



Factors Predicting Adherence to Dual Antiplatelet Medications among Patients with Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention*

Chakariya Boonkua, RN, MNS¹, Doungrut Wattanakitkrileart, RN, DNS¹, Sarinrut Sriprasong, RN, PhD¹, Chatkanok Dumavibhat, MD²

Abstract

Purpose: This study aimed to examine the predictive power of perceived severity of disease, barriers to receive treatment, complexity of medication regimen and medication knowledge on the adherence to dual antiplatelet medications among patients with acute coronary syndrome at post percutaneous coronary intervention.

Design: Correlational predictive research design.

Methods: The sample consisted of 134 patients with acute coronary syndrome after percutaneous coronary intervention at least one month, and having a treatment plan of using dual antiplatelet for at least one year. Data were collected at the heart and medicine clinics of a tertiary hospital in Bangkok using demographic characteristics questionnaire, Hill-Bone Medication Adherence Korean scale, Perceived Severity of Disease Questionnaire, Barriers to Receive Treatment Questionnaire, The Medication Regimen Complexity Index, and Dual Antiplatelet Knowledge Questionnaire. Descriptive statistics and logistic regression analysis were used for the analysis.

Main findings: The finding revealed that 77.6% of the participants were male with mean age of 60.9 years (SD = 12.8). Taking aspirin with brilinta/ticagrelor 56.7%, aspirin with apolets/plavix/clopidogrel 43.3%. Seventy-four point six percent of the sample had high level of dual antiplatelet medications adherence. Perceived severity of disease, barriers to receive treatment, complexity of medication regimen and medication knowledge could together predict the adherence to dual antiplatelet medications among patients with ACS after the intervention by 13.1%. Finally, high level of perceived severity of disease and good level of medication knowledge could significantly predict the adherence to dual antiplatelet medications (OR = .37, 95%CI [.15, .92], $p = .034$; OR = 3.82, 95%CI [1.07, 13.58], $p = .038$, respectively).

Conclusion and recommendations: High level of perceived severity of disease and good level of medication knowledge affects the adherence to dual antiplatelet medications. Nurses should give advice about the severity of ACS and knowledge on dual antiplatelet medications to improve the adherence.

Keywords: acute coronary syndrome, dual antiplatelet, medication adherence, medication knowledge

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):60-75

Corresponding Author: Associate Professor Doungrut Wattanakitkrileart, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: doungrut.wat@mahidol.ac.th

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 3 June 2021 / Revised: 6 August 2021 / Accepted: 1 November 2021



ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา ต้านเกล็ดเลือดสองชนิด ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน หลังทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ*

ชาคริญาณ์ บุญเกื้อ, พย.ม.¹ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ด.¹ ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, พร.ด.¹ ฉัตรกนก ทุมวิภาต, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หลังทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ มาอย่างน้อย 1 เดือน มีแผนการรักษาใช้ยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิดอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 134 ราย เก็บข้อมูล ณ หน่วยตรวจโรคหัวใจและโรคอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามอุปสรรคในการรับการรักษา แบบประเมินความซับซ้อนของการใช้ยา และแบบสอบถามความรู้ด้านการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 77.6 อายุเฉลี่ย 60.9 ปี (SD = 12.8) รับประทานยาแอสไพริน ร่วมกับ บิลินต้าหรือทิกากิลอ ร้อยละ 56.7 และยาแอสไพรินร่วมกับอะโพลีหรือพลาวิกหรือโคลพิโดเกรล ร้อยละ 43.3 มีความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิดระดับมาก ร้อยละ 74.6 การรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทานยาสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 13.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมาก และความรู้ด้านการรับประทานยาระดับดี สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = .37, 95%CI [.15, .92], p = .034; OR = 3.82, 95%CI [1.07, 13.58], p = .038 ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ: การรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมากและความรู้ด้านการรับประทานยาระดับดี มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิด พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และให้ความรู้ด้านการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิด เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิด ความร่วมมือในการรับประทานยา ความรู้ด้านการรับประทานยา

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):60-75

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: doungrut.wat@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 3 มิถุนายน 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 6 สิงหาคม 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 1 พฤศจิกายน 2564



ความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome, ACS) เป็นกลุ่มอาการของโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน จำแนกเป็น ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) Non ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) และ Unstable Angina (UA) โดยปี พ.ศ. 2563 ประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วย ACS มากกว่า 780,000 รายต่อปี¹ สำหรับประเทศไทย รายงานสถิติผู้ป่วย ACS จาก 13 เขตสุขภาพ ปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่ามีผู้ป่วย ACS จำนวน 14,566 ราย 16,787 ราย และ 16,879 ราย ตามลำดับ โดยปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 40.8 NSTEMI ร้อยละ 46.9 และ UA ร้อยละ 9.8 และมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 8.8 และ NSTEMI ร้อยละ 6.1² ดังนั้น จะเห็นได้ว่าภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วย ACS จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง ภาวะช็อกจากหัวใจ การรักษาที่สำคัญ คือ การเปิดหลอดเลือดหัวใจให้เร็วที่สุด เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ และลดความเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งส่วนใหญ่จะรักษาโดยการทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) และการให้ยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกันสองชนิด ได้แก่ ยาแอสไพริน และยากลุ่ม P2Y12 inhibitors เช่น โคลพิโดเกรล (clopidogrel) ทิกาเกลอ (ticagrelor) และพาสูเกรล (prasugrel) เป็นต้น เพื่อป้องกันการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกันสองชนิดเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 12 เดือน หลังได้รับการทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ทั้งชนิดไม่เคลือบยา (bare metal stent) หรือชนิดเคลือบยา (drug eluting stent)³ การศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute MI) หลังทำ PCI จำนวน 175 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้าน

สองชนิดในช่วง 1 เดือนแรก ร้อยละ 90.2 และพบว่าช่วงเดือนที่ 2-6, 7-12 และหลังจาก 1 ปี มีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดลดลงเป็นร้อยละ 88, 75.4 และ 46.2 ตามลำดับ⁴ กรณีผู้ป่วยรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดไม่ต่อเนื่อง ทำให้มีโอกาสกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เนื่องจากเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 16 ในระยะเวลา 1 ปี และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 24 ในระยะเวลา 5 ปี ทำให้ต้องรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจซ้ำ หรือทำให้เสียชีวิตได้⁵

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของความร่วมมือ (adherence) ว่าเป็นขอบเขตของพฤติกรรมที่บุคคลใช้ยา รับประทานอาหาร และหรือเปลี่ยนการดำเนินชีวิตตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ และได้เสนอกรอบแนวคิด Multidimensional Adherence Model (MAM)⁶ เพื่อให้เห็นถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ได้แก่ ปัจจัยด้านอาการป่วย ปัจจัยด้านทัศนสุขภาพและระบบสุขภาพ ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งมีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านอาการป่วย เป็นความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด และการคาดคะเนของผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ที่เกิดจากการประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ เมื่อเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อลดการเกิดภาวะรุนแรงของโรค การศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) จำนวน 27 เรื่อง ในผู้ป่วย HIV ไตวายระยะสุดท้าย มะเร็ง และโรคหัวใจ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคและความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมถึงการใช้ยาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁷ และการศึกษาในผู้ป่วย STEMI หลังทำ PCI



จำนวน 154 ราย พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรับประทานยา ($r = .18, p = .020$) แต่ไม่ทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา ($p = .957$)⁸ ซึ่งยังไม่พบการศึกษาปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ที่เน้นเฉพาะเจาะจงเรื่องยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด และครอบคลุมในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI

อุปสรรคในการรับการรักษา ประกอบด้วย อุปสรรคด้านเวลา ด้านการเดินทาง ด้านค่าใช้จ่าย และด้านความเชื่อ เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านทิวทัศน์และระบบสุขภาพ เป็นสิ่งที่ขัดขวางในการมารับการรักษาและการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI การศึกษาของ Luu และคณะ⁴ ในผู้ป่วย acute MI หลังทำ PCI พบว่าระยะทางจากบ้านห่างจากโรงพยาบาลน้อยกว่า 50 กิโลเมตร มีความสัมพันธ์ต่อการมาตรวจติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และมีโอกาสเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดเป็น 2.48 เท่า ($OR = 2.48, 95\%CI [1.12, 5.52], p < .05$) สอดคล้องกับ Alrabiah และคณะ⁹ ศึกษาในผู้ป่วย ACS จำนวน 192 ราย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 57.8 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท รายได้ต่อเดือน และสิทธิประกันสุขภาพของรัฐ มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดไม่ต่อเนื่อง ($p = .017, p = .012$ ตามลำดับ) และการศึกษาในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI จำนวน 160 รายพบว่าผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายค่ายาที่ค้างคือนอกเหนือจากสิทธิประกันสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง¹⁰ ซึ่งพบว่าการศึกษาปัจจัยอุปสรรคในการรับการรักษายังไม่ครอบคลุมในด้านเวลา ด้านการเดินทาง ด้านค่าใช้จ่าย และด้านความเชื่อต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI

ความซับซ้อนของการใช้ยา เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านการรักษา เป็นความยุ่งยากสับสนในภาพรวมที่เกิดจากรูปแบบ

ของยาที่ใช้ ความถี่ของการบริหารยาต่อวัน และวิธีการใช้ยาพิเศษที่มีความหลากหลายซ้ำซ้อนของยาทุกชนิดที่ได้รับในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI Castellano และคณะ¹¹ ศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 2,118 ราย พบว่าผู้ป่วยรับประทานยาจำนวนเม็ดยามากกว่าหรือเท่ากับ 4-9 เม็ด ร้อยละ 55.7 และจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 10 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 36.2 รับประทานยาจำนวนเม็ดยาทั้งหมดเฉลี่ย 7.25 เม็ดต่อวัน และพบว่าความซับซ้อนของการใช้ยาตามแผนการรักษา มีผลต่อการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เมื่อจำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวันลดลง จะเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .049$) แตกต่างจากการศึกษาของ ปันทิศา เพ็ญพิณ และคณะ¹² ในผู้ป่วย ACS จำนวน 120 ราย ประเมินจำนวนเม็ดยาที่รับประทานทั้งหมดต่อวัน พบว่าผู้ป่วยรับประทานยา 4 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 37.5 รองลงมามากกว่า 4 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 26.7 ผู้ป่วยรู้สึกว่าการรับประทานยาที่รับประทานต่อวันมากเกินไป ร้อยละ 28 ซึ่งพบว่าความซับซ้อนของการใช้ยาตามแผนการรักษาไม่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ($OR = .99, 95\%CI [1.07, 1.07], p = .958$) จากการทบทวนวรรณกรรม เป็นการศึกษาความซับซ้อนของการใช้ยาที่ประเมินจากการนับจำนวนเม็ดยา ยังไม่ครอบคลุมมิติอื่นๆ ของความซับซ้อนของการใช้ยา บางงานวิจัยประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาเฉพาะกลุ่มยาโรคหัวใจ ไม่ครอบคลุมยาที่ผู้ป่วยใช้ทั้งหมด และประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของความร่วมมือในการรับประทานยา

ความรู้ด้านการรับประทานยา เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านผู้ป่วย เป็นสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Czamy และคณะ¹³ จำนวน 11 เรื่อง ในผู้ป่วยหลังทำ PCI พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด



ในระดับสูงในช่วงระยะเวลา 1 เดือน และลดลงในระยะเวลา 12 เดือน และการขาดความรู้เรื่องยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดมีผลต่อการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด นอกจากนี้ยังพบการศึกษาในกลุ่มโรคอื่นของ Custodis และคณะ¹⁴ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าความรู้ด้านการรับประทานยาโรคหัวใจโดยรวมของผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 37 เหลือร้อยละ 18 ในระยะเวลา 3 เดือนหลังจำหน่าย แม้ว่าจะได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยความรู้ด้านการรับประทานยาที่เฉพาะเจาะจงเรื่องยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด และครอบคลุมในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจโดยรวม การศึกษาเรื่องการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกันสองชนิดยังพบน้อย ในประเทศไทย การศึกษาประเด็นนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วย STEMI หลังทำ PCI ในปัจจัยการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์ และสัมพันธ์ภาวะระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ¹⁵ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด ผลการวิจัยของปัจจัยดังกล่าวข้างต้นยังมีความขัดแย้งและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศที่ระบบสาธารณสุขต่างจากประเทศไทย และยังไม่ครอบคลุม ในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทานยาสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพศชายและเพศหญิง ที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคหัวใจและโรคอายุรศาสตร์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังทำ PCI มาอย่างน้อย 1 เดือน มีแผนการรักษาใช้ยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด คือ ยาแอสไพริน และยาในกลุ่ม P2Y12 inhibitors อย่างน้อย 1 ปี บริหารยาด้วยตนเอง พุด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ มีการรู้คิดปกติ ไม่เป็นโรคทางจิตเวช ไม่เป็นโรคไตวายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรคเมื่แรงทุกระยะ และโรคหลอดเลือดสมอง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร¹⁶



$$n = \frac{10k}{p} = \frac{10(4)}{0.299} = 134$$

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง k คือ จำนวนของตัวแปรอิสระ p คือ ค่าสัดส่วนที่น้อยที่สุดจากผลการวิจัยของตัวแปรตาม ค่า p นำมาจากผลการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยไม่มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ร้อยละ 29.9 แปลงเป็นสัดส่วน มีค่าเท่ากับ 0.299¹⁵ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 ราย เก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2564

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบประเมินความบกพร่องด้านการรู้คิดมินิค็อก (mini-cognitive assessment instrument, or mini-cog) แปลเป็นภาษาไทยโดย Trongsakul และคณะ¹⁷ ใช้ประเมินด้านการรู้คิด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ บันทึกความจำ วาดรูปนาฬิกา และระลึกความจำ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คะแนนอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน 0-2 หมายถึง การรู้คิดบกพร่อง และคะแนน 3-5 หมายถึง การรู้คิดปกติ

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ปัญหาค่าใช้จ่าย ผู้ดูแล ปัญหาในการรับประทานยา แหล่งที่ได้รับ ข้อมูลเรื่องการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด และการปรับเปลี่ยน การดำเนินชีวิต ข้อมูลสุขภาพและการรับประทานยา จากการ สัมภาษณ์และเวชระเบียนจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย อาการที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา การเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลด้วยอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในช่วง 6 เดือน ถึง 1 ปี หลังทำ PCI ยาที่ใช้นอกเหนือจากที่ได้รับจากโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค โรคร่วม การประเมิน New York Heart Association (NYHA) functional classification การประเมิน Canadian Cardiovascular Society (CCS) classification ผลการประเมิน ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ ผลการฉีดสีสวนหัวใจ ชนิดการทำ PCI ประวัติการทำ PCI และยาที่ผู้ป่วยได้รับ

3. แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (hill-bone medication adherence Korean scale) พัฒนาโดย Song และคณะ¹⁸ แปลเป็นภาษาไทยโดย ดารณี หนูแก้ว และคณะ¹⁹ ผ่านการแปลย้อนกลับ ผู้วิจัยดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ที่ศึกษา จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับคะแนน = 1 หมายถึง ไม่เคยเลย คะแนน = 2 หมายถึง บางเวลา คะแนน = 3 หมายถึง เป็นส่วนใหญ่ และคะแนน = 4 หมายถึง ตลอดเวลา คะแนนอยู่ระหว่าง 8-32 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 หมายถึง ความร่วมมือในการ รับประทานยาระดับน้อย และคะแนนน้อยกว่า 12 หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาระดับมาก

4. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity of disease questionnaire) พัฒนาโดย Nau และคณะ²⁰ แบ่งระดับของความรุนแรงของโรคเป็น 5 ระดับ จำนวน 1 ข้อ มีคะแนน 0 ถึง 100 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความรุนแรงของโรคเลย คะแนน 25 หมายถึง ความรุนแรง ของโรคน้อย คะแนน 50 หมายถึง ความรุนแรงของโรคปานกลาง คะแนน 75 หมายถึง ความรุนแรงของโรคมาก และคะแนน 100 หมายถึง มีความรุนแรงของโรคมากที่สุด ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมาย เส้นตรงแนวตั้ง 1 เส้น ลงบนเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร ที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยต่อระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค แปลผลโดยใช้สูตรภาคพื้นแบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรง ของโรค เป็น 3 ระดับ เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ โลจิสติก คะแนน 0-33.4 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรง ของโรคน้อย คะแนน 33.5-66.9 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรง ของโรคปานกลาง และคะแนน 67.0-100 หมายถึง การรับรู้ ความรุนแรงของโรคมมาก

5. แบบสอบถามอุปสรรคในการรับการรักษา (barriers to receive treatment questionnaire) พัฒนาโดย ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ²¹ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวกในการมาพบแพทย์ 4 ด้าน



ได้แก่ ด้านเวลา ด้านการรักษา ด้านค่าใช้จ่าย และด้านความเชื่อ เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน 12-28 หมายถึง มีอุปสรรคน้อย คะแนน 29-44 หมายถึง มีอุปสรรคปานกลาง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 45 หมายถึง มีอุปสรรคมาก

6. แบบประเมินความซับซ้อนของการใช้ยา (the medication regimen complexity index)²² ประเมินจากเวชระเบียน จำนวน 65 ข้อ ส่วนที่ 1 (A) รูปแบบยาที่ใช้ 32 ข้อ กำหนดว่ารูปแบบยาเม็ดหรือแคปซูล เป็นรูปแบบที่ใช้สะดวกที่สุด จึงให้คะแนนความซับซ้อนเท่ากับ 1 ส่วนรูปแบบอื่นจะให้คะแนนความซับซ้อนแตกต่างกันตามความยาก-ง่าย ในการบริหารยา ส่วนที่ 2 (B) ความถี่ในการใช้ยาต่อวัน 23 ข้อ กำหนดให้การบริหารยา “วันละครั้ง” มีคะแนนความซับซ้อนเท่ากับ 1 และให้คะแนนความซับซ้อนเพิ่มตามความถี่ในการบริหารยา และส่วนที่ 3 (C) วิธีการใช้ยาพิเศษ 10 ข้อ ให้คะแนนความซับซ้อนตามความยาก-ง่าย ในการบริหารยา นำทั้ง 3 ส่วนบวกกัน เพื่อหาความซับซ้อนของการใช้ยา คะแนน 10.0-24.9 หมายถึง ความซับซ้อนของการใช้ยาดำ คะแนน 25.0-39.9 หมายถึง ความซับซ้อนของการใช้ยาปานกลาง คะแนน 40.0-53.0 หมายถึง ความซับซ้อนของการใช้ยามาก

7. แบบสอบถามความรู้ด้านการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด (dual antiplatelet knowledge questionnaire) ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ เลือกตอบ “ถูก” “ผิด” หรือ “ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ” ตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ = 0 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-5.9) หมายถึง ความรู้ด้านการรับประทานยาระดับต่ำ คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (6.0-7.9) หมายถึง ความรู้ด้านการรับประทานยาระดับปานกลาง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (8.0-10) หมายถึง ความรู้ด้านการรับประทานยาระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาตัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ศึกษา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค และแบบสอบถามอุปสรรคในการมารับการรักษา ไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใดๆ แบบสอบถามความรู้ด้านการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิด ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม นำแบบสอบถามดังกล่าวตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index) = .88, 1.00, 1.00, .90 ตามลำดับ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ นำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาและแบบสอบถามอุปสรรคในการมารับการรักษาไปใช้กับผู้ป่วย ACS จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = .80, .81 ตามลำดับ นำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = .82, .77 ตามลำดับ แบบประเมินความซับซ้อนของการใช้ยาไปใช้กับผู้ป่วย ACS จำนวน 30 ราย หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยผู้วิจัย และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ประเมิน แบบประเมินความซับซ้อนของการใช้ยา (inter-rater reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นของเครื่องมือทั้งฉบับ (Intraclass Correlation Coefficient, ICC) = .99 ส่วนที่ 1 (A), 2 (B) และ 3 (C) ได้ค่า ICC = 1.00, .99, .99 ตามลำดับ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค และแบบสอบถามความรู้ด้านการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิดใช้กับผู้ป่วย ACS จำนวน 30 ราย หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ห่างจากครั้งแรก 2 สัปดาห์ ได้ค่า ICC = .88, .94 ตามลำดับ



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย 2 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร (COA no. Si 008/2021 วันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2564 และ COA No. 011/2021 วันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2563) ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูล สิทธิผู้ป่วยในการตอบรับหรือปฏิเสธ การถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และอนุมัติเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจและอายุรศาสตร์ในการแนะนำโครงการวิจัย ผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อผ่านเกณฑ์จึงรับเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบเอง ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที หลังการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคล ความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด การรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรค

ในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด ใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) ดังนี้ 1) ตัวแปรตามเป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม 2) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง เพื่อไม่ให้เกิด multicollinearity โดยมีค่า tolerance มากกว่า 0.2 VIF น้อยกว่า 5 และ condition index น้อยกว่า 30 การวิจัยครั้งนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทายา ได้ค่า tolerance เท่ากับ .96, .91, .96, .92 ตามลำดับ ได้ค่า VIF เท่ากับ 1.04, 1.09, 1.03, 1.07 ตามลำดับ และได้ค่า condition index เท่ากับ 5.47, 9.40, 6.46, 21.46 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น 3) ตรวจสอบความเหมาะสมของโมเดลด้วย Hosmer and Lemeshow test พิจารณาค่าไคสแควร์ต้องไม่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) การวิจัยครั้งนี้ได้ค่า $p = .935$ แสดงว่าโมเดลมีความเหมาะสม จากนั้นทำการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบขั้นตอนเดียว กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.6) อายุเฉลี่ย 60.9 ปี ($SD = 12.8$, $min = 32.0$, $max = 88.0$) มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.8) อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป รองลงมาอายุ 30-59 ปี (ร้อยละ 46.2) เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 93.3) นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.4) จบปริญญาตรี (ร้อยละ 31.4) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 26.1) มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 65.6) ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า



และมีหนี้สิน (ร้อยละ 52.2) มีปัญหาค่าใช้จ่ายด้านส่วนเกินจากสิทธิการรักษา (ร้อยละ 49.3) ผู้ดูแลเป็นบุตร (ร้อยละ 48.5) มียาหลากหลายชนิดทำให้การบริหารยาเกิดความซับซ้อน (ร้อยละ 94.2) จำนวนเม็ดยาหลายเม็ดทำให้เกิดการใช้ยาเกินหรือขาดจากความสับสนในการบริหารยา (ร้อยละ 82.7) ได้รับข้อมูลการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดจากแพทย์ พยาบาลเภสัชกร (ร้อยละ 98.5) หลังทำ PCI ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.3) ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต โดยงดอาหารรสเค็มและไขมันสูงมากที่สุดใน (ร้อยละ 46.3)

2. ข้อมูลสุขภาพและการรับประทายา กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 68.6) ไม่มีอาการผิดปกติในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา อาการผิดปกติ 2 อันดับแรก ได้แก่ อาการหายใจลำบาก (ร้อยละ 15.7) และอาการเจ็บแน่นหน้าอก (ร้อยละ 8.3) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.5) ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในช่วง 6 เดือน ถึง 1 ปี หลังทำ PCI ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.1) ไม่มีการใช้ยานอกเหนือจากที่ได้รับจากโรงพยาบาล มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.5) ได้รับการวินิจฉัย NSTEMI รองลงมา STEMI (ร้อยละ 38.1) และ UA (ร้อยละ 4.5) มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค (ร้อยละ 94.8) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 70.1) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 48.5) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 47) NYHA functional class I (ร้อยละ 54.5) CCS class I (ร้อยละ 73.8) ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 (ร้อยละ 64.2) จำนวนเส้นเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น และ 3 เส้นเท่ากัน (ร้อยละ 35.8) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.8) ทำ primary PCI และทำ PCI เป็นครั้งแรก (ร้อยละ 73.9) ใช้ยาจำนวน 5-10 ชนิด (ร้อยละ 78.4) ใช้ยาแอสไพรินร่วมกับบิลินดำหรือทิกากิโล (ร้อยละ 56.7) ใช้ยาโรคหัวใจกลุ่ม calcium channel blockers มากที่สุด (ร้อยละ 97.8) และรับประทายาต้านเกล็ดเลือด 2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 56.7)

3. ผลการศึกษา ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดระดับมาก (ร้อยละ 74.6) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมาก (ร้อยละ 54.5) มีอุปสรรคในการรับการรักษาระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.7) มีความซับซ้อนของการใช้ยาระดับต่ำ (ร้อยละ 69.4) แต่น้อยกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดระดับดี (ร้อยละ 44.8) เมื่อพิจารณาคะแนนความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดจำแนกตามรายชื่อจำนวน 8 ข้อ คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก คะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อย การลิ้มรับประทายาต้านเกล็ดเลือดพบมากที่สุด กลุ่มที่มีความร่วมมือระดับมากมีคะแนนเฉลี่ย 1.59 (SD = 0.49) กลุ่มที่มีความร่วมมือระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ย 2.00 (SD = 0.00) รองลงมา คือ ไม่ได้รับประทายาต้านเกล็ดเลือดโดยไม่ได้ตั้งใจ กลุ่มที่มีความร่วมมือระดับมากมีคะแนนเฉลี่ย 1.43 (SD = 0.50) กลุ่มที่มีความร่วมมือระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ย 1.97 (SD = 0.30) หยุดรับประทายาต้านเกล็ดเลือดก่อนไปพบแพทย์พบน้อยที่สุด โดยกลุ่มที่มีความร่วมมือระดับมากมีคะแนนเฉลี่ย 1.02 (SD = 0.14) กลุ่มที่มีความร่วมมือระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ย 1.53 (SD = 0.51)

4. การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความรู้ด้านการรับประทายามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด ($p = .010$ และ $p = .031$ ตามลำดับ) อุปสรรคในการรับการรักษาและความซับซ้อนของการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด ($p = .868$, $p = .597$ ตามลำดับ) แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทายากับความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI (N = 134)

ตัวแปร	ความร่วมมือมาก	ความร่วมมือน้อย	รวม	χ^2	p-value
	(n = 100) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 34) จำนวน (ร้อยละ)			
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค				6.668	.010
ระดับปานกลาง	52 (85.2)	9 (14.8)	61 (100)		
ระดับมาก	48 (65.8)	25 (34.2)	73 (100)		
2. อุปสรรคในการรับการรักษา				-	.868 ¹
ระดับน้อย	34 (72.3)	13 (27.7)	47 (100)		
ระดับปานกลาง	57 (75.0)	19 (25.0)	76 (100)		
ระดับมาก	9 (81.8)	2 (18.2)	11 (100)		
3. ความซับซ้อนของการใช้ยา				-	.597 ¹
ระดับต่ำ	67 (72.0)	26 (28.0)	93 (100)		
ระดับปานกลาง	26 (81.3)	6 (18.7)	32 (100)		
ระดับมาก	7 (77.8)	2 (22.2)	9 (100)		
4. ความรู้ด้านการรับประทายา				6.976	.031
ระดับน้อย	7 (46.7)	8 (53.3)	15 (100)		
ระดับปานกลาง	46 (78.0)	13 (22.0)	59 (100)		
ระดับดี	47 (78.3)	13 (21.7)	60 (100)		

¹ Fisher's exact test

5. ผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค ระดับมาก มีโอกาสเกิดความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดลดลงร้อยละ 63 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = .37, 95%CI [.15, .92], p = .034) และผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ที่มีความรู้ด้านการรับประทายาระดับดี มีโอกาสเกิดความร่วมมือในการรับประทายา 3.82 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านการรับประทายาระดับน้อย (OR = 3.82, 95%CI [1.07, 13.58], p = .038) แต่ผู้ป่วยที่

ที่มีความรู้ด้านการรับประทายาระดับปานกลางไม่สามารถทำนายต่อความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI (OR = 2.96, 95%CI [.834, 10.514], p = .093)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทายา สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ได้ร้อยละ 13.1 (Nagelkerke R^2 = .131) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติกของการรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทันยา ต่อความร่วมมือในการรับประทันยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI (N = 134)

ตัวแปร	B	SE	Walds	df	p-value	OR	95%CI
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค							
ระดับปานกลาง ^{Ref}							
ระดับมาก	-.98	.46	4.48	1	.034*	.37	.15, .92
2. อุปสรรคในการรับการรักษา							
ระดับน้อย ^{Ref}			.66	2	.718		
ระดับปานกลาง	.28	.45	.39	1	.529	1.33	.54, 3.26
ระดับมาก	.64	.92	.49	1	.483	1.91	.31, 11.74
3. ความซับซ้อนของการใช้ยา							
ระดับต่ำ ^{Ref}			.56	2	.754		
ระดับปานกลาง	.37	.53	.49	1	.482	1.46	.50, 4.19
ระดับมาก	-.13	.88	.02	1	.881	.87	.15, 4.99
4. ความรู้ด้านการรับประทันยา							
ระดับน้อย ^{Ref}			4.34	2	.114		
ระดับปานกลาง	1.08	.64	2.81	1	.093	2.96	.83, 10.51
ระดับดี	1.34	.64	4.28	1	.038*	3.82	1.07, 13.58

Ref = Reference group, predictive correct = 78.4%, Hosmer and Lemeshow test = .94, Cox & Snell

R² = .09, Nagelkerke R² = .13

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทันยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิดระดับมาก (ร้อยละ 74.6) อาจเนื่องจากหลังจำหน่ายผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการและข้อมูลที่เป็นในการดูแลตนเอง โดยได้รับข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เรื่องการรับประทันยาด้านเกล็ดเลือดอย่างถูกต้อง เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทันยาด้านเกล็ดเลือดรายข้อ พบว่าผู้ป่วยลืมนับประทันยาด้านเกล็ดเลือดมากที่สุด กลุ่มที่มีความร่วมมือระดับมากมีคะแนนเฉลี่ย 1.59 (SD = 0.49)

กลุ่มที่มีความร่วมมือระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ย 2.00 (SD = 0.00) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.8) มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป อายุที่เพิ่มมากขึ้นอาจมีโอกาสนับประทันยาได้มากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากความจำที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Roth และคณะ²³ ในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 25 จะมีความร่วมมือในการรับประทันยาน้อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป รับประทันยาโคลพิโดเกรลไม่สม่ำเสมอภายใน 7 วันหลังทำ PCI



การหยุดรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดก่อนพบแพทย์ พบน้อยที่สุด โดยกลุ่มที่มีความร่วมมือระดับมากมีคะแนนเฉลี่ย 1.02 (SD = 0.14) กลุ่มที่มีความร่วมมือระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ย 1.53 (SD = 0.51) ใกล้เคียงกับการศึกษาในผู้ป่วย STEMI จำนวน 177 ราย ใช้แบบสอบถาม Medication Adherence Rating Scale (MARS-5) พบว่าผู้ป่วยไม่เคยหยุดรับประทานยาบางมื้อ ($\bar{X}$ = 4.85, SD = 0.13) และไม่เคยหยุดรับประทานยาชั่วคราว ($\bar{X}$ = 4.81, SD = 0.80)¹⁶ อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรก และติดตามทุก 3 เดือน จึงทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นของการไม่หยุดรับประทานยา

การรับรู้ความรุนแรงของโรค กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.5) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมาก ($\bar{X}$ = 65.8, SD = 16.1) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่า LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 (ร้อยละ 64.2) NYHA class I (ร้อยละ 54.5) CCS class I (ร้อยละ 73.8) ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยและเจ็บแน่นหน้าอก อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการทำ PCI ครั้งแรก (ร้อยละ 73.9) และอยู่ในช่วงระยะเวลา 12 เดือนของการเกิดอาการ ทำให้รู้สึกว่าเป็นอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต รู้สึกกำลังเผชิญปัญหา และวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด (p = .010) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมากสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = .37, 95%CI [.15, .92], p = .034) อธิบายได้ว่าผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมาก มีโอกาสเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดลดลงร้อยละ 63 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง อาจเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นอยู่

สามารถเกิดภาวะฉุกเฉินที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ร่วมกับเกิดความกลัวและวิตกกังวลสูงเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยจดจำคำแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตามคำแนะนำไม่ถูกต้อง ซึ่งแตกต่างกับแนวคิดของ Becker²⁴ ที่กล่าวว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือภาวะเจ็บป่วยต่างๆ สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ เมื่อโรคที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิต จะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

อุปสรรคในการรับการรักษา กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.7) มีอุปสรรคในการรับการรักษาระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 33.2, SD = 9.3) อุปสรรคในการรับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด (p = .597) คะแนนเฉลี่ยอุปสรรคในการรับการรักษารายข้อมากที่สุด คือ ใช้เวลาในการรอพบแพทย์นาน ($\bar{X}$ = 4.4, SD = 0.8) อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามอาการมีจำนวนเฉลี่ย 150-170 รายต่อวัน ใช้เวลารอตรวจนาน บางรายมีโรคร่วมจะต้องพบแพทย์อย่างน้อย 2 ระบบ ผู้ป่วยใช้เวลาในการมาตรวจเฉลี่ยมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อครั้ง รองลงมาคือ ไม่สามารถเดินทางด้วยตนเองได้ ($\bar{X}$ = 3.9, SD = 1.4) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 53.8) บางรายมีปัญหาการทรงตัวและปัญหาด้านสายตา จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือพามาตรวจติดตามอาการทุกครั้ง คะแนนเฉลี่ยอุปสรรคในการรับการรักษาตามรายข้อน้อยที่สุด คือ ไม่มีเงินเพียงพอในการเดินทางมาพบแพทย์แต่ละครั้ง ($\bar{X}$ = 1.8, SD = 1.1) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องจ่ายค่าส่วนเกินจากสิทธิการรักษา (ร้อยละ 49.3) อย่างไรก็ตามการรับการรักษาสามารถใช้สิทธิการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 65.6) จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมองว่าอุปสรรคในการรับรักษาค่อนข้างต่ำ และส่วนหนึ่งมีคู่สมรส บุตร หรือน้องสาว ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลช่วยพาผู้ป่วยมารับยาตามนัด ช่วยสังเกตอาการข้างเคียงของยา จากการที่ผู้ป่วยมีผู้ดูแลที่คอยช่วยเหลือ

อาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณสมบัติในการรับการรักษาไม่มากเท่าที่ควร ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนอุปสรรคในการรับการรักษาอยู่ในระดับปานกลางและระดับน้อย (ร้อยละ 56.7, 35.1 ตามลำดับ)

อุปสรรคในการรับการรักษาในระดับปานกลางและระดับมากไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI (OR = 1.33, 95%CI [.54, 3.26], p = .529; OR = 1.91, 95%CI [.31, 11.74], p = .483 ตามลำดับ) ซึ่งไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด MAM ในปัจจัยด้านการรักษา ที่กล่าวว่าอุปสรรคในการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาอุปสรรคในการรับการรักษา ประกอบด้วย อุปสรรคด้านเวลา ด้านการรักษา ด้านค่าใช้จ่าย และด้านความเชื่อ ต่อความร่วมมือในการใช้ยาสุดในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าอุปสรรคในการรับการรักษา ระหว่างกลุ่มที่ร่วมมือในการใช้ยา และไม่ร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน และอุปสรรคในการรับการรักษาไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ (OR = 1.14, 95%CI [.10, 12.55], p = .91; OR = 3.50, 95%CI [.39, 31.86], p = .27 ตามลำดับ)²¹ อาจเนื่องจากส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการรับการรักษา ระดับปานกลางและระดับน้อย ซึ่งอาจทำให้ไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด

ความซับซ้อนของการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.4) มีความซับซ้อนของการใช้ยาระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 23.0, SD = 7.9) ความซับซ้อนของการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด (p = .597) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วย ACS จำนวน 120 ราย ประเมินจากจำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน พบว่าความซับซ้อนของการใช้ยาไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ยา อาจเนื่องจากผู้ป่วยเกิดความเคยชินต่อการรับประทายา เป็นกิจวัตรประจำวันอยู่เดิม ผลการวิจัยพบว่าความซับซ้อน

ของการใช้ยาระดับปานกลางและระดับมากไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI (OR = 1.46, 95%CI [.50, 4.19], p = .482; OR = .87, 95%CI [.15, 4.99], p = .881 ตามลำดับ)¹² อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคร่วมอย่างน้อย 3 โรค (ร้อยละ 46.9) มีความคุ้นชินต่อการรับประทายาจำนวนมากว่า 6 เม็ดต่อวัน (ร้อยละ 40.6) มีผู้ดูแลช่วยเหลือในการจัดยา (ร้อยละ 91) และเข้าใจถึงความจำเป็นต่อการรับประทายา เพื่อควบคุมอาการ ดังนั้นจำนวนเม็ดยาจึงไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทายา

ความรู้ด้านการรับประทายา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.8 มีความรู้ด้านการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดระดับดี ($\bar{X}$ = 7.3, SD = 1.1) ความรู้ด้านการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด (p = .031) คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดตามรายชื่อที่ผู้ป่วยตอบถูกมากที่สุด คือ รับประทายาต้านเกล็ดเลือดร่วมกันสองชนิดหลังอาหารตรงเวลา ($\bar{X}$ = .99, SD = 0.10) คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดตามรายชื่อที่ผู้ป่วยตอบถูกน้อยที่สุด คือ หลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดควรรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดเป็นเวลา 12 เดือนตามที่แพทย์กำหนด ($\bar{X}$ = .55, SD = 0.50) อาจเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทายาต้านเกล็ดเลือด อาการข้างเคียงเล็กน้อยที่ต้องเฝ้าระวัง อาการข้างเคียงรุนแรงของยาต้านเกล็ดเลือดที่ต้องไปตรวจทันที อย่างไรก็ตาม การให้ข้อมูลการรับประทายาทำโดยการให้คำแนะนำเพียงวิธีเดียว ประกอบกับส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุและความกังวลหลังการเจ็บป่วยและการทำ PCI ซึ่งอาจมีผลต่อความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง หากผู้ป่วยไม่สามารถประเมินถึงอาการข้างเคียงของยาต้านเกล็ดเลือดได้อย่างแน่ชัด



อาจจะทำให้เข้าใจคลาดเคลื่อนว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเรื่องเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ทันที

ความรู้ด้านการรับประทานครบระดับดีทำนายความร่วมมือในการรับประทานครบด้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI (OR = 3.82, 95%CI [1.07, 13.58], p = .038) อธิบายได้ว่าผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ที่มีความรู้ด้านการรับประทานครบระดับดี จะเพิ่มโอกาสความร่วมมือในการรับประทานครบด้านเกล็ดเลือดสองชนิดเป็น 3.82 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านการรับประทานครบระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ระพีณ ผลสุข, ยุพิน อังสุโรจน์ และสุริพร ธนศิลป์²⁵ ในผู้ป่วย STEMI พบว่าความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการรับประทานครบ มีอิทธิพลทางตรงด้านบวกต่อความร่วมมือในการรับประทานครบ (p < .05) อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรู้จากแพทย์และพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีความรู้อยู่ในระดับดี ส่งผลทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและให้ความร่วมมือต่อการรับประทานครบมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับกรอบแนวคิด MAM ในปัจจัยด้านผู้ป่วย ที่กล่าวว่าหากมีความรู้ด้านการรับประทานครบจะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานครบเพิ่มขึ้น⁶

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานครบด้านเกล็ดเลือดสองชนิดระดับมากร้อยละ 74.6 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมากและความรู้ด้านการรับประทานครบระดับดี สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานครบด้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับกรอบแนวคิด multidimensional adherence model ขององค์การอนามัยโลกบางส่วน ผลจากการศึกษาผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยารับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดที่พบมากที่สุด คือ ลืมรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านเกล็ดเลือดหมดก่อนกำหนดวันนัด พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยตั้งโปรแกรมเตือนรับประทานยาโดยใช้โทรศัพท์เพื่อลดการลืมรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ และหาสาเหตุของยาต้านเกล็ดเลือดหมดก่อนกำหนดวันนัด เพื่อจะได้แก้ไขให้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในระดับน้อย ทำให้ขาดการตระหนักถึงการเฝ้าระวัง รองลงมาคือผู้ป่วยไม่ทราบว่าต้องได้รับยาไปนานเท่าใด พยาบาลจึงควรให้ความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดและให้หลากหลายวิธี

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขที่สนับสนุน และอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานครบด้านเกล็ดเลือดสองชนิด
2. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานครบด้านเกล็ดเลือดสองชนิด เน้นให้ความรู้เรื่องความสำคัญของการรับประทานครบด้านเกล็ดเลือด อาการข้างเคียง ผลกระทบต่อโรคหากรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานครบด้านเกล็ดเลือดสองชนิด
3. การวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการรับการรักษา ความซับซ้อนของการใช้ยา และความรู้ด้านการรับประทานครบสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานครบด้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI ได้เพียงร้อยละ 13.1 จึงควรศึกษาตัวแปรอื่นที่อาจทำนายความร่วมมือในการรับประทานครบด้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วย ACS หลังทำ PCI เช่น การสนับสนุนของครอบครัว ประสิทธิภาพของการใช้ยาต้านเกล็ดเลือด และการกลับเป็นซ้ำของโรค เป็นต้น

References

1. Basit H, Malik A, Huecker MR. Non ST segment elevation myocardial infarction [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; [updated 2019 Jan; cited 2020 Aug 15]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513228/?%20report=reader>.
2. Ministry of Public Health. Thai ACS registry 2019 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019 [cited 2020 Aug 20]. Available from: http://122.155.134.12/document/ACS_2019.pdf. (in Thai).
3. Levine GN, Bates ER, Bittl JA, Brindis RG, Fihn SD, Feisher LA, et al. 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: an update of the 2011 ACCF/AHA/SCAI guideline for percutaneous coronary intervention, 2011 ACCF/AHA guideline for coronary artery bypass graft surgery, 2012 ACC/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease, 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction, 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes, and 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery. *Circulation*. 2016;134(10):e123-55. doi: 10.1161/CIR.0000000000000404.
4. Luu NM, Dinh AT, Nguyen TTH, Nguyen VH. Adherence to antiplatelet therapy after coronary intervention among patients with myocardial infarction attending Vietnam national heart institute. *BioMed Res Int*. 2019;2019:6585040. doi: 10.1155/2019/6585040.
5. Valgimigli M, Bueno H, Byrne RA, Collet J-P, Costa F, Jeppsson A, et al. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS: the task force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2018;39(3):213-60. doi: 10.1093/eurheartj/ehx419.
6. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003. 196 p.
7. DiMatteo MR, Haskard KB, Williams SL. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Med Care*. 2007;45(6):521-8. doi: 10.1097/MLR.0b013e318032937e.
8. Surasrisakul I, Ua-Kit N. Predicting factors of medication adherence among myocardial infarction patients after underwent percutaneous coronary intervention. *Journal of The Police Nurses*. 2012;4(2):60-70. (in Thai).
9. Alrabiah Z, Wajid S, Alsulaimi I, Alghadeer S, Alhossan A, Babelghaith SD, et al. Adherence to prophylactic dual antiplatelet therapy in patients with acute coronary syndrome- A study conducted at a Saudi university hospital. *Saudi Pharm J*. 2020;28(3):369-73. doi: 10.1016/j.jsps.2020.01.018.
10. Shemisa K, hatt A, Cheeran D, Clark C, Alvarez K, Vigen R, et al. Premature discontinuation of ticagrelor among patients who underwent PCI for ACS in a large urban safety net hospital. *E-Cronicon Cardiology*. 2018;5(5):266-72.
11. Castellano JM, Sanz G, Penalvo JL, Bansilal S, Fernandez-Ortiz A, Alvarez L, et al. A polypill strategy to improve adherence. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64(20):2071-82. doi: 10.1016/j.jacc.2014.08.021.



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. Czamy MJ, Nathan AS, Yeh RW, Mauri L. Adherence to dual antiplatelet therapy after coronary stenting: a systematic review. *Clin Cardiol*. 2014;37(8):505-13. doi: 10.1002/clc.22289.
14. Custodis F, Rohlehr F, Wachter A, Bohm M, Schulz M, Laufs U. Medication knowledge of patients hospitalized for heart failure at admission and after discharge. *Patient Preference Adherence*. 2016;10:2333-9. doi: 10.2147/PPA.S113912.
15. Sriphet K, Seneha C, Sriprasong S, Kanokslip A. Factors influencing antiplatelet adherence among patients with acute ST- elevation myocardial infarction in post percutaneous coronary intervention. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2019;30(2):111-25. (in Thai).
16. Vele L. Analysis of binary dependent variables using linear probability model and logistic regression: a replication study [master's thesis]. Uppsala, Sweden: Uppsala University; 2019 [cited 2020 Aug 29]. Available from: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1324943/FULLTEXT01.pdf>.
17. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of minicog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(5):594-600. doi: 10.1111/ggi.12318.
18. Song Y, Han H-R, Song H-J, Nam S, Nguyen T, Kim MT. Psychometric evaluation of hill-bone medication adherence subscale. *Asian Nurs Res*. 2011;5(3):183-8. doi: 10.1016/j.anr.2011.09.007.
19. Tanukaew D, Wattanakitkrileart D, Sriyuktasuth A, Chattranukulchai P. Factors predicting medication adherence in patients with essential hypertension [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2021. 178 p. (in Thai).
20. Nau DP, Ellis JJ, Kline-Rogers EM, Mallya U, Eagle KA, Erickson S. Gender and perceived severity of cardiac disease: evidence that women are "tougher". *Am J Med*. 2005;118(11):1256-61. doi: 10.1016/j.amjmed.2005.08.006.
21. Wattanakitkrileart D, Khongton W, Sumonviwat T, Dejsomritrutai W. The influence of inhaler technique, exacerbation, age, and barrier to receiving care on adherence to inhaled medications in patients with COPD. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2020;38(2):74-87. (in Thai).
22. George J, Phun Y-T, Bailey MJ, Kong DCM, Stewart K. Development and validation of the medication regimen complexity index. *Ann Pharmacother*. 2004;38(9):1369-76. doi: 10.1345/aph.1D479.
23. Roth GA, Morden NE, Zhou W, Malenka DJ, Skinner J. Clopidogrel use and early outcomes among older patients receiving a drug-eluting coronary artery stent. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2012;5(1):103-12. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.111.962704.
24. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):324-508. doi: 10.1177/109019817400200407.
25. Polsook R, Aungsuroch Y, Thanasilp S. Medication adherence among persons with post-acute myocardial infarction. *Songklanakarin Journal of Science Technology*. 2016;38(6):611-20.