



อิทธิพลการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิม โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

Influences of Illness Perception on Medication Adherence in Muslim Patients with Myocardial Infarction after Percutaneous Coronary Intervention

รุสนา มะราเม๊ะ¹, จารุวรรณ กฤตย์ประชา², ทิพนาม ชินวงศ์²

Rusna Maramoh¹, Jaruwat Kritpracha², Tippamas Chinnawong²

¹นักศึกษาหลักสูตร พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹student of M.N.S (Adult and Gerontological Nursing) Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

²Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Corresponding author: Tippamas Chinnawong; Email: tippamas.c@psu.ac.th

Received: January 31, 2025 Revised: July 10, 2025 Accepted: July 14, 2025

บทคัดย่อ

ความร่วมมือในการรับประทานยาหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นสิ่งจำเป็นต่อการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมาก การศึกษาเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและอิทธิพลของการรับรู้การเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลา จำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมระฆข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2567 โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .80 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบปกติ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาโดยรวม อยู่ในระดับสูง (mean=3.72, SD=.21) โดยการรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 20 ($R^2_{adj}=.20$) ดังนั้น หน่วยบริการหรือบุคลากรสุขภาพสามารถนำการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมอาการไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การรับรู้การเจ็บป่วย; การสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ; ความร่วมมือในการรับประทานยา; ผู้ป่วยมุสลิม; โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย



Influences of Illness Perception on Medication Adherence in Muslim Patients with Myocardial Infarction after Percutaneous Coronary Intervention

Rusna Maramoh¹, Jaruwan Kritpracha², Tippamas Chinnawong²

¹student of M.N.S (Adult and Gerontological Nursing) Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

²Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Corresponding author: Tippamas Chinnawong; Email: tippamas.c@psu.ac.th

Received: January 31, 2025 Revised: July 10, 2025 Accepted: July 14, 2025

Abstract

Medication adherence after percutaneous coronary intervention (PCI) is crucial for effectively treating myocardial infarction. This predictive study aimed to examine the levels and influence of illness perception on medication adherence in Muslim patients with myocardial infarction after percutaneous coronary intervention. The sample group consisted of 60 Muslim patients with myocardial infarction after percutaneous coronary intervention at the outpatient department of Yala Hospital. The samples were selected using purposive sampling. The data were collected from January to March 2024. Questionnaires on illness perception and medication adherence were used, with reliability coefficients of .80 and .81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis. The results indicated that the overall mean score for medication adherence was high (mean=3.72, SD=.21). Illness perception related to treatment or symptom control was found to predict 20% of medication adherence ($R^2_{adj}=.20$) in Muslim patients with myocardial infarction following coronary angioplasty. Therefore, healthcare providers can utilize patients' perceptions of treatment and symptom control to develop programs aimed at promoting medication adherence in patients with myocardial infarction after coronary angioplasty effectively.

Keywords: illness perception; medication adherence; myocardial infarction; Muslim patients; percutaneous coronary intervention

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายถือว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2567 พบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์ทำให้เกิดการเสียชีวิตสูงสุดทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น 17.9 ล้านคนในแต่ละปี และหนึ่งในสามของการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดในวัยผู้ใหญ่โดยมากจะพบในกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี¹ สำหรับในประเทศไทย อัตราการสูญเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI จำนวน 35,664 ราย และในปี พ.ศ. 2566 พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 38,390 ราย โดยในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ พบผู้ป่วยดังกล่าวมากถึง 187 ราย ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากถึง 31 ราย (ร้อยละ 17) ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด²

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในปัจจุบันนี้มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว และได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น เช่น การฉีดสตีเพื่อสวนหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ซึ่งเป็นกระบวนการเปิดเส้นเลือดที่ตีบหรือตันผ่านการทำบอลลูนหรือการใส่ขดลวดตาข่าย³ การรักษาวิธีนี้ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ซึ่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว มีอัตราการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 3.1⁴ แม้ว่าการรักษาด้วยวิธีการฉีดสตีและสวนขยายหลอดเลือดหัวใจจะมีประสิทธิภาพเพียงใด แต่การรักษาดังกล่าวก็ยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับเป็นซ้ำได้หลังการรักษาได้⁵ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำจะส่งผลต่อพฤติกรรม การใส่ใจดูแลตนเองที่ดีขึ้น เช่น มีความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งในประเทศไทยแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกำหนดว่าหลังจากการรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต้านเกล็ดเลือด 2 ชนิดร่วมกัน (Dual antiplatelet therapy, DAPT) โดยยาหลักที่ใช้ในการรักษาคือ ยาแอสไพริน ร่วมกับยากลุ่ม P₂Y₁₂ inhibitors (Clopidogrel, Prasugrel หรือ Ticagrelor)⁶

ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์เป็นหน้าที่และบทบาทสำคัญของวิชาชีพพยาบาลที่ต้องช่วยเสริมสร้างความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาและความจำเป็นของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งหากเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาและปฏิบัติได้อย่างดี จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁷ อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือในการรับประทานยาหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มลดลง เมื่อเวลาผ่านไปหลังการรักษา 6-12 เดือน⁸ ดังนั้นการเน้นย้ำถึงประโยชน์และอุปสรรคของการรับประทานยา จะช่วยให้เกิดความร่วมมือได้ดียิ่งขึ้น การรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งตามแนวคิดของลีเวนทาลและคณะ⁹ ได้เสนอว่าการตอบสนองของบุคคลต่อการเจ็บป่วยจะขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ และการจัดการกับสิ่งนั้นๆ การรับรู้ความเจ็บป่วยที่ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ด้านระยะเวลาหรือช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย ด้านผลกระทบจากการเจ็บป่วย ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค การศึกษาพบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการฉีดสตีสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยมักจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ในบางรายการรักษาที่มีประสิทธิภาพและการออกจากโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว อาจทำให้ผู้ป่วยมีมุมมองว่าโรคที่เกิดขึ้นเป็นเพียงโรคเฉียบพลันเท่านั้น ส่งผลให้การปฏิบัติตามคำแนะนำใน



การรักษาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทายาไม่ตินัก ซึ่งอาจนำไปสู่การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรคและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในอนาคตได้¹⁰

การศึกษาที่ผ่านมาการศึกษาความร่วมมือในการรับประทายาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง¹¹ และโรคเบาหวาน¹² อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาความร่วมมือในการรับประทายาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นเหตุการณ์เฉียบพลันที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยในระยะสั้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและเกิดการรับรู้ที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง เช่น ความกลัวในการกลับมาเจ็บป่วยซ้ำ หรือความไม่มั่นใจในการรักษา รวมทั้งในผู้ป่วยมุสลิมอาจมีปัจจัยทางศาสนาและค่านิยมที่มีผลต่อพฤติกรรมในการรับประทายาและการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ เช่น อาจมีข้อจำกัดทางศาสนาเกี่ยวกับการใช้ยา¹³ ซึ่งอาจทำให้ความร่วมมือในการรับประทายาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยมุสลิมนั้นแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป

ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทายาในผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจจึงมีความสำคัญในการสร้างความเข้าใจในปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการปฏิบัติตามการรักษาโดยเฉพาะการรับประทายาที่จะช่วยให้ทีมแพทย์และพยาบาลสามารถออกแบบแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบททางศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วยมากขึ้น และการศึกษาครั้งนี้จะช่วยขยายความรู้ที่ขาดหายไปและสามารถนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการพยาบาลและการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทายาในผู้ป่วยมุสลิมได้ โดยไม่เพียงแต่ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำ แต่ยังสามารถช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

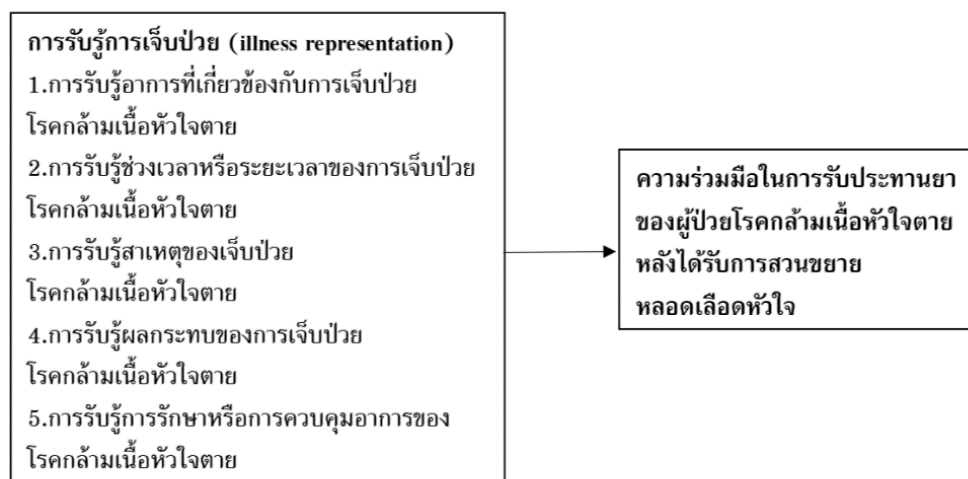
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรับประทายาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย และการรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ ต่อความร่วมมือในการรับประทายาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยของลีเวนทาลและคณะ⁹ ที่อธิบายว่า การรับรู้และการตอบสนองของบุคคลต่อภาวะความเจ็บป่วยมีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ป่วยผ่านกระบวนการรับรู้และตอบสนองที่เกิดจากการประสบกับโรคที่คุกคามชีวิตผ่าน 3 ระยะ ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วย การเผชิญปัญหา และการประเมินผล ซึ่งในแต่ละระยะจะมีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลรักษาตัวเองและการร่วมมือในการรักษา ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาในระยะที่ 1 คือ การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลแปลผลและให้ความหมายกับอาการและอาการแสดงของโรค ที่ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย 2) การรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย 3) การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย 4) การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย 5) การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ

ซึ่งผู้ป่วยจะมีการรับรู้ส่วนตัวเกี่ยวกับโรคของตนเอง ส่งผลต่อกลยุทธ์ในการเผชิญกับโรคและการตอบสนองต่อความร่วมมือในการรักษาเพื่อสุขภาพของตนเอง การรับรู้เหล่านี้ สัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ที่ดี¹⁴ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทำนาย (the prediction design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด ณ โรงพยาบาลยะลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด ณ โรงพยาบาลยะลา คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการวิเคราะห์กำลังทดสอบ (power analysis) สำหรับการวิเคราะห์ความถดถอยสหสัมพันธ์พหุคูณของโคเฮน¹⁵ กำหนดให้ Effect size มีขนาดเล็กเนื่องจากยังไม่มีการศึกษาวิจัยในกลุ่มนี้มาก่อน เมื่อเทียบค่า R^2 เท่ากับ .17 จากการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 60 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ คือ (1) ผู้ป่วยมุสลิมที่ได้รับการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นเวลา 1 เดือน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนร่วม (2) ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดร่วมกัน (dual antiplatelet) อย่างน้อย 1 เดือน (3) ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และสามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟัง และอ่านภาษาไทยได้ (4) ผู้ป่วยมีความยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และ (5) ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัดหลังได้รับการฉีดสีและสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนทันทีที่ทันไทรระหว่างดำเนินการวิจัย เช่น มีอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน เป็นต้น หรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามของเวนแมนและคณะ¹⁶ ที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วยของเลเวนทาล และคณะ¹⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจึงแบ่งการรับรู้การเจ็บป่วยเป็น 5 ด้าน โดยแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็นลักษณะให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ เกี่ยวข้อง และไม่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคหัวใจตาย คำตอบเกี่ยวข้อง จะได้ 1 คะแนน คำตอบไม่เกี่ยวข้อง จะได้ 0 คะแนน คะแนนรวมที่ได้อยู่ระหว่าง 0-8 คะแนน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย ด้านการรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย ด้านการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย ด้านการรับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วย ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ โดยแบ่งเป็น ด้านการรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวน 3 ข้อ ด้านการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย จำนวน 9 ข้อ ด้านการรับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วย จำนวน 6 ข้อ ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 และข้อคำถามด้านลบจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 13, 15, 16 โดยมีลักษณะเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล (Likert scale) 4 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทายา ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาของกนกเลขา¹⁸ โดยแบบสอบถาม มีข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 21 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้อง จำนวน 4 ข้อ ด้านการเก็บรักษาอย่างเหมาะสม จำนวน 3 ข้อ ด้านการกำกับตนเองในการใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จำนวน 9 ข้อ และด้านการมีส่วนร่วมในการรักษา จำนวน 5 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล (Likert scale) 4 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

จริง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับตัวคุณทั้งหมด
ค่อนข้างจริง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับตัวคุณเป็นส่วนใหญ่
ค่อนข้างไม่จริง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับตัวคุณเป็นส่วนน้อย
ไม่จริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับตัวคุณเลย

เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

คะแนน 4	หมายถึง	จริง
คะแนน 3	หมายถึง	ค่อนข้างจริง
คะแนน 2	หมายถึง	ค่อนข้างไม่จริง
คะแนน 1	หมายถึง	ไม่จริงเลย



การแปลผล เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จะมีคะแนนรวมเฉลี่ยระหว่าง 1 – 4 (คะแนนรวมระหว่าง 25–125) โดยแบ่งระดับตามการแบ่งอันตรายภาคชั้น

- >3.67 หมายถึง มีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง
- 2.34 – 3.67 หมายถึง มีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง
- <2.34 หมายถึง มีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยที่ใช้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาโดยอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยเภสัชกรชำนาญการ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และชำนาญด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการที่มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิไปคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) โดยเกณฑ์ผู้ตัดสินความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นที่สอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 แต่ละข้อโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ¹⁹ คือ

- | | | |
|---|---------|---------------------------------------|
| 1 | หมายถึง | ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม |
| 2 | หมายถึง | ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามน้อย |
| 3 | หมายถึง | ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามค่อนข้างมาก |
| 4 | หมายถึง | ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามมาก |

ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย เท่ากับ .84 และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา เท่ากับ .93 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้างต้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลยะลา ผลวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย เท่ากับ .80 และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา เท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2567 โดยมีรหัสการอนุมัติ PSU IRB 2023 – St – Nur 045 (Internal) ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก ห้องสวนหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลยะลา ก่อนเริ่มการวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย โดยให้ข้อมูลเพียงพอและเวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมอย่างอิสระ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่ต้องให้เหตุผล สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้



ทุกเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการหรือการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับตามสิทธิ ทั้งนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในรูปแบบที่ไม่ระบุชื่อหรือนามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง และจะใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาในระหว่างการดำเนินการวิจัย และหากพบอาการผิดปกติใดๆ ผู้วิจัยจะทำการยุติการวิจัยทันทีเพื่อความปลอดภัยของผู้เข้าร่วม รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลหลังจากได้รับการเผยแพร่งานวิจัย 2 ปี

วิธีการรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลยะลา โดยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ (1) ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ (2) ผู้วิจัยจัดสถานที่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทำโดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที และ (3) ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์และนำแบบสอบถามที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทุษร้าย โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความร่วมมือการรับประทุษร้ายของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบปกติ (enter multiple regression analysis) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลจะทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ ทุกตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ (normality) การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) โดยพิจารณาจาก ค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.30 – 1.60 และค่า Tolerances อยู่ระหว่าง .62 – .77 และไม่พบ autocorrelation โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.14

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80) มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี และ 61-70 ปี (ร้อยละ 36.67) ส่วนใหญ่ไม่มีบทบาททางศาสนา (ร้อยละ 90) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 35) มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 ต่อเดือน (ร้อยละ 55) ระดับการศึกษากลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการศึกษา และศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 41.7 และร้อยละ 41.7 ตามลำดับ) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่ในช่วง 3-4 เดือน (ร้อยละ 45) มีประวัติไม่เคยได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 83.33) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 55) ไม่มีประวัติการเข้ารับการรักษารักษา (ร้อยละ 60) หลังจากได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เมื่อจำหน่ายกลับบ้านไปแล้วไม่มีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 80)

2. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.72$, $SD = .21$) ดังข้อมูลในตาราง 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ($N = 60$)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ	3.72	.21	สูง

3. ตัวแปรที่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ มีเพียงปัจจัยเดียว คือ การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ ($Beta=.34$) และมีอำนาจในการพยากรณ์ ร้อยละ 20 ($R^2 \text{ adj}=.20$) รายละเอียดดังตารางที่ 2 และ 3 โดยมีสมการพยากรณ์ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ คือ $Z=.34$ (การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ($N=60$)

ตัวแปร	Y	X1	X2	X3	X4	X5
ความร่วมมือในการรับประทานยา (Y)	1.00	-.062	.38**	.27*	.28*	.45**
การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย(X1)		1.00	-.30	-.18	-.001	.013
การรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย(X2)			1.00	.52**	.49**	.48**
การรับรู้สาเหตุของเจ็บป่วย (X3)				1.00	.49**	.50**
การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย(X4)					1.00	.25
การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ(X5)						1.00

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

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติของตัวแปรทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ($N = 60$)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	Beta	t	p-value
การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ(X5)	.31	.34	.50	2.53	.01

$R=.495$; $R^2=.245$; $R^2 \text{ adj}=.204$; $SE.\text{test}=.1826$; $F=5.950$; $p<.05$

อภิปรายผล

1. ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิจัยพบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง ($M=3.72$, $SD=.21$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80) และอยู่ในช่วงอายุ 51 – 70 ปี (ร้อยละ 36.67)



ซึ่งเป็นวัยที่มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพและมักมีประสบการณ์ในการจัดการกับโรคเรื้อรังมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยซึ่งระบุว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนขยายหลอดเลือดโคโรนารีมักมีส่วนร่วมในการรับประทานยาในระดับสูง เนื่องจากตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรค²⁰ อีกทั้งยังพบว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยหลังการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับการให้ข้อมูลที่ชัดเจนจากบุคลากรทางการแพทย์²¹

การที่ผู้ป่วยมุสลิมมีระดับความร่วมมือสูงอาจเกิดจากบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ข้อมูลและส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา²² ตลอดจนปัจจัยทางศาสนาและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิม เช่น ผู้ป่วยมุสลิมให้ความสำคัญกับฮาลาล (Halal) ของยาและการรักษา ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจในการใช้ยา หากมียาที่ได้รับการรับรองว่าไม่ขัดต่อหลักศาสนา ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น²³ นอกจากนี้ สังคมมุสลิมมีแนวโน้มพึ่งพิงเครือข่ายครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเตือนให้รับประทานยา และการให้ข้อมูลสุขภาพผ่านผู้นำศาสนา (Imam) ซึ่งช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา²⁴

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การรักษหรือการควบคุมอาการเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = .34, p < .05$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 20 ($R^2 \text{ adj} = .20$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Leventhal และคณะ²⁵ ซึ่งอธิบายว่า การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมอาการมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยเฉพาะในกรณีของ โรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีการรับรู้ว่าการรักษาสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดซ้ำ มีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมากขึ้น²⁶ โดยการรับรู้เกี่ยวกับการรักษามีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในช่วง 6-12 เดือนหลังการรักษา²⁷ ซึ่งเป็นช่วงที่พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยอาจลดลงหากไม่มีการส่งเสริมความเข้าใจที่เพียงพอ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ด้านการควบคุมอาการที่ดี มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด เช่น การรับรู้การควบคุมอาการมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเพิ่มขึ้น การรับรู้การควบคุมอาการส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาโดยช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าการรักษาจะช่วยให้พวกเขาควบคุมโรคได้ดีขึ้น²⁸ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่เชื่อว่าตนสามารถควบคุมอาการของโรคผ่านการใช้ยาตามแพทย์สั่ง มีแนวโน้มที่จะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ลดพฤติกรรมการหยุดยาเอง และมีทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษา²⁹

ขณะที่ตัวแปรอื่น ๆ เช่น การรับรู้อาการของโรคและระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาในการควบคุมอาการมากกว่าการให้ความสำคัญกับปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรค การรับรู้อาการของโรคอาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่กำหนดพฤติกรรมการใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยอาจมองว่าการ



ของโรคไม่รุนแรงหรือสามารถควบคุมได้ด้วยการใช้ยาเป็นประจำ ทำให้การรับรู้อาการของโรคไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความร่วมมือในการรับประทานยา²⁸ นอกจากนี้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยอาจไม่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยา ผู้ป่วยบางราย แม้จะได้รับการวินิจฉัยโรคมาเป็นเวลานาน อาจขาดความร่วมมือในการรับประทานยา หากไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยใหม่แต่มีความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับการควบคุมอาการ อาจให้ความร่วมมือในการรับประทานยาได้ดีกว่า²⁹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลจากการวิจัยนี้สามารถนำไปกำหนดมาตรการหรือรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการมุ่งเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา ตลอดจนถึงการควบคุมอาการของโรค เช่น การจัดทำคู่มือให้ความรู้เรื่องโรคและการควบคุมอาการ แนวปฏิบัติในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมอาการของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อสร้างความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการรักษา โดยเฉพาะการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยเมื่อกลับไปที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายการศึกษาในผู้ป่วยที่มีบริบทที่หลากหลายวัฒนธรรม
2. ควรวิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจโดยมุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคและการควบคุมอาการที่เจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหาร และคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลยะลา ที่มีส่วนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. World Health Organization. The top 10 causes of death 2024 [internet]. [28 June 2024]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
2. Ministry of Public Health. Mortality rate of patients with acute STEMI myocardial infarction. HealthKPI [internet] [cited 28 June 2024] . Available from: <https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1614>.
3. Ciffone N, Dokken BB. Medical management of acute coronary syndromes. J Am Assoc Nurse Pract. 2017 Apr;29(4):224–35. doi: 10.1002/2327-6924.12457. PMID: 28394469.
4. Samad Z, Hakeem A, Mahmood SS, Pieper K, Patel MR, Simel DL, Douglas PS. A meta-analysis and systematic review of computed tomography angiography as a diagnostic triage tool for patients with chest pain presenting to the



- emergency department. *J Nucl Cardiol*. 2012 Apr;19(2):364–76. doi: 10.1007/s12350-012-9520-2. PMID: 22322526.
5. Johansson S, Rosengren A, Young K, Jennings E. Mortality and morbidity trends after the first year in survivors of acute myocardial infarction: a systematic review. *BMC Cardiovasc Disord*. 2017 Feb 7;17(1):53. doi: 10.1186/s12872-017-0482-9. PMID: 28173750; PMCID: PMC5297173.
 6. The Thai Cardiac Society under the Royal Patronage. Thai Acute Coronary Syndrome Guideline 2020. (in Thai)
 7. Hannarong T. The effect of a self-management promotion program on adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected patients with AIDS. [Master's thesis]. Songkhla: Faculty of Nursing, Prince of Songkla University. 2010. (in Thai)
 8. Pinnarelli L, Mayer F, Bauleo L, Agabiti N, Kirchmayer U, Belleudi V, et al. Adherence to antiplatelet therapy after percutaneous coronary intervention: a population study in a region of Italy. *Eur J Cardiovasc Med*. 2015;16(3):230–7.
 9. Leventhal H, Cameron L. Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Educ Couns*. 1987;10(2):117–38.
 10. Ashour A, Al-Smadi A, Shajrawi A, Al-Rawashdeh S, Alshraifeen A, Abed M. Changes in illness perception among patients undergoing percutaneous coronary intervention. *Heart Lung*. 2020;49(6):836–41.
 11. Chompoonut P, Pattanasak J. Cooperation in medication use among elderly patients with chronic diseases in the service area of Lad Phatthana Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Maha Sarakham Province. *Maha Sarakham Hosp J*. 2020;16(3):13–22. (in Thai)
 12. Phutthachai C, Chanthaphatrankoon P. Factors related to cooperation in medication use among outpatient patients with type 2 diabetes and hypertension at Bang Sapan Hospital, Prachuap Khiri Khan Province. *Thai J Clin Pharm*. 2023;29(1):1–10. (in Thai)
 13. Attum B, Hafiz S, Malik A, et al. Cultural competence in the care of Muslim patients and their families [internet]. 2023. [cited 10 March 2025]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499933/>
 14. Luca M, Eccles F, Perez Algorta G, Patti F. Illness perceptions and outcome in multiple sclerosis: a systematic review of the literature. *Mult Scler Relat Disord*. 2022;67:104180.
 15. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
 16. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Home R. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health*. 1996;11(3):431–45.
 17. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats. In: Baum A, Taylor SE, Singer JE, editors. *Handbook of Psychology and Health, Volume IV: Social Psychological Aspects of Health*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1984.
 18. Kanokleka Suwanpong. Development of a tool to assess medication adherence based on treatment guidelines for patients with coronary artery disease. Master's thesis, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok; 2014. (in Thai)
 19. Polit DF, Hungler BP. *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.



20. Surasrisakul I. Factors predicting medication adherence in patients with coronary artery disease after coronary angioplasty. [Master's thesis], Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, 2012. (in Thai)
21. Pinnarelli L, Mayer F, Bauleo L, Agabiti N, Kirchmayer U, Belleudi V, et al. Adherence to antiplatelet therapy after percutaneous coronary intervention: a population study in a region of Italy. *Eur J Cardiovasc Med*. 2015;16(3):230–7.
22. Kanittha M, Niropol K, Orasa P. The relationship between illness perception and pulmonary rehabilitation behavior in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Cardiovasc Thorac Nurs*. 2018;29(2):95–104. (in Thai)
23. Jaber D, Salman N, Al Tabbah S, El-Sharif A, Alkilani A, Qourshah A. Evaluating the knowledge, attitude, and practices of Jordanian society towards halal pharmaceuticals. *Open Public Health J*. 2025;18:e18749445359631.
24. Abu-Ras W, Aboul-Enein BH, Almoayad F, Benajiba N, Dodge E. Mosques and public health promotion: A scoping review of faith-driven health interventions. *Health Educ Behav*. 2024;51(5):677–90.
25. Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, Diefenbach M, Leventhal AE, Patrick-Miller L, Robitaille C. Illness representations: Theoretical foundations. In: *Perceptions of Health and Illness*. Routledge; 1997. p. 19–45.
26. Platt I, Green HJ, Jayasinghe R, Morrissey SA. Understanding adherence in patients with coronary heart disease: Illness representations and readiness to engage in healthy behaviors. *Aust Psychol*. 2014;49(2):127–37.
27. Johansson S, Rosengren A, Young K, Jennings E. Mortality and morbidity trends after the first year in survivors of acute myocardial infarction: A systematic review. *BMC Cardiovasc Disord*. 2017;17(1):53.
28. Zarotti N, Deane KH, Ford CEL, Simpson J. Perceived control as a predictor of medication adherence in people with Parkinson's: A large-scale cross-sectional study. *Disabil Rehabil*. 2024;46(3):478–88.
29. Kim Cuc DT, Methakanjanasak N, Thuy Trang HT. Relationships between symptom control, medication management, and health literacy of patients with asthma in Vietnam. *Belitung Nurs J*. 2021;7(2):131–8.