ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ*

เกศริน ศรีเพ็ชร**
จงจิต เสน่หา***
ศรินรัตน์ ศรีประสงค์****
เอนก กนกศิลป์*****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ณ โรงพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 177 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ และความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณา ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์สเปียร์แมน และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 79.7 อายุเฉลี่ย 58.75 ปี (S.D. = 11.1) กลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 หรือร้อยละ 70.1 มีความร่วมมือในการรับประทานยา โดยการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการ PCI ได้ ร้อยละ 32.3 (Negelkerke R^2= 0.323) ซึ่งการตอบสนองการเจ็บป่วย ทางอารมณ์โดยรู้สึกกลัวการกลับเป็นซ้ำ (OR = 1.14, 95%CI = 1.06 – 1.21, p < 0.001) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด (OR = 1.30, 95% CI = 1.15 – 1.46, p < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค และส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการ PCI

คำสำคัญ : ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด, การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด, การตอบสนองการเจ็บป่วยทางอารมณ์, สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ, ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง

---

* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
*** รองศาสตราจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Corresponding author; E-mail: chongchit.san@mahidol.ac.th
**** อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
***** นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก
Received: August 21, 2019 / Revised: October 15, 2019 / Accepted: November 13, 2019

Factors influencing antiplatelet therapy adherence among patients with acute ST- elevation myocardial infarction in post percutaneous coronary intervention*

Ketsarin Sriphet**
Chongjit Seneha***
Sarinrut Sriprasong****
Anek Kanoksilp*****

Abstract

The present study was a predictive correlational research which aimed at investigating the cognitive illness representation, emotional response and patient-provider relationship on antiplatelet therapy adherence among patients with acute ST- elevated myocardial infarction (STEMI) six months to one year post percutaneous coronary intervention (PCI). The study sample consisted of 177 patients with STEMI post PCI at a specialized tertiary hospital in Nontaburi province. Data were collected by survey of the demographic characteristics questionnaire, the health and medication intake questionnaire, the Brief Illness Perception Questionnaire, Trust in Physician Scale, and the Medication Adherence Report Scale. Descriptive statistics, Spearman's rho and logistics regression analysis were used to analyze data.

The findings revealed that 79.7% of the participants were male with the mean age of 58.75 years old (S.D. = 11.1). Almost three quarters, or 70.1%, had good medication adherence. Moreover, cognitive illness representation, emotional response and patient-provider relationship could co-predict antiplatelet therapy adherence among patients with STEMI post PCI by 32.3% (Negelkerke R^2 = 0.323). Finally, emotional response to illness "fear of relapses" (OR = 1.14, 95%CI = 1.06-1.21, $p < 0.001$) and relationship between patients and healthcare providers were the two factors that had an influence on antiplatelet therapy adherence (OR = 1.30, 95% CI = 1.15-1.46, $p < 0.001$) with statistical significance.

Based on the study findings, it is recommended that nurses should raise the patients' awareness about chance of relapses and promote the relationship between patients and healthcare providers to ensure antiplatelet adherence therapy among patients with STEMI post PCI.

Keywords : antiplatelet therapy adherence, cognitive illness, emotional response, patient-provider relationship, patients with acute ST-elevation myocardial infarction

---

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University
** Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University
*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University
Corresponding author; E-mail: chongchit.san@mahidol.ac.th
**** Nurse instructor, Faculty of Nursing, Mahidol University
***** Director, Central Chest Institute of Thailand, Nonthaburi
Received: August 21, 2019 / Revised: October 15, 2019 / Accepted: November 13, 2019

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (ST elevation myocardial infarction: STEMI) เป็นกลุ่มอาการหนึ่งของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome: ACS) อัตราอุบัติการณ์ต่อประชากรหนึ่งแสนคนของผู้ป่วย STEMI ในประเทศจีน อเมริกา และสวีเดน พบอัตรา 15.4 ราย[1] 50 ราย[2] และ 58 ราย[3] ตามลำดับ สำหรับประเทศไทยรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (acute myocardial infarction: AMI) พบ 125.5 รายประชากรหนึ่งแสนคน[4] การรักษาในกลุ่มผู้ป่วย STEMI จำเป็นต้องได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจให้เร็วที่สุด เพื่อจำกัดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention: PCI) เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการ PCI จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อีกทั้งการให้ความร่วมมือในการรักษา[2] โดยเฉพาะการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกัน 2 กลุ่ม (dual antiplatelet therapy: DAPT) ประกอบด้วย ยากลุ่ม P2 Y12 inhibitor และกลุ่มแอสไพรินอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 12 เดือน[5]

การรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด DAPT อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 12 เดือน ในผู้ป่วย STEMI หลัง PCI สามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 15 และหากไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องจะมีความเสี่ยงต่อการอุดตันในขดลวด (stent thrombosis) การเปิดหลอดเลือดหัวใจซ้ำ (revascularization) และเสียชีวิต[6] ดังนั้น ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด DAPT อย่างสม่ำเสมอจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ความร่วมมือในการรับประทานยา (medication adherence) เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลาและต่อเนื่อง สอดคล้องตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ และตามแผนการรักษา[7,8] จากการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลงตามระยะเวลา โดยผู้ป่วย ACS มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด DAPT ลดลงในระยะเวลา 6 - 12 เดือน[9,10] โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ทั้งความกังวลเกี่ยวกับอันตรายและอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา[11] ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของการรับประทานยาโรคหัวใจ[12] จากกรอบแนวคิดความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (multidimensional adherence model: MAM) ของ WHO[8] ได้กล่าวถึงปัจจัยด้านผู้ป่วยและด้านทีมสุขภาพและระบบสุขภาพว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งปัจจัยด้านผู้ป่วยประกอบด้วย การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด (cognitive illness representation) การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์ (emotional response) และปัจจัยด้านทีมสุขภาพและระบบสุขภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ (patient-provider relationship)

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดเป็นการแปลความหมายของความเจ็บป่วยจากประสบการณ์ตามความเชื่อ ทัศนคติของผู้ป่วยในการเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยโดยรับรู้ว่ามีผลกระทบและคุกคามต่อสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้ลักษณะอาการของความเจ็บป่วย (identity) การรับรู้ผลที่ตามมาของความเจ็บป่วย (consequence) การรับรู้ระยะเวลาความเจ็บป่วย (timeline) การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเองและการรักษา (personal and treatment control) และความเข้าใจความเจ็บป่วย (illness coherence)[13,14]

จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รับรู้ลักษณะอาการความเจ็บป่วยรุนแรงมาก จะมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น[15] และใน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำ PCI หรือผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft: CABG) ในระยะเวลา 3-9 เดือน พบว่า การรับรู้ลักษณะอาการรุนแรงน้อยไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา แต่การรับรู้ผลที่ตามมาจากความเจ็บป่วยว่ากระทบต่อการดำเนินชีวิตมากเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ[16] ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำ PCI ในระยะเวลา 30 วัน พบว่า การรับรู้ระยะเวลาความเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง มีผลต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด[17] และการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเองและการรักษาว่าควบคุมได้มากจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจเพิ่มขึ้น[18] แต่การศึกษาอื่น[17] พบว่า การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเองและการรักษาไม่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อภาวะคุกคามสุขภาพที่เป็นอันตราย[13] และเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (concern) และการแสดงออกทางอารมณ์ (emotional representation) ได้แก่ ความซึมเศร้า ความหงุดหงิด ความโกรธ ความห่วง ความกังวล ความกลัว และความทุกข์[13,19] จากการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความกังวล (concern) เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น[18] แต่บางการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ ความทุกข์ และกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยน้อยจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น[15]

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ เป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพประกอบด้วย การสื่อสารซึ่งเป็นกระบวนการของสัมพันธภาพและความไว้วางใจ เป็นผลลัพธ์ของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพจะตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา ส่งผลให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น[20] และเมื่อผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพและการสื่อสารที่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพจะส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ[21] และการศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความไว้วางใจต่อบุคลากรทางสุขภาพมากจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น[22,23] แต่ในผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ความไว้วางใจต่อบุคลากรทางสุขภาพไม่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือการใช้ยาฉีดอินซูลิน[24]

ที่ผ่านมาพบการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งที่ไม่ได้รับการทำ PCI และทำ PCI หรือได้รับการผ่าตัด CABG และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ผลการศึกษาความสัมพันธ์ และอำนาจการทำนายของปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นยังมีไม่ชัดเจน โดยการศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด ด้านลักษณะอาการของความเจ็บป่วยพบว่า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รับรู้ลักษณะอาการของความเจ็บป่วยรุนแรงมากมีความสัมพันธ์เพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา[15] แต่การศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำ PCI หรือผ่าตัด CABG พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน[16,17] ด้านการรับรู้ว่าผลที่ตามมาจากความเจ็บป่วย พบว่าในผู้ป่วยหลังทำ PCI หรือผ่าตัด CABG รับรู้ผลที่ตามมาจากความเจ็บป่วยว่ามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากมีความสัมพันธ์เพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา[16] แต่การศึกษาอื่นในโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำ PCI พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน[15,17] ในด้านการตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์ การศึกษาของ Mosleh และ Almalik[18] ในผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดหัวใจพบว่า ความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (concern) มีอิทธิพลเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา แต่การศึกษาอื่นพบว่า การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์ไม่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา[16,17] และในด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ พบการศึกษาอิทธิพลของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพต่อความร่วมมือในการรับประทานยาพบในโรคเรื้อรังอื่น[22,23] และยังไม่พบการศึกษาอิทธิพลของความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดเฉพาะในผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการทำ PCI ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการทำ PCI และศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการทำ PCI เพื่อได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ไปพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมในความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วย STEMI ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการทำ PCI และศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการทำ PCI

คำถามการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการทำ PCI เป็นอย่างไร

2. การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ เป็นกลุ่มปัจจัยร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการทำ PCI หรือไม่

สมมุติฐานการวิจัย

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ เป็นกลุ่มปัจจัยร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการทำ PCI

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (MAM) ของ WHO[8] ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการทำ PCI ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการรับประทานยา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย 5 มิติปัจจัยที่มีความหลากหลายและสัมพันธ์กัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยด้านทีมสุขภาพและระบบสุขภาพในผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการทำ PCI ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาได้ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด หากผู้ป่วยรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดว่าเป็นภาวะคุกคามต่อสุขภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยจัดการด้วยการให้ความร่วมมือในการรักษาและการรับประทานยา การตอบสนองการเจ็บป่วยทางอารมณ์ หากผู้ป่วยมีความกลัว ความ

กังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะส่งผลให้ร่วมมือในการรับประทานยา และปัจจัยด้านทีมสุขภาพและระบบสุขภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพจะทำให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย โดยมีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

ประชากรที่ศึกษา

เป็นผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยหลังทำหัตการผ่านสายสวนหัวใจ (PCI clinic) งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ α = 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ 0.80 ขนาดอิทธิพลกลางได้ค่า odd ratio 1.72[25] นำมาคำนวนด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 177 คน

คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก ที่มาตรวจตามนัดในระยะเวลา 6 -12 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทย ไม่มีการรับรู้บกพร่อง

กรณีผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประเมินโดยแบบประเมินจีพีค็อก[26] มีคะแนนเท่ากับ 9 คะแนน เกณฑ์การคัดออกขณะสัมภาษณ์ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ได้แก่ เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ไม่มีผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีอาการผิดปกติขณะสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจจีพีค็อก พัฒนาโดย Brodaty และคณะ[26] และแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย จิรนันท์ กริฟฟิกส์ สุภาวดี พุฒิหน่อย และเมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี[27] ใช้ประเมินความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไป เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้วัน เวลา ความจำ คะแนนรวม 9 คะแนน หากผู้ป่วยมีคะแนนน้อยกว่า 9 คะแนน ไม่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ และผู้ดูแล และข้อมูลด้านสุขภาพและการรับประทานยา ประกอบด้วย อาการผิดปกติ การประเมิน The New York Heart Association (NYHA) การประเมิน Cannadian Cardiovascular Society (CCS) โรคร่วม ยาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมด และความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

2.2 แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ด้านการรู้คิดและการตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์ โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire: Brief IPQ) ของ Broadbent และคณะ[19] แปลเป็นภาษาไทยโดยพิมพา เทพวัลย์ และคณะ[28] แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด แบบสอบถามมีจำนวน 6 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้น ประกอบด้วย การประเมินผลที่ตามมาของความเจ็บป่วย ระยะเวลาของความเจ็บป่วย การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา ลักษณะอาการของความเจ็บ

ป่วย ความเข้าใจความเจ็บป่วย แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0 -10 คะแนน โดยเทียบกับค่ากลาง (Neutral point = 5)[29] มีการแปลผลดังนี้ คะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดสูง (มากกว่า 5 คะแนน) หมายถึง การรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรู้คิดมาก ในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยการทดสอบซ้ำ (test retest reliability) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) มีค่าระหว่าง 0.63 ถึง 0.95

ส่วนที่ 2 การตอบสนองการเจ็บป่วยทางอารมณ์ แบบสอบถามมีจำนวน 2 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้น ประกอบด้วย ด้านความกังวลเกี่ยวความเจ็บป่วย (concern) และการแสดงออกทางอารมณ์ (emotional representation) แต่ละข้อมีค่า 0 -10 คะแนน โดยเทียบกับค่ากลาง (Neutral point = 5)[29] มีการแปลผลดังนี้ คะแนนการตอบสนองการเจ็บป่วยทางอารมณ์สูง (มากกว่า 5 คะแนน) หมายถึง ความเจ็บป่วยมีผลต่ออารมณ์มาก ในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยการทดสอบซ้ำ (test retest reliability) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) มีค่าระหว่าง 0.90 ถึง 0.95 ภายหลังเก็บข้อมูลพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์และความกังวลเกี่ยวการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กันเอง (multicollinearity) ผู้วิจัยจึงนำมาปรับรวมกันเป็นการตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์ค่าเดียว

2.3 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามความไว้วางใจของผู้ป่วยในบุคลากรทางสุขภาพ (The Trust in Physician Scale: TPS) ของ Anderson และ Dedrick[30] แปลเป็นภาษาไทยโดย สุปริญญา พรมมาลุน และคณะ[24] แบบสอบถามมีจำนวน 11 ข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) มีการแปลผลดังนี้

คะแนน 11-25 หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพระดับน้อย

คะแนน 26 – 40 หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพระดับปานกลาง

คะแนน 41 - 55 หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพระดับมาก ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86

2.4 แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา Medication Adherence Report Scale (MARS-5) ของ Horne และ Weinman[31] แปลเป็นภาษาไทยโดย ปัณฑิตา เพ็ญพิมล และคณะ[12] แบบสอบถามมีจำนวน 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ สม่ำเสมอ (1 คะแนน) ถึง ไม่เคยเลย (5 คะแนน) ได้กำหนดจุดตัดคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาที่ 25 คะแนน[12] มีการแปลผลดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน หมายถึง ไม่มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด

คะแนนเท่ากับ 25 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการรับประทานยาเกล็ดเลือดได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.73

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยโรงพยาบาลตติยภูมิหนึ่งแห่งในจังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยได้ประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิกผู้ป่วยหลังทำหัตการผ่านสายสวนหัวใจ (PCI clinic) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเอง

ใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาที ภายหลังการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลทุกชุดก่อนไปวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล (COA.IRB-NS2018/10.2301) และคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยโรงพยาบาลตติยภูมิหนึ่งแห่งในจังหวัดนนทบุรี (หนังสือรับรองเลขที่ 166/2561) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยได้รับการชี้แจงจากผู้วิจัยให้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยจนเข้าใจ และมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษา ผู้วิจัยให้ความเคารพความเป็นส่วนตัว และรักษาข้อมูลที่ได้เป็นความลับ และผู้วิจัยให้ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ลงลายมือชื่อในใบยินยอมก่อนทำการประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาใช้สถิติบรรยาย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสเปียร์แมน (Spearman's rho) เนื่องจากตัวแปรความร่วมมือในการรับประทานยามีการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นปกติ

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก ด้วยวิธีเลือกตัวแปรทำนาย ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ผู้วิจัยจัดการข้อมูลเข้าสมการโดยใช้ค่าคะแนนต่อเนื่องเข้าสมการถดถอยโลจิสติกในขั้นตอนเดียว (enter logistic regression analysis)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 177 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 79.7) อายุเฉลี่ย 58.75 ปี (S.D. = 11.1) มีอายุน้อยกว่า 60 ปี (ร้อยละ 55.40) สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 92.1) ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามีอาการหายใจลำบากหรือเหนื่อย เจ็บหน้าอก และเวียนศีรษะ (ร้อยละ 22, 10.2 และ 7.9) ตามลำดับ มีระดับ NYHA class I และ CCS class I ร้อยละ 72.3 และ ร้อยละ 90.4 ตามลำดับ มีโรคร่วม เช่น ไขมันสูง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน (ร้อยละ 87.0, 59.3 และ 37.3) ตามลำดับ ได้รับยา Aspirin และได้รับยา Aspirin ร่วมกับยา Clopidogrel (ร้อยละ100 และ 87.6) ตามลำดับ ได้รับยากลุ่ม Beta blocker และยากลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitor (ร้อยละ 84.7 และ 76.3) ตามลำดับ และยาลดไขมัน (ร้อยละ 99.4) มีความรู้สึกกลัวการกลับเป็นซ้ำและเสียชีวิต และวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ร้อยละ 44.6 และ 16.9) ตามลำดับ

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดแยกรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ลักษณะอาการของความเจ็บป่วยรุนแรงน้อย (Mean = 2.04,S.D. = 2.79 คะแนน) ผลที่ตามมาของความเจ็บป่วยกระทบต่อการดำเนินชีวิตน้อย (Mean = 3.14, S.D. = 3.30 คะแนน) ระยะเวลาของความเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง (Mean = 8.36, S.D.= 2.63 คะแนน) การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเองและการรักษาว่าควบคุมได้มาก (Mean = 7.69, S.D. = 1.79 และ 9.32, S.D. = 1.07 คะแนน) ความเข้าใจความเจ็บป่วยปานกลาง (Mean = 6.67, S.D. = 2.79 คะแนน) ตามลำดับ การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์

น้อย (Mean = 3.99, S.D. = 3.07 คะแนน) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพระดับมาก (Mean = 50.85, S.D. = 3.32 คะแนน) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ

ตัวแปร	Mean	S.D.	การแปลผล
การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดแยกรายด้าน			
- ผลที่ตามมาของความเจ็บป่วย	3.14	3.30	กระทบต่อการดำเนินชีวิตน้อย
- ระยะเวลาความเจ็บป่วย	8.36	2.63	แบบเรื้อรัง
- การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง	7.69	1.79	ควบคุมได้มาก
- การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา	9.32	1.07	ควบคุมได้มาก
- ลักษณะอาการของความเจ็บป่วย	2.04	2.79	รุนแรงน้อย
- ความเข้าใจความเจ็บป่วย	6.67	2.79	ปานกลาง
การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์	3.99	3.07	น้อย
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ	50.85	3.32	มาก

ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด (ร้อยละ 70.1) คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดเท่ากับ 24.24 คะแนน (S.D. = 1.69) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด

ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด	จำนวน	ร้อยละ
มีความร่วมมือ (เท่ากับ 25 คะแนน)	124	70.1
ไม่มีความร่วมมือ (น้อยกว่า 25 คะแนน)	53	29.9

(Mean = 24.24, S.D. = 1.69, Min = 16, Max = 25)

ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วย STEMI

การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .34 และ r_s = .41, p < .001) ตามลำดับ หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพมากมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rho, r_s) ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด (N = 177)

ตัวแปรที่ศึกษา	ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด
การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด	.06
การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์	.34**
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ	.41**

*p< 0.05, **p < 0.001

เมื่อวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 32.3 (Negelkerke R^2 = 0.32) โดยมี 2 ตัวแปรที่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ได้แก่ การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์ (OR = 1.14, 95% CI = 1.06 – 1.21, p < 0.001) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ (OR = 1.30, 95% CI = 1.15 – 1.46, p < 0.001) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ อำนาจการทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (N = 177)

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	OR	95%CI	Wald statistic	p-value
การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์	.13	.03	1.14	1.06 – 1.21	14.45	.00**
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ	.26	.061	1.30	1.15 –1.46	18.34	.00**

*p < 0.05, **p < 0.001, Cox & Snell R^2 = 0.23, Negelkerke R^2 = 0.32, Predictive correct = 70.10%- 2 Log likelihood = 216.08 Note CI = Confidence interval for odds ratio (OR)

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.1) มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการ PCI ซึ่งผ่านประสบการณ์เจ็บป่วยที่วิกฤต ได้รับการรักษาแบบฉุกเฉินและอาการดีขึ้นหลังทันทีหลังจากรักษาจึงเห็นความความสำคัญของการรักษา และเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามจากพยาบาลและทีมสุขภาพในการให้ข้อมูลในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจาก PCI คลินิก ตั้งแต่เดือนแรกและทุก ๆ 3 เดือน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นและเห็นความสำคัญของความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด และพบว่า ปัจจัยด้านการตอบสนองการเจ็บป่วยทางอารมณ์ มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.14, 95% CI = 1.06 – 1.21, p < 0.001) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เมื่อค่าคะแนนการตอบสนองการเจ็บป่วยทางอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 คะแนน ผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.4 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือของ WHO[8] ได้ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัว กังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้น[8,32]

การศึกษาครั้งนี้ในผู้ป่วย STEMI หลังทำ PCI ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต พบว่า ยังมีความรู้สึกกลัวการกลับเป็นซ้ำและเสียชีวิต และวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ร้อยละ 44.6 และ 16.9) ตามลำดับ จึงทำให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ Mosleh และ Almalik[18] ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำ PCI หรือผ่าตัด CABG ในประเทศจอร์แดน พบว่าความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาเชิงคุณภาพของ Junehag, Asplund และ Svedlund[33] ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวการกลับเป็นซ้ำ และกลัวเสียชีวิตจะทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น

ส่วนด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.30, 95% CI = 1.15 – 1.46, p < 0.001) แสดงว่า ผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการทำ PCI ที่มีค่าคะแนนสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพเพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 คะแนน จะมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 13 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือของ WHO ในปัจจัยด้านทีมสุขภาพและระบบสุขภาพ ที่พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น[8,32]

เนื่องจากบริบทการให้บริการในผู้ป่วย STEMI หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจตามนัดและติดตามอาการและความเจ็บป่วยตั้งแต่เดือนแรกและทุก ๆ 3 เดือน ที่ PCI คลินิก ที่มีการดูแลรักษาแบบบูรณาการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และกายภาพบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ และมีส่วนร่วมในการดูแลรักษากับบุคลากรทางสุขภาพ เมื่อบุคลากรทางสุขภาพได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และลดความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยจึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัว และมีความไว้วางใจในการให้บริการในระดับมาก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคลากรทางสุขภาพจึงทำให้มี

ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Rashid, Edwards, Walter, และ Mant[34] ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคลากรทางสุขภาพมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น และการศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[22]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. นำผลการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนารูปแบบการดูแลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการทำ PCI เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาโดยการให้ข้อมูลเรื่องความสำคัญของการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด เน้นย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด และติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. นำผลการศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพโดยให้ผู้ป่วยได้พบกับบุคลากรทางสุขภาพกลุ่มเดิม เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการทำ PCI

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาเชิงทดลองโดยพัฒนาโปรแกรมการสร้างความตระหนักในการรับประทานยา โดยใช้เทคโนโลยีโทรศัพท์มือถือด้วยการแจ้งเตือน (alert mobile technology)

2. ควรศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในระยะยาวตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งแรก เพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

References

1. Li J, Li X, Wang Q, Hu S, Wang Y, Masoudi FA, et al. ST-segment elevation myocardial infarction in China from 2001 to 2011 (the China PEACE-Retrospective Acute Myocardial Infarction Study): a retrospective analysis of hospital data. Lancet. 2015; 385(9966): 441-51.
2. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE, Chung MK, De Lemos JA, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the manage ment of ST-elevation myocardial infarction. Circulation. 2013; 127(4): e362- e425.
3. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: the Task force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2017; 39(2): 119-77.
4. Bureau of Policy and Strategy.Public Health Statistic 2015. [doccument on the Internet]; 2016.[cited 2016 Jan 16]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic 2015.pdf. (in Thai).
5. Bittl JA, Baber U, Bradley SM, Wijeysundera DN. Duration of dual antiplatelet therapy: a systematic review for the 2016 acc/aha guideline focused update on duration of dual antiplatelet therapy in patients with coronary artery disease: a report of the american

college of cardiology/american heart association task force on clinical practice guidelines. J Am Coll Cardiol. 2016; 68(10): 1116-39.

6. Valgimigli M, Bueno H, Byrne RA, Collet JP, Costa F, Jeppsson A, et al. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS.. Eur J Cardiothorac Surg. 2018 Jan 1;53(1):34-78. doi: 10.1093/ejcts/ezx334.
7. Raebel MA, Schmittdiel J, Karter AJ, Konieczny JL, Steiner JF. Standardizing terminology and definitions of medication adherence and persistence in research employing electronic databases. Med Care. 2013; 51(83): 1-18.
8. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action: World Health Organization; 2003 [cited 2017 Nov 4]. Available from: http:www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/.
9. Molloy GJ, Messerli-Bürgy N, Hutton G, Wikman A, Perkins-Porras L, Steptoe A. Intentional and unintentional non-adherence to medications following an acute coronary syndrome: a longitudinal study. J Psychosom Res. 2014; 76(5): 430-2.
10. Pinnarelli L, Mayer F, Bauleo L, Agabiti N, Kirchmayer U, Belleudi V, et al. Adherence to antiplatelet therapy after percutaneous coronary intervention: a population study in a region of Italy. Eur J Cardiovasc Med. 2015; 16(3): 230-7.
11. Dias A, Pereira C, Monteiro MJ, Santos C. Patients' beliefs about medicines and adherence to medication in ischemic heart disease. Atencion primaria. 2014; 46(1): 101-6.
12. Penpimol P, Charoenkitkarn V, Wattanakitkrileart D, Dumavibhat C. The influence of perceived medication necessity, medication concern, patient-healthcare provider communication, and complexity of medical regimens on medication adherence in patients with acute coronary syndrome after hospitalization. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016; 17(3): 149-57. (in Thai).
13. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. Cognit Ther Res. 1992; 16(2): 143-63.
14. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-sense model of self-regulation (csm): a dynamic framework for understanding illness self-management. J Behav Med. 2016; 39(6): 935-46.
15. Platt I, Green HJ, Jayasinghe R, Morrissey SA. Understanding adherence in patients with coronary heart disease: illness representations and readiness to engage in healthy behaviours. Aust Psychol. 2014; 49(2): 127-37.
16. Stafford L, Jackson HJ, Berk M. Illness beliefs about heart disease and adherence to secondary prevention regimens. Psychosom Med. 2008; 70(8): 942-8.
17. Fennessy MM, DeVon HA, Ryan C, Lopez JJ, Zerwic JJ. Changing illness perceptions and adherence to dual antiplatelet therapy in patients with stable coronary disease. J Cardiovasc Nurs. 2013; 28(6): 573-83.

18. Mosleh SM, Almalik MM. Illness perception and adherence to healthy behaviour in Jordanian coronary heart disease patients. Eur J Cardiovasc Nurs. 2016; 15(4): 223-30.
19. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. the Brief illness perception questionnaire. J Psychosom Res. 2006; 60(6): 631-7.
20. Kumar K, Greenfield S, Raza K, Gill P, Stack R. Understanding adherence-related beliefs about medicine amongst patients of south asian origin with diabetes and cardio-vascular disease patients: a qualitative synthesis. BMC Endocr Disord. 2016; 16(1): 1-11.
21. Ens T, Seneviratne C, Jones C, King-Shier K. Factors influencing medication adherence in South Asian people with cardiac disorders: An ethnographic study. Int J Nurs Stud. 2014; 51(11): 1472-81.
22. Ruangthip R, Wattanakitkrileart D, Charoen-kitkarn V, Dumavibhat C. Factors influencing medication adherence in patients with chronic heart failure. Royal Thai Navy Medical Journal. 2017; 44(3): 51-65. (in Thai).
23. Elder Kkse, Ramamonjiarivelo Z, Wiltshire J, Piper C, Horn WS, Gilbert KL, et al. Trust, medication adherence, and hypertension control in southern african american men. Am J Publ Health Res. 2012; 102(12): 2242-5.
24. Prommaloon S, Wattanakitkrileart D, Charoen-kitkarn V, Peerapatdit T. Factors influencing insulin adherence in patients with type 2 diabetes. Nursing Science Journal of Thailand. 2017; 35(1): 61-71. (in Thai).
25. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using g*power 3.1.7 [computer software] 2013 [cited 2018 Nov 5]. Available from: https://www.softpedia.com/get/Science-CAD/G-Power. shtml.
26. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Harding L, Berman K, et al. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. J Am Geriatr Soc. 2002; 50(3): 530-4.
27. Griffiths J, Putthioi S, Pongsuksri M. the General Practitioner Assessmentof Cognition; GP-COG (thai version): validity and reliability. Poster session presented at Rewinding the aging clock. 9th Pan-Pacific Conferenceon Rehabilitation cum 21st Annual Congressof Gerontology; 2014 Nov 29-30; Jockey Club Auditorium, the Hong Kong Polytechnic University. Hong Kong, China.
28. Thepphawan P, Watthnakitkrileart D, Pong-thavornkamol K, Dumavibhat C. Cognitive representation, emotional responses and hospitalization experience in predicting decision makingfor receiving treatment among patients with acute coronary syn-drome. Nursing Science Journal of Thailand. 2011; 29(2): 111-9. (in Thai).
29. Yan J, You L-M, He J-G, Wang J-F, Chen L, Liu B-L, et al. Illness perception among Chinese patients with acute myocardial infarc-tion. Patient Educ Couns. 2011; 85(3): 398-405.
30. Anderson LA, Dedrick RF. Development of the trust in physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician

relationships. Psychol Rep. 1990; 67(3_ suppl): 1091-100.

31. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. J Psychosom Res. 1999; 47(6): 555-67.
32. Ferdinand KC, Senatore FF, Clayton-Jeter H, Cryer DR, Lewin JC, Nasser SA, et al. Improving medication adherence in cardiometabolic disease: practical and regulatory implications. J Am Coll Cardiol. 2017 Jan 31;69(4):437-51.doi:10.1016/j.jacc.2016.11.034.
33. Junehag L, Asplund K, Svedlund M. Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction. Scand J Caring Sci. 2014;28 (2): 289-96.
34. Rashid MA, Edwards D, Walter FM, Mant J. Medication taking in coronary artery disease: a systematic review and qualitative synthesis. Ann Fam Med. 2014; 12(3): 224-32.