

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการ อุปสรรค ต่อความร่วมมือในการรับปรึกษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี*

ธาวินี ช่วยแทน** นรลักษณ์ เอื้อกิจ***

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ ทำเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค ต่อความร่วมมือในการรับปรึกษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่เข้ารับบริการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ และระดับการศึกษา กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความร่วมมือในการรับปรึกษา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับปรึกษาโรคหัวใจ และแบบสอบถามการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับปรึกษาโรคหัวใจ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.85 0.91 และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับปรึกษา ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

* ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตจาก 1) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ผู้เขียนหลัก: thawinee_ch@hotmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

2. กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคไปประยุกต์ใช้ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

คำสำคัญ: การรับรู้ประโยชน์; การรับรู้การจัดการอุปสรรค; ความร่วมมือในการรับประทานยา; ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด; การขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ความเป็นมาของปัญหา

โรคหัวใจ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของคนไทยเป็นลำดับที่สี่ รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุ ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง สถิติในปี พ.ศ. 2556 พบว่า มีอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็น 26.92 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2555 ที่มีอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็น 23.45 ต่อประชากรแสนคน¹ และยังพบว่า มีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ให้ข้อมูลว่า ในปี ค.ศ. 2008 โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุที่ทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตสูงถึง 17.3 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 การเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 23.3 ล้านคนทั่วโลก²

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่า การขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีโดยการสอดสายสวนผ่านทางผิวหนัง (percutaneous coronary intervention: PCI) เป็นวิธีการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพสูง มีโอกาสเสี่ยงน้อยกว่าการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยภายหลังทำหัตถการ ผู้ป่วยจะฟื้นตัวได้เร็ว ทำให้ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล³ อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่อาจพบได้ภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารี คือ การตีบซ้ำของหลอดเลือด⁴ ดังนั้น ภายหลังจากการรักษา ผู้ป่วยจำเป็นต้องรักษาด้วยยาโรคหัวใจต่อเนื่องตลอดชีวิต และต้องมีความร่วมมือในการรับประทานยา⁵ ทั้งนี้ ผู้ป่วยมักจะได้รับยาหลายชนิดที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) เช่น ยาต้านเกล็ดเลือด 2 ชนิดร่วมกัน (dual antiplatelet therapy: DAPT) ซึ่งได้แก่ แอสไพริน (aspirin) ร่วมกับ โคลพิโดเกรล (clopidogrel) หรือ พรากูเกรล (prasugrel) หรือ ทิคาเกิลอร์ (ticagrelor) และต้องได้รับยากลุ่มปกป้องหัวใจ (cardio-protective medications) ได้แก่ เบต้า บล็อกเกอร์ (beta-blockers) แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติง เอนไซม์ อินฮิบิเตอร์ (angiotensin converting enzyme inhibitors)/แองจิโอเทนซินรีเซพเตอร์ บล็อกเกอร์ (angiotensin receptor blockers) และยาลดไขมันในเลือดกลุ่มสแตติน (statins) มารับประทานในระยะยาวอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือด⁶

การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มักใช้เกณฑ์ที่ระดับร้อยละ 80 โดยกลุ่มที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีที่สุด คือ มีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80⁷ ซึ่งในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีให้ได้ผลดี ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภายหลังจากได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยการใส่ขดลวด ชนิดมียาเคลือบ จะมีความร่วมมือในการรับประทานยา

ที่ไม่ดี โดยมีพฤติกรรมมารับประทานยา โคลพิโดเกรล (clopidogrel) ไม่สม่ำเสมอภายใน 7 วัน หลังทำหัตถการ⁹ ซึ่งหากผู้ป่วยหยุดยาโคลพิโดเกรล ภายใน 1 เดือน หลังทำหัตถการ ผู้ป่วยจะต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตภายใน 11 เดือน⁹ นอกจากนี้ Cuisset, Quilici, Fugon, et al.¹⁰ ได้ศึกษาพบว่า หากผู้ป่วยรับประทานยาแอสไพริน (aspirin) ไม่สม่ำเสมอ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ผิดปกติจากหัวใจ (cardiac events) สูง ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้ การศึกษาของ Taepaiboon¹¹ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ร้อยละ 16.7 หยุดยาเองเมื่อไม่มีอาการของโรค และร้อยละ 43.8 มีพฤติกรรมล้มรับประทานยาการศึกษาของ Ho, Magid, Shetterly, et al.¹² พบว่า หากผู้ป่วยรับประทานยากลุ่มปกป้องหัวใจไม่สม่ำเสมอ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคหัวใจ ร้อยละ 10 - 40 และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึง ร้อยละ 50 - 80 ดังนั้น หากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ไม่ดี จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ผิดปกติจากหัวใจ และเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีกด้วย¹³

แม้จะมีการศึกษาที่พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีโดยรวมอยู่ในระดับสูง¹⁴ แต่ยังมีการศึกษาที่พบว่า ยังมีผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ถึงร้อยละ 25 มีความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาลที่ไม่ดี ทำให้มีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้⁵ ดังนั้น การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker¹⁶ สามารถใช้อธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ เช่น การศึกษาของ Surasrisakul, Ua-Kit¹⁴ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้ ร้อยละ 21 ($R^2 = 0.21, p < 0.05$) การศึกษาของ Wungthanakorn, Phatidumrongkul, Khomchan¹⁷ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 16 ($R^2 = 0.16, p < 0.01$) การศึกษาของ Kalated, Ua-Kit¹⁸ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวก ส่วนการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ($r = 0.195, -0.238$ ตามลำดับ, $p < 0.05$) สำหรับแบบแผนการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี จะคล้ายคลึงกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคเรื้อรังอื่นๆ คือ ต้องรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่า มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อายุ เพศ และระดับการศึกษา โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจต่ำกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁹ เพศชาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ ร้อยละ 16.3²⁰ และระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 19.7²¹

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงประจำหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาไม่ดี จะมีพฤติกรรมรับประทานยาโรคหัวใจไม่สม่ำเสมอ ลืมรับประทานยาหยุดรับประทานยาเอง เพราะเข้าใจผิดคิดว่าหายจากโรคแล้ว และรับประทานยาไม่ตรงเวลา เป็นต้น ซึ่งรูปแบบการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยมักจะได้รับการก่อนการจำหน่าย คือ คำแนะนำเรื่อง การปฏิบัติตัวจากพยาบาลประจำ

หออผู้ป่วยในด้านความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา การดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ด้านโภชนาการ การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งรูปแบบดังกล่าว ยังขาดการกระตุ้นเตือน การติดตามเยี่ยม การส่งเสริมที่เน้นการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา รวมถึง ยังขาดการประเมิน เพื่อจัดการอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอีกด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การโทรศัพท์ ติดตามเยี่ยม เป็นวิธีที่นิยมมากที่สุดในการเสริมแรงและกระตุ้นเตือนผู้ป่วยไม่ให้ลืมรับประทานยา²² นอกจากนี้ การใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ยังเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล และการนำเสนอตัวแบบเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กับผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรม²³ สามารถช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องได้

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงประยุกต์องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker⁶ จำนวน 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้การจัดการอุปสรรค โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้ตามแผนการสอน การแจกคู่มือการรับประทานยา ร่วมกับกิจกรรมที่เป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น การมีตัวแบบ และการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม โดยผู้วิจัยจัดให้ทุกกิจกรรมมีเนื้อหาสอดคล้องตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งจะส่งผลให้ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากการตีบซ้ำของหลอดเลือด ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ หรือไม่
2. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการ

อุปสรรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้องค์ประกอบด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker¹⁶ ซึ่งบุคคลจะสามารถปฏิบัติตนให้ห่างจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้นั้น บุคคลต้องเชื่อว่า การกระทำนั้นดีและมีประโยชน์ แต่หากบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคสูง ก็จะทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ร่วมกับกรับรู้การจัดการอุปสรรค โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้ นำเสนอตัวแบบ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมภายหลังการจำหน่าย เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับยาและแผนการรักษา โดยเนื้อหาของทุกกิจกรรมจะเน้นให้ผู้ดูแลแต่ละคน เห็นถึงประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา พร้อมทั้ง ประเมินอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และเสนอแนะแนวทางในการจัดการอุปสรรค ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 - 59 ปี ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และได้รับการรักษาด้วยวิธีขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก มีประวัติได้รับยาต้านเกล็ดเลือด และ/หรือยากันกลุ่มปกป้องหัวใจ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี สามารถติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อติดตามเยี่ยมได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจทดสอบ กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง 0.50 อำนาจทดสอบ 0.80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 22 คนต่อกลุ่ม²⁴ กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความใกล้เคียงกันมากที่สุดด้วยการจับคู่ (matched pairs) ด้านอายุ¹⁹ เพศ²⁰ และระดับการศึกษา²¹

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองในการวิจัยครั้งนี้ คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค ซึ่งประยุกต์ใช้องค์ประกอบด้านการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker¹⁶ ร่วมกับการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการดำเนิน

กิจกรรม มีเป้าหมายในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โปรแกรมประกอบด้วย 1) สื่อการสอน ได้แก่ แผนการสอนเรื่อง ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี วิดีโอสัมภาษณ์ตัวแบบเรื่อง ความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ 2) คู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารี และ 3) แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ที่ผู้วิจัยกำหนดหัวข้อในการสนทนาเช่นเดียวกับหัวข้อและเนื้อหาในคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือด โคโรนารี เพื่อเป็นการทบทวนความรู้ตามคู่มือที่ผู้ป่วยได้รับ เน้นย้ำประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ กระตุ้นเตือนไม่ให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยา และประเมินอุปสรรคพร้อมหาแนวทางจัดการอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ

การดำเนินการนำโปรแกรมไปใช้ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ โดยมี 3 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 ขั้นประเมินผู้ป่วย ใช้เวลา 45 - 60 นาที

สัปดาห์ที่ 1 ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยแนะนำตัว สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ประเมินการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา จากนั้น ผู้วิจัยให้ความรู้ตามแผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง มีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 2) ยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 3) การออกฤทธิ์ของยา 4) ประโยชน์ของยา 5) วิธีใช้ยา 6) ผลข้างเคียงของยา 7) คำแนะนำในการรับประทานยา 8) อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา แนวทางการจัดการอุปสรรค และ 9) สรุป และมีสื่อประกอบการสอนจริง ได้แก่ ยาเม็ดของผู้ป่วย จัดให้ผู้ป่วยชมวิดีโอสัมภาษณ์ตัวแบบ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พร้อมแจกคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังขยายหลอดเลือดโคโรนารี เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนเนื้อหาที่ผู้วิจัยให้ความรู้ภายหลังการจำหน่าย และนัดหมายเกี่ยวกับวัน เวลาที่ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

ขั้นที่ 2 ขั้นโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย โดยใช้บทสนทนาตามแผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม โดยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 - 3 (สัปดาห์ที่ 2 - 4) หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลาครั้งละ 5 - 10 นาที มีเนื้อหาเพื่อเตือนความจำในการรับประทานยา ทบทวนความรู้ตามคู่มือ เน้นย้ำประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา ประเมินอุปสรรคที่มีต่อความร่วมมือในการรับประทานยา พร้อมหาแนวทางการจัดการอุปสรรค เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และพูดคุยให้กำลังใจ พร้อมทั้ง ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจในสัปดาห์ที่ 4 ผ่านทางโทรศัพท์

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล ใช้เวลา 5 - 10 นาที

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาผ่านทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้/เดือน ประวัติการได้รับการรักษาด้วยวิธีขยายหลอดเลือดโคโรนารี สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติการรับประทานยาที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ และข้อมูลผู้ดูแลเรื่อง การรับประทานยา

2) แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

ของ Surasrisakul, Ua-Kit¹⁴ ที่แปลมาจาก Fung²⁵ มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ เชิงลบ 2 ข้อ ใช้มาตราวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ทำเป็นประจำ จนถึง ไม่เคยทำเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 5 จนถึง 1 คะแนน โดยข้อคำถามเชิงลบผู้วิจัยได้ทำการแปลงคะแนนก่อน จากนั้นแปลผล โดยการนำคะแนนของผู้ตอบทั้งหมดมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย จะอยู่ในช่วง 7 - 35 คะแนน และนำมาคำนวณเป็นร้อยละ และแปลผลตามเกณฑ์ของ Kronish, Ye⁷ ดังนี้ คะแนน \geq ร้อยละ 80 หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาดี และคะแนน $<$ ร้อยละ 80 หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาไม่ดี

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาของ Surasrisakul, Ua-Kit¹⁴ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Becker¹⁶ มีจำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 4 จนถึง 1 คะแนน ทั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ประโยชน์ในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อกำกับการทดลอง โดยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ทุกคนจะต้องมีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก

3.2 แบบสอบถามการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาของ Surasrisakul, Ua-Kit¹⁴ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Becker¹⁶ มีจำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 4 จนถึง 1 คะแนน ผู้วิจัยประเมินการรับรู้อุปสรรคในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อกำกับการทดลอง โดยภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองทุกคนจะต้องมีการรับรู้การจัดการอุปสรรคอยู่ในระดับมาก

ทั้งนี้ เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค พัฒนาตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker¹⁶ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้เชื่อว่า ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ก็ต่อเมื่อเห็นประโยชน์จากการรับประทานยา และไม่เห็นอุปสรรคของการรับประทานยา ดังนั้น หากกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์และคะแนนการรับรู้การจัดการอุปสรรคไม่ถึงเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด ผู้วิจัยจะให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา และให้ทำแบบประเมินซ้ำอีกครั้งผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ผลการประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ ในสัปดาห์ที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองทุกคนผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ และแบบสอบถามการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ อาจารย์พยาบาล และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 ทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.85 0.91 และ 0.83 ตามลำดับ ส่วนโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค แผนการสอน แผนการโทรศัพท์

ติดตามเยี่ยม คู่มือการรับประทานยา และวิถีโอสัมภาษณ์ตัวแบบ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แล้วปรับให้มีความเหมาะสมก่อนนำมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2557 (รหัสโครงการ REC: 57-205-19-9) กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างครบถ้วน โดยข้อมูลที่ได้รับถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย ในขณะที่ดำเนินการศึกษาคั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการผิดปกติ ไม่มีการคัดกลุ่มตัวอย่างออก และไม่มีผู้แสดงความจำนงขอออกจากการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยคั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม 2557 ถึง เดือนมีนาคม 2558 ดังนี้

1. ภายหลังจากที่โครงการผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลัง เป็นกลุ่มทดลอง

3. ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

- 3.1 กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1 ในวันจำหน่าย ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนทำการทดลอง (pre-test) โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาโรครักษา และแบบสอบถามการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรครักษา และให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและการรับประทานยาก่อนการจำหน่าย โดยผู้วิจัยนัดหมายวันที่จะติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์เพื่อตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (post-test) โดยตอบแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ และแบบสอบถามการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรครักษาในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังจากการจำหน่าย และตอบแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาอีกครั้ง ภายหลังจากสิ้นสุดการวิจัยในสัปดาห์ที่ 5 ภายหลังจากการจำหน่าย โดยผู้วิจัยจัดส่งคู่มือการรับประทานยา ผ่านทางไปรษณีย์ไปตามที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างให้ไว้ และชี้แจงรายละเอียดเนื้อหาในคู่มือแก่กลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์

3.2 กลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 1 ในวันจำหน่าย ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ และแบบสอบถามการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ จากนั้นให้ความรู้ตามแผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง และมีสื่อประกอบการสอนจริงได้แก่ ยาเม็ดของผู้ป่วย จากนั้นจัดให้ผู้ป่วยชมวิดีโอสมรรถนะตัวแบบซึ่งเป็นผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยแจกคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารี เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้เพื่อทบทวนเนื้อหาที่ผู้วิจัยให้ความรู้ภายหลังการจำหน่าย จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลาที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นฝ่ายนัดหมายวันและเวลาที่สะดวกระหว่างสัปดาห์ที่ 2 - 4 ภายหลังจากจำหน่าย เพื่อโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 - 3 โดยผู้วิจัยจะเตือนความจำเรื่อง การรับประทานยา ทบทวนความรู้ตามคู่มือ เน้นย้ำประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา ประเมินการจัดการอุปสรรคที่มีต่อความร่วมมือในการรับประทานยา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และพูดคุยให้กำลังใจ พร้อมทั้ง ประเมินการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังจากจำหน่าย

สัปดาห์ที่ 5 ภายหลังจากจำหน่าย ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาหลังการทดลอง (post-test) ผ่านทางโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาภายในกลุ่มด้วยสถิติ dependent t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการทดสอบข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น อายุ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 95.45 อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 55.18 (SD = 5.78) และ 54.82 (SD = 6.16) ตามลำดับ ทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.36 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 27.27 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.45 และร้อยละ 50.00 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 68.17 และร้อยละ 59.09 ตามลำดับ ได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีจำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 77.27 และร้อยละ 59.09 ตามลำดับ จำนวน 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 22.73 และร้อยละ 40.91 ตามลำดับ ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 63.64 ทั้งหมดมีประวัติการรับประทานกลุ่มยาที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ และสามารถดูแลเรื่อง การรับประทานยาได้ด้วยตนเอง โดยไม่มีผู้ดูแลเรื่อง การรับประทานยา (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (N = 44)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 22) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 22) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
เพศ			1.084	0.298
ชาย	21 (95.45)	21 (95.45)		
หญิง	1 (4.55)	1 (4.55)		
อายุ (ปี)	M = 55.18, SD = 5.78	M = 54.82, SD = 6.16	4.051	0.044*
< 45	1 (4.55)	1 (4.55)		
≥ 45	22 (95.45)	22 (95.45)		
สถานภาพสมรส				
คู่	22 (100.00)	22 (100.00)		
ระดับการศึกษา			9.044	0.060
ประถมศึกษา	4 (18.18)	4 (18.18)		
มัธยมศึกษา	8 (36.36)	8 (36.36)		
อนุปริญญา	3 (13.64)	3 (13.64)		
ปริญญาตรี	6 (27.27)	6 (27.27)		
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (4.55)	1 (4.55)		
อาชีพในปัจจุบัน			2.066	0.724
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1 (4.55)	1 (4.55)		
ค้าขาย	4 (18.18)	3 (13.63)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10 (45.45)	11 (50.00)		
เกษตรกร/ประมง	2 (9.09)	3 (13.64)		
รับจ้าง	5 (22.73)	4 (18.18)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)			7.124	0.129
น้อยกว่า 2,000	1 (4.55)	1 (4.55)		
2,001-5,000	3 (13.64)	0 (0.00)		
5,001-10,000	1 (4.55)	6 (27.27)		
10,001-15,000	2 (9.09)	2 (9.09)		
มากกว่า 15,000	15 (68.17)	13 (59.09)		
จำนวนครั้งของการทำ PCI			0.702	0.402
1 ครั้ง	17 (77.27)	13 (59.09)		
2 ครั้ง	5 (22.73)	9 (40.91)		
สิทธิการรักษาพยาบาล			3.288	0.193
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14 (63.64)	14 (63.64)		
ประกันสังคม	2 (9.09)	4 (18.18)		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	6 (27.27)	4 (18.18)		
ประวัติการรับประทานยาที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ				
มี	22 (100.00)	22 (100.00)		
ผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยา				
ไม่มี	22 (100.00)	22 (100.00)		

* p < 0.05

คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา

คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับไม่ดี ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับไม่ดี (ตาราง 2)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของคะแนนความร่วมมือและระดับของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

	คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา กลุ่มทดลอง (n = 22)		คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา กลุ่มควบคุม (n = 22)	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
Mean	26.73	33.64	26.59	27.41
SD	3.89	1.50	4.94	4.05
ร้อยละ	76.37	96.11	75.97	78.31
ระดับ	ไม่ดี	ดี	ไม่ดี	ไม่ดี

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Dependent t-test ($n_1 = n_2 = 22$)

ความร่วมมือในการรับประทานยา	M	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง			21	-8.153	0.000*
ก่อนการทดลอง	26.73	3.89			
หลังการทดลอง	33.64	1.50			
กลุ่มควบคุม			21	-1.882	0.074
ก่อนการทดลอง	26.59	4.94			
หลังการทดลอง	27.41	4.05			

* $p < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนทดลองคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ 0.05 หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 4)

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือนในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติก่อน และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test ($n_1 = n_2 = 22$)

ความร่วมมือในการรับประทานยา	M	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง			42.00	-0.102	0.920
กลุ่มทดลอง	26.73	4.94			
กลุ่มควบคุม	26.59	3.89			
หลังการทดลอง			26.62 ^a	-6.757	0.000*
กลุ่มทดลอง	33.64	27.41			
กลุ่มควบคุม	1.49	4.05			

* $p < 0.05$, a = ค่า df ใน equal variance not assumed

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือนในการรับประทานยาโรคหัวใจของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือนในการรับประทานยาโรคหัวใจในกลุ่มทดลองแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 5)

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือนในการรับประทานยาโรคหัวใจของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ dependent t-test ($n_1 = n_2 = 22$)

การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือนในการรับประทานยาโรคหัวใจ	M	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง			21	3.74	0.001*
ก่อนการทดลอง	14.23	15.36			
หลังการทดลอง	1.87	1.00			
กลุ่มควบคุม			21	1.742	0.096
ก่อนการทดลอง	13.86	14.09			
หลังการทดลอง	1.91	1.90			

* $p < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 6)

ตาราง 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test ($n_1 = n_2 = 22$)

การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการ รับประทานยาโรคหัวใจหลังการทดลอง	M	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	15.36	1.90	31.84 ^a	2.779	0.009*
กลุ่มควบคุม	14.09	1.00			

* $p < 0.05$, a = ค่า df ใน equal variance not assumed

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจแตกต่างกันก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 7)

ตาราง 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ dependent t-test ($n_1 = n_2 = 22$)

การรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือ ในการรับประทานยาโรคหัวใจ	M	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง			21	6.192	0.000*
ก่อนการทดลอง	15.82	4.26			
หลังการทดลอง	12.27	2.19			
กลุ่มควบคุม			21	3.593	0.002*
ก่อนการทดลอง	16.82	4.40			
หลังการทดลอง	15.27	3.27			

* p-value < 0.05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 8)

ตาราง 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test ($n_1 = n_2 = 22$)

การรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจหลังการทดลอง	M	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	12.27	2.19	42	3.578	0.001*
กลุ่มควบคุม	15.27	3.27			

* $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ดังนี้ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนทดลอง ทั้งนี้ เนื่องจากโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker¹⁶ ด้านการรับรู้ประโยชน์ ที่เชื่อว่า การที่บุคคลแสวงหาวิธีให้ตนเองหายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้น ต้องมีความเชื่อว่า เป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายจากโรคนั้นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Surasrisakul, Ua-Kit¹⁴ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือ ในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ($r = 0.306, p < 0.05$) และสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ ร้อยละ 21 ($R^2 = 0.21, p < 0.05$) ด้านการรับรู้การจัดการอุปสรรค มีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก ผลข้างเคียงของยา เป็นต้น ถ้าบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคสูงจะส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นได้ยาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Surasrisakul, Ua-Kit¹⁴ พบว่า การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ($r = -0.341, p < 0.05$) และสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ ร้อยละ 21 ($R^2 = 0.21, p < 0.05$)

โดยการจัดกิจกรรมในโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น จะเน้นการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยการให้ความรู้เรื่อง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประโยชน์ของยาโรคหัวใจที่ผู้ป่วยได้รับ แนวทางการจัดการอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคผ่านการนำเสนอตัวแบบผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แจกคู่มือ “การรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีอย่างสม่ำเสมอ” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนความรู้ที่ผู้วิจัยให้ไว้ภายหลังออกจากโรงพยาบาล และการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ หลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้ยา เน้นย้ำประโยชน์และความจำเป็นของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยไม่ลืมรับประทานยา อีกทั้ง ยังเป็นการประเมินอุปสรรคของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และหาแนวทางจัดการอุปสรรคร่วมกัน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวที่ผู้วิจัยจัดให้กับกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน สามารถเพิ่มความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้ ดังผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจต่ำกว่าก่อนการทดลอง จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนทดลอง ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pengkul, Ua-Kit, Tuntikosoom²⁶ ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Suksai, Nithikathkul, Udornporm²⁷ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพื่อป้องกันโรค คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้น แม้ว่าจะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน แต่มีวัตถุประสงค์เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้เห็นถึงผลลัพธ์ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มทดลองภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้การจัดการอุปสรรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ดังนี้ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค ได้ดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker¹⁶ โดยประยุกต์ใช้ข้อบังคับประกอบการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค ส่งผลให้ภายหลังจากการวิจัย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จะได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งเป็นการดูแลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา และการรับประทานยาโรคหัวใจที่ผู้ป่วยได้รับก่อนการจำหน่าย โดยการปฏิสัมพันธ์เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลเท่านั้น และมีระยะเวลาการให้ข้อมูลที่จำกัด โดยกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการติดตามพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการแจกเอกสารคู่มือการรับประทานยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปทบทวนที่บ้าน ไม่ได้รับชมวิดีโอสไลด์แบบที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาระดับสูง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อีกทั้งไม่ได้รับการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยไม่ลืมรับประทานยา และเน้นย้ำในเรื่อง การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา และไม่ได้รับการประเมินอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อหาแนวทางจัดการอุปสรรคเหล่านั้น ภายหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้ประโยชน์และคะแนนการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งเป็นตัวแปรกำกับการทดลอง จะเห็นได้ว่า ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาไม่แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการรับรู้การจัดการอุปสรรค ภายหลังจากการทดลองพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำกว่าก่อนทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทั้งนี้ คะแนนที่ต่ำลงของกลุ่มควบคุมเป็นการลดลงเพียงเล็กน้อย ซึ่งเมื่อเทียบกับกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคแล้ว ที่พบว่า มีการลดลงของคะแนนการรับรู้การจัดการอุปสรรคที่มากกว่า และกลุ่มทดลองมีการรับรู้การจัดการอุปสรรคอยู่ในระดับมากทุกราย ซึ่งอภิปรายได้ว่า การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทุกันยา ที่กลุ่มทดลองได้รับจากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค ได้แก่ การให้ความรู้อย่างมีแบบแผน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการรับชมตัวแบบ การได้รับคู่มือยากลับไปทบทวนที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทุกันยา และเป็นการประเมินการรับรู้การจัดการอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทุกันยาในแต่ละบุคคล ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทุกันยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาคั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มนี้ได้แก่ การศึกษาของ Pengkul, Ua-Kit, Tuntikosoom²⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทุกันยาด้านการแข็งตัวของเลือด ต่อความร่วมมือในการรับประทุกันยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยมีรูปแบบกิจกรรมคือ การให้ความรู้ตามแผนการสอน แจกคู่มือการใช้ยาวันพรินสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ และการโทรศัพท์ในการให้พยาบาลทางไกล ในสัปดาห์ที่ 1 - 4, 5, 7 ภายหลังการจำหน่าย ซึ่งพบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทุกันยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลอง และภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทุกันยาด้านการแข็งตัวของเลือด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทุกันยาด้านการแข็งตัวของเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาของ Rinfret, Rodes-Cabau, Bagur, et al.²⁸ พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มทดลองที่ได้รับการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมให้ความร่วมมือในการรับประทุกันยาด้านเกล็ดเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ Sompert, Ruengorn, Permsuwan²⁹ ศึกษาผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการเตือนทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ในช่วง 2 เดือน ระดับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง มีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น ผลจากการศึกษาคั้งนี้ จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี มีความร่วมมือในการรับประทุกันยาสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลประจำหอผู้ป่วย สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทุกันยาของผู้ป่วยได้
2. ควรมีการจัดทำเอกสาร คู่มือ หรือแผ่นพับ เพื่อให้ความรู้เรื่อง ยาโรคหัวใจแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะ เห็นประโยชน์และความสำคัญของความร่วมมือในการรับประทุกันยา โดยผู้ป่วยสามารถนำกลับไปทบทวนที่บ้านภายหลังออกจากโรงพยาบาลได้ เป็นการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรับประทุกันยาได้อีกทางหนึ่ง
3. การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สามารถนำมาใช้เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยไม่ลืมรับประทุกันยา อีกทั้งยังเป็นวิธีประเมินอุปสรรค

ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจของผู้ป่วยที่ดีอีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต” บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทุนสนับสนุนการวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. Ousavapoom P, Suthiart A, Aryukasam T, et al. Statistic of death by leading cause groups, 2008-2012 [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health; 2013. [cited 2014 Jan 24]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistical2556.pdf
2. World Health Organization. Fact sheets on cardiovascular disease [Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2014 Jun 26]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
3. Serruys PW, Morice M, Kappetein PA, et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease. *N Engl J Med*. 2009; 360(10): 961-72.
4. Farooq V, Gogas BD, Serruys PW. Restenosis: delineating the numerous causes of drug-eluting stent restenosis. *Circ Cardiovasc Interv*. 2011; 4(2): 195-205.
5. Rosamond W, Flegal K, Furie K, et al. Heart disease and stroke statistics--2008 update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2008; 117(4): e25-146. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.187998.
6. Fernandez R, Davidson P, Griffiths R, et al. What do we know about the long term medication adherence in patients following percutaneous coronary intervention? *AJAN*. 2007; 25(2): 53-61.
7. Kronish IM, Ye S. Adherence to cardiovascular medications: lessons learned and future directions. *Prog Cardiovasc Dis*. 2013; 55(6): 590-600. doi: 10.1016/j.pcad.2013.02.001.
8. Roth GA, Morden NE, Zhou W, et al. 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.
9. Spertus JA, Kettelkamp R, Vance C, et al. Prevalence, predictors, and outcomes of premature discontinuation of thienopyridine therapy after drug-eluting stent placement: results from the PREMIER registry. *Circulation*. 2006; 113(24): 2803-9.
10. Cuisset T, Quilici J, Fugon L, et al. Non-adherence to aspirin in patients undergoing coronary stenting: negative impact of comorbid conditions and implications for clinical management. *Archives of Cardiovasc Disease*. 2011; 104(5): 306-12.

11. Taepaiboon T. A study of medication knowledge and medication self-care practice in the patients with coronary artery disease [Thesis]. [Bangkok]: Mahidol University; 2003. 104 p. Thai.
12. Ho PM, Magid DJ, Shetterly SM, et al. Medication nonadherence is associated with a broad range of adverse outcomes in patients with coronary artery disease. *Am Heart J.* 2008; 155(4): 772-9. doi: 10.1016/j.ahj.2007.12.011.
13. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, et al. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care.* 2005; 43: 521-30.
14. 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. Thai.
15. Mathews R, Peterson E, Honeycutt E, et al. Medication nonadherence among patients with acute myocardial infarction treated with percutaneous coronary intervention: Insights from the Translate-Acs Study. *JACC.* 2012; 59(13): E1814.
16. Becker MH. *The health belief model and personal health behavior.* New Jersey: Charles B. Slack; 1974.
17. Wunghthanakorn S, Phatidumrongkul C, Khomchan P. Factors affecting medication taking behaviors in hypertensive patients. *Songkla Med J.* 2008; 26(6): 539-47. Thai.
18. Kalated T, Ua-Kit N. Selected factors related to anti-coagulant medication adherence in valvular replacement patients. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.* 2011; 22(2): 1-14. Thai.
19. Mochari H, Ferris A, Adigopula S, et al. Cardiovascular disease knowledge, medication adherence, and barriers to preventive action in a minority population. *Prev Cardiol.* 2007; 10(4): 190-95.
20. Tuntikosoom P, Aungsuroch Y, Jitpanya C. Factors predicting medication adherence among cardiovascular patients in a primary care setting. *Pacific Rim Int J Nurs Res.* 2011; 15(4): 278-87. Thai.
21. Naewbood S. Factors related to medication adherence among persons with hypertension [Thesis]. [Bangkok]: Mahidol University; 2005. 118 p. Thai.
22. Schneider SM, Hess K, Gosselin T. Interventions to promote adherence with oral agents. *Semin Oncol Nurs.* 2011; 27(2): 133-41. doi: 10.1016/j.soncn.2011.02.005.
23. Laba TL, Bleasel J, Brien JA, et al. Strategies to improve adherence to medications for cardiovascular diseases in socioeconomically disadvantaged populations: a systematic review. *Int J Cardiol.* 2013; 167(6): 2430-40. doi: 10.1016/j.ijcard.2013.01.049.
24. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization.* 5 th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders; 2005.

25. Fung SC. Factors associated with medication adherence of patients with congestive heart failure. Rush University: Proquest; 2009.
26. Pengkul O, Ua-Kit N, Tuntikosoom P. The effect of perceived benefits of anticoagulant medication program on medication adherence in valvular replacement patients. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2014; 25(2): 34-48. Thai.
27. Suksai W, Nithikathkul C, Udornporn, T. Application of health belief model and social support in health education program to stroke prevention in hypertension patients at Phanomphrai district, Roi-et province. Research and Development Health System Journal. 2013; 6(2): 53-64. Thai.
28. Rinfret S, Rodes-Cabau J, Bagur R, et al. Telephone contact to improve adherence to dual antiplatelet therapy after drug-eluting stent implantation. Heart. 2013; 99(8): 562-69.
29. Sompert N, Ruengorn C, Permsuwan U. The effects of telephone reminder on antihypertensive medication adherence. Songkla Med J. 2007; 25(2): 90-7. Thai.

The Effect of Promoting Perceived Benefits and Perceived Barriers Program on Medication Adherence of Myocardial Infarction Patients who underwent Percutaneous Coronary Intervention*

Thawinee Chuaytaen** Noraluk Ua-Kit***

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of promoting perceived benefits and perceived barriers program on medication adherence of patients who underwent percutaneous coronary intervention. Patients, with myocardial infarction who underwent percutaneous coronary intervention, and were admitted in internal medicine wards of Songklanagarind hospital, were selected (using purposive sampling). Eligible patients were assigned to a control (n = 22) or experimental (n = 22) groups. The groups were matched by age, gender and educational level. The control group received usual nursing care. The experimental group received a 5-week of promoting perceived benefits and perceived barriers program, based on the Health Belief Model. Research instruments were comprised of medication adherence, perceived benefits, and perceived barriers questionnaires. The questionnaires were validated for content validities by 5 experts. The Cronbach's alpha coefficient of them were 0.85, 0.91, and 0.83, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and t-test.

The results revealed that:

1. In the experimental group, the mean score of medication adherence, after received the promoting perceived benefits and perceived barriers program, was significantly higher than that before receiving the program at the statistical level of 0.05.

* This research was supported the funding by 1) the Graduate School, Chulalongkorn University 2) Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.

** Master nursing science student, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. Corresponding author: thawinee_ch@hotmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.

2. *The mean score of medication adherence, after received the promoting perceived benefits and perceived barriers program in the experimental group, was significantly higher than that of the control group, who received only the conventional nursing care, at the statistical level of 0.05.*

The finding results suggest that nurses who taking care patients with myocardial infarction who underwent percutaneous coronary intervention could apply this program to promote medication adherence for these group of patients.

Keywords: perceived benefits; perceived barriers; medication adherence; myocardial infarction patients; percutaneous coronary intervention