

ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ



นางสาวอรกมล เฟื่องกุล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

THE EFFECT OF PERCEIVED BENEFITS OF ANTICOAGULANT MEDICATION PROGRAM
ON MEDICATION ADHERENCE IN VALVULAR REPLACEMENT PATIENTS

Miss Onkamon Pengkul



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

| | |
|---------------------------------|--|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์ | ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา |
| | ด้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการ |
| | รับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ |
| โดย | นางสาวอรกมล เฟื่องกุล |
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม | อาจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัฐ์ ตันติโกสุม |

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรภัทร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัฐ์ ตันติโกสุม)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

อรกมล เฟ็งกุล : ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. (THE EFFECT OF PERCEIVED BENEFITS OF ANTICOAGULANT MEDICATION PROGRAM ON MEDICATION ADHERENCE IN VALVULAR REPLACEMENT PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัญญ์ ดันติโกสม, 150 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 คน โดยการจับคู่ตัวแปร อายุ และระดับการศึกษา กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรม (Pender, 2006) โดยมีรูปแบบของการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาและแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .62 และ .70 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

5477203636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: MEDICATION ADHERENCE / PERCEIVED BENEFIT / ANTICOAGULANT
 MEDICATION / VALVULAR REPLACEMENT PATIENTS

ONKAMON PENGKUL: THE EFFECT OF PERCEIVED BENEFITS OF ANTICOAGULANT MEDICATION PROGRAM ON MEDICATION ADHERENCE IN VALVULAR REPLACEMENT PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. NORALUK UA-KIT, Ph.D., CO-ADVISOR: POL.SUB.LT. PACHANAT TANTIKOSOOM, Ph.D., 150 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of perceived benefits of anticoagulant medication program on medication adherence in patients with valvular replacement. Forty-six post-operative adult with valvular replacement taking anti-coagulant medication visited the out-patient clinic of heart and thoracic surgery, the Police General Hospital. The participants were assigned to the experimental and control groups (23 for each group). The control group received a usual care while the experimental group received an intervention regards to perceived benefits of anticoagulant medication program, using the perceived benefits of action influencing health behaviors according to the Health Promotion Model (Pender, 2006), by using Telephone Health Nursing to promote adherence. The program was conducted for 8 weeks. The questionnaires consisted of demographic information, perceived benefits of anticoagulant medication questionnaire, and medication adherence questionnaire. The reliabilities (Cronbach's alpha) of the medication adherence questionnaire and the perceived benefits of anticoagulant medication questionnaire were .62 and .70, respectively. Percent, mean, standard deviation, and independent t-test were used to analyze data. The results revealed that:

1. The mean of medication adherence score, after participating in the perceived benefits of anticoagulant medication program, was significantly higher than that before participating in the program at the statistical level of .05.
2. The mean of medication adherence score, after participating in the perceived benefits of anticoagulant medication program in the experimental group, was significantly higher than that in the control group at the statistical level of .05.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2013

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง เนื่องจากได้รับความกรุณา การช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ร.ต.ต. หลุยง ดร. ปชาณัฐร์ ตันติโกสุม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้ความกรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็นและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้ความเมตตา เป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างสูง จึงกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัย ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ ที่อนุญาตให้ทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณหัวหน้าและเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรคหัวใจ และทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจทุกท่านที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอขอบคุณ บิดา มารดา นายไพศาล และนางปิยาภรณ์ เพ็ญกุล ผู้เปรียบเหมือนแรงบันดาลใจในการศึกษา พี่สาว น.ส. ณัฐภรณ์ เพ็ญกุล และน้องสาว น.ส. ชนม์ชนก เพ็ญกุล ที่ให้ความห่วงใย เป็นแรงผลักดันและให้การสนับสนุนในทุกด้านด้วยดีเสมอมา รวมทั้งเพื่อนนิสิตร่วมรุ่นทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ศึกษา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีได้เอื้อย่นาม

สารบัญ

หน้า

| | |
|---|----|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ญ |
| สารบัญภาพ..... | ฎ |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| ปัญหาการวิจัย..... | 8 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย..... | 8 |
| แนวเหตุผล สมมติฐานการวิจัย..... | 9 |
| สมมติฐานการวิจัย..... | 10 |
| ขอบเขตการวิจัย..... | 10 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... | 11 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 12 |
| บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 13 |
| 1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ..... | 14 |
| 1.1 โรคลิ้นหัวใจ..... | 14 |
| 1.2 แนวทางการรักษาโรคลิ้นหัวใจ..... | 16 |
| 1.3 การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ..... | 20 |
| 2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา..... | 25 |
| 3. ความหมายและแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยา..... | 30 |
| 3.1 ความหมาย..... | 30 |
| 3.2 แนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยา..... | 31 |
| 3.3 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา..... | 34 |
| 4. ความหมายและแนวคิดการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing)..... | 37 |
| 4.1 ความหมาย..... | 37 |

| | |
|--|-----|
| 4.2 แนวคิดและหลักการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ | 38 |
| 5. โปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับปรึกษา 41 | 41 |
| 6. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับปรึกษาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด 45 | 45 |
| เปลี่ยนถิ่นหัวใจ | 45 |
| 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 47 |
| บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย | 54 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 54 |
| การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง..... | 56 |
| วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง | 56 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 59 |
| การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ | 65 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 66 |
| การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง..... | 71 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 72 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 74 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 87 |
| สรุปผลการวิจัย | 88 |
| อภิปรายผลการวิจัย | 89 |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... | 93 |
| ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป | 94 |
| รายการอ้างอิง | 95 |
| ภาคผนวก..... | 105 |
| ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... | 106 |
| ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ เอกสารการขอใช้เครื่องมือวิจัย จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย | 108 |
| ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และ เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม | 115 |
| ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 123 |
| ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย และ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม..... | 139 |

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 150



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

| | | |
|-------------|---|----|
| ตารางที่ 1 | กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 53 |
| ตารางที่ 2 | ตารางแสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (MATCHED PAIRS) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน อายุ และระดับการศึกษา..... | 58 |
| ตารางที่ 3 | ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CONTENT VALIDITY INDEX: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้(N=30) | 66 |
| ตารางที่ 4 | แผนภูมิสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย | 73 |
| ตารางที่ 5 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา | 75 |
| ตารางที่ 6 | ค่าเฉลี่ย เปอร์เซ็นต์ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง | 78 |
| ตารางที่ 7 | ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ | 79 |
| ตารางที่ 8 | ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจรายชื่อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง | 82 |
| ตารางที่ 9 | เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ DEPENDENT T-TEST (N=23)..... | 85 |
| ตารางที่ 10 | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ INDEPENDENT T-TEST (N=23) | 86 |

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 MEDICATION ADHERENCE MODEL ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (JOHNSON, 2002) 33

ภาพที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง..... 149

ภาพที่ 3 เปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา 149



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคลิ้นหัวใจ (Valvular Heart Disease) นับว่าเป็นโรคหนึ่งที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุที่ทำให้ลิ้นหัวใจผิดปกติเกิดจากหลายประการ มีทั้งความพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Disease) และความพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง ได้แก่ การอักเสบติดเชื้อ การบาดเจ็บ หรือการเสื่อมสภาพของลิ้นหัวใจ อุบัติการณ์การเกิดโรคเยื่อหัวใจอักเสบติดเชื้อ (Infective Endocarditis: IE) ทั่วโลกโดยประมาณ 5-15 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี โดยสัดส่วนจะพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ประมาณ 3:1 ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ใกล้เคียงกับต่างประเทศ ซึ่งโรคติดเชื้อของเยื่อหัวใจโดยทั่วไปจะพบพยาธิสภาพที่ลิ้นหัวใจเป็นส่วนมาก (สิริภพ ทัทมมงคล, 2553) สำหรับโรคไขรูห์มาติคพบอุบัติการณ์ในประเทศที่กำลังพัฒนาสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) จากสถิติในสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2006 พบผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ 25 คน ต่อประชากร 1,000 คน และพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคลิ้นหัวใจ 21,386 คน ซึ่งการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่มีสาเหตุจากไขรูห์มาติค มีจำนวน 3,257 คน พบในเพศหญิง ร้อยละ 69.1 และเพศชาย ร้อยละ 30.9 (Lloyd-Jones et al., 2010) นอกจากนี้ จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2012) พบว่า การเสียชีวิตของผู้ป่วยจากไขรูห์มาติคที่มีหัวใจอักเสบร่วมด้วยพบประมาณ 20 คน จากประชากร 1,000 คน ที่เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ถึงแม้ว่าการเสียชีวิตจากหัวใจอักเสบที่มีสาเหตุจากไขรูห์มาติคจะพบได้ไม่บ่อย แต่การอักเสบของหัวใจมักก่อให้เกิดความพิการถาวรของหัวใจ ที่เรียกว่าโรคหัวใจรูห์มาติค (Rheumatic Heart Disease) กรณีที่เป็นรุนแรงและมีการอักเสบของหัวใจ (carditis) อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ ทำให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของลิ้นหัวใจ กรณีที่ลิ้นหัวใจตีบ จะก่อให้เกิดการขัดขวางการไหลของเลือดผ่านรูเปิดของลิ้นหัวใจ หรือกรณีที่ลิ้นหัวใจรั่วทำให้เลือดไหลย้อนกลับขณะที่หัวใจมีการบีบตัว ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะดำเนินไปสู่อาการที่รุนแรงขึ้น จนหัวใจล้มเหลวในที่สุด (นวรรตน์ สุทธิพงษ์, 2550) ปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคลิ้นหัวใจผิดปกติมีวิธีการรักษาหลายรูปแบบ ได้แก่ การรักษาทางอายุรกรรม และการรักษาทางศัลยกรรม ในทางอายุรกรรมคือ การรักษาภาวะลิ้นหัวใจผิดปกติด้วยยาในผู้ป่วยที่ยังมีอาการไม่รุนแรง โดยให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการกลับเป็นซ้ำของไขรูห์มาติค การให้ยาดิจิตาลิส ยาขับปัสสาวะ รวมถึงการจำกัดปริมาณน้ำและเกลือแร่ หรือการทำหัตถการด้วยการใช้บอลูนถ่างขยายลิ้นหัวใจ (Percutaneous Balloon mitral valvulotomy, PBMV) ส่วนการรักษาทางศัลยกรรมมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดติดตามการวินิจฉัยของแพทย์ (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวง

สาธารณสุข, 2547) ปัจจุบันมีอัตราการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเพิ่มมากขึ้น จากสถิติการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ 3,128 2,969 และ 2,957 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 22.70, 23.11 และ 24.96 จากการผ่าตัดหัวใจทั้งหมด ตามลำดับ (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2553)

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแบบโลหะจำเป็นต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดทุกรายและต้องรับประทานยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด (Thromboembolism) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (World Health Organization, 2001) และอาจส่งผลให้ลิ้นหัวใจเทียมทำงานไม่มีประสิทธิภาพ โดยยาที่ใช้รักษาในกลุ่มนี้คือ ยาวาร์ฟาริน (Warfarin) และในการติดตามผลของยา วาร์ฟารินเพื่อการควบคุมขนาดยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยนั้น American College of Chest Physicians (ACCP, 2008) ได้กำหนดให้ใช้ค่าระดับการต้านการแข็งตัวของเลือด หรือค่า INR (International Normalized Ratio) เป็นค่ามาตรฐานที่บอกระดับการต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อใช้ในการติดตามผลการรักษาและปรับขนาดยาที่เหมาะสม โดยจะควบคุมให้ค่า therapeutic INR อยู่ในระดับ 2.5 ± 0.5 ยกเว้นกรณีผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแบบโลหะ (mechanical prosthetic valves) ที่มีความเสี่ยงสูงจะควบคุมให้ค่า therapeutic INR อยู่ในระดับ 3.0 ± 0.5 อย่างไรก็ตามการใช้ยา วาร์ฟารินทางคลินิกมีข้อควรระวังอยู่หลายประการ เนื่องจากเป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ (Ansell et al., 2008) นอกจากนี้ขนาดของยาที่ให้ผลการรักษาผู้ป่วยในแต่ละคนจะแตกต่างกัน และในผู้ป่วยคนเดียวกันการได้ขนาดยาเท่ากันก็ยังไม่ให้ผลการรักษาที่ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองต่อยา วาร์ฟาริน เช่น อาหารที่มีวิตามินเคปริมาณมาก การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาอื่นร่วมที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา วาร์ฟาริน หรือสภาวะที่ผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคตับ เป็นต้น และการไม่ใช้อย่างตามแพทย์สั่ง (มันติวีร์ นิมวรพันธุ์, 2550; วันวิภา เทพารักษ์, 2550; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2553)

หลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยจะกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ซึ่งระยะตั้งแต่หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจนถึง 12 สัปดาห์ เรียกว่า ผู้ป่วยนอกระยะแรก (immediate outpatient) (วรมนต์ บำรุงสุข, 2548 อ้างใน นวรัตน์ สุทธิพงษ์, 2550) ซึ่งหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดหรือมีเลือดออกตามส่วนต่างๆ ของร่างกายจากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด หรือมีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ติดเชื้อที่เยื่อหุ้มหัวใจ เป็นต้น (Grunkemeier, et al., 2000 อ้างใน WHO, 2001) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจคือ ภาวะอุดตันในหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยเฉพาะหลอดเลือดในสมอง และมีการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเทียม ทำให้ลิ้นหัวใจหยุดการทำงานและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Fishman & Aviram, 2002) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะที่

ต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีอัตราการเสียชีวิตในระยะ 30 วันแรก ร้อยละ 5.05 โดยร้อยละ 28 ของผู้เสียชีวิตมีสาเหตุมาจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ไม่ถูกต้อง (Remadi et al., 1998 อ้างใน ศรีทธา แหวง, 2547) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่สม่ำเสมอและขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา

Osterberg and Blaschke (2005) กล่าวว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลาเกินกว่า 3 เดือน หรือต้องรับประทานยาต่อเนื่องตลอดชีวิต จะมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาลดต่ำกว่ากลุ่มที่มีการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันที่ต้องรับประทานยาติดต่อกันในระยะสั้นกว่า 3 เดือน จากการศึกษาของ Van Damme, Van Deyk, Budts, Verhamme, and Moons (2011) เปรียบเทียบระดับความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจระหว่างกลุ่มที่เป็นโรคลิ้นหัวใจพิการแต่กำเนิด 25 คน มีอายุระหว่าง 18-60 ปี และกลุ่มที่เป็นโรคลิ้นหัวใจพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง 32 คน มีอายุระหว่าง 54-82 ปี โดยทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 32 ปี เฉลี่ย 10 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อีกทั้งยังพ้องความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและผู้ป่วยที่ขาดความร่วมมือในการใช้ยา พบร้อยละ 25

นอกจากนี้ วรรณพร เจริญโชคทวี (2550) ศึกษาสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 116 คน อายุเฉลี่ย 62 ปี (SD = 1.0) มีโรคร่วมเฉลี่ย 2 โรค มีระยะเวลาการใช้ยาเฉลี่ย 6.1 ปี (SD = 0.6) รายการยาที่ใช้มี 2-14 รายการ พบว่า ร้อยละ 87.1 มีการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ โดยผู้ป่วยแต่ละรายพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมากกว่า 1 ปัญหา สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ คือ มีการใช้นานน้อยกว่ากำหนด (ร้อยละ 63.8) เช่น ลืมรับประทานยา ลดขนาดยาเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียง หยุดยาเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา หรือรู้สึกว่าการดีขึ้นแล้ว สาเหตุรองลงมาคือ มีการใช้ยามืดเวลา (ร้อยละ 47.4) ไม่มารับยาเพิ่ม (ร้อยละ 19.8) ใช้ยามากกว่ากำหนด (ร้อยละ 2.6) และใช้ยาผิดขนาด (ร้อยละ 2.6) และยังพบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา (ร้อยละ 11.2) ซึ่งมีระดับความรู้เรื่องการใช้ยาในระดับต่ำ นอกจากนี้พบการลืมใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงได้เช่นกัน ได้แก่ warfarin คิดเป็นร้อยละ 10.6 และ วันวิภา เทพารักษ์ (2550) ศึกษาสาเหตุที่ทำให้ค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษาในผู้ป่วย 66 คน ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โดยข้อบ่งชี้ในการใช้ยา warfarin ส่วนใหญ่คือ โรคลิ้นหัวใจรั่วที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นแผ่วระรัวร่วม ร้อยละ 37.9 พบว่า การได้รับยา warfarin ในขนาดต่ำเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 45.5 รองลงมา คือ การขาดความร่วมมือในการใช้ยา ร้อยละ 19.7 ซึ่งสาเหตุที่พบมากที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยาคือ การลืมรับประทานยา

มันดีวีร์ นีมวรพันธุ์ (2550) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) ในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษาด้วยยาแอสไพรินและมีค่า INR อยู่นอกช่วงเป้าหมายของการรักษาจำนวน 5 คน พบว่า การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีค่า INR อยู่นอกช่วงเป้าหมายของการรักษา โดยผู้ป่วยลืมนับประทานยา รับประทานยาไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์ มีการปรับขนาดยาหรือหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ การรับประทานนอกเหนือจากยาที่แพทย์สั่ง นอกจากนี้ยังศึกษาวิจัยเชิงปริมาณในผู้ป่วยนอกที่รับประทานยาแอสไพรินจำนวน 212 คน ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 54.5 ปี (SD = 12.3) พบข้อบ่งชี้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียมคิดเป็นร้อยละ 24 พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 60.8 มีค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษา โดยค่า INR ส่วนใหญ่ต่ำกว่าช่วงการรักษาคิดเป็นร้อยละ 40.1 โดยพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 48.1 มีความรู้เรื่องยาแอสไพรินในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องยาแอสไพรินในระดับสูงมีความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องยาในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ Waterman et al. (2004) ศึกษาพบว่า จากผู้ป่วยจำนวน 347 คน มีผู้ป่วยที่มีค่า INR นอกช่วงการรักษาคิดเป็นร้อยละ 23 ซึ่งมีสาเหตุจากการไม่ร่วมมือในการรับประทานยามากที่สุดร้อยละ 36 เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาร้อยละ 9 นอกจากนี้ Hirri and Green (2002) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย 1,480 คน ที่เข้านอนโรงพยาบาลด้วยภาวะเฉียบพลันในระยะเวลา 3 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 7.6 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด พบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออก 17 คน จากผู้ป่วย 112 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 59 ซึ่งสาเหตุสำคัญส่วนใหญ่เกิดจากความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดนั่นเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยามีความจำเป็นอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นเดียวกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวนไม่น้อยที่ยังขาดความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้รวมอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย และพบปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยาได้ทุกระยะของการรักษาไม่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยนอกระยะแรกและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามานานแล้ว หรือผู้ป่วยนอกระยะหลังการรักษา นอกจากนี้ยังพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการขาดความร่วมมือในการรับประทานยา โดยเฉพาะยาแอสไพรินซึ่งเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากมีดัชนีการรักษาแคบ (Ansell et al., 2008) ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาแอสไพรินจึงมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจนถึงแก่ชีวิตได้

Bowry, Shrank, Lee, Stedman, and Choudhry (2011) เป็นผู้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่า การเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ยามีราคาสูง การพร้อม

ความรู้ และการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับยาที่ได้รับว่าใช้ยาแล้วไม่เห็นผลในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับน้อยมีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตาม แผนการรักษามากกว่าเป็น 3.25 เท่า ของผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับมาก

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้น ให้ผลทางบวกต่อตนเอง (Pender, 2006) และ Johnson (2002) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงรับรู้ว่าการรับประทานยาสามารถช่วยในการควบคุมความดันโลหิตได้ และเชื่อว่ายาที่มีประโยชน์ มีผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยา นอกจากนี้ จิติกานต์ กาลเทศ และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ (2554) ศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.195$) ดังนั้น การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการ รับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความ ร่วมมือในการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ประโยชน์ในการออกกำลังกายต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ของ พิมพ์มาดา อัจฉริยพัฒนา และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2551) พบว่าผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ ประโยชน์ในการออกกำลังกาย มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ประโยชน์ในการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ Lee, Lim, and Lee (2004) ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบซึ่กต่อการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ประโยชน์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศเกาหลี พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความดันโลหิตลดลง ทั้ง Systolic Blood Pressure และ Diastolic Blood Pressure ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 รวมทั้งมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

ปัจจุบันมีสถานพยาบาลหลายแห่งจัดการบริการหรือจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีความรู้ สามารถรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย มีความร่วมมือ ในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสามารถควบคุมค่า INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษาของแพทย์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดจะได้รับคำแนะนำ จากแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล และพบรูปแบบการจัดบริการที่หลากหลาย ได้แก่ รูปแบบการให้ คำแนะนำเป็นรายบุคคล (ชงโค นิสสัยดี และนงเยาว์ ชื่อเลื่อม, 2551; มณีรัตน์ สิทธิเดช, ภัทรศรี มูฮำ มัด, นงลักขณ์ มาลานุสรณ์, เพียงใจ เกียรติชนวันพัฒนา, & ทิพย์สุดา บุญอุบลัมภ์กุล, 2555; วันวิภา

เทพารักษ์, 2550) การจัดตั้ง Anticoagulation clinic ในหน่วยงาน (Wilson et al., 2003) หรือการใช้ Anticoagulation Management Program เพื่อติดตามการรักษา (Armstrong, Chemodurov, Christensen, & Johnson, 2011) รวมไปถึงการให้บริการติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นระยะโดยการนัด follow up ที่โรงพยาบาล (จรรยา เจริญยิ่ง, 2546) โดยสื่อที่ใช้พบว่ามีหลากหลาย ได้แก่ คู่มือการใช้ยา สมุดประจำตัวผู้ป่วย ปฏิทินการใช้ยา ตัวอย่างยาและคำอธิบายการใช้ยา การใช้สื่อวีดิทัศน์ หรือการจัดส่งไปรษณียบัตรการใช้ยาไปให้ที่บ้าน เป็นต้น ทั้งนี้รูปแบบการจัดบริการต่างๆ เหล่านี้ เป็นกิจกรรมที่จัดบริการให้แก่ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลหรือหน่วยงาน ซึ่งบุคลากรทีมสุขภาพจะต้องให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยภายใต้ระยะเวลาที่จำกัด ทำให้ข้อมูลที่สอนถูกจำกัดไปด้ย นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจจดจำเนื้อหาที่สอนได้ไม่ครบถ้วน และขาดการกระตุ้นหรือเสริมแรง ซึ่ง Hu, Chow, Dao, Errett, and Keith (2006) ศึกษาพบว่า การให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมภายหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแอสไพรินส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นด้วย

การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นการดูแลต่อเนื่องระยะยาว กลยุทธ์การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาที่มีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด คือ กลยุทธ์ที่มีการออกแบบเพื่อที่จะจัดกระทำกับตัวแปรหรือสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้อย่างครอบคลุมมากที่สุด ซึ่งประกอบไปด้วย การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา (information) การให้คำปรึกษา (counseling) ใช้สิ่งช่วยเตือนความจำ (reminders) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการติดตามและสังเกตอาการของตนเอง (self-monitoring) ให้การสนับสนุน (reinforcement) ครอบครัวบำบัด (family therapy) และเป็นการดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกเพิ่มมากขึ้น (more convenient care) (McDonald, Garg, & Haynes, 2002) ปัจจุบันการให้บริการสุขภาพทางไกล (Telehealth Nursing) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้โทรศัพท์ หรือการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing) เป็นกลยุทธ์ที่ถูกนำมาใช้แพร่หลายมากขึ้น (Bosworth et al., 2011; Schneider, Hess, & Gosselin, 2011) และเป็นรูปแบบการให้การดูแลและติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยที่ช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย (cost-effective) อีกทั้งช่วยประหยัดเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาล (Cox & Wilson, 2003) ซึ่งการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ ถือเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่สามารถกระทำได้ภายใต้มาตรฐานการใช้โทรศัพท์ที่ถูกกำหนดขึ้นในปี ค.ศ.1997 โดย The American Academy of Ambulatory Care Nursing (AAACN) อีกทั้งยังเป็นวิธีการที่พยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมนอกเหนือไปจากการให้การพยาบาลที่โรงพยาบาล ในการให้ความรู้ ให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เกิดเป็นความตั้งใจที่จะรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยไม่ลืมรับประทานยา สอดคล้องกับ Burke, Dunbar-Jacob, Orchard, and Sereika (2005) กล่าวว่า อินเทอร์เน็ตเป็นอุปกรณ์การสื่อสารที่มีประโยชน์และสามารถนำมาใช้เป็นกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาได้เป็นอย่างดี

Cook, McCabe, Emiliozzi, & Pointer (2009) ศึกษาผลของการใช้ Telephone Nurse Counseling ในผู้ป่วยโรคเอดส์ นาน 6 เดือน เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่าการให้คำปรึกษาจากพยาบาลโดยใช้โทรศัพท์ติดตามมีผลให้ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในปีต่อมาของ Cook, Emiliozzi, El-Hajj, and McCabe (2010) โดยใช้ Telephone Nurse Counseling ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจที่ต้องรับประทาน mesalamine โดยติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้คำปรึกษาและติดตามทางโทรศัพท์ และ Cinar et al. (2010) ศึกษาผลของการใช้ Nurse-led Telephone Follow-up ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความร่วมมือในการใช้ยาโรคเบาหวานเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ นรรัตน์ สมเพชร, ชิตชนก เรือนก้อน และ อัญชลี เพิ่มสุวรรณ. (2550). ศึกษาผลของการเตือนทางโทรศัพท์ (Telephone Reminder) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต เป็นระยะเวลา 2 เดือน พบว่า ระดับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของกลุ่มศึกษามีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเดือนที่ 3 ในขณะที่ Chiu et al. (2010) ศึกษาผลของโปรแกรม A nurse clinic combined with telephone follow-up ต่อค่าความดันโลหิตและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการศึกษาแบบ Randomized controlled trial โดยผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ในการติดตามเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง Systolic blood pressure และ Diastolic blood pressure อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า การให้การพยาบาลโดยใช้โทรศัพท์สามารถนำมาเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยาได้ เนื่องจากไม่ว่าจะเป็น Telephone Nurse Counseling, Nurse-led Telephone Follow-up, Telephone reminder หรือ telephone follow-up จะเห็นได้ว่า แต่ละงานวิจัยเป็นการให้ข้อมูล มีการติดตามและกระตุ้นเตือนผู้ป่วยเป็นระยะโดยพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพหรือเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามบทบาทหนึ่งของพยาบาลในการ

ให้บริการทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing) มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ผู้ป่วยได้รับ สอดคล้องตามมาตรฐานการใช้โทรศัพท์ของ AACN (1997) นอกจากนี้งานวิจัยที่ใช้โทรศัพท์ติดตามเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาส่วนมากยังเป็นงานวิจัยในต่างประเทศ ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคย่อมมีความแตกต่างกันในบริบทของแต่ละประเทศ และยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคนั้นมีความแตกต่างกันทั้งวิธีการใช้ยาและข้อควรระวังในการใช้ยา อีกทั้งยังไม่พบงานวิจัยที่มีการใช้โทรศัพท์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ร่วมกับการใช้กลยุทธ์การให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ ที่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด สอดคล้องตามมาตรฐานการใช้โทรศัพท์ของ AACN (1997) ร่วมกับการกระตุ้นเตือนโดยใช้โทรศัพท์ติดตามเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ (Chiu & Wong, 2010)

ปัญหาการวิจัย

1. โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีผลต่อระดับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจหรือไม่ อย่างไร
2. ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผล สมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่ามีหลายสาเหตุที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ไม่ว่าจะเป็น การลืมรับประทานยา การใช้ยาในขนาดที่มากหรือน้อยกว่าขนาดของการรักษา การไม่ใช้ยาเนื่องจากเกิดอาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา ค่ารักษาหรือค่ายาที่สูง ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และมีการรับรู้ในทางลบต่อการใช้ยา จากสาเหตุดังกล่าว ผู้วิจัยสามารถจัดกระทำหรือปรับเปลี่ยนได้คือ การป้องกันการลืมรับประทานยา การให้ความรู้และการให้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยา (The Medication Adherence Model) ของ Johnson (2002) เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาที่ได้รับ เริ่มจากผู้ป่วยมีการประเมินอย่างรอบคอบถึงความจำเป็น ผลดีและความปลอดภัยที่จะได้รับจากการรับประทานยา เมื่อรับรู้ถึงผลดีที่จะได้รับจากการรับประทานยาแล้ว ผู้ป่วยจะเกิดความตั้งใจที่จะรับประทานยาตามคำแนะนำ (Purposeful Action: Perceived need, Perceived effectiveness) และเริ่มปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่เกิดพฤติกรรมการลืมรับประทานยา (Patterned behavior) เกิดเป็นความร่วมมือในการรับประทานยา (Adherence) ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่จะส่งผลกระทบต่อตนเมื่อรับประทานยา เช่น การรับประทานยาจะทำให้สุขภาพดีขึ้น ควบคุมอาการของโรคได้ สอดคล้องกับการรับรู้ประโยชน์ตามแนวคิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action) ของ Pender (2006) ที่กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ซึ่งการที่จะทำให้พฤติกรรมรับประทานยาคงอยู่ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จนเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน หรือทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเกิดต่อเนื่องในระยะยาวนั้น ตามแนวคิดของ Johnson ผู้ป่วยจะต้องได้รับทราบข้อมูลหรือผลของการปฏิบัติพฤติกรรม หรือมีสิ่งประเมินย้อนกลับที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติที่ตนปฏิบัติอยู่นั้นเป็นพฤติกรรมเหมาะสม และเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วยเอง นอกจากนี้จะต้องมีการกระตุ้นเตือน (Feedback: facts, prompts, events) ซึ่งการกระตุ้นเตือนมีหลายวิธี ได้แก่ การปฏิบัติโดยผู้ป่วยเอง เช่น การใช้กล่องยา การใช้เหตุการณ์ช่วยในการเตือน เช่น รับประทานยาหลังมื้ออาหาร รับประทานยาร่วมกับยาชนิดอื่น การใช้ปฏิทิน การตั้งนาฬิกาปลุก นอกจากนี้มีการให้ผู้ดูแลช่วยเตือนให้รับประทานยา และวิธีการใช้โทรศัพท์กระตุ้นเตือนโดยบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น (Schneider et al., 2011)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกการใช้โทรศัพท์ในการกระตุ้นเตือนและติดตามผู้ป่วย อีกทั้งให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing) โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด สอดคล้องตามมาตรฐานการใช้โทรศัพท์ของ AACN (1997) ร่วมกับ

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระยะเวลาในการใช้โทรศัพท์ติดตาม นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาแม้ในขณะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน โดยมีระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์ (Chiu & Wong, 2010)

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนทดลอง
2. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ สามารถสื่อสารรู้เรื่อง มีโทรศัพท์บ้านหรือโทรศัพท์มือถือที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารได้

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ตัวแปรตาม คือ ความร่วมมือในการรับประทานยา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ความร่วมมือในการรับประทานยา** หมายถึง ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีความตั้งใจที่จะรับประทานยาตามคำแนะนำ จากการได้รับรู้ถึงความจำเป็น ความปลอดภัยและผลดีของการรับประทานยา โดยมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ยอมรับว่าการรับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน มีวิธีการช่วยเตือนให้รับประทานยา ไม่เกิดพฤติกรรมการลืมรับประทานยาและมีวิธีที่ทำให้รู้ว่าลืมรับประทานยา

ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยแปลและดัดแปลงแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ของ Fung (2009) ที่ประยุกต์แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยามาจาก Johnson (2002) เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

2. **โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด** หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผนที่จัดให้แก่ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) ของ Pender (2006) โดยใช้โทรศัพท์ในการให้การพยาบาลทางไกล (Telephone Health Nursing) ที่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระยะเวลาในการใช้โทรศัพท์ติดตาม

ผู้วิจัยจะพบกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาล 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 1 และ 8) ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว พูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ประเมินข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา แจกคู่มือและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา นัดหมายวันที่ เวลา ที่ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตาม (15-20 นาที) หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการติดต่อเพื่อให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 (10-15 นาที) เพื่อทบทวนการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และกระตุ้นเตือนให้รับประทานยา ส่วนการติดตามสัปดาห์ที่ 5 และ 7 (3-5 นาที) เพื่อกระตุ้นเตือนให้รับประทานยา และสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ที่โรงพยาบาล เพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาภายหลังสิ้นสุดการวิจัย (15-20 นาที) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ในการสนทนากับผู้ป่วยและการจัดบันทึกภายหลังการสนทนาแต่ละครั้ง ผู้วิจัยใช้บทสนทนาโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (PERCEIVED BENEFITS OF ANTICOAGULANT MEDICATION PROGRAM SCRIPT) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. **การรับรู้ประโยชน์** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นต่อตนเองจากการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดว่า ยาจะช่วยให้ลิ้นหัวใจเทียมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเป็นปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วย ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของ เลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของ จิตติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) สร้างตาม แนวคิดของ Pender (2006) มีจำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ

4. **ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ** หมายถึง บุคคลเพศชายและหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาโรคลิ้นหัวใจผิดปกติด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจชนิดที่ผลิตจากวัสดุสังเคราะห์

5. **การรักษาพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการ ร่วมกับทีมแพทย์และเภสัชกร ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งเป็นการดูแลในด้านการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ให้คำแนะนำการ ปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในแผนกผู้ป่วยนอก โดย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกรนี้ เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลเท่านั้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วย ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้การดูแลและติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่อง
3. เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาวิธีการดูแลและติดตามผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น ผู้ป่วย กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเอดส์ วัณโรค หรือโรคทางจิตเวช ที่ต้องรับประทานยาหรือ จำเป็นต้องปฏิบัติตนตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดและมีความต่อเนื่องที่บ้าน

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญและนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
 - 1.1 โรคลิ้นหัวใจ
 - 1.2 แนวทางการรักษาโรคลิ้นหัวใจ
 - 1.3 การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา
3. ความหมายและแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Adherence)
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 แนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยา
 - 3.3 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา
4. ความหมายและแนวคิดการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing)
 - 4.1 ความหมาย
 - 4.2 แนวคิดและหลักการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์
5. โปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา
6. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

1.1 โรคลิ้นหัวใจ

โรคลิ้นหัวใจ (Valvular heart disease) คือโรคที่มีความผิดปกติทางด้านเมคานิคของหัวใจ เกิดเมื่อลิ้นหัวใจไม่สามารถเปิดได้เต็มที่หรือตีบ (valvular stenosis) หรือลิ้นหัวใจปิดได้ไม่สมบูรณ์หรือรั่ว (valvular regurgitation or valvular insufficiency) เกิดปัญหาต่อการทำงานของหัวใจ และส่งผลให้เกิดความผิดปกติในระบบการไหลเวียนเลือดของร่างกาย

ลิ้นหัวใจมี 4 ตำแหน่ง ได้แก่ ลิ้นไตรคัสปิด (Tricuspid valve) ลิ้นปัลโมนารี (Pulmonary valve) ลิ้นไมทรัล (Mitral valve) และลิ้นเอออร์ติก (Aortic valve) พบการเสียหายที่ของลิ้นหัวใจไมทรัล และเอออร์ติกซึ่งเป็นลิ้นหัวใจซีกซ้ายมากกว่าลิ้นหัวใจปัลโมนารีและไตรคัสปิดหรือลิ้นของหัวใจซีกขวา ทั้งนี้เพราะระบบของหัวใจซีกซ้ายเป็นระบบที่มีความดันเลือดสูงกว่าระบบของหัวใจซีกขวา (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

สาเหตุและพยาธิสภาพ

สาเหตุที่ทำให้ลิ้นหัวใจผิดปกติเกิดจากหลายประการ มีทั้งความพิการแต่กำเนิดและความพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง ได้แก่ การอักเสบติดเชื้อ การบาดเจ็บ หรือการเสื่อมสภาพของลิ้นหัวใจ ดังนี้

1) ความพิการของลิ้นหัวใจแต่กำเนิด (Congenital valvular heart disease) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เกิดขึ้นมีมากมายหลายชนิดนับตั้งแต่ชนิดที่ไม่ซับซ้อน เช่น ผนังกันห้องหัวใจรั่ว (Septal defect) ไปจนถึงชนิดที่ซับซ้อนมากๆ ซึ่งสาเหตุเกินร้อยละ 90 ยังไม่ทราบแน่ชัด ผู้ป่วยเด็กที่มีลิ้นหัวใจพิการแต่กำเนิดอาจมีอาการตั้งแต่ภายในสัปดาห์แรกๆหลังเกิด หรือบางรายมีอาการตอนเป็นผู้ใหญ่ หรือตรวจพบโดยบังเอิญเมื่อเป็นเด็กโตหรือเป็นผู้ใหญ่ (บุญชอบ พงษ์พาณิชย์, 2545)

2) ไข้รูห์มาติก (Rheumatic fever) ในประเทศที่กำลังพัฒนา พบอุบัติการณ์ของโรคไข้รูห์มาติกยังสูงอยู่ และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดลิ้นหัวใจไมทรัลตีบ (Mitral stenosis) ได้มากที่สุด โรคไข้รูห์มาติกเป็นการอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อโดยตรง (Systemic nonsuppurative inflammatory disease) (Barbara & Nancy, 2010) การอักเสบนี้เชื่อว่ามีกลไกจากการตอบสนองด้านภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อเชื้อแบคทีเรียชนิด Group A Beta-hemolytic streptococci (GAS) เนื่องจากการที่โครงสร้างหลายส่วนของเชื้อนี้มีลักษณะความเป็น Antigen คล้ายคลึงกับโครงสร้างของเนื้อเยื่อปกติของร่างกายในหลายแห่ง เช่น ที่ผิวหนัง ข้อกระดูก หลอดเลือดหัวใจและสมองบางส่วน เป็นต้น เมื่อการสร้าง Antigen เกิดขึ้น ภูมิคุ้มกันของตัวเองจึงทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อต่างๆ เหล่านั้น โรคนี้จะเริ่มเป็นกับเด็กในช่วงอายุระหว่าง 5 ปีขึ้นไป ถ้าไม่ได้รับการรักษาและป้องกันอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ จะเกิดการกำเริบซ้ำหลายครั้งจนเกิดความเสียหาย เป็นพยาธิสภาพที่ถาวรและรุนแรง เช่น ที่ลิ้นหัวใจเป็นโรคเรื้อรังจนทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เสียชีวิตได้ในเวลาต่อมา (อึ้ง จิรจรียาเวช, 2550 อึ้ง ใน รัฐติกันต์ กาลเทศ, 2553)

3) โรคเยื่อหัวใจอักเสบติดเชื้อ (Infective Endocarditis: IE) เป็นโรคติดเชื้อของเยื่อหัวใจ ลิ้นหัวใจและหลอดเลือด โดยทั่วไปจะพบพยาธิสภาพที่ลิ้นหัวใจเป็นส่วนใหญ่ (สิริภพ ทัทมงคล, 2553) ได้แก่ โรคลิ้นหัวใจอักเสบติดเชื้อ (Native Valve Endocarditis: NVE) หรือลิ้นหัวใจเทียมอักเสบติดเชื้อ (Prosthetic Valve Endocarditis : PVE) กลุ่มโรค IE ส่วนหนึ่งพบในผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดฉีดเข้าเส้นเลือดดำ เป็นเหตุให้เชื้อโรคเข้าในกระแสโลหิตได้ อย่างไรก็ตาม สามารถพบโรคลิ้นหัวใจอักเสบในผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดยาเสพติดได้ โดยเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายด้วยช่องทางอื่น เช่น ทางช่องปากและฟัน โดยมีการอักเสบของฟัน หรือฟันผุ การผ่าตัด การส่องกล้องทางหลอดอาหาร หรือทางเดินปัสสาวะ และการใส่สายในหลอดเลือด (อรรถ พาศรีรัตน์, 2551) เชื้อที่เป็นสาเหตุของ IE ส่วนใหญ่ คือ Streptococci spp. และ Staphylococcus aureus โดยพบมากถึงร้อยละ 55 และร้อยละ 30 ตามลำดับ ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มีการติดเชื้อที่เยื่อหัวใจ (Barbara & Nancy, 2010)

พยาธิวิทยาของการเกิด IE เกิดจากปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นระหว่าง host immune system กับ microorganism ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มี underlying heart disease สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มี preexisting cardiac abnormality นำมาก่อน แสดงว่าเกิดมาจากเชื้อซึ่งมีความรุนแรงมาก จึงสามารถติดเชื้อเข้าไปใน normal valve ได้ อันได้แก่เชื้อ S. aureus, some streptococci, Salmonella, Rickettsia, Borrelia and Candida อาการที่พบ ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น เหงื่อออก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดตามตัว หรือไอ หอบเหนื่อยขึ้นมาทันที นอนราบไม่ได้ เมื่อเกิดการฉีกขาดของตัวลิ้นหัวใจ และทำให้เกิดการรั่วของลิ้นหัวใจอย่างรุนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการเฉียบพลัน และหัวใจวายได้ (สิริภพ ทัทมงคล, 2553)

4) โรคลิ้นหัวใจผิดปกติจากการเสื่อมสภาพ (Degenerative Valve Disease) มักพบในผู้ป่วยสูงอายุ เกิดจากการเสื่อมสภาพของเนื้อเยื่อของลิ้นหัวใจ ทำให้เกิดการผิดปกติของการเปิดหรือปิดของลิ้น เช่น ลิ้นไมตรัลรั่ว ซึ่งเกิดจากตัวลิ้นมีการเสื่อมและยึดตัวมาก หรือลิ้นเอออร์ติกตีบในผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากการเสื่อมของเนื้อเยื่อและมีหินปูนมาเกาะที่ตัวลิ้น (Calcification) การมี Calcification เป็นผลจากขบวนการของ Dystrophic calcification ที่จะเกิดกับเนื้อเยื่อที่เสียหาย มีเซลล์ตาย หรือมี scar ทำให้เกิดการหนาตัวและการหดสั้นของเส้นใย Chordae tendineae รวมทั้งการเชื่อมกันระหว่างเส้นใยด้วยกัน หรือระหว่างเส้นใยกับแผ่นลิ้นหัวใจ ส่วนการที่เส้นใย Chordae ขาด มักจะเกิดในช่วงการอักเสบเฉียบพลัน ซึ่งทำให้ความแข็งแรงของเส้นใยนี้ลดลง ในขณะที่ยังต้องดึงรั้งแผ่นลิ้นหัวใจให้ปิดพอดีไม่สะบัดกลับจนเลือดไหลย้อนทางออกไป ทำให้เส้นใยเหล่านี้ต้องใช้แรงดึงกระชากกับแรงดัน ส่วนการหนาตัวของ Papillary muscle เป็นผลจากการตอบสนองของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจทำงานชดเชยมากขึ้น (ฐิติกานต์ กาลเทศ, 2553)

1.2 แนวทางการรักษาโรคลิ้นหัวใจ

ปัจจุบันโรคลิ้นหัวใจ (Valvular heart disease) และการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ (Infective Endocarditis) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นการดูแลรักษาในระยะยาวและต่อเนื่อง หลักในการรักษาผู้ป่วยลิ้นหัวใจ สามารถแบ่งการรักษาออกเป็น 3 วิธีการ ได้แก่ การใช้ยา ทางการแพทย์ การรักษา และการผ่าตัด ดังนี้

1.2.1 การรักษาด้วยยา

ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่สำคัญ ได้แก่

1) ยาดิจิตาลิส (Digitalis) ใช้ในผู้ป่วยที่มีการเต้นของหัวใจผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation หรือ Atrial Flutter เพื่อควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจเวเนทรีเคิล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีอาการแสดงของห้องหัวใจเวเนทรีเคิลขนาดเล็กหรือมีน้ำท่วมปอด

2) ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ได้แก่ Hydrochlorothiazide, Furosemide, Spironolactone ยาขับปัสสาวะช่วยให้ไตมีการขับเกลือและน้ำ ลดปริมาตรเลือดไหลเวียน และลดการคั่งของเลือดในร่างกายและในปอด ชนิดของยาและขนาดของยาที่ใช้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวและการทำหน้าที่ของไต

3) ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators) ได้แก่ Nitroglycerine, Isosorbide dinitrate ยากลุ่มนี้มีผลให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดดำคลายตัว เลือดกลับหัวใจน้อยลง เป็นการลดภาระการทำงานของหัวใจ ลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจและลดอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยได้

4) ยาที่ใช้รักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Antiarrhythmic drugs) ได้แก่ Digoxin, β -Blocker, Amiodarone และ Diltiazem

5) ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) เพื่อป้องกันภาวะ infective endocarditis ในกรณีที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับหัตถการบางอย่างที่อาจเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการสัมผัสกับเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจได้ง่าย และสำหรับผู้ป่วย rheumatic heart disease ให้ยาปฏิชีวนะกลุ่มเพนนิซิลลินเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำเสมอ และอาจพิจารณาการให้ยาปฏิชีวนะไปตลอดชีวิตในรายที่อยู่ในบริเวณที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรค และตรวจพบเชื้อ Group A Beta-hemolytic streptococci (GAS) ซึ่งเป็นสาเหตุของไข้รูห์มาติก

6) ยาด้านเกล็ดเลือดและยาด้านการแข็งตัวของเลือด (Antiplatelet and Anticoagulants) ได้แก่ Aspirin, Heparin, Warfarin sodium, Ticlopidine และ Clopidogrel เพื่อลดผลแทรกซ้อนที่เกิดจากก้อนเลือดในห้องหัวใจหลุดไปอุดตันตามส่วนต่างๆของร่างกาย ยาที่นิยมใช้สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจคือยา Warfarin

1.2.2 การรักษาด้วยหัตถการ

เป็นการรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยการใช้หัตถการการรักษา ได้แก่ การใช้บอลลูนหรืออุปกรณ์พิเศษทำการขยายลิ้นหัวใจที่ตีบ ปัจจุบันการขยายลิ้นไมทรัลตีบโดยใช้บอลลูน (Percutaneous Balloon mitral valvulotomy, PBMV) ทำกันมากที่สุด เนื่องจากเป็นโรคลิ้นหัวใจที่พบมากที่สุด หัตถการนี้จะทำในรายที่ลิ้นหัวใจตีบปานกลางถึงมาก และผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันและทำงานได้ตามปกติ การรักษาโดยวิธีนี้มีข้อดี คือ ไม่ต้องผ่าตัด จึงไม่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน ผู้ป่วยไม่ต้องดมยาสลบ ไม่มีแผลผ่าตัดยาวตรงกลางอก และสามารถทำซ้ำได้ถ้าลิ้นหัวใจกลับมาตีบใหม่ แต่มีข้อห้ามในรายที่มีการตรวจพบก้อนเลือดในห้องหัวใจซ้ายบน และมีลิ้นหัวใจรั่วปานกลางถึงมากร่วมด้วย หรือในรายที่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจอื่นร่วมด้วยหลายลิ้นและในรายที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร่วมด้วย (ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2553)

1.2.3 การรักษาด้วยการผ่าตัด

การผ่าตัดเพื่อรักษาโรคลิ้นหัวใจ มี 2 ชนิด คือ การขยายลิ้นหรือซ่อมลิ้น (Valve Repair) และการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Valve Replacement) การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นหนทางสุดท้ายในการรักษาโรคลิ้นหัวใจ ในกรณีพยาธิสภาพของลิ้นหัวใจสูญเสียหรือเสื่อมสภาพไปมากแล้ว เช่น ฉีกขาดมากหรือมีหินปูนเกาะ และศัลยแพทย์ไม่สามารถผ่าตัดโดยการซ่อมแซมลิ้นหัวใจเดิมของผู้ป่วยได้ จึงจำเป็นต้องผ่าตัดลิ้นหัวใจเก่าออก และใส่ลิ้นหัวใจใหม่แก่ผู้ป่วยแทน (สันต์ ใจยอดศิลป์, 2542 อ้างในนวัตน์ สุทธิพงศ์, 2550)

ลิ้นหัวใจเทียมในปัจจุบันสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ประเภทแรก คือ ลิ้นหัวใจเทียมจากวัสดุสังเคราะห์ประเภทโลหะ พลาสติกหรือคาร์บอน โดยมีรูปร่างที่แตกต่างกันไปตามการออกแบบ และประเภทที่ 2 คือ ลิ้นหัวใจเทียมจากสิ่งมีชีวิต ซึ่งมักทำจากลิ้นหัวใจหมู หรือใช้ลิ้นหัวใจจากคนที่เสียชีวิตแล้ว

1) ลิ้นหัวใจเทียม (Mechanical heart valve) ทำมาจากโลหะมี 3 ชนิด ได้แก่

1.1) ลิ้นหัวใจเทียมแบบลูกบอลเปิดปิด (Caged-ball valves) เป็นลิ้นหัวใจ

เทียมชนิดแรกและปัจจุบันยังคงนิยมใช้อยู่ เช่น Starr-edwards caged-ball valve (1960) มักจะนิยมใช้ในการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียมบริเวณลิ้น mitral และลิ้น aortic มีการใช้กันมาเป็นระยะเวลา ยาวนาน แต่มีข้อเสียที่มีขนาดใหญ่ จึงไม่เหมาะสมที่จะใช้ในผู้ป่วยที่มีขนาดหัวใจห้องล่างซ้ายเล็ก หรือมี aortic annulus เล็ก ผู้ป่วยบางส่วนที่ใส่ลิ้นหัวใจชนิดนี้อาจมีเม็ดเลือดแดงแตกได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การพัฒนาลิ้นหัวใจเทียมชนิดนี้หยุดชะงัก

1.2) ลิ้นหัวใจเทียมแบบแผ่นเปิดปิดชนิดแผ่นเดียว (Single - tilting - disk valves หรือ mono leaflet) เช่น Medtronic – Hall valve (1977) มีความทนทานและเลือดสามารถไหลผ่านได้สะดวก ลด thrombogenicity ที่บริเวณลิ้น aortic และ mitral, Lillehei-Kaster tilting valve เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีลิ้น aortic ขนาดใหญ่ แต่ก่อให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันได้สูง จึงไม่ใช้ในการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียมบริเวณลิ้น mitral ต่อมาจึงได้มีการพัฒนาเป็น Omniscience valve และ Omnicarbon valve ซึ่งจะช่วยในการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและช่วยลด thrombogenicity Bjork-Shiley tilting disc valve ก่อให้เกิดปัญหาสำคัญ 2 ประการ คือ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันแบบเฉียบพลัน และ strut fracture

1.3) ลิ้นหัวใจเทียมแบบแผ่นเปิดปิดชนิด 2 แผ่น (Bileaflet valve) เช่น St. Jude medical valve (1977) ได้รับความนิยมในประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากมีขนาดเล็กและช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ก่อให้เกิด thrombogenicity ต่ำกว่าลิ้นหัวใจเทียมชนิดอื่นๆ และยังสามารถใช้ในเด็กได้ Duromedics valve เป็นลิ้นหัวใจเทียมแบบ bileaflet valve จะก่อให้เกิด regurgitation ได้น้อยกว่าลิ้นหัวใจเทียมชนิดอื่นๆ และก่อให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ลิ้นหัวใจหรือภาวะลิ่มเลือดอุดตันทั่วร่างกายได้ต่ำ

ลิ้นหัวใจเทียมชนิด Mechanical heart valve มีความทนทานและสามารถใช้งานได้อย่างน้อย 20 - 30 ปี แต่ทำให้เกิดลิ่มเลือดจากลิ้นหัวใจเทียมและอุดตันหลอดเลือดได้ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไปตลอด เกิดการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจใหม่ได้ และผู้ป่วยจะได้ยินเสียงของลิ้นหัวใจเทียมดังรบกวน

2) ลิ้นหัวใจเทียมชนิดที่ทำมาจากเนื้อเยื่อของสิ่งมีชีวิต (Bioprosthetic/ Tissue heart valve) เป็นลิ้นหัวใจที่นำมาใช้เพื่อไม่ให้เกิดการต่อต้านจากร่างกาย แบ่งได้เป็น 2 ชนิด

2.1) ลิ้นหัวใจเทียมซึ่งได้มาจากลิ้นหัวใจมนุษย์ (Homograft Heart Valve) จากผู้บริจาคอวัยวะ ซึ่งโอกาสเกิดการติดเชื้อของลิ้นต่ำ อายุการใช้งานนานพอสมควร ตั้งแต่ 10-22 ปี เสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดที่ลิ้นหัวใจน้อย จึงไม่ต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ไม่มีเสียงของลิ้นหัวใจดังรบกวน และใช้ได้ดีมากในกรณีโรคลิ้นหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ แต่ต้องได้จากผู้บริจาคอวัยวะเท่านั้น มีความสลับซับซ้อนในขั้นตอนการเก็บรักษา และการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจนี้แก่ผู้ป่วยค่อนข้างมีความยุ่งยากมากกว่าการใส่ลิ้นหัวใจ 2 ชนิดแรก

2.2) ลิ้นหัวใจเทียมซึ่งทำมาจากเนื้อเยื่อของสิ่งมีชีวิตอื่น (Heterograft Heart Valve) เช่น ลิ้นหัวใจหมู (Porcine Valve) และลิ้นหัวใจที่ทำจากเยื่อหุ้มหัวใจของวัว (Bovine Pericardium) จะมีอายุการใช้งานเพียง 10-15 ปี และอาจจะต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมอันใหม่ ลิ้นหัวใจประเภทนี้มีโอกาสจะทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดน้อยกว่าแบบ Mechanical heart valves

ถึงแม้ว่าในการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจให้แก่ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจผิดปกติจะมีชนิดลิ้นหัวใจเทียมให้เลือกหลากหลาย ซึ่งลิ้นหัวใจแต่ละชนิดมีความแตกต่างกันในคุณลักษณะคุณสมบัติอายุการใช้งาน ความยากง่ายในการผ่าตัด รวมถึงราคาที่แตกต่างกัน สิ่งที่สำคัญคือ ลิ้นหัวใจเทียมแต่ละชนิดนี้ไม่สามารถใช้ทดแทนกันได้ ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีลิ้นหัวใจที่เหมาะสมที่สุดเพียงชนิดเดียวเท่านั้น ศัลยแพทย์จำเป็นต้องพิจารณาอย่างรอบคอบในการเลือกใช้ลิ้นหัวใจให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

- 1) ความคงทนและยาวนาน (Durability)
- 2) การที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตลอดชีวิตในรายที่ใช้ลิ้นหัวใจที่ทำมาจากโลหะ
- 3) อายุของผู้ป่วย ซึ่งลิ้นหัวใจเทียมที่ทำมาจากเนื้อเยื่อของสิ่งมีชีวิตอื่นมี rapid degeneration ในผู้ป่วยอายุน้อย
- 4) ตำแหน่ง bioprosthesis ในตำแหน่ง mitral position จะเสื่อมเร็วกว่า
- 5) Hemodynamics ใน mitral position ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี ควรใช้ mechanical valve, ใน aortic position ใช้ mechanical valve ได้ทุกอายุ แต่ถ้าอายุมากกว่า 70 ปี ควรใช้ bioprosthetic valve

1.2.4 ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้แก่

1) ระบบการไหลเวียนของเลือดผิดปกติ (Hemodynamic dysfunction) เกิดจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ ความล้มเหลวของโครงสร้างของลิ้นหัวใจเทียมในระยะแรกที่มีการดูดซับไขมันในพลาสมาหรือการแตกหักโครงสร้างลิ้นหัวใจ หรือจากการที่มีลิ้มเลือดขนาดใหญ่อุดตันรูเปิดปิดของลิ้นหัวใจ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อและลิ้นหัวใจเทียม อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวายตามมาได้ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจระยะ 1-2 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล (Kirklin and Boyes, 1993 อ้างถึงใน ศรีธธา แหวง, 2547)

2) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด (Thromboembolism) พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ (Grunkemeier et al., 2000 อ้างใน WHO, 2001) กรณีผู้ป่วยที่เปลี่ยนลิ้นหัวใจแบบเนื้อเยื่อก็สามารถพบได้เช่นกัน สามารถป้องกันได้โดยวิธีการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

3) การติดเชื้อของเยื่อหุ้มหัวใจ (Infective endocarditis) ของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม แนวทางในการรักษาคือ การให้ยาปฏิชีวนะและให้ยาต่อเนื่อง 4-6 สัปดาห์

4) ภาวะเลือดจางจากเม็ดเลือดแตกตัว (Hemolytic anemia) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ พบอัตราการทำลายเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น หากร่างกายไม่สามารถปรับสภาพได้ อาจเกิดภาวะขาดธาตุเหล็กหรือกรดโพลีคและทำให้เกิดความผิดปกติคือ ลิ้นหัวใจรั่วได้ แนวทางการรักษา คือ การให้เลือดและการผ่าตัดใหม่เพื่อรักษาการรั่วที่ลิ้นหัวใจ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องขณะอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัด การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ ประกอบด้วย การมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมและการออกกำลังกายที่เหมาะสม การพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีสุขภาพจิตที่ดี การป้องกันการติดเชื้อที่ ลิ้นหัวใจภายหลังการผ่าตัด และพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัดอีกอย่างหนึ่งคือ การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (ศรัทธา แสงดวง, 2547)

1.3 การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำเป็นต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดทุกราย และต้องรับประทานยาต่อเนื่องไปตลอด เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดและลิ้นหัวใจเทียม อาจส่งผลให้ลิ้นหัวใจเทียมทำงานไม่มีประสิทธิภาพ โดยยาที่ใช้รักษาในกลุ่มนี้คือ วาร์ฟาริน อย่างไรก็ตามการใช้ยา วาร์ฟารินทางคลินิก มีข้อควรระวังเนื่องจาก เป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ (narrow therapeutic index) (Ansell et al., 2008)

นอกจากนี้ขนาดของยาที่ออกฤทธิ์ให้ผลการรักษาผู้ป่วยในแต่ละคนจะแตกต่างกัน และในผู้ป่วยคนเดียวกับการได้ขนาดยาเท่ากันก็ยังไม่ให้ผลการรักษาที่ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองต่อยา วาร์ฟาริน เช่น อาหารที่มีวิตามินเคปริมาณมาก การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้อื่นร่วมที่มีผลต่อยา วาร์ฟาริน หรือสภาวะที่ผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคตับ เป็นต้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2553) และการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (มันดีวีร์ นิมวรพันธุ์, 2550)

1.3.1 ยาวาร์ฟาริน (Warfarin)

เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน (oral anticoagulant/ vitamin K antagonists, VKAs) เป็นอนุพันธ์ของคูมาริน (Coumarins) การเริ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด กรณีที่เป็นการรักษาภาวะไม่เรื้อรัง (เช่น chronic stable AF) เริ่มขนาด 3-5 มก./วัน ให้รับประทานทุกวันหรือ วัน เว้น วัน ซึ่งจะได้ผลการรักษาใน 5-7 วัน หรือให้ในขนาดต่ำกว่านี้หากมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะเลือดออก ซึ่งการปรับขนาดยาของผู้ป่วยขึ้นกับค่า INR และต้องพิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น อายุ เชื้อชาติ โรคร่วม อาหาร น้ำหนัก ปฏิกริยาระหว่างยาและการทำงานของตับและไต เป็นต้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2547)

กลไกการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน

ในการออกฤทธิ์ต้านการแข็งตัวของเลือด ยาวาร์ฟารินจะไปยับยั้งกระบวนการสร้าง vitamin K-dependent coagulation factors ในร่างกาย ได้แก่ factor II, VII, IX และ X โดยการยับยั้งกระบวนการ cyclic interconversion ของวิตามินเค และ vitamin K epoxide ทำให้ร่างกายขาดสารแข็งตัวของเลือดตัวที่ II, VII, IX และ X ทำให้เลือดแข็งตัวช้า นอกจากนี้ยาวาร์ฟารินยังจำกัดกระบวนการ vitamin K-dependent carboxylation ซึ่งเป็นปฏิกิริยาการเติมหมู่คาร์บอกซิลให้แก่ protein C และ protein S ส่งผลให้การทำงานของปัจจัยการแข็งตัวของเลือดผิดปกติไปฤทธิ์ต้านการแข็งตัวของเลือดของยาวาร์ฟาริน จะต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งกว่า clotting factor ที่มี carboxyl group จะลดลง ซึ่งกว่าจะได้ฤทธิ์ป้องกันการแข็งตัวของเลือดต้องใช้ยาวาร์ฟารินติดต่อกันประมาณ 5 - 7 วัน (ทิพย์สุชน เอี่ยมสะอาด, 2554)

เภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics)

ยาวาร์ฟารินถูกดูดซึมจากทางเดินอาหารได้อย่างสมบูรณ์ อาหารมีผลกระทบต่ออัตราเร็วในการดูดซึมแต่ไม่มีผลต่อปริมาณในการดูดซึมของยาทั้งหมดเข้าสู่กระแสเลือด ยาถูกแปรสภาพที่ตับแล้วขับออกทางไตโดยปัสสาวะและอุจจาระ ยาวาร์ฟารินประกอบด้วย Isomer 2 ชนิด คือ R และ S form โดย S isomer มีประสิทธิภาพและการออกฤทธิ์ที่สูงกว่า R isomer ประมาณ 5 เท่า ดังนั้นยาที่มีผลลดการแปรสภาพ S isomer จะทำให้เพิ่มฤทธิ์ของยาวาร์ฟารินมากกว่ายาที่มีผลต่อ R isomer (Hirsh, Fuster, Ansell, & Halperin, 2003) ยาวาร์ฟารินมีระดับยาสูงสุดในเลือด หลังจากรับประทานประมาณ 90 นาที ยาจะจับกับโปรตีนในพลาสมาได้ดีเกือบร้อยละ 99 และมีค่าครึ่งชีวิต 36 - 42 ชั่วโมง (Ansell et al., 2008)

ภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาวาร์ฟาริน

ภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาวาร์ฟาริน หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากยาวาร์ฟาริน แบ่งเป็น (กิตติ พิทักษ์นิตินันท์ และคณะ, 2551)

1) ภาวะการเกิดเลือดออก (bleeding complication) เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ ซึ่งจะเกิดเมื่อค่า INR สูงเกินกว่าช่วงการรักษา แบ่งตามความรุนแรง ดังนี้

1.1) ภาวะเลือดออกที่ไม่รุนแรง (Minor bleeding) คือภาวะเลือดออกที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล จ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง เป็นต้น

1.2) ภาวะเลือดออกรุนแรง (Major bleeding) คืออาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงจากยาวาร์ฟารินที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเลือดออกที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เลือดออกในทางเดินอาหาร ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอเป็นเลือด หรือมีเสมหะปนเลือด เป็นต้น

หรือภาวะเลือดออกที่จำเป็นต้องมีการให้เลือดอย่างน้อย 2 ยูนิท รวมถึงภาวะเลือดออกที่ต้องช่วยเหลือนชีวิต และภาวะเลือดออกที่ทำให้เสียชีวิต

2) ภาวะการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolic events) แบ่งตามความรุนแรงที่เกิดขึ้น ดังนี้

2.1) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันชนิดไม่รุนแรง (Minor thromboembolic events) ได้แก่ หลอดเลือดดำอักเสบ

2.2) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันชนิดรุนแรง (Major thromboembolic events) ได้แก่ ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack, TIA) การเกิดลิ่มเลือดอุดตันซ้ำในหลอดเลือด รวมถึงภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ต้องช่วยเหลือนชีวิต (Life-threatening thromboembolic events) ได้แก่ การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) โรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้การทำงานทางประสาทลดลง และภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ทำให้เสียชีวิต (Fatal thromboembolic events)

3) ภาวะผิวหนังตายเน่า (Skin necrosis or gangrene) เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้น้อยเพียงร้อยละ 0.01 - 0.1 (ศุภลดี ช้อยชาญชัยกุล, พรทิพย์ มาลาธรรม และ สุภาณี กาญจนจारी, 2551) และร้อยละ 90 จะเกิดอาการในระหว่างวันที่ 3 - 8 หลังจากเริ่มยารวาร์ฟาริน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการขาดโปรตีนซีหรือโปรตีนเอส อาการคือ ผิวหนังร้อนแดงและเริ่มมีอาการปวดเจ็บ ต่อมาจะเกิดการตายที่ผิวหนัง กล้ามเนื้อเซลล์ไขมัน เกิดจากการติดเชื้อและส่งผลกระทบต่ออวัยวะส่วนที่ตายออกไป

4) Purple – toe syndrome เกิดขึ้นหลังรับประทานยารวาร์ฟารินไปแล้ว 2- 8 สัปดาห์ จะมีอาการปวดนิ้วเท้าและมีการขาดเลือดไปเลี้ยงนิ้วเท้าและบริเวณนิ้วจะกลายเป็นสีม่วงหรือสีคล้ำ เมื่อกดที่รอยโรคจะทำให้สีซีดลง การยกเท้าขึ้นอาจทำให้รอยโรคจางลง และอาการลุกลามมากจนนำไปสู่ภาวะไตวายและถึงแก่ชีวิต (Gibbar – Clements et al., 2000 อ้างใน จิตติกานต์ กาลเทศ, 2553)

5) อาการอื่นๆ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร ผอมลง เม็ดเลือดขาวต่ำ ผื่นแพ้ บวม และมีไข้ และข้อห้ามใช้ที่สำคัญของยารวาร์ฟารินคือ สตรีมีครรภ์ สตรีให้นม หรือมีอาการ Eclampsia / Pre - eclampsia เนื่องจากยานี้ผ่านรกได้ก่อให้เกิดกลุ่มอาการผิดปกติของทารกพบภาวะเลือดออกในตัวของอ่อน (Fetal hemorrhage) และการตายของทารกได้

ปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยารวาร์ฟาริน

1) ปัจจัยด้านพันธุกรรม พบว่ามีการส่งรหัสโครโมโซม P450 2C9 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลศาสตร์ต่อยารวาร์ฟาริน หากมีการส่งรหัสเพื่อเปลี่ยนแปลงพันธุกรรมผ่านทางยีน VKORC ทำให้เกิดความไวต่อการยับยั้งการทำงานของวิตามินเค และถ้ามีการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของปัจจัย IX จะส่งผลต่อเภสัชจลศาสตร์ของยารวาร์ฟาริน (Ansell et al., 2008) ทำให้

ต้องใช้ขนาดยารวาร์ฟารินสูงกว่าปกติ 5 – 20 เท่า เพื่อให้ได้ผลด้านการแข็งตัวของเลือดตามที่ต้องการ (Ansell et al., 2004)

2) การเจ็บป่วย

2.1) โรคตับ ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับจะมีการตอบสนองต่อยามากกว่าปกติ เนื่องจากตับสามารถสร้างการสังเคราะห์ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดได้น้อยกว่าปกติ

2.2) ภาวะที่ร่างกายมีการเผาผลาญเพิ่มมากขึ้นผิดปกติ (Hyper metabolic states) เกิดจากภาวะที่ต่อมธัยรอยด์ทำงานมากเกินไปหรือภาวะที่มีไข้สูง จะทำให้การตอบสนองต่อยารวาร์ฟารินเพิ่มมากขึ้น

2.3) ภาวะ Hypothyroidism ทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อยาน้อยลงเนื่องจากร่างกายมี Metabolic rate ช้าลงทำให้ค่าครึ่งชีวิตของ Clotting factors ยาวนานขึ้น

2.4) ผู้ป่วย Heart failure จะมีการตอบสนองต่อยามากกว่าปกติ เนื่องจากมี Cardiac output ลดลง จึงทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ตบ้น้อยลง ทำให้การเปลี่ยนแปลงและกำจัดยาทำได้ไม่ดีเท่าปกติ

3) อาหาร เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สมุนไพร แบ่งออกเป็น

3.1) อาหารที่ทำให้ฤทธิ์ยารวาร์ฟารินเพิ่มขึ้น ฤทธิ์ของยารวาร์ฟารินจะเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่รับประทานอาหารและผลไม้ที่มีวิตามินเคต่ำ เช่น มะม่วง กระเทียม การดื่มสุรา น้ำมันปลา มะละกอ แปะก๊วย ชิง เป็นต้น (Anne, Breuil, & Elena, 2007) ซึ่งพบว่า ชิงจะออกฤทธิ์แย่งจับกับโปรตีนรบกวนเมตาบอลิซึม มีผลต่อเอนไซม์ในตับ Cytochrome P450

3.2) อาหารที่ทำให้ฤทธิ์ยารวาร์ฟารินลดลง ได้แก่อาหารและผักที่มีวิตามินเคสูง เช่น ผักคะน้า บรอกโคลี โสม ชาเขียว เป็นต้น ผักสีเขียวที่มีปริมาณวิตามินเคสูงนั้นมีกระบวนการขับยาโดยตับสูง จึงทำให้ฤทธิ์ของยารวาร์ฟารินลดลง ส่วนแอลกอฮอล์ หากดื่มเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง จะมีการสร้างกระตุ้นเอนไซม์ CYP ที่ตับ ทำให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดทำงานมากขึ้น หากดื่มแอลกอฮอล์ในระยะสั้นๆ จะยับยั้งการขจัดยาต้านการแข็งตัวของเลือด ทำให้ค่า INR สูงขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกมากกว่าปกติ (Ansell et al., 2004)

4) ยาบางชนิดจะมีปฏิกิริยาระหว่างยาอื่นที่ได้รับร่วมกับยารวาร์ฟาริน เนื่องจากยารวาร์ฟารินมีคุณสมบัติ 3 ประการ คือ การมีความสามารถในการจับกับโปรตีนในเลือดได้สูง การมีเมตาบอลิซึมของยาอาศัยเอนไซม์ในตับ Cytochrome P450 และมีดัชนีการรักษาแคบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูดซึม การกำจัดหรือการเมตาบอลิซึมของยารวาร์ฟาริน ทำให้ฤทธิ์ยารวาร์ฟารินเปลี่ยนแปลงไป จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ทำให้ฤทธิ์ของยารวาร์ฟารินเพิ่มขึ้นและทำให้ฤทธิ์ของยารวาร์ฟารินลดลง (Anne et al., 2007)

4.1) ยาเสริมฤทธิ์ยวาร์ฟาริน เช่น กลุ่มยา Cephalosporin จะยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนแปลงของวิตามินเค จะเพิ่มอัตราเมตาบอลิซึมของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด และยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาเพนิซิลลินในขนาดสูงๆ ยาระบบหัวใจและหลอดเลือด และยาระบบประสาทส่วนกลาง เป็นต้น ซึ่งยาเหล่านี้ไปยับยั้งการทำงานของเกล็ดเลือดจะทำให้เสี่ยงต่อการเลือดออกสูงขึ้น

4.2) ยาด้านฤทธิ์ยวาร์ฟาริน ซึ่งยามีกระบวนการขับออกที่ตับ จึงทำให้ฤทธิ์ของยวาร์ฟารินลดลง ได้แก่ Enzyme inducers เช่น Rifampicin, Phenytoin, Carbamazepine, Phenobarbital, Griseofulvin และยากุ่มอื่นๆ เช่น Cholestyramine, Sucralfate

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาด้านการแข็งตัวของเลือด (วาร์ฟาริน) นอกจากการมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้องแล้ว ยังจำเป็นต้องทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยา และปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองต่อยวาร์ฟาริน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการที่ผิดปกติของตนเองได้ และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยวาร์ฟาริน เพื่อให้ระดับยาในร่างกายอยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษาของแพทย์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ซึ่งในปัจจุบัน นิยมใช้ค่าระดับการต้านการแข็งตัวของเลือดหรือค่า INR ในการติดตามการรักษาด้วยยวาร์ฟาริน

1.3.2 ค่าระดับการต้านการแข็งตัวของเลือด (International Normalized Ratio, INR)

ในการติดตามผลของยวาร์ฟารินเพื่อการควบคุมขนาดยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยนั้น ในอดีตใช้วิธีการตรวจเลือดหาระดับ prothrombin time (PT) เพื่อวัดความสามารถในการกุดการ ทำงานของ vitamin K-dependent procoagulant clotting factors คือ factor II, VII และ X โดยการเติม calcium และ thromboplastin ลงใน citrate plasma ทั้งนี้ความแตกต่างในการตอบสนองต่อฤทธิ์การต้านการแข็งตัวของเลือดของ thromboplastin ที่ใช้ในแต่ละแหล่งและวิธีการ รายงานค่า PT ทำให้ผลการตรวจค่า PT จากห้องปฏิบัติการแต่ละแห่งไม่สามารถนำมาแปลผลซึ่งกันและกันได้ American College of Chest Physicians (ACCP, 2008) จึงมีการปรับปรุงให้มีมาตรฐานมากขึ้น ด้วยการรายงานผลเป็นค่า INR (International Normalized Ratio) ซึ่งเป็นค่าที่บอกความสามารถของกระบวนการการแข็งตัวของเลือด ถ้าระดับ INR มีค่าสูงเมื่อเทียบกับระดับปกติ หมายความว่าความสามารถในการแข็งตัวของเลือดนั้นมีประสิทธิภาพที่ต่ำกว่าปกติ

ระดับการต้านการแข็งตัวของเลือดที่เหมาะสมนั้นแตกต่างกันไปตามข้อบ่งใช้ ซึ่งค่า therapeutic INR นี้ควรอยู่ในระดับ 2.5 ± 0.5 ยกเว้นกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ (mechanical prosthetic valves) ที่มีความเสี่ยงสูงกว่า เช่น ผู้ป่วยที่มี Atrial fibrillation, Left atrium enlargement, Low left-ventricular ejection fraction, Age < 70, Prior

thromboembolism and Hypercoagulable state โดย therapeutic INR จะเท่ากับ 3.0 ± 0.5 ถ้าการควบคุมระดับ INR ได้ตามเกณฑ์ดังกล่าวก็จะลดภาวะแทรกซ้อนลงได้

ยาแอสพารินจะให้ประสิทธิผลในการรักษาเต็มที่หลังจากผู้ป่วยได้รับยาไปแล้วประมาณ 1 เดือน การติดตามผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อยาแอสพารินในเบื้องต้นควรมีการตรวจค่า INR โดยเจาะ prothrombin time (PT) ทุกวัน (วันละครั้ง) จนกว่าค่า INR จะอยู่ใน therapeutic range หลังจากนั้น เจาะเป็นระยะห่างออกไป ขึ้นกับผล INR ว่าคงที่หรือไม่ หากคงที่อาจจะเจาะทุก 4 สัปดาห์ และเมื่อมีการปรับยาแต่ละครั้งจะเจาะบ่อยขึ้น เนื่องจากค่าครึ่งชีวิตของ factor VII สั้นที่สุดประมาณ 6 ชั่วโมง factor II ยาวมากถึง 60 ชั่วโมง ดังนั้นหลังจากเริ่มได้รับยาหรือหลังจากปรับขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่เดิม อาจต้องใช้เวลาถึง 7-10 วัน ก่อนที่ผลของยาจะออกฤทธิ์ได้อย่างเต็มที่ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2553)

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา

จากการทบทวนวรรณกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและความร่วมมือในระยะยาว ดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรคที่แตกต่างกัน มีความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (นิตยา ภาสุนันท์, 2529) ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่มีคู่สมรสและอยู่เพียงลำพังพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำสูงกว่าผู้ป่วยที่มีคู่สมรสและไม่ได้อาศัยอยู่เพียงลำพัง (วรรณพร เจริญโชคทวี, 2550) และภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อิสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2555) นอกจากนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ, 2549) สอดคล้องกับ WHO (2003) กล่าวว่า อายุและระดับการศึกษามีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนปัจจัยด้านเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ, 2549) และ วรรณพร เจริญโชคทวี (2550) พบจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ

ฐิติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1.1) อายุ

World Health Organization (2003) กล่าวว่า ปัจจัยทางด้านประชากร (demographic factors) ได้แก่ อายุ มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ Hadi and Rostami-Gooran (2004) ศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 250 คน ช่วงอายุ 25-65 ปี เฉลี่ย 50.6 ปี พบว่า อายุมีผลต่อระดับความร่วมมือในการรับประทานยา โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีระดับความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 50 ปี แต่จากการศึกษาของ Kronish and Ye (2013) ได้ทบทวนปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป และอายุน้อยกว่า 50 ปี มีความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 50-69 ปี แต่อย่างไรก็ตาม สามารถสรุปได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.2) ระดับการศึกษา

World Health Organization (2003) กล่าวว่า ปัจจัยทางด้านระดับการศึกษามีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ Gazmararian et al. (2006) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจกล่าวได้ว่า การมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ต่างกัน ซึ่งความร่วมมือในการรับประทานยาจะเกิดขึ้นได้ ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและนำไปประกอบการตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา (Amanda, Chow, Dao, Errett, & Keith, 2006)

2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน

Becker (1974) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึง ความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของ

แพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่างๆ

จากการศึกษาของ จูติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วย ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Johnson (2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับรู้เกี่ยวกับอาการ เช่น อาการปวดศีรษะ ซีพจรเต้นเร็ว หรือรู้สึกอาการผิดปกติ เป็นอาการแสดงเมื่อเกิดความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นต้องรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต จะส่งผลต่อผู้ป่วยในการตัดสินใจให้ความร่วมมือในการรับประทานยา

3) การรับรู้ความรุนแรงของโรค

Becker (1974) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเอง ในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนหนึ่งที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

จากการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติร่วมกับการรับรู้ถึงผลกระทบจากความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่เพื่อลดความรุนแรงของโรค โดยศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่นเดียวกับ สุมาลี วังชนากร, ชูติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16

4) การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา

Becker (1974) กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นการรับรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าต่อสุขภาพอนามัยของบุคคลในด้านลบที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น มีความยากลำบาก ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก หรือรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ก็จะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หากบุคคลรับรู้ว่าคุณอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ก็จะไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

Pender (2006) กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action) หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความเกียจคร้าน ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรม และความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ การขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น

ศศิธร อุตตะมะ (2549) ศึกษาพบว่า การขาดปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายในการรับยา สิ่งอำนวยความสะดวก ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด ไม่มารับยาและการรักษา นอกจากนี้ ฐิติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5) การสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือบุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่ามีคนให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ ยกย่องและมองเห็นคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีความผูกผันซึ่งกันและกัน

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การได้รับและการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ระหว่างบุคคล ที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกผัน การดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจ จนทำให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

สุภาพร แนวบุตร (2548) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6) การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา

Becker (1974) กล่าวว่า การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนี้ความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

Pender (2006) กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action) เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ หรือเป็นการวางแผนของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับหรือ

ผลของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น หากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงใหม่ให้ผลตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง จะทำให้เกิดการเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และหากผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจ หรือรู้สึกว่าได้ประโยชน์ จะส่งผลให้มีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงใหม่นั้น ซึ่งประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว หรือการลดความรู้สึกเหนื่อยล้า ประโยชน์จากภายนอก เช่น การได้รับเงินรางวัล หรือปฏิบัติจากคนในสังคม ในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกอาจสร้างแรงจูงใจได้มาก แต่ประโยชน์จากภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องในระยะยาวมากกว่า

จากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดข้างต้น ผู้วิจัยสนใจนำแนวคิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของ Pender (2006) มาใช้เป็นตัวแปรกำกับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เนื่องจาก Pender (2006: 52) กล่าวว่าจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 61 และเป็นแนวคิดที่มีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Adherence Model, MAM) ของ Johnson (2002) ในองค์ประกอบด้าน Purposeful action ได้แก่ Perceived need และ Perceived effectiveness จะเห็นได้ว่า หากผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความจำเป็น ผลดีหรือประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ยาแล้ว จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ จนเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน (Patterned behavior) และเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา (Adherence) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นการรับรู้ถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานยาว่า ยาต้านการแข็งตัวของเลือดจะช่วยให้ลิ้นหัวใจเทียมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หากรับประทานอย่างต่อเนื่องและสม่าเสมอ ผู้ป่วยจะสามารถดำรงชีวิต ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเป็นปกติและมีภาวะสุขภาพที่ดี ในขณะที่เดียวกัน ผู้ป่วยอาจได้รับการตรวจติดตามโดยแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพแล้วพบว่าผลการตรวจร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือดีขึ้น เช่น ค่า INR อยู่ในช่วงการรักษาของแพทย์ ถือว่าเป็นประโยชน์จากภายนอก จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานยาต่อไป และในระยะยาวหากผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองยังคงส่งผลดีต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จะเกิดความมั่นใจ มีแรงจูงใจให้คงพฤติกรรมต่อไป เกิดเป็นความร่วมมือในการรับประทานยา และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีงานวิจัยที่ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ดังนี้

สมัยพร อาซาล (2543) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรค จำนวน 60 ราย ที่คลินิกโรค โรงพยาบาลพะเยา ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา สร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด โดยเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81

ตรีพร ชุมศรี (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 259 ราย ประเมินการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ สร้างขึ้นตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002) จำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .82 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

ฐิติกานต์ กาลเทศ และ นรลัทธน์ เอื้องกิจ (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรคือ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยใช้แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Pender (2006) มีจำนวนข้อคำถามคงเหลือ 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79

ในการศึกษารั้ครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของ ฐิติกานต์ กาลเทศ และ นรลัทธน์ เอื้องกิจ (2554) ซึ่งดัดแปลงตามแนวคิดของ Pender (2006) มีจำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ

3. ความหมายและแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยา

3.1 ความหมาย

จากการทบทวนการให้ค่านิยามของความร่วมมือในการรักษา (Adherence) และความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Adherence) ในบริบทของโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า มีการให้ค่านิยามที่หลากหลาย สามารถสรุปได้ดังนี้

World Health Organization (2003) กล่าวว่า Adherence หมายถึง พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยา การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค โดยพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต้องเกิดจากความตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์

Cohen (2009) กล่าวถึง Adherence ในบริบทของโรคหัวใจและหลอดเลือดไว้ว่า เป็นความปรารถนาที่จะปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเป็นผลมาจากการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ

Johnson (2002) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Adherence) ว่าเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าจะรับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องจากการได้รับรู้ถึงความจำเป็น ผลดีของการรับประทานยา ความปลอดภัยจากการรับประทานยา รวมไปถึงการมีสุขภาพที่ดีและการลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ผู้ป่วยจึงเกิดรูปแบบของการรับประทานยาที่สม่ำเสมอและเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน

Osterberg and Blaschke (2005) กล่าวถึง ความร่วมมือในการรับประทานยา (Adherence to Medication) ว่าเป็นการรับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้ป่วยรับประทานยาครบตามจำนวนที่ต้องรับประทานต่อวันและรับประทานยาถูกต้องตามเวลา ซึ่งเกิดขึ้นจากการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

ฐิติกานต์ กาลเทศ และ นรลัทขณ์ เอื้อกิจ (2554) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยาว่า เป็นพฤติกรรมในการปฏิบัติตามแผนการรักษาในด้านการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยรับประทานยาให้ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา

สรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานยาตามคำแนะนำที่เกิดจากการยอมรับและการตัดสินใจของผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ โดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ไม่เกิดพฤติกรรมการลืมรับประทานยา และยอมรับว่าการรับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน โดยพฤติกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นจากการรับรู้ถึงความจำเป็นของการใช้ยา การรับรู้ประโยชน์และความปลอดภัยจากการรับประทานยา

3.2 แนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีแนวคิดที่อธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาหลากหลายแนวคิด สามารถสรุปได้ดังนี้

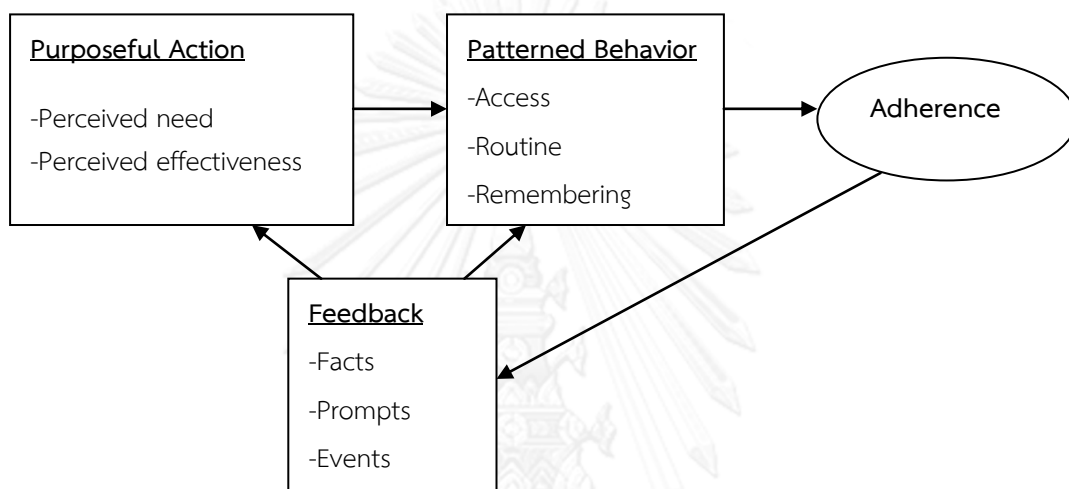
Cohen (2009) วิเคราะห์แนวคิดความร่วมมือในการรักษา (Adherence) ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพเกิดความชัดเจน และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ดีขึ้นในการที่จะลดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความร่วมมือในการรักษาในการดูแลระยะยาว ซึ่งอธิบายแนวคิดได้ว่า ความร่วมมือในการรักษาขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร

ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ที่เกิดจากการตกลงร่วมกันในการที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำทางสุขภาพ ซึ่ง Cohen ได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความร่วมมือในการรักษามีอิทธิพลมาจากภาวะสุขภาพของโรคหัวใจที่เป็นอยู่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เศรษฐฐานะของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุน การสร้างแรงจูงใจ และความปรารถนาที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแหล่งของข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่มีความน่าเชื่อถือ เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมตามคำแนะนำหรือให้ความร่วมมือในการรักษาแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีความรู้เกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ถูกต้อง สามารถลดปัญหาที่เกิดจากการรับประทานยาได้ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

Osterberg and Blaschke (2005) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรับประทานยา (Adherence to Medication) เป็นการรับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้ป่วยรับประทานยาครบตามจำนวนที่ต้องรับประทานต่อวัน และรับประทานยาถูกต้องตามเวลา ซึ่งเกิดขึ้นจากการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการรักษา (non-adherence) ว่า หากบุคลากรทางสุขภาพสามารถค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่เป็นตัวทำนายการเกิดความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เช่น ปัญหาด้านจิตใจหรือภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ความบกพร่องในกระบวนการรู้คิด การรักษาโรคที่ไม่แสดงอาการ การขาดการดูแลติดตามผู้ป่วยภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล อาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ ผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการใช้ยา หรือมีอุปสรรคในการใช้ยา การไม่มาตรวจตามนัด การมีสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อบุคลากรทางสุขภาพ หรือการรักษา ค่ายาที่มีราคาแพง เป็นต้น ซึ่งการให้การดูแลโดยจัดกระทำกับสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพหรือกลุ่มโรคของผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีขึ้น และมีภาวะสุขภาพที่ดี

Johnson (2002) พัฒนาแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือเรียกว่า Medication Adherence Model, MAM กล่าวว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้ ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) Purposeful action, 2) Patterned behavior และ 3) Feedback อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจะต้องมีความตั้งใจที่จะรับประทานยาก่อน บนพื้นฐานของกระบวนการการรับรู้ความจำเป็น ความปลอดภัย และประโยชน์ของการรับประทานยา (Purposeful action) จึงจะตัดสินใจที่จะร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมของการรับประทานยาที่เป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน ง่ายต่อการจำ และปฏิบัติได้ง่าย (Patterned behavior) และมีการไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้แพทย์ติดตามและประเมินผลการรักษาเป็นระยะ รวมทั้งมีการกระตุ้น เสริมแรงหรือการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามพฤติกรรมรับประทานยาที่ต่อเนื่อง (Feedback)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดของ Johnson (2002) เนื่องจากเป็นแนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาโดยตรง ซึ่งใช้อธิบายในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำกรอบแนวคิดของ Johnson (2002) ไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาและสร้างแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยหัวใจวาย (Fung, 2009) ตัวแปรตามที่ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้คือความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Johnson (2002)



ภาพที่ 1 Medication Adherence Model ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Johnson, 2002)

จากกรอบแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยา Medication Adherence Model ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของ Johnson (2002) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์และอธิบายความร่วมมือในการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้ว่า การที่ผู้ป่วยจะเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการเข้าถึงตัวของเลือดภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จะต้องเริ่มจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นและผลดีที่จะได้รับจากการรับประทานยา และนำข้อมูลที่ได้รับมาประเมินอย่างรอบคอบ เมื่อรับรู้ถึงผลดีที่จะได้รับจากการรับประทานยาแล้ว ผู้ป่วยจะเกิดความตั้งใจที่จะรับประทานตามคำแนะนำ (Purposeful Action: Perceived need, Perceived effectiveness) และเริ่มปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานยา (Patterned behavior: Access) อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Routine) ไม่เกิดพฤติกรรมการลืมรับประทานยา (Remembering) เกิดเป็นความร่วมมือในการรับประทานยา (Adherence) ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่จะส่งผลต่อตนเองเมื่อรับประทานยา เช่น การรับประทานยาจะทำให้สุขภาพดีขึ้น ควบคุมอาการของโรคได้ สอดคล้องกับการรับรู้ประโยชน์ตามแนวคิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action) ของ Pender (2006) ที่กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่า

พฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ซึ่งการที่จะทำให้พฤติกรรมการรับประทานยาคงอยู่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน หรือทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเกิดต่อเนื่องในระยะยาวนั้น ตามแนวคิดของ Johnson ผู้ป่วยจะต้องได้รับทราบข้อมูลหรือผลของการปฏิบัติพฤติกรรม หรือมีสิ่งประเมิณย้อนกลับที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติอยู่นั้นเป็นพฤติกรรมเหมาะสม และเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วยเอง ร่วมกับมีการกระตุ้นเตือน (Feedback: facts, prompts, events) เช่น การใช้การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์โดยบุคลากรทางสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจได้รับการตรวจติดตามแล้วพบว่าผลการตรวจร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือดีขึ้น เช่น ค่า INR อยู่ในช่วงการรักษาของแพทย์ และในระยะยาวหากผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนเองยังคงส่งผลดีต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จะเกิดความมั่นใจ มีแรงจูงใจให้คงพฤติกรรมต่อไป เกิดเป็นความร่วมมือในการรับประทานยา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบมีการใช้การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาหลากหลายรูปแบบ และมีงานวิจัยที่มีการใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ดังนี้

3.3 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา

วิธีการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาในปัจจุบันสามารถประเมินได้หลากหลายวิธี สามารถแบ่งได้ดังนี้ (Osterberg & Blaschke, 2005; World Health Organization, 2003)

3.3.1 วิธีการวัดการใช้ยาทางตรง (Direct methods) ได้แก่

1) การสังเกตการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง เป็นวิธีที่มีความถูกต้องแม่นยำที่สุด แต่ผู้ป่วยอาจมีการปกปิดโดยอมยาไว้ในปากแล้วบ้วนทิ้งภายหลัง และอาจมีความยุ่งยากในทางปฏิบัติ เนื่องจากต้องมีผู้คอยสังเกตการใช้ยาทุกครั้งที่ได้รับประทานยา

2) การวัดจากระดับยาในร่างกาย (เลือด, ปัสสาวะ) เป็นวิธีการวัดโดยใช้หลักการเมตาบอลิซึมของยาในเลือดหรือปัสสาวะ ซึ่งเป็นวิธีที่อาจให้ผลบวกเทียมได้จากผลของปฏิกิริยาระหว่างยา หรือการรับประทานอาหารบางชนิดที่มีผลต่อการเมตาบอลิซึมของยาในร่างกาย และมีค่าใช้จ่ายสูง

3) การวัดโดยตรง Biomarkers เป็นวิธีการที่มีความเที่ยงตรงสูง นิยมใช้ในการศึกษาวิจัยทางคลินิก แต่มีค่าใช้จ่ายสูงและค่อนข้างยุ่งยาก จึงมีความเหมาะสมกับยาบางชนิดเท่านั้น

สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดนั้น พิจารณาจากค่าระดับต้านการแข็งตัวของเลือด หรือ INR (International Normalized Ratio) ซึ่งเป็นค่าที่วัดทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินผลการรักษาของวาร์ฟารินคือ การตรวจวัดการแข็งตัวของเลือดมาตรฐานที่ใช้สูตรในการ

หาค่าจากการ PT (Prothrombin time) เพื่อได้ค่ากลางของมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งคนปกติจะใกล้เคียงหรือเท่ากับ 1 (Hirsh et al., 2003) ค่า INR ที่สูงขึ้นบ่งถึงการออกฤทธิ์ของยารวาร์ฟารินที่มากขึ้น

3.3.2 วิธีการวัดการใช้ยาทางอ้อม (Indirect methods) ได้แก่

1) การนับจำนวนเม็ดยา (Pill count) เป็นวิธีที่ง่าย และสะดวก หากมีการจ่ายยาจำนวนที่แน่นอนกับผู้ป่วย และสามารถตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีการเก็บรักษาอย่างถูกต้องหรือไม่ (Hugen et al., 2002) แต่อาจมีข้อผิดพลาดได้หากผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบถ้วนจากโรงพยาบาล หรือได้ปริมาณเกินตามจำนวนที่แพทย์สั่ง หรือผู้ป่วยนำยาตนเองไปให้ผู้อื่นรับประทาน หรือมีการเก็บซ่อนยาไว้หรือทิ้งเม็ดยาไม่ให้เจ้าหน้าที่เห็นเพราะกลัวว่าจะเป็นความผิดเมื่อไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และไม่สามารถบอกได้ว่ายาที่ถูกใช้ไปนั้น ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกเวลาหรือไม่ (จรรยา เจริญยิ่ง, 2546)

2) อัตราการมารับยาตามนัด (Rates of prescription refills) เป็นวิธีที่ง่าย และสะดวก แต่อย่างไรก็ตาม การมารับยาตามนัดไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาตามสั่งหรือไม่

3) การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic medication monitors) เป็นวิธีที่มีความแม่นยำและเที่ยงตรงสูง แต่มีต้นทุนสูง และมีราคาแพง เช่น การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ติดตั้งที่ฝาขวดยา ทุกครั้งที่มีการเปิดขวดยา จะมีการบันทึก วัน เวลา และระยะเวลาของการเปิดขวดยานั้น เรียกว่า Medication Events Monitoring System (MEMS)

4) การตรวจร่างกายหรือวัดสัญญาณชีพ เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก แต่ผลที่ได้ไม่เที่ยงตรงเท่าใดนัก

5) การจดบันทึก (Patient diaries) การจดบันทึกทำได้ง่าย และช่วยเตือนความจำได้ แต่ผู้ป่วยอาจบันทึกข้อมูลให้บิดเบือนไปจากความจริงได้

6) การใช้แบบสอบถามหรือให้ผู้ป่วยตอบคำถาม (Patient questionnaires, patient self-report) เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ค่าใช้จ่ายไม่สูง และเป็นวิธีที่นิยมใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาในหลายงานวิจัย แต่อย่างไรก็ตามผลการประเมินอาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้จากการสัมภาษณ์ที่เว้นระยะเวลานานจนเกินไป หรือผู้ป่วยอาจบิดเบือนข้อมูล

จะเห็นได้ว่า วิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแต่ละแบบมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกันไป ไม่มีวิธีใดที่ดีที่สุด และปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานที่แน่นอนขึ้นอยู่กับลักษณะผู้ป่วยหรือสถานที่ในการวิจัย (Osterberg & Blaschke, 2005) ซึ่งการใช้หลายหลายวิธีร่วมกัน จะช่วยเพิ่มความถูกต้องแม่นยำในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาให้มากยิ่งขึ้น (World Health Organization, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย เช่น

6.1) MMAS-8 (The 8-item Morisky medication adherence score) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง มีจำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 1 ข้อ และมีความหมายเชิงลบ 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 (Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward, 2008)

MMAS-8 ได้ถูกนำไปใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยากับผู้ป่วย ในหลายกลุ่มโรคทั้งงานวิจัยต่างประเทศและในประเทศไทย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Krousel-Wood et al., 2009; Oliveira-Filho, Barreto-Filho, Neves, & Lyra Junior, 2012) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (นงลักษณ์ อิงคณิ, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช และ ธวัชชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์, 2011) และผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (โมเรศ ศรีบ้านไผ่, 2554) เป็นต้น

6.2) MAS (Medication Adherence Scale) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา มีจำนวน 18 ข้อคำถาม มีค่าความเชื่อมั่น .85 ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา (Attitude about medication adherence) ค่าความเชื่อมั่น .75 ด้านความรู้ (Knowledge of prescribed medications) ค่าความเชื่อมั่น .75 และอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยา (Barriers to medication adherence) ค่าความเชื่อมั่น .94 (Wu, Chung, Lennie, Hall, & Moser, 2008)

แบบสอบถาม MAS นี้ ได้ถูกนำไปใช้ในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหัวใจวาย เพื่อทำนายปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา เชื่อชาติ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เศรษฐฐานะ และความรุนแรงของโรค (NYHA) (Wu, Moser, Chung, & Lennie, 2008)

6.3) MTQ (Medication-Taking Questionnaire) : Patterned Behavior เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินลักษณะพฤติกรรมในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย โดยดัดแปลงมาจาก MTQ : Patterned Behavior ของ Johnson (2002) ที่เป็นการประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 8 ข้อ และมีความหมายเชิงลบ 8 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 7 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 (Fung, 2009)

Fung (2009) ใช้แบบสอบถาม MTQ นี้ในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา

ซึ่งพบว่า รูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพและการมาตรวจตามนัด สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 52.2 นอกจากนี้ แบบสอบถาม MTQ ได้ถูกนำมาใช้ในการศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (อิสริย์กร สุศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2555)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยแปลและดัดแปลงแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (Medication-Taking Questionnaire) ของ Fung (2009) ที่ประยุกต์แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาจาก Johnson (2002) ผู้วิจัยพิจารณาเลือกแบบประเมินนี้เนื่องจาก งานวิจัยนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจเช่นเดียวกัน ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้อย่างครอบคลุม

4. ความหมายและแนวคิดการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing)

ในยุคปัจจุบัน เทคโนโลยีทางการสื่อสารและโทรคมนาคมมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ทำให้การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น ประหยัดเวลาในการเดินทางและค่าใช้จ่ายได้มาก ซึ่งเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกลได้ถูกนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการทางสาธารณสุข เพื่อขยายขอบเขตการบริการด้านการแพทย์และการปฏิบัติการพยาบาลให้กว้างขึ้น โดยอาศัยเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกล ได้แก่ โทรศัพท์ แฟกซ์ อินเทอร์เน็ต การประชุมโต้ตอบโดยใช้วิดีโอภาพหรือเสียง หรือใช้ระบบการให้ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ เป็นต้น ซึ่งหากเป็นการปฏิบัติโดยพยาบาล อาจเรียกว่า การให้การพยาบาลทางไกล (Telehealth Nursing) (American Academy of Ambulatory Care Nursing. (AAACN), 2009; College of Nurses of Ontario, 2009)

การให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์เป็นรูปแบบหนึ่งของการให้การพยาบาลทางไกล (Telehealth Nursing) และนับเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับพยาบาลในการให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน เนื่องจากเป็นระบบที่ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการใช้ได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว นอกจากนี้ยังช่วยให้การขยายขอบเขตการติดตามอาการ การประเมินสภาพ และให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น โดยมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการไปเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข (Kinsella, 1997 อ้างใน นิชิตินา ศรีจางง, 2553) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบมีการให้ความหมายของการพยาบาลทางไกลและการให้การพยาบาลโดยใช้โทรศัพท์ไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

4.1 ความหมาย

American Telemedicine Association (ATA, 2011) กล่าวว่า การให้การพยาบาลทางไกล (Telehealth Nursing) คือการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยพยาบาล ผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร การใช้โทรศัพท์ก็เช่นเดียวกัน และกล่าวว่า Telenursing, Telehealth Nursing, Nursing Telepractice

เป็นคำที่สามารถใช้แทนกันได้ ซึ่งมีรูปแบบการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ในการสื่อสารให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ

Peck (2005) นิยามการให้การพยาบาลโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร (Telenursing) เป็นบทบาทของพยาบาลในการให้ข้อมูล ความรู้แก่ผู้ป่วย ตลอดจนการติดตาม ดูแล การเก็บรวบรวมข้อมูล และการให้การพยาบาลทางไกลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

Hunter (2000) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์เป็นการติดตาม กระตุ้น ชี้แนะ ให้การเสริมแรงพฤติกรรมที่เหมาะสม

Rice (2006) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ว่า เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่บ้าน และประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการให้คำปรึกษาและประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล

American Academy of Ambulatory Care Nursing (AAACN, 1997) กล่าวว่า Telehealth nursing หมายถึง การให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร โดยเฉพาะการใช้โทรศัพท์ ซึ่งพยาบาลมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย การติดตาม ดูแล และให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพและได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

สรุปได้ว่า การให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing) เป็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย การติดตาม ดูแล และให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลโดยใช้โทรศัพท์เป็นอุปกรณ์สื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพและได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพได้มากขึ้น

4.2 แนวคิดและหลักการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ตำรา บทความ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ สามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

American Academy of Ambulatory Care Nursing (AAACN, 1997) ได้กำหนดมาตรฐานการใช้โทรศัพท์เป็นหลักสูตรในการบริหารและการปฏิบัติทางการพยาบาล (Telehealth Nursing Practice Administration and Practice Standards) โดยกำหนดว่า การให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร โดยเฉพาะการใช้โทรศัพท์ (Telehealth nursing) เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลโดยตรงในการใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย การติดตาม ดูแล และให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพและได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งการเริ่มต้นการให้การพยาบาลทางไกลอาจเกิดจากผู้ป่วยหรือพยาบาล ซึ่งหากเกิดจากผู้ป่วย (The patient-initiated encounter) จะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยมีความต้องการให้พยาบาลค้นหาหรือสอบถามข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการนัดหมาย การรับยาตามนัด หรือขอคำแนะนำสุขภาพ สำหรับการพยาบาลทางไกลที่ให้การเริ่มต้นโดยพยาบาล (The nurse-initiated encounter) มักเกี่ยวข้องกับ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย การติดตามภาวะสุขภาพ หรือเพื่อการสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม (AAACN, 2009)

ในปัจจุบันพบมีการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการให้บริการ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องและต้องได้รับการรักษาระยะยาว กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันหรือฉุกเฉิน และยังคงมีความหลากหลายในหน่วยบริการ ตั้งแต่หน่วยบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ จนถึงระดับตติยภูมิ หน่วยฉุกเฉิน หน่วยแพทย์ พยาบาลเคลื่อนที่ (Ambulatory care) ศูนย์ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (call center) เป็นต้น (Huber & Blanchfield, 1999; Hutcherson, 2001) ซึ่งสิ่งที่สำคัญคือพยาบาลจะต้องมีความรู้ ทักษะและมีความชำนาญในการใช้โทรศัพท์ รวมทั้งเทคโนโลยีการสื่อสารที่เกี่ยวข้อง มีทักษะการสื่อสารเพื่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย การให้การสนับสนุน เสริมแรง และสร้างแรงจูงใจ เป็นผู้ให้คำปรึกษา มีกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีความเชี่ยวชาญในการสอน และให้ข้อมูล ให้ความรู้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ และคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลเป็นผู้เชี่ยวชาญที่สามารถให้การพยาบาลทางไกลได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด มีความปลอดภัยและถูกต้องตามหลักจริยธรรม (College of Nurses of Ontario, 2009)

การเสริมแรงหรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยไม่ลืมรับประทานยาโดยใช้โทรศัพท์ได้ถูกนำมาใช้แพร่หลายมากขึ้น ถึงแม้ว่าวิธีการกระตุ้นเตือน (reminder) จะมีหลายวิธีการ ได้แก่ การใช้กล่องยา การใช้เหตุการณ์ช่วยในการเตือน เช่น รับประทานยาหลังมื้ออาหาร รับประทานยาร่วมกับยาชนิดอื่น การให้ผู้ดูแลช่วยเตือน การใช้ปฏิทิน การตั้งนาฬิกาปลุก การใช้โทรศัพท์กระตุ้นเตือน และ การใช้โปสเตอร์ เป็นต้น (Schneider et al., 2011) การใช้โทรศัพท์ถือเป็นรูปแบบการให้การดูแล และติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยที่ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้มาก และช่วยประหยัดเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาล และเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ป่วย (Cox & Wilson, 2003) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกการใช้โทรศัพท์ในการกระตุ้นเตือนและติดตามผู้ป่วย อีกทั้งให้การพยาบาลทางไกล (Telephone Health Nursing) ตามแนวความคิดการใช้โทรศัพท์ของ AAACN (1997) ที่มีการให้ความรู้และข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือดภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เกิดเป็นความตั้งใจที่จะรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมถึงการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนเป็นระยะเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ลืมรับประทานยา เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาและส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระยะเวลาการติดตามผู้ป่วย พบการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการใช้โทรศัพท์ในการติดตามและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ซึ่งมี

การใช้ระยะเวลาที่แตกต่างกัน และวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันในผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรค สำหรับระยะเวลาการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถสรุปผลการทบทวนวรรณกรรมได้ดังนี้

Cinar et al. (2010) ศึกษาผลของการใช้ Nurse-led Telephone Follow-up ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความร่วมมือในการใช้ยาโรคเบาหวานเป็นระยะเวลา 3 เดือน ใช้โทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใน 4 สัปดาห์แรก หลังจากนั้นโทรศัพท์ติดตามทุก 2 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 6, 8, 10 และ 12 จนครบ 12 สัปดาห์ รวมการติดตามทั้งสิ้น 8 ครั้ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ นรรัตน์ สมเพชร, ชิดชนก เรือนก้อน และ อัญชลี เพิ่มสุวรรณ. (2550). ศึกษาผลของการเตือนทางโทรศัพท์ (Telephone Reminder) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต เป็นระยะเวลา 2 เดือน โดยโทรศัพท์กระตุ้นเตือนผู้ป่วย ทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ระดับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของกลุ่มศึกษามีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเดือนที่ 3 ในขณะที่ Chiu and Wong (2010) ศึกษาผลของโปรแกรม A nurse clinic combined with telephone follow-up ต่อค่าความดันโลหิตและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการศึกษาแบบ Randomized controlled trial โดยผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ในการติดตามทุก 2-3 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง Systolic blood pressure และ Diastolic blood pressure อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า การให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing) สามารถนำมาเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยาได้ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ไม่ว่าจะ เป็น Nurse-led Telephone Follow-up, Telephone reminder หรือ telephone follow-up จะเห็นได้ว่า แต่ละงานวิจัยเป็นการให้ข้อมูล มีการติดตามและกระตุ้นเตือนผู้ป่วยเป็นระยะโดยพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพหรือเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามบทบาทหนึ่งของพยาบาลในการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing) มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ผู้ป่วยได้รับ สอดคล้องตามมาตรฐานการใช้โทรศัพท์ของ AACN (1997) และพบว่าระยะเวลา 8 สัปดาห์ เป็นระยะเวลาที่น้อยที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา

ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทายาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทายาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ร่วมกับการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing) ที่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด สอดคล้องตามมาตรฐานการใช้โทรศัพท์ของ AACN (1997) ร่วมกับมีการกระตุ้นเตือนโดยการใช้โทรศัพท์ติดตามเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ (Chiu & Wong, 2010)

5. โปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทายา

จากแนวคิดความร่วมมือในการรับประทายา (The Medication Adherence Model) ของ Johnson ที่ผู้วิจัยใช้ในการอธิบายตัวแปรความร่วมมือในการรับประทายาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งกล่าวว่า ความร่วมมือในการรับประทายาของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้ ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) Purposeful action, 2) Patterned behavior และ 3) Feedback อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจะต้องมีความตั้งใจที่จะรับประทายาก่อน บนพื้นฐานของกระบวนการรับรู้ ความจำเป็น ความปลอดภัย และประโยชน์ของการรับประทายา (Purposeful action) จึงจะตัดสินใจที่จะร่วมมือในการรับประทายาตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมของการรับประทายาที่เป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน ง่ายต่อการจำ และปฏิบัติได้ง่าย (Patterned behavior) และมีการไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้แพทย์ติดตามและประเมินผลการรักษาเป็นระยะ รวมทั้งมีการกระตุ้น เสริมแรงหรือการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทายาที่ต่อเนื่อง (Feedback) โดยแนวคิดของ Johnson ในองค์ประกอบ Purposeful action สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) ของ Pender ที่กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง (Perceived need, Perceived effectiveness) และผู้วิจัยเลือกการใช้โทรศัพท์ติดตาม ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งทางการพยาบาลในการกระตุ้นเตือนและให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทายาต้านการแข็งตัวของเลือด สอดคล้องตามมาตรฐานการใช้โทรศัพท์ของ AACN ปี ค.ศ.1997 และสอดคล้องกับองค์ประกอบ Patterned behavior (Access, Routine, Remembering) ตามแนวคิดของ Johnson อีกด้วย นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทายาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเกิดความร่วมมือในการรับประทายาแม้ในขณะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ดังนี้

โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) ของ Pender (2006) และการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระยะเวลาการใช้โทรศัพท์ติดตาม โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ (Chiu & Wong, 2010) กิจกรรมมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นประเมินผู้ป่วย

ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยแล้ว ดูแลให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าพบแพทย์ รวมถึงได้รับการนัดหมายตามขั้นตอนการรักษาพยาบาลตามปกติ

- 1) สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) ประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา
- 3) แจกคู่มือการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด “การใช้ยารวาร์ฟาริน สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด อธิบายเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยมีเนื้อหา 4 หัวข้อ ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ดังนี้
 - (1) ความสำคัญและประโยชน์ของการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยารวาร์ฟาริน)
 - (2) ข้อควรปฏิบัติและวิธีการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยารวาร์ฟาริน)
 - (3) ปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยารวาร์ฟาริน) และ
 - (4) การติดตามการรักษาและวิธีการสังเกตภาวะแทรกซ้อนซึ่งเกิดจากระดับ INR สูงหรือต่ำกว่าช่วงการรักษาของแพทย์ในขณะที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยารวาร์ฟาริน)
- 4) นัดหมาย วัน เวลาที่ผู้วิจัยจะให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ และติดตาม โดยผู้วิจัยจะแจ้งช่วงเวลาในการดำเนินการวิจัย (09.00-20.00น.) และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นฝ่ายนัดเวลาที่สะดวก

การให้ความรู้ยังมีแบบแผนและมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยารวาร์ฟาริน) ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกระบวนการคิด พิจารณา และประเมินสิ่งที่รับรู้เกี่ยวกับความจำเป็นในการใช้ยา ประโยชน์ของยาและความปลอดภัยที่จะได้รับการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการเกิดความร่วมมือในการใช้ยาในระยะ Purposeful action ตาม Medication Adherence

Model ของ Johnson (2002) ซึ่งเป็นการอธิบายเน้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามแนวคิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของ Pender (2006) ใช้เวลาในขั้นตอนการสอนและให้ความรู้ ประมาณ 15- 20 นาที เนื่องจากเป็นเวลาที่เหมาะสมในการเรียนรู้ และจะนัดหมายวันที่ เวลาที่ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นฝ่ายนัดเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก เพื่อไม่ให้รบกวนเวลาของกลุ่มตัวอย่างมากเกินไป (McDonald et al., 2002)

ขั้นตอนที่ 2 ชั้นโทรศัพท์ติดตาม

เพื่อทบทวนและกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (McDonald et al., 2002) โทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง โดย AAACN (2009) กล่าวว่า ระยะเวลาในการสนทนากับกลุ่มตัวอย่างแต่ละครั้งไม่ควรน้อยกว่า 3 นาที เพราะระยะเวลาที่น้อยกว่า 3 นาที ไม่เพียงพอในการให้กลุ่มตัวอย่างและพยาบาลแบ่งปันข้อมูลซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ หากการสนทนาแต่ละครั้งใช้เวลาในช่วงการประเมินภาวะสุขภาพนานกว่า 10 นาที แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพที่อาจจำเป็นต้องให้มาโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ หรือให้พยาบาลได้พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินภาวะสุขภาพให้ละเอียดครบถ้วนมากยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดระยะเวลาในการสนทนา ดังนี้

1) โทรศัพท์ครั้งที่ 1- 4 เป็นการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ และติดตามกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 4 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที เพื่อทบทวนการใช้ยาตามคู่มือครั้งละ 1 เรื่อง จนครบ 4 เรื่อง ดังที่ได้กล่าวไว้ในขั้นตอนที่ 1 และเตือนความจำในการรับประทานยา ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยจะประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

- (1) โทรศัพท์ครั้งที่ 1 (ภายในสัปดาห์แรกที่พบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาล) ทบทวนเรื่อง ยาวาร์ฟารินคืออะไร มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างไร
- (2) โทรศัพท์ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ทบทวนเรื่อง รับประทานยาวาร์ฟารินอย่างไรให้ปลอดภัย
- (3) โทรศัพท์ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ทบทวนเรื่อง ปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน
- (4) โทรศัพท์ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ทบทวนเรื่อง ค่า INR คืออะไร และอาการผิดปกติที่ควรทราบมีอะไรบ้างในขณะใช้ยาวาร์ฟาริน และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

2) โทรศัพท์ครั้งที่ 5 - 6 เป็นการติดตามกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ที่ 5 และ 7 ที่เว้นระยะห่างมากกว่าช่วงแรก ใช้เวลาครั้งละ 3-5 นาที เพื่อเตือนความจำในการรับประทานยา นอกจากนี้ในการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและพูดคุยให้กำลังใจเสมอ

ผู้วิจัยใช้ บทสนทนาโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (PERCEIVED BENEFITS OF ANTICOAGULANT MEDICATION PROGRAM SCRIPT) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีการกำหนดหัวข้อในการสนทนาเช่นเดียวกับหัวข้อและเนื้อหาในแผนการสอนและคู่มือการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด รูปแบบการสนทนาผู้วิจัยเลือกการใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกระบวนการคิด เป็นการทบทวนหรือสรุปบทเรียนให้เป็นที่เข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการสนทนา บทสนทนาที่กำหนดขึ้นมีการใช้ถ้อยคำสุภาพ ใช้ภาษาเชิงทางการในการพูดคุยทางโทรศัพท์ มีการใช้การเสริมแรงทางบวกโดยกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจเสมอ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม มีการนัดหมายเพื่อการสนทนาในครั้งต่อไป เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นฝ่ายนัดเวลาที่สะดวกและเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการสนทนาให้เกิดประโยชน์มากที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการประเมินผล

ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสัปดาห์ที่ 8 เพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้แบบสอบถาม ใช้เวลา 15-20 นาที

ในการสนทนากับกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยจะต้องใช้ความรู้ ทักษะและมีความชำนาญในการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ มีทักษะการสื่อสารเพื่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย เป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยเสมอ และคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ซึ่งเป็นสมรรถนะของพยาบาลในการให้การพยาบาลทางไกล ตามแนวคิดและมาตรฐานการใช้โทรศัพท์ของ AACN (1997) (College of Nurses of Ontario, 2009; AACN, 2009)

6. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม จะต้องอาศัยการปฏิบัติตัว ดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอทุกชนิดเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะยาต้านการแข็งตัวของเลือด ที่มีความจำเป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องไปตลอด เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของลิ้นหัวใจเทียม ดังนั้นหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาลจึงมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ดังนี้

1) บทบาทการเป็นผู้ให้การดูแล (Caregiver)

บทบาทการเป็นผู้ให้การดูแลเป็นหน้าที่ของพยาบาลโดยตรง โดยใช้หมโนทัศน์การดูแลแบบองค์รวมร่วมกับทีมสหสาขาทางด้านกายภาพบำบัด โดยพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งมีความชำนาญในการประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยการตอบสนองทางด้านร่างกาย และจิตสังคม ภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบจากความเจ็บป่วย มีการประยุกต์ใช้ผลงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน (กนกพร หมุ่มพยัคฆ์, 2551; สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2553)

นอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พยาบาลควรมีการวางแผนให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องยา การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ตลอดจนการให้การติดตามผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อให้การช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมมารับประทานยาที่ถูกต้อง และมีการจัดระบบการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่องไปถึงชุมชน ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่าย มีการส่งต่อเพื่อให้การดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ ซึ่งการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยในการติดตามและการให้พยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ ถือเป็นรูปแบบการดูแลที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2) บทบาทการเป็นผู้สอนสุขศึกษา (Health Educator)

การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับและรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยา จึงจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมมารับประทานยาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้สอนสุขศึกษา จะต้องมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ผ่านการสอน การฝึกทักษะเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา ตลอดจนการสอนผ่านการสื่อสารทางไกล เช่น โทรศัพท์ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ที่โรงพยาบาล รวมทั้ง

ให้แหล่งประโยชน์ที่ดีและส่งเสริมการเรียนรู้ สร้างแรงจูงใจภายในให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมมารับประทานยาที่ต่อเนื่อง

3) บทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor)

การให้คำปรึกษาในเรื่องการรับประทานยา เช่น การปฏิบัติตัวเมื่อลืมนับรับประทานยา หรือเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา การมาตรวจตามนัด โดยพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องรู้จักรูปแบบและลักษณะการบริหารจัดการของหน่วยงาน องค์กรที่ให้บริการทางสุขภาพ เพื่อที่จะประสานงานในการให้บริการ นอกจากนี้พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะต้องให้เวลากับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ รู้ว่าเมื่อไรควรยุติการให้คำปรึกษา (กนกพร หมู่พยัคฆ์, 2551) ซึ่งการให้คำปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมายไม่จำกัดเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น ปัจจุบันพยาบาลสามารถให้คำปรึกษาผ่านทางสื่อสารทางไกลได้ เช่น การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาทางโทรศัพท์ (AAACN, 1997)

4) บทบาทการเป็นผู้ประสานงาน (Collaborator)

การดูแลและส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จะประสบผลสำเร็จได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร เป็นต้น ดังนั้น พยาบาลจำเป็นจะต้องมีทักษะในการประสานงานความร่วมมือ มีส่วนร่วมในการสร้างข้อตกลงระหว่างวิชาชีพและการสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2553) เช่น การสร้างแนวปฏิบัติในการให้การรักษาทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา โดยประสานงานให้ทีมสุขภาพมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

5) บทบาทด้านคุณธรรม จริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพ

ในการบริการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยจำเป็นที่จะได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการรับการรักษาพยาบาล และได้รับการปฏิบัติกรพยาบาลอย่างถูกต้องและเท่าเทียมกัน พยาบาลจะต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยทุกราย ให้ข้อมูลที่เป็นจริงและมีประโยชน์ เช่น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างครอบคลุม แล้วให้ผู้ป่วยเป็นผู้พิจารณาและตัดสินใจเลือกเองว่าจะรับประทานยาตามคำแนะนำหรือไม่ อีกทั้งการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา จำเป็นจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยโดยอยู่บนพื้นฐานของจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ (กนกพร หมู่พยัคฆ์, 2551)

จะเห็นได้ว่า การดูแลสุขภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญ โดยเป็นทั้งผู้ให้การดูแล เป็นผู้ประสานงานในกรณีที่เกี่ยวข้องกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นผู้ให้คำปรึกษาทั้งในภาวะสุขภาพดีและเมื่อเจ็บป่วย และเป็นผู้สอนสุขศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีความรู้ และรับรู้ถึงประโยชน์ของการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำหน้าที่ในการเป็นผู้ให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาโดยการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และติดต่อประสานงานกรณีผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด และมีภาวะสุขภาพที่ดีภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ดังนี้

มันติวีร์ นิมวรพันธุ์ (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมค่าการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน โดยแบ่งการศึกษาวิจัยเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) ในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินและมีค่า INR อยู่นอกช่วงเป้าหมายของการรักษาจำนวน 5 คน พบว่า การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีค่า INR อยู่นอกช่วงเป้าหมายของการรักษา โดยผู้ป่วยลืมนรับประทานยา รับประทานยาไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์ มีการปรับขนาดยาหรือหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ การรับประทานยานอกเหนือจากยาที่แพทย์สั่ง และระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาในผู้ป่วยนอกที่รับประทานยาวาร์ฟารินจำนวน 212 คน ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 54.5 ปี (SD = 12.3) พบข้อบกพร่องใช้ยาวาร์ฟารินในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียมคิดเป็นร้อยละ 24 พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 60.8 มีค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษา โดยค่า INR ส่วนใหญ่ต่ำกว่าช่วงการรักษา คิดเป็นร้อยละ 40.1 และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 48.1 มีความรู้เรื่องยาวาร์ฟารินในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องยาวาร์ฟารินในระดับสูงมีความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องยาในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 200 คน ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมากกว่าเป็น 3.25 เท่าของผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับมาก

วรรณพร เจริญโชคทวี (2550) ศึกษาสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่รับบริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวิชิรพยาบาล จำนวน 116 คน พบว่า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 62 ปี (SD = 1.0) มีโรคร่วมเฉลี่ย 2 โรค จำนวนรายการยาที่ใช้ 2-14 รายการ มีระยะเวลาการใช้ยาเฉลี่ย 6.1 ปี (SD = 0.6) ซึ่งพบ ผู้ป่วยร้อยละ 87.1 มีการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ โดยผู้ป่วยแต่ละรายพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมากกว่า 1 ปัญหา

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ คือ มีการใช้น้อยกว่ากำหนด เช่น ลืมรับประทานยาลดขนาดยาเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียง หยุดยาเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาหรือรู้สึกว่าการดีขึ้นแล้ว สาเหตุรองลงมาคือ มีการใช้ยาผิดเวลา ไม่มารับยาเพิ่มเติม ใช้ยามากกว่ากำหนดและใช้ยาผิดขนาด นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา ร้อยละ 11.2 ซึ่งมีระดับความรู้เรื่องการใช้ยาในระดับต่ำ นอกจากนี้พบการลืมใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงได้เช่นกัน ได้แก่ warfarin คิดเป็นร้อยละ 10.6

วันวิภา เทพารักษ์ (2550) ศึกษาพบสาเหตุที่ทำให้ค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษา พบว่า การได้รับยาวาร์ฟารินในขนาดต่ำเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุด ร้อยละ 45.5 รองลงมาคือ การขาดความร่วมมือในการใช้ยา ร้อยละ 19.7 ซึ่งสาเหตุที่พบมากที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยา คือ การลืมรับประทานยา และผลการให้การบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกที่มีการควบคุมการรักษาของยาวาร์ฟารินไม่คงที่ ณ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง 66 ราย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับยาวาร์ฟาริน การจัดยาต่อมือเป็นตัวอย่างในการรับประทานและการจัดส่งไปรษณียบัตรไปให้ผู้ป่วยพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีค่า INR นอกช่วงการรักษาและจำนวนผู้ป่วยที่ขาดความร่วมมือในการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้พบข้อบ่งชี้ในการใช้ยาวาร์ฟารินส่วนใหญ่คือ โรคคลื่นหัวใจรูห์มาติคที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นแฉ่วระรัวร่วม ร้อยละ 37.9

นรรัตน์ สมเพชร, ชิดชนก เรือนก้อน และ อัญชลี เพิ่มสุวรรณ (2550) ศึกษาเปรียบเทียบระดับความร่วมมือในการใช้ยาและระดับความดันโลหิตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเดินทางโทรศัพท์ (กลุ่มศึกษา) ทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ในช่วง 2 เดือน และกลุ่มที่ไม่ได้รับการเดินทางโทรศัพท์ (กลุ่มควบคุม) กลุ่มละ 31 คน พบว่า ระดับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของกลุ่มศึกษามีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเดือนที่ 3

สุมาลี วัจนากร, ชุติมา ผาติดำรงกุล และ ปราณิ คำจันทร์ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ ที่รักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 90 ราย พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ฐิติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ (2553) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด จำนวน 121 ราย ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์หัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .220$,

.207, .195 และ .368 ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -.238$)

มณีรัตน์ สิทธิเดช และคณะ (2555) ศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟารินหลังการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่าง 34 ราย โดยการให้ความรู้ การค้นหา ป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ผลการศึกษาพบว่า การบริหารทางเภสัชกรรมสามารถช่วยเพิ่มความรู้ในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาคือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 34

Wilson et al. (2003) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับ Anticoagulant management โดย Anticoagulation clinics และกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดย family physicians (RCT) กลุ่มตัวอย่าง 221 คน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของประเทศ แคนาดา พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงการรักษาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบ Anticoagulant management มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดย family physicians อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษาซึ่งมีความเสี่ยงสูงในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดย family physicians มากกว่ากลุ่มที่ได้รับ Anticoagulant management โดย Anticoagulation clinics อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Van Damme et al. (2011) เปรียบเทียบระดับความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่เป็นโรคลิ้นหัวใจพิการแต่กำเนิด 25 คน อายุ 18-60 ปี และกลุ่มที่เป็นโรคลิ้นหัวใจพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง 32 คน อายุ 54-82 ปี โดย ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนถึง 32 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อีกทั้งยังพ้องความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และผู้ป่วยที่ขาดความร่วมมือในการใช้ยา พบร้อยละ 25

Cook et al. (2009) ศึกษาผลของการใช้ Telephone Nurse Counseling ในผู้ป่วยโรคเอ็ดส์ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่าง 98 คน ติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือนพบว่า การให้คำปรึกษาจากพยาบาลโดยใช้โทรศัพท์ติดตามมีผลให้ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ป่วยเอ็ดส์เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเปอร์เซ็นต์ที่คาดหวัง (Expected Adherence) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Fung (2009) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 30-77 ปี (เฉลี่ย 51.6 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมอย่างน้อย 2 โรค และรับประทานยาอย่างน้อยเฉลี่ยเท่ากับ 4.69 ชนิด จาก

การศึกษาพบเพียงรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพและการมาตรวจตามนัด ที่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 52.2

Cook et al. (2010) ศึกษาผลของการใช้ Telephone Nurse Counseling ในผู้ป่วยโรคลำไส้อักเสบจำนวน 278 ราย ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ต้องรับประทานยา mesalamine โดยติดตามในระยะเวลา 6 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Cinar et al. (2010) ศึกษาผลของ Nurse-led Telephone Follow-up ในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อการควบคุม glycemetic parameter ความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา กลุ่มตัวอย่าง 35 ราย ในประเทศตุรกี ใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย 8 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใน 4 สัปดาห์แรก หลังจากนั้นโทรศัพท์ติดตามทุก 2 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 6, 8, 10 และ 12 จนครบระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการควบคุม glycemetic parameter ได้ดีขึ้นและมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Chiu & Wong (2010) ศึกษาผลของโปรแกรม A nurse clinic combined with telephone follow-up ต่อค่าความดันโลหิตและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกแห่งหนึ่งในฮ่องกง จำนวน 63 คน เป็นการศึกษาแบบ RCT ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ในการติดตามทุก 2-3 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรค ให้การสนับสนุนและเสริมแรงผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง SBP และ DBP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Bowry et al. (2011) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ได้แก่ ทวีปแอฟริกา ทวีปเอเชีย ทวีปอเมริกากลางและอเมริกาใต้ พบว่า จากงานวิจัย 76 เรื่อง ความร่วมมือในการใช้ยาโดยรวมของกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 57.5 และพบงานวิจัย 29 เรื่องที่กล่าวถึงปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การพร่องความรู้ในการใช้ยา การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ได้รับในแง่ลบ การเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและยามีราคาสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า การไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสำคัญที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ซึ่งในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดพบว่า เกิดจากปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาทั้งในผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกระยะแรกและ

ระยะหลังการรักษา นอกจากนี้งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ซึ่งการรับประทานยาแต่ละประเภทย่อมมีลักษณะเฉพาะและข้อควรระวังการใช้ยาที่แตกต่างกันไปในแต่ละโรค แต่ความคล้ายคลึงกันของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือ ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอติดต่อกันเป็นระยะเวลานานหรือตลอดชีวิต สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีความจำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเช่นกัน ดังนั้น เพื่อให้ลิ้นหัวใจเทียมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น ภาวะเลือดออกตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรงหรือภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมรับประทานยาอย่างเคร่งครัดตามคำแนะนำ และต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งก็คือการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ดังนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการรักษาและผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี ผู้ป่วยจำเป็นต้องตระหนักถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยส่วนมากแพทย์จะนัดเดือนละ 1 ครั้งหรือนานกว่านั้น ขึ้นอยู่กับแนวทางการรักษาและอาการของผู้ป่วย อีกทั้งความคับคั่งของผู้ใช้บริการในหน่วยบริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลรัฐบาลที่มีหน่วยบริการเฉพาะทางโรคหัวใจ การให้บริการและให้คำปรึกษาหรือสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอาจไม่ทั่วถึง และไม่ครอบคลุมในเนื้อหาที่ผู้ป่วยควรทราบเกี่ยวกับความจำเป็นในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และอาจขาดการกระตุ้นหรือการเสริมแรงให้รับประทานยา เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านจึงเกิดพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งแพทย์หรือบุคลากรทีมสุขภาพจะทราบว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องก็ต่อเมื่อสอบถามผู้ป่วยในวันที่นัดตรวจหรือจากผล INR ที่อยู่นอกช่วงการรักษา หรือผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น การมีเลือดออกตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย จากการรับประทานยามากกว่ากำหนด หรือมีลิ่มเลือดอุดตัน โดยเฉพาะที่ลิ้นหัวใจ ส่งผลให้ลิ้นหัวใจเทียมทำงานไม่มีประสิทธิภาพ จากการรับประทานยาน้อยกว่ากำหนด

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า งานวิจัยที่พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ส่วนมากเป็นงานวิจัยในต่างประเทศและศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเอดส์ โรคเบาหวาน ในประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้วิจัยเป็นเภสัชกร นอกจากนี้ ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคนั้นมีความแตกต่างกันในบริบทของแต่ละประเทศ และยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคนั้นมีความแตกต่างกัน ทั้งวิธีการใช้ยาและข้อควรระวังในการใช้ยา อีกทั้งยังไม่พบงานวิจัยที่ใช้การโทรศัพท์ติดตามเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ตามแนวคิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของ Pender (2006)

ร่วมกับการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing) ที่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด สอดคล้องตามมาตรฐานการใช้โทรศัพท์ของ AACN (1997) และมีการใช้โทรศัพท์ติดตามโดยใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม (Chiu & Wong, 2010) ดังกรอบแนวคิดการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

กิจกรรมมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างพบแพทย์และได้รับการนัดหมาย ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา แจกคู่มือและให้ความรู้ที่มีเนื้อหา ดังนี้ 1) ความสำคัญและประโยชน์ของการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน) 2) ข้อควรปฏิบัติและวิธีการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน) 3) ปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน) และ 4) การติดตามการรักษาและวิธีการสังเกตภาวะแทรกซ้อนซึ่งเกิดจากระดับ INR สูงหรือต่ำกว่าช่วงการรักษาของแพทย์ ในขณะที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน) อธิบายเน้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด รวมทั้งนัดหมายเกี่ยวกับวันและเวลาที่ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตาม ในเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก (ใช้เวลา 15-20 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 ขึ้นโทรศัพท์ติดตาม และให้การพยาบาลทางไกล เพื่อทบทวนและกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยติดตามรวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง สนนทากับกลุ่มตัวอย่างตามบทสนทนา โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

โทรศัพท์ครั้งที่ 1- 4 เป็นการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ และติดตามกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 4 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 10-15 นาที เพื่อทบทวนความรู้ตามคู่มือครั้งละ 1 เรื่อง จนครบ 4 เรื่อง ดังที่ได้กล่าวไว้ในขั้นตอนที่ 1 และเตือนความจำในการรับประทานยา โดยสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยจะประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

โทรศัพท์ครั้งที่ 5 - 6 เป็นการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ที่ 5 และ 7 ใช้เวลาครั้งละ 3-5 นาที เพื่อเตือนความจำในการรับประทานยา นอกจากนี้ในการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและพูดคุยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างเสมอ

ขั้นตอนที่ 3 ขึ้นการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาล สัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลา 15-20 นาที

ความร่วมมือ
ในการรับประทานยา

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

O₁

O₂

กลุ่มทดลอง

O₃

X

O₄

- O₁ หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ
- O₂ หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ประเมินครั้งที่ 2
- O₃ หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
- O₄ หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
- X หมายถึง โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

- 1) กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่เข้าร่วมวิจัยดังนี้ (Inclusion criteria)
 - 1.1) ผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่าทุกราย
 - 1.2) ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก
 - 1.3) ผู้ป่วยไม่มีประวัติเป็นโรคตับ
 - 1.4) สามารถสื่อสารรู้เรื่อง พูด เขียน และอ่านภาษาไทยได้
 - 1.5) มีโทรศัพท์บ้าน หรือโทรศัพท์มือถือที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารได้
 - 1.6) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยตามเวลาจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

2) เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนขณะรอรับการตรวจรักษา หรือขณะอยู่ที่บ้าน เช่น มีอาการเหนื่อย ใจสั่น เจ็บหน้าอก หรือมีภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง เป็นต้น หรือผู้ป่วยที่ผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้มากกว่า 1 ครั้งของการติดตามทั้งหมด 6 ครั้ง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดกลุ่มตัวอย่างออก 1 ราย เนื่องจากไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ 2 ครั้ง ในขณะทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการเหนื่อย ใจสั่น เจ็บหน้าอก หรือมีภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง และไม่มีผู้แสดงความจำนงขอออกจากการศึกษา

3) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจให้มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (matched pairs) เป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนและเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คนเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถติดต่อได้ หรือขอถอนตัวระหว่างการดำเนินการวิจัย และคัดเลือกในกลุ่มควบคุมก่อน ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มให้มีความคล้ายคลึงกัน โดยพิจารณาองค์ประกอบดังต่อไปนี้

- 3.1) อายุ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (Hadi & Rostami-Gooran, 2004)
- 3.2) ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่อายุระดับการศึกษาเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (Gazmararian et al., 2006)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการกำหนดอำนาจในการทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง .50 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน รวม 44 คน (Burns & Grove, 2009) เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถติดต่อกันได้ หรือขอลงตัวระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 24 คน รวมมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดที่แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งเปิดทำการสัปดาห์ละ 1 วัน คือทุกวันศุกร์ โดยมีวิธีการดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ โดยการสอบถามพยาบาลประจำการในแผนกที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยดูข้อมูลจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ร่วมกับสอบถามคุณสมบัติจากกลุ่มตัวอย่าง
3. เมื่อได้คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตรงตามที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดของการเข้าร่วมงานวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ลักษณะงานวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลา ประโยชน์ที่จะได้รับ และกำหนดการต่างๆในงานวิจัย สอบถามความเข้าใจและความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง
4. เมื่อผู้วิจัยชี้แจงเสร็จแล้ว ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจึงจัดให้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม จนครบ 24 คน

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ โดยการสอบถามพยาบาลประจำการในแผนกที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยดูข้อมูลจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ร่วมกับสอบถามคุณสมบัติจากกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่ม

ควบคุม (matched pairs) ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีอายุเท่ากันหรือแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และมีระดับการศึกษาเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด จนได้กลุ่มทดลองครบ 24 คน

3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดของการเข้าร่วมงานวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ลักษณะงานวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลา ประโยชน์ที่จะได้รับ และกำหนดการต่างๆในงานวิจัย สอบถามความเข้าใจและความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 2 ตารางแสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน อายุ และระดับการศึกษา

| คู่ที่ | กลุ่มควบคุม (n=23) | | กลุ่มทดลอง (n=23) | |
|--------|--------------------|------------------|-------------------|------------------|
| | อายุ (ปี) | ระดับการศึกษา | อายุ (ปี) | ระดับการศึกษา |
| 1 | 63 | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 58 | ต่ำกว่าปริญญาตรี |
| 2 | 51 | ปริญญาตรี | 55 | ปริญญาตรี |
| 3 | 60 | ปริญญาตรี | 65 | ปริญญาตรี |
| 4 | 50 | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 50 | ต่ำกว่าปริญญาตรี |
| 5 | 59 | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 56 | ต่ำกว่าปริญญาตรี |
| 6 | 65 | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 66 | ต่ำกว่าปริญญาตรี |
| 7 | 53 | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 53 | ต่ำกว่าปริญญาตรี |
| 8 | 60 | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 55 | ต่ำกว่าปริญญาตรี |
| 9 | 47 | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 45 | ต่ำกว่าปริญญาตรี |
| 10 | 48 | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 51 | ต่ำกว่าปริญญาตรี |
| 11 | 58 | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 58 | ต่ำกว่าปริญญาตรี |
| 12 | 60 | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 56 | ต่ำกว่าปริญญาตรี |
| 13 | 47 | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 44 | ต่ำกว่าปริญญาตรี |
| 14 | 50 | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 49 | ต่ำกว่าปริญญาตรี |
| 15 | 45 | ปริญญาตรี | 49 | ปริญญาตรี |
| 16 | 41 | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 39 | ต่ำกว่าปริญญาตรี |
| 17 | 64 | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 61 | ต่ำกว่าปริญญาตรี |
| 18 | 65 | สูงกว่าปริญญาตรี | 65 | สูงกว่าปริญญาตรี |
| 19 | 49 | ปริญญาตรี | 53 | ปริญญาตรี |
| 20 | 56 | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 58 | ต่ำกว่าปริญญาตรี |
| 21 | 65 | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 65 | ต่ำกว่าปริญญาตรี |
| 22 | 61 | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 56 | ต่ำกว่าปริญญาตรี |
| 23 | 45 | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 40 | ต่ำกว่าปริญญาตรี |

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน ประวัติโรคตับ การวินิจฉัยโรค และค่า INR

1.2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยดัดแปลงแบบสอบถามมาจากแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย MTQ (Medication-Taking Questionnaire) Patterned Behavior ของ Fung (2009) มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ โดย Fung ได้ประยุกต์แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยานี้มาจาก Johnson (2002) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของ Fung ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษแปลจากภาษาต้นฉบับ (ภาษาอังกฤษ) เป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษอีกคนหนึ่งแปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาต้นฉบับ (ภาษาอังกฤษ) และปรับเปลี่ยนข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและบริบททางสังคม แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับแนวคิด/ทฤษฎี ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความสอดคล้องของภาษาไทย-ต่างประเทศ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน หลังตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ตัดข้อคำถามและปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับโรค บริบทของคนไทย และเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของข้อคำถามจึงเหลือข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .62 ได้ตัดข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 6 และ 9 เหลือข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ผู้วิจัยได้พิจารณาข้อคำถามทั้ง 8 ข้อ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาว่ามีความสอดคล้องกับคำจำกัดความเชิงปฏิบัติการของความร่วมมือในการรับประทานยาที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4-8 และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-3 ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำบ่อย ทำเป็นบางครั้ง ทำนานๆครั้ง ไม่เคยทำเลย (อิสริย์กร สุศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2555) ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

| | | |
|----------------|---------|---|
| ทำเป็นประจำ | หมายถึง | ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้ง |
| ทำบ่อย | หมายถึง | ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง |
| ทำเป็นบางครั้ง | หมายถึง | ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง |
| ทำนานๆครั้ง | หมายถึง | ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆครั้งหรือเกือบไม่ปฏิบัติเลย |
| ไม่เคยทำเลย | หมายถึง | ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย |

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

| | | คำถามทางลบ | คำถามทางบวก | |
|----------------|---------|------------|-------------|-------|
| ทำเป็นประจำ | เท่ากับ | 1 | 5 | คะแนน |
| ทำบ่อย | เท่ากับ | 2 | 4 | คะแนน |
| ทำเป็นบางครั้ง | เท่ากับ | 3 | 3 | คะแนน |
| ทำนานๆครั้ง | เท่ากับ | 4 | 2 | คะแนน |
| ไม่เคยทำเลย | เท่ากับ | 5 | 1 | คะแนน |

เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันอยู่ในช่วง 8-40 คะแนน และนำมาคำนวณเป็นเปอร์เซ็นต์ และใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (1979) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

| | | |
|----------------------------------|---------|---|
| คะแนนเป็นเปอร์เซ็นต์ $\geq 80\%$ | หมายถึง | ความร่วมมือในการรับปรึกษา อยู่ในระดับสูง |
| คะแนนเป็นเปอร์เซ็นต์ 60 - 79 % | หมายถึง | ความร่วมมือในการรับปรึกษา อยู่ในระดับปานกลาง |
| คะแนนเป็นเปอร์เซ็นต์ $< 60\%$ | หมายถึง | ความร่วมมือในการรับปรึกษา อยู่ในระดับต่ำ |

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับปรึกษาด้านการแข็งตัวของเลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของ Pender (2006) การใช้โทรศัพท์ในการให้การพยาบาลทางไกล (Telephone Health Nursing) ที่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด สอดคล้องตามมาตรฐานการใช้โทรศัพท์ของ AAACN (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระยะเวลาในการใช้โทรศัพท์

ติดตามเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ประกอบไปด้วยสื่อต่างๆ ดังนี้

- 1) แผนการสอนเรื่อง การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
- 2) คู่มือการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด
- 3) บทสนทนาโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (PERCEIVED BENEFITS OF ANTICOAGULANT MEDICATION PROGRAM SCRIPT) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์ มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นประเมินผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

ภายหลังจากผู้ป่วยพบแพทย์และได้รับการนัดหมาย ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา แจกคู่มือและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยมีเนื้อหา 4 หัวข้อ ดังนี้

- 1) ความสำคัญและประโยชน์ของการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)
- 2) ข้อควรปฏิบัติและวิธีการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)
- 3) ปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)
- 4) การติดตามการรักษาและวิธีการสังเกตภาวะแทรกซ้อนซึ่งเกิดจากระดับ INR สูงหรือต่ำกว่าช่วงการรักษาของแพทย์ในขณะที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)

อธิบายเน้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และนัดหมายเกี่ยวกับวัน เวลาที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม โดยผู้วิจัยแจ้งช่วงเวลาในการดำเนินการวิจัย (9.00-20.00น.) และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นฝ่ายนัดเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นโทรศัพท์ติดตาม

ผู้วิจัยใช้ “บทสนทนาโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด” เพื่อทบทวนและกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด โทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ดังนี้

- 1) โทรศัพท์ครั้งที่ 1- 4 เป็นการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ และติดตามกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 4 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที เพื่อทบทวนการปฏิบัติตามคู่มือครั้งละ 1 เรื่อง จนครบ 4 เรื่อง ดังที่ได้กล่าวไว้ในขั้นตอนที่ 1 และเตือนความจำในการรับประทานยา ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยจะประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

- (1) โทรศัพท์ครั้งที่ 1 (ภายในสัปดาห์แรกที่พบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาล) ทบทวนเรื่อง ยาวาร์ฟารินคืออะไร มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างไร
 - (2) โทรศัพท์ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ทบทวนเรื่อง รับประทานยาวาร์ฟารินอย่างไรให้ปลอดภัย
 - (3) โทรศัพท์ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ทบทวนเรื่อง ปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน
 - (4) โทรศัพท์ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ทบทวนเรื่อง ค่า INR คืออะไร และอาการผิดปกติที่ควรทราบมีอะไรบ้างในขณะใช้ยาวาร์ฟาริน และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
- 2) โทรศัพท์ครั้งที่ 5 - 6 เป็นการติดตามกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ที่ 5 และ 7 ที่เว้นระยะห่างมากกว่าช่วงแรก ใช้เวลาครั้งละ 3-5 นาที เพื่อเตือนความจำในการรับประทานยา นอกจากนี้ในการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและพูดคุยให้กำลังใจเสมอ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการประเมินผล ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาโดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา สัปดาห์ที่ 8 โดยผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ

สื่อที่ใช้ในโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีดังนี้

1) แผนการสอนเรื่อง “การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ”

เป็นแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยกิจกรรมประกอบด้วย การให้ข้อมูลและคำแนะนำ เน้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน) ภายหลังจากผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม โดยมีคู่มือการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นสื่อประกอบการสอน

2) คู่มือการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสารและตำราที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตเนื้อหาของโปรแกรมโดยเนื้อหาประกอบด้วย

- (1) ยาวาร์ฟารินคืออะไร มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างไร
- (2) รับประทานยาวาร์ฟารินอย่างไรให้ปลอดภัย
- (3) ปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน

(4) ค่า INR คืออะไร และ อาการผิดปกติที่ควรทราบมีอะไรบ้างในขณะใช้ยา วาร์ฟาริน

3) บทสนทนาโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (PERCEIVED BENEFITS OF ANTICOAGULANT MEDICATION PROGRAM SCRIPT)

ผู้วิจัยกำหนดหัวข้อในการสนทนาทางโทรศัพท์เช่นเดียวกับหัวข้อและเนื้อหาในแผนการสอนและคู่มือการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยรูปแบบการสนทนาทางโทรศัพท์ผู้วิจัยเลือกการใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกระบวนการคิด เป็นการทบทวนหรือสรุปบทเรียนให้เป็นที่เข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง (Bloom, 1984) อีกทั้งเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการสนทนา บทสนทนาที่กำหนดขึ้นมีการใช้ถ้อยคำสุภาพ ใช้ภาษากึ่งทางการในการพูดคุยทางโทรศัพท์ มีการใช้คำพูดเพื่อเสริมแรงทางบวกโดยกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม มีการนัดหมายเพื่อการสนทนาในครั้งต่อไป โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นฝ่ายนัดเวลาที่สะดวกและเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการสนทนา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดประโยชน์สูงสุด

ผู้วิจัยแบ่งการสนทนาเป็น 6 ครั้ง ครั้งที่ 1 – 4 เป็นการทบทวนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ครั้งละ 1 หัวข้อ โดยใช้คำถามเช่นเดียวกับเนื้อหาในคู่มือการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด สำหรับการสนทนาครั้งที่ 5 และ 6 ผู้วิจัยใช้วิธีการกระตุ้นเตือน และใช้ระยะเวลาสั้นลงจากครั้งที่ 1 – 4 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้ข้อมูลครบถ้วนและครอบคลุมแล้ว อีกทั้งไม่เป็นการรบกวนเวลาของกลุ่มตัวอย่างมากเกินไป ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมการสนทนา จำนวน 6 ครั้ง ใน 8 สัปดาห์นี้ เป็นระยะเวลาและความถี่ที่พบว่าสามารถส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาได้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (Chiu & Wong, 2010; Cinar et al., 2010)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของ จิตติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ตามแนวคิดของ Pender (2006) มีจำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70 ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

| | | |
|-------------|---------|---|
| เห็นด้วย | หมายถึง | ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการ |
| ไม่แน่ใจ | หมายถึง | ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจกับความรู้สึกของท่าน |
| ไม่เห็นด้วย | หมายถึง | ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน |

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

| | | | |
|-------------|---------|---|-------|
| เห็นด้วย | เท่ากับ | 3 | คะแนน |
| ไม่แน่ใจ | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| ไม่เห็นด้วย | เท่ากับ | 1 | คะแนน |

เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-15 คะแนน การแปลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักสถิติ ได้แก่ พิสัย หารด้วยจำนวนชั้นคือ (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/3 (ประกอบ กรรณสูตร, 2542) แปลผลดังนี้

| | | | |
|------------------|---------|---------|---|
| คะแนนอยู่ระหว่าง | 13 - 15 | หมายถึง | การรับรู้ประโยชน์การรับประทานยา ด้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับสูง |
| คะแนนอยู่ระหว่าง | 9 - 12 | หมายถึง | การรับรู้ประโยชน์การรับประทานยา ด้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับปานกลาง |
| คะแนนอยู่ระหว่าง | 5 - 8 | หมายถึง | การรับรู้ประโยชน์การรับประทานยา ด้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับต่ำ |

ทั้งนี้การประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดซึ่งเป็นตัวแปรกำกับการทดลอง ภายหลังจากการทดลองกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะต้องมีการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 13 - 15 คะแนน ซึ่งภายหลังจากการทดลองกลุ่มทดลองทุกคนผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง กลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง 2 คน ผู้วิจัยจึงให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดและให้ทำแบบประเมินซ้ำจนผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด แผนการสอนเรื่อง “การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” บทสนทนาโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด คู่มือการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลองไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันร้อยละ 80 (Polit & Beck, 2004) หรือมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่

- | | |
|--|------|
| 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมทรวงอก | 1 คน |
| 2) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ | 2 คน |
| 3) อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และด้านพฤติกรรมศาสตร์ | 2 คน |

ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ค่าที่ยอมรับได้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ .8 (Polit & Beck, 2004) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา .92 และ .80 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ข้อคำถามมีความกระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่าย และมีความสอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด แผนการสอนเรื่อง “การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” บทสนทนาโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และคู่มือการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด จำนวน 3 คน โดยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยวันละ 1 ครั้ง จำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลา 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในบทสนทนาและคู่มือการใช้ยา ผลการทดลองใช้เครื่องมือพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเนื้อหาในคู่มือการใช้ยาวาร์ฟาริน และเข้าใจภาษาที่ใช้ในบทสนทนา ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนา พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนาทางโทรศัพท์กับกลุ่มตัวอย่างแต่ละครั้งนั้นใช้เวลาน้อยกว่าเวลาที่กำหนดไว้ จึงได้ปรับเวลาที่ใช้ในการโทรศัพท์แต่ละครั้งให้สั้นลง

จากการโทรศัพท์ครั้งที่ 1-4 เดิมใช้เวลา 15-20 นาที ปรับเป็น 10-15 นาที และจากการโทรศัพท์ครั้งที่ 5-6 เดิมใช้เวลา 5-10 นาที ปรับเป็น 3-5 นาที

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาด้านการแข็งตัวของเลือดจำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด เท่ากับ .62 และ.70 ตามลำดับ (Devellis, 2003)

ตารางที่ 3 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้(n=30)

| แบบสอบถาม | CVI | Reliability |
|--|------|-------------|
| 1. ความร่วมมือในการรับประทานยา | 0.92 | 0.62 |
| 2. การรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด | 0.80 | 0.70 |

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนระหว่างวันที่ 18 มีนาคม – 27 ธันวาคม 2556 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม – 18 กรกฎาคม 2556

1. ผู้วิจัยเตรียมตัวเอง ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคลิ้นหัวใจและผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาด้านการแข็งตัวของเลือดอย่างครอบคลุม เพื่อใช้ในการจัดกิจกรรมแก่กลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือ ถึงนายแพทย์ใหญ่ โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลและการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ

3. ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ เมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2556 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 18 กรกฎาคม – 27 ธันวาคม 2556

1) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ทุกวันพฤหัสบดี ช่วง เวลา 15.00-16.00 น. โดยศึกษาจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่เข้ามารับการรักษาตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ ก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 1 วัน

2) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทุกวันศุกร์ เวลา 08.00 – 12.00 น. โดยการสอบถามพยาบาลประจำการที่รับผิดชอบดูแลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ

3) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างบริเวณที่นั่งรอหน้าห้องตรวจ อธิบายลักษณะของการเข้าร่วมงานวิจัย วัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยและกำหนดการต่างๆ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย

4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง จนได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองครบกลุ่มละ 24 คน รวม 48 คน

5) หลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเริ่มทำกิจกรรมในห้องตรวจที่แผนกศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอกจัดไว้ให้ โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม เริ่มตั้งแต่วันที่ 5 กันยายน – 15 พฤศจิกายน 2556 มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเข้าแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายลักษณะของการเข้าร่วมงานวิจัย วัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยและกำหนดการต่างๆ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย

2) ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม (Pre-test) โดยใช้แบบ สอบถาม การรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และแบบสอบถามความร่วมมือในการ รับประทานยา โดยผู้วิจัยอ่านคำชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างฟังก่อนทุกคน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหา เรื่องสายตา หรือมองเห็นข้อความในแบบสอบถามไม่ชัด ผู้วิจัยจะช่วยเหลือโดยอ่านข้อความให้ฟัง และบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม (ใช้เวลา 10-15 นาที)

3) ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ ตั้งแต่วันที่ 5 กันยายน – 18 พฤศจิกายน 2556 ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างได้ พบแพทย์เป็นลำดับแรก ซึ่งแพทย์ให้ข้อมูลที่เน้นเกี่ยวกับโรคและการรักษา หลังจากพบแพทย์เสร็จ กลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาจากเภสัชกร และได้รับคำแนะนำจากพยาบาลก่อน กลับบ้าน ซึ่งพยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ และ นัดหมายการมาพบแพทย์ในครั้งต่อไป โดยใช้เวลารวมทั้งสิ้นตั้งแต่เข้าพบแพทย์จนถึงสิ้นสุดขั้นตอน ประมาณ 40- 60 นาที ขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้ป่วยที่มารับบริการ

4) ผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลาในการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม (Post-test) ในส่วน แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และแบบสอบถามความ ร่วมมือในการรับประทานยา ในอีก 4 และ 8 สัปดาห์ ตามลำดับ เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัย แจกคู่มือและให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด อธิบายเน้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึง ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยมีเนื้อหา 4 หัวข้อ เช่นเดียวกับกลุ่ม ทดลอง ดังนี้

- (1) ความสำคัญและประโยชน์ของการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)
- (2) ข้อควรปฏิบัติและวิธีการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)
- (3) ปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)
- (4) การติดตามการรักษาและวิธีการสังเกตภาวะแทรกซ้อนซึ่งเกิดจากระดับ INR สูงหรือ ต่ำกว่าช่วงการรักษาของแพทย์ในขณะที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)

5) หลังจากกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการ แข็งตัวของเลือด พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง 2 คน ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ เพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดและให้ทำแบบ ประเมินซ้ำอีกครั้งหนึ่งจนผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

กลุ่มทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 17 ตุลาคม – 27 ธันวาคม 2556 มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเข้าแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายลักษณะของการเข้าร่วมงานวิจัย วัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยและกำหนดการต่างๆ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย

2) ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา โดยผู้วิจัยอ่านคำชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างฟังก่อนทุกคน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเรื่องสายตา หรือมองเห็นข้อความในแบบสอบถามไม่ชัด ผู้วิจัยจะช่วยเหลือโดยอ่านข้อความให้ฟังและบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม (ใช้เวลา 10-15 นาที)

3) ผู้วิจัยแจกคู่มือและให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด อธิบายเน้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยมีเนื้อหา 4 หัวข้อ (ใช้เวลา 15-20 นาที) ดังนี้

- (1) ความสำคัญและประโยชน์ของการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)
- (2) ข้อควรปฏิบัติและวิธีการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)
- (3) ปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)
- (4) การติดตามการรักษาและวิธีการสังเกตภาวะแทรกซ้อนซึ่งเกิดจากระดับ INR สูงหรือต่ำกว่าช่วงการรักษาของแพทย์ในขณะที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)

ภายหลังจากการให้ความรู้ ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม โดยผู้วิจัยแจ้งช่วงเวลาในการดำเนินการวิจัย (9.00-20.00น.) และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นฝ่ายนัดเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก

จากการสังเกต กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจกับเนื้อหาในคู่มือการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และตั้งใจฟังการสอนจากผู้วิจัย เมื่อสอนจบ กลุ่มตัวอย่างบอกว่า มีความเข้าใจ รับรู้ถึงประโยชน์ และความสำคัญของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมากขึ้น จากเดิมที่รับประทานยาตามแพทย์สั่งเท่านั้น แต่ทุกรายทราบว่าต้องรับประทานยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ในส่วนของการนัดหมายเพื่อติดตาม กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี บอกว่าให้ผู้วิจัยติดตามเมื่อไหร่ และเวลาใดก็ได้ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานแล้ว บางรายที่ยังคงทำงานอยู่จะสะดวกให้ผู้วิจัยติดต่อไปช่วงวันหยุดเสาร์ อาทิตย์

4) ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างได้พบแพทย์ ซึ่งแพทย์ให้ข้อมูลที่เน้นเกี่ยวกับโรคและการรักษา หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาจากเภสัชกรและได้รับคำแนะนำจากพยาบาลก่อนกลับบ้าน

5) ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างเพื่อทบทวนความรู้และกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยติดตามกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ดังนี้

โทรศัพท์ครั้งที่ 1- 4 เป็นการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์และติดตามกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 4 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที เพื่อทบทวนเนื้อหาตามคู่มือ ครั้งละ 1 เรื่อง จนครบ 4 เรื่อง และเตือนความจำในการรับประทานยา

- (1) โทรศัพท์ครั้งที่ 1 (ภายในสัปดาห์แรกที่พบผู้ป่วยที่โรงพยาบาล) ทบทวนความรู้เรื่อง ยาวาร์ฟารินคืออะไร มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างไร
- (2) โทรศัพท์ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ทบทวนความรู้เรื่อง รับประทานยา-warfarin อย่างไรให้ปลอดภัย
- (3) โทรศัพท์ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ทบทวนความรู้เรื่อง ปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา-warfarin
- (4) โทรศัพท์ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ทบทวนความรู้เรื่อง ค่า INR คืออะไร และอาการผิดปกติที่ควรทราบมีอะไรบ้างในขณะที่ใช้ยา-warfarin และให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

โทรศัพท์ครั้งที่ 5 - 6 เป็นการโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ที่ 5 และ 7 ใช้เวลาครั้งละประมาณ 3-5 นาที เพื่อเตือนความจำในการรับประทานยา นอกจากนี้ในการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและพูดคุยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างเสมอ

จากการสังเกต กลุ่มตัวอย่างให้เบอร์โทรศัพท์ที่ถูกต้อง สามารถติดต่อได้ทุกคน ให้ความร่วมมือในการสนทนา และการตอบคำถาม การดำเนินการวิจัยจึงเป็นไปตามบทสนทนา “โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด” สามารถควบคุมเวลาได้ และกลุ่มตัวอย่างบางรายได้ขอคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและการรับประทานยา-warfarin ภายหลังจากการสนทนาแต่ละครั้งสิ้นสุด กลุ่มตัวอย่างยินดีให้ผู้วิจัยติดตามในครั้งต่อไปทุกราย ซึ่งในขณะที่ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ มีกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ที่ผู้วิจัยไม่สามารถโทรศัพท์ติดต่อได้ 2 ครั้ง จากการติดตามทั้งหมด 6 ครั้ง ผู้วิจัยจึงคัดกลุ่มตัวอย่างนี้ออก 1 คู่ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถติดต่อได้ 5 ครั้ง มีจำนวน 8 ราย และติดตามได้ครบ 6 ครั้ง จำนวน 15 ราย

6) ผู้วิจัยนัดหมาย วันและเวลาในการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม (Post-test) ในส่วนแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ในอีก 4 และ 8 สัปดาห์ ตามลำดับ

7) หลังจากกลุ่มทดลองทำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด พบว่ามีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดซึ่งเป็นตัวแปรกำกับการทดลองอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 13 – 15 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองทุกคนผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

จากการสังเกต กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการมาตามนัดและตอบแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา โดยผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างให้ตรงกับที่แพทย์นัดตรวจ นอกจากนี้ ค่า INR ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษาของแพทย์ มีกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ที่มีค่า INR ต่ำกว่าเป้าหมายการรักษา สอบถามและประเมินสาเหตุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการรับประทานยาโดยตลอด บอกว่าไม่เคยลืมรับประทานยา แต่ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา รับประทานผักใบเขียวมากขึ้น และอีก 1 ราย เป็นผลจากแพทย์ปรับลดขนาดยาจากเดือนที่แล้ว ร่วมกับลืมรับประทานยาประมาณ 1-2 ครั้ง/เดือน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ค่า INR สูงกว่าเป้าหมายการรักษามี 3 ราย สอบถามและประเมินสาเหตุ พบว่า 1 ราย บอกว่ารับประทานผักน้อยลงในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และมีกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ที่แพทย์มีการปรับเพิ่มขนาดยา ทำให้ค่า INR เพิ่มขึ้น แต่กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะเลือดออกหรืออาการผิดปกติใดๆ และในขณะดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการเหนื่อยใจสั้น เจ็บหน้าอก หรือมีภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง และไม่มีผู้แสดงความจำนงขอออกจากการวิจัย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมนี้ และรู้สึกว่าได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างใกล้ชิด รู้สึกปลอดภัยมากขึ้น มีความรู้ความเข้าใจ และรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมากขึ้น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังการพิจารณาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ เมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2556 ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย กิจกรรมที่ผู้วิจัยต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล ตลอดจนข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริง ผลการวิจัยเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและตอบรับเข้าร่วมวิจัย มีเอกสารให้เซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับ และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย ในขณะดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการ

ดำเนินการวิจัยแม้ในขณะการโทรศัพท์ติดตามและผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งไปพบแพทย์ หรือกรณีผู้ป่วยอยู่ที่บ้านจะประสานติดต่อกับหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด เพื่อดำเนินการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

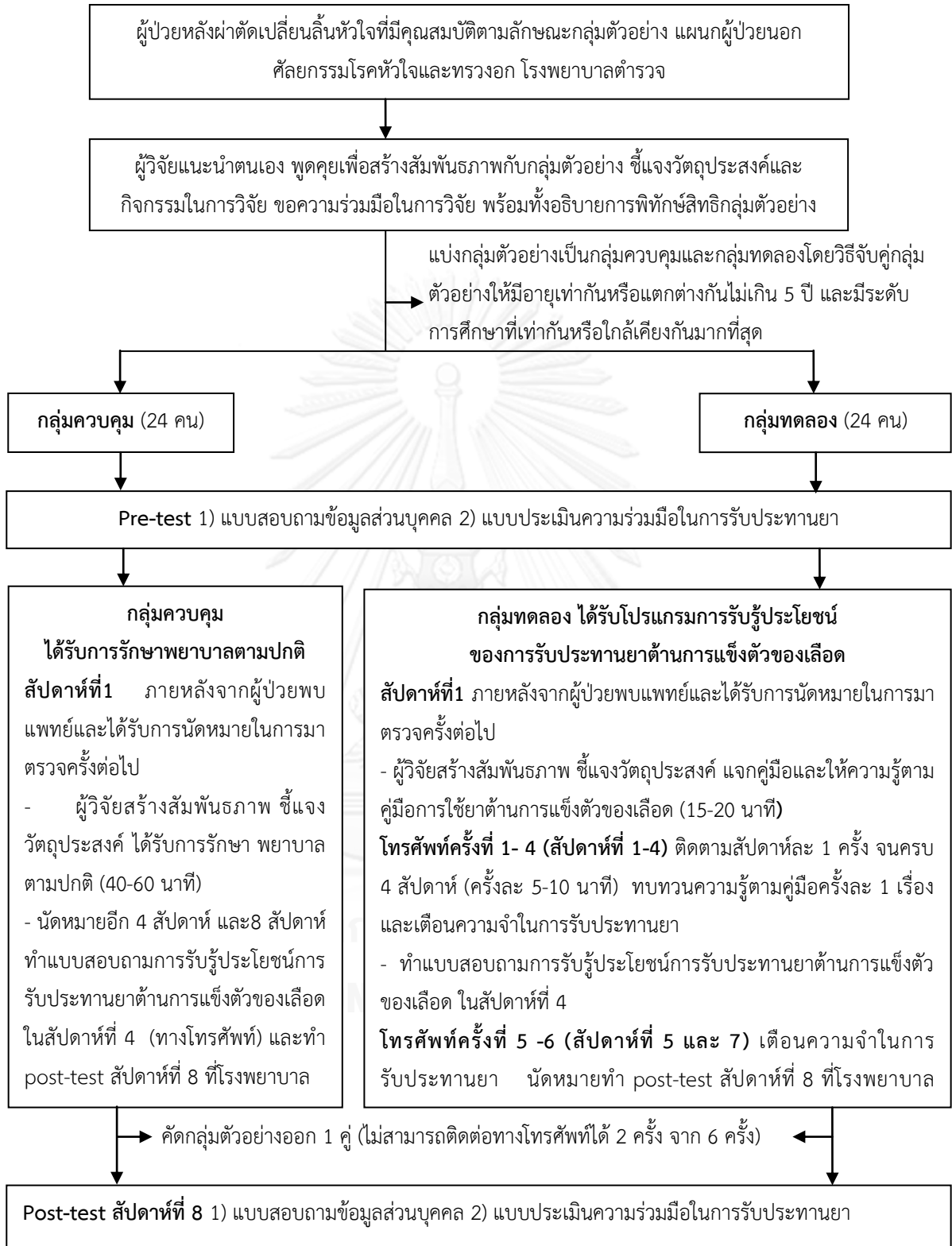
ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดกลุ่มตัวอย่างออก 1 ราย เนื่องจากไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ 2 ครั้ง ในขณะทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการเหนื่อย ใจสั่น เจ็บหน้าอก หรือมีภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง และไม่มีผู้แสดงความจำนงขอออกจากการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

ตารางที่ 4 แผนภูมิสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผลการวิจัยนำเสนอ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ดังตารางที่ 5

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 6-8

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 9

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 10

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัวต่อเดือน

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มควบคุม (n=23) | | กลุ่มทดลอง (n=23) | | รวม (n=46) | |
|---------------------------|-----------------------|--------|----------------------|--------|---------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| เพศ | | | | | | |
| ชาย | 17 | 73.9 | 13 | 56.5 | 30 | 65.2 |
| หญิง | 6 | 26.1 | 10 | 43.5 | 16 | 34.8 |
| อายุเฉลี่ย (\bar{X}) | 54.87 | | 54.22 | | | |
| ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) | 7.57 | | 7.67 | | | |
| สถานภาพ | | | | | | |
| โสด | 3 | 13 | 2 | 8.7 | 5 | 11 |
| คู่ | 17 | 73.9 | 15 | 65.2 | 32 | 69.6 |
| หม้าย | 2 | 8.7 | 5 | 21.7 | 7 | 15.2 |
| หย่า | 0 | 0 | 1 | 4.4 | 1 | 2.1 |
| แยกกันอยู่ | 1 | 4.4 | 0 | 0 | 1 | 2.1 |
| รวม | 23 | 100 | 23 | 100 | 46 | 100 |
| ศาสนา | | | | | | |
| พุทธ | 23 | 100 | 23 | 100 | 46 | 100 |
| ระดับการศึกษา | | | | | | |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี | 18 | 78.3 | 18 | 78.3 | 36 | 78.3 |
| ปริญญาตรี | 4 | 17.4 | 4 | 17.4 | 8 | 17.4 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 1 | 4.3 | 1 | 4.3 | 2 | 4.3 |
| รวม | 23 | 100 | 23 | 100 | 46 | 100 |

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | | รวม | |
|------------------------------|-------------|--------|------------|--------|--------|--------|
| | (n=23) | | (n=23) | | (n=46) | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท) | | | | | | |
| ไม่มีรายได้ | 1 | 4.3 | 1 | 4.3 | 2 | 4.4 |
| 5,001-10,000 | 4 | 17.4 | 4 | 17.4 | 8 | 17.4 |
| 10,001-15,000 | 1 | 4.3 | 3 | 13 | 4 | 8.7 |
| 15,001-20,000 | 5 | 21.7 | 1 | 4.3 | 6 | 13 |
| 20,001 บาทขึ้นไป | 12 | 52.3 | 14 | 61 | 26 | 56.5 |
| รวม | 23 | 100 | 23 | 100 | 46 | 100 |
| ไม่มีประวัติโรคตับ | | | | | | |
| | 23 | 100 | 23 | 100 | 46 | 100 |
| การวินิจฉัยโรค | | | | | | |
| Mitral Valve Replacement | 16 | | 13 | | 29 | 63 |
| Aortic Valve Replacement | 4 | | 6 | | 10 | 21.7 |
| Double Valve Replacement | 3 | | 4 | | 7 | 15.3 |
| (MVR & AVR, MVR & TVR) | | | | | | |
| รวม | 23 | | 23 | | 46 | 100 |
| ค่า INR ก่อนการทดลอง | | | | | | |
| อยู่ในเป้าหมาย(1.8-3.0) | 14 | 60.9 | 15 | 65.2 | 29 | 63 |
| ต่ำกว่าเป้าหมาย | 6 | 26.1 | 7 | 30.4 | 13 | 28.2 |
| สูงกว่าเป้าหมาย | 3 | 13 | 1 | 4.3 | 4 | 8.7 |
| รวม | 23 | 100 | 23 | 100 | 46 | 100 |
| ค่า INR หลังการทดลอง | | | | | | |
| อยู่ในช่วงเป้าหมาย(1.8-3.0) | 19 | 82.6 | 18 | 78.3 | 37 | 80.4 |
| ต่ำกว่าเป้าหมาย | 4 | 17.4 | 2 | 8.7 | 6 | 13 |
| สูงกว่าเป้าหมาย | 0 | 0 | 3 | 13 | 3 | 6.5 |
| รวม | 23 | 100 | 23 | 100 | 46 | 100 |

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.2 อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 54.87 (SD = 7.57) และ 54.22 (SD = 7.67) ปี ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 69.6 โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 78.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 56.5 และกลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่มีประวัติโรคตับ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ร้อยละ 63 ได้รับการวินิจฉัยเป็น Mitral Valve Replacement (MVR) รองลงมา Aortic Valve Replacement (AVR) ร้อยละ 21.7 และ Double Valve Replacement (DVR) ได้แก่ MVR & AVR และ MVR & TVR; Tricuspid Valve Replacement ร้อยละ 15.3

ค่าระดับ INR ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมที่มีระดับ INR อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา หรืออยู่ในช่วง 1.8-3.0 จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 60.9 ส่วนที่เหลือมีค่า INR ต่ำกว่าเป้าหมาย 6 คน และสูงกว่าเป้าหมาย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 26.1 และ 13 ตามลำดับ กลุ่มทดลองที่มีระดับ INR อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 65.2 ส่วนที่เหลือมีค่า INR ต่ำกว่าเป้าหมาย 7 คน และสูงกว่าเป้าหมาย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4 และ 4.3 ตามลำดับ

ค่าระดับ INR หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมที่มีระดับ INR อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา หรืออยู่ในช่วง 1.8-3.0 จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 82.6 ส่วนที่เหลือมีค่า INR ต่ำกว่าเป้าหมาย 4 คน คิดเป็นร้อยละ 17.4 โดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีค่า INR สูงกว่าเป้าหมาย ส่วนในกลุ่มทดลองที่มีระดับ INR อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 78.3 ส่วนที่เหลือมีค่า INR ต่ำกว่าเป้าหมาย 2 คน และสูงกว่าเป้าหมาย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.7 และ 13 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง
 ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย เปอร์เซ็นต์ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

| | คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา กลุ่มควบคุม (n=23) | | คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา กลุ่มทดลอง (n=23) | |
|-------|--|--------------|---|--------------|
| | ก่อนการทดลอง | หลังการทดลอง | ก่อนการทดลอง | หลังการทดลอง |
| Mean | 31.26 | 31.91 | 31.57 | 37.48 |
| % | 78.15 | 79.78 | 78.93 | 93.70 |
| SD | 5.09 | 4.57 | 5.13 | 3.72 |
| ระดับ | ปานกลาง | ปานกลาง | ปานกลาง | สูง |

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเท่ากับ 31.26 (SD = 5.09) หรือ 78.15% และหลังการทดลองเท่ากับ 31.91 (SD = 4.57) หรือ 79.78% ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 31.57 (SD = 5.13) หรือ 78.93% ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองเท่ากับ 37.48 (SD = 3.72) หรือ 93.70% ซึ่งอยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าแชนต่ำสุด และค่าสูงสุด ของคะแนนความร่วมมือในการรับประธานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ รายชื่อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

| | กลุ่มควบคุม (n=23) | | | | | | | | | |
|--|--------------------|-------|-----|-----|-----------|-----------|-----|-----|--|--|
| | ก่อนทดลอง | | | | | หลังทดลอง | | | | |
| | \bar{X} | SD | Min | Max | \bar{X} | SD | Min | Max | | |
| 1. ฉันจะลืมรับประธานยาด้านการแข็งตัวของเลือด เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน* | 4.78 | 0.422 | 4 | 5 | 4.83 | 0.388 | 4 | 5 | | |
| 2. การเปลี่ยนแปลงในแต่ละวันทำให้ฉันไม่สามารถรับประธานยาด้านการแข็งตัวของเลือดได้ตามปกติ* | 4.22 | 0.85 | 2 | 5 | 4.22 | 0.951 | 1 | 5 | | |
| 3. ฉันรับประธานยาด้านการแข็งตัวของเลือด ไม่สม่ำเสมอ* | 4.7 | 0.876 | 1 | 5 | 4.35 | 1.112 | 1 | 5 | | |
| 4. ฉันเก็บยาด้านการแข็งตัวของเลือดไว้ในที่ประจำที่จะช่วยเตือนให้ฉันไม่ลืมรับประธานยา | 4.74 | 0.864 | 1 | 5 | 4.83 | 0.834 | 1 | 5 | | |
| 5. ฉันรับประธานยาด้านการแข็งตัวของเลือด เวลาเดียวกัน ทุกวัน | 4.35 | 0.573 | 3 | 5 | 4.35 | 0.647 | 3 | 5 | | |
| 6. ฉันมีวิธีการในการช่วยเตือนฉันให้รับประธานยาด้านการแข็งตัวของเลือด | 2.74 | 1.959 | 1 | 5 | 3.43 | 1.879 | 1 | 5 | | |

* ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ

| ความร่วมมือในการรับประทานยา | กลุ่มควบคุม (n=23) | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|-------|-----|-----|-----|-----------------------|-------|-----|-----|-----|
| | ก่อนทดลอง | | | | | หลังทดลอง | | | | |
| | \bar{X} | SD | Min | Max | Max | \bar{X} | SD | Min | Max | Max |
| 7. ฉันใช้กลองยา หรือสิ่งอื่นในการช่วยฉันให้รับประทานยาต้านการ แข็งตัวของเลือดได้ตามปกติ | 3.57 | 1.927 | 1 | 5 | 5 | 3.65 | 1.849 | 1 | 5 | 5 |
| 8. ฉันมีวิธีการที่จะทำให้รู้ว่าฉันลืมรับประทานยาต้านการแข็งตัว ของเลือด | 2.17 | 1.749 | 1 | 5 | 5 | 2.26 | 1.815 | 1 | 5 | 5 |
| รวม | 31.26 (78.15%) | | | | | 31.91 (79.78%) | | | | |

* ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ

จากตารางที่ 7 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจรายชื่อของกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาใกล้เคียงกัน โดยเมื่อเรียงลำดับข้อคำถามจากข้อที่มีคะแนนสูงสุด ไปจนถึงต่ำสุด ได้ดังนี้ ข้อ 1, 4, 3, 5, 2, 7, 6 และข้อ 8 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า การลืมนรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 4.78 และ 4.83 นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากทั้งก่อนและหลังการทดลองมีการเก็บยาต้านการแข็งตัวของเลือดไว้ในที่ประจำ โดยปฏิบัติเกือบทุกวันจนถึงปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ($\bar{X} = 4.74$ และ 4.83 ตามลำดับ) และมีการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดสม่ำเสมอ ($\bar{X} = 4.7$ และ 4.35 ตามลำดับ) รับประทานยาเวลาเดียวกัน ทุกวัน ($\bar{X} = 4.35$ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง) และเมื่อพิจารณาข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือข้อที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่มีวิธีการที่ทำให้รู้ว่า ลืมนรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ($\bar{X} = 2.17$ และ 2.26 ตามลำดับ) รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่มีวิธีการในการช่วยเตือนให้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ($\bar{X} = 2.74$ และ 3.43 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างมีการใช้กล่องยา หรือสิ่งอื่นในการช่วยเตือนให้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นบางครั้ง ($\bar{X} = 3.57$ และ 3.65 ตามลำดับ) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงในแต่ละวันไม่มีผลต่อการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ($\bar{X} = 4.22$ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง)

ทั้งนี้จากการซักถามกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม ส่วนมากบอกว่า ภายหลังจากผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และรับประทานยารวาร์ฟารินต่อเนื่องมาระยะหนึ่ง ทำให้จดจำได้เองว่าจะต้องรับประทานยาทุกวัน จนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ดังนั้นจึงไม่ได้มีวิธีการช่วยเตือนให้รับประทานยาหรือวิธีการที่จะทำให้รู้ว่าลืมนรับประทานยา จะเห็นได้จากข้อคำถามข้อที่ 1-5 จะมีคะแนนสูงกว่าข้อที่ 6 และ 8 เสมอ ทั้งก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ หากกลุ่มตัวอย่างที่มีชนิดของยาที่รับประทาน เพียงชนิดเดียวหรือไม่เกิน 2 ชนิด จะไม่ใช้กล่องใส่ยา แต่จะพกซองยาที่โรงพยาบาลจัดให้ เนื่องจากยารวาร์ฟารินจำเป็นต้องเก็บให้พ้นแสง แต่กล่องยาส่วนมากจะมีลักษณะใส และการเปลี่ยนแปลงในแต่ละวันอาจทำให้รับประทานยาคลาดเคลื่อนเวลาบ้าง แต่ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยลืมนรับประทานยา

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจรายชื่อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

| | กลุ่มทดลอง (n=23) | | | | | | | | | |
|--|-------------------|------|-----|-----|-----------|-----------|-----|-----|-----|-----|
| | ก่อนทดลอง | | | | | หลังทดลอง | | | | |
| | \bar{X} | SD | Min | Max | \bar{X} | SD | Min | Max | Min | Max |
| 1. ฉันจะลืมรับประทานยาตามการแจ้งเตือนของเลือด เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน* | 4.78 | 0.42 | 4 | 5 | 4.78 | 0.42 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| 2. การเปลี่ยนแปลงในแต่ละวันทำให้ฉันไม่สามารถรับประทานยาด้านการแจ้งเตือนของเลือดได้ตามปกติ* | 4.35 | 0.98 | 1 | 5 | 4.87 | 0.34 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| 3. ฉันรับประทานยาตามการแจ้งเตือนของเลือดไม่สม่ำเสมอ* | 4.57 | 0.95 | 1 | 5 | 4.96 | 0.21 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| 4. ฉันเก็บยาตามการแจ้งเตือนของเลือดไว้ในที่ประจำที่จะช่วยเตือนให้ฉันไม่ลืมรับประทานยา | 4.65 | 1.15 | 1 | 5 | 5 | 0 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 5. ฉันรับประทานยาตามการแจ้งเตือนเวลาเดียวกัน ทุกวัน | 4.30 | 0.93 | 1 | 5 | 5 | 0 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 6. ฉันมีวิธีการในการช่วยเตือนฉันให้รับประทานยาตามการแจ้งเตือนของเลือด | 3.13 | 1.84 | 1 | 5 | 4.52 | 1.28 | 1 | 5 | 1 | 5 |

*ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ

| ความร่วมมือนีในการรับประทานยา | กลุ่มทดลอง (n=23) | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|------|-----|-----|-----------------------|-----------|-----|-----|--|--|
| | ก่อนทดลอง | | | | | หลังทดลอง | | | | |
| | \bar{X} | SD | Min | Max | \bar{X} | SD | Min | Max | | |
| 7. ฉันใช้กลัวยา หรือสิ่งอื่นในการช่วยฉันให้รับประทานยาต้านการ แข็งตัวของเลือดได้ตามปกติ | 3.57 | 1.81 | 1 | 5 | 4.65 | 1.15 | 1 | 5 | | |
| 8. ฉันมีวิธีการที่จะทำให้รู้ว่าฉันลืมรับประทานยาต้านการแข็งตัว ของเลือด | 2.22 | 1.76 | 1 | 5 | 3.7 | 1.85 | 1 | 5 | | |
| รวม | 31.57 (78.93%) | | | | 37.48 (93.70%) | | | | | |

* ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ

จากตารางที่ 8 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจรายข้อของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนและหลังการทดลองข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างกัน ได้แก่ ข้อ 4 - 8 ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการทดลองใกล้เคียงกัน ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 - 3 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่มีพฤติกรรมการล้มรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ล้มรับประทานยา ($\bar{X} = 4.78$ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากยังคงรับประทานยาได้ตามปกติถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน ($\bar{X} = 4.35$ และ 4.87 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างส่วนมากรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X} = 4.57$ และ 4.96 ตามลำดับ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมตามข้อคำถามดังกล่าวค่อนข้างดีอยู่แล้วก่อนทำการทดลอง

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของข้อคำถามข้อ 4 - 8 หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น 7 ข้อ ส่วนข้อ 1 มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาเท่าเดิมคือ 4.78 โดยเมื่อเรียงลำดับคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาจากข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดไปจนถึงต่ำสุด ได้ดังนี้ ข้อ 4, 5, 3, 2, 1, 7, 6 และข้อ 8 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนภายหลังการทดลองมีการเก็บยาต้านการแข็งตัวของเลือดไว้ในที่ประจำและมีการรับประทานยาเวลาเดียวกัน ทุกวัน ($\bar{X} = 5$) นอกจากนี้ ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีวิธีการในการช่วยเตือนให้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (จาก $\bar{X} = 3.13$ เป็น 4.65) หรือมีการใช้กล่องยา หรือสิ่งอื่นช่วยให้รับประทานยาเพิ่มมากขึ้นจากก่อนการทดลอง (จาก $\bar{X} = 3.57$ เป็น 4.65) และข้อ 8 ภายหลังจากทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิธีการที่จะทำให้รู้ว่าล้มรับประทานยา โดยมีการปฏิบัติเป็นบางครั้งถึงปฏิบัติบ่อย ($\bar{X} = 3.7$)

จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองพบเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากบอกว่า เมื่อรับประทานยารักษาหัวใจหลังจากตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อเนื่องมาระยะหนึ่ง ทำให้จดจำได้เองว่าจะต้องรับประทานยาทุกวัน จนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ดังนั้นจึงไม่ได้มีวิธีการช่วยเตือนให้รับประทานยาหรือวิธีการที่จะทำให้รู้ว่าล้มรับประทานยา

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test (n=23)

| ความร่วมมือในการรับประทานยา | \bar{X} | SD | df | t | p-value |
|-----------------------------|-----------|------|----|-------|---------|
| กลุ่มทดลอง | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 31.57 | 5.13 | 22 | 5.226 | 0.000* |
| หลังการทดลอง | 37.48 | 3.73 | | | |
| กลุ่มควบคุม | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 31.26 | 5.09 | 22 | 1.128 | 0.272 |
| หลังการทดลอง | 31.91 | 4.57 | | | |

*p-value < .05

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 31.57 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นเป็น 37.48 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test (n=23)

| ความร่วมมือในการรับประทานยา | \bar{X} | SD | df | t | p-value |
|-----------------------------|-----------|------|----|-------|---------|
| ก่อนการทดลอง | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 31.57 | 5.13 | 44 | 0.202 | 0.841 |
| กลุ่มควบคุม | 31.26 | 5.09 | | | |
| หลังการทดลอง | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 37.48 | 3.73 | 44 | 4.524 | 0.000* |
| กลุ่มควบคุม | 31.91 | 4.57 | | | |

*p-value < .05

จากตารางที่ 10 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลอง เท่ากับ 31.57 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 31.26 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเท่ากับ 37.48 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 31.91 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง ครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในกลุ่มทดลอง

ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนทดลอง
2. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้งรายใหม่และรายเก่า ที่ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก ไม่มีประวัติเป็นโรคตับ สามารถสื่อสารรู้เรื่อง พูด เขียน และอ่านภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์บ้าน หรือโทรศัพท์มือถือที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารได้ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัยตามเวลาจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 ราย เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถติดต่อได้ หรือขอถอนตัวระหว่างการดำเนินการวิจัย กลุ่มควบคุม พิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จนได้กลุ่มควบคุมครบ 24 คน และกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ตัวแปร (matched pairs) ให้มีอายุเท่ากันหรือแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และมีระดับการศึกษาเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (Gazmararian et al., 2006; Hadi & Rostami-Gooran, 2004) จนได้กลุ่มทดลอง 24 คน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดกลุ่มตัวอย่างออก 1 คน เนื่องจากไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ 2 ครั้ง ในขณะที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการเหนื่อย ใจสั่น เจ็บหน้าอก หรือมีภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง และไม่มีผู้แสดงความจำนงขอออกจากการวิจัย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน รวม 46 คน

ภายหลังจากเก็บข้อมูลวิจัยเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired Sample t-test และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test ซึ่งผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะของการวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนทดลอง ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ดังนี้

ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดและคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนทดลอง จึงส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น มีความสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action) ของ Pender (2006) ที่กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 61 และการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ($r = .195, p = .05$) (ฐิติกันต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554) ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หรือเป็นการวางแผนของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับหรือผลของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น หากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงใหม่ให้ผลตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง จะทำให้เกิดการเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และหากผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจหรือรู้สึกว่าได้ประโยชน์ จะส่งผลให้มีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงใหม่นั้น และสอดคล้องกับแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาของ Johnson (2002) ในส่วนของ Purposeful Action: (Perceived need, Perceived effectiveness) โดยเมื่อผู้ป่วยได้รับรู้ถึงผลดีที่จะได้รับจากการรับประทานยาแล้ว ผู้ป่วยจะเกิดความตั้งใจที่จะรับประทานยาตามคำแนะนำ และเริ่มปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่เกิดพฤติกรรมการลี้ภัยรับประทานยา (Patterned behavior) เกิดเป็นความร่วมมือในการรับประทานยา (Adherence)

ผู้วิจัยส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์ ความสำคัญและความจำเป็นของการรับประทานยาว่า การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดจะช่วยให้ลิ้นหัวใจเทียมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากรับประทานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ผู้ป่วยจะสามารถดำรงชีวิตหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาและมีภาวะสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ ภายหลังจากผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จนเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันแล้ว และพบว่าสุขภาพของตนเองดีขึ้น ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยอาจได้รับการตรวจติดตามโดยแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพ แล้วพบว่า ผลการตรวจร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือดีขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานยาต่อไป เกิดเป็นความร่วมมือในการรับประทานยา โดยผู้วิจัยแจกคู่มือ “การใช้ยาแอสไพรินสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” ให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้กลุ่มทดลองจะได้รับการติดตามและให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งทางการพยาบาล เป็นอุปกรณ์การสื่อสารที่มีประโยชน์และสามารถนำมาใช้เป็นกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาได้เป็นอย่างดี (AAACN, 1997; Burke et al., 2005) ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้ยา เน้นย้ำประโยชน์และความจำเป็นของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด อีกทั้งช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาทุกวัน สม่ำเสมอ โดยติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ (Chiu & Wong, 2010) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลองก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง

เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิมพ์มาตา อัจฉริยพัฒนา และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ประโยชน์ในการออกกำลังกายต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอ่าวอุดม จังหวัดชลบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ประโยชน์ในการออกกำลังกาย มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ประโยชน์ในการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ Lee, Lim and Lee (2004) ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบซึ่กต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ประโยชน์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศเกาหลี เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 36 คน ทำการศึกษา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความดันโลหิตลดลงทั้ง Systolic Blood Pressure และ Diastolic Blood Pressure ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รวมทั้งมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น เป็นการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ หรือในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่ผลงานวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น แนวคิดการรับรู้ประโยชน์เป็นแนวคิดที่ได้รับการนำมาเป็นตัวแปรกำกับการทดลองในงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพในทางที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า คณะแผนกความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทายยาต้านการแข็งตัวของเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทายยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทายยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทายยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ดังนี้

ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทายยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทายยาจากการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของ Pender (2006) ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรับประทายยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยจะได้รับกิจกรรมที่พยาบาลประจำการปฏิบัติแก่ผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์และเภสัชกร ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งเป็นการดูแลในด้านการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและการรับประทายยาต้านการแข็งตัวของเลือดในแผนผู้ป่วยนอก โดยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกรนี้เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลเท่านั้น จึงไม่ได้มีการติดตามจากพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้รับการเน้นย้ำในเรื่องประโยชน์และความจำเป็นในการรับประทายยา และไม่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือนการรับประทายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดซึ่งเป็น ตัวแปรกำกับการทดลอง จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลองส่วนมากมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดสูงอยู่แล้ว จำนวน 22 และ 21 คน ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างอาจมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดดีอยู่แล้ว และภายหลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดทำให้มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing) ที่กลุ่มทดลองได้รับการติดตามจากผู้วิจัยเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์นั้น ซึ่งการติดตามนี้ถือเป็นกลยุทธ์ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นให้เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถทำได้ ซึ่งอาจมีผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามคือความร่วมมือในการรับประทานยาได้มากขึ้น

การติดตามและการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing) เป็นกลยุทธ์หนึ่งทางการพยาบาล และเป็นอุปกรณ์การสื่อสารที่มีประโยชน์ สามารถนำมาใช้เป็นกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา (Burke et al., 2005) จากการศึกษาของ นรรัตน์ สมเพชร และคณะ (2550) ศึกษาเปรียบเทียบระดับความร่วมมือในการใช้ยาและระดับความดันโลหิตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเตือนทางโทรศัพท์ (กลุ่มศึกษา) ทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ในช่วง 2 เดือน และกลุ่มที่ไม่ได้รับการเตือนทางโทรศัพท์ (กลุ่มควบคุม) กลุ่มละ 31 คน พบว่า ระดับความร่วมมือในการใช้ยาลด ความดันโลหิตของกลุ่มศึกษามีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเดือนที่ 3 นอกจากนี้ Cinar et al. (2010) ศึกษาผลของ Nurse-led Telephone Follow-up ในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (glycemic parameter) และความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา กลุ่มตัวอย่าง 35 ราย ในประเทศตุรกี ใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย 8 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใน 4 สัปดาห์แรก หลังจากนั้นโทรศัพท์ติดตามทุก 2 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 6, 8, 10 และ 12 จนครบระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (glycemic parameter) ได้ดีขึ้นและมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ Chiu & Wong, (2010) ศึกษาผลของโปรแกรม A nurse clinic combined with telephone follow-up ต่อค่าความดันโลหิตและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกแห่งหนึ่งในฮ่องกง จำนวน 63 คน เป็นการศึกษาแบบ Randomized controlled trial ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ในการติดตามทุก 2-3 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับ

การปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรค ให้การสนับสนุนและเสริมแรงผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง Systolic Blood Pressure และ Diastolic Blood Pressure อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยข้างต้น เป็นการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ ให้ความร่วมมือในการรักษาและการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีตัวบ่งชี้ของภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับงานวิจัยนี้ที่ได้นำการติดตามผู้ป่วยโดยใช้โทรศัพท์มาเป็นกิจกรรมหนึ่งในโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา เน้นย้ำประโยชน์และความจำเป็นของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด อีกทั้งช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาทุกวัน สม่าเสมอ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และจากการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ดังนั้นสรุปได้ว่า โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดซึ่งมีการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing) เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่มีผู้วิจัยกำหนดขึ้นเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา สามารถทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้น โดยมีพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ จนเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน ไม่เกิดพฤติกรรมการลืมรับประทานยา ผู้ป่วยจะสามารถดำรงชีวิตหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาและมีภาวะสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยนี้พบว่า โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด สามารถทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. นำโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไปใช้ในหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา สำหรับการติดตามและการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์เป็นกิจกรรม

หนึ่งในโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งพยาบาลอาจเลือกติดตามผู้ป่วยเฉพาะราย ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาหรือความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ

2. จัดอบรมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เกี่ยวกับโรคลิ่มหัวใจ การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

และวิธีการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามเพื่อประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น 3, 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องตลอดชีวิต

2. อาจมีการนำแนวคิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) จากงานวิจัยนี้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไปในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเอดส์ โรควัณโรค หรือโรคทางจิตเวช เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา

3. อาจมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น ค่า INR เนื่องจากเป็นผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แพทย์ใช้ในการติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด

4. ในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานที่แน่นอนและวิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแต่ละแบบมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ไม่มีวิธีใดที่ดีที่สุด ดังนั้นนอกจากการใช้แบบสอบถามแล้ว เพื่อช่วยเพิ่มความถูกต้องแม่นยำในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาอาจมีการประเมินด้วยวิธีอื่นร่วมกัน เช่น การนับจำนวนเม็ดยา (pill count) อัตราการมาตรวจตามนัดหรือการตรวจด้วยวิธี Biomarkers เช่น INR เป็นต้น

รายการอ้างอิง

- กนกพร หมู่พยัคฆ์. (2551). บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 26(1), 33-45.
- กิตติ พิทักษ์นิตินันท์ และคณะ. (2551). *แนวทางปฏิบัติที่ดีเรื่องการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน*. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และชมรมเภสัชกรโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.
- จริยา เจริญยิ่ง. (2546). การติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตติมา ภูริทัตกุล. (2547). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชงโค นิสสัยดี และนางเยาว์ ซื่อเลื่อม. (2551). ผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนอกที่ใช้ยารวาร์ฟาริน: กรณีศึกษา โรงพยาบาลนครปฐม. *Thai Pharm Health Sci J*, 3(1), 80-86.
- ชมรมกุมารแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. *แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้รูมาติกในประเทศไทย (A Guideline in the Diagnosis and Management of Acute Rheumatic Fever in Thailand)* Retrieved 14 ธันวาคม 2555, from http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/ARF_Guideline.pdf.
- ฐิติกานต์ กาลเทศ. (2553). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฐิติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 22(2), 2-14.
- ตรีพร ชุมศรี. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลระหว่างบุคคล กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพย์สุชน เอี่ยมสอาด. (2554). ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants). ใน ทิพย์สุชน เอี่ยมสอาด, ชัยวัฒน์ ลิ้มประเสริฐ และ วรณรัตน์ สุกาญจนาศรชัย, *ยากับโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: บริษัท นิวไทยมิตรการพิมพ์ (1996) จำกัด.
- นงลักษณ์ อิงคณีน, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิมานิช และ ธวัชชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์. (2011). Effectiveness of Promoting a Problem-Solving Ability Program on Medication Adherence in Patients with Type 2 Diabetic. *J Nurs Sci* 29(2), 56-64.

- นรรัตน์ สมเพชร, ชิดชนก เรือนก้อน และ อัญชลี เพิ่มสุวรรณ. (2550). ผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(2), 89-97.
- นรรัตน์ สุทธิพงษ์. (2550). ผลของการพัฒนาความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาสุขภาพและการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา ภาสุนันท์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญชอบ พงษ์พาณิชย์. (2545). หัวใจพิการแต่กำเนิด. ใน เกรียงไกร เฮงรัศมี, *สารพันโรคหัวใจ*. กรุงเทพฯ: บริษัทไชยาฟิล์ม จำกัด.
- ประคอง วรรณสุด. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยนุช เสาวภาคย์. (2549). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การพยาบาลหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พิมพ์มาดา อัจฉริยพัฒนา และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2551). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ประโยชน์ในการออกกำลังกายต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 22(1), 1-15.
- พุทธิชาติ สมณา. (2548). *การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนิรัตน์ สิทธิเดช, ภัทรศรี มูฮำมัด, นงลักษณ์ มาลานุสรณ์, เพียงใจ เกียรติชนวันวัฒนา และ ทิพย์สุดา บุญอุภัมภักกุล. (2555). ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินหลังการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 30(2), 63-73.
- มันติวีร์ นิมารพันธ์. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมค่าการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษาด้วยยาแอสไพริน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โมเรศ ศรีบ้านไผ่. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต เภสัชกรรมคลินิก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รจนาไฉน สิงห์เรศร์. (2550). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ระพีณ ผลสุข. (2548). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ระพิน ผลสุข และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2550). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 19(1), 108-118.
- วรรณพร เจริญโชคทวี. (2550). *สาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันวิภา เทพารักษ์. (2550). *การบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกที่มีการควบคุมการรักษาของยารักษาโรคหัวใจไม่คงที่ ณ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรัทธา แวดวง. (2547). *ผลของกลุ่มสนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิธร อุตตะมะ. (2549). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศุกลดี ช้อยชาญชัยกุล, พรทิพย์ มาลาธรรม และ สุภาณี กาญจนจारी. (2551). การใช้ยารักษาในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาและการดูแล. *วารสารรามคำแหง*, 14(3), 366 - 384.
- ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2553). การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. Retrieved 27 ตุลาคม 2555, from <http://www.chula-cardiaccenter.org/th/specialties-and-services/cardiac-surgery/143>.
- สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี. (2553). *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- สมัยพร อาซาล. (2543). *ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2553). *แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน (Warfarin Guideline)*. Retrieved 27 ตุลาคม 2555, from http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/warfarin_Guideline.pdf.
- สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. (2553). *สถิติผ่าตัดหัวใจในประเทศไทย*. Retrieved 1 กันยายน 2555, from http://thaists.org/news_detail.php?news_id=212.
- สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพและชมรมเภสัชกรโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แนวทางการปฏิบัติที่ดี เรื่องการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคหัวใจ*.

- Retrieved 19 ธันวาคม 2555, from <http://www.thaihp.org/index.php?option=viewhome&lang=th&id=106&sub=-1&layout=0>.
- สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *แนวทางเวชปฏิบัติ โรคลิ้นหัวใจพิการสำหรับโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ (Vulvular heart disease for primary medical care)*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด*. Retrieved 27 ตุลาคม 2555, from [http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/cardiovascular %20disease. pdf](http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/cardiovascular%20disease.pdf).
- สิริภพ ทัทมงคล. (2553). *Surgical Strategy for Infective Endocarditis in This Era* Retrieved from http://thaists.org/news_files/news_file_493.pdf.
- สุภาพร แนวนบุตร. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภารัตน์ เบี้ยวบรรจง. (2543). *ผลทางคลินิกของการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา warfarin ในโรงพยาบาลเชิงรายนประชาชนนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาลี วัจนการ, ชุตินา ผาดิดารงกุล และ ปราณีย์ คำจันทร์. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 539-547.
- สุวิมล ยี่งู, อภิขญา ชนะวงค์, จริญญา นามศรี และ จันท์ทิพย์ อมรสวัสดิ์ศิริ. (2548). *ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาหัวใจ*. *Srinakarinwirot Journal Pharmacoutical Sciences*, 10(1), 40-47.
- เสนอ เพชรพวง. (2548). *ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสและอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลเชิงรายนประชาชนนครราชสีมา*. การค้นคว้าแบบอิสระวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อนงค์ ชัยธรรม. (2542). *ผลของความเชื่อในอำนาจสุขภาพต่อการปฏิบัติตนของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรัญ พาศิรินทร์. (2551). *ตำราโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ (Infective Endocarditis)*. ขอนแก่น: แอนนาออฟเซต.
- อิสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2555). *ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี*. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 4(2), 60-70 AACN. (1997). *Telehealth Nursing Practice*. Retrieved 17 November 2012, from <http://www.aacn.org/telehealth>.
- Akhtar, R. P., Abid, A. R., Zafar, H., & Khan, J. S. (2009). Anticoagulation in patients following prosthetic heart valve replacement. *Annals Thoracic and Cardio-vascular Surgery*, 15(1), 10-17.

- American Academy of Ambulatory Care Nursing. (AAACN). (2009). *Telehealth nursing practice essentials*. Pitman, NJ: Author.
- Anne, L., Breuil, D. U., & Elena, M. (2007). Outpatient Management of Anticoagulation therapy. *American Family Physician*, 75(7), 1031-1042.
- Ansell, J., Hirsh, J., Hylek, E., Jacobson, A., Crowther, M., & Palareti, G. (2008). Pharmacology and management of the vitamin K antagonists. American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 133(6), 160S-198S.
- Ansell, J., Hirsh, J., Poller, L., Bussey, H., Jacobson, A., & Hylek, E. (2004). The pharmacology and management of the vitamin K anticoagulants. The seventh ACCP conference on antithrombotic and thrombolytic therapy. *Chest*, 126(3), 204S-235S.
- Armstrong, E. P., Chemodurov, L., Christensen, S., & Johnson, E. S. (2011). A pre-post-evaluation of implementing an inpatient warfarin monitoring and education program. *Pharmacy Practice (Internet)*, 9(2), 101-105.
- Barbara, K. T., & Nancy, E. S. (2010). *Introductory Medical-Surgical Nursing*. China: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Becker, H. (1974). The health belief model and model personal health behavior *Health Education*. Monograp 2: entire issue.
- Bloom, B. S. (1979). *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals. Handbook I Cognitive Domain*. USA: Longman Inc.
- Bloom, B. S. (1984). *Taxonomy of Educational Objectives Book 1: Cognitive Domain* New York: Longman.
- Bonow, R. O., Carabello, B. A., Chatterjee, K., de Leon, J. A. C., Faxon, D. P., & Freed, M. D., et al. (2008). 2008 Focused Update Incorporated Into the ACC/AHA 2006 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1998 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease) Endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *Journal of the American College of Cardiology*, 52(13), e1-e142.
- Bosworth, H. B., Granger, B. B., Mendys, P., Brindis, R., Burkholder, R., & Czajkowski, S. M., et al. (2011). Medication adherence: A call for action. *American heart journal*, 162(3), 412-424.
- Bowry, A. D. K., Shrank, W. H., Lee, J. L., Stedman, M., & Choudhry, N. K. (2011). A Systematic Review of Adherence to Cardiovascular Medications in Resource-Limited Settings. *J Gen Intern Med*, 26(12), 1479-1491.

- Burke, L. E., Dunbar-Jacob, J., Orchard, T. J., & Sereika, S. M. (2005). Improving adherence to a cholesterol-lowering diet: a behavioral intervention study. *Patient education and counseling, 57*(1), 134-142.
- Burns, N., & Grove, S. K. (1997). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (3 ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6 ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Chiu, C. W., & Wong, F. K. Y. (2010). Effects of 8 weeks sustained follow-up after a nurse consultation on hypertension: A randomized trial. *International Journal of Nursing Studies, 47*, 1374-1382.
- Cinar, F. I., Akbayrak, N., Cinar, M., Karadurmus, N., Sahin, M., Dogru, T., . . . Kilic, S. (2010). The Effectiveness of Nurse-led Telephone Follow-up in Patients with Type2 Diabetes Mellitus. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism, 14*, 1-5.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300-314.
- Cohen, S. M. (2009). Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. *Nursing Forum, 44*(1), 25-36.
- College of Nurses of Ontario. (2009). Practice Guideline: Telepractice. Retrieved 17 November 2012, from http://www.cno.org/Global/docs/prac/41041_telephone.pdf.
- Cook, P. F., Emiliozzi, S., El-Hajj, D., & McCabe, M. M. (2010). Telephone nurse counseling for medication adherence in ulcerative colitis: A preliminary study. *Patient education and counseling, 81*(2), 182-186.
- Cook, P. F., McCabe, M. M., Emiliozzi, S., & Pointer, L. (2009). Telephone nurse counseling Improves HIV Medication Adherence: An Effectiveness Study. *Journal of The Association of Nurses in AIDS Care, 20*(4), 316-325.
- Cox, K., & Wilson, E. (2003). Follow-up for people with cancer: nurse-led services and telephone interventions. *Journal of Advanced Nursing, 43*(1), 51-61.
- Cramer, J., Rosenheck, R., Kirk, G., Krol, W., & Krystal, J. (2003). Medication compliance feedback and monitoring in a clinical trial: predictors and outcomes. *Value Health, 6*(5), 566-573.
- Devellis, R. F. (2003). *Scale development: theory and applications* (2 ed.). California: Thousand Oaks.
- Donna, D. I., & Linda, M. W. (2010). *Medical-Surgical Nursing: Patient-Centered Collaborative Care* (6^t ed.). The United States of America: SAUNDERS ELSEVIER.

- Fishman, J. E., & Aviram, G. (2002). Atrial thrombosis as a late complication of cardiac surgery: computed tomography appearance. *Journal of Cardiovascular Surgery*, 43(5), 643-645.
- Friedman, R. H., Kazis, L. E., Jette, A., Smith, M. B., Stollerman, J., Torgerson, J., & Carey, K. (1996). A Telecommunications System for Monitoring and Counseling Patients With Hypertension Impact on Medication Adherence and Blood Pressure Control. *The American Journal of Hypertension*, 9(4), 285-292.
- Fung, S. C. (2009). *Factors associated with Medication Adherence of Patients with Congestive Heart Failure*. Rush University, Published by Proquest.
- Gatti, M. E., Jacobson, K. L., Gazmararian, J. A., Schmotzer, B., & Kripalani, S. (2009). Relationships between beliefs about medications and adherence. *Am J Health Syst Pharm*, 66(7), 657-664.
- Gazmararian, J. A., Kripalani, S., Miller, M. J., Echt, K. V., Ren, J., & Rask, K. (2006). Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases: a focus on health literacy. *J Gen Intern Med*, 21(12), 1215-1221.
- Hadi, N., & Rostami-Gooran, N. (2004). Determinant Factors of Medication Compliance in Hypertensive Patients of Shiraz, Iran. *Arch Iranian Med*, 7(4), 292-296.
- Haynes, R. B., McDonald, H. P., & Garg, A. X. (2002). Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *Jama*, 288(22), 2880-2883.
- Hirri, H. M., & Green, P. L. (2002). Audit anticoagulant therapy and acute hospital admission. *Clinical Lab Haematology*, 4(1), 43-45.
- Hirsh, J., Fuster, V., Ansell, J., & Halperin, J. L. (2003). American Heart Association/ American College of Cardiology foundation guide to warfarin therapy. *Journal of American College of Cardiology*, 41, 1633-1652.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support California*: Addison-Wesley Publishing.
- Hu, A., Chow, C. M., Dao, D., Errett, L., & Keith, M. (2006). Factors influencing patient knowledge of warfarin therapy after mechanical heart valve replacement. *J Cardiovasc Nurs*, 21(3), 169-175; quiz 176-167.
- Huber, D. L., & Blanchfield, K. (1999). Telephone nursing interventions in ambulatory care. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 38-44.
- Hugen, P. W., Langebeek, N., Burger, D. M., Zomer, B., van Leusen, R., Schuurman, R., . . . Hekster, Y. A. (2002). Assessment of adherence to HIV protease inhibitors: comparison and combination of various methods, including MEMS (electronic monitoring), patient and nurse report, and therapeutic drug monitoring. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 30(3), 324-334.

- Hunter, E. F. (2000). Telephone Support for Persons With Chronic Mental Illness. *Home Healthcare Nurse, 18*(3), 172-179.
- Hutcherson, C. M. (2001). Legal Considerations for Nurses Practicing in a Telehealth Setting. Retrieved 20 November 2012, from <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume62001/No3Sept01/LegalConsiderations.html>.
- Johnson, M. J. (2002). The Medication Adherence Model: A Guide for Assessing Medication Taking. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal, 13*(3), 179-192.
- Kronish, I. M., & Ye, S. (2013). Adherence to cardiovascular medications: lessons learned and future directions. *Prog Cardiovasc Dis, 55*(6), 590-600.
- Krousel-Wood, M., Islam, T., Webber, L. S., Re, R. N., Morisky, D. E., & Muntner, P. (2009). New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. *Am J Manag Care, 15*(1), 59-66.
- Lee, M. S., Lim, H. J., & Lee, M. S. (2004). Impact of qigong exercise on self-efficacy and other cognitive perceptual variables in patients with essential hypertension. *J Altern Complement Med, 10*(4), 675-680.
- Lerman, I. (2005). Adherence to treatment: the key for avoiding long-term complications of diabetes. *Arch Med Res, 36*(3), 300-306.
- Lillibridge, J., & Hanna, B. (2009). Using telehealth to deliver nursing case management services to HIV/AIDS clients. *Online Journal of Issues in Nursing, 14*(1), 9-9.
- Lloyd-Jones, D., Adams, R. J., Brown, T. M., Carnethon, M., Dai, S., De Simone, G., . . . Wylie-Rosett, J. (2010). Heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation, 121*(7), e46-e215.
- McDonald, H. P., Garg, A. X., & Haynes, R. B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *Jama, 288*(22), 2868-2879.
- Members, A. T. F., Vahanian, A., Alfieri, O., Andreotti, F., Antunes, M. J., & Barón-Esquivias, G., et al. (2012). Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012): The Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J, 33*(19), 2451-2496.
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The Journal of Clinical Hypertension, 10*(5), 348-354.

- Oliveira-Filho, A. D., Barreto-Filho, J. A., Neves, S. J., & Lyra Junior, D. P. (2012). Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and blood pressure control. *Arq Bras Cardiol*, *99*(1), 649-658.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *N Engl J Med*, *353*(5), 487-497.
- Peck, A. (2005). Changing the face of standard nursing practice through telehealth and telenursing. *Nurs Adm Q*, *29*(4), 339-343.
- Pender, N. J. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5 ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Polek, C., & Hardie, T. (2012). Warfarin use post hospitalization: pilot comparative effectiveness of telephone follow-up. *Rehabil Nurs*, *37*(2), 80-87.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods* (7 ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Hunger, B. P. (1991). *Nursing research: principles and methods* (4 ed.). New York: Blippincott.
- Rice, R. (2006). *Home Care Nursing Practice Concepts and Application*. the United States of America: Mosby ELSEVIER.
- Rosendaal, F. R., Cannegieter, S. C., van der Meer, F. J., & Briet, E. (1993). A method to determine the optimal intensity of oral anticoagulant therapy. *Thromb Haemost*, *69*(3), 236-239.
- Schneider, S. M., Hess, K., & Gosselin, T. (2011). Interventions to promote adherence with oral agents. *Semin Oncol Nurs*, *27*(2), 133-141.
- Ufer, M. (2005). Comparative pharmacokinetics of vitamin K antagonists: warfarin, phenprocoumon and acenocoumarol. *Clin Pharmacokinet*, *44*(12), 1227-1246.
- Van Damme, S., Van Deyk, K., Budts, W., Verhamme, P., & Moons, P. (2011). Patient knowledge of and adherence to oral anticoagulation therapy after mechanical heart-valve replacement for congenital or acquired valve defects. *Heart Lung*, *40*(2), 139-146.
- Waterman, A. D., Milligan, P. E., Bayer, L., Banet, G. A., Gatchel, S. K., & Gage, B. F. (2004). Effect of warfarin nonadherence on control of the International Normalized Ratio. *Am J Health Syst Pharm*, *61*(12), 1258-1264.
- Wilson, S. J., Wells, P. S., Kovacs, M. J., Lewis, G. M., Martin, J., Burton, E., & Anderson, D. R. (2003). Comparing the quality of oral anticoagulant management by anticoagulation clinics and by family physicians: a randomized controlled trial. *Cmaj*, *169*(4), 293-298.

- World Health Organization. (2001). *Adherence to long-term therapies: Policy for Action*
Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66984/1/WHO_MNC_CCH_01.02.pdf.
- World Health Organization. (2001). *RHEUMATIC FEVER AND RHEUMATIC HEART DISEASE*
Retrieved from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/en/cvd_trs_923.pdf.
- World Health Organization. (2003). *ADHERENCE TO LONG - TERM THERAPIES Evidence for action*
Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>.
- World Health Organization. (2012). *Cardiovascular diseases (CVDs)* Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.
- Wu, J. R., Chung, M., Lennie, T. A., Hall, L. A., & Moser, D. K. (2008). Testing the psychometric properties of the Medication Adherence Scale in patients with heart failure. *Heart Lung, 37*(5), 334-343.
- Wu, J. R., Moser, D. K., Chung, M. L., & Lennie, T. A. (2008). Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. *J Card Fail, 14*(7), 603-614.
- Wu, L., Forbes, A., Griffiths, P., Milligan, P., & While, A. (2010). Telephone follow-up to improve glycaemic control in patients with Type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Diabet Med, 27*(11), 1217-1225.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

| ชื่อ - นามสกุล | ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน |
|-------------------------------------|---|
| 1. ผศ. นายแพทย์ชัยสิทธิ์ ศรีสมบูรณ์ | แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต |
| 2. ผศ. ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส | อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (อายุรศาสตร์) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ผศ. ดร. กุสุมา คุววัฒนาสัมฤทธิ์ | อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (ศัลยศาสตร์) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. นางอรวิภาณจน์ ชัยมงคล | ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย |
| 5. นางพรณี แก้วดวง | ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ สถาบันโรคทรวงอก |



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

เอกสารการใช้เครื่องมือวิจัย

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

จดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 0479



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรกมล เพ็งกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ดันดีโกสุม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ชัยสิทธิ์ ศรีสมบุรณ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

| | |
|------------------------------|--|
| <u>สำเนาเรียน</u> | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ชัยสิทธิ์ ศรีสมบุรณ์ |
| <u>ฝ่ายวิชาการ</u> | โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130 |
| <u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u> | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152 |
| <u>อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม</u> | อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ดันดีโกสุม โทร. 0-2218-1151 |
| <u>ชื่อนิสิต</u> | นางสาวอรกมล เพ็งกุล โทร. 087-508-4704 |



ที่ ศธ 0512.11/ 0-๑๔๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรกมล เพ็งกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอรวิภาญจน์ ชัยมงคล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

| | |
|----------------------|--|
| สำเนาเรียน | นางอรวิภาญจน์ ชัยมงคล |
| ฝ่ายวิชาการ | โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130 |
| อาจารย์ที่ปรึกษา | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152 |
| อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม | อาจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสม โทร. 0-2218-1151 |
| ชื่อนิสิต | นางสาวอรกมล เพ็งกุล โทร. 087-508-4704 |

ที่ ศธ 0512.11/ ๑๙๖๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรกมล เท็งกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์กุล ตันติโกสุม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|--|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ สิลาจรัส | อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ | อาจารย์พยาบาลโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

| | |
|---------------------------------|---|
| <u>สำเนาเรียน</u> | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ สิลาจรัส และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ |
| <u>ฝ่ายวิชาการ</u> | โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130 |
| <u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u> | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152 |
| <u>อาจารย์ที่ปรึกษาเข้าร่วม</u> | อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์กุล ตันติโกสุม โทร. 0-2218-1151 |
| <u>สื่อมวลชน</u> | นางสาวอรกมล เท็งกุล โทร. 0๒7 5๐๒ ๓7๐๓ |

18/1/2556

ProQuest: Order Confirmation



Welcome, Onkamon | Shopping cart | Order history | Profile | Sign out | Help

[Print this page](#)

Confirmation

Your order has been received. The order confirmation number is **700163282**. A summary of your order information has been sent to the email address on your account. You can also print this page and keep it for your records, or if you would like a hard copy invoice mailed to you, please contact customer service via the Help and Support link below. (If your order contains a PDF and you don't receive an email within 24 hours, please check your spam folder prior to calling customer service.)

Customer information

Order number: 700163282

Order date: 18-Jan-13

Order status: Order Submitted

Customer name: Onkamon Pengkul

Customer phone: 668-75084704

Customer email: ployonn.pkl@gmail.com

Billing and payment information

Bill to: Onkamon Pengkul
 240/1 Phayathai mansion room 501 Petchaburi soi7
 Ratchathewi Bangkok BANGKOK 10400
 THAILAND

Payment type: Visa

XXXXXXXXXXXXX5219 05/2016

| Pub ID | Item name | Price | Quantity |
|---------|--|---------|----------|
| 3357192 | FACTORS ASSOCIATED WITH MEDICATION ADHERENCE OF PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE | \$37.00 | 1 |

Subtotal: \$37.00
Shipping and Handling: \$0.00
Tax: \$0.00
Total: \$37.00

Copyright © 2013 , ProQuest LLC All rights reserved. Terms and Conditions | Help and Support

ที่ ศธ 0512.11/ 04A9



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ มิถุนายน 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรกมล เพ็งกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานัญญ์ ตันติโกสุม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 74 คน โดยใช้ โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และคู่มือการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ทั้งนี้สัปดาห์จะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอรกมล เพ็งกุล ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ข้อนี้

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานัญญ์ ตันติโกสุม โทร. 0-2218-1151

นางสาวอรกมล เพ็งกุล โทร. 087-508-4704

ที่ ศร 0512.11/๐๖๔๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕ มิถุนายน 2556

เรื่อง ข้อเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. รายละเอียดของการทำวิจัย 1 ชุด
 2. ระเบียบวิธีวิจัย 1 ชุด
 3. แนวทางการวิเคราะห์ทางสถิติ 1ชุด
 4. แบบฟอร์มการให้ความยินยอม 1 ชุด
 5. Questionnaire / scale / interview form 1 ชุด
 6. Budgeting 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรกมล เพ็งกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสุม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัยเพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอรกมล เพ็งกุล เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

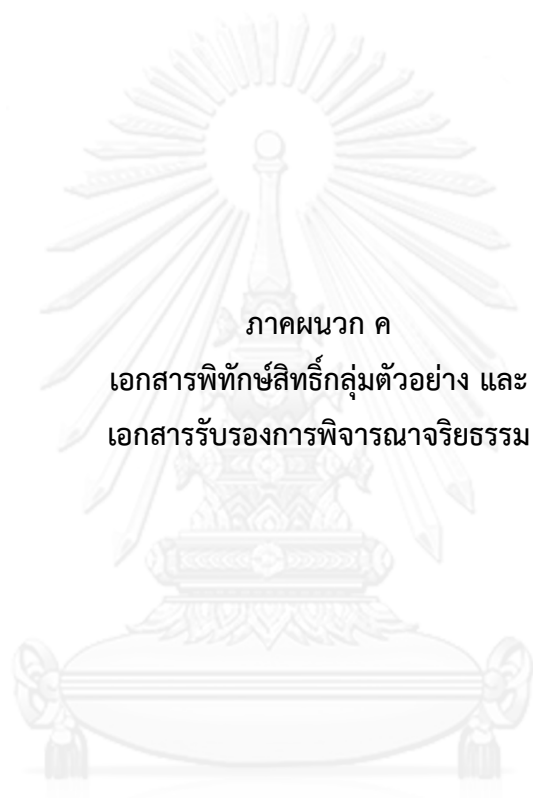
ฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

อาจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสุม โทร. 0-2218-1151

นางสาวอรกมล เพ็งกุล โทร. 087-508-4704



ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และ
เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....
ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
ชื่อผู้วิจัย นางสาวอรกมล เพ็งกุล
ที่อยู่ติดต่อ เลขที่ 210/4 ห้อง 501 พญาไทแมนชั่น ถนนเพชรบุรี ซอย 7 แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 086-6620008 E-mail Address: ployonn.pkl@gmail.com

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจาก
การวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ **ได้รับคำอธิบาย**
จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง **สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการ
รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาต้าน
การแข็งตัวของเลือด สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที และ
รับโทรศัพท์ผู้วิจัยจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 15 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บไว้ประมาณ 5 ปี เพื่อการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล**
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail : eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
 ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวอรกมล เฟื่องกุล)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอรกมล เพ็งกุล

โทรศัพท์มือถือ 086-6620008 E-mail Address: ployonn.pkl@gmail.com

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย เลขที่ 210/4 ห้อง 501 พญาไทแมนชั่น ถนนเพชรบุรี ซอย 7 แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็น
ที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่าน
ข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์การ
รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้น
หัวใจ และติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม 8 สัปดาห์

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์การ
รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้น
หัวใจ เปรียบเทียบกับการรักษาพยาบาลตามปกติ

4. ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มารับบริการ
ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18
ปีขึ้นไป และได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด จำนวน 44 คน แบ่งเป็น
กลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่าง
ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่าทุกราย
- 2) ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก
- 3) ผู้ป่วยไม่มีประวัติเป็นโรคตับ
- 4) สามารถพูด เขียน และอ่านภาษาไทยได้
- 5) มีโทรศัพท์บ้าน หรือโทรศัพท์มือถือที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารได้
- 6) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยตามเวลาจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน ขณะรอรับการตรวจรักษา หรือขณะอยู่ที่บ้าน เช่น มีอาการเหนื่อย ใจสั่น เจ็บหน้าอก หรือผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง เป็นต้น หรือผู้ป่วยที่ผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวนครั้งในการโทรศัพท์ติดตามทั้งหมด

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลเพื่อขอรายชื่อผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจตามเกณฑ์คัดเข้า เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ในโครงการวิจัย เรียงรายชื่อแล้วทำการจับคู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน

5. ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัย ซึ่งมีกิจกรรม 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ภายหลังจากผู้ป่วยพบแพทย์และได้รับการนัดหมาย ผู้วิจัยจะประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา แจกคู่มือและให้ความรู้ที่มีเนื้อหา เกี่ยวกับ

- 1) ความสำคัญและประโยชน์ของการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)
- 2) ข้อควรปฏิบัติและวิธีการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)
- 3) ปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน) และ
- 4) การติดตามการรักษาและวิธีการสังเกตภาวะแทรกซ้อนซึ่งเกิดจากระดับ INR สูงหรือ

ต่ำกว่าช่วงการรักษาของแพทย์ในขณะที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)

หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนัดหมายเกี่ยวกับวันและเวลาที่ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยที่บ้าน ในเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก (ใช้เวลา 15-20 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย เพื่อทบทวนความรู้และกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง สันทนากับผู้ป่วยตามบทสนทนาโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

โทรศัพท์ครั้งที่ 1- 4 เป็นการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 4 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 10-15 นาที เพื่อทบทวนความรู้ตามคู่มือครั้งละ 1 เรื่อง จนครบ 4 เรื่อง ดังที่ได้กล่าวไว้ในขั้นตอนที่ 1 และเตือนความจำในการรับประทานยา โดยสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยจะประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

โทรศัพท์ครั้งที่ 5 - 6 เป็นการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยสัปดาห์ที่ 5 และ 7 ใช้เวลาครั้งละ 3-5 นาที เพื่อเตือนความจำในการรับประทานยา นอกจากนี้ ในการพูดคุยกับผู้ป่วยในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยเสมอ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ผู้วิจัยจะนัดพบผู้ป่วยที่โรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลา 15-20 นาที

เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย

6. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หากพบว่าผู้ผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าและอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยจะปรึกษากับทีมการรักษาเพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

7. การใช้เวชระเบียน การวิจัยที่มีการกระทำต่อผู้ป่วยและใช้เวชระเบียนต้องได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและการยินยอมจากผู้ป่วย

8. ขณะดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการเหนื่อย ใจสั่น เจ็บหน้าอก หรือมีอาการเลือดออกอย่างรุนแรง ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งไปพบแพทย์หรือกรณีผู้ป่วยอยู่ที่บ้านจะประสานติดต่อกับหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด เพื่อดำเนินการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

9. ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและครอบคลุมเนื้อหาที่จำเป็นต้องรู้ภายหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การติดตามจากผู้วิจัยในขณะที่ผู้ป่วยอยู่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง สม่าเสมอ ไม่ลืมรับประทานยา จะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี

10. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา

11. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว**เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่**

12. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



ที่ ดช ๐๐๓๖ (พศ)/๑๓๖

โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๙๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

๒๐ สิงหาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอส่งใบรับรองโครงการวิจัย

เรียน นางสาวอรกมล เพ็งกุล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบรับรองโครงการวิจัย ๑ ฉบับ

ตามที่ท่านได้ส่งโครงร่างการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (The Effect of Perceived Benefits of Anticoagulant Medication Program On Medication Adherence in Valvular Replacement Patients) ให้คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ พิจารณานั้น

เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย ของโรงพยาบาลตำรวจ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าโครงการได้มาตรฐาน ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพและอันตรายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย เห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอมาได้ โดยอนุมัติเมื่อวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๕๖ และเมื่อโครงการวิจัยดำเนินการแล้วเสร็จ ให้ผู้วิจัยส่งข้อมูลงานวิจัยทั้งฉบับที่ดำเนินการเสร็จสมบูรณ์พร้อมบทความลงในแผ่น CD ให้ โรงพยาบาลตำรวจต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

พลตำรวจตรี

(ธนา ชูระเจน)

นายแพทย์ (สบ ๖) โรงพยาบาลตำรวจ/

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ

สำนักงานแพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลตำรวจ

โทร. ๐-๒๖๕๒-๕๐๓๕

โทรสาร ๐-๒๖๕๒-๕๐๓๕



โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานแพทยศาสตรศึกษา
๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง ฉว. 56 / ๒5๕๖

| | |
|---|--|
| ชื่อโครงการ/ภาษาไทย | - ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ |
| ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ | - The Effect of Perceived Benefits of Anticoagulant Medication Program On Medication Adherence in Valvular Replacement Patients |
| ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด | - น.ส.อรกมล เพ็งกุล |
| รหัสโครงการ | - |
| สถานที่ทำการวิจัย | โรงพยาบาลตำรวจ |
| เอกสารรับรอง | ๑. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๘ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๖ (Version ๑.๐ Date ๑๘ July ๒๐๑๓) (ฉบับภาษาไทย) ๒. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๘ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๖ (Version ๑.๐ Date ๑๘ July ๒๐๑๓) (ฉบับภาษาไทย) ๓. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๘ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๖ (Version ๑.๐ Date ๑๘ July ๒๐๑๓) (ฉบับภาษาไทย) ๔. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๘ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๖ (Version ๑.๐ Date ๑๘ July ๒๐๑๓) (ฉบับภาษาไทย) ๕. อัดตประวัติ |
| รับรองโดย | คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ |
| วันที่รับรอง | ๑๘ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๖ |
| วันหมดอายุ | ๑๗ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๗ |

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล
ผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย

พันตำรวจเอก

(เสรี วีระพงษ์)

เลขาธิการคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
ของโรงพยาบาลตำรวจ

พลตำรวจตรี

(ธนา ธุระเจน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
ของโรงพยาบาลตำรวจ



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของ Pender (2006) การให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ (Telephone Health Nursing) ที่มีกรให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด สอดคล้องตามมาตรฐานการใช้โทรศัพท์ของ AACN (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระยะเวลาในการใช้โทรศัพท์ติดตามเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ประกอบไปด้วยสื่อต่างๆ ดังนี้

- 1) แผนการสอนเรื่อง การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
- 2) คู่มือการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด
- 3) บทสนทนาโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

(PERCEIVED BENEFITS OF ANTICOAGULANT MEDICATION PROGRAM SCRIPT)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

- 3.1 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่ผู้เข้าร่วมวิจัย

เก็บข้อมูล () ก่อนทดลอง () หลังทดลอง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () และเติมคำในช่องว่างตรงกับความ เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน ส่วนของผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อมูล

1. เพศ 1.() ชาย 2.() หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพ 1.() โสด
 2.() คู่
 3.() หม้าย
 4.() หย่า
 5.() แยกกันอยู่
4. ศาสนา 1.() พุทธ
 2.() คริสต์
 3.() อิสลาม
 4.() อื่นๆ ระบุ
5. ระดับการศึกษา 1.() ไม่ได้ศึกษา
 2.() ต่ำกว่าปริญญาตรี ระบุ.....
 3.() ปริญญาตรี
 4.() สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ.....
6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน
 - 1.() ไม่มีรายได้
 - 2.() น้อยกว่า 5,000 บาท
 - 3.() 5,001 – 10,000 บาท
 - 4.() 10,001 – 15,000 บาท
 - 5.() 15,001 – 20,000 บาท
 - 6.() 20,001 บาทขึ้นไป

7. มีประวัติโรคตับ 1.() มี 2.() ไม่มี
8. เบอร์โทรศัพท์ที่ท่านสะดวกให้ติดต่อ (ได้มากกว่า 1 เบอร์)
เบอร์ที่ 1 ชื่อเจ้าของเบอร์โทรศัพท์
เบอร์ที่ 2 ชื่อเจ้าของเบอร์โทรศัพท์
9. ช่วงเวลาที่ท่านสะดวกให้ติดต่อ วัน..... เวลา..... ถึง น.

ส่วนของผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล

10. การวินิจฉัยโรค
การผ่าตัดที่ได้รับ วันที่
11. วันที่เริ่มใช้ยาแอสพาริน Target INR =
- ขนาดยาที่ได้รับครั้งก่อน ค่า INR ครั้งนี้..... (วันที่.....)
การปรับขนาดยา () ไม่ปรับ
() ปรับเป็น เหตุผล
 - ขนาดยาที่ได้รับครั้งก่อน ค่า INR ครั้งนี้..... (วันที่.....)
การปรับขนาดยา () ไม่ปรับ
() ปรับเป็น เหตุผล

1.2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยผ่าตัด เปลี่ยนล้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ทำเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้ง
 ทำบ่อย หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง
 ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง
 ทำนานๆครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆ ครั้งหรือเกือบไม่ปฏิบัติเลย
 ไม่เคยทำเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

| ข้อ | โปรตรระบุ เหตุการณ์ดังต่อไปนี้เกิดขึ้นบ่อยเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา | ไม่เคยทำเลย | ทำนานๆครั้ง | ทำเป็นบางครั้ง | ทำบ่อย | ทำเป็นประจำ |
|-----|---|-------------|-------------|----------------|--------|-------------|
| 1 | ฉันจะลืมรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน* | | | | | |
| 2 | การเปลี่ยนแปลงในแต่ละวันทำให้ฉันไม่สามารถรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้ตามปกติ* | | | | | |
| 3 | ฉันรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไม่สม่ำเสมอ * | | | | | |
| 4 | ฉันเก็บยาต้านการแข็งตัวของเลือดไว้ในที่ประจำที่จะช่วยเตือนให้ฉันไม่ลืมรับประทานยา | | | | | |
| 5 | ฉันรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเวลาเดียวกัน ทุกวัน | | | | | |
| 6 | ฉันมีวิธีการในการช่วยเตือนฉันให้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด | | | | | |
| 7 | ฉันใช้กล่องยาหรือสิ่งอื่นในการช่วยฉันให้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้ตามปกติ | | | | | |
| 8 | ฉันมีวิธีการที่จะทำให้รู้ว่าฉันลืมรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด | | | | | |

*ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์ มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นประเมินผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างพบแพทย์และได้รับการนัดหมาย ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา แจกคู่มือและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยมีเนื้อหา 4 หัวข้อ ดังนี้

- 1) ความสำคัญและประโยชน์ของการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)
- 2) ข้อควรปฏิบัติและวิธีการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)
- 3) ปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)
- 4) การติดตามการรักษาและวิธีการสังเกตภาวะแทรกซ้อนซึ่งเกิดจากระดับ INR สูงหรือต่ำกว่าช่วงการรักษาของแพทย์ในขณะที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน)

อธิบายเน้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และนัดหมายเกี่ยวกับวัน เวลาที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม โดยผู้วิจัยแจ้งช่วงเวลาในการดำเนินการวิจัย (9.00-20.00น.) และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นฝ่ายนัดเวลาที่สะดวก

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นโทรศัพท์ติดตาม

เพื่อทบทวนการใช้ยา ให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ และกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด โทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ดังนี้ ใช้เวลาครั้งละ 10-15 นาที

1) โทรศัพท์ครั้งที่ 1- 4 เป็นการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ และติดตามกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 4 สัปดาห์ เพื่อทบทวนความรู้ตามคู่มือครั้งละ 1 เรื่อง จนครบ 4 เรื่อง ดังที่ได้กล่าวไว้ในขั้นตอนที่ 1 และเตือนความจำในการรับประทานยา สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

- (1) โทรศัพท์ครั้งที่ 1 (ภายในสัปดาห์แรกที่พบผู้ป่วยที่โรงพยาบาล) ทบทวนความรู้เรื่อง ยาวาร์ฟารินคืออะไร มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างไร
- (2) โทรศัพท์ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ทบทวนความรู้เรื่อง รับประทานยาวาร์ฟารินอย่างไรให้ปลอดภัย

- (3) โทรศัพท์ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ทบทวนความรู้เรื่อง ปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน
- (4) โทรศัพท์ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ทบทวนความรู้เรื่อง ค่า INR คืออะไร และอาการผิดปกติที่ควรทราบมีอะไรบ้างในขณะที่ใช้ยาวาร์ฟาริน และให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
- 2) โทรศัพท์ครั้งที่ 5-6 เป็นการโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ที่ 5 และ 7 ตามลำดับ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 3-5 นาที เพื่อเตือนความจำในการรับประทานยา นอกจากนี้ในการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและพูดคุยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างเสมอ

ผู้วิจัยใช้บทสนทนาโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (PERCEIVED BENEFITS OF ANTICOAGULANT MEDICATION PROGRAM SCRIPT) และแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาโดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา สัปดาห์ที่ 8 โดยผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

1) แผนการสอนเรื่อง การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำเป็นต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในระบอบไหลเวียนของเลือดในร่างกาย หรือเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ลิ้นหัวใจเทียมภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การติดตามดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ ทั้งในเรื่องการติดตามการใช้ยาอย่างถูกต้อง การรับประทานยาสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงจัดทำแผนการสอนนี้ขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมของโปรแกรมการปรับปรุงนโยบายการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งจำเป็นต่อการรับประทานยาไปตลอดชีวิต

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับ

- 1) ความสำคัญและประโยชน์ของการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด
- 2) ข้อควรปฏิบัติและวิธีการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
- 3) ปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด
- 4) การติดตามการรักษาและวิธีการสังเกตภาวะแทรกซ้อนซึ่งเกิดจากระดับ INR สูงหรือต่ำกว่าช่วงการรักษาของแพทย์ในขณะใช้ยา
ต้านการแข็งตัวของเลือด

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

- 1) ผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดในระดับสูง
- 2) ผู้ป่วยมีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะและได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ผู้ดำเนินการ นางสาวอรกมล เฟ็งกุล

สถานที่ แผนกผู้ป่วยนอกที่ศูนย์การแพทย์หัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตำรวจ

ระยะเวลา เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2556

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | สื่อ/ อุปกรณ์ | เวลา (นาที) | การวัดและ ประเมินผล |
|---|---|---|------------------|----------------|--|
| เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย | หลังจากผู้ช่วยให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยกริมนำเหตุผลและความสำคัญในการทำโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำเป็นต้องได้รับการแจ้งเตือนของเลือดเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ซึ่งอาจทำให้เกิดการอุดตันในระบบไหลเวียนของเลือดในร่างกาย หรือเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ลิ้นหัวใจเทียมภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การติดตามดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ ทั้งในเรื่องการติดตามการใช้ยาอย่างถูกต้อง การรับประทานยาสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมค่า INR ให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้อย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น | ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือจากผู้ช่วยในการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งชี้แจงขอบเขตของเนื้อหาความรู้ กิจกรรม และระยะเวลาการทำโครงการวิจัย | - | 5-10 | สังเกตจากสีหน้าท่าทาง ของผู้ช่วยที่แสดงออกถึงการให้ความสนใจ และให้ความร่วมมือในการสนทนาเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย |

2) คู่มือการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด



บทนำ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำเป็นต้องได้รับการฟาร์รินเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ซึ่งอาจทำให้เกิดการอุดตันในระบบไหลเวียนของเลือดในร่างกายหรือเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ลิ้นหัวใจเทียม ภายหลังจากการผ่าตัดลิ้นหัวใจการติดตามดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ ทั้งในเรื่องการติดตามการใช้ยาอย่างถูกต้อง การรับประทานยาสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมค่า INR ให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้อย่างต่อเนื่องและการติดตามตรวจ INR ตามแผนการรักษาอย่างเหมาะสม เพื่อการปรับขนาดยาที่เหมาะสม

คู่มือนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารฟาร์ริน ข้อควรปฏิบัติ และวิธีการรับประทานยารฟาร์รินที่ถูกต้อง ปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยารฟาร์ริน วิธีการตรวจติดตามการรักษาและวิธีการส่งเลือดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเกิดจากระดับ INR สูงหรือต่ำกว่าช่วงการรักษาของแพทย์ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์และความสำคัญของการใช้ยารฟาร์ริน และเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา

อรกมล เพ็งกุล ผู้จัดทำ

1. ยาวาร์ฟารินคืออะไร? มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างไร?

ยาวาร์ฟาริน คือ ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน โดยยานี้จะออกฤทธิ์ต้านการทำงานของวิตามินเค ทำให้การแข็งตัวเป็นก้อนของเลือดช้าลง



3mg



5mg

ที่มา : http://www.phassociation.uk.com/treatment_for_ph/warfarin.php

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำเป็นต้องได้รับยาวาร์ฟาริน เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ซึ่งอาจทำให้เกิดการอุดตันในระบบไหลเวียนของเลือดในร่างกาย หรือเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ลิ้นหัวใจเทียม ภายหลังการผ่าตัดลิ้นหัวใจ

ดังนั้นการรับประทานยาวาร์ฟารินจะทำให้ลิ้นหัวใจเทียมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เป็นปกติ หรือดีขึ้นจากเดิมก่อนได้รับการผ่าตัด ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. รับประทานยาวาร์ฟารินอย่างไรให้ปลอดภัย?

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม จำเป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องไปตลอด ซึ่งมีข้อควรปฏิบัติ ดังนี้

- รับประทานยาตามเวลาที่ แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดไม่ควรลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง
- ควรรับประทานยาเวลาเดียวกันทุกวัน เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้คงที่ และควร รับประทานยาก่อนนอนเพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบบางอย่าง
- ต้องอ่านวิธีรับรับประทานยาใหม่ทุกครั้งที่มีพบแพทย์เนื่องจากขนาดการใช้ยาอาจต้องปรับเปลี่ยนตามผลเลือด (INR)
- กรณีลิ่มรับรับประทานยาไม่เกิน 12 ชม. ให้รับรับประทานทันทีที่นี้ได้ในขนาดยาเท่าเดิม
- กรณีลิ่มรับรับประทานยาเกิน 12 ชม. ไปแล้วให้ข้ามยาก็มีอันนั้นไปเลย และ รับประทานยาเมื่อต่อไป ในขนาดเดิมเวลาเดิม
- ห้ามเพิ่มขนาดยารับประทานเป็น 2 เท่า โดยเด็ดขาด
- ควรทำการกรอกบันทึกทุกครั้งที่ได้รับประทานยาโดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาลแล้วนำมาแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อใช้ในการ วางแผนการรักษาต่อไป

3) บทสนทนาโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
(PERCEIVED BENEFITS OF ANTICOAGULANT MEDICATION PROGRAM SCRIPT)

บทสนทนา โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
โทรศัพท์ครั้งที่ 1 (10-15 นาที)

บทนำ/ยืนยันข้อมูลผู้ป่วย

สวัสดีค่ะ ดิฉัน ชื่อนางสาวอรกมล เพ็งกุล (พยาบาล) จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอเรียนสายคุณ ค่ะ (อาจจะเป็นผู้ป่วยหรือผู้ดูแล) ดิฉันขอรบกวนเวลาสักครู่นะคะ ไม่ทราบสะดวกหรือไม่คะ

(ถ้าสะดวก) ดิฉันโทรศัพท์มาตามที่ได้นัดหมายกันไว้ที่โรงพยาบาลนะคะ

ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ดิฉันขอทบทวนรายละเอียดของกิจกรรม ที่จะดำเนินการในโครงการวิจัย ดังนี้ค่ะ.....(1)

(ถ้าไม่สะดวก) รบกวนติดต่อกลับภายหลังนะคะ สะดวกให้ติดต่ออีกครั้งเมื่อไรดีคะ
..... (ระบุวัน และเวลาที่ต้องการให้ติดต่อกลับ ซึ่งให้อยู่ในช่วงสัปดาห์เดียวกัน)
..... (1)

1. ภายหลังจากท่านได้รับทราบวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยและท่านยินดีเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้รับคู่มือและการให้ความรู้เกี่ยวกับยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยพยาบาลผู้วิจัยที่โรงพยาบาล โดยมีหัวข้อดังนี้

- 1) ยาวาร์ฟารินคืออะไร มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างไร
- 2) รับประทานยาวาร์ฟารินอย่างไรให้ปลอดภัย
- 3) ปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน
- 4) ค่า INR คืออะไร และอาการผิดปกติที่ควรทราบมีอะไรบ้างในขณะที่ใช้ยาวาร์ฟาริน

2. ขึ้นโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย เพื่อทบทวนความรู้และกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ครั้งที่ 1-4 เป็นการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 4 สัปดาห์ ดังนี้

- โทรศัพท์ครั้งที่ 1 (ภายในสัปดาห์แรกที่พบผู้ป่วยที่โรงพยาบาล) ทบทวนความรู้เรื่องยาวาร์ฟารินคืออะไร มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างไร
- โทรศัพท์ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ทบทวนความรู้เรื่อง รับประทานยาวาร์ฟารินอย่างไรให้ปลอดภัย
- โทรศัพท์ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ทบทวนความรู้เรื่อง ปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน

- โทรศัพท์ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ทบทวนความรู้เรื่อง ค่า INR คืออะไร และอาการผิดปกติ ที่ควรทราบมีอะไรบ้างในขณะที่ใช้ยาแอสไพริน และทำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
 - การโทรศัพท์ครั้งที่ 5 และ 6 เป็นการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ที่ 5 และ 7 ใช้เวลาครั้งละ 3-5 นาที เพื่อเตือนความจำในการรับประทานยา
3. ชั้นการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด สัปดาห์ที่ 8 โดยนัดพบผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ใช้เวลา 15-20 นาที

เนื้อหา

การสนทนาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้โดยใช้คำถามที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การออกฤทธิ์ของยาและประโยชน์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม รวมถึงเตือนความจำในการรับประทานยา

คำถาม

- 1) เนื้อหาความรู้ตามคู่มือการใช้ยาแอสไพรินที่พยาบาลได้สอนผู้ป่วยที่โรงพยาบาล คุณมีคำถามหรือข้อสงสัยใดๆ หรือไม่คะ ?
- 2) ยาแอสไพริน มีประโยชน์อย่างไร ?

คำตอบ การรับประทานยาแอสไพรินจะทำให้ลิ้นหัวใจเทียมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้เป็นปกติ หรือดีขึ้นจากเดิมก่อนได้รับการผ่าตัด ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทสรุป

คุณ..... คะ คุณทำได้ดีแล้วค่ะ

ดิฉัน จะทำการโทรหาคุณอีกครั้งในอีก 1 สัปดาห์ คือวันที่ เวลา นะคะ ระหว่างการสนทนานั้น ดิฉันจะมุ่งเน้นเรื่องการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามวัตถุประสงค์ในคู่มือเป็นหลัก ซึ่งหากคุณมีเรื่องใดที่นึกถึงและต้องการที่จะขอคำปรึกษาได้โปรดจดบันทึกเตรียมไว้เพื่อสนทนาในครั้งต่อไป

ในระหว่างนี้หากคุณต้องการยกเลิกการร่วมโครงการนี้ กรุณาติดต่อมาที่ ตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ระบุไว้ในคู่มือ

อย่าลืมปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอด้วยนะคะ ขอขอบพระคุณอย่างยิ่งสำหรับเวลาที่มามีค่าของคุณในวันนี้ สวัสดีค่ะ

**บทสนทนา โปรแกรมการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
โทรศัพท์ครั้งที่ 6 (3-5 นาที)**

บทนำ

สวัสดีค่ะ ดิฉัน ชื่อนางสาวอรกมล เพ็งกุล (พยาบาล) จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอเรียนสายคุณ ค่ะ (อาจจะเป็นผู้ป่วยหรือผู้ดูแล) ดิฉันขอรบกวนเวลาสักครู่นะคะ ไม่ทราบสะดวกหรือไม่คะ

(ถ้าสะดวก) ดิฉันโทรศัพท์มาตามที่ได้นัดหมายกันไว้ที่โรงพยาบาลนะคะ

(ถ้าไม่สะดวก) รบกวนติดต่อกลับภายหลังนะคะ สะดวกให้ติดต่ออีกครั้งเมื่อไรดีคะ
..... (ระบุวัน และเวลาที่ต้องการให้ติดต่อกลับ ซึ่งให้อยู่ในช่วงสัปดาห์เดียวกัน)

เนื้อหา

การสนทนาในครั้งนี้ เป็นครั้งที่ 6 (ครั้งสุดท้าย) มีวัตถุประสงค์เพื่อเตือนความจำในการรับประทานยา และแนะนำหน่วยให้คำปรึกษาอื่นสำหรับผู้ป่วยเพื่อขอคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหลังจากสิ้นสุดโครงการวิจัยนี้

คุณยังคงรับประทานยาวาร์ฟาริน ทุกวันหรือไม่คะ(ถ้าไม่) เพราะเหตุใดจึงไม่ได้รับประทานยาทุกวันคะ

- ลืมรับประทานยา
- รู้สึกว่ายายาไม่ได้ผลในการรักษา
- ยาเป็นสาเหตุของอาการผิดปกติอื่นๆ ระบุอาการ
- อื่นๆ กรุณาระบุเหตุผล

ภายหลังการรับประทานยาวาร์ฟารินหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มาวัน/เดือน/ปี

คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคุณ

บทสรุป

คุณ..... ค่ะ คุณทำได้ดีแล้วค่ะ ในวันนี้

ภายหลังสิ้นสุดโครงการวิจัยนี้ ดิฉันขอนัดหมายเพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา รวมถึงติดตามค่า INR ตามนัดหมายเดิมของแพทย์ คือวันที่เวลา..... นะคะ

อย่าลืมปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอด้วยนะคะ ขอขอบพระคุณอย่างยิ่งสำหรับเวลาที่มามีค่าของคุณในวันนี้ สวัสดีค่ะ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีความหมายดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการ
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจกับความรู้สึกของท่าน
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

| ข้อ | ข้อความ | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย |
|-----|---|----------|----------|-------------|
| 1. | การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามการรักษาของแพทย์ ทำให้โอกาสกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง | | | |
| 2. | การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดช่วยให้คุณภาพชีวิตท่านดีขึ้น | | | |
| 3. | การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดทำให้ท่านไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจที่เป็นอยู่ | | | |
| 4. | การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดช่วยให้ลิ้นหัวใจใหม่ทำงานได้อย่างปกติ | | | |
| 5. | การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดทำให้ไม่เกิดลิ้มเลือดอุดตัน | | | |



ภาคผนวก จ
สถิติที่ใช้ในการวิจัย และ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 11 คะแนน และเปอร์เซ็นต์คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยน
ลิ้นหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

| คู่ที่ | คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา กลุ่มควบคุม (n=23) | | | | คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา กลุ่มทดลอง (n=23) | | | |
|--------|--|------|-----------|------|---|------|-----------|------|
| | ก่อนทดลอง | % | หลังทดลอง | % | ก่อนทดลอง | % | หลังทดลอง | % |
| 1 | 30 | 75 | 33 | 82.5 | 32 | 80 | 34 | 85 |
| 2 | 25 | 62.5 | 30 | 75 | 37 | 92.5 | 37 | 92.5 |
| 3 | 32 | 80 | 30 | 75 | 40 | 100 | 40 | 100 |
| 4 | 24 | 60 | 29 | 72.5 | 27 | 67.5 | 39 | 97.5 |
| 5 | 40 | 100 | 40 | 100 | 34 | 85 | 38 | 95 |
| 6 | 36 | 90 | 36 | 90 | 36 | 90 | 40 | 100 |
| 7 | 30 | 75 | 31 | 77.5 | 35 | 87.5 | 39 | 97.5 |
| 8 | 32 | 80 | 30 | 75 | 22 | 55 | 40 | 100 |
| 9 | 27 | 67.5 | 25 | 62.5 | 31 | 77.5 | 40 | 100 |
| 10 | 24 | 60 | 23 | 57.5 | 28 | 70 | 32 | 80 |
| 11 | 32 | 80 | 35 | 87.5 | 29 | 72.5 | 40 | 100 |
| 12 | 35 | 87.5 | 35 | 87.5 | 25 | 62.5 | 28 | 70 |
| 13 | 31 | 77.5 | 29 | 72.5 | 33 | 82.5 | 36 | 90 |
| 14 | 26 | 65 | 31 | 77.5 | 28 | 70 | 28 | 70 |
| 15 | 40 | 100 | 36 | 90 | 39 | 97.5 | 40 | 100 |
| 16 | 30 | 75 | 26 | 65 | 39 | 97.5 | 39 | 97.5 |
| 17 | 29 | 72.5 | 32 | 80 | 32 | 80 | 36 | 90 |
| 18 | 29 | 72.5 | 29 | 72.5 | 32 | 80 | 40 | 100 |
| 19 | 40 | 100 | 40 | 100 | 35 | 87.5 | 40 | 100 |
| 20 | 28 | 70 | 33 | 82.5 | 30 | 75 | 36 | 90 |
| 21 | 40 | 100 | 40 | 100 | 28 | 70 | 40 | 100 |
| 22 | 31 | 77.5 | 32 | 80 | 33 | 82.5 | 40 | 100 |
| 23 | 28 | 70 | 29 | 72.5 | 21 | 52.5 | 40 | 100 |

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการ
รับประทานยาเมื่อคิดเป็นเปอร์เซ็นต์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง หรือเท่ากับ 21 คน มีเพียง 2 คน ที่มี
คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาเมื่อคิดเป็นเปอร์เซ็นต์อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่ม
ทดลองก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการ
รับประทานยาเมื่อคิดเป็นเปอร์เซ็นต์เท่ากับ 13, 9 และ 11 คน ตามลำดับ จากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ
23 คน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 12 คะแนน และการแปลคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

| คู่ที่ | คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด กลุ่มควบคุม (n=23) | | | | คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด กลุ่มทดลอง (n=23) | | | |
|--------|---|---------|---------------|---------|--|---------|---------------|-------|
| | ก่อน ทดลอง | แปลผล | หลัง ทดลอง | แปลผล | ก่อน ทดลอง | แปลผล | หลัง ทดลอง | แปลผล |
| 1 | 15 | สูง | 14 | สูง | 14 | สูง | 15 | สูง |
| 2 | 13 | สูง | 14 | สูง | 13 | สูง | 13 | สูง |
| 3 | 15 | สูง | 15 | สูง | 14 | สูง | 15 | สูง |
| 4 | 15 | สูง | 15 | สูง | 14 | สูง | 15 | สูง |
| 5 | 14 | สูง | 14 | สูง | 15 | สูง | 15 | สูง |
| 6 | 14 | สูง | 14 | สูง | 14 | สูง | 15 | สูง |
| 7 | 15 | สูง | 14 | สูง | 14 | สูง | 15 | สูง |
| 8 | 15 | สูง | 14 | สูง | 15 | สูง | 15 | สูง |
| 9 | 14 | สูง | 15 | สูง | 13 | สูง | 14 | สูง |
| 10 | 15 | สูง | 15 | สูง | 13 | สูง | 15 | สูง |
| 11 | 14 | สูง | 14 | สูง | 15 | สูง | 15 | สูง |
| 12 | 15 | สูง | 15 | สูง | 14 | สูง | 15 | สูง |
| 13 | 14 | สูง | 14 | สูง | 12 | ปานกลาง | 15 | สูง |
| 14 | 14 | สูง | 12 | ปานกลาง | 15 | สูง | 15 | สูง |
| 15 | 13 | สูง | 14 | สูง | 15 | สูง | 15 | สูง |
| 16 | 15 | สูง | 15 | สูง | 15 | สูง | 15 | สูง |
| 17 | 15 | สูง | 14 | สูง | 15 | สูง | 15 | สูง |
| 18 | 15 | สูง | 15 | สูง | 13 | สูง | 15 | สูง |
| 19 | 15 | สูง | 15 | สูง | 11 | ปานกลาง | 15 | สูง |
| 20 | 15 | สูง | 15 | สูง | 15 | สูง | 15 | สูง |
| 21 | 15 | สูง | 15 | สูง | 14 | สูง | 15 | สูง |
| 22 | 11 | ปานกลาง | 10 | ปานกลาง | 14 | สูง | 15 | สูง |
| 23 | 15 | สูง | 15 | สูง | 15 | สูง | 15 | สูง |

จากตารางที่ 12 พบว่า เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดซึ่งเป็นตัวแปรกำกับการทดลอง จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลองส่วนมากมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดสูงอยู่ก่อนแล้ว โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 13 - 15 คะแนน จำนวน 22 และ 21 คน ตามลำดับ และมีคะแนนระดับปานกลาง จำนวน 1 และ 2 คน ตามลำดับ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ภายหลังจากทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับสูง จำนวน 21 คน ระดับปานกลาง 2 คน ส่วนในกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ในระดับสูงทุกคน

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองทุกคนผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง 2 คน ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดและให้ทำแบบประเมินซ้ำอีกครั้งจนผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test (n=23)

| การรับรู้ประโยชน์การรับประทานยา ต้านการแข็งตัวของเลือด | \bar{X} | SD | df | t | p-value |
|---|-----------|------|----|-------|---------|
| กลุ่มทดลอง | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 2.80 | 0.28 | 22 | 3.94 | 0.001* |
| หลังการทดลอง | 2.97 | 0.09 | | | |
| กลุ่มควบคุม | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 2.88 | 0.20 | 22 | -1.16 | 0.257 |
| หลังการทดลอง | 2.84 | 0.23 | | | |

*p-value < .05

จากตารางที่ 13 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด กลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 2.80 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 2.97 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลอง แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.88 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเท่ากับ 2.84 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการ
รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการ
รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ
Independent t-test (n=23)

| การรับรู้ประโยชน์การรับประทานยา ต้านการแข็งตัวของเลือด | \bar{X} | SD | df | t | p-value |
|---|-----------|------|-------|-------|---------|
| หลังการทดลอง | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 2.97 | 0.09 | 28.62 | 2.497 | 0.019* |
| กลุ่มควบคุม | 2.84 | 0.23 | | | |

*p-value < .05

จากตารางที่ 14 พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา
ต้านการแข็งตัวของเลือดกลุ่มทดลอง เท่ากับ 2.97 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 2.84 และเมื่อนำมา
เปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนน
เฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดหลังการทดลองแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลุ่มที่
ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้
ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาล
ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05

แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จากการทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

N of Cases = 30

Scale Statistics

| Mean | Variance | Std. Deviation | N of Items |
|-------|----------|----------------|------------|
| 31.50 | 28.121 | 5.303 | 8 |

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Squared Multiple Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|------|----------------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| Adh1 | 26.63 | 27.620 | -.019 | .337 | .614 |
| Adh2 | 27.23 | 23.771 | .364 | .607 | .555 |
| Adh3 | 26.67 | 26.023 | .176 | .237 | .594 |
| Adh4 | 26.87 | 23.430 | .235 | .404 | .582 |
| Adh5 | 27.17 | 24.420 | .510 | .510 | .550 |
| Adh6 | 28.50 | 16.741 | .495 | .522 | .484 |
| Adh7 | 27.77 | 20.392 | .248 | .318 | .596 |
| Adh8 | 29.20 | 17.062 | .491 | .427 | .486 |

Reliability Coefficients 8 items

Alpha = .62 Standardized Items alpha = .644

แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จากการทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

N of Cases = 30

Scale Statistics

| Mean | Variance | Std. Deviation | N of Items |
|-------|----------|----------------|------------|
| 13.80 | 1.959 | 1.400 | 5 |

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Squared Multiple Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| per_bf1 | 11.17 | 1.316 | .358 | .144 | .661 |
| per_bf2 | 11.07 | 1.375 | .362 | .154 | .653 |
| per_bf3 | 11.07 | 1.237 | .519 | .283 | .577 |
| per_bf4 | 11.00 | 1.310 | .518 | .299 | .582 |
| per_bf5 | 10.90 | 1.541 | .428 | .206 | .632 |

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = .70 Standardized Items alpha = .712

ตารางที่ 15 แสดงการทดสอบการแจกแจงของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

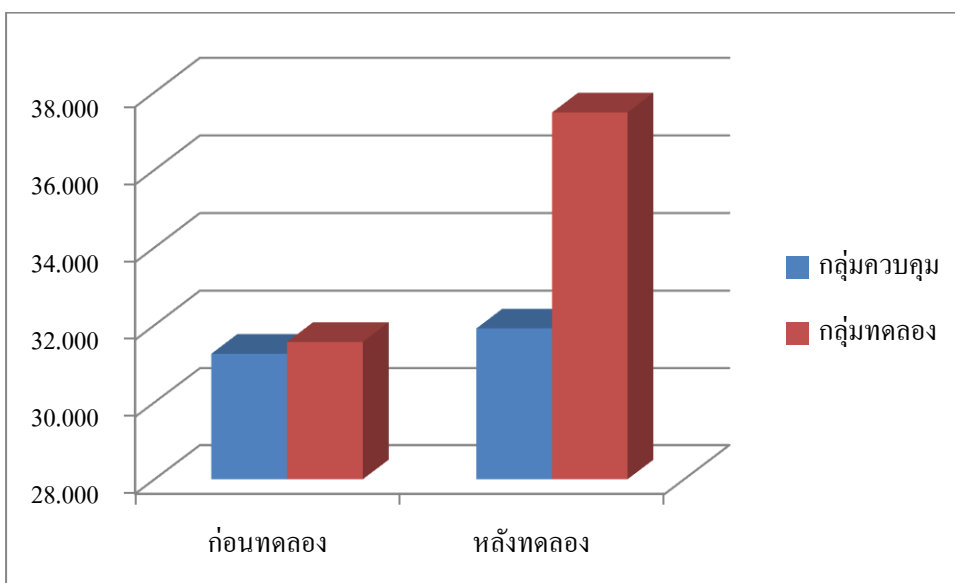
| | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม |
|----------------------------------|----------------|-------------|
| N | 23 | 23 |
| Normal Parameters ^{a,b} | Mean | 31.565 |
| | Std. Deviation | 5.1330 |
| Most Extreme Differences | Absolute | .099 |
| | Positive | .061 |
| | Negative | -.099 |
| Kolmogorov-Smirnov Z | .475 | .870 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .978 | .435 |

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

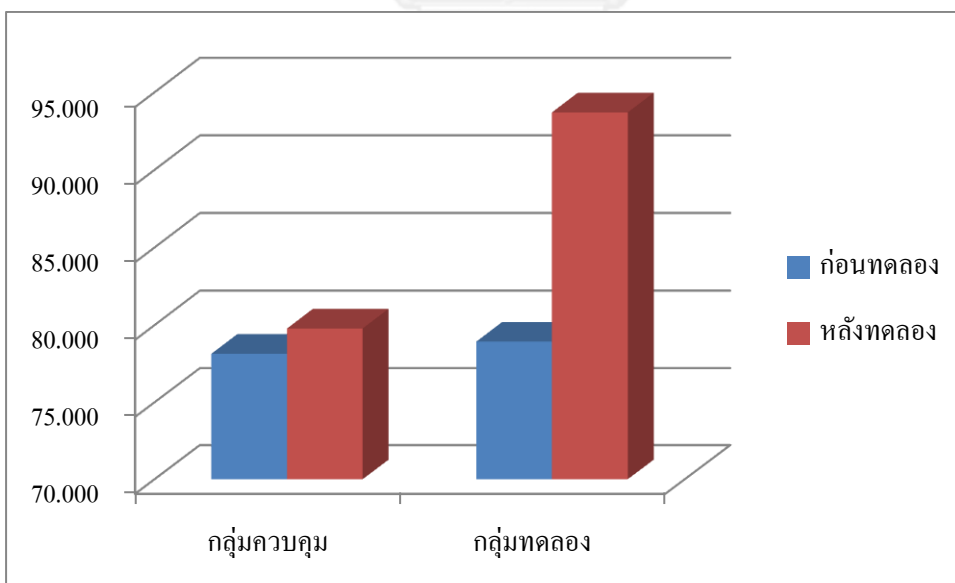
จากตารางที่ 15 พบว่า คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีการแจกแจงแบบปกติ

ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับปรึกษา (\bar{x})



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับปรึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ร้อยละคะแนนความร่วมมือในการรับปรึกษา (%)



ภาพที่ 3 เปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์คะแนนความร่วมมือในการรับปรึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอรกมล เพ็งกุล เกิดเมื่อวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2527 ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อปีการศึกษา 2551 และศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2554 ประสบการณ์ด้านวิชาชีพ ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เป็นระยะเวลา 4 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 – 2555 และปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล เลขที่ 33 ถนนสุขุมวิท ซอย 3 แขวงคลองเตย เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110 ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557 ถึงปัจจุบัน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY