป็นโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพ 3 แห่ง โรงพยาบาลในเขตปริมณฑล 1 แห่ง โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลในเขตปริมณฑล ได้แก่ สถาบันทรวงอก

2.2 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ข้างต้น และเก็บข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 154 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 6 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะโรคร่วม การมาตรวจตามแพทย์นัด และประวัติของวันที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ

มีการประเมินภาวะโรคร่วม เป็นช่องว่างให้เติมภาวะโรคร่วมของผู้ป่วย เกณฑ์การประเมินผลคะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ จำนวนโรครวม หมายถึง มีภาวะโรคร่วมมาก

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทุษยานยา ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Fung (2009) ที่ประยุกต์แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทุษยานยาจาก Johnson (2002) มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทุษยานยาของ Fung (2009) แปลเป็นภาษาไทยด้วยตนเอง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาเป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา หลังตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ตัดข้อคำถามและปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับโรค บริบทของคนไทย และเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของข้อคำถาม จึงเหลือข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .43 ได้ปรับข้อคำถามและตัดข้อคำถาม โดยพิจารณาเลือกจากเกณฑ์ Corrected item-total correlation ในข้อที่คงไว้ควรมีค่ามากกว่า .3 (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) จึง เหลือข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โดยยังคงความหมายของความร่วมมือในการรับประทุษยานตามคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ จึงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70 โดยเป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3-7 และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-2 ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำบ่อย ทำเป็นบางครั้ง ทำนานๆครั้ง ไม่เคยทำเลย ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้งที่
ทำบ่อย	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง

ทำนานๆครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆครั้งหรือเกือบไม่ปฏิบัติเลย

ไม่เคยทำเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

		คำถามทางลบ	คำถามทางบวก	
ทำเป็นประจำ	เท่ากับ	1	5	คะแนน
ทำบ่อย	เท่ากับ	2	4	คะแนน
ทำเป็นบางครั้ง	เท่ากับ	3	3	คะแนน
ทำนานๆครั้ง	เท่ากับ	4	2	คะแนน
ไม่เคยทำเลย	เท่ากับ	5	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 7-35 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้ของ Fung (2009) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความร่วมมือในระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	27 – 35 คะแนน
ความร่วมมือในระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	17 – 26 คะแนน
ความร่วมมือในระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	7 – 16 คะแนน

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยา ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินผู้ป่วยของโรคความดันโลหิตสูงของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) ซึ่งดัดแปลงจาก กรรณิกา เรือนจันทร์ ที่พัฒนาตามแนวคิดของ Becker (1974) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ หลังตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน เหลือข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา และการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา เป็น .85, .82, .91, และ .93 ตามลำดับ ได้ปรับข้อคำถามและตัดข้อคำถามเดิม เหลือข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 3 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา จำนวน 4 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ

ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความไม่ตรงกับความนึกคิด ความเข้าใจหรือความเชื่อ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความไม่ตรงกับความนึกคิด ความเข้าใจหรือความเชื่อเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความตรงกับความนึกคิด ความเข้าใจหรือความเชื่อ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความตรงกับความนึกคิด ความเข้าใจหรือความเชื่อมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

เกณฑ์การแปลคะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้ของ ศศิธร อุดตะมะ (2549) โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวม แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

กำหนดเกณฑ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน

การรับรู้อยู่ในระดับมาก	มีคะแนนระหว่าง	16 – 20	คะแนน
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	10 – 15	คะแนน
การรับรู้อยู่ในระดับน้อย	มีคะแนนระหว่าง	5 – 9	คะแนน

กำหนดเกณฑ์การรับรู้ความรุนแรงของโรค

การรับรู้อยู่ในระดับมาก	มีคะแนนระหว่าง	10 – 12	คะแนน
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	6 – 9	คะแนน
การรับรู้อยู่ในระดับน้อย	มีคะแนนระหว่าง	3 – 5	คะแนน

กำหนดเกณฑ์การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา

การรับรู้อยู่ในระดับมาก	มีคะแนนระหว่าง	13 – 16	คะแนน
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	8 – 12	คะแนน
การรับรู้อยู่ในระดับน้อย	มีคะแนนระหว่าง	4 – 7	คะแนน

กำหนดเกณฑ์การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา		
การรับรู้อยู่ในระดับมาก	มีคะแนนระหว่าง	25 – 32 คะแนน
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	16 – 24 คะแนน
การรับรู้อยู่ในระดับน้อย	มีคะแนนระหว่าง	8 – 15 คะแนน

ชุดที่ 4 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire 9: PHQ-9) ของ มาโนช หล่อตระกูล และ คณะ (2008) มีข้อคำถาม 9 ข้อ หลังตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 ยังคงไว้ซึ่งข้อคำถามเดิมเป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย มีบางครั้ง ค่อนข้างบ่อย มีเกือบทุกวัน ซึ่งแต่ละข้อมีความหมาย ดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีอาการตรงกับข้อความนั้นเลย
มีบางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีอาการตรงกับข้อความเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	ท่านมีอาการตรงกับข้อความเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย
มีเกือบทุกวัน	หมายถึง	ท่านมีอาการตรงกับข้อความเกิดขึ้นเกือบทุกวัน

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย	เท่ากับ	0	คะแนน
มีบางครั้ง	เท่ากับ	1	คะแนน
ค่อนข้างบ่อย	เท่ากับ	2	คะแนน
มีเกือบทุกวัน	เท่ากับ	3	คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน

โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-27 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้ของ มาโนช หล่อตระกูล และ คณะ (2008) แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ไม่มีภาวะซึมเศร้า	มีคะแนนระหว่าง	0 – 4	คะแนน
มีอาการเล็กน้อย ไม่ถึงขั้นภาวะซึมเศร้า	มีคะแนนระหว่าง	5 – 8	คะแนน
ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	มีคะแนนระหว่าง	9 – 14	คะแนน
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	15 – 19	คะแนน
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	มีคะแนนระหว่าง	20 – 27	คะแนน

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของ สิริรัตน์ ติลาจรัสและพิศมัย ורתัย (2554) ที่ประยุกต์จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ Toljamo and Hentinen (2001) สร้างตามแนวคิดของ House (1981) โดยปรับข้อความให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีข้อความ 12 ข้อ หลังจากนั้นนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .71 ได้ปรับข้อความและตัดข้อความเดิม เหลือข้อความทั้งหมด 11 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	5	คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 11 - 55 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Toljamo and Hentinen (2001) ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	41 – 55 คะแนน
การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	26 – 40 คะแนน
การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	11 – 25 คะแนน

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา (Medication adherence self-efficacy scale: MASES) ของ Ogedegbe et al. (2003) ตามแนวคิดของ Bandura (1977) โดยแปลแบบประเมินเป็นภาษาไทย และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านภาษาเป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นจึงได้ปรับข้อความให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ้มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารี มีข้อความจำนวน 26 ข้อ หลังจากนั้นนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 ได้ตัดข้อความเดิม 1 ข้อ เหลือข้อความทั้งหมด 25 ข้อ โดยเป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด ใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ไม่นับใจอย่างยิ่ง นับใจบางครั้ง นับใจมากที่สุด ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

ไม่นับใจอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่นับใจกับข้อความนั้นมากที่สุด (1 คะแนน)
นับใจบางครั้ง	หมายถึง	ท่านนับใจกับข้อความนั้นเป็นบางครั้ง (2 คะแนน)
นับใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านนับใจกับข้อความนั้นมากที่สุด (3 คะแนน)

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่นับใจอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1 คะแนน
นับใจบางครั้ง	เท่ากับ	2 คะแนน
นับใจมากที่สุด	เท่ากับ	3 คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 25 - 75 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Ogedegbe et al. (2003) ดังนี้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	59 – 75 คะแนน
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	42 – 58 คะแนน
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	25 – 41 คะแนน

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังตารางที่ 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่

- 1.1 แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ 1 คน
- 1.2 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 คน
- 1.3 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 คน
- 1.4 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 คน

การพิจารณาความตรงตามเนื้อหา นำแบบสอบถามทั้ง 6 ชุดที่ผ่านการตรวจแบบสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) และภายหลังผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำแบบสอบถามมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้มีข้อความตรงกระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่ายและมีความสอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยยังมีความตรงตามเนื้อหาคงเดิม ดังตารางที่ 1

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด ของโรงพยาบาลตำรวจ แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ .70 (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ

ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด ของสถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 154 คน ได้ค่าความเที่ยงของแต่ละแบบสอบถาม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30, และ n = 154)

แบบสอบถาม	CVI	Reliability	
		n = 30	n = 154
1. ความร่วมมือในการรับประทานยา	0.83	0.70	0.71
2. การรับโอกาสเสี่ยง	1.00	0.85	0.80
3. การรับรู้ความรุนแรง	1.00	0.82	0.80
4. การรับรู้ประโยชน์	1.00	0.91	0.89
5. การรับรู้อุปสรรค	1.00	0.93	0.87
6. ภาวะซึมเศร้า	0.88	0.89	0.89
7. การสนับสนุนทางสังคม	0.91	0.71	0.70
8. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา	0.85	0.94	0.95

การเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือ ถึง ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย การขออนุมัติเก็บข้อมูล และการขอรับการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง

1.2 ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของแต่ละแห่งและหัวหน้าแผนกผู้ป่วย

นอกโรคหัวใจและหลอดเลือด สถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. ชั้นเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามวัน เวลาที่คลินิกเปิดบริการดังตารางที่ 2 จนได้จำนวนตัวอย่างครบ 154 คน โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

2.1 ศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่มารับการรักษาตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย ขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอการตรวจจากแพทย์ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย และรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการหรือการบำบัดที่ผู้ป่วยจะได้รับแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form)

2.3 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ละ 1 คน โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งในห้องหรือสถานที่ที่เตรียมไว้ ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้ อ่านหนังสือไม่ได้ มองตัวอักษรไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบให้กลุ่มตัวอย่างทีละข้อและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด ผู้วิจัยบันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือก โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

2.4 นำข้อมูลที่เก็บมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจำนวน 154 ชุดแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ตารางที่ 2 วันและเวลาของการตรวจคลินิกของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง

โรงพยาบาล	วันที่เปิดคลินิก	เวลา
สถาบันโรคทรวงอก	อังคาร และ ศุกร์	8.00-12.00 น.
โรงพยาบาลตำรวจ	พุธ	13.00-16.00 น.
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	ศุกร์	8.00-12.00 น.
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล	พุธ	8.00-12.00 น.

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจาก 1) คณะกรรมการการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก วันที่ 14 มิถุนายน 2555 2) คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจวันที่ 20 มิถุนายน 2555 3) คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล วันที่ 26 กรกฎาคม 2555 และ 4) คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า วันที่ 30 กรกฎาคม 2555 ตามลำดับ จึงเริ่มเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยเริ่มเก็บที่สถาบันโรคทรวงอกและโรงพยาบาลตำรวจก่อน เนื่องจากวันและเวลาของการตรวจไม่ตรงกัน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจนครบแล้วจึงเริ่มเก็บที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองทุกโรงพยาบาล เข้าแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุด โดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) ขณะตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยยุติให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทันที และผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งไปพบแพทย์ เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี การรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรู้แรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคมโดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรู้แรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และเปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎ, 2547)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
r เท่ากับ 1.00	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
r มากกว่า .70	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
r มีค่าระหว่าง .30-.70	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
r น้อยกว่า .30	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
r เท่ากับ 0	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

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

4. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรการรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจของสถาบันทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จำนวน 154 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 3

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 4

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเพศ อายุ การมาตรวจตามแพทย์นัด จำนวนการได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และภาวะโรคร่วม (n = 154)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	118	76.6
หญิง	36	23.4
อายุ (ปี)		
15-26	2	1.3
27-37	1	0.6
38-48	29	18.9
49-59	122	79.2
$\bar{X} = 52.77$ $SD = 6.51$		
การมาตรวจตามแพทย์นัด		
มาตรวจตามแพทย์นัดเป็นประจำทุกครั้งที่	144	93.5
มาตรวจตามแพทย์นัดเกือบทุกครั้งที่	10	6.5
มาตรวจตามแพทย์นัดเป็นบางครั้ง	0	0
ไม่เคยมาตรวจตามแพทย์นัดเลย	0	0
จำนวนการขยายหลอดเลือดโคโรนารี		
1 ครั้ง	122	79.2
2 ครั้ง	24	15.6
3 ครั้ง	8	5.2
ฐานนิยมเท่ากับ 1 ครั้ง		
ภาวะโรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	52	33.8
มีโรคร่วม	102	66.2

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนภาวะโรคร่วม (มีจำนวนคำตอบทั้งหมด = 102 คำตอบ)		
1 โรคร่วม	54	52.9
2 โรคร่วม	37	36.3
3 โรคร่วม	7	6.9
4 โรคร่วม	4	3.9
ฐานนิยามเท่ากับ 1 โรคร่วม		
โรคร่วมที่พบ ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ จำนวนคำตอบทั้งหมด = 165 คำตอบ)		
ไขมันในเลือดสูง	51	30.9
ความดันโลหิตสูง	50	30.3
เบาหวาน	36	21.8
ภาวะซึมเศร้า	5	3.0
โรคหลอดเลือดส่วนปลาย	3	1.8
โรคไต	1	0.6
ถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง	0	0
โรคอื่นๆ	19	11.6

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 76.6 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 49-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 79.2 ($\bar{X} = 52.77$ $SD = 6.51$) มาตรฐานตามแพทย์นัดเป็นประจำ ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 93.5 มาตรฐานตามแพทย์นัดเกือบทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6.5 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีจำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 79.2 รองลงมา คือ ได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีจำนวน 2 และ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 15.6 และ 5.2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมร้อยละ 66.2 ซึ่งโรคร่วมที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคไขมันในเลือดสูงคิดเป็นร้อยละ 30.9 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็น ร้อยละ 30.3 และ 21.8 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคร่วม ส่วนใหญ่จะมีจำนวนภาวะโรคร่วม 1 โรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมาคือ มีจำนวนภาวะโรคร่วม 2 และ 3 โรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 36.3 และ 6.9 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรับปรึกษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรับปรึกษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุดของ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรับปรึกษาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 154)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	Min	Max	การแปลผล
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	17.02	2.41	9.00	20.00	ระดับมาก
การรับรู้ความรุนแรง	10.26	1.54	6.00	12.00	ระดับมาก
การรับรู้ประโยชน์	13.87	1.93	8.00	16.00	ระดับมาก
การรับรู้อุปสรรค	15.41	4.10	8.00	25.00	ระดับน้อย
ภาวะซึมเศร้า	4.18	4.24	0.00	17.00	มีอาการเล็กน้อย ไม่ถึงขั้นภาวะ ซึมเศร้า
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	59.37	11.79	30.00	75.00	ระดับสูง
ภาวะโรคร่วม	1.07	0.99	0.00	4.00	มีอย่างน้อย 1 โรคร่วม
การสนับสนุนทางสังคม	43.52	4.62	34.00	55.00	ระดับสูง
ความร่วมมือในการ รับปรึกษา	31.50	4.04	22.00	35.00	ระดับสูง

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทำนาย ได้แก่

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน (คะแนนระหว่าง 5-20 คะแนน) กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.02 (SD = 2.41) ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับมาก
- 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (คะแนนระหว่าง 3-12 คะแนน) กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.26 (SD = 1.54) ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก
- 3) การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา (คะแนนระหว่าง 4-16 คะแนน) กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.87 (SD = 1.93) ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก
- 4) การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา (คะแนนระหว่าง 8-32 คะแนน) กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.41 (SD = 4.10) ซึ่งการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับน้อย
- 5) ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนนระหว่าง 0-27) กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 (SD = 4.24) ซึ่งมีอาการเล็กน้อย ไม่ถึงขั้นภาวะซึมเศร้า
- 6) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (คะแนนระหว่าง 25-75 คะแนน) กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 59.37 (SD = 11.79) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง
- 7) ภาวะโรคร่วม (คะแนนระหว่าง 0-4 คะแนน) กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.07 (SD = 0.99) ซึ่งมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรคร่วม
- 8) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับ (คะแนนระหว่าง 11-55) กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.52 (SD = 4.62) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง
- 9) ความร่วมมือในการรับประทานยา (คะแนนระหว่าง 7-35 คะแนน) กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.50 (SD = 4.04) ซึ่งความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับปรึกษาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหาขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับปรึกษาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหาขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรับปรึกษาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 154)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	การแปลผล
การรับรู้อุปสรรค	-.341**	.000	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	.319**	.000	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์	.306**	.000	ปานกลาง
ภาวะซึมเศร้า	-.266**	.001	ต่ำ
การรับรู้ความรุนแรง	.187*	.020	ต่ำ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.171*	.034	ต่ำ
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.153	.058	ไม่มีความสัมพันธ์
ภาวะโรคร่วม	.067	.408	ไม่มีความสัมพันธ์

*p < .05, **p < .01

จากตารางที่ 5 พบว่า การรับรู้ประโยชน์และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .306$ และ $.319$) และ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .187$ และ $.171$)

การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.341$) และ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.266$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงและภาวะ โรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีในทางสถิติ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับปรึกษาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับปรึกษาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis)

ตัวทำนาย	B	β	t	p-value	Tolerance	VIF
(Constant)	25.403		5.747	.000		
การรับรู้อุปสรรค	-.229	-.232	-2.567	.011	.668	1.497
การสนับสนุนทางสังคม	.112	.128	1.367	.174	.626	1.598
การรับรู้ประโยชน์	.554	.264	2.604	.010	.529	1.891
ภาวะซึมเศร้า	-.070	-.073	-.840	.402	.713	1.403
การรับรู้ความรุนแรง	.016	.006	.054	.957	.402	2.486
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.011	.046	.538	.592	.734	1.362
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	-.226	-.135	-1.141	.256	.390	2.561
ภาวะโรคร่วม	.095	0.23	.307	.759	.938	1.066

Overall F = 4.821 (p = .000), R = .458, R² = .210

จากตารางที่ 6 อธิบายการวิเคราะห์การทำนายความร่วมมือในการรับปรึกษาของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตัวแปรพหุ 8 ตัวแปร เป็นตัวทำนายระหว่างกัน ผลปรากฏว่า

1) Overall F มีค่า 4.821 (p = .000) หมายถึง ตัวแปรทั้ง 8 ตัวร่วมกันทำนายหรือมีความสามารถอธิบายความแปรปรวนของความร่วมมือในการรับปรึกษาของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

2) $R^2 = .210$ หมายถึง ประสิทธิภาพในการอธิบายความแปรปรวนของความร่วมมือในการรับประทานยา เท่ากับร้อยละ 21.0

3) พิจารณาค่า β พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยามีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด รองลงมา คือ การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา โดยที่สัมประสิทธิ์การทำนายมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีสัมประสิทธิ์การทำนายไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

4) เมื่อพิจารณาค่า Significance ของสถิติทดสอบ F ของแต่ละ Model (ดังภาคผนวก ง หน้า 166) ในตารางพบว่ามีค่าน้อยกว่า .05 ทุก Model ซึ่งหมายความว่า ตัวแปรทำนายแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างในรูปเชิงเส้น (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2550) จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 8 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างได้มีประสิทธิภาพ และจาก Model ที่ 8 พบว่า ตัวแปรทำนายที่มีน้ำหนักมากที่สุด คือ การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา ($\beta = .264$) รองลงมา คือ การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา ($\beta = -.232$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน ($\beta = -.135$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .128$) ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.073$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = .046$) ภาวะโรคร่วม ($\beta = .023$) และสุดท้าย คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta = .006$) โดยสัมประสิทธิ์การทำนายมีค่าบวก หมายถึง อัตราส่วนการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรนั้นๆ เพิ่มขึ้น จะมีผลทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ส่วนสัมประสิทธิ์การทำนายมีค่าลบ หมายถึง อัตราส่วนการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรนั้นๆ ลดลง จะมีผลทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น 1 หน่วย

ดังนั้นสามารถสร้างสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน ปรากฏ ดังนี้

$$\begin{aligned} \hat{Z}_{\text{ความร่วมมือในการรับประทานยา}} = & -.232 Z_{\text{การรับรู้อุปสรรค}} + .128 Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} + .264 Z_{\text{การรับรู้ประโยชน์}} \\ & -.073 Z_{\text{ภาวะซึมเศร้า}} + .006 Z_{\text{การรับรู้ความรุนแรง}} + .046 Z_{\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน}} \\ & -.135 Z_{\text{การรับรู้โอกาสเสี่ยง}} + .023 Z_{\text{ภาวะโรคร่วม}} \end{aligned}$$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับปรึกษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับปรึกษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

2. เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับปรึกษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด สถาบันทรวงอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน 2555 ถึง เดือนสิงหาคม 2555 ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) จำนวน 154 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความร่วมมือในการรับปรึกษา 3) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับปรึกษา ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับปรึกษา และด้านการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับปรึกษา 4) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ 6) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับปรึกษา แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ .83, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, .88, .91 และ .85 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไป

ทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค หลังปรับข้อคำถาม มีค่าเท่ากับ .70, .85, .82, .91, .93, .89, .71 และ .94 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หากค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

4. วิเคราะห์อำนาจในการทำนายปัจจัย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 76.6 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 49-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 79.2 ($\bar{X} = 52.77$ SD = 6.51) มาตรฐานตามแพทย์นัดเป็นประจำทุกครั้งที่ คิดเป็นร้อยละ 93.5 มาตรฐานตามแพทย์นัดเกือบทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6.5 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีจำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 79.2 รองลงมา คือ ได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีจำนวน 2 และ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 15.6 และ 5.2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมร้อยละ 66.2 ซึ่งโรคร่วมที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคไขมันในเลือดสูงคิดเป็นร้อยละ 30.9 รองลงมา

คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็น ร้อยละ 30.3 และ 21.8 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคร่วม ส่วนใหญ่จะมีจำนวนภาวะโรคร่วม 1 โรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมาคือ มีจำนวนภาวะโรคร่วม 2 และ 3 โรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 36.3 และ 6.9 ตามลำดับ

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 31.50$, $SD = 4.04$) มีคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง $\bar{X} = 17.02$, $SD = 2.42$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 20 คะแนน) การรับรู้ความรุนแรง $\bar{X} = 10.25$, $SD = 1.54$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 12 คะแนน) การรับรู้ประโยชน์ $\bar{X} = 13.87$, $SD = 1.93$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 16 คะแนน) การรับรู้อุปสรรค $\bar{X} = 15.41$, $SD = 4.10$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 32 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า $\bar{X} = 4.18$, $SD = 4.24$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 27 คะแนน) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน $\bar{X} = 59.37$, $SD = 11.79$ (คะแนนเต็ม 75 คะแนน) ภาวะโรคร่วม $\bar{X} = 1.07$, $SD = 0.99$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 4 คะแนน) การสนับสนุนทางสังคม $\bar{X} = 43.53$, $SD = 4.62$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 55 คะแนน)

3. การรับรู้ประโยชน์และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .306$ และ $.319$) และการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .187$ และ $.171$) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.341$) และ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.266$) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงและภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีในทางสถิติ

4. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม การรับรู้ความรุนแรง สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้ ร้อยละ 21.0 ($R^2 = .210$) ดังนั้นจึงสร้างสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \hat{Z}_{\text{ความร่วมมือในการรับประทานยา}} = & -0.232 Z_{\text{การรับรู้อุปสรรค*}} + 0.128 Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} + 0.264 Z_{\text{การรับรู้ประโยชน์*}} \\ & -0.073 Z_{\text{ภาวะซึมเศร้า}} + 0.006 Z_{\text{การรับรู้ความรุนแรง}} + 0.046 Z_{\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน}} \\ & -0.135 Z_{\text{การรับรู้โอกาสเสี่ยง}} + 0.023 Z_{\text{ภาวะโรคร่วม}} \end{aligned}$$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ตามสมมติฐานการวิจัยและประเด็นที่ค้นพบ ดังนี้

1. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีมีคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 88.3 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีแล้วจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะต้องรับประทานยาโรคหัวใจเป็นประจำสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 89.0 โดยการรับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 90.3 มีวิธีช่วยเหลือในการรับประทานยาโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 78.6 จัดเก็บยาไว้ในที่ที่สามารถช่วยเหลือไม่ให้ลืมรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 88.3 เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันหรือลาพักผ่อนก็ไม่เคยลืมรับประทานยาเลย คิดเป็นร้อยละ 77.9 และมาตรวจตามแพทย์นัดเป็นประจำทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 93.5 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Fung (2009) พบว่า การมาตรวจตามนัดมีผลทำให้ผู้ป่วยมีารับประทานอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดปัญหาของการขาดยาเนื่องจากขาดสติ สอดคล้องกับ แนวคิดของ Johnson (2002) ที่กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะรับประทานยาแล้วจะส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะรับประทานยาจนเป็นนิสัย กลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ง่ายต่อการจำ การเข้าถึง และสะดวกต่อการรับประทานยา และระดับของข้อมูล ความพร้อม และแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างมีความจำเป็นต่อการคงอยู่ของความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะต้องรับประทานยาโรคหัวใจเป็นประจำสม่ำเสมอ การรับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน และมาตรวจตามแพทย์นัดเป็นประจำ โดยกลุ่มตัวอย่างมีวิธีช่วยเหลือในการรับประทานยา เมื่อลืมรับประทานยาแล้วมีวิธีที่ทำให้รู้ว่าลืมรับประทานยา

2. การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา สอดคล้องกับ Becker (1974) ที่กล่าวว่า ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา หรือ การเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคร่วมกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ทำให้บุคคลตระหนักและมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเดิมๆ เพื่อลดความรุนแรงของโรค จากการศึกษาของ ฐิติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .207, p < .05$) เช่นเดียวกับ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับน้อยมีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.15 เท่า (95% CI = 1.13-4.08, $p < .01$) และ สุมาลี วัจนกร (2551) ศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ($R^2 = .16, p < .01$) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีอยู่ในระดับเหมาะสมมาก คิดเป็นร้อยละ 63 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ คิดเป็นร้อยละ 53.3 และอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 50.0 และรับรู้ว่าหากไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องอาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหัวใจวาย ซึ่งเป็นสาเหตุให้กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 46.8 ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการรับประทานยามีความจำเป็น มีประโยชน์ และเป็นการป้องกันภาวะสุขภาพในอนาคตแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในเวลาต่อมา

การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า การรับรู้

ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา สอดคล้องกับ Becker (1974) ที่กล่าวว่า บุคคลจะแสวงหาวิธีปฏิบัติที่ดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นเมื่อรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาว่ามีผลดีต่อสุขภาพ สามารถลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคได้ ก็จะเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา จากการศึกษาของ จูติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .195, p < .05$) และ Johnson (2002) ศึกษาพบว่า หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประเมินว่า สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และผู้ป่วยเกิดความเชื่อว่าการรับประทานยา มีประโยชน์ แม้จะไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงแล้วก็ตาม จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาตามมา นอกจากนี้ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการแนะนำการรับประทานยาลดความดันโลหิตสามารถป้องกันและรักษาความดันโลหิตสูงได้ สามารถลดภาวะคุกคามจากโรคได้ เช่น ลดอาการปวดศีรษะและทำยทอย เป็นต้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยพบความสัมพันธ์ของภาวะการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 3.25 เท่า และ สุมาลี วัจนกร (2551) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ($p < .01$) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 66.2 มีการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับเหมาะสมมาก โดยกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีแล้ว การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวัน ป้องกันการตีบของหลอดเลือดโคโรนารีซ้ำได้ คิดเป็นร้อยละ 54.5 การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวันจะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 49.4 และทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ คิดเป็นร้อยละ 55.8 ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้และมีความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานยาที่ตนเองต้องรับประทานว่าจะสามารถลดภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรงอาการ การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำ จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา

สอดคล้องกับ Bandura (1977) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนในการจัดการและดำเนินการ ของพฤติกรรมเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย โดยบุคคลที่เชื่อว่าตนมีสมรรถนะสูง จะมีความมั่นใจในความสามารถทางร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงก็จะยังมีความพยายามสูง จากการศึกษาของ ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านการรับประทานยาตามแพทย์สั่งในระดับดี โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .63, p < .001$) เช่นเดียวกับ Khuwatsamrit et al. (2006) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .52, p < .001$) และในการศึกษากครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 64.3 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจว่าสามารถรับประทานยาโรคหัวใจได้เมื่ออยู่บ้านแล้วมีงานยุ่ง คิดเป็นร้อยละ 72.7 เมื่ออยู่ที่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 71.4 เมื่อไม่มีใครเตือน คิดเป็นร้อยละ 67.5 เมื่ออยู่กับสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 72.7 ถึงแม้จะรู้สึกอาการดีขึ้นแล้ว คิดเป็นร้อยละ 69.5 มีความมั่นใจว่าสามารถไปรับยาเพิ่มก่อนยาจะหมด คิดเป็นร้อยละ 64.3 ไปรับยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอไม่ว่ายานั้นจะราคาเท่าไร คิดเป็นร้อยละ 74.7 มั่นใจว่าสามารถทำให้การรับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งในกิจวัตรประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 77.3 มั่นใจว่าสามารถจำได้เสมอว่าจะต้องรับประทานยาโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 84.4 และมั่นใจว่าสามารถรับประทานยาโรคหัวใจตลอดชีวิตได้ คิดเป็นร้อยละ 75.3 ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าตนมีสมรรถนะสูง จะมีความมั่นใจในความสามารถในการแสดงความร่วมมือในการรับประทานยาได้

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา สอดคล้องกับ House (1981) ที่กล่าวว่า การได้รับหรือการให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ระหว่างบุคคล จนก่อให้เกิดความผูกพัน การดูแล เอาใจใส่ ความไว้วางใจ จะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร เป็นต้น จากการศึกษาของ ฐิติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่อของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เช่น จากการศึกษาของพ่อแม่ ญาติพี่น้อง และบุคคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด เช่นเดียวกับ สุภาพร แนวนบุตร (2548) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือใน

การรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .235, p < .01$) และ Khuwatsamrit et al. (2006) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอ การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = .24, p < .001$) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 76.6 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน เป็นผู้ดูแลเมื่อจำเป็นได้ คิดเป็นร้อยละ 91.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างรู้สึกเบื่อ ผิดหวัง หรือซึมเศร้า สามารถพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนได้ คิดเป็นร้อยละ 83.1 เมื่อต้องการความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนจะเป็นผู้แนะนำ คิดเป็นร้อยละ 89.7 ได้รับข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาลเมื่อต้องการ คิดเป็นร้อยละ 94.8 เมื่อต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคหัวใจกลุ่มตัวอย่างจะได้รับความช่วยเหลือจากผู้ป่วยอื่นที่เป็นโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 48.7 และมีคนใกล้ชิดที่สนิทด้วยเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 88.3 ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา จากบุคคลใกล้ชิด เพื่อน หรือแพทย์และพยาบาล จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยบรรเทาความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้

3. การรับรู้อุปสรรคและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยา สอดคล้องกับ Becker (1974) ที่กล่าวว่า การรับรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าต่อสุขภาพอนามัยของบุคคลในด้านลบที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (เช่น มีความยากลำบาก ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก งบประมาณต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน) ก็จะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของ จิตติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษ์ ธีเอกิจ (2554) พบว่า การรับรู้อุปสรรคการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.238, p < .05$) เช่นเดียวกับ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรค

ของการรับประทานยาในระดับมาก มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 6.16 เท่า และ สุมาลี วัจนกร (2551) ศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ($p < .01$) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.0 และ 59.0 มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นแผนการดำเนินชีวิตไม่ได้เป็นอุปสรรคหรือขัดขวางต่อการรับประทานยาโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 85.7 ผลข้างเคียงของยาไม่เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 81.8 การจดจำการรับประทานยาไม่เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 89.0 และภาระงานประจำวันไม่เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 88.3 ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคหรือข้อเสียของการรับประทานยาในระดับน้อย จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาได้

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยา สอดคล้องกับ Beck (1967) ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อสถานการณ์ที่มีความเครียดและคุกคามต่อบุคคลนั้น โดยมีการแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และการรับรู้ จากการศึกษาของ Rieckmann et al. (2006) พบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลกับความร่วมมือในการรับประทานยา Aspirin เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านมีความสัมพันธ์ทางลบต่อความร่วมมือในการรับประทานยา คือ ภาวะซึมเศร้าสูง การไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาที่จะสูง ($\chi^2 = 7.4, p = .03$) และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 3.7 เท่า (95% CI = 1.3-10.6, $p = .03$) โดยเฉพาะในช่วง 2 อาทิตย์แรกเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เช่นเดียวกับ Gehi et al. (2005) ศึกษาพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับบ้านมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 22 โดยผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามคำแนะนำร้อยละ 14 ลืมรับประทานยาร้อยละ 18 และร้อยละ 9 รับประทานยาไม่ถูกต้อง ซึ่งพบว่ามีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.2 เท่า มีอัตราเสี่ยงที่จะลืมรับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.4 เท่า และมีอัตราเสี่ยงที่จะรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาเป็น 2.2 เท่า และในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 71.4 ไม่มีภาวะซึมเศร้า อีกร้อยละ 14.9 มีอาการเล็กน้อยไม่ถึงขั้นภาวะซึมเศร้า และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.4 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

โดยกลุ่มตัวอย่างยังมีความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆตามปกติร้อยละ 56.5 ไม่รู้สึกท้อแท้หรือ ซึมเศร้าหรือสิ้นหวังร้อยละ 72.1 ไม่มีปัญหาในการรวบรวมสมาชิกที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ร้อยละ 72.1 และไม่คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตนเองตายไปได้เสียก็ดีร้อยละ 89.0 ดังนั้น เมื่อกลุ่ม ตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้าที่จะส่งผลต่อการแสดงออกในรูปแบบของความเมื่อยเบนทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านความคิด และความคิดต่อตนเองในทางลบแล้ว กลุ่มตัวอย่างจะมีความใส่ใจในการ ดูแลตนเอง มีแรงบันดาลใจในความร่วมมือในการรับประทุษณยาได้มากขึ้น

4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทุษณยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทุษณยาของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีทางสถิติ ไม่เป็นไปตาม สมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความร่วมมือ ในการรับประทุษณยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด หลอดเลือดหัวใจตีบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .317, p < .01$) และ ฐิติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทุษณยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทุษณ ยาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .220, p < .05$) ในการศึกษา ครั้งนี้ ถึงแม้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 70.1 มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับ เป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือด โคโรนารีสูง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทุษณยาทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก ปัจจุบันการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (PCI) เป็นวิธีที่ ค่อนข้างง่ายกว่าการผ่าตัด มีความสำเร็จสูง โอกาสเสี่ยงน้อย ราคาไม่แพง ไม่ต้องดมยาสลบ ไม่ต้อง ผ่าเปิดทรวงอก ไม่เจ็บตัว ไม่ต้องใช้การหมุนเวียนของเลือดนอกร่างกาย และระยะเวลาอน โรงพยาบาลสั้น ในสถานการณ์ฉุกเฉินก็สามารถทำได้รวดเร็วกว่าการผ่าตัดมาก (Fernandez et al., 2007; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2543) ทำให้สามารถช่วยชีวิตและลดการเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจ จากการขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค สามารถกลับไปดำเนินกิจวัตร ประจำวันตามปกติได้เร็วขึ้น และมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 46.1 ที่รับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเมื่อขาดการรับประทุษณยาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ

54.5 ระบุว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีแล้วมีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบของหลอดเลือดหัวใจซ้ำเมื่อหยุดรับประทานยาโรคหัวใจหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และร้อยละ 61.8 ของกลุ่มตัวอย่าง ระบุว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้โดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

ภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีทางสถิติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า ภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Simpson (2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีจำนวนภาวะโรคร่วมมาก จะส่งผลต่อจำนวนชนิดยาที่ต้องรับประทานมีเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีจำนวนยาที่ต้องรับประทานมาก มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและอันตรกิริยาระหว่างยาที่ต้องรับประทาน มีโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ ถึงแม้ว่าภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา แต่กลุ่มตัวอย่างยังคงมีความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างมีการระบุว่าต้องรับประทานยาโรคหัวใจเป็นประจำสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 89.0 มีความมั่นใจว่าสามารถรับประทานยาโรคหัวใจได้ถึงแม้ว่ามียาอื่น ๆ ต้องรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 76.6 และมั่นใจว่าสามารถรับประทานยาโรคหัวใจได้เมื่อต้องรับประทานยาเหล่านั้นมากกว่า 1 ครั้งต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 83.8 ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของ Johnson (2002) ที่กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะรับประทานยาบนพื้นฐานของการรับรู้ความจำเป็นและผลประโยชน์ของการรับประทานยาแล้ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะรับประทานยาจนทำให้การรับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน

5. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้

ผลการศึกษานี้ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม และการรับรู้ความรุนแรง สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้ร้อยละ 21.0 ($R^2 = .210$) เป็นไปตาม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 เมื่อพิจารณาน้ำหนักในการทำนายพบว่า ตัวแปรทำนายที่มีน้ำหนักมากที่สุด คือ การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา รองลงมา คือ การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม และ สุขท้าย คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค

จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้ร้อยละ 11.6 ($R^2 = .116$) โดยอธิบายความแปรปรวนของความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 11.6 ($R^2 \text{ change} = .116$) อธิบายได้ว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาที่มาก จะทำให้อุบัติการณ์พฤติกรรมทางลบในความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับ Johnson (2002) ที่กล่าวว่า ถ้าผู้ป่วยประเมินการรับประทานยาว่าปลอดภัยมากกว่าที่จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และถ้าผู้ป่วยรู้ว่าผลกระทบของการรับประทานยาไม่รุนแรงหรือเป็นอุปสรรคแล้ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา เช่นเดียวกับ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับมาก โดยการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับมาก มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 6.16 เท่า (95% CI = 1.73-21.87, $p < .01$) และ สุมาลี วัจนากร (2551) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ($p < .01$)

การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.0 ($R^2 = .160$) โดยอธิบายความแปรปรวนของความร่วมมือในการรับประทานยาได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 4.4 ($R^2 \text{ change} = .044$) อธิบายได้ว่า การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น จะทำให้อุบัติการณ์ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภาพร แนวนบุตร (2548) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 19.7 และ Pinto (2010) ที่ศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสที่คอยเตือนเกี่ยวกับการรับประทานยาและการไปตรวจตามนัด สมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดที่ให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายการพาไปตรวจตามนัด หรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่ให้ข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสปรึกษาและสอบถามเกี่ยวกับอาการและการ

รับประทานยาเมื่อผู้ป่วยต้องการ เป็นต้น จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยบรรเทาความวิตกกังวล ความตึงเครียด และให้ความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต หรือการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.0 ($R^2 = .190$) โดยอธิบายความแปรปรวนของความร่วมมือในการรับประทานยาได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 3.0 ($R^2 \text{ change} = .030$) อธิบายได้ว่า การที่บุคคลได้รับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น จะทำให้บุคคลมีความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการแนะนำการรับประทานยาลดความดันโลหิตสามารถป้องกันและรักษาความดันโลหิตสูงได้ สามารถลดภาวะคุกคามจากโรคได้ เช่น ลดอาการปวดศีรษะและทำให้อ่อนเพลีย เป็นต้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยพบความสัมพันธ์ของภาวะการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 3.25 เท่า (95% CI = 1.78-5.92, $p < .001$) และ สุมาลี วัจนกร (2551) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ($p < .01$)

ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.9 ($R^2 = .199$) โดยอธิบายความแปรปรวนของความร่วมมือในการรับประทานยาได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 0.9 ($R^2 \text{ change} = .009$) อธิบายได้ว่า ถ้าบุคคลมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น จะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมทางลบในความร่วมมือในการรับประทานยา เช่นเดียวกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ สมโน (2551) ที่พบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 38.64 และผู้ป่วยกลุ่มนี้จะให้ความร่วมมือในการรักษา ด้านการมาตรวจตามนัด ด้านการงดสูบบุหรี่ ด้านการรับประทานยา และด้านการสังเกตอาการผิดปกติ น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย และ Gehl et al. (2005) ที่ศึกษาพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับบ้าน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.2 เท่า (95% CI = 1.2-3.9, $p = .009$) มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.4 เท่า (95% CI = 1.6-3.8, $p < .001$) และมีอัตราเสี่ยงที่จะรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาเป็น 2.2 เท่า (95% CI = 1.2-4.2, $p = .01$) และเช่นเดียวกับการศึกษาของ Rieckmann

et al. (2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 3.7 เท่า (95% CI = 1.3-10.6, $p = .03$)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.9 ($R^2 = .199$) โดยอธิบายความแปรปรวนของความร่วมมือในการรับประทานยามีก่าเท่าเดิม อธิบายได้ว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลมีความร่วมมือในการรับประทานยา เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในระดับต่ำมีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.15 เท่า (95% CI = 1.13-4.08, $p < .01$) และ สุมาลี วังชนากร (2551) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ($p < .01$)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.2 ($R^2 = .202$) โดยอธิบายความแปรปรวนของความร่วมมือในการรับประทานยาได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 0.3 ($R^2 \text{ change} = .003$) อธิบายได้ว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น จะทำให้บุคคลมีความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่าเสมอของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .63$, $p < .001$) และ Khuwatsamrit et al. (2006) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่าเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .52$, $p < .001$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.0 ($R^2 = .210$) โดยอธิบายความแปรปรวนของความร่วมมือในการรับประทานยาได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 0.8 ($R^2 \text{ change} = .008$) อธิบายได้ว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคมามากขึ้น จะทำให้บุคคลมีความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .317$, $p < .01$) และ จิตติกานต์ กาลเทศ และ นรลัทภณธ์ เอื้อกิจ (2554) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาส

เสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .220, p < .05$)

ภาวะโรคร่วมสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้ร้อยละ 21.0 ($R^2 = .210$) โดยอธิบายความแปรปรวนของความร่วมมือในการรับประทานยาได้มีค่าคงเดิม อธิบายได้ว่า ถ้าบุคคลมีโรคร่วมเพิ่มขึ้น จะทำให้บุคคลนั้นเกิดพฤติกรรมทางลบในความร่วมมือในการรับประทานยา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Fernandez et al. (2007) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค มีโอกาสเสี่ยงที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา และ Simpson (2006) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีจำนวนภาวะโรคร่วมมาก จะส่งผลต่อจำนวนชนิดยาที่ต้องรับประทานมีเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีจำนวนยาที่ต้องรับประทานมาก มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และอันตรกิริยาระหว่างยาที่ต้องรับประทาน มีโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดรับประทานยาเองหรือลืมรับประทานยาได้ เป็นต้น

สรุปได้ว่าในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม และการรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้ร้อยละ 21.0 ($R^2 = .210$) โดยมีการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาและการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.232, t = -2.567, p = .011$ และ $\beta = .264, t = 2.604, p = .010$ ตามลำดับ) ปัจจัยตัวอื่นๆ ที่ไม่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ลักษณะข้อมูลที่มีความเป็นเอกพันธ์ กล่าวคือ อยู่ในระดับเดียวกัน เช่น สูงเหมาะสม เป็นต้น ทำให้มีความแปรปรวนร่วมกันน้อย จึงส่งผลต่อการวิเคราะห์ดังกล่าวได้ หรือแม้แต่ว่าตัวแปรตามเองก็อยู่ในลักษณะที่เป็นระดับสูง และมีค่าความแปรปรวนน้อยเช่นกัน ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 78.6 อาจมีผลของปัจจัยอื่น ที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาเป็นตัวแปรทำนาย อาจเป็นปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อการรับรู้ การตัดสินใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีต่อความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น บุคลิกภาพ ความพร้อมหรือแรงกระตุ้นที่จำเป็นต่อการคงอยู่ของความร่วมมือในการรับประทานยา และ ปัจจัยภายนอกที่อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการ

รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอในระยะยาวได้ เช่น ระดับของข้อมูล สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ตามแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาของ Johnson (2002) เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยให้แหล่งสนับสนุนทางด้านสังคมของผู้ป่วยแต่ละรายเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย อาจมีการโทรศัพท์เยี่ยม ติดตาม เพื่อให้คำแนะนำหรือให้คำปรึกษา และประเมินปัญหาหรืออุปสรรคของผู้ป่วยเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยแต่ละราย

2. พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา อาจจัดทำสื่อหรือเอกสารคำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลยา ตารางการรับประทานยา เพื่อเพิ่มความมั่นใจในตนเอง และ ลดอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ภาวะโรคร่วมและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของความร่วมมือในการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา แต่ยังคงสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ ซึ่งอาจมีผลทางอ้อมต่อปัจจัยอื่น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม ดังนี้

1.1 ปัจจัยภายในที่อาจส่งผลต่อการรับรู้ การตัดสินใจ ของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีต่อความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น บุคลิกภาพ ความพร้อมหรือแรงกระตุ้นที่จำเป็นต่อการคงอยู่ของความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นต้น

1.2 ปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ เช่น การให้ความรู้เรื่องสุขภาพและความรู้เรื่องโรคหัวใจจากบุคลากรทางการแพทย์ และ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากความร่วมมือในการรับประทานยาเกิดจากความเห็นชอบร่วมกันและมีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารีอย่างต่อเนื่อง ในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทางการแพทย์
3. เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ต้องรับประทานยาตลอดชีวิต จึงควรมีการศึกษาถึงความร่วมมือในการรับประทานยาว่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกพร หมู่พฤษ์. 2551. บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 26(1) : 33-45.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2550. สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมสาร.
- จันทร์เพ็ญ สมโน. 2551. ความร่วมมือในการรักษาและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารุวี กาญจนศิริธำรง. 2545. การประเมินปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่ง การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมใน โรงพยาบาลสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิตติมา ภูริทัตกุล. 2547. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตติกันต์ กาลเทศ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. 2554. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 22(2) : 1-14.
- ฉีก กิโยทัย. 2547. รายงานผลการศึกษาระดับสมบูรณั โครงการการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับ Psychosocial factors กับ โรคหัวใจและหลอดเลือด. มุลินธิสารณสุขแห่งชาติ (มสช.).
- ทิศตยา เต้ไพบูลย์. 2546. การศึกษาความรู้และการดูแลตนเองเกี่ยวกับยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2547. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปิยนุช เสาวภาคย์. 2549. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- พรนภา เสงเจริญสุวรรณ. 2552. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล และ คณะ. 2008. แบบคัดกรอง PHQ-9 (Thai version). [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://ramamental.com/phq9/> [1 มีนาคม 2555].
- มลฤดี บุราณ. 2548. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ระพีณ ผลสุข และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. 2550. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 19(1) : 108-120.
- วรรณพร เจริญโชคทวี. 2550. สาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์. 2538. การรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิธร อุตตะมะ. 2549. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี. 2553. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: จุฑทอง.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวเวชปฏิบัติสำหรับหัตถการโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention, PCI). [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: www.thaiheart.org/images/column_1291454908/PCIGuideline.pdf [18 ตุลาคม 2554].

- สิริรัตน์ ธีลาจารย์ และ พิศสมัย อรทัย. 2554. ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้หญิงไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 25(3) : 1-17.
- สุภาพร แนวบุตร. 2548. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุมาลี วัจนากร, ชุติมา ผาดิคำรงค์กุล, และ ปราณี คำจันทร์. 2551. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. สงขลานครินทร์เวชสาร 26(6) : 539-547.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข และ คณะ. 2551. แนวทางและระบบการดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. สำนักงานพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2552. จำนวนการตายด้วยสาเหตุสำคัญต่อประชากร 100,000 คน. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://bps.ops.moph.go.th> [12 มีนาคม 2554]
- เสาวนีย์ เนาวพานิช. 2552. คู่มือปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- อภิชาติ สุนทรธรรม. 2543. Coronary Artery Disease. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: โอเดียนดีดีกรุ๊ป.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. 2554. การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี (ประเทศไทย).

ภาษาอังกฤษ

- Balzi, D. et al. 2006. Effect of comorbidity on coronary reperfusion strategy and long-term mortality after acute myocardial infarction. American Heart Journal 151(5) : 1094-1100.
- Bandura, A. 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 84(2) : 131-215.
- Bane, C. et al. 2006. The impact of depressive symptoms and psychosocial factors on medication adherence in cardiovascular disease. Patient Education and Counseling 60 : 187-193.
- Baroletti, S., and Dell'Orfano, H. 2010. Medication Adherence in Cardiovascular Disease. Circulation 121: 1455-1458.

- Bax, J. et al. 2008. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology. European Heart Journal 29 : 2909-2945.
- Beck, A. T. 1967. Depression: Clinical experimental and theoretical aspects. New York: Hoeber Medical Division.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., and Emery, G. 1979. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Becker, M. H. 1974. The health belief model and personal health behavior. New Jersey: Charles B. Slack.
- Bimala Panthee. 2011. Review: Anxiety and quality of life in patients with myocardial infarction. Nurse Media Journal of Nursing 1(1) : 105-115.
- Brunton, S. A. 2011. Improving medication adherence in chronic disease management. The Journal of Family Practice 60(4) : 1-8.
- Cameron, I. M. 2008. Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. British Journal of General Practice 58(546) : 32-36.
- Chia, Y. C. 2008. Understanding patient management: The need for medication adherence and persistence. Malaysian Family Physician 3(1) : 2-6.
- Cobb, S. 1976. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine 38: 300-314.
- Cobb, S. L., Brown, D. J., and Davis, L. L. 2006. Effective interventions for lifestyle change after myocardial infarction or coronary artery revascularization. Journal of the American academy of nurse practitioners 18 : 31-39.
- Cohen, S. M. 2009. Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. Nursing Forum 44(1) : 25-36.
- Fernandez, R., Davidson, P., Griffiths, R. Juergens, C., and Salamonson, Y. 2007. What do we know about the long term medication adherence in patients following percutaneous coronary intervention?. Australian Journal of Advance Nursing 25(2) : 53-61.
- Fung, S. C. 2009. Factors associated with medication adherence of patients with congestive heart failure. The doctoral dissertation of Rush University.

- Gehi, A., Haas, D., Pipkin, S., and Whooley, M. A. 2005. Depression and Medication Adherence in outpatients with coronary heart disease. ARCH INTERN MED 165 : 2508-2513.
- Gohlke, H. et al. 2009. Cardiovascular prevention in clinical practice (ESC German Guidelines 2007). Herz 34 : 4-14.
- Hasnain, M. et al. 2011. Depression screening in patients with coronary heart disease: a critical evaluation of the AHA guidelines. Journal of Psychosomatic Research. 71 : 6-12.
- Hlatky, M. A. 2004. Comorbidity and outcome in patients with coronary artery disease. Journal of the American College of Cardiology 43 : 583-584.
- Ho, P. M., Bryson, C. L., and Rumsfeld, J. S. 2009. Medication Adherence: Its Importance in Cardiovascular Outcomes. Circulation 119 (23) : 3028-3035.
- House, J. S. 1981. Work stress and social support. California: Addison-Wesley Publishing.
- Jackevicius, C. A., Li, P., and Tu, J. V. 2008. Prevalence, predictors, and outcomes of primary nonadherence after Acute Myocardial Infarction. Circulation 117 : 1028-1036.
- Janz, N. K., and Becker, M. H. 1984. The Health Belief Model: A decade later. Health Education Quarterly 11(1) : 1-47.
- Joanna, H. 2009. Introduction to health behavior theory. Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Johnson, M. J. 2002. The medication adherence model: A guide for assessing medication-taking. Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal 6 : 179-192.
- Khuwatsamrit, K., Hanucharurnkul, S., Chyun, D. A., and Panpakdee, O. 2006. Social support, self-efficacy, and adherence to self-care requirements in patients with coronary artery disease. Thai J Nurs Res 10(3) : 155-164.
- Krousel-Wood, M. et al. 2009. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in hypertensive seniors. Am J Manag Care. 15(1) : 59-66.
- Kushner, F. G. et al. 2009. 2009 Focused Updates: ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2004 Guideline and 2007 Focused Update) and ACC/AHA/SCAI Guidelines on Percutaneous Coronary Intervention (Updating the 2005 Guideline and 2007 Focused Update) : A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 120 : 2271-2306.

- Lavsa, S. M. et al. 2011. Selection of a validated scale for measuring medication adherence. Journal Am Pharm Assoc. 51(1) : 90-94.
- Meischke, H. et al. 2000. Factors that influence personal perceptions of the risk of an acute myocardial infarction. Behavioral Medicine 26(1) : 4-13.
- Manote, L. and Pramote, S. 1999. Development of the Thai Depression Inventory. J Med Assoc Thai 82(12) : 1200-1207.
- Mutsch, K. S. and Herbert, M. 2010. Medication discharge planning prior to hospital discharge. The Quality Management Journal 17(4) : 25-35.
- Ogedegbe, G., Mancuso, C. A., Allegrante, J. P., and Charlson, M. E. 2003. Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. Journal of Clinical Epidemiology 56 : 520-529.
- Osterberg, L., and Blaschke, T. 2005. Adherence to Medication. The New England journal of Medicine 353 (5) : 487-497.
- Overbaugh, K. J. 2009. Acute coronary syndrome. AJN 109(5) : 42-52.
- Pearson, G. J., Thompson, A. E., and Semchuk, W. 2007. 2007 guidelines for the management of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease by pharmacists. Canadian Pharmacists Journal 140(6) : 383-388.
- Pinto, S. 2010. Patient adherence to medication treatment: the effect of social support. Evidence-based care sheet. Published by Cinahl information systems.
- Radloff, L. S. 1977. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Appl Psych Meas 1 : 385-401.
- Rieckmann, N. et al. 2006. Course of depressive symptoms and medication adherence after acute coronary syndromes. Journal of the American College of Cardiology 48(11) : 2218-2222.
- Robert, W.Y. et al. 2010. Population trends in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction. The New England journal of Medicine 362(23) : 2155-2165.
- Rosenstock, I. M. 1974. The health belief model and preventive behavior. Health Education Monographs 2(4) : 354-386.
- Simpson, R. J. 2006. Challenges for Improving Medication Adherence. JAMA [online] Available from: www.jama.com [2012, Aug 22].

- Singh, M. et al. 2008. Comorbid conditions and outcomes after percutaneous coronary intervention. Heart 94(11) : 1424-1428.
- Strecher, V. J., DeVellis, B. M., Becker, M. H., and Rosenstock, I. M. 1986. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. Health Education Quarterly 13(1) : 73-91.
- Thorndike, R.M. 1978. Correlation procedures for research. New York.
- Toljamo, M. and Hentinen, M. 2001. Adherence to self-care and social support. Journal of Clinical Nursing 10 : 618-627.
- Victor, R. V. et al. 2011. Review of major measuring instruments in comorbid depression and coronary heart disease. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry 35(4) : 905-912.
- Wright, et al. 2011. 2011 ACCF/AHA Focused Update of the Guidelines for the management of patients with unstable angina/Non ST-Elevation MI (Updating the 2007 guideline): A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, Society of Thoracic Surgeons. JACC 57(19) : 1920-1959.
- World Health Organization. 2008. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. [online] Available at:www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/index.html
- Wu, et al. 2008 Testing the Psychometric properties of the Medication Adherence Scale in patients with Heart Failure. Heart Lung 37(5) : 334-343.
- Zellweger, M. J., Osterwalder, R. H., Wolf, L., and Pfisterer, M. E. 2004. Coronary artery disease and depression. European Heart Journal 25 : 3-9.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ – นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. รองศาสตราจารย์ นพ.สุวัจชัย พรรคินรังสี	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
2. อาจารย์ ดร.สิริรัตน์ ติลาจรัส	อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ ดร.โยทะกา ภคพงศ์	อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. นายวินิตย์ หลงละเลิง	ผู้จัดการทางการแพทย์ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
5. นางสาวชญญา อุทิศศิริพานิช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ โรงพยาบาล อุตรดิตถ์

ภาคผนวก ข
จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายของความร่วมมือนในการ
ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย



ที่ ศธ 0512.11/๐7๐3

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๗ พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุวัจน์ชัย พรรัตน์รังสี

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

เนื่องด้วย นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล โทร. 089 - 4914601



ที่ ศธ 0512.11/0703

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

| พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษานิสิต

อาจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล โทร. 089 - 4914601



ที่ ศธ 0512.11/0703

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

/ พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

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

เนื่องด้วย นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. โยทะกา ภาคพงศ์ อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร. โยทะกา ภาคพงศ์
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล โทร. 089 – 4914601



ที่ ศธ 0512.11/0703

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

↑ พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

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

เนื่องด้วย นางสาวอสิริกร สุศรีสกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายวินิตย์ หลงละเลิง ผู้จัดการทางการแพทย์ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นายวินิตย์ หลงละเลิง
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
นางสาวอสิริกร สุศรีสกุล โทร. 089 - 4914601



ที่ ศร 0512.11/๐๗๒๓

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

1 พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

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

เนื่องด้วย นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวชญญา อุทศสิริพานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นางสาวชญญา อุทศสิริพานิช
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล โทร. 089 - 4914601



ที่ ศธ 0512.11/ 0806

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒/ พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวม
ข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอโครงการวิจัย 8 ชุด
 2. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 8 ชุด
 3. ใบแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 8 ชุด
 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 8 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่านและใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 15 -59 ปี ที่มารับติดตาม ตรวจ และรับการรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 23 คน ประเมินโดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยา แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ที่ ศธ 0512.11/0804



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ ผ่านประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ประวัติผู้วิจัย
 2. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 1 ชุด
 3. ใบแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 1 ชุด
 4. เครื่องมือในการวิจัย 1 ชุด
 5. โครงร่างการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่านและใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 15 -59 ปี ที่มารับติดตาม ตรวจ และรับการรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 53 คน ประเมินโดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยา แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล โทร. 089 - 4914601



ที่ ศธ 0512.11/๐๕๐๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณา โครงการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. เอกสารใบรับรองการสอบผ่านหัวข้อวิจัย
 2. แบบรายงานการส่งโครงร่าง 17 ชุด
 3. โครงการวิจัย 3 บท 17 ชุด
 4. แบบประวัติผู้วิจัย 17 ชุด
 5. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 17 ชุด
 6. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 17 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่านและใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 15 -59 ปี ที่มารับติดตาม ตรวจ และรับการรักษา ในแผนผู้ป่วยนอก จำนวน 23 คน ประเมินโดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยา แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>ฝ่ายวิชาการ</u>	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
<u>ชื่อนิสิต</u>	นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล โทร. 089 - 4914601

ที่ ศธ 0512.11/๐๘๐๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๗ พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวม
ข้อมูลการวิจัย

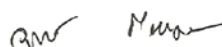
เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบลงทะเบียนขอรับบริการ 1 ชุด
 2. แบบรายงานการส่งโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก 1 ชุด
 3. คู่มือการตรวจสอบความครบถ้วนของโครงการวิจัย 1 ชุด
 4. ปกพยาบาล 1 ชุด
 5. สารบัญ 1 ชุด
 6. แบบเสนอโครงการวิจัยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย 1 ชุด
 7. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 1 ชุด
 8. ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลการวิจัย 1 ชุด
 9. ประวัติผู้วิจัย
 10. ตัวอย่างตารางการบริหารงานวิจัยและตารางเวลาในการศึกษา 1 ชุด
 11. ใบขอส่งเอกสารโครงการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงการวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงการวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่านและใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 15 -59 ปี ที่มารับติดตาม ตรวจ และรับการรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 23 คน ประเมินโดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยา แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล โทร. 089 - 4914601

ภาคผนวก ค
เอกสารการพิจารณาจริยธรรม
เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
และ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



เลขที่ 091/2555

คณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก
กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย : “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” (PREDICTING FACTORS OF
MEDICATION ADHERENCE AMONG MYOCARDIAL INFARCTION
PATIENTS AFTER UNDERWENT PERCUTANEOUS CORONARY
INTERVENTION)

ผู้ดำเนินการวิจัย : นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำการวิจัย : สถาบันโรคทรวงอก

เอกสารที่ได้รับการพิจารณามีดังนี้

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ใบแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถาม

คณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

.....
(นายแพทย์ชูศักดิ์ เกษมศานต์)

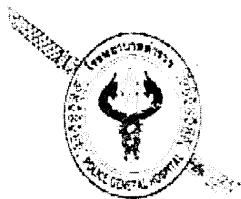
ประธานกรรมการ

.....
(นายแพทย์เจลิยว พูลศิริปัญญา)

เลขานุการกรรมการ

รับรองวันที่ : 14 ส.ย. 2555

วันหมดอายุ : 14 ส.ย. 2556



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง ๕๔/๒๕๕๕....

โรงพยาบาลตำรวจ

สำนักงานแพทยศาสตรศึกษา

492/1 ถนนพระรามที่ 1 แขวงวังใหม่

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	- บัณฑิตทำนวยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	นางสาว อิศรีย์กร สุศรีสกุล นิติระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 20 June 2012) (ฉบับภาษาไทย) 2. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 20 June 2012) (ฉบับภาษาไทย) 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 20 June 2012) (ฉบับภาษาไทย) 4. แบบสอบถาม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 20 June 2012) (ฉบับภาษาไทย) 5. อัตตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	20 มิถุนายน 2555
วันหมดอายุ	19 มิถุนายน 2556

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พลตำรวจตรี

(ทรงชัย สิมะโรจน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตำรวจ

๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔-๓๘๕๐
โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๓๘๕๓



COA 45/2555

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : PREDICTING FACTORS OF MEDICATION ADHERENCE AMONG MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS AFTER UNDERWENT PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

เลขที่โครงการ : ๐๕๐/๕๕

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอิสริย์กร สุศรีสกุล

สังกัดหน่วยงาน : ภาควิชาสาขาการพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง:

- แบบเสนอโครงการวิจัย Version 2.1 วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๕ (แก้ไขครั้งที่ ๓)
- เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 2.1 วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๕ (แก้ไขครั้งที่ ๓)
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัย อายุตั้งแต่ ๑๘ ปี ขึ้นไป) Version 2.1 วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๕ (แก้ไขครั้งที่ ๓)
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นเด็กอายุระหว่าง ๗ ปี และไม่เกิน ๑๘ ปี) Version 2.1 วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๕ (แก้ไขครั้งที่ ๓)
- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล Version 2.1 วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๕ (แก้ไขครั้งที่ ๓)
- แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา Version 2.1 วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๕ (แก้ไขครั้งที่ ๓)
- แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ Version 2.1 วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๕ (แก้ไขครั้งที่ ๓)
- แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า Version 2.1 วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๕ (แก้ไขครั้งที่ ๓)
- แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม Version 2.1 วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๕ (แก้ไขครั้งที่ ๓)
- แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา Version 2.1 วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๕ (แก้ไขครั้งที่ ๓)

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกโอสถกรรรม ชั้น ๒)

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

โทรศัพท์: ๐-๒๒๕๔-๓๕๒๒ โทรสาร: ๐-๒๖๖๘-๓/๐๘๘

๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔๔-๓๘๕๐
โทรสาร ๐-๒๒๕๔๔-๓๘๕๓



COA 45/2555

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ลงนาม..... 

(รองศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์สมชาย เอื้อรัตน์วงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม..... 

(แพทย์หญิงสุนมมาลย์ มนต์ศิริวิทยา)

รองประธาน

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : ๒๖/๐๗/๒๕๕๕

วันหมดอายุ : ๒๕/๐๗/๒๕๕๖

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

RL 01_2555

ที่ IRB/RTA/2555



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยศาสตร์
317 ถนนราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

รหัสโครงการ: Q010h/55

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี
[PREDICTING FACTORS OF MEDICATION ADHERENCE AMONG MYOCARDIAL
INFARCTION PATIENTS AFTER UNDERWENT PERCUTANEOUS CORONARY
INTERVENTION.]

เลขที่โครงการวิจัย : -

ชื่อผู้วิจัยหลัก: น.ส.อิสริย์กร สุศรีสกุล

สังกัดหน่วยงาน : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำการวิจัย: โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เอกสารรับรอง :

- (1) แบบรายงานการส่งโครงการวิจัยครั้งแรก วันที่ 11 พ.ค. 2555
- (2) โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย Version 2 วันที่ 13 ก.ค. 2555
- (3) แบบสอบถาม Version 1 วันที่ 22 พ.ค. 2555
- (4) ประวัติผู้วิจัย Version 1 วันที่ 22 พ.ค. 2555
- (5) เอกสารชี้แจงข้อมูล Version 1 วันที่ 22 พ.ค. 2555
- (6) หนังสือแสดงความยินยอม Version 1 วันที่ 22 พ.ค. 2555

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย
กรมแพทยศาสตร์ ว่าสอดคล้องกับปรัชญาเฮลซิงกิ และแนวปฏิบัติ ICH GCP

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย: 30 กรกฎาคม 2555

วันสิ้นสุดการรับรอง: 29 กรกฎาคม 2556

ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: รายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี

.....
พันเอกหญิง เยาวนา ธนะพัฒน์
ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

.....
พันเอกสพล อนันต์นำเจริญ
เลขาธิการและคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอสิริย์กร สุรศรีสกุล

ที่อยู่ติดต่อ 35 สุขุมวิท 1 คลองเตย วัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทรศัพท์ 087-5019501

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอน ต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือ ได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้า ยินยอม ตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 ครั้งเกี่ยวกับ “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” และได้ทราบถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุถึงตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

2. จุดมุ่งหมายของการวิจัย

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีแล้วจำเป็นต้องรับประทานยาต้านหัวใจตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี เพื่อคงการทำงานของหัวใจให้มีประสิทธิภาพ ช่วยป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีซ้ำ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ จะพบว่าปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วย คือ ต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่รับประทานยาโรคหัวใจให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง การวิจัยนี้ผู้วิจัยประยุกต์หลายแนวคิดที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967) เป็นปัจจัยด้านจิตใจที่ส่งผลกระทบต่ออาการและอาการแสดงของโรค การสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ที่เป็นแหล่งทางสังคมช่วยเหลือทางด้านร่างกาย จิตใจ แหล่งข้อมูล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1977) ที่ส่งผลต่อความมั่นใจในการตัดสินใจของบุคคลที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น และภาวะโรคร่วม ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัยครั้งนี้ คือ ทราบปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อไป ทั้งนี้เพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จากภาวะแทรกซ้อนหลังกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา และ เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

3. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรค

ร่วม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเพศชายและหญิง มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีห้องสวนหัวใจและศูนย์โรคหัวใจ จำนวน 92 คน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ แล้วแนะนำตัวเองกับผู้ป่วย พร้อมกับอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการ เพื่อให้ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง ต่อจากนั้นผู้ป่วยจะตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยา แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา โดยผู้ป่วยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ขณะที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจะไม่รบกวนการตรวจของผู้ป่วยและเมื่อผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้รับไปทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

4. ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับท่าน

4.1 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น คือ อาการเจ็บแน่นบริเวณหน้าอก หายใจไม่สะดวก ปวดกันแก้มใจโดยการประเมินภาวะเจ็บแน่นหน้าอกของท่านก่อนให้ท่านตอบแบบสอบถาม ท่านต้องไม่มีภาวะเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ผู้วิจัยจึงเริ่มให้ท่านตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน

4.2 เมื่อท่านมีอาการเปลี่ยนแปลง/ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ผู้วิจัยจะให้หยุดตอบแบบสอบถามและแบบประเมินทันที แล้วแจ้งพยาบาลหัวหน้าทีมให้การดูแลเบื้องต้น โดยให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาต่อไป

5. ค่าชดเชยและ/ หรือการรักษาที่ท่านจะได้รับในกรณีเกิดอันตรายอันเป็นผลจากการวิจัย

ไม่มี เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย และให้ท่านตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเอง ไม่มีการใช้ยา หรือให้ท่านทำกิจกรรมใดๆเป็นพิเศษ หากท่านมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ท่านจะได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ถ้าท่านมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ผู้วิจัยจะประสานงานและติดต่อกับพยาบาลหัวหน้าทีมและรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาเหมาะสมกับท่านต่อไป และข้อมูลที่ได้รับจากท่านถือว่าเป็นความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อไป

7. ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตอบแบบสอบถาม การวิจัยครั้งนี้เป็นจะทำด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆต่อท่าน และแม้ว่าท่านจะปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจรักษาและได้รับบริการดังเดิม

8. การรักษาความลับของท่าน

ในการตอบแบบสอบถามของท่านจะไม่มีการระบุชื่อและที่อยู่ของท่าน ข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับสำหรับการวิจัย จะเปิดเผยต่อสาธารณะในลักษณะที่เป็นภาพรวม และสรุปผลการวิจัยด้วยเหตุผลทางวิชาการ โดยแปลเป็นสถิติ โดยไม่มีการระบุเกี่ยวกับตัวบุคคลแต่อย่างใด และข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บไว้สำหรับการตรวจสอบข้อมูลจนครบ 5 ปี จะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด

ทั้งนี้ผู้ที่มีอำนาจกำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมและหน่วยควบคุมระเบียบกฎหมาย จะได้รับการอนุญาตให้ตรวจสอบเวชระเบียนต้นฉบับของท่านโดยตรง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของวิธีดำเนินการวิจัย โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่าน ทั้งนี้โดยการลงนามในเอกสารให้ความยินยอมของท่านอนุญาตให้บุคคลต่างๆ ข้างต้นมีสิทธิตรวจสอบเวชระเบียนต้นฉบับของท่านโดยตรง

9. สิ่งที่ท่านจะได้รับ

เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะได้รับแบบสอบถามที่มีคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกรู้สึกของท่านเกี่ยวกับ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยประเมินจากแบบสอบถามทั้ง 6 ส่วน

ในกรณีที่ผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมใดๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบในเวลาอันสมควร ซึ่งข้อมูลเพิ่มเติมนี้อาจมีผลต่อความสมัครใจของผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมการวิจัยต่อไป

10. บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อได้

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยและสิทธิของท่าน โปรดสอบถามและติดต่อได้ที่ นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์เคลื่อนที่ 087-5019501

แบบสอบถาม

เรื่อง

ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับปรึกษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังรับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

คำชี้แจง

- แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 72 ข้อ รายละเอียดมีดังนี้

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามส่วนบุคคล	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบสอบถามความร่วมมือในการรับปรึกษา	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับปรึกษา	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 6	แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	จำนวน 25 ข้อ

ในการรับปรึกษา
- โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบข้อคำถามในแต่ละส่วน
- กรุณาตอบคำถามทุกข้อและทุกส่วน เพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวิเคราะห์ได้จริง
- ข้อมูลทั้งหมดจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลต่อการรักษาของท่าน

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวอสิริภัทร สุรศรีสกุล

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในวงเล็บหน้าข้อความเพียงคำตอบเดียว ให้ตรงกับสภาพที่เป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

วันที่..... เดือน พ.ศ.

เลขที่ผู้เข้าร่วมวิจัย.....

1. อายุปี (โปรดระบุวันเดือนปีเกิด.....)
2. เพศ: 1. () ชาย 2. () หญิง
3. การมาตรวจตามแพทย์นัด
 1. () มาตรวจตามแพทย์นัดเป็นประจำทุกครั้งที่
 2. () มาตรวจตามแพทย์นัดเกือบทุกครั้งที่
 3. () มาตรวจตามแพทย์นัดเป็นบางครั้ง
 4. () ไม่เคยมาตรวจตามแพทย์นัดเลย
4. ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

	ครั้งที่..... วันที่.....
	ครั้งที่..... วันที่.....
	ครั้งที่..... วันที่.....
5. ภาวะโรคร่วม

() ไม่มี	() มี	กรุณาเลือก..... (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. () ความดันโลหิตสูง		
2. () เบาหวาน		
3. () ถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
4. () โรคไต		
5. () โรคหลอดเลือดส่วนปลาย		
6. () ไขมันในเลือดสูง		
7. () ภาวะซึมเศร้า		
8. () โรคอื่นๆ (โปรดระบุ.....)		

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับสิ่งที่ได้ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

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

ลำดับ	โปรดระบุ เหตุการณ์ดังต่อไปนี้เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อย	ทำเป็นบางครั้ง	ทำนานๆครั้ง	ไม่เคยทำเลย
1	ฉันลืมรับประทานยา					
2	ฉันลืมรับประทานยาโรคหัวใจเมื่อฉันลาพักผ่อนหรือมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน					
3	ฉันต้องรับประทานยาโรคหัวใจเป็นประจำสม่ำเสมอ					
4	ฉันจัดเก็บยาไว้ในที่ที่สามารถช่วยเตือนให้ฉันไม่ลืมรับประทานยาได้					
5	ฉันมีวิธีที่ช่วยเตือนฉันให้รับประทานยาโรคหัวใจ					
6	ฉันมีวิธีที่ทำให้รู้ว่าลืมรับประทานยาโรคหัวใจ					
7	การรับประทานยาโรคหัวใจเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของฉัน					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาโรคหัวใจที่ถูกต้องเหมาะสม การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาที่เหมาะสม กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง
เห็นด้วย หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
<p>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจแล้ว มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบของหลอดเลือดหัวใจซ้ำ เมื่อหยุดรับประทานยาโรคหัวใจหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ</p>				
<p>2. การปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา สามารถลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำได้</p>				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
3. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีโอกาสเสี่ยงต่อประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานที่เคยทำด้วยศักยภาพเท่าเดิมได้				
4. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เมื่อขาดการรับประทานยาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง				
5. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวาย เมื่อขาดการรับประทานยาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง				
การรับรู้ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ				
6. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้หากขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง				
7. อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อนั้นขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง				
8. เมื่อฉันไม่รับประทานยาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่องอาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหัวใจวาย ซึ่งเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
<p>การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการ รับประทานยาโรคหัวใจ</p> <p>9. การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุก วันจะทำให้ฉันลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ หัวใจล้มเหลวหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ</p>				
<p>10. หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ การ รับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวัน ป้องกันการตีบของหลอดเลือดหัวใจซ้ำ</p>				
<p>11. การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอ ทุกวันจะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของ หัวใจดีขึ้น</p>				
<p>12. การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอ ทุกวันจะทำให้โอกาสของการกลับเข้ารับรักษาตัว ซ้ำในโรงพยาบาลลดลง</p>				
<p>การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการ รับประทานยาโรคหัวใจ</p> <p>13. การรับประทานยาโรคหัวใจให้ตรงเวลาเป็น สิ่งที่ยุ่งยาก</p>				
<p>14. แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของฉัน ขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยา โรคหัวใจ</p>				
<p>15. ภาระงานประจำวันของฉันขัดขวางการ รับประทานยาโรคหัวใจเสมอ</p>				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
16. ยาโรคหัวใจที่ฉันรับประทานยากต่อการที่จะ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ				
17. การจดจำต่อการรับประทานยาโรคหัวใจเป็น ปัญหาของฉัน				
18. ราคาของยาทำให้การรับประทานยา โรคหัวใจของฉันลำบากเพิ่มขึ้น				
19. ฉันมีอุปสรรคที่ทำให้ฉันไม่สามารถไปรับยา โรคหัวใจตามคำสั่งแพทย์หรือตามแพทย์นัดได้				
20. ผลข้างเคียงของยา เช่น อาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เลือดออกง่ายหยุด ยาก ทำให้ฉันรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับอาการของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่มีอาการตรงกับข้อความนั้นเลย
มีบางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีอาการตรงกับข้อความเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	ท่านมีอาการตรงกับข้อความเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย
มีเกือบทุกวัน	หมายถึง	ท่านมีอาการตรงกับข้อความเกิดขึ้นเกือบทุกวัน

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เคย	มีบางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	มีเกือบทุกวัน
1	ฉันมีความสนใจหรือเพลิดเพลินในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง				
2	ฉันรู้สึกท้อแท้, ซึมเศร้า, หรือ สิ้นหวัง				
3	ฉันหลับยากหรือหลับๆตื่นๆ หรือ หลับมากเกินไป				
4	ฉันรู้สึกเหนื่อย หรือ ไม่ค่อยมีแรง				
5	ฉันเบื่ออาหาร หรือ รับประทานอาหารมากเกินไป				
6	ฉันรู้สึกไม่ดีกับตัวเองโดยคิดว่าตนเองล้มเหลวหรือเป็นคนทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7	ฉันมีปัญหาในการรวบรวมสมาธิที่จะทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ การดูโทรทัศน์				
8	การเคลื่อนไหวหรือการพูดของฉันช้าลงจนผู้อื่นสังเกตเห็นได้ หรือ ฉันกระสับกระส่าย จนฉันอยู่ไม่นั่งเหมือนเคย				
9	ฉันคิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตนเองตายไปเสียคงจะดีกว่า				

ถ้าท่านตอบว่ามีอาการไม่ว่าในข้อใดก็ตาม อาการนั้นๆ ทำให้ท่านมีปัญหาในการทำงาน การดูแล
สิ่งต่างๆในบ้าน หรือการเข้ากับผู้อื่น หรือไม่

(ไม่มีปัญหาเลย)

(มีปัญหาบ้าง)

(มีปัญหามาก)

(มีปัญหามากที่สุด)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1	สมาชิกในครอบครัวของฉันและเพื่อนฉันเป็นผู้ดูแลฉันได้หากจำเป็น					
2	ถ้าฉันรู้สึกเบื่อ ผิดหวัง หรือซึมเศร้า ฉันสามารถพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน					
3	ฉันมีคนใกล้ชิดที่สนิทด้วยเป็นผู้สามารถดูแลฉันได้					
4	ถ้าฉันต้องการความช่วยเหลือ สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนฉันจะเป็นผู้แนะนำฉัน					

ลำดับ	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
5	ฉันได้รับข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาลเมื่อฉันต้องการ					
6	ฉันได้รับความช่วยเหลือในการจัดการดูแลสุขภาพเสมอเมื่อฉันต้องการ					
7	ฉันมีโอกาสดำเนินการแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับปัญหาการรับประทานยาโรคหัวใจกับผู้ป่วยอื่นที่เป็นโรคหัวใจ					
8	เมื่อฉันต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคหัวใจ ฉันจะได้รับความช่วยเหลือจากผู้ป่วยอื่นที่เป็นโรคหัวใจ					
9	สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนของฉัน ให้การดูแลเอาใจใส่ฉันอย่างเหมาะสม					
10	แพทย์และพยาบาลให้การดูแลสุขภาพของฉันอย่างเพียงพอ					
11	ฉันได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินเพียงพอสำหรับการดูแลตัวฉัน					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยารักษาอาการทางด้านหัวใจ ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ไม่มั่นใจอย่างยิ่ง (Not at all sure) หมายถึง	ท่านไม่มั่นใจกับข้อความนั้นมากที่สุด
มั่นใจบางครั้ง (Somewhat sure) หมายถึง	ท่านมั่นใจกับข้อความนั้นเป็นบางครั้ง
มั่นใจมากที่สุด (Very sure) หมายถึง	ท่านมั่นใจกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับ	สถานการณ์	ไม่มั่นใจ อย่างยิ่ง	มั่นใจ บางครั้ง	มั่นใจ มากที่สุด
1	ฉันมีความมั่นใจว่าฉันจะสามารถรับประทานยาโรคหัวใจ... เมื่อฉันอยู่บ้านแล้วมีงานยุ่ง			
2	เมื่อฉันอยู่ที่ทำงาน			
3	เมื่อไม่มีใครคอยเตือนฉัน			
4	เมื่อฉันรู้สึกกังวลที่จะต้องรับประทานยาเหล่านั้นไปตลอดชีวิต			
5	เมื่อยาเหล่านั้นส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียง			
6	เมื่อยาเหล่านั้นมีราคาสูง			
7	เมื่อฉันกลับจากที่ทำงานช้า			
8	เมื่อฉันไม่มีอาการแสดง เช่น เจ็บหน้าอก			
9	เมื่อฉันอยู่กับสมาชิกในครอบครัว			
10	เมื่อฉันอยู่ในสถานที่สาธารณะ			

ลำดับ	สถานการณ์	ไม่มั่นใจ อย่างยิ่ง	มั่นใจ บางครั้ง	มั่นใจ มาก ที่สุด
11	เมื่อนั่นคิดว่าชีวิตนั้นต้องขึ้นอยู่กับยาเหล่านั้น			
12	เมื่อนั่นคิดว่ายาเหล่านั้นอาจจะมีผลต่อสมรรถนะทางเพศ			
13	เมื่อเวลาที่จะรับประทานยาเหล่านั้นอยู่ระหว่างมื้ออาหาร			
14	เมื่อนั่นอยู่ระหว่างการเดินทางท่องเที่ยว			
15	เมื่อนั่นรับประทานยาเหล่านั้นมากกว่า 1 ครั้งต่อวัน			
16	ถึงแม้บางครั้งยาเหล่านั้นทำให้ฉันรู้สึกเหนื่อย			
17	ถึงแม้บางครั้งยาเหล่านั้นทำให้ฉันรู้สึกเวียนศีรษะ			
18	ถึงแม้ฉันมียาอื่นๆที่ต้องรับประทาน			
19	ถึงแม้ฉันรู้สึกดีขึ้น			
20	ถึงแม้ว่ายาเหล่านั้นจะทำให้ฉันปีสสาวะบ่อยครั้งระหว่างที่ไม่ได้อยู่ที่บ้านก็ตาม			
21	ฉันมีความมั่นใจว่าฉันสามารถ..... ไปรับยาของฉันเพิ่มก่อนที่ยาจะหมด			
22	ไปรับยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอไม่ว่ายาเหล่านั้นจะราคาเท่าไร			
23	ทำให้การรับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งในกิจวัตรประจำวันของฉัน			
24	จำได้เสมอว่าจะต้องรับประทานยาโรคหัวใจ			
25	รับประทานยาโรคหัวใจตลอดชีวิตได้			

ภาคผนวก ง
ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ
และตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ความร่วมมือในการรับประทานยา

Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis
RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	M1	3.8667	1.4077	30.0
2.	M5	4.6333	.7184	30.0
3.	M7	4.7000	.8367	30.0
4.	M8	4.7000	.8367	30.0
5.	M9	4.7667	.5040	30.0
6.	M10	3.8667	1.4794	30.0
7.	M12	4.9000	.4026	30.0

Correlation Matrix

	M1	M5	M7	M8	M9
M1	1.0000				
M5	.3592	1.0000			
M7	.4333	-.0172	1.0000		
M8	.1405	-.0746	.1626	1.0000	
M9	.2463	.3270	.4007	.4007	1.0000
M10	.4879	.1795	.3845	.3566	.0956
M12	.0365	-.0119	.3174	.4197	.7308

	M10	M12
M10	1.0000	
M12	.0926	1.0000

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of	Variables
Scale	31.4333	15.2885	3.9101	7	

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
M1	27.5667	8.8057	.5388	.4174	.5839
M5	26.8000	13.5448	.2322	.4288	.6697
M7	26.7333	11.8575	.4740	.4349	.6128
M8	26.7333	12.6161	.3319	.3817	.6481
M9	26.6667	13.3333	.4622	.7285	.6377
M10	27.5667	8.5989	.5188	.4365	.5980
M12	26.5333	14.1885	.3093	.6240	.6638

Reliability Coefficients 7 items

Alpha = .7005 Standardized item alpha = .7113

ความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยา

Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis
RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง

	Mean	Std Dev	Cases
1. HBMSUS1	3.7333	.4498	30.0
2. HBMSUS2	3.6000	.5632	30.0
3. HBMSUS3	3.5333	.6814	30.0
4. HBMSUS4	3.4333	.5040	30.0
5. HBMSUS5	3.5333	.5713	30.0
6. HBMSUS6	3.5333	.6814	30.0

Correlation Matrix

	HBMSUS1	HBMSUS2	HBMSUS3	HBMSUS4	HBMSUS5
HBMSUS1	1.0000				
HBMSUS2	.3811	1.0000			
HBMSUS3	.2550	.4851	1.0000		
HBMSUS4	.0710	.3887	.4083	1.0000	
HBMSUS5	.3042	.5786	.6613	.6067	1.0000
HBMSUS6	.1425	.4851	.7030	.3079	.7499
HBMSUS6					
HBMSUS6	1.0000				

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 30.0

Statistics for Scale	Mean	Variance	N of Std Dev	Variables
	21.3667	6.5851	2.5661	6

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
HBMSUS1	17.6333	5.7575	.2897	.2413	.8535
HBMSUS2	17.7667	4.7368	.6245	.4108	.7983
HBMSUS3	17.8333	4.1437	.7126	.5631	.7781
HBMSUS4	17.9333	5.2368	.4744	.4689	.8264
HBMSUS5	17.8333	4.2816	.8361	.7602	.7530
HBMSUS6	17.8333	4.2126	.6821	.6985	.7858

Reliability Coefficients 6 items

Alpha = .8303 Standardized item alpha = .8222

ด้านการรับรู้ความรุนแรง

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. HBMSEV7	3.5000	.6823	30.0
2. HBMSEV8	3.4667	.5713	30.0
3. HBMSEV9	3.5667	.5040	30.0

Correlation Matrix

	HBMSEV7	HBMSEV8	HBMSEV9
HBMSEV7	1.0000		
HBMSEV8	.7077	1.0000	
HBMSEV9	.4512	.7265	1.0000

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 30.0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	10.5333	2.3264	1.5253	3

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
HBMSEV7	7.0333	.9989	.6321	.5091	.8377
HBMSEV8	7.0667	1.0299	.8366	.7089	.6027
HBMSEV9	6.9667	1.3437	.6237	.5357	.8212

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 3 items

Alpha = .8256 Standardized item alpha = .8354

ด้านการรับรู้ประโยชน์

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. HBMBEN10	3.5667	.5040	30.0
2. HBMBEN11	3.5333	.5074	30.0
3. HBMBEN12	3.5333	.5074	30.0
4. HBMBEN13	3.4667	.5074	30.0

Correlation Matrix

	HBMBEN10	HBMBEN11	HBMBEN12	HBMBEN13
HBMBEN10	1.0000			
HBMBEN11	.8000	1.0000		
HBMBEN12	.6652	.7321	1.0000	
HBMBEN13	.8180	.7411	.6071	1.0000

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 30.0

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	14.1000	3.2655	1.8071	4

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
HBMBEN10	10.5333	1.8437	.8532	.7574	.8716
HBMBEN11	10.5667	1.8402	.8483	.7244	.8732
HBMBEN12	10.5667	1.9782	.7215	.5543	.9169
HBMBEN13	10.6333	1.8954	.7964	.6905	.8914

Reliability Coefficients 4 items

Alpha = .9142 Standardized item alpha = .9143

ด้านการรับรู้อุปสรรค

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. HBMBAR14	1.7667	.5683	30.0
2. HBMBAR15	1.8000	.6103	30.0
3. HBMBAR16	1.7333	.6397	30.0
4. HBMBAR17	1.8000	.6103	30.0
5. HBMBAR18	1.7333	.6915	30.0
6. HBMBAR19	1.8000	.7611	30.0
7. HBMBAR20	1.7667	.7279	30.0
8. HBMBAR21	1.9000	.8449	30.0

Correlation Matrix

	HBMBAR14	HBMBAR15	HBMBAR16	HBMBAR17	HBMBAR18
HBMBAR14	1.0000				
HBMBAR15	.7556	1.0000			
HBMBAR16	.7715	.9187	1.0000		
HBMBAR17	.7556	.9074	.8303	1.0000	
HBMBAR18	.7137	.8498	.6912	.8498	1.0000
HBMBAR19	.6059	.7275	.7366	.7275	.6814
HBMBAR20	.3640	.5899	.4542	.6676	.5572
HBMBAR21	.3088	.5618	.5232	.5618	.4250

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	HBMBAR19	HBMBAR20	HBMBAR21
HBMBAR19	1.0000		
HBMBAR20	.6597	1.0000	
HBMBAR21	.6649	.6897	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of
Scale	14.3000	20.7000	4.5497	Variables 8

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
HBMBAR14	12.5333	17.0851	.7007	.6954	.9307
HBMBAR15	12.5000	15.9138	.9065	.9500	.9170
HBMBAR16	12.5667	16.0471	.8280	.9290	.9217
HBMBAR17	12.5000	15.9138	.9065	.8839	.9170
HBMBAR18	12.5667	15.8402	.7960	.8582	.9236
HBMBAR19	12.5000	15.2241	.8244	.7557	.9215
HBMBAR20	12.5333	16.1885	.6797	.6994	.9326
HBMBAR21	12.4000	15.7655	.6291	.6060	.9399

Reliability Coefficients 8 items

Alpha = .9343 Standardized item alpha = .9401

ภาวะซึมเศร้า

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

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. PHQ1	.4667	.6288	30.0
2. PHQ2	.2667	.4498	30.0
3. PHQ3	.5667	.6261	30.0
4. PHQ4	.8333	.6989	30.0
5. PHQ5	.3667	.6149	30.0
6. PHQ6	.1667	.4611	30.0
7. PHQ7	.2333	.4302	30.0
8. PHQ8	.2000	.4842	30.0
9. PHQ9	.1000	.4026	30.0

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	PHQ1	PHQ2	PHQ3	PHQ4	PHQ5
PHQ1	1.0000				
PHQ2	.5202	1.0000			
PHQ3	.6190	.4245	1.0000		
PHQ4	.4969	.3656	.6961	1.0000	
PHQ5	.6123	.5070	.5165	.3878	1.0000
PHQ6	.6739	.4434	.3782	.3031	.5067
PHQ7	.3484	.2020	.3884	.4779	.4475
PHQ8	.5889	.3800	.5232	.4075	.5558
PHQ9	.6266	.4190	.3147	.3064	.5432

	PHQ6	PHQ7	PHQ8	PHQ9
PHQ6	1.0000			
PHQ7	.3187	1.0000		
PHQ8	.7721	.4304	1.0000	
PHQ9	.8359	.4580	.7783	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for Scale	Mean	Variance	N of Std Dev	Variables
	3.2000	12.6483	3.5564	9

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
PHQ1	2.7333	9.3057	.7682	.6658	.8659
PHQ2	2.9333	10.8230	.5484	.3677	.8843
PHQ3	2.6333	9.6195	.6790	.6679	.8745
PHQ4	2.3667	9.6195	.5859	.5494	.8860
PHQ5	2.8333	9.6609	.6825	.5209	.8740
PHQ6	3.0333	10.3782	.6925	.7760	.8744
PHQ7	2.9667	10.9989	.5132	.4033	.8867
PHQ8	3.0000	10.1379	.7381	.7330	.8705
PHQ9	3.1000	10.6448	.7010	.7957	.8757

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 9 items

Alpha = .8892 Standardized item alpha = .8957

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา

Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis
 RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SE1	2.8333	.4611	30.0
2.	SE2	2.7667	.5040	30.0
3.	SE3	2.6667	.6065	30.0
4.	SE4	2.4000	.6747	30.0
5.	SE5	2.2333	.7739	30.0
6.	SE6	2.2333	.7739	30.0
7.	SE7	2.5667	.6789	30.0
8.	SE8	2.4667	.7761	30.0
9.	SE9	2.6000	.7240	30.0
10.	SE10	2.5667	.6261	30.0
11.	SE11	2.5333	.6814	30.0
12.	SE12	2.1667	.7915	30.0
13.	SE13	2.2667	.7397	30.0
14.	SE14	1.8333	.8743	30.0
15.	SE15	2.4333	.5683	30.0
16.	SE16	2.4667	.7303	30.0
17.	SE17	2.4000	.7240	30.0
18.	SE18	2.2667	.8277	30.0
19.	SE19	2.4000	.7701	30.0
20.	SE20	2.7667	.5040	30.0
21.	SE21	2.4667	.7303	30.0
22.	SE22	2.5333	.7303	30.0
23.	SE23	2.7000	.6513	30.0
24.	SE24	2.8667	.4342	30.0
25.	SE25	2.7667	.5683	30.0
26.	SE26	2.7333	.5208	30.0

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	SE1	SE2	SE3	SE4	SE5
SE1	1.0000				
SE2	.7171	1.0000			
SE3	.6576	.6393	1.0000		
SE4	.5542	.5882	.6742	1.0000	
SE5	.3060	.4096	.2449	.4755	1.0000
SE6	.2094	.2328	.1714	.2114	.7121
SE7	.5324	.7021	.7258	.4668	.3960
SE8	.5139	.5525	.6349	.5532	.3866
SE9	.6197	.6804	.7068	.5507	.2339
SE10	.5773	.5428	.5146	.4245	.2871
SE11	.5121	.6760	.5284	.5700	.4752

SE12	.1732	.1873	.2634	.4520	.3847
SE13	.3370	.1727	.3587	.4008	.1888
SE14	.0143	-.0130	-.1734	.0000	.3143
SE15	.2851	.4856	.5336	.6115	.3894
SE16	.4437	.2124	.2855	.1680	.1668
SE17	.4132	.4536	.5497	.5789	.1970
SE18	.3012	.3196	.1832	.2964	.5455
SE19	.1942	.2487	.3691	.4778	.3009
SE20	.2720	.4570	.4136	.3854	.3212
SE21	.6485	.5871	.5969	.5179	.3498
SE22	.4778	.4434	.6488	.3219	.1383
SE23	.6315	.7249	.7857	.6749	.2805
SE24	.9186	.7984	.6111	.5415	.4037
SE25	.7675	.7665	.5669	.5216	.3633
SE26	.6700	.6743	.5822	.4122	.3308

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	SE6	SE7	SE8	SE9	SE10
SE6	1.0000				
SE7	.3304	1.0000			
SE8	.3866	.5279	1.0000		
SE9	.2339	.6174	.8347	1.0000	
SE10	.1447	.3543	.4306	.5934	1.0000
SE11	.4098	.4422	.7520	.7269	.4796
SE12	.3284	.3316	.4865	.3611	.4291
SE13	.2490	.3754	.1962	.2704	.1837
SE14	.2633	-.0097	.0678	-.0545	.1155
SE15	.2326	.4141	.6202	.5196	.6429
SE16	.3498	.3524	.0892	.1044	.0804
SE17	.1354	.3648	.3928	.4474	.3956
SE18	.3840	.3355	.1217	.0115	.1641
SE19	.0116	.2110	.4269	.1732	.0858
SE20	.2328	.3997	.6406	.4914	.2149
SE21	.1668	.4219	.3934	.4957	.8346
SE22	.0773	.4127	.3975	.4174	.2967
SE23	.2805	.6317	.5594	.6875	.4313
SE24	.3011	.4991	.4980	.5924	.5413
SE25	.1281	.4439	.4118	.5196	.4813
SE26	.2453	.4421	.4038	.5304	.4794

	SE11	SE12	SE13	SE14	SE15
SE11	1.0000				
SE12	.4688	1.0000			
SE13	.1870	.3338	1.0000		
SE14	.0386	.0914	.0178	1.0000	
SE15	.5402	.6772	.2078	.0116	1.0000
SE16	.2448	.2784	.3362	.1800	-.0055
SE17	.5312	.5416	.3735	-.1090	.6537

SE18	.3505	.4036	.3304	.1112	.2590
SE19	.3680	.4526	-.0121	.1536	.4570
SE20	.5756	.3602	-.0123	.1435	.4856
SE21	.5220	.3977	.2085	.0720	.5760
SE22	.4481	.1989	.1745	-.0720	.2548
SE23	.6061	.3010	.3865	-.2120	.4565
SE24	.5983	.1672	.3293	.0303	.2422
SE25	.5105	.2428	.2351	-.0116	.3238
SE26	.5117	.0279	.2805	-.1010	.1709

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	SE16	SE17	SE18	SE19	SE20
SE16	1.0000				
SE17	.4174	1.0000			
SE18	.5857	.4489	1.0000		
SE19	.3311	.5071	.4761	1.0000	
SE20	.0250	.1701	.2370	.3376	1.0000
SE21	.2241	.3522	.4145	.2085	.4934
SE22	.4224	.5609	.4982	.4660	.4434
SE23	.2320	.5558	.2175	.1100	.4097
SE24	.4205	.3949	.3902	.1650	.3257
SE25	.3545	.4023	.3568	.3782	.4053
SE26	.3385	.2012	.4106	.1891	.2802

	SE21	SE22	SE23	SE24	SE25
SE21	1.0000				
SE22	.4871	1.0000			
SE23	.5220	.4930	1.0000		
SE24	.6380	.5583	.7073	1.0000	
SE25	.6037	.5594	.5497	.8478	1.0000
SE26	.6104	.4775	.5693	.7523	.7145

SE26

SE26	1.0000
------	--------

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of
Scale	64.9333	118.4782	10.8848	Variables 26

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
SE1	62.1000	111.2655	.7196	.	.9308
SE2	62.1667	110.2816	.7503	.	.9302
SE3	62.2667	108.6851	.7454	.	.9297
SE4	62.5333	107.9816	.7161	.	.9298
SE5	62.7000	108.9759	.5511	.	.9322
SE6	62.7000	111.1138	.4147	.	.9343
SE7	62.3667	108.5851	.6666	.	.9304
SE8	62.4667	106.6023	.7035	.	.9298
SE9	62.3333	107.5402	.6935	.	.9300
SE10	62.3667	110.2402	.5968	.	.9315
SE11	62.4000	107.2828	.7602	.	.9291
SE12	62.7667	108.8747	.5435	.	.9323
SE13	62.6667	111.9540	.3818	.	.9346
SE14	63.1000	116.5069	.0639	.	.9407
SE15	62.5000	110.4655	.6437	.	.9310
SE16	62.4667	111.4299	.4226	.	.9340
SE17	62.5333	108.4644	.6293	.	.9309
SE18	62.6667	108.7816	.5219	.	.9328
SE19	62.5333	110.5333	.4540	.	.9336
SE20	62.1667	112.4885	.5365	.	.9324
SE21	62.4667	107.4299	.6946	.	.9299
SE22	62.4000	108.9379	.5908	.	.9315
SE23	62.2333	108.4609	.7072	.	.9300
SE24	62.0667	111.3747	.7546	.	.9307
SE25	62.1667	109.8678	.6956	.	.9304
SE26	62.2000	111.4069	.6185	.	.9315

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 26 items

Alpha = .9342 Standardized item alpha = .9420

การสนับสนุนทางสังคม

Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis
 RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SS1	4.4000	.7240	30.0
2.	SS2	4.2333	.9714	30.0
3.	SS3	4.4333	.8584	30.0
4.	SS4	4.5667	.5683	30.0
5.	SS5	4.5000	.6823	30.0
6.	SS6	4.8333	.3790	30.0
7.	SS7	4.4333	.6789	30.0
8.	SS8	4.3333	.8442	30.0
9.	SS9	3.4333	1.2780	30.0
10.	SS10	2.6000	1.3797	30.0
11.	SS11	3.5333	1.3322	30.0
12.	SS12	4.0000	1.1447	30.0

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Correlation Matrix

	SS1	SS2	SS3	SS4	SS5
SS1	1.0000				
SS2	.7943	1.0000			
SS3	.9322	.8671	1.0000		
SS4	.4358	.4393	.3982	1.0000	
SS5	.1396	.0780	.0883	.3112	1.0000
SS6	.0000	.2029	.0177	.2935	.3333
SS7	.1964	.1551	.1992	.6822	.5583
SS8	.3949	.3644	.3173	.6708	.6586
SS9	.5143	.4435	.5145	.3624	.2570
SS10	-.1795	-.1338	-.1980	-.0088	-.1832
SS11	-.0143	-.0195	.0020	.2247	-.0379
SS12	.2497	.3101	.2808	.3180	.4857

	SS6	SS7	SS8	SS9	SS10
SS6	1.0000				
SS7	.1563	1.0000			
SS8	.2874	.6418	1.0000		
SS9	-.2017	.3723	.3729	1.0000	
SS10	-.1978	-.0663	-.2369	-.2699	1.0000
SS11	-.0911	.1932	.0204	-.1607	.4578
SS12	-.0795	.3550	.3925	.4243	-.0218

	SS11	SS12
SS11	1.0000	
SS12	-.1131	1.0000

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	N of	Variables
Scale	49.3000	31.1138	Std Dev	12
			5.5780	

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
SS1	44.9000	26.1621	.5978	.9023	.6624
SS2	45.0667	24.6851	.5682	.8396	.6549
SS3	44.8667	25.3609	.5802	.9327	.6578
SS4	44.7333	26.7540	.6866	.7483	.6638
SS5	44.8000	27.8207	.3929	.7197	.6862
SS6	44.4667	30.8092	.0382	.5851	.7148
SS7	44.8667	26.7402	.5572	.6840	.6692
SS8	44.9667	25.4816	.5772	.7371	.6588
SS9	45.8667	24.3264	.4088	.5391	.6795
SS10	46.7000	30.9759	-.1150	.3984	.7794
SS11	45.7667	28.0471	.0916	.3756	.7408
SS12	45.3000	24.9069	.4286	.5117	.6751

Reliability Coefficients 12 items

Alpha = .7076 Standardized item alpha = .7785

ตาราง ค่าเฉลี่ย ด้านความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (n = 154)

ข้อ	ความร่วมมือในการรับประทานยา	\bar{X}	SD
1	ฉันลืมรับประทานยา	4.06	1.28
2	ฉันลืมรับประทานยาโรคหัวใจเมื่อนั้นลาพักผ่อนหรือมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน	4.66	.68
3	ฉันต้องรับประทานยาโรคหัวใจเป็นประจำสม่ำเสมอ	4.71	.89
4	ฉันจัดเก็บยาไว้ในที่ที่สามารถช่วยเตือนให้ฉันไม่ลืมรับประทานยาได้	4.75	.84
5	ฉันมีวิธีที่ช่วยเตือนฉันให้รับประทานยาโรคหัวใจ	4.54	.98
6	ฉันมีวิธีที่ทำให้รู้ว่าลืมรับประทานยาโรคหัวใจ	3.97	1.47
7	การรับประทานยาโรคหัวใจเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของฉัน	4.82	.59

หมายเหตุ ข้อ 1และ2 เป็นข้อคำถามเชิงลบ มีการ reversed score

ตาราง ค่าเฉลี่ย ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (n = 154)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและเกิด			
ข้อ	ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ	\bar{X}	SD
1	โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้โดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ	3.58	.64
2	โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจแล้ว มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบของหลอดเลือดหัวใจซ้ำเมื่อหยุดรับประทานยาโรคหัวใจหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	3.41	.74
3	การปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา สามารถลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำได้	3.49	.65
4	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีโอกาสเสี่ยงต่อประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานที่เคยทำด้วยศักยภาพเท่าเดิมได้	3.31	.62
5	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เมื่อขาดการรับประทานยาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง	3.40	.55
6	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวาย เมื่อขาดการรับประทานยาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง	3.41	.66

ตาราง ค่าเฉลี่ย ด้านการรับรู้ความรุนแรงของ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (n = 154)

ข้อ	การรับรู้ความรุนแรงของ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ	\bar{X}	SD
1	โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ หากขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	3.46	.62
2	อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อนั้นขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	3.41	.58
3	เมื่อนั้นไม่รับประทานยาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่องอาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหัวใจวาย ซึ่งเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล	3.39	.62

ตาราง ค่าเฉลี่ย ด้านการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรค
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (n = 154)

ข้อ	การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยาย หลอดเลือดหัวใจ	\bar{X}	SD
1	การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวันจะทำให้ฉัน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะหัวใจ เต้นผิดจังหวะ	3.5	.56
2	หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ การรับประทานยา โรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวันป้องกันการตีบของหลอดเลือด หัวใจซ้ำ	3.53	.53
3	การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวันจะทำให้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้น	3.45	.55
4	การรับประทานยาโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอทุกวันจะทำให้ โอกาสของการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลลดลง	3.38	.59

ตาราง ค่าเฉลี่ย ด้านการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรค
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (n = 154)

ข้อ	การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยาย หลอดเลือดหัวใจ	\bar{X}	SD
1	การรับประทานยาโรคหัวใจให้ตรงเวลาเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก	2.05	.85
2	แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของฉันขัดขวางหรือเป็น อุปสรรคต่อการรับประทานยาโรคหัวใจ	2.01	.72
3	ภาระงานประจำวันของฉันขัดขวางการรับประทานยา โรคหัวใจเสมอ	1.85	.62
4	ยาโรคหัวใจที่ฉันรับประทานต่อการที่จะรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอ	1.87	.69
5	การจดจำต่อการรับประทานยาโรคหัวใจเป็นปัญหาของฉัน	1.82	.63
6	ราคาของยาทำให้การรับประทานยาโรคหัวใจของฉันลำบาก เพิ่มขึ้น	2.00	.78
7	ฉันมีอุปสรรคที่ทำให้ฉันไม่สามารถไปรับยาโรคหัวใจตาม คำสั่งแพทย์หรือตามแพทย์นัดได้	1.86	.68
8	ผลข้างเคียงของยา เช่น อาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เลือดออกง่ายหยุดยาก ทำให้ฉันรับประทานยาไม่ ต่อเนื่อง	1.94	.69

ตาราง ค่าเฉลี่ย ด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (n = 154)

ข้อ	ภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	SD
1	ฉันมีความสนใจหรือเพลิดเพลินในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง	.50	.62
2	ฉันรู้สึกท้อแท้, ซึมเศร้า, หรือ สิ้นหวัง	.34	.53
3	ฉันหลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากเกินไป	.83	.79
4	ฉันรู้สึกเหนื่อย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	.81	.83
5	ฉันเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากเกินไป	.53	.59
6	ฉันรู้สึกไม่ดีกับตัวเอง โดยคิดว่าตนเองล้มเหลวหรือเป็นคนทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง	.39	.73
7	ฉันมีปัญหาในการรวบรวมสมาธิที่จะทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ การดูโทรทัศน์	.37	.63
8	การเคลื่อนไหวหรือการพูดของฉันช้าลงจนผู้อื่นสังเกตเห็นได้ หรือนั่งกระสับกระส่าย จนฉันอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย	.29	.48
9	ฉันคิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตนเองตายไปเสียคงจะดีกว่า	.14	.39

ตาราง ค่าเฉลี่ย ด้านการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (n = 154)

ข้อ	การสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	SD
1	สมาชิกในครอบครัวของฉันและเพื่อนฉันเป็นผู้ดูแลฉันได้หากจำเป็น	4.37	.69
2	ถ้าฉันรู้สึกเบื่อ ผิดหวัง หรือซึมเศร้า ฉันสามารถพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน	4.06	.95
3	ฉันมีคนที่ใกล้ชิดที่สนิทด้วยเป็นผู้สามารถดูแลฉันได้	4.35	.79
4	ถ้าฉันต้องการความช่วยเหลือ สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนฉันจะเป็นผู้แนะนำฉัน	4.35	.72
5	ฉันได้รับข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาลเมื่อฉันต้องการ	4.42	.59
6	ฉันได้รับความช่วยเหลือในการจัดการดูแลสุขภาพเสมอเมื่อฉันต้องการ	4.29	.64
7	ฉันมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับปัญหาการรับประทานยาโรคหัวใจกับผู้ป่วยอื่นที่เป็นโรคหัวใจ	3.99	.86
8	เมื่อฉันต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคหัวใจฉันจะได้รับความช่วยเหลือจากผู้ป่วยอื่นที่เป็นโรคหัวใจ	3.42	1.08
9	สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนของฉันให้การดูแลเอาใจใส่ฉันอย่างเหมาะสม	2.73	1.08
10	แพทย์และพยาบาลให้การดูแลสุขภาพของฉันอย่างเพียงพอ	3.54	1.13
11	ฉันได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินเพียงพอ สำหรับการดูแลตัวฉัน	4.01	.87

ตาราง ค่าเฉลี่ย ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (n = 154)

ข้อ	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา	\bar{X}	SD
	ฉันมีความมั่นใจว่าฉันจะสามารถรับประทานยาโรคหัวใจ...		
1	เมื่อฉันอยู่บ้านแล้วมีงานยุ่ง	2.67	.51
2	เมื่อฉันอยู่ที่ทำงาน	2.58	.63
3	เมื่อไม่มีใครคอยเตือนฉัน	2.48	.72
4	เมื่อฉันรู้สึกกังวลที่จะต้องรับประทานยาเหล่านั้นไปตลอดชีวิต	2.20	.75
5	เมื่อยาเหล่านั้นส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียง	2.06	.73
6	เมื่อยาเหล่านั้นมีราคาสูง	2.14	.78
7	เมื่อฉันกลับจากที่ทำงานช้า	2.25	.77
8	เมื่อฉันไม่มีอาการแสดง เช่น เจ็บหน้าอก	2.37	.78
9	เมื่อฉันอยู่กับสมาชิกในครอบครัว	2.55	.73
10	เมื่อฉันอยู่ในสถานที่สาธารณะ	2.36	.75
11	เมื่อฉันคิดว่าชีวิตฉันต้องขึ้นอยู่กับยาเหล่านั้น	2.34	.72
12	เมื่อฉันคิดว่ายาเหล่านั้นอาจจะมีผลต่อสมรรถนะทางเพศ	2.14	.75
13	เมื่อเวลาที่จะรับประทานยาเหล่านั้นอยู่ระหว่างมื้ออาหาร	2.18	.78
14	เมื่อฉันอยู่ระหว่างการเดินทางท่องเที่ยว	2.29	.72
15	เมื่อฉันรับประทานยาเหล่านั้นมากกว่า 1 ครั้งต่อวัน	2.25	.77
16	ถึงแม้บางครั้งยาเหล่านั้นทำให้ฉันรู้สึกเหนื่อย	2.25	.69
17	ถึงแม้บางครั้งยาเหล่านั้นทำให้ฉันรู้สึกเวียนศีรษะ	2.07	.77
18	ถึงแม้ฉันมียาอื่นๆที่ต้องรับประทาน	2.12	.83
19	ถึงแม้ฉันรู้สึกดีขึ้น	2.58	.67
20	ถึงแม้ว่ายาเหล่านั้นจะทำให้ฉันปัสสาวะบ่อยครั้งระหว่างที่ไม่ได้อยู่ที่บ้านก็ตาม	2.32	.74

ตาราง (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (n = 154)

ข้อ	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา	\bar{X}	SD
	ฉันมีความมั่นใจว่าฉันสามารถ.....		
21	ไปรับยาของฉันเพิ่มก่อนที่ยาจะหมด	2.47	.69
22	ไปรับยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอไม่ว่ายาเหล่านั้นจะราคาเท่าไร	2.57	.70
23	ทำให้การรับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งในกิจวัตรประจำวันของฉัน	2.64	.66
24	จำได้เสมอว่าจะต้องรับประทานยาโรคหัวใจ	2.78	.50
25	รับประทานยาโรคหัวใจตลอดชีวิตได้	2.69	.55

ตาราง ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

Model	R	R ²	Adj. R ²	R ² Change	F Change	p-value
1	.341	.116	.110	.116	19.990	.000
2	.400	.160	.149	.160	14.346	.000
3	.436	.190	.174	.190	11.716	.000
4	.446	.199	.177	.199	9.229	.000
5	.447	.199	.172	.199	7.375	.000
6	.449	.202	.169	.202	6.192	.000
7	.458	.210	.172	.210	5.531	.000
8	.458	.210	.167	.210	4.821	.000

ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคัดเลือก ตัวแปรแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

Model	F	p-value	b	β	t	p-value	Tolerance	VIF
1(constant)			36.681		30.596	.000		
SUMBAR	19.990	.000	-.336	-.341	-4.471	.000	1.000	1.000
2(constant)			26.902		7.288	.000		
SUMBAR			-.255	-.259	-3.231	.002	.866	1.155
SUMSS	14.346	.000	.196	.224	2.794	.006	.866	1.155
3(constant)			23.810		6.161	.000		
SUMBAR			-.239	-.243	-3.061	.003	.860	1.163
SUMSS			.134	.153	1.817	.071	.758	1.320
SUMBEN	11.716	.000	.399	.190	2.363	.019	.832	1.202
4(constant)			25.005		6.300	.000		
SUMBAR			-.213	-.216	-2.639	.009	.803	1.245
SUMSS			.109	.124	1.422	.157	.705	1.418
SUMBEN			.394	.188	2.338	.021	.832	1.203
SUMPHQ	9.229	.000	-.100	-.105	-1.273	.205	.797	1.255
5(constant)			25.138		6.294	.000		
SUMBAR			-.216	-.219	-2.658	.009	.797	1.255
SUMSS			.118	.135	1.475	.142	.644	1.552
SUMBEN			.430	.205	2.256	.026	.654	1.530
SUMPHQ			-.093	-.098	-1.168	.245	.767	1.304
SUMSEV	7.375	.000	-.100	-.038	-.408	.684	.619	1.615

ตาราง (ต่อ) ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคัดเลือก ตัวแปรแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

Model	F	p-value	B	β	t	p-value	Tolerance	VIF
6(constant)			24.248		5.733	.000		
SUMBAR			-.203	-.206	-2.431	.016	.754	1.326
SUMSS			.109	.125	1.341	.182	.626	1.597
SUMBEN			.464	.222	2.343	.020	.606	1.649
SUMPHQ			-.090	-.095	-1.122	.264	.764	1.309
SUMSEV			-.153	-.058	-.589	.557	.559	1.788
SUMSE	6.192	.000	.019	.055	.649	.517	.745	1.342
7(constant)			25.584		5.859	.000		
SUMBAR			-.234	-.237	-2.678	.008	.691	1.446
SUMSS			.111	.127	1.367	.174	.626	1.598
SUMBEN			.555	.265	2.622	.010	.529	1.889
SUMPHQ			-.067	-.070	-.812	.418	.723	1.384
SUMSEV			.032	.012	.107	.915	.414	2.417
SUMSE			.015	.045	.522	.603	.737	1.357
SUMSUS	5.531	.000	-.235	-.140	-1.203	.231	.399	2.506
8(constant)			25.403		5.747	.000		
SUMBAR			-.229	-.232	-2.567	.011	.668	1.497
SUMSS			.112	.128	1.367	.174	.626	1.598
SUMBEN			.554	.267	2.604	.010	.529	1.891
SUMPHQ			-.070	-.073	-.840	.402	.713	1.403
SUMSEV			.016	.006	.054	.957	.402	2.486
SUMSE			.016	.046	.538	.592	.734	1.362
SUMSUS			-.226	-.135	-1.141	.256	.390	2.561
CONUM	4.821	.000	.095	.023	.307	.759	.938	1.066

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอิสริย์กร สุรศรีสกุล เกิดเมื่อวันที่ 23 ตุลาคม พ.ศ. 2523 ที่จังหวัดพิษณุโลก สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปีการศึกษา 2545 ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2553 จนถึงปัจจุบัน ประสบการณ์ด้านวิชาชีพ ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยโรคหัวใจ ชั้น 5 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ เลขที่ 33 ถนนสุขุมวิท ซอย 3 แขวงคลองเตย เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึงปัจจุบัน