วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566 Vol. 13 No.3 Sep. - Dec. 2023

การกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัดของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

Compliance to warfarin among cardiovascular disease patients, King Narai Hospital, Lopburi province

จันทร์ชุดากร จันทร์อำพล *Janchudagorn Janampon*
*ฉวีวรรณ บุญสุยา** *Chaweewon Boonshuyar**
คัติยา อีวาโนวิช *Katiya Ivanovitch*
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ *Faculty of Public Health, Thammasat University*
**Corresponding author: chaweewon.boo@gmail.com*

Received: April 21,2023 Revised: May 24,2023 Accepted: May 26,2023

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคมกับการกินยาวาร์ฟารินฯ ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชจังหวัดลพบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม – มิถุนายน 2565 จากการสัมภาษณ์และจากประวัติการรักษาของผู้ป่วย 250 คน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์โลจิสติกส์แบบทวินาม ที่ระดับนัยสำคัญ 5% ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 61.2 กินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด ร้อยละ 74.0, 26.4 และ 88.8 มีความรู้ ทัศนคติ และแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับดี ตามลำดับ ร้อยละ 10.8 ดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่ไม่ดื่มกินยาฯเคร่งครัดดีกว่าผู้ที่ดื่ม (Adjusted Odds Ratio; AOR =3.73, 95%CI:1.35-10.28) ผู้ที่เริ่มกินยา 2-5 ปี กินยาฯอย่างเคร่งครัดดีกว่าผู้ที่กินยามานาน (AOR=3.01, 95%CI:1.53-5.95) ผู้ที่มีความรู้ในระดับดีมากกินยาฯอย่างเคร่งครัดดีกว่าผู้มีความรู้ในระดับน้อย (AOR=4.09, 95%CI:1.24-13.51) ผู้ที่มีทัศนคติที่ดีกินยาอย่างเคร่งครัดมากกว่า(AOR=3.16, 95%CI=1.49-6.69) แต่แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการกินยาฯอย่างเคร่งครัด (AOR=1.54, 95%CI: 0.56-4.19) เพื่อให้ผู้ป่วยกินยาอย่างเคร่งครัด บุคลากรสาธารณสุขต้องเน้นย้ำเรื่องความรู้ ทัศนคติในการกินยาทุกครั้งที่มารับบริการ ต้องมีการวางแผนร่วมกันกับญาติผู้ใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยลดละ เลิก พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์

คำสำคัญ: การกินยาวาร์ฟาริน, ความรู้, ทัศนคติ, แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This descriptive study aimed at assessing compliance to warfarin and finding the relationship between knowledge, attitude, social support with compliance to warfarin among cardiovascular disease patients in King Narai Hospital, Lopburi province. Data were collected from March to June 2022 by in-person interviews and warfarin registry network program (WaRN) of 250 patients. Descriptive statistics and binary logistic regression at 5% significance level were adopted for the analysis. Results showed that 61.2% complied with warfarin, 74.0%, 26.4% and 88.8% had good level of knowledge, attitude, and perception of social support respectively, 10.8% was current alcohol drinker. Non-alcohol drinkers complied to warfarin more than the drinkers (AOR=3.73, 95%CI:1.35-10.28). The shorter the duration of warfarin intake (2-5 years) was the better the compliance (AOR=3.01, 95%CI:1.53-5.95). The good level of knowledge complied to warfarin more than those at poor level (AOR=4.09, 95%CI:1.24-13.51). Those at good of attitude complied to warfarin more than those at the lower level (AOR=3.16, 95%CI:1.49-6.69). However, the relationship between social support and the compliance was not significant (AOR=1.54, 95%CI:0.56-4.19). To improve the warfarin compliance, provision of knowledge, attitude on taking warfarin is suggested every time the patients come to warfarin clinic as well as a joint plan with caregivers and close relatives to reduce and stop unhealthy health behaviors.

Keywords: Compliance to warfarin, knowledge, attitude, social support

บทนำ

วาร์ฟารินเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดสำหรับใช้ในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย[1] ยาวาร์ฟารินมีข้อบ่งใช้เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดในโรคต่าง ๆ มีปัจจัยหลายประการที่มีผลก่อให้เกิดความแปรปรวนของยา เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาวาร์ฟารินกับยาอื่นและอาหารได้มาก การตอบสนองต่อยาของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ประสิทธิผลของยาวัดประเมินจากการแข็งตัวของเลือด โดยใช้ค่า international normalized ratio (INR) ซึ่งระดับของ INR เป้าหมาย ขึ้นอยู่กับข้อบ่งใช้ของผู้ป่วยแต่ละราย หากค่า INR สูงกว่าเป้าหมายส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ขณะที่ค่า INR ต่ำกว่าเป้าหมายส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน[2] ปัญหาการใช้ยาวาร์ฟาริน เช่น ลืมกินยา กินยาไม่ถูกต้อง เกิดความสับสนในการกินยา ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง มีสาเหตุจากวิธีกินยาที่ยุ่งยากซับซ้อน จึงนำไปสู่อาการกำเริบหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ส่งผลให้หัวใจทำงานลดลงถึงร้อยละ 52 และร้อยละ 60 ผู้ป่วยมีกิจกรรมลดลงที่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ปกติ โดยเฉพาะในวัยทำงานและวัยสูงอายุ ซึ่งวัยทำงานเป็นที่พึ่งพาของครอบครัว บางรายเข้ารับการรักษาบ่อย เปลี่ยนงานหรือออกจากงานก่อนเวลาอันควร กลายเป็นภาระครอบครัวทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น[3] และวัยสูงอายุโดยธรรมชาติเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีโรค

ประจำตัว มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมากกว่าวัยอื่นถึง 4 เท่า จึงทำให้มีภาวะเสี่ยงที่เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดได้มากกว่าวัยอื่น จึงต้องได้รับยาวาร์ฟาริน[4] ซึ่งผู้สูงอายุบางส่วนต้องจัดยาเอง ด้วยวิธีการกินยาที่ซับซ้อนทำให้เกิดความสับสน ส่งผลให้ค่า INR ไม่อยู่ในช่วงเป้าหมาย ปัญหาตามมาคือ เลือดออก เกิดลิ่มเลือดอุดตัน หัวใจเต้นผิดจังหวะ อัมพฤกษ์ อัมพาต ระบบการหายใจล้มเหลว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลง โรงพยาบาลและรัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งที่ปัญหาเหล่านี้ป้องกันและแก้ไขได้โดยให้ความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติแก่ผู้ป่วยพร้อมทั้งผู้ที่ดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก มีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับดี การสนับสนุนนี้อาจได้รับจาก พ่อแม่ ญาติ พี่ น้อง เพื่อนบ้านหรือบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้[5] จะเห็นได้ว่าความร่วมมือในการใช้ยาวาร์ฟารินในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสำคัญและยังคงเป็นปัญหาอยู่ การรักษาจะเป็นไปอย่างเต็มประสิทธิภาพไม่ได้ ถ้าหากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด

จากสถิติของระบบคลังข้อมูลสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 4 มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงเป็นลำดับที่ 1 จาก 13 เขตสุขภาพ จังหวัดลพบุรีเป็นหนึ่งในจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง รองลงมาคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด[6] โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดลพบุรี เริ่มจัดตั้งคลินิกวาร์ฟารินตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจากร้อยละ 16.8 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 20.9 ในปี 2565 ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกือบทุกรายต้องได้รับการรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน มีผู้ป่วยที่ได้ยาวาร์ฟารินเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 เกิด Stroke มีเพียงร้อยละ 12.1เท่านั้นที่มีค่า INR อยู่ในเป้าหมาย พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 2.3 และ 3.2 ตามลำดับ แม้จะมีการให้ความรู้และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอทุกราย ก็ยังพบว่า ในปี 2562-2565 มีผู้ป่วยกลับมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.7 และค่า INR ที่ไม่เข้าเป้าหมายสูงถึง ร้อยละ 65.0 ผลการศึกษาการกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์ด้วยความเคร่งครัดของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถนำไปใช้ในการวางแผนดูแลให้คำแนะนำผู้ป่วย เป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านงานบริบาลเภสัชกรรมและพัฒนาคุณภาพงานบริการ ด้านการแนะนำการใช้ยา การประสานงานและรักษาผู้ป่วย พร้อมทั้งวางแผนในการดูแล และส่งเสริมพฤติกรรมทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวให้มีพฤติกรรมที่ดีนำไปสู่การใช้ยาอย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินการกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัดของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด อธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่กินยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับการกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัดของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบงานวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและจากประวัติการรักษาในช่วงเดือนมีนาคม – มิถุนายน 2565

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นคนไทยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน ณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี มีทั้งสิ้น 702 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ การกำหนดขนาดตัวอย่างเมื่อทราบประชากรที่แน่นอน[7] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความผิดพลาดสูงสุดที่ยอมรับได้ไม่เกิน 5% ของสัดส่วนของผู้ป่วยที่กินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์ในระดับดี ร้อยละ 31.6[8] ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 227 คน เพื่อป้องกันข้อมูลที่อาจจะไม่ครบถ้วน เก็บตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 จึงใช้ตัวอย่างทั้งหมด 250 คน โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดคนไทยอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปที่ใช้ยาวาร์ฟารินอย่างน้อย 3 เดือน ตอบคำถามด้วยตนเองได้ เป็นคนไทย และขึ้นทะเบียนรักษาโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี มารับการรักษาในระหว่างเดือนมีนาคม–มิถุนายน 2565 ทั้งนี้ไม่รวมผู้ที่หยุดได้รับยาวาร์ฟารินหรือถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่นซึ่งเก็บจากผู้ป่วยที่มีค่าเลือด(INR)ผิดปกติ โดยสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบทุก ๆ 3 คน จากทะเบียนผู้ป่วยในแต่ละวันที่มีนัดในช่วงเดือนเก็บข้อมูล ทั้งนี้โดยไม่เก็บจากผู้ที่มีรายชื่อซ้ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีและการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ค่าเดินทางมารับยา โรคประจำตัว/โรคเรื้อรังอื่น ๆ การพักอาศัยในปัจจุบัน ผู้ดูแล/ผู้ช่วยในการจัดยา พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ แจ้งบุคลากรสาธารณสุข ข้อบ่งใช้ที่ใช้ยา ประวัติการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินจากที่อื่น และระยะเวลาที่กินยาวาร์ฟาริน

ส่วนที่ 2 การกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง มีคำถาม 6 ข้อ ซึ่งพัฒนาจากแบบประเมินการกินยาของ Mannheimer[9] โดยถามถึงเคยลืม เคยหยุด เคยลดและเพิ่มขนาดยา กินยาในเวลาเดียวกันทุก ๆ วัน และการนำยาเมื่อต้องเดินทางไปที่อื่น ให้คะแนนแต่ละข้อ 0 – 4 คะแนน คะแนนรวมมีค่า 0 – 24 จัดระดับการกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัดเป็น 2 ระดับ 0 – 23 คะแนน มีการกินยาวาร์ฟารินไม่เคร่งครัด และ 24 คะแนน มีการกินยาวาร์ฟารินอย่างเคร่งครัดตามคำสั่งแพทย์

ส่วนที่ 3 ความรู้ในการกินยาวาร์ฟาริน เป็นคำถามเชิงบวก 29 ข้อ แบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่า 0 – 29 นำมาจัดระดับความรู้เป็น 4 ระดับโดยปรับใช้ตามเกณฑ์ของบลูม[10] ดังนี้ ≤ 60% มีความรู้ระดับน้อย 60 – 79% มีความรู้ระดับปานกลาง 80 – 99% มีความรู้ระดับดี และ 100% มีความรู้ระดับดีมาก

ส่วนที่ 4 ทัศนคติในการกินยาวาร์ฟาริน มีคำถามรวม 15 ข้อ เป็นเชิงบวก 8 ข้อ และเชิงลบ 7 ข้อ แบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คำถามเชิงบวกให้คะแนน 5 4 3 2 และ 1 สำหรับคำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกัน คะแนนรวมมีค่า 15 – 75 นำมาจัดระดับทัศนคติเป็น 3 ระดับ ปรับใช้ตามเกณฑ์ของบลูม[10] ดังนี้ <60% (15–50 คะแนน) มีทัศนคติที่ไม่สนับสนุนการกินยาวาร์ฟาริน 60–79% (51–62 คะแนน) มีทัศนคติสนับสนุนการกินระดับพอใช้ >80% (63–75 คะแนน) มีทัศนคติสนับสนุนการกินยาระดับดี

ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคมในการกินยาวาร์ฟาริน โดยสอบถามถึงความรู้สึกโดยรวมที่ได้รับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องถึงความช่วยเหลือและกำลังใจที่ได้รับ เพียงคำถามเดียวโดยให้เลือกตอบว่าได้รับในระดับน้อย ปานกลางหรือ มาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นผู้ประเมิน พิจารณาตรวจสอบเนื้อหาโครงสร้างแบบสัมภาษณ์และปรับปรุงสำนวน ภาษาที่ใช้ให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย เหมาะสมและสมบูรณ์ โดยคำถามแต่ละข้อผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 3 คน จะต้องเห็นด้วย ค่า IOC ที่ได้อยู่ระหว่าง 0.3-1 สำหรับต่ำกว่า 0.6 ได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนที่จะนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น

2) การหาความเชื่อมั่น (reliability) นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทำการทดลองใช้กับผู้ป่วยที่กินยาวาร์ฟารินในโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี จำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นของความรู้ และทัศนคติ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช 0.848 และ 0.754 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น 2 ส่วนคือ เก็บข้อมูลแบบปฐมภูมิโดยการออกแบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลแบบทุติยภูมิจากโปรแกรมยาวาร์ฟารินชื่อโปรแกรม warfarin registry network (WaRN) สัมภาษณ์โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูลที่ได้ และ simple binary logistic regression คัดเลือกตัวแปรที่มีความสำคัญต่อการกินยาวาร์ฟารินของผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์ที่ p-value<0.30 เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างตัวแปรดังกล่าวกับความเคร่งครัดในการกินยาวาร์ฟารินด้วย multiple binary logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญ 5%

จริยธรรมการวิจัย เก็บข้อมูลเมื่อผ่านการรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลข COA No.009/2565 วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565 และคณะกรรมการการพิจารณาการวิจัยในคนของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เลข KNH 01/2565 วันที่ 11 มกราคม 2565 ตามแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

ผลการศึกษา

คุณลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชจังหวัดลพบุรี จำนวน 250 คน มีอายุ 20-88 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 59.26 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.98 ปี) ร้อยละ 54.4 เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.6 สมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 70.0 มีการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.4 สำหรับอาชีพ ร้อยละ 6.0 มี 2-3 อาชีพ ร้อยละ 59.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ≤ 5,000 บาท ร้อยละ 98.4 ต้องจ่ายค่าเดินทางในการมารับยา ร้อยละ 93.6 มีโรคประจำตัวและมีมากกว่าหนึ่งโรค ร้อยละ 98.0 เป็นครอบครัวขยายอยู่กันหลายคน มีผู้ดูแล/ผู้ช่วยในการจัดยา ร้อยละ 48.8 มีการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน ร้อยละ 1.2 และ 10.8 ตามลำดับ และเมื่อมาโรงพยาบาลผู้ป่วยแจ้งบุคลากรสาธารณสุขทุกครั้งว่าได้รับยาวาร์ฟาริน ร้อยละ 88.8 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ร้อยละ 90.0 เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม ร้อยละ 25.2 มีประวัติการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินจากโรงพยาบาลอื่น และมีระยะเวลาในการกิน

ยาวาร์ฟารินตั้งแต่ 9 เดือน ถึง 30 ปี (โดยมีระยะเวลากินยาวาร์ฟารินเฉลี่ย 4.03 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.34 ปี) ดังตารางที่ 1

การกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด ร้อยละ 61.2 ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ร้อยละ 38.8 ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์แต่ไม่เคร่งครัด

ความรู้ ทัศนคติและแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการกินยาวาร์ฟารินของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 13.6 มีความรู้ระดับดีมาก ร้อยละ 60.4 มีความรู้ระดับดี ร้อยละ 17.2 ความรู้ระดับปานกลาง และ มีเพียงร้อยละ 8.8 ที่มีความรู้ในระดับน้อย ส่วนทัศนคติสนับสนุนการกินยาวาร์ฟาริน ร้อยละ 26.4 มีทัศนคติระดับดี ร้อยละ 68.4 มีทัศนคติระดับพอใช้ และมีเพียงร้อยละ 5.2 มีทัศนคติระดับน้อย ส่วนระดับแรงสนับสนุนทางสังคมการได้รับกำลังใจความช่วยเหลือในการกินยาวาร์ฟารินโดยภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.0 และ ร้อยละ 12.0 อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละตัวแปรกับการกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด คุณลักษณะส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับการกินยาฯอย่างเคร่งครัด (p-value >0.05) แต่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ประกอบด้วยการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการกินยาฯอย่างเคร่งครัด (p-value = 0.029) กลุ่มผู้ที่ไม่สูบบุหรี่กินยาฯอย่างเคร่งครัด ร้อยละ 61.9 และไม่พบว่ามีผู้ที่สูบบุหรี่กินยาฯอย่างเคร่งครัด การดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการกินยาฯอย่างเคร่งครัด (p-value = 0.008) ผู้ที่ดื่มกินยาวาร์ฟารินฯอย่างเคร่งครัดเพียง ร้อยละ 37.0 สำหรับผู้ที่ไม่ดื่มมีการกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัดมากกว่าผู้ที่ดื่ม 3.04 เท่า (95% CI COR : 1.33-6.95) ระดับความรู้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการกินยาฯอย่างเคร่งครัด (p-value = 0.012) ผู้ที่มีความรู้ในระดับดีมาก กินยาฯตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัดดีกว่า ผู้ที่มีความรู้ในระดับน้อยและปานกลาง (COR= 4.97, 95% CI: 1.71-14.45) ระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการกินยาฯอย่างเคร่งครัด (p-value<0.001) โดยผู้ที่มีทัศนคติในระดับดี มีการกินยาฯอย่างเคร่งครัดดีกว่า ผู้ที่มีทัศนคติในระดับน้อยและพอใช้ 3.43 เท่า (95% CI COR : 1.75-6.71) และผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก มีการกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัดดีกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยถึงปานกลาง 1.96 เท่า (95% CI COR : 0.91-4.23) แต่อย่างไรก็ตาม แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด (p-value = 0.086) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของผู้ป่วย 250 คน และความสัมพันธ์กับการกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด

ตัวแปร	จำนวน	รวม		กินยาไม่เคร่งครัด		กินยาเคร่งครัด		p-value	COR*	95% CI COR	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			LL	UL
รวม		**250**	**100.0**	**97**	**38.8**	**153**	**61.2**				
คุณลักษณะส่วนบุคคล											
อายุ(ปี)	20-39	22	8.8	8	36.4	14	63.6	.835	1.31	0.50	3.46
	40-49	31	12.4	12	38.7	19	61.3		1.19	0.51	2.76
	50-59	61	24.4	24	39.3	37	60.7		1.16	0.59	2.26
	60-69[ref]	84	33.6	36	42.9	48	57.1				
	70-88	52	20.8	17	32.7	35	67.3		1.54	0.75	3.18
เพศ	ชาย[ref]	121	48.4	50	41.3	71	58.7	.428			
	หญิง	129	51.6	47	36.4	82	63.6		1.23	0.74	2.04
สถานภาพสมรส	โสด	28	11.2	10	35.7	18	64.3	.921	1.22	0.46	3.22
	สมรสอยู่ด้วยกัน	175	70.0	68	38.9	107	61.1		1.07	0.55	2.06
	หม้าย หย่าร้าง แยก[ref]	47	18.8	19	40.4	28	59.6				
ระดับการศึกษาสูงสุด	ต่ำกว่ามัธยมต้น[ref]	72	28.8	30	41.7	42	58.3	.816			
	มัธยมต้น	41	16.4	15	36.6	26	63.4		1.24	0.56	2.73
	มัธยมปลาย / ปวช.	60	24.0	25	41.7	35	58.3		1.00	0.50	2.00
	อนุปริญญา / ปวส.	36	14.4	11	30.6	25	69.4		1.62	0.69	3.80
	ปริญญาตรี	41	16.4	16	39.0	25	61.0		1.12	0.51	2.44
จำนวนอาชีพ	ไม่มี -1 อาชีพ[ref]	235	94.0	93	39.6	142	60.4	.326			
	2 -3 อาชีพ	15	6.0	4	26.7	11	73.3		1.80	0.56	5.83
รายได้ต่อเดือน (บาท)	≤ 5,000	149	59.6	55	36.9	94	63.1	.412	1.56	0.79	3.08
	5,001-19,999	57	22.8	21	36.8	36	63.2		1.57	0.70	3.48
	≥ 20,000[ref]	44	17.6	21	47.7	23	52.3				
จ่ายค่าเดินทางมารับยา	ไม่ต้องจ่าย[ref]	4	1.6	2	50.0	2	50.0	.646			
	จ่าย	246	98.4	95	38.6	151	61.4		1.59	0.22	11.47
โรคประจำตัว	มี[ref]	234	93.6	93	39.7	141	60.3	.249			
	ไม่มี	16	6.4	4	25.0	12	75.0		1.98	0.62	6.32
พักอาศัย	คนเดียว[ref]	5	2.0	3	60.0	2	40.0	.340			
	หลายคน	245	98.0	94	38.4	151	61.6		2.41	0.40	14.69
คนช่วยดูแล ช่วยจัดยา	ไม่มี[ref]	128	51.2	52	40.6	76	59.4	.544			
	มี	122	48.8	45	36.9	77	63.1		1.17	0.70	1.95

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	รวม		กินยาไม่เคร่งครัด		กินยาเคร่งครัด		p-value	COR*	95% CI COR	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			LL	UL
พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์											
ปัจจุบันสูบบุหรี่	ไม่สูบ	247	98.8	94	38.1	153	61.9	.029	คำนวณไม่ได้เนื่องจากไม่มีกินยาฯอย่างเคร่งครัดสำหรับผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน		
	สูบ	3	1.2	3	100.0	0	0.0				
ปัจจุบันดื่มแอลกอฮอล์	ไม่ดื่ม	223	89.2	80	35.9	143	64.1	.008	3.04	1.33	6.95
	ดื่ม[ref]	27	10.8	17	63.0	10	37.0				
ประวัติการรักษาพยาบาล											
การแจ้งบุคลากรสาธารณสุข	ไม่แจ้ง-แจ้งบางครั้ง[ref]	28	11.2	11	39.3	17	60.7	.955			
	แจ้งทุกครั้ง	222	88.8	86	38.7	136	61.3		1.02	0.46	2.29
ข้อบ่งใช้ยา (ผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม)	ไม่มี[ref]	225	90.0	90	40.0	135	60.0	.247			
	มี	25	10.0	7	28.0	18	72.0		1.71	0.69	4.27
ประวัติการใช้ยาจากที่อื่น	มี[ref]	63	25.2	27	42.9	36	57.1	.445			
	ไม่มี	187	74.8	70	37.4	117	62.6		1.25	0.70	2.24
ระยะเวลาในการกินยา(ปี)	≤ 2 ปี	96	f38.4	28	E3	68	70.8	.081	2.08	1.14	3.80
	3-4 ปี	51	20.4	23	45.1	28	54.9		1.04	0.52	2.08
	5-9 ปี[ref]	91	36.4	42	46.2	49	53.8				
	10-30 ปี	12	4.8	4	33.3	8	66.7		1.71	0.48	6.10
ระดับความรู้	น้อยถึงปานกลาง[ref]	65	26.0	30	46.2	35	53.8	.012			
	ดี	151	60.4	62	41.1	89	58.9		1.23	0.69	2.21
	ดีมาก	34	13.6	5	14.7	29	85.3		4.97	1.71	14.45
ระดับทัศนคติ	น้อยถึงพอใช้[ref]	184	73.6	84	45.7	100	54.3	<.001			
	ดี	66	26.4	13	19.7	53	80.3		3.43	1.75	6.71
ระดับแรงสนับสนุน	น้อยถึงปานกลาง[ref]	30	12.0	16	53.3	e14	46.7	.086			
	มาก	220	88.0	81	36.8	139	63.2		1.96	0.91	4.23

*COR=Crude Odds Ratio

ความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการกินยาฯอย่างเคร่งครัด พบว่า รายได้ โรคประจำตัว การพักอาศัย ข้อบ่งใช้ยาวาร์ฟารินสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม และแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด (p-value > 0.05) เมื่อควบคุมตัวแปรตัวอื่นในสมการ นอกจากนี้พบว่า ผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์กินยาฯอย่างเคร่งครัดดีกว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ (AOR=3.73, 95%CI=1.35-10.28) ระยะเวลาในการกินยา พบว่า ผู้ป่วยที่กินยาฯ 2-5 ปีกินยาฯตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัดดีกว่าผู้ที่กินยาฯมานาน (AOR=3.01, 95%CI=1.53-5.95) ผู้ที่มีความรู้ในระดับดีมากกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัดดีกว่า ผู้ที่มีความรู้ในระดับน้อยถึงปานกลาง (AOR=4.09, 95%CI=1.24-13.51) ผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อการกินยาวาร์ฟารินกินยาอย่างเคร่งครัดมากกว่า (AOR=3.16, 95%CI=1.49-6.69) เมื่อควบคุมตัวแปรตัวอื่นที่นำเข้าสมการของการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ร่วมกันกับการกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด

ตัวแปร	p-value	AOR**	95% CI AOR		ตัวแปร	p-value	AOR**	95% CI AOR	
			LL	UL				LL	UL
คุณลักษณะส่วนบุคคล					ระยะเวลากินยา (5-9ปี[ref])	0.007			
รายได้ต่อเดือน (20,000+[ref])	0.081				≤ 2-5 ปี		3.01	1.53	5.95
≤ 5,000 บาท		2.37	1.05	5.32	3-4 ปี		0.98	0.44	2.15
5,001-19,999 บาท		2.59	1.02	6.57	10-30 ปี		1.77	0.45	6.96
ไม่มีโรคประจำตัว	0.194	2.46	0.63	9.56	**ระดับความรู้** (น้อยถึงปานกลาง[ref])	0.035			
พักอาศัยหลายคน	0.544	1.98	0.22	18.11	ดี		0.97	0.50	1.88
พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์					ดีมาก		4.09	1.24	13.51
ปัจจุบันไม่ดื่มแอลกอฮอล์	0.011	3.73	1.35	10.28	**มีทัศนคติดีต่อการใช้ยาวาร์ฟาริน**	0.003	3.16	1.49	6.69
ประวัติการรักษาพยาบาล					**แรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก**	0.400	1.54	0.56	4.19
มีข้อบ่งใช้ยา (ผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจ)	0.056	2.86	0.97	8.37	**AOR=Adjusted Odds Ratio				

อภิปราย

ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน ต้องกินยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด และต่อเนื่องครบถ้วนอย่างถูกต้องทุกวัน ของการใช้ยา ซึ่งจะถูกประเมินจาก ถูกเวลา ถูกขนาดและความถี่ ซึ่งร้อยละ 38.8 สำหรับผู้ที่กินยาฯไม่เคร่งครัด เคยลืมกินยาวาร์ฟารินต่อเนื่องนาน 7 วัน และครั้งสุดท้ายที่ลืมนานที่สุด 3 เดือน ผู้ที่ลืมกินยาส่วนใหญ่นึกขึ้นได้เมื่อเกิน 12 ชั่วโมงไปแล้ว ซึ่งในกลุ่มนี้จะข้ามยามื้อนั้นและกลับมากินมื้อต่อไปโดยเพิ่มปริมาณยา 2 เท่า และเคยหยุดกินยาด้วยตนเองเมื่ออาการดีขึ้น การลด/เพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง เนื่องจากสับสนในการจำวันของการกินยากับวันที่ไม่ต้องกินยา เช่น เสาร์-อาทิตย์ไม่ต้องกินยา กินแค่เฉพาะวันจันทร์-ศุกร์ และลืมว่าแพทย์ได้ปรับยาวาร์ฟารินมาให้ใหม่และไม่ได้อ่านวิธีการกินยาหน้าซองยาทุกครั้ง ส่วนใหญ่กินในเวลาเดียวกันทุกวัน และก็ยังพบว่ามีทั้งกินเป็นบางวันและไม่ได้กินตามแพทย์สั่งเลย เมื่อต้องเดินทางไปต่างจังหวัดจะนำยาวาร์ฟารินไปด้วยทุกครั้ง สำหรับผู้ที่นำยาวาร์ฟารินไปด้วยบางครั้งและไม่ได้นำไปจะหยุดกินยาวาร์ฟารินด้วยตนเองไปเลย อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ หลงลืมกินยาและกินยาผิด สอดคล้องกับการศึกษาของเจนจิรา ตันติวิชญวานิช และคณะ[11] ที่พบความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 46.5 โดยไม่ได้กินยาในบางมื้อหรือหยุดยาเอง ร้อยละ 75.0 และกินยาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 25.0 และการศึกษาของสายฝน อินทร์ใจเอื้อ และคณะ[12] พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 51 ไม่เพียงแต่พฤติกรรมการกินยาของผู้ป่วย แต่ยังขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการบริโภคอาหารที่มีผลต่อยาวาร์ฟาริน

ความรู้ ทัศนคติ และแรงสนับสนุนทางสังคมของการกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด

ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 13.6 มีความรู้ของการกินยาวาร์ฟารินระดับดีมาก โดยตอบถูกทุกข้อคำถาม ร้อยละ 60.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าเมื่อลืมกินยาวาร์ฟารินเกิน 12 ชั่วโมง ควรจดบันทึกและนำมาแจ้งแพทย์ทุกครั้งโดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ทั้งนี้จะมีผลต่อการพิจารณาปรับขนาดยาของแพทย์ ส่วนใหญ่เลือกที่จะข้ามยามื้อนั้นไปเมื่อลืมกินยา พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการกินยาฯอย่างเคร่งครัด สอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี เหล่าไพบูลย์กุลและคณะ[13] ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องยาวาร์ฟารินในระดับสูงจะมีความร่วมมือในการรักษาที่มากกว่า จะเห็นว่าผู้ที่มีความรู้ในระดับดีมาก กินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัดดีกว่าผู้ที่มีความรู้ในระดับน้อยถึงปานกลาง ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการกินยาทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim *et al*[14] พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจดีเกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟารินจะมีความร่วมมือในการใช้ยาและการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินมีประสิทธิผลสูงกว่า กลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟารินไม่เพียงพอ

ทัศนคติของการกินยาวาร์ฟาริน ร้อยละ 26.4 มีทัศนคติสนับสนุนการกินยาวาร์ฟารินในระดับดี มีเพียงร้อยละ 5.2 มีทัศนคติสนับสนุนการกินยาวาร์ฟารินระดับน้อย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าการหยุดหรือลืมกินยาวาร์ฟารินแม้เพียงวันเดียวจะมีผลต่อการรักษา การกินยาวาร์ฟารินต่อเนื่องกันนาน ๆ ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา และการเลือกกินยาต้ม/ยาหม้อ/

สมุนไพร/ยาแผนโบราณทำให้อาการของโรคที่เป็นอยู่ดีขึ้นกว่าการกินวาร์ฟาริน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีระยะเวลาในการรักษาโรคนานหรือบางโรคจำเป็นต้องใช้ยาตลอดชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีแนวโน้มสนใจและแสวงหาทางเลือกอื่นในการรักษาตนเอง และเห็นด้วยว่ายาวาร์ฟาริน มีข้อห้ามในการปฏิบัติตัวมากไม่สามารถใช้ชีวิตได้อิสระเพราะต้องปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์โดยเคร่งครัด ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด สอดคล้องกับการศึกษาของ สิระชวรัศมิ์และคณะ[15]และShasha Ye *et al*[16]พบว่า ผู้ที่มีทัศนคติระดับดีมีการกินยาวาร์ฟารินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัดมากกว่าผู้ที่มีทัศนคติในระดับน้อยถึงพอใช้

การศึกษานี้ไม่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการกินยาฯ อย่างเคร่งครัด แต่การได้รับกำลังใจความช่วยเหลือในการกินยาวาร์ฟารินโดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.0 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของมนชญา ลักษมีพิเชษฐ์[5] พบว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก มีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับดี และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาวาร์ฟาริน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดที่อยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวได้แก่ สามี/ภรรยา บุตรและหลาน จากการศึกษาวิลาสินี ไชยกลาง[17] พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลที่บ้านและมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาวาร์ฟาริน ดังนั้นญาติมีส่วนสำคัญในการดูแลเรื่องการจัดยาและพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล และยังมีส่วนรับผิดชอบร่วมกันต่อพฤติกรรมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในการกินยาตามคำสั่งแพทย์ ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก มีการกินยาฯ อย่างเคร่งครัดดีกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยถึงปานกลาง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

เพื่อให้ผู้ป่วยกินยาอย่างเคร่งครัด บุคลากรสาธารณสุขต้องเน้นย้ำเรื่องความรู้ ทัศนคติในการกินยาทุกครั้งที่มารับบริการ ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุและด้วยระยะเวลาที่กินยามายาวนาน บางรายอาจจะต้องกินยาไปตลอดชีวิตและไม่สามารถดูแลตัวเองได้ จึงต้องมีการวางแผนร่วมกันกับญาติผู้ใกล้ชิดพร้อมทั้งให้ญาติผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการวางแผนกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อการใช้ยาวาร์ฟาริน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ทั้งนี้การศึกษาวิจัยนี้เก็บข้อมูลเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มที่มีค่าเลือด (INR) ไม่ปกติเท่านั้นเข้ามาศึกษาในงานวิจัย ดังนั้นครั้งต่อไปควรนำผู้ป่วยที่มีค่าเลือด (INR) ที่ปกติมาเพื่อศึกษาดูว่าสำหรับปัจจัยอะไรบ้างที่จะมีความสำคัญกับการกินยาวาร์ฟารินแล้วนำมาเปรียบเทียบได้ว่าเหมือนหรือแตกต่างกันกับผู้ป่วยที่มีค่าเลือด (INR) ไม่ปกติ อย่างไรบ้าง

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control (TH),Division of Non Communicable Diseases. World heart day campaign issues. [Internet]. 2019.[cited 2020 Feb 8]. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/World heart day 2019 campaign issues_2019.pdf. (in Thai)
2. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King. Warfarin guideline [Internet]. 2011 [cited 2020 Feb 8]. Available from: http://www.thaiheart.org/images/column_1292154183/Warfarin_Guideline_Version2.pdf.(in Thai)

3. Chaiwong N. Self-management in coronary artery disease. Thai pharmaceutical and Health Science Journal. 2017;12(3):147-56. (in Thai)
4. Choicharnchaikul S, Malathum P, Karnchanachari S. The use of warfarin in older adults : A case study and caring. Rama Nurs J 2008;14(3):366-84. (in Thai)
5. Laksameepichate M. Factors related to warfarin adherence among patients in Numkling hospital, Sisaket province. Journal of Health Consumer Protection 2022;2(1):113-29. (in Thai)
6. Ministry of Public Health(TH). Health Data Center (HDC) [Internet]. [cited 2023 Feb 19]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=1&-flag_kpi_year=2019-2022. (in Thai)
7. Boonshuyar C. Statistics and research in health management course block. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2013. (in Thai)
8. Chanphothong V. Adherence to warfarin among cardio vascular disease patients,Mahosot Hospital, Lao PDR. [Master of public health]: Thammasat University; 2017.
9. Mannheimer S, Friedland G, Matts J, Child C, Chesney M. The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for human immunodeficiency virus-infected persons in clinical trials. Clin Infect Dis 2002;34(8):1115-21.
10. Bloom BS, Hastings JT,Madaus GF. Handbook on formation and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company; 1971.
11. Tantiviyavanit J, Chaiyasu R. Effects of pharmaceutical care on patients taking warfarin at Pattani hospital. Thai Journal of Pharmacy Practice 2013;5(2):108-19. (in Thai)
12. Injaiuea S, Tantipiwattanaskul K, Rakwanwong A, Luengsirithanya S Clinical Outcomes of Pharmaceutical Care at Warfarin Outpatient Clinic Bangplama Hospital, Suphanburi Siam Pharmacy Journal 2016;1(2):42-56. (in Thai)
13. Laopaiboonkun S, Chuaychai A, Banluepuet S, Bannasophit P, Matmooltri S, Kongthep W. Problems from the patient's drug use in patients receiving warfarin with an INR out of therapeutic range by visiting homes in Tha Sala District Nakhon Si Thammarat province. Walailak Procedia 2019;2019(4):HS.144. (in Thai)
14. Kim JH, Kim GS, Kim EJ, Park S, Chung N, Chu SH. Factors affecting medication adherence and anticoagulation control in Korean patients taking warfarin. J Cardiovasc Nurs 2011;26(6): 466-74.
15. Chawarat S, Ubahad C. Factors affecting INR values in warfarin users, Benchalak Chaloem Phrakiat 80th Pansa hospital. Journal of Environmental and Community Health 2022;7(1):137-46. (in Thai)
16. Ye S, Wang T, Liu A, Yu Y, Pan Zh, Gu J. A study of knowledge, attitudes, and practices of primary care physicians toward anticoagulant therapy in patients with non-valvular atrial fibrillation in Shanghai, China. BMC Fam Pract 2020;21(1):165.
17. Chaiklang W. Drug therapy problems in outpatients using warfarin at Lumphun hospital [Master of public health]. Chaing Mai Chaing Mai University; 2014. (in Thai)