

อิทธิพลของการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา
ความกังวลจากการรับประทานยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย
และบุคลากรทางการแพทย์ ความซับซ้อนของการใช้ยาตามแผนการรักษา
ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลันภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

The Influence of Perceived Medication Necessity, Medication Concern,
Patient-Healthcare Provider Communication, and Complexity of
Medical Regimens on Medication Adherence in Patients with Acute Coronary
Syndrome after Hospitalization

ปณิตตา เพ็ญพิมล*¹ วิชชุดา เจริญกิจการ*¹ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ¹ ฉัตรกนก ทมวิภาต²

Panthita Penpimol^{**1}, Vishuda Charoenkitkarn^{*1}, Doungrut Wattanakitkrileart¹ Chatkanok Dumavibhat²

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

¹Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok Thailand 10700

²คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

²Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา ความกังวลจากการรับประทานยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ และความซับซ้อนของการใช้ยาตามแผนการรักษา ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 120 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาร้อยละ 60 ปัจจัยทั้ง 4 ด้านดังกล่าวเบื้องต้นสามารถทำนายความผันแปรของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ร้อยละ 17.7 (Nagelkerke $R^2 = .177$, $p < .05$) โดยการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.242, 95%CI = 1.084 - 1.422; $p = .002$) ผู้วิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลควรส่งเสริมการให้ข้อมูลเรื่องความจำเป็นของการรับประทานยา เพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ผู้แต่งหลัก (Corresponding Author) : *E-mail: vishuda.cha@mahidol.ac.th

^{**1} นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
(Master Student in Master of Nursing Science Program in Adult Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University)

คำสำคัญ : ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา ความกังวลจากการรับประทานยา

Abstract

This correlational predictive design research aimed to study factors predicting medication adherence in patients with Acute Coronary Syndrome (ACS) after hospitalization. A sample of 120 patients was selected by convenience. The data were analyzed by using descriptive statistics and logistic regression analysis.

The findings showed overall medication adherence 60%. Perceived medication necessity, medication concern, patient-healthcare provider communication, the complexity of medical regimens could be explained by medication adherence using logistic regression which accounted for 17.7% of the variance (Nagelkerke $R^2 = .177$, $p < 0.05$). Perceived medication necessity could significantly predict medication adherence (OR = 1.242, 95%CI = 1.084-1.422; $p = .002$). With these findings, it is recommended that nurses should promote a medication adherence by provide details and explanations on the necessity and benefits of ACS medications.

Keywords : Medication Adherence, Acute Coronary Syndrome, Perceived medication necessity, Medication concern

บทนำ

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome, ACS) หมายถึงกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจมีการขาดเลือดเฉียบพลัน¹ เป็นภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดหัวใจ อันเนื่องมาจากขาดเลือดไปเลี้ยงเพราะความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารี (coronary artery) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาที่ทำการเก็บบันทึกทะเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ในช่วง พ.ศ. 2550 - 2551 จากโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์จำนวน 39 โรงพยาบาล พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2,007 ราย โดยพบผู้ป่วย STEMI, NSTEMI, Unstable angina ร้อยละ 55, 33, 12 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อก (Shock) ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) และเสียชีวิต ผู้มีชีวิตรอดอาจยังคงมีความบกพร่องในการทำงานของหัวใจมีภาวะหัวใจล้มเหลว มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตโดยเฉพาะในช่วง 6 - 12 เดือน ภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล²

การรักษาที่สำคัญของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นอกจากการได้รับยาละลายหรือป้องกันลิ่มเลือดทางหลอดเลือดแดง การขยายหลอดเลือดหัวใจรวมทั้งการผ่าตัดทางเป็ยงหลอดเลือดหัวใจตีบตัน³ แล้ว การรักษาที่สำคัญคือการรักษาด้วยยาปรับประเทาน การได้รับยาอย่างต่อเนื่องจะช่วยคงไว้

ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและควบคุมการกำเริบ
เฉียบพลัน ซึ่งจากการศึกษาพบอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น
ในผู้ที่ได้รับยาทั้ง 4 ชนิดร่วมกัน โดยยาดังกล่าวได้แก่ กลุ่ม
beta-blocker ยากลุ่ม Angiotensin - Converting Enzyme
Inhibitors (ACEI) ยาด้านเกล็ดเลือด และยาลดไขมันกลุ่ม
Statin⁴ แต่ยังคงพบผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ซึ่งพบปัญหาที่สำคัญคือ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จากการ
ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการรับ
ประทานยาไม่สม่ำเสมอ ภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาลเมื่อทำการติดตามที่ 2 สัปดาห์ ถึงร้อยละ 20 และ
พบว่าการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอยังเพิ่มขึ้นเมื่อทำการ
ติดตาม 6 เดือนและ 1 ปี เป็นร้อยละ 54 และ 53 ตามลำดับ⁵
ส่งผลให้มีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและมีโอกาสเสียชีวิต
มากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอ⁶ และส่งผลให้ผู้ป่วยมี
โอกาสกลับเข้ารับรักษาและทำให้เกิดการทางหลอดเลือดหัวใจซ้ำ
ในโรงพยาบาล และมีโอกาสเสียชีวิตได้⁷

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาในต่างประเทศพบว่าปัจจัยด้านความเชื่อในการ
รับประทานแบบเฉพาะ (Belief about medicines - specific)
ซึ่งประกอบไปด้วยการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา
และความกังวลจากการรับประทานยาสามารถทำนายความ
สม่ำเสมอในการรับประทานยาได้³ โดยมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วย

12/6/59 BE 11:58 AM

และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาเช่นกัน โดยในการศึกษานี้ศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วย
ได้แก่ การรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา ความกังวลจาก
การรับประทานยา ปัจจัยด้านพฤติกรรมของบุคลากรสุขภาพ
ได้แก่ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ และ
ความซับซ้อนของการใช้ยาตามแผนการรักษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยหาความสัมพันธ์
เชิงทำนาย (Correlational predictive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่า 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีลักษณะตามกลุ่มประชากรที่มารับการตรวจตามนัดที่หน่วยตรวจอายุรศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 2 และหน่วยตรวจ Percutaneous Coronary Intervention clinic ที่ตึกศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ชั้น 4 โรงพยาบาลศิริราช โดยมีคุณสมบัติดังนี้ จัดตัวรับประทานเอง สามารถอ่าน ฟัง และเขียน เป็นภาษาไทยได้ ไม่มีโรคทางจิตเวช ไม่มีอาการและอาการแสดงแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทันทีทันใด เช่น อาการเจ็บหน้าอก อาการและอาการแสดงของหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน และไม่เป็นผู้ป่วยโรคไตวายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมใช้วิธีการเลือกแบบสะดวก (Convenience sampling)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบ (Power analysis) สำหรับสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ โดยนำค่า effect size (f^2) จากการศึกษาที่มีความใกล้เคียง ซึ่งมีค่าเท่ากับ .20 (f^2 เท่ากับ .17), กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05, กำหนดให้มีอำนาจในการทดสอบ (power of the test) ร้อยละ 95 โดยมีตัวแปรทำนายจำนวน 4 ตัว วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 100 คน ภายหลังเก็บข้อมูลและทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติถดถอยพหุคูณพบว่าไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากตัวแปรความ

สม่าเสมอในการรับประทานยา มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ
 จึงเปลี่ยนสถิติโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก
 (Logistic Regression Analysis) แบบใส่ข้อมูลพร้อมกัน
 ในขั้นตอนเดียว กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
 ซึ่งต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 เท่าของ k (ตัวแปรอิสระ) ได้กลุ่ม
 ตัวอย่างเท่ากับ 120 คน

เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา
สร้างโดยผู้วิจัย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกจำนวนเม็ดยาตามแผนการรักษา
ที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรับประทานต่อวันสร้าง
โดยผู้วิจัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อในเรื่องการ
รับประทานยา แบบสอบถามความเชื่อในการรับประทานยา
แบบเฉพาะ (Belief about Medicines Questionnaire,
specific)¹⁹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน
ด้านละ 5 ข้อ คือ ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา
(specific - necessity) ความกังวลจากการรับประทานยา
(specific - concern) คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า
5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ¹³ ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านการร่วมกันตัดสินใจ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ มากที่สุด ค่อนข้างมาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เคยเลย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แบบประเมิน
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา⁸ มีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม
คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ สม่ำเสมอ
บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่เคยเลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง

ตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า (Content Validity Index, CVI) ได้เท่ากับ 1 ทั้ง 4 ฉบับ และนำไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทดสอบในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 30 ราย ที่มีคุณสมบัติตรงกันกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ผล .80, .834, .907, .848 ตามลำดับ และเมื่อเก็บกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 120 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .832, .734, .912, .785 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข Si 120/2015 รหัสโครงการ
024/2558 (EC2) วันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้าหน่วยตรวจ PCI clinic เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดและขอเชิญเข้าร่วมโครงการ หลังจากผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมโครงการลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม 20 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้เนื่องจากปัญหาทางสายตาผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามในแบบสอบถามและให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา ความกังวลจากการรับประทานยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ความซับซ้อนของการใช้ยาตามแผนการรักษา ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ทดสอบความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank correlation) วิเคราะห์อำนาจการทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) แบบใส่ข้อมูลพร้อมกันในขั้นตอนเดียว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.8 โดยมีอายุเฉลี่ย 60.93 ปี มีอายุน้อยที่สุด 38 ปี อายุมากที่สุด 84 ปีส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.2 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร ร้อยละ 44.2 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 77.5 มีรายได้โดยประมาณของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 24,000 บาท ร้อยละ 47.5 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 76.7 ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ ร้อยละ 41.7 และมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง ร้อยละ 98.3

2. ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ร้อยละ 44.2 STEMI ร้อยละ 37.5 Unstable angina ร้อยละ 18.3 ระยะเวลาในการเป็นโรค 18 วัน - 15 ปี 5 เดือน มีภาวะโรคร่วม ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 49 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48 โรคเบาหวาน ร้อยละ 32.5 และได้รับการรักษาและการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจชนิด PCI ร้อยละ 77.5 กลุ่มตัวอย่างได้รับ และหรืออ่านคำแนะนำการรับประทานยาโรคหลอดเลือดหัวใจจากพยาบาล ร้อยละ 94 ไม่รู้สีกว่าจำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวันมากเกินไป ร้อยละ 72 ภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้รับข้อมูลความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจจากบุคลากรทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 70 ความต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ส่งเสริมการรับประทานยาสม่ำเสมอและต่อเนื่องโดยต้องการได้รับเอกสารความรู้เรื่อง การรับประทานยาโรคหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 72

3. มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาร้อยละ 60
(Mean = 23.88, S.D. = 2.22 , min = 9, max = 25)

4. การรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.5 (Mean = 20.44, S.D. = 3.39)

5. ความกังวลจากการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 58.34 (Mean = 11.51, S.D. = 3.37)

6. การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 77.5 (Mean = 82.38, S.D. = 14.45) เมื่อพิจารณาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ รายด้านพบว่า ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 35.73, S.D. = 5.69) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลอยู่ในระดับดี (Mean = 43.75, S.D. = 9.10) ด้านการร่วมกันตัดสินใจอยู่ในระดับดี (Mean = 3.90, S.D. = 1.07)

กังวลจากการรับประทานยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($r_s = -.056, p > .05, r_s = -.104, p > .05$ ตามลำดับ)

9. จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของความ สม่่าเสมอในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 17.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nagelkerke R Square = .177, $p < .05$) โดยพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความสม่ำเสมอใน การรับประทานยาได้ มีเพียง 1 ปัจจัย คือ การรับรู้ความจำเป็น ต่อการรับประทานยา ($OR = 1.242$, $95\%CI = 1.084 - 1.422$; $p = .002$) (ตารางที่ 1)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	S.E	Wald	OR	95%CI	p
การรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา	.216	.069	9.798	1.242	1.084-1.422	.002
ความกังวลจากการรับประทานยา	-.017	.065	.065	.984	.866-1.117	.799
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์	-.030	.016	3.566	.970	.940-1.001	.059
ความซับซ้อนของยาตามแผนการรักษา (จำนวนเม็ดยาตามแผนการรักษาต่อวัน)	-.002	.038	.003	.998	.926-1.075	.958
CONSTANT	-1.258	2.213	.323	.284		.570

การอภิปรายผล

ยาเอง ไม่หยุดรับประทานยาชั่วคราว ไม่ตัดสินใจหยุด
รับประทานยาเป็นบางมื้อ ไม่รับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง
(ร้อยละ 95, 94.2, 80, 79.2 ตามลำดับ) และพบว่ามีการลืม
รับประทานยานาน ๆ ครั้ง (1- 2 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 32.5
ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความจำเป็นต่อการ
รับประทานยา สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทาน
ยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ (OR = 1.242, 95%CI = 1.084-1.422; p = .002)
โดยพบว่า การรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา มีความ
สัมพันธ์ทางบวกต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
(rs =.303, p = .01) และกลุ่มตัวอย่างมีการให้คะแนนรวม

การรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาอยู่ในระดับสูงร้อยละ 77.5 (Mean = 20.44, SD = 3.39) สอดคล้องกับการศึกษาความเชื่อในการรับประทานยาที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย¹⁰ พบว่าการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยามีความสัมพันธ์ระดับสูงต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ($R^2 = .377, p < .001$) ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาความเชื่อในการรับประทานยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ทำการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า การรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในกลุ่ม beta - blocker, ยา ACEI/ARB และยาลดไขมัน ได้ (beta - blocker OR 0.94, 95% CI 0.91 - 0.98; ACEI/ARB : OR 0.94, 95% CI 0.90 - 0.98; ยาลดไขมัน: OR 0.96, 95% CI 0.92 - 1.00)⁹

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าความกังวลจากการรับประทานยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ความซับซ้อนของการใช้ยาตามแผนการรักษา ไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากสังคมไทยมีค่านิยมในการจัดการความเจ็บป่วยในระดับต่าง ๆ ด้วยยามาเป็นเวลานาน และมีการซื้อยารับประทานเองได้ง่าย ทำให้ไม่มีความกังวลใจหากต้องมีการรับประทานยามากนัก รวมถึงไม่กังวลอันตรายจากการรับประทานยา และการรับประทานยามากเกินไป¹⁰ ในเรื่องการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์โดยรวมถึงแม้อยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยมาระยะเวลาหนึ่ง และให้ความร่วมมือมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากแบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์พบว่า การให้ข้อมูลเรื่องยารับประทาน และผลข้างเคียงของการกินยานั้นอาจยังไม่เพียงพอ และพบว่าผู้ป่วยได้มีการแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมเองจากสื่อต่าง ๆ อาทิเช่น หนังสือ แผ่นพับ สื่อโทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต

จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีโรคร่วมตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้น ถึงร้อยละ 75 โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน (ร้อยละ 49, 48, 32.5 ตามลำดับ) จึงทำให้ความซับซ้อนของการใช้ยาตามแผนการรักษา (จำนวนเม็ดยาตามแผนการรักษาที่รับประทานต่อวัน) มีเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจมีความเคยชินต่อการรับประทานยาอยู่เดิม อีกทั้งในการศึกษานี้ยังพบว่ามิใช่ผู้ป่วยเพียง ร้อยละ 10 เท่านั้น ที่รู้สึกวุ่นวาย 1 วัน

รับประทานยาบ่อยเกินไป และไม่รู้สึกรู้ว่าจำนวนเม็ดยาที่
 รับประทานต่อวันมีมากเกินไปถึงร้อยละ 72 อีกด้วย สอดคล้อง
 กับการศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรค
 ระบบหลอดเลือดและหัวใจในระดับปฐมภูมิ¹⁷ ที่พบว่าจำนวน
 เม็ดยาที่รับประทานต่อวัน 4 - 6 เม็ดต่อวัน และมากกว่า 6 เม็ด
 ขึ้นไปไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้
 (Beta = .004, p = .963 และ Beta = .124, p = .963 ตาม
 ลำดับ) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่ไม่มี
 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยานั้น สาเหตุเกิดจากการ
 ลืมรับประทาน โดยพบว่ามีการลืมรับประทานนาน ๆ ครั้ง
 (1 - 2 วันต่อสัปดาห์) มีเพียงส่วนน้อยที่พบว่าตั้งใจหยุด
 รับประทานยาเองเนื่องจากกังวลผลข้างเคียงของการรับประทาน
 ยาและไม่ทราบประโยชน์ของการรับประทานยาในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาลผลการศึกษาค้างนี้
ไปพัฒนารูปแบบปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลันส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยา โดยมีการให้ข้อมูลในเรื่องความจำเป็นในการ
รับประทานยาและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็น
ในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการอธิบาย
รายละเอียดของยารับประทานรักษาภาวะหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลัน เช่น อธิบายประโยชน์ วิธีการรับประทาน ระยะเวลา
ในการรับประทาน ผลข้างเคียงของยารับประทาน รวมถึงมี
การติดตามประเมินต่อเนื่องเพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรค
ในการรับประทานยาโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นระยะ ๆ

2. ขอจำกัดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เนื่องเป็นการศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยใช้แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประเมินด้วยตนเอง จึงอาจทำให้มีการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ตีเกินกว่าความเป็นจริงได้ แต่ยังไม่มีการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานแบบการนับจำนวนเม็ดยา หรือการใช้กล่องยาอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งจะทำให้มีความแม่นยำมากกว่าในการวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโรคหลอดเลือดหัวใจ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านสถิติการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงสภาพแวดล้อมและแหล่งสนับสนุนในชุมชนและสื่อต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต่อไป

12. Fuji KT, Abbott AA, Norris JF. Exploring care transitions from patient, caregiver, and health-Care provider perspectives. *Clinical Nursing Research*. 2013; 22(3):258-74.
13. Phetarvut S, Watthayu N, & Suwonnaroop N. Factors predicting Diabetes self-management behavior among patients with Diabetes Mellitus type 2. *Journal of Nursing Sceince*. 2011; 29(4). (in Thai)
14. Mixon AS, Myers AP, Leak CL, Lou Jacobsen JM, Cawthon C, Goggins KM, et al. Characteristics associated with postdischarge medication errors. *Mayo Clinic proceedings*. 2014;89(8): 1042-51.
15. Castellano JM, Sanz G, Penalvo JL, Bansilal S, Fernandez-Ortiz A, Alvarez L, et al. A polypill strategy to improve adherence: results from the FOCUS project. *Journal of the American College of Cardiology*. 2014;64(20):2071-82.
16. Limcharoen S, Masingboon K, & Kunsongkiet W. Factors related to adherence to treatment among essential hypertensive patients. *The Journal of Faculty Of Nursing Burapha University*. 2007;35(1).(in Thai)
17. Tantikosoom P, Aungsuroch Y, & Jitpanya C. Factors predicting medication adherence among cardiovascular patients in a primary care setting. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2011; 15(4).
18. Kronish IM, Ye S. Adherence to cardiovascular medications: lessons learned and future directions. *Progress in cardiovascular diseases*. 2013; 55(6):590-600.
19. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health*. 1999;14(1):1-24.