

ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน Predictors of Medication Adherence in Ischemic Stroke Patients

นันทิยา แสงทองฤทธิ์	พย.ม.*	Nantiya Sangsongrit	M.N.S.*
วันเพ็ญ ภิญญาสกุล	Ph.D.**	Wanpen Pinyopasakul	Ph.D.**
ศศิมา กุสุมา ณ ออยุธยา	ปร.ด.***	Sasima Kusuma Na Ayuthya	Ph.D.***
ศรินทร์น์ ศรีประสงค์	ปร.ด.****	Sarinrut Sriprasong	Ph.D.****
ยงชัย นิละนนท์	พ.บ.*****	Yongchai Nilanont	M.D.*****

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำได้สูง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับยา การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองสามัญสำนึกในการควบคุมตนเอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยซึ่งป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันครั้งแรก ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวนรวม 75 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉับพลัน แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา และแบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาระหว่าง 0.8 - 1.0 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นระหว่าง 0.71 - 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52 มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73.3 มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก ร้อยละ 60 ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมากกว่า 1 ปี ขึ้นไป และร้อยละ 88 มีโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง

- * นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- * Master student of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Mahidol University
- ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Corresponding author)
- ** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University
- *** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- *** Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University
- **** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- **** Lecturer, Faculty of Nursing, Mahidol University
- ***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- ***** Assistant Professor, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University



ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ซึ่งการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยาสามารถร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 22.6 ($R^2 = 0.226, p < 0.05$) โดยพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับยา สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากที่สุด ($\bar{X} = 0.415, p < 0.05$) รองลงมา คือ การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ($\bar{X} = -0.293, p < 0.05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาล ในการตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และวางแผนการพยาบาลในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงความจำเป็นในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

คำสำคัญ: ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การรับรู้ความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับยา โรคหลอดเลือดสมองตับหรืออุตัน

Abstract

Patients with ischemic stroke are highly susceptible for having a recurrent stroke. Taking medication continuously as prescribed can significantly prevent its recurrences. This research was a predictive descriptive study which aimed at investigating factors predicting medication adherence in ischemic stroke patients, including illness perceptions and medication beliefs. A common sense model of self-regulation was used as a conceptual framework in this study. The sample consisted of 75 first-ever ischemic stroke patients who had been treated at outpatient departments of two tertiary hospitals in Bangkok and the vicinity. The samples were recruited by using convenience sampling. Data were collected by using a demographic questionnaire, Brief Illness Perception Questionnaire, Beliefs about Medicines Questionnaire, and Medication Adherence Report Scale. Content validity index and reliability coefficients of scale were between 0.8 - 1.0 and 0.71 - 0.87, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results of study

The study revealed that 52% of the sample aged over 61 years, 73.3% had unilateral weakness, 60% had stroke for more one year, and 88% had two or more co-morbidity that are risk factor for stroke, illness perceptions and medication beliefs could predict medication adherence in ischemic stroke patients by 22.6% ($R^2 = 0.226, p < 0.05$). When considering each variable, the findings showed that medication beliefs could predict medication adherence most ($\beta = 0.415, p < 0.05$) followed by illness perceptions did ($\beta = -0.293, p < 0.05$).

The results of this study are useful for nurses to increase an awareness of the importance of assessing illness perceptions and medication beliefs and planning for patient education about stroke and the necessity of taking medications as prescribed, so as to control risk factors and prevent recurrent stroke.

Key words: Medication Adherence, Illness Perceptions, Medication beliefs, Ischemic stroke

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับสามรองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า มีประชากรป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้มักมีโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 30 - 43 ภายใน 5 ปี เมื่อมีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมักจะมีคุณภาพมากขึ้น และมีอัตราการตายสูงขึ้นเป็น 2 เท่า (Coull, Lovett, & Rothwell, 2004) ดังนั้น การป้องกันการกลับเป็นซ้ำจึงมีความสำคัญเพื่อลดความรุนแรงและอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจุบัน การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอถือเป็นวิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ ยาที่ใช้บ่อยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) และยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (antiplatelet) รวมทั้งยาที่ใช้เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ยาลดความดันโลหิต และยาลดระดับไขมันในเลือด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Glader, Sjolander, Eriksson, & Lundberg, 2010) โดยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ

รับประทานยาไม่สม่ำเสมอมีหลายปัจจัย แบ่งเป็นปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ การดูแลสนับสนุนจากญาติ จำนวนยาที่รับประทาน และความรู้เกี่ยวกับยาที่รับประทาน (Bushnell *et al.*, 2011) ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับยา พบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อความตั้งใจ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วย ส่งผลให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Kucukarslan, 2012)

จากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับยา มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย (Rujisatian, 2009) อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับยา กับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันยังมียู่งจำกัด ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

เลเวนทาล์ ดีเฟนบาช และอีเลน เลเวนทาล์ (Leventhal, Diefenbach, & E. A. Leventhal, 1992) ได้พัฒนาแบบจำลองสามัญสำนึกในการควบคุมตนเอง โดยอธิบายว่าพฤติกรรมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับความเชื่อหรือการรับรู้ความเจ็บป่วย (illness perceptions) ของบุคคล นอกเหนือจากการรับรู้ความเจ็บป่วยแล้ว ความเชื่อเกี่ยวกับยา ถือเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญ และมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาเช่นกัน (Horne, 1997)

จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย พบว่า ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต



สูงที่มีการรับรู้ผลที่ตามมาจากความเจ็บป่วยของตนเอง ว่ามีความรุนแรง และความเจ็บป่วยนั้นเป็นแบบเรื้อรัง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เพื่อควบคุมหรือป้องกันไม่ให้อาการความเจ็บป่วยมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น (Chen, Tsai, & Chou, 2011) นอกจากนี้ หากผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นสามารถควบคุมได้ด้วยการรักษา (treatment control) ร่วมกับการรับรู้ความสามารถที่จะควบคุมภาวะความเจ็บป่วยด้วยตนเอง (personal control) เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา การควบคุมอาหารที่เหมาะสมกับโรค จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น (Hsiao, Chang, & Chen, 2012)

ในส่วนของปัจจัยด้านความเชื่อเกี่ยวกับยา มีการศึกษาในประเทศสกอตแลนด์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่ายามีความจำเป็นต่อการรักษาอาการความเจ็บป่วย และไม่มีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ จะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ในทางตรงกันข้ามเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่อว่า ยาที่ได้รับไม่มีความจำเป็นต่อการรักษาโรค และมีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ มีผลทำให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเกิดขึ้น (O'Carroll, Whittaker, Hamilton, Johnston, Sudlow, & Dennis, 2011)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับยา เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับยา และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับยา ต่อความสม่ำเสมอใน

การรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้ความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับยา และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เป็นอย่างไร
2. การรับรู้ความเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับยา สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้หรือไม่อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยา สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ภายใต้แบบจำลองสามัญสำนึกในการควบคุมตนเอง (common sense model of self-regulation) ของเลเวนทาล์ และคณะ (Leventhal et al., 1992) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต จะมีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และแปลผลข้อมูลความเจ็บป่วยที่ได้รับ ประกอบด้วย การรับรู้อาการ (identity) การรับรู้ผลที่ตามมาจากความเจ็บป่วย (consequence) การรับรู้ช่วงระยะเวลาของความเจ็บป่วย (timeline) การรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วย (cause) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม/รักษา (control) ซึ่งจะเกิดควบคู่กับการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย (emotional response to illness) การรับรู้ดังกล่าวมาจากพื้นฐานประสบการณ์ ความรู้ ทัศนคติ ของแต่ละบุคคล เกิดเป็นภาพสะท้อนต่อความเจ็บป่วย นำไปสู่การตัดสินใจเพื่อเผชิญปัญหาและจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ต่อมา ฮอร์น (Horne, 1997) ได้นำแบบจำลอง

สามัญสำนึกในการควบคุมตนเอง มาเป็นพื้นฐานในการศึกษาเพิ่มเติมด้านการรับรู้เกี่ยวกับการรักษา และการตัดสินใจรับประทานยาของผู้ป่วย โดยพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับยา มีองค์ประกอบ 2 ส่วนหลัก คือ ความจำเป็นของยา และความกังวลเกี่ยวกับยา ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกที่จะรับประทานหรือไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา และส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย จากกรอบแนวคิดดังกล่าว จะเห็นได้ว่าความเชื่อเกี่ยวกับยา รวมทั้งการรับรู้ความเจ็บป่วย มีผลต่อความเข้าใจ และการตัดสินใจของบุคคล ซึ่งส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง แผนกตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2556 ถึง เดือนพฤษภาคม 2556 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองขาดเลือด (ischemic stroke) ครั้งแรก
2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 3 เดือน
3. ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกรู้ตัวปกติ และผ่านการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง Thai Mental State Examination (TMSE) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป
4. สามารถเข้าใจภาษาไทยและสามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้

ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช ได้แก่ schizophrenia และ post stroke depression กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Polit & Beck, 2008) ได้จำนวน 75 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ

2. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉับย้อย เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย บรอดเบนท์เพทดีแมน และเวียนแมน (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย นภาพร รุจิเสถียร และผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Rujisatian, 2009) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ สำหรับ 8 ข้อแรกแบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อาการ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ระยะเวลา การควบคุมโรคด้วยตนเอง การควบคุมโรคด้วยการรักษา ความกังวล และผลกระทบต่ออารมณ์ โดยคะแนนสูง แปลว่า มีการรับรู้ในแต่ละด้านอยู่ในระดับมาก ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.67-0.99 สำหรับข้อ 9 เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย

3. แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย ฮอร์น และเวียนแมน (Horne & Weinman, 1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย นภาพร รุจิเสถียร และผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Rujisatian, 2009) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ โดยคะแนนสูง แปลว่า มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.73

4. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย ฮอร์น และเวียนแมน (Horne & Weinman, 1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย นภาพร รุจิเสถียร และผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Rujisatian, 2009) แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อคำถามด้านความจำเป็นของยา 5 ข้อ โดยคะแนนสูง แปลว่า มีความเชื่อว่ายาจำเป็นอยู่ในระดับสูง และด้านความกังวลเกี่ยวกับยา 6 ข้อ โดยคะแนนสูง แปลว่า มีความกังวลเกี่ยวกับยาที่รับประทานอยู่ในระดับสูง ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.72 และ 0.80 ตามลำดับ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บ

ผู้ป่วยบัยย่อ แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.8, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.71 และ 0.73 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา แบ่งเป็น ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา และความกังวลเกี่ยวกับยา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และ 0.76 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้ง 2 แห่ง โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บรักษาความลับประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตามที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาที่ได้รับจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตัดสินใจและลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับยา และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับยา ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (enter multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.3 เป็นเพศชาย ร้อยละ 52 มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 49.3 จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60 ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมากกว่า 1 ปี ขึ้นไป และร้อยละ 88 มีโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 26.7 มีกำลังของกล้ามเนื้อปกติ และร้อยละ 73.3 มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกปานกลางถึงเล็กน้อย โดยมีกำลังของกล้ามเนื้อระดับ 3-4 ด้านความสามารถในการจัดยารับประทาน พบว่า ร้อยละ 74.7 ผู้ป่วยสามารถจัดยารับประทานได้ด้วยตนเอง และร้อยละ 25.3 มีญาติเป็นผู้ช่วยเหลือในการจัดยาให้รับประทาน ดังแสดงในตารางที่ 1

2. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเจ็บป่วยในแต่ละด้าน ดังนี้คือ รับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น แขนขาอ่อนแรง ($\bar{X} = 5.57$, $SD = 2.28$) รับรู้ผลที่ตามมาจากการเจ็บป่วยว่ามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ($\bar{X} = 6.89$, $S.D. = 2.55$) ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีระยะเวลายาวนาน/เรื้อรัง ($\bar{X} = 6.71$, $SD = 2.73$) ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง ($\bar{X} = 6.60$, $SD = 2.03$) และการรักษาที่ได้รับมีส่วนช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น ($\bar{X} = 8.77$, $S.D. = 1.55$) แต่ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้ไม่มีผลกระทบต่ออารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ($\bar{X} = 5.55$, $S.D. = 2.60$)

ด้านสาเหตุของความเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ว่าเกิดจากปัจจัยด้านวิถีการดำเนินชีวิตมากที่สุด เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมัน (ร้อยละ 68) การสูบบุหรี่/ดื่มสุรา (ร้อยละ 61.3) และปัจจัยด้านสภาวะทางอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด (ร้อยละ 48)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=75)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	46	61.3
หญิง	29	38.7
อายุ		
40-60 ปี	36	48.0
61 ปีขึ้นไป	39	52.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	2.7
ประถมศึกษา	37	49.3
มัธยมศึกษา	25	33.4
ปริญญาตรีขึ้นไป	11	14.6
สถานภาพสมรส		
คู่	51	68.0
หย่า/แยก	16	21.3
โสด	8	10.7
ข้อมูลสุขภาพ		
ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
3 เดือน – 1 ปี	30	40
1 ปี ขึ้นไป	45	60
โรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นร่วมกัน (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ)		
1 โรค	9	12.0
2 โรคขึ้นไป	66	88.0
ร่างกายมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก		
กำลังของกล้ามเนื้อปกติ	20	26.7
กำลังของกล้ามเนื้อระดับ 3-4	55	73.3
การจัดยารับประทาน		
จัดยารับประทานเอง	56	74.7
มีผู้ช่วยเหลือ	19	25.3

3. กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับยาในแต่ละด้าน ดังนี้คือ เชื่อว่าตนเองมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 22.09$, S.D. = 1.80) และมีความกังวลเกี่ยวกับยาในระดับต่ำ ($\bar{X} = 10.83$, S.D. = 2.40)

4. กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในระดับสูง ($\bar{X} = 24.25$, S.D. = 1.07)

5. การรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยาสามารถร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ร้อยละ 22.6 โดยความเชื่อเกี่ยวกับยาสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากที่สุด ($\bar{X} = .415$, $p < 0.05$) รองลงมาคือ การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ($\bar{X} = -.0293$, $p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยการทำนายความสำเอนในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตัน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ตัวแปรทำนาย	β	SE _{β}	b	t	p
การรับรู้ความเจ็บป่วย	-.293	.013	-.036	2.800	.007*
ความเชื่อเกี่ยวกับยา	.415	.033	.132	3.969	.000*
ค่าคงที่ = 19.456; SE _{est} = $\pm$ 0.951; R = .476; R ² = .226					
Adjusted R ² = .205; F = 10.527; p-value = .000					

*p < 0.05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับการศึกษาของ คูลล์และคณะ (Coull *et al.*, 2004) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ก็มีโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นผลทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น และต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมโรคปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.7) สามารถจัดยารับประทานได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีกำลังของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 26.7) และมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกปานกลางถึงเล็กน้อย (ร้อยละ 73.3) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือพึ่งพาญาติเพียงบางส่วน โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68 มีสถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 25.3 มีญาติคอยช่วยเหลือดูแลในการจัดยาให้รับประทาน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสำเอนในการรับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุสนเนลล์และคณะ (Bushnell *et al.*, 2011) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสนับสนุนจากญาติจะมีผลให้ผู้ป่วยมีความสำเอนในการรับประทานยามากขึ้น

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยสามารถทำนายความสำเอนในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้ ($\bar{X}$ = -.293, p = .007) ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โรค

หลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต โดยมีอาการของโรคที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน เช่น อาการแขนขาอ่อนแรง มีการรับรู้ผลที่ตามมาจากความเจ็บป่วยว่า ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ร่วมกับการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีระยะเวลาความเจ็บป่วยยาวนานมากกว่า 1 ปี และรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นสามารถรักษาได้ด้วยการรับประทานยา เพื่อให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรับประทานยาอย่างสำเอน เพื่อจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ผลการศึกษารังนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สาเหตุความเจ็บป่วยของตนเอง ว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านวิถีการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง จึงคาดว่าจะสามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจึงไม่มีผลกระทบต่ออารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองในด้านบวก และมีความสำเอนในการรับประทานยามากขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับแนวคิดของ เลเวนทาล์และคณะ (Leventhal *et al.*, 1992) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วย จะมีการประมวลข้อมูลความเจ็บป่วยที่ได้รับ ส่งผลต่อการตัดสินใจเพื่อจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น การรับประทานยาอย่างสำเอน เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพของอาการความเจ็บป่วย รับรู้ถึงความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อชีวิต และโรคที่เป็นสามารถควบคุมหรือรักษาได้ เพื่อให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ความเจ็บ

ป่วยที่เกิดขึ้นจึงไม่มีผลกระทบต่ออารมณ์ของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Chen *et al.*, 2011) นอกจากนี้ การศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่รับรู้ว่า โรคเบาหวานสามารถควบคุมและรักษาได้ด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และยาอินซูลิน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการใช้ยาอินซูลินตามแผนการรักษา (Broadbent, Donkin, & Stroh, 2011)

นอกจากนี้ ผลการศึกษาค้างนี้ พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับยา สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้ ($\bar{X} = 0.415, p = 0.000$) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่ายามีความจำเป็นต่อการรักษาโรค และไม่มี ความกังวลเกี่ยวกับยาที่รับประทาน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นภายหลังการรักษา จึงเห็นประโยชน์ของการใช้ยา และมีความเชื่อว่าการรับประทานยามีความจำเป็นต่อการรักษาความเจ็บป่วย นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการข้างเคียง อีกทั้งการรับประทานยาไม่ได้สร้างความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันของตน กลุ่มตัวอย่างจึงไม่มีความกังวลเกี่ยวกับยาที่รับประทาน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

ผลการศึกษาค้างนี้ สอดคล้องกับแนวคิดของฮอร์น (Horne, 1997) ที่กล่าวว่า ความเชื่อเกี่ยวกับยา ทั้งทางด้านความจำเป็นของยา และความกังวลเกี่ยวกับยา เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาตามแผนการรักษา เพื่อจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามกับชีวิตของตน เช่นเดียวกับ ผลการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการได้รับยามากกว่าอันตรายจากการรับประทานยา จะเห็นความจำเป็นของยาในการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และมีความกังวลน้อยเกี่ยวกับอันตรายจากการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากขึ้น (O'Carroll *et al.*, 2011) นอกจากนี้ ผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเชื่อว่า ยาที่ได้รับมี

ความจำเป็นต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง มีผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเช่นกัน (Ruppar, Dobbels, & Geest, 2012)

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึง ลักษณะการรับรู้ความเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับทีมสุขภาพในการนำความรู้ที่ได้ ไปพัฒนา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่สม่ำเสมอเพิ่มขึ้น ทั้งนี้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นแบบสะดวก ไม่มีการสุ่มเลือก จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- พยาบาลสามารถนำผลการศึกษาค้างนี้ ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยา เพื่อวางแผนให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- พยาบาลสามารถนำผลการศึกษาค้างนี้ ไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยาที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เช่น อายุ ระดับความรุนแรงของโรค จำนวนโรคร่วม เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุมมากขึ้น
- ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง เกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อเกี่ยวกับยาและการรับรู้ความเจ็บป่วย ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2556 จาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631– 637.
- Broadbent, E., Donkin, L., & Stroh, J. C. (2011). Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care*, 34, 338–340.
- Bushnell, C. D., Olson, D. M., Zhao, X., Pan, W., Zimmer, L. O., Goldstein, L. B., et al. (2011). Secondary preventive medication persistence and adherence 1 year after stroke. *Neurology*, 77, 1182-1189.
- Chen, S. L., Tsai, J. C., & Chou, K. R. (2011). Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: A structural modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 235–245.
- Coull, A. J., Lovett, J. K., & Rothwell, P. M. (2004). Population based of early risk of stroke after transient ischemic attack or minor stroke: Implications for public education and organization of services. *British Medical Journal*, 328(7435), 326-329.
- Glader, E. L., Sjolander, M., Eriksson, M., & Lundberg, M. (2010). Persistent use of secondary preventive drugs declines rapidly during the first 2 years after stroke. *Stroke*, 41, 397-401.
- Horne, R. (1997). Representation of medication and treatment: Advances in theory and Measurement. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds), *Perceptions of health and illness*. Amsterdam: Harwood Academic.
- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 555–567.
- Hsiao, C. Y., Chang, C., & Chen, C. D. (2012). An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 28, 442-447.
- Kucukarslan, N. S. (2012). A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: Lessons learned and future directions. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 8, 371–382.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163.

O'Carroll, R., Whittaker, J., Hamilton, B., Johnston, M., Sudlow, C., & Dennis, M. (2011).

Predictors of adherence to secondary preventive medication in stroke patients. *The Society of Behavioral Medicine*, 41, 383–390.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Principles and methods*. (8th ed).

Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rujisatian, N. (2009). *The relationship of illness representations and beliefs about medications to adherence to oral hypoglycemic medications in persons with type 2 diabetes*.

Faculty of Graduate Studies. Mahidol University.

Ruppar, T. M., Dobbels, F., & Geest, S. D. (2012). Medication beliefs and antihypertensive adherence among older adults: A pilot study. *Geriatric Nursing*, 33(2), 89-95.