



อิทธิพลการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิม
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

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

รูสนา มะราเมาะ
Rusna Maramoh

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

Prince of Songkla University

2567

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



อิทธิพลการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิม
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

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

รูสนา มะรามือะ

Rusna Maramoh

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing
Prince of Songkla University

2567

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์

อิทธิพลการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผู้เขียน

นางสาวรุสนา มะราเม๊ะ

สาขาวิชา

การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

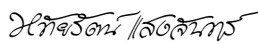
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ



Digitally signed : 2024.11.20 22:09:02 +07:00

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา)



Digitally signed : 2024.12.06 9:29:58 +07:00

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



Digitally signed : 2024.11.20 22:09:04 +07:00

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา)



Digitally signed : 2024.11.24 22:06:57 +07:00

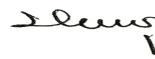
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)



Digitally signed : 2024.11.24 22:06:59 +07:00

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)



Digitally signed : 2024.12.06 15:04:11 +07:00

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตุนนท์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ



Digitally signed : 2024.12.17 13:01:45 +07:00

(ศาสตราจารย์ ดร. มิตรชัย จงเขียวชาญ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(3)

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มี
ส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....
Digitally signed : 2024.11.20 22:09:05 +07:00
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรธรณ กฤตย์ประชา)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ.....
Digitally signed : 2024.11.24 22:07:01 +07:00
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

นางสาวรุสนา มะราเมาะ
นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

นางสาวรุสนา มะราเมาะ
นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์

อิทธิพลการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิม

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผู้เขียน นางสาวรุสนา มะราเมาะ

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ปีการศึกษา 2567

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ 2) เพื่อศึกษาอำนาจของปัจจัยทำนายการรับรู้ความเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย และการรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลยะลา จำนวน 60 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของโคเฮน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ มี 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยด้านช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย ด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย ด้านผลกระทบจากการเจ็บป่วย ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และ 3) แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการ

สว่นขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า CVI แต่ละฉบับอยู่ในช่วง 0.84 - 0.93 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคแต่ละฉบับ อยู่ในช่วง 0.80 - 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter multiple regression analysis Analysis)

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสว่นขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยรวม อยู่ในระดับสูง ($M = 3.72$, $S.D = .21$) โดยพบว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\Delta R^2 = .245$, $F(5, 52) = 5.950$, $p < .05$ และมีปัจจัยด้านการรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ สามารถพยากรณ์ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสว่นขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนตัวแปรการรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย และการรับรู้ผลกระทบจากการความเจ็บป่วย ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัย สามารถใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาออกแบบพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถพัฒนาสื่อหรือช่องทางในการติดต่อการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการดูแลตนเอง การส่งเสริมสุขภาวะต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการการเจ็บป่วยและการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

คำสำคัญ: การรับรู้การเจ็บป่วย, ความร่วมมือในการรับประทานยา

Thesis Title	Influences of Illness Perception on Medication Adherence in Muslim Patients with Myocardial Infarction after Percutaneous Coronary Intervention
Author	Miss Rusna Maramoh
Major Program	Adult And Gerontological Nursing
Academic Year	2024

ABSTRACT

A Descriptive Study Objectives: To investigate the level of medication adherence among Muslim patients with myocardial infarction after undergoing coronary angioplasty. To explore the predictive power of illness perception factors—symptom perception, timeline or duration of illness, causes of illness, impact of illness, and treatment or symptom control perception—on medication adherence among Muslim patients with myocardial infarction after undergoing coronary angioplasty. Methodology: The sample consisted of 60 Muslim patients with myocardial infarction after undergoing coronary angioplasty, selected from the outpatient department of the Yala Cardiovascular Center using Cohen's formula and purposive sampling. The data collection instruments included: A general information questionnaire. A questionnaire on illness perception among Muslim patients with myocardial infarction after undergoing coronary angioplasty, divided into two parts: Part 1: A questionnaire on symptom perception related to myocardial infarction. Part 2: A questionnaire on perceptions of the timeline/duration of illness, causes of illness, impact of illness, and treatment or control of myocardial infarction symptoms.

A questionnaire on medication adherence among Muslim patients with myocardial infarction after undergoing coronary angioplasty. The content validity of the questionnaires was evaluated by three experts, with a CVI (Content Validity Index) ranging from 0.84 to 0.93. The reliability was tested using Cronbach's alpha, with

coefficients ranging from 0.80 to 0.81. Data were analyzed using descriptive statistics and Enter multiple regression analysis.

Results: The findings indicated that the participants had a high level of medication adherence overall ($M = 3.72$, $SD = 0.21$). Illness perception of myocardial infarction was found to be a significant predictor of medication adherence ($\Delta R^2 = .245$, $F(5, 52) = 5.950$, $p < .05$). Specifically, illness perception related to treatment or symptom control was a statistically significant predictor of medication adherence ($p < .05$). However, the variables of illness timeline/duration perception and illness impact perception were not statistically significant.

Conclusion: The results of this study can serve as valuable information for designing programs to promote medication adherence and self-care behaviors to prevent myocardial infarction. It is suggested to develop communication materials or channels to provide guidance on self-care and continuous health promotion, with the aim of reducing illness recurrence and the rate of myocardial infarction.

Keywords: Illness perception, Medication adherence

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความตั้งใจของผู้วิจัย โดยได้รับความอนุเคราะห์และคำชี้แนะเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรุวรรณ กฤตย์ประชา ที่ได้สละเวลาในการให้คำปรึกษา ตลอดจนชี้แนะและเสนอแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขข้อบกพร่องตลอดการทำวิทยานิพนธ์ อีกทั้งยังคอยสนับสนุนและให้กำลังใจ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทาง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เกศษกรหญิงอารยา สุวรรณวงศ์ เกศษกรชำนาญการ โรงพยาบาลยะลา และพว.วชิรญาณ วัฒนศิริวิณิช พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลยะลา ที่เสียสละเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และขอขอบคุณเป็นอย่างสูง สำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ และญาติของผู้ป่วยที่เสียสละเวลาให้ความร่วมมือ ในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลยะลาที่สนับสนุนทุน ส่งเสริมพัฒนาบุคลากรทาง การแพทย์ และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนการทำวิจัยเพื่อ วิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ หัวหน้าหอผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลยะลา ที่ให้การสนับสนุน และให้กำลังใจในการศึกษาตลอดมา

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณ บุคคลในครอบครัว บิดา มารดา พี่ และน้องที่เป็นกำลังใจ และเป็นแรงสนับสนุนที่ดีตลอดในการศึกษา รวมถึงเพื่อนร่วมรุ่นทุกคน ที่เป็นกัลยาณมิตรที่ดี คอยช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

รุสนา มะราเมาะ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTARCT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
ความสำคัญของงานวิจัย.....	7

บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	9
พยาธิสภาพโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	9
ปัจจัยเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	11
อาการทางคลินิกโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	13
การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	14
การรักษาเบื้องต้นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	15
การรักษาด้วยการฉีดสเตรนขยายหลอดเลือดหัวใจ.....	16
การรักษาด้วยยาหลังการฉีดสเตรนขยายหลอดเลือดหัวใจ.....	17
การป้องกันการเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	19
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย.....	20
การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	21
การประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย.....	23
แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา.....	26
แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา.....	29

สรุปบททวนวรรณกรรม.....	31
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	38
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล.....	40
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	41
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย.....	44
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	45
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา.....	48
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายต่อความร่วมมือในการรับประทานยา.....	50
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา.....	51
อภิปรายผล.....	52
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	55
ข้อเสนอแนะ.....	55
บรรณานุกรม.....	59
ภาคผนวก.....	66
ภาคผนวก ก. การทดสอบสมมติฐาน.....	67
ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	70
ภาคผนวก ค. หนังสือรับรองอนุญาตเก็บข้อมูล.....	79
ภาคผนวก ง. ใบพิทักษ์สิทธิ์.....	82
ภาคผนวก จ. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	86
ภาคผนวก ฉ. ประวัติผู้เขียน.....	87

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายถือว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญยิ่งทั้งในระดับโลก โดยจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2567 พบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์ทำให้เกิดการเสียชีวิตสูงสุดทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น 17.9 ล้านคนในแต่ละปี และหนึ่งในสามของการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดในวัยผู้ใหญ่โดยมากจะพบในกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี (World Health Organization, 2024) สำหรับในประเทศไทย อัตราการสูญเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI จำนวน 35,664 ราย และในปี พ.ศ. 2566 พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 38,390 ราย โดยในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ พบผู้ป่วยดังกล่าวมากถึง 187 ราย ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากถึง 31 ราย (ร้อยละ 17) ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในปัจจุบันนี้มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว และได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น เช่น การฉีดสตีเพื่อสวนหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ซึ่งเป็นกระบวนการเปิดเส้นเลือดที่ตีบหรือตันผ่านการทำบอลลูนหรือการใส่ขดลวดตาข่าย (Ciffone & Dokken, 2017; เกรียงไกร, 2555) การรักษาวิธีนี้ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ซึ่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตและสถานะแทรกซ้อนรวมถึงลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว มีอัตราการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 3.1 (Sim et al., 2012) แม้ว่าการรักษาด้วยวิธีการฉีดสตีและสวนขยายหลอดเลือดหัวใจจะมีประสิทธิภาพเพียงใด แต่การรักษาดังกล่าวยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับเป็นซ้ำได้หลังการรักษาได้ (Johansson, Rosenren, Young, & Jennings, 2017) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใส่ใจดูแลตนเองที่ดีขึ้น เช่น มีความร่วมมือในการรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายหรือบริหารร่างกาย และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เป็นต้น (Ibanez et al., 2018) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาที่กำหนดมีผลต่อการรักษา และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (ดวงกมล, 2560) หลังการฉีดสตีสวนขยายหลอดเลือดหัวใจนั้น ผู้ป่วยยังต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูร่างกาย และ

จิตใจหลังการรักษาโดยเฉลี่ยประมาณ 16 สัปดาห์ (Kahkonen et al., 2017) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยในรายที่มีการรับรู้เข้าใจถึงความภัยเสี่ยง และโอกาสในการกลับเป็นมาซ้ำของโรค อาจมีผลให้ความกังวลและไม่มั่นใจในการตัดสินใจรักษา ซึ่งอาจทำให้คุณภาพชีวิตหลังการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไป (Steptoe et al., 2011)

ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์เป็นหน้าที่และบทบาทสำคัญของวิชาชีพพยาบาลที่ต้องช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาและความจำเป็นของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งหากเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาและปฏิบัติได้อย่างดี จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (ฐานิชนาณ, 2553) อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือในการรับประทานยาหลังได้รับการสวณขยายหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มลดลง เมื่อเวลาผ่านไปหลังการรักษา 6-12 เดือน (Pinnarelli L, 2015) ดังนั้นการเน้นย้ำถึงประโยชน์และอุปสรรคของการรับประทานยา จะช่วยให้เกิดความร่วมมือได้ดียิ่งขึ้น

สำหรับในบริบทของประเทศไทย ส่วนใหญ่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 61 โดยปัจจัยที่ส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและทักษะหรือรูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (วิภาภรณ์, 2560) นอกจากนี้ การรักษาในพื้นที่ที่ขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์หรือโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือไม่เพียงพอ ก็ยังเป็นความท้าทายในการดูแลพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เนื่องจากในบริบทพื้นที่ดังกล่าวมีลักษณะความเชื่อวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในการให้ความร่วมมือรับประทานยา

การรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งตามแนวคิดของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal & Cameron, 1987; Leventhal et al., 1997) ได้เสนอว่าการตอบสนองของบุคคลต่อการเจ็บป่วยจะขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ และการจัดการกับสิ่งนั้นๆ การรับรู้ความเจ็บป่วยที่ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ด้านระยะเวลาหรือช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย ด้านผลกระทบจากการเจ็บป่วย ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค การรับรู้เหล่านี้จะมีผลต่อการพิจารณาตัดสินใจในการดูแลรักษาตนเอง รวมถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อรักษาอาการที่เกิดขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ของตนเองมีการเจ็บป่วยขั้นรุนแรง มักจะให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองโดยเฉพาะการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพิ่มขึ้น ในทางกลับกันหากมีการรับรู้ที่ตนเองมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย จะให้ความ

ร่วมมือในการดูแลตนเองลดลง (Platt, 2014) ในขณะที่การรับรู้ด้านระยะเวลาการเกิดของโรคยังมีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือต่อการรับประทานยา เช่นเดียวกับความจำเป็นในการใช้ยาต่อเนื่อง ซึ่งมีผลอย่างมากต่อการรักษาผู้ป่วย (ศักดิ์นรินทร์, 2552; ยศพล, 2556) นอกจากนี้ การตระหนักถึงบทบาทของยาในการป้องกันความรุนแรงของโรคสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน (ปิ่นทอง, 2559) ดังนั้น การเข้าใจการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญในการให้ความร่วมมือในการรักษา และการรับประทานยา โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่อาจมีการรับรู้ถึงอาการของโรค และความจำเป็นในการรักษาที่แตกต่างกัน ความเชื่อทางศาสนาอิสลามมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการร่วมมือในการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิม โดยเฉพาะการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และการได้ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากหลักการศรัทธาของศาสนาอิสลามที่เชื่อว่า "ทุกสิ่งเป็นการกำหนดของอัลลอฮ์" รวมถึงการเจ็บป่วยและการหายจากโรค ซึ่งถือเป็นการทดสอบศรัทธาและความยึดมั่นในหลักการของอิสลาม (คุรซิด, 2541) หลักการนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมุสลิม มักเชื่อว่าการรักษาทางการแพทย์เป็นเพียงวิธีหนึ่งในการดูแลร่างกายตามที่พระเจ้ากำหนดและมักให้ความสำคัญกับการรักษาทางด้านจิตวิญญาณควบคู่กับการรักษาร่างกาย (สมาคมจันทร์เสี้ยว, 2552)

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมุสลิมสูงอายุ ที่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น อาการแพ้หรือไอ อาจเลือกที่จะไม่รายงานอาการเหล่านั้นหรือหยุดการรับประทานยาและหันไปใช้การรักษาทางเลือกอื่น เช่น การรักษากับหมอบ้านหรือใช้ยาสมุนไพรแทน (เกสัชกรรม, 2556) การรักษาทางเลือกเหล่านี้อาจเกิดจากความเชื่อที่ว่าสุขภาพจิตวิญญาณมีความสำคัญมากกว่าการพึ่งพาการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว (ศศิกาญจน์, 2557) ในกรณีของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องถือศีลอดในเดือนรอมฎอน พบว่า ผู้ป่วยมักจะปรับเวลาการรับประทานยาเอง เช่น ใช้น้ำในช่วงมือสละและมือเย็นหลังละศีลอด หรืออาจตัดมือกลางวันออกไป (จิตรลดา, 2540) การปรับตัวเช่นนี้แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของศาสนาอิสลามในการกำหนดพฤติกรรมการรักษาและการรับประทานยาของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจยังไม่มีอย่างชัดเจน จึงเล็งเห็นความสำคัญในการทำความเข้าใจที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และสามารถนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยมุสลิมเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย รวมถึงการวาง

แผนการพยาบาลเพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และติดตามการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรับประณายาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาอำนาจของปัจจัยทำนายการรับรู้ความเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย และการรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ ต่อความร่วมมือในการรับประณายาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

คำถามการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรับประณายาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ระดับใด
2. การรับรู้ความเจ็บป่วยสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประณายาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจได้หรือไม่ในระดับใด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1997; Leventhal & Cameron, 1987) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยและ ความร่วมมือในการรับประณายาในผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ แนวคิดนี้ช่วยอธิบายว่า การรับรู้และการตอบสนองของบุคคลต่อภาวะความเจ็บป่วยมีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ป่วยจะผ่านกระบวนการรับรู้และตอบสนองที่เกิดจากการประสบกับโรคที่คุกคามชีวิตผ่าน 3 ระยะ ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วย, การเผชิญปัญหา, และการประเมินผล ซึ่งในแต่ละระยะจะมีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลรักษาตัวเองและการร่วมมือในการรักษา

ในส่วนของการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยสนใจศึกษาในระยะที่ 1 หรือ "การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย" ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลแปลผล และให้ความหมายกับอาการและอาการแสดงของโรค โดยพิจารณาจาก 5 ด้านหลัก คือ

อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย: การประเมินด้านการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

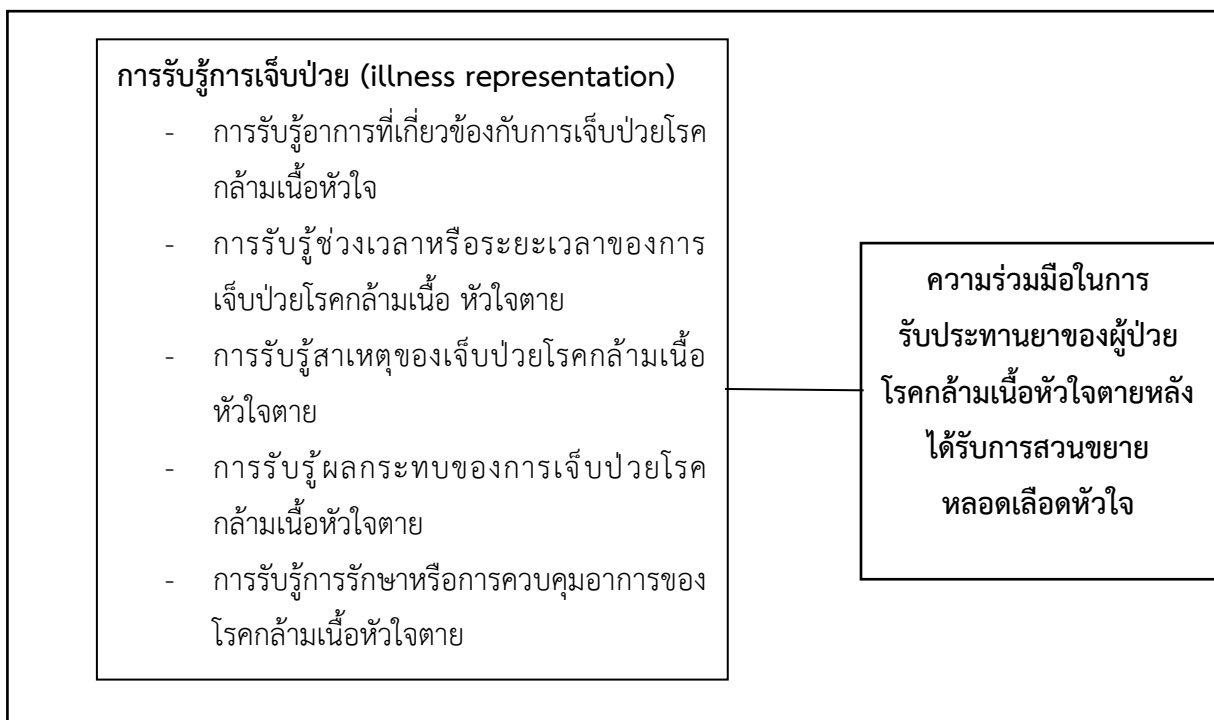
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย: การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับระยะเวลาของการเกิดโรค

สาเหตุของการเจ็บป่วย: การประเมินความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค

ผลกระทบจากการเจ็บป่วย: การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากโรค

การรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค: การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมโรค

โดยการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยและความร่วมมือในการรับประทานยา จะใช้แบบสอบถาม "The Illness Perception Questionnaire (IPQ)" ของ Weinman (1996) ร่วมกับคำถามปลายปิดเพื่อเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยมุสลิมที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาจะช่วยทำความเข้าใจถึงอิทธิพลของการรับรู้ความเจ็บป่วยที่มีต่อพฤติกรรม การรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยมุสลิม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนากลยุทธ์การดูแลและส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยดังกล่าว



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

นิยามศัพท์

1. การรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึง ความเข้าใจต่อสิ่งที่เกิดขึ้นภายในและภายนอกร่างกายของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งการได้รับข้อมูลจากบุคคลที่ได้รับความน่าเชื่อถือที่มีความสามารถเฉพาะทางด้านนั้น ๆ ทำให้บุคคลนั้นเข้าใจได้มากขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การรับรู้ผลกระทบจากการความเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2. ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมอันเกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อการรักษาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ตามคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัดเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ทั้งในด้านการบริหารยาตามเวลา การไม่ขาดยา รวมถึงการเฝ้าระวังอาการผิดปกติหลังจากได้รับการรักษาด้วยยา

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายอิทธิพลการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เก็บข้อมูลในผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจหลังจำหน่าย 1 เดือน ที่มารับบริการ ณ ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลยะลา ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง มีนาคม 2567

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีความสำคัญและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติได้อย่างมาก โดยเฉพาะในการช่วยพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ด้วยการเน้นการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในบริบททางศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย

ผลจากการศึกษาอาจช่วยให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถปรับวิธีการให้คำแนะนำและการสนับสนุนที่เหมาะสมกับความเชื่อและความเข้าใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะในด้านการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของโรค รวมถึงการรักษาและการควบคุมอาการ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมุสลิมมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคและการลดอัตราการเสียชีวิต

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจและรับรู้ถึงความสำคัญของการรักษาอย่างถูกต้องจะช่วยเพิ่มความเข้าใจในกระบวนการรักษาและส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นและผลลัพธ์ที่ดีกว่าในการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการทำการศึกษาอิทธิพลการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประชนยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาทำการค้นคว้าแนวคิดจากเอกสารตำรา วารสาร บทความรวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและการฉีดสีสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.1 ความหมายโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 - 1.2 พยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 - 1.4 อาการทางคลินิกของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 - 1.5 การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 - 1.6 การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 - 1.7 แนวทางการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (Reperfusion therapy)
 - 1.7.1 การรักษาด้วยวิธีการฉีดสีสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous coronary intervention: PCI)
 - 1.7.2 แนวทางการรักษาด้วยยาหลังการฉีดสีสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.8 แนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ
 - 2.1 แนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วย
 - 2.2 การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 - 2.3 การประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย
3. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

- 3.1 แนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา
- 3.2 แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการฉีกฉีกส่วนขยายหลอดเลือดหัวใจ

ความหมายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มอาการหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute coronary artery syndrome) เกิดจากการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดหัวใจ หรือเกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงโคโรนารีในหัวใจ (Atherosclerosis) ซึ่งอาจมีการฉีกขาดหรือปริแตกบริเวณผนังส่วนด้านในของหลอดเลือดเสื่อมสภาพอย่างเฉียบพลัน (Plaque rupture, disruption) ส่งผลให้มีรอยปริ (raw surface) ที่ผนังด้านในของหลอดเลือด จากนั้นเกล็ดเลือดจะรวมตัวกันอย่างรวดเร็ว (Platelet aggregation) บริเวณที่เกิดการฉีกขาดหรือปริแตก ก่อนจะนำไปสู่การก่อตัวของจำนวนลิ่มเลือด (Thrombus formation) อย่างเฉียบพลัน ในบริเวณดังกล่าว หากมีลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดบางส่วน (Partial occlusion) ส่งผลให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจในบางส่วนได้ และทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่คงที่ (Unstable angina) ซึ่งอาจมีกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือไม่ก็ได้ ขึ้นอยู่กับการอุดตันของเลือด แต่หากเกิดการอุดตันหลอดเลือดโดยสมบูรณ์ (Complete occlusion) ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) (วิไล และสุริพร, 2553)

พยาธิสภาพโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นเกิดจากการเสื่อมแข็งของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่หัวใจ (Development of Atherosclerosis) เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (สุรพันธ์ และคณะ, 2551) ได้แก่

- **ระยะที่ 1:** ระยะไขมันสะสมหรือคราบไขมันสีเหลือง (Fatty streak) ประกอบด้วยเซลล์มาโครฟาจ (Macrophages) และเซลล์ของกล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle cells) สะสมที่

บริเวณผนังชั้นในของหลอดเลือด (Intima) คราบไขมันนี้ไม่ก่อให้เกิดการหยุดชะงักของการไหลเวียนเลือดจึงยังไม่มีอาการแสดง

- **ระยะที่ 2:** Fibrous plaque หรือ Mature plaque ระยะนี้เกิดการสะสมของคราบไขมันจำนวนมาก และมี Extracellular lipid core ที่แทรกอยู่ใน Smooth muscle cells, Macrophages, และ foam cells จนกลายเป็น plaque ที่มีสีเหลืองเทาติดอยู่ที่ผนังหลอดเลือด ชั้นใน คราบไขมันนี้ประกอบด้วย Collagen และ Smooth muscle cells ที่กระตุ้นการหลั่งสารเช่น Fibrin, Fibrinogen, Albumin, เม็ดเลือดขาว, แคลเซียม และ Lipoprotein
- **ระยะที่ 3:** Ruptured plaque หรือ Complicated plaque เมื่อคราบไขมันมีขนาดหรือปริมาตร จะกระตุ้นให้เกิดเลือดที่มี Glycoprotein IIb/IIIa receptors จับกับ Fibrinogen และทำให้เกิดเกล็ดเลือดเกาะกลุ่มกัน ก่อตัวเป็นลิ่มเลือดโดยมีลักษณะขนาดใหญ่ ทำให้เกิดการอุดตันในหลอดเลือดแดงโคโรนารี นำไปสู่อาการของกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เช่น Unstable angina (UA), Non-ST-Elevated Myocardial Infarction (NSTEMI), และ ST-Elevated Myocardial Infarction (STEMI) ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับชนิดของลิ่มเลือดที่ทำให้เกิดการอุดตัน หากลิ่มเลือดอุดตันไม่สมบูรณ์ จะทำให้การไหลเวียนของเลือดแดงโคโรนารีลดลง ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก แต่หากเกิดการอุดตันสมบูรณ์ จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งอาจนำไปสู่การสูญเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ, ภาวะหัวใจวาย, และภาวะช็อกได้

กลไกการเกิดการปริแตกของคราบไขมัน (Plaque rupture) ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่น่าจะเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงและการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดที่ตีบแคบและแข็ง นอกจากนี้ยังอาจเกี่ยวข้องกับการมีลิ่มเลือด (Thrombus) และภาวะ Hypercoagulability ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดรอยปริแตก (Plaque fissuring and disruption rupture) (วิไล และสุริพร, 2553) โดยมีปัจจัยเสี่ยงประกอบ ได้แก่:

1. การกระตุ้นของมาโครฟาจและเซลล์มาสต์ (mast cells) บริเวณคราบไขมันที่มีรอยกร่อน
2. การมีเอนไซม์กลุ่ม metalloproteinase เช่น collagenase, gelatinase, และ stromelysin ซึ่งย่อยส่วนประกอบของ extracellular matrix
3. ปัจจัยเสริมอื่น ๆ เช่น ความตึงตัวของหลอดเลือดจากความดันโลหิต systolic สูง, coronary vasomotor tone, จำนวนอัตราการเต้นหัวใจเร็วขึ้น (tachycardia), การฉีกขาดของหลอดเลือด

เลือดฝอย นอกจากนี้ยังรวมถึงระดับ plasma cortisol และ plasma epinephrine ที่แปรผันตามช่วงเวลา

ปัจจัยเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดจากพยาธิสภาพในหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary arteries) ซึ่งมีการตีบแข็งอันเนื่องมาจากการสะสมของคราบไขมันที่ผนังด้านในของหลอดเลือดแดง ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมก่อตัวของไขมันในผนังหลอดเลือดสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ และปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (เสาวนีย์, 2552)

ปัจจัยที่ควบคุมได้ ได้แก่

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่เลี้ยงหัวใจเกิดการตีบแข็งอันเนื่องมาจากการสะสมของคราบไขมันในผนังหลอดเลือด ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่:

1. **ความดันโลหิตสูง:** เกิดจากการที่หัวใจบีบตัวส่งเลือดแรงไปยังหลอดเลือด ส่งผลให้แรงดันที่ผนังหลอดเลือดสูงขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีคราบไขมันพอกพูนจนหลอดเลือดตีบแข็ง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่าและมีความเสี่ยงเสียชีวิตสูงขึ้นด้วย (ปรีชา, 2551)
2. **ระดับไขมันในเลือดสูง:** ไขมันชนิด LDL-C ที่มีระดับสูงเป็นสาเหตุหลักในการก่อให้เกิดการอักเสบและการสะสมคราบไขมันในหลอดเลือด HDL-C ที่สูงกว่า 45 มก./ดล. จะช่วยลดความเสี่ยงการเกิดภาวะนี้ การเพิ่ม HDL-C ทำได้ด้วยการออกกำลังกายและลดน้ำหนัก (ปรีชา, 2551; WHO, 2010)
3. **การสูบบุหรี่:** สารนิโคตินในบุหรี่กระตุ้นให้หัวใจทำงานหนักและความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่า 2 เท่าและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ (Bjartveit & Tredal, 2005; He et al., 1999)
4. **เบาหวาน:** โรคเบาหวานทำให้การเผาผลาญไขมันผิดปกติ ส่งผลให้เกิดการสะสมไขมันในหลอดเลือดและเพิ่มความเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเฉพาะในเพศหญิง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 หรือ 2 เสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง 2-3 เท่า (WHO, 2010)
5. **ความอ้วน:** ผู้ที่มีไขมันสะสมบริเวณหน้าท้องและค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เกิน 22.9 กก./ตร.ม. ในคนเอเชียถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น การควบคุมน้ำหนักและไขมันในเลือดจะช่วยลดความเสี่ยง

6. **การควบคุมความเครียด:** ความเครียดเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานหนักขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดมีโอกาสเกิดการตีบและแข็งได้ บุคคลที่มีความเครียดมากนั้นจะมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจเพิ่มขึ้น การจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญ เช่น การฝึกการหายใจลึก ๆ การทำสมาธิ การพักผ่อนให้เพียงพอ การทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เช่น การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมที่ชอบ เพื่อให้ความเครียดลดลง และหัวใจสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
7. **การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ:** การออกกำลังกายช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและออกซิเจนไปยังอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งหัวใจ ทำให้หัวใจและหลอดเลือดสุขภาพดี ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การออกกำลังกายที่เหมาะสมควรเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น เช่น การเดินเร็ว ว่ายน้ำ หรือปั่นจักรยานอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3-5 วัน
8. **การนอนหลับที่เพียงพอ:** การนอนหลับมีบทบาทสำคัญในการซ่อมแซมและฟื้นฟูระบบต่าง ๆ ในร่างกาย รวมถึงการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด การนอนหลับที่ไม่เพียงพออาจทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติเสียสมดุล ส่งผลต่อการบีบตัวของหัวใจและความดันโลหิต หากนอนไม่พอเป็นระยะเวลานาน อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจได้ ควรนอนอย่างน้อย 7-8 ชั่วโมงต่อคืน เพื่อให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้อย่างสมบูรณ์

การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มีความสำคัญในการลดโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตควบคู่ไปกับการตรวจสุขภาพเป็นประจำจะช่วยให้สามารถเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น

ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้

1. **เพศและอายุ:** การเพิ่มขึ้นของอายุนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมสภาพของร่างกาย โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ทำงานลดลง เป็นผลให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นตามอายุ ในผู้หญิง ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) มีผลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้หญิงก่อนวัยหมดประจำเดือนจะมีความเสี่ยงต่ำกว่า อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงที่หมดประจำเดือนเร็ว (อายุต่ำกว่า 40 ปี) จะมีความเสี่ยงสูงขึ้นเมื่อเทียบกับผู้หญิงที่หมดประจำเดือนตามปกติหรือช้ากว่า นอกจากนี้ ผู้หญิงที่ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนตั้งแต่อายุยังน้อยมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้นถึง 7 เท่า เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนมีบทบาทในการเผาผลาญไขมัน ลดการอักเสบ ส่งเสริมการ

แข็งตัวของเลือด และกระตุ้นการขยายตัวของหลอดเลือดผ่านตัวรับแอลฟาและเบต้าในผนังหลอดเลือด (Maas & Appelman, 2010) ในผู้ชายพบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายสูงกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป และรองลงมาคือกลุ่มอายุ 50-59 ปี (กรมควบคุมโรค, 2554)

2. **กรรมพันธุ์:** ประวัติครอบครัวที่เกี่ยวข้องทางสายเลือด หรือมีบุคคลเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มความเสี่ยงของโรคในบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว ความเสี่ยงนี้ยังเพิ่มสูงขึ้นหากมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ประกอบกัน

อาการทางคลินิกโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี มีอาการทางคลินิกแบ่งเป็น 3 ชนิด คือ (วิไล และสุริพร, 2553)

1. Stable angina (เจ็บหน้าอกคงที่) คือ ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เปลี่ยนแปลงภายในระยะเวลา 2 เดือน โดยอาการจะเกิดขึ้นเมื่อมีการออกกำลังกายหรือเครียด แต่จะบรรเทาเมื่อได้หยุดพักหรือใช้ยาที่แพทย์สั่ง

2. Unstable angina (เจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่) มีการเจ็บหน้าอกขณะพักผ่อน (rest angina) คือ ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นใหม่ และมีความรุนแรง (new onset severe angina) น้อยกว่า 2 เดือน รวมถึงอาการเจ็บหน้าอกที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับอาการเดิม (increasing angina) ทำงานออกกำลังกายได้น้อยลง เจ็บหน้าอกนานขึ้น รุนแรงมากขึ้น และเจ็บหน้าอกถี่ขึ้น

3. Acute coronary syndrome (ACS) กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีอาการและการแสดงดังนี้

- 3.1 เจ็บหน้าอกแบบ angina pectoris หรือ เจ็บหน้าอกขณะพักผ่อนนาน 20 นาที หรือมากกว่า (พบร้อยละ 80) เจ็บหน้าอกครั้งใหม่ซึ่งเจ็บรุนแรง หรือเจ็บหน้าอกรุนแรงมากกว่าที่เคยเจ็บ (พบร้อยละ 20)

- 3.2 ตรวจร่างกายส่วนมากไม่พบความผิดปกติ แต่อาจตรวจพบอาการแสดงอื่นๆ ที่ผิดปกติได้ เช่น ฟังได้ Heart sound gallop หรือ murmur เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมักมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย อาการเจ็บแน่นหน้าอกชนิดแองไจน่า (angina pectoris) เป็นอาการเฉพาะที่พบในโรคนี้ โดยผู้ป่วยจะรู้สึกแน่นเหมือนถูกกดทับบริเวณหน้าอกด้านซ้าย และอาจเจ็บร้าวไปยังแขนซ้าย กราม หรือลำคอได้ อาการนี้มักเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยพักหรือออกแรงเล็กน้อย และจะเป็นอยู่นานกว่า 15-20 นาที ในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาการอาจรุนแรงและถี่ขึ้น นอกจากนี้ อาจมีอาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม เหงื่อออกมาก ใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ และในบางกรณีอาจเกิดภาวะช็อกร่วมด้วย (เกรียงไกร, 2555)

อาการร่วมอื่นที่พบได้บ่อย ได้แก่ เหงื่อแตก คลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกเหมือนอาหารไม่ย่อย อาจหมดสติ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมาด้วยอาการ anginal equivalents เช่น เหนื่อยง่าย แน่นบริเวณลิ้นปี่ ซึ่ม หรือหมดสติจากความดันโลหิตต่ำ หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ และพบว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิตก่อนจะมาถึงโรงพยาบาล (Stegpg, at, al. 2012)

การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นส่วนสำคัญในการช่วยพยากรณ์โรคและความรุนแรงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้วิธีการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram, ECG) และการเจาะเลือดเพื่อตรวจค่า Biochemical markers เป็นการการยืนยันให้แน่ชัดโดยบุคลากรทางการแพทย์

First medical contact (FMC) หมายถึง ผู้พบเห็นเหตุการณ์คนแรก ณ จุดแรกที่พบผู้ป่วย โดยอาจเป็นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ หรือผู้ที่สามารถแปลผล ECG และทำ Defibrillation ได้

การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย STEMI diagnosis

การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้วิธีการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram, ECG) ที่บ่งชี้ถึงภาวะหัวใจขาดเลือด ได้แก่

1. Hyper Acute Myocardial injury T wave จะมีลักษณะเป็น Peak T wave ฐานของ T wave กว้างใน lead ที่มีการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ จะพบในระยะแรกเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ต่อมาจึงเกิด ST elevation
 2. ST elevation มากกว่า 0.1 mm ใน limb lead หรือ 0.2 mm ใน Chest lead อย่างน้อย 2 leads ติดกัน
 3. มี New or Presumably new ST segment ยกขึ้น หลัง J point หรือ Depression หลัง J point ใน 2 leads ติดกัน หรือที่รวมกันใน lead II, III, aVF
 4. มี New Q wave กว้างอย่างน้อย 30 milliseconds เกิดขึ้นร่วมกับ ST elevation ได้
 5. มี T wave inversion แบบ symmetrical
 6. การบอกตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยดูว่ามี Ischemic changes อยู่ใน lead ใดของ 12 lead ดังนี้
 - 6.1 Extensive anterior wall พบการเปลี่ยนแปลงใน Lead V1-V5 หรือ 6
 - 6.2 Anteroseptal wall พบการเปลี่ยนแปลงใน Lead V1-V4 หรือ V1-V3
 - 6.3 Anterolateral wall พบการเปลี่ยนแปลงใน Lead I, aVL และ V4-V6
 - 6.4 Inferior wall พบการเปลี่ยนแปลงใน Lead II, III, aVF
 - 6.5 Posterior wall พบการเปลี่ยนแปลงมุมกลับ (Reciprocal change) คือ พบ ST depression และ T wave หัวตั้งใน Lead V1-V5 หรือ V6
- เวลาที่ใช้การวินิจฉัยว่าเป็น STEMI จาก ECG จะเริ่มนับเวลาเป็นศูนย์ (0) ในปัจจุบันใช้คำว่า STEMI diagnosis to fibrinolysis or wire crossing time แทนคำว่า Door to needle และ Door to balloon

การรักษาเบื้องต้นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การรักษาเบื้องต้นจะมุ่งเน้นที่การลดอาการเจ็บหน้าอกและบรรเทาความกังวล โดยไม่แนะนำให้ออกซิเจนในผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากออกซิเจนอาจเพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดหัวใจส่วนปลาย ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต ควรให้ออกซิเจนเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 90 ($\text{SaO}_2 < 90$) หรือ $\text{PaO}_2 < 60$ มม.ปรอท (แฉ่ม

จันทร, 2564) สำหรับการลดอาการเจ็บหน้าอก อาจให้ยาในกลุ่ม Opioid ทางหลอดเลือดดำ เช่น Morphine ในบางรายที่มีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง สามารถให้ยาคลายกังวล เช่น ยากลุ่ม Benzodiazepine ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้

หลังจากการรักษาเบื้องต้นแล้ว ควรให้การรักษาที่รวดเร็วโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ เช่น การทำ Primary PCI (Percutaneous Coronary Intervention) หรือการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อจำกัดขอบเขตของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย รวมถึงลดผลแทรกซ้อนและอัตราการตายให้น้อยที่สุด (แจ่มจันทร, 2564)

การรักษาด้วยการฉีดสียเพื่อสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ แบ่งได้ 4 ประเภท

การสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดแล้วแต่ไม่สามารถเปิดหลอดเลือดได้สำเร็จ (Unsuccessful fibrinolysis) มีหลายประเภท ขึ้นอยู่กับเวลาที่ทำการสวนขยายและสถานการณ์ของผู้ป่วย ดังนี้:

1. **Rescue PCI:** การสวนขยายหลอดเลือดหัวใจภายใน 12 ชั่วโมงหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดในกรณีที่ไม่สามารถเปิดหลอดเลือดได้สำเร็จ โดยสามารถวินิจฉัยจากอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่ไม่ทุเลาลงและการพบ ST elevation ในคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG).
2. **Facilitated PCI หรือ Immediate PCI:** การสวนขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีการวางแผนในเวลา 90-120 นาทีหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยไม่จำเป็นต้องประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำว่าหลอดเลือดหัวใจเปิดหรือไม่.
3. **Delayed Routine PCI:** การสวนขยายหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดแต่ยังคงพบ ST elevation ที่ลดลงน้อยกว่าครึ่งหนึ่งและผู้ป่วยยังคงมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก.
4. **Delayed PCI:** การสวนขยายหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด หรือไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและไม่ได้รับการสวนขยายหลอดเลือดในช่วง 2-3 วันหลังจากเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยจะพบการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจอยู่.

การสวนขยายหลอดเลือดหัวใจสามารถทำได้ผ่าน 2 ตำแหน่งหลัก:

- **ผ่านหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ (Femoral artery):** การทำหัตถการผ่านทางขาหนีบโดยการแทงเข็มเข้าหลอดเลือดแดงขาหนีบ และหลังการทำหัตถการเสร็จสิ้น แพทย์จะทำการดึง

เข็มออกแล้วกดบริเวณนั้นประมาณ 10-15 นาที เพื่อหยุดเลือดไหล ผู้ป่วยต้องนอนราบและห้ามขยับขาข้างด้านที่ทำหัตถการประมาณ 4-6 ชั่วโมง.

- **ผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ (Radial artery):** การสวนขยายผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือขวา โดยนิยมใช้หลอดเลือดที่ข้อมือด้านนิ้วหัวแม่มือขวา เนื่องจากมีขนาดเล็กและอยู่ตื้น ทำให้สามารถดึงสายออกได้ทันที หลังจากเสร็จสิ้นการทำหัตถการ และต้องรัดข้อมือด้วยสายรัด TR band ที่ใส่ลมเข้าไปจำนวน 14 ซีซี

การรักษาด้วยยาหลังการฉีดสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

การรักษาด้วยยาหลังการฉีดสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ (Pharmacoinvasive Strategy) คือการรักษาที่ใช้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytics) เพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจในกรณีที่ไม่สามารถทำ Primary PCI ได้หรือหากเวลาที่ใช้ในการส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI เกิน 120 นาที การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการรักษาด้วย Primary PCI และการใช้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมงแรกพบว่า ทั้งสองวิธีให้ผลการรักษาที่ใกล้เคียงกัน หากการฉีดยาละลายลิ่มเลือดไม่สามารถเปิดหลอดเลือดได้ตามที่คาดหวัง ผู้ป่วยควรได้รับการส่งต่อเพื่อทำ PCI หรือ Rescue PCI ในกรณีที่หลอดเลือดหัวใจเปิดแล้ววัดที่ใช้ในประเทศไทย** ได้แก่ Fibrin-specific agents เช่น Tenecteplase (TNK) และ Tissue Plasminogen Activator (t-PA) หรือ Alteplase ส่วน non-fibrin specific agents เช่น Streptokinase (SK) การเลือกใช้ยาขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในแต่ละพื้นที่ โดย Fibrin-specific agents ได้รับการแนะนำมากกว่า SK .

****การให้ยาและขนาดของยา**

- การเริ่มยา ควรทำภายใน 10 นาที หรือไม่เกิน 30 นาทีหลังจากวินิจฉัย STEMI โดยใช้ Fibrin-specific agents แทน Streptokinase.
- ให้ยา Aspirin ขนาด 162-325 มิลลิกรัม ครั้งแรก ตามด้วย 81-100 มิลลิกรัมต่อวัน.
- Clopidogrel ขนาด 300 มิลลิกรัมครั้งแรกในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 75 ปี หรือ 75 มิลลิกรัมในผู้ป่วยอายุมากกว่า 75 ปี
- ควรใช้ยา Dual Antiplatelet Therapy (DAPT) เป็นเวลาอย่างน้อย 12 เดือน หากไม่มีข้อห้าม

***ชนิดและขนาดของยาละลาย:**

1. **Streptokinase (SK):** ให้ขนาด 1.5 ล้านยูนิต ผสมใน 100 มิลลิลิตร Normal saline และให้ทางหลอดเลือดดำ 30-60 นาที

2. **Tissue Type Plasminogen Activator (t-PA):** ให้ขนาด 15 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทันที จากนั้นให้ขนาด 0.75 มิลลิกรัม/กิโลกรัมในเวลา 30 นาที และ 0.5 มิลลิกรัม/กิโลกรัมในเวลา 60 นาที (รวมไม่เกิน 100 มิลลิกรัม)
3. **Tenecteplase (TNK):** ขึ้นอยู่กับน้ำหนักของผู้ป่วย โดยให้ขนาดจาก 30-50 มิลลิกรัม IV bolus ขึ้นอยู่กับน้ำหนักผู้ป่วย

ข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือดโรคหรือภาวะที่ห้ามให้โดยเด็ดขาด:

- ประวัติเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke).
- สมองขาดเลือด (Ischemic stroke) ภายใน 6 เดือน.
- การบาดเจ็บรุนแรงหรือผ่าตัดใหญ่ภายใน 1 เดือน.
- เลือดออกในระบบทางเดินอาหารหรือช่องท้องภายใน 6 สัปดาห์.
- Aortic dissection หรือภาวะที่ไม่สามารถหยุดเลือดได้ภายใน 24 ชั่วโมง .

2. โรคหรือภาวะที่ไม่ควรให้ยา:

- ประวัติTransient Ischemic Attack (TIA) ภายใน 6 เดือน.
- ผู้ที่ใช้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants).
- ผู้ที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) นานกว่า 10 นาที.
- ความดันโลหิตสูงเกิน 180/110 มม.ปรอท.
- การติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ (infective endocarditis).
- ผู้ป่วยตั้งครรภ์

การรักษาผู้ป่วยด้วยยาละลายลิ่มเลือดหลังการฉีดสตีวินีตหัวใจเป็นส่วนสำคัญในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โดยจำเป็นต้องใช้ยาที่เหมาะสมตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาลและสถานการณ์ของผู้ป่วย.

ชนิดและการให้ยาด้านเกล็ดเลือด และยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด (Antithrombotic therapy) ในแนวทางการรักษาด้วย PCI

การให้ยาด้านเกล็ดเลือด และยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดมีความสำคัญในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย PCI โดยมีแนวทางการรักษาดังนี้:

1. ยา Aspirin:

- ให้ยา Aspirin ขนาด 162-325 มิลลิกรัม (Loading dose) ในผู้ป่วยที่ไม่เคยรับประทานมาก่อน และให้ยาขนาด 81-100 มิลลิกรัม ต่อวันต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 เดือน หากไม่มีข้อห้ามหรือผลแทรกซ้อน

2. ยา Clopidogrel:

- Loading dose: 600 มิลลิกรัม
- Maintenance dose: 75 มิลลิกรัมต่อวัน

3. ยา Prasugrel:

- Loading dose: 60 มิลลิกรัม
- Maintenance dose: 10 มิลลิกรัมต่อวัน (สำหรับผู้ป่วยที่อายุ ≥ 75 ปี หรือมีน้ำหนัก ≤ 60 กก. ให้ลดขนาด maintenance เป็น 5 มิลลิกรัม)
- ข้อห้าม: ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือ TIA

4. ยา Ticagrelor:

- Loading dose: 180 มิลลิกรัม
- Maintenance dose: 90 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง

5. ยา Eptifibatide (GP IIb/IIIa inhibitors):

- Initial dose: 180 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม (IV bolus) ห่างกัน 10 นาที
- Infusion dose: 2.0 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที ต่อเนื่องเป็นเวลา 18 ชั่วโมง

การป้องกันการเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ (Recurrent Myocardial Infarction) เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาด้วย PCI โดยมีกลยุทธ์การป้องกันดังนี้:

1. การใช้ยาต้านเกล็ดเลือด:

- ควรใช้ Dual Antiplatelet Therapy (DAPT) โดยการให้ ยา Aspirin ร่วมกับ P2Y12 inhibitors (เช่น Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor) เป็นระยะเวลา 12 เดือน หรือมากกว่านั้น ขึ้นกับประโยชน์และความเสี่ยงของผู้ป่วย
- หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะเลือดออก (เช่น ในกรณีที่มี Precise DAPT score > 25) อาจลดระยะเวลาในการใช้ยา P2Y12 inhibitors เหลือ 6 เดือน.
- การใช้ Ticagrelor ขนาด 60 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง อาจพิจารณาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะขาดเลือดสูง หลังจากได้รับ DAPT ครบ 12 เดือน โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา.

2. การใช้ยาในกรณีที่ใส่ขดลวด Bioresorbable Vascular Scaffold:

- ให้ DAPT เป็นเวลาอย่างน้อย 12 เดือน

3. การใช้ยา GP IIb/IIIa inhibitors:

- ในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำ PCI เช่น no-reflow หรือการเกิด thrombotic complication, ยา GP IIb/IIIa inhibitors (เช่น Eptifibatide, Abciximab) ควรใช้ในช่วงการทำหัตถการ.

ข้อควรระวังในการใช้ยา

- Prasugrel ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือ TIA.
- Clopidogrel ควรเลือกใช้ในกรณีที่ไม่สามารถให้ Ticagrelor หรือ Prasugrel ได้ และเมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดแบบรับประทาน (Oral Anticoagulants).

การรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือดและยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย PCI เป็นปัจจัยที่สำคัญในการลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันการเกิดโรคซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด.

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

แนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1997; Leventhal & Cameron, 1987) มุ่งเน้นการศึกษามโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วย หรือ Illness representation เป็นกระบวนการที่บุคคลเข้าใจและ ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยมีองค์ประกอบหลักที่ช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการจัดการกับปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามการรับรู้ของตนเอง ซึ่งรวมถึง:

1. ตัวกระตุ้นสถานการณ์หรือปัญหา (Situational stimuli): ปัจจัยที่กระตุ้นการเริ่มต้นกระบวนการรับรู้ความเจ็บป่วย ซึ่งอาจมาจากสัญญาณภายในหรือภายนอก เช่น การรับรู้การเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. มโนภาพการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นภาวะคุกคามด้านร่างกาย (Illness representations of physical threat): การรับรู้เกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรค ซึ่งประกอบด้วย:
 - อาการและการแสดงออก (Identity of the threat): เช่น อาการเจ็บหน้าอก

- **เส้นเวลาหรือช่วงเวลา (Timeline):** การรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาการดำเนินของโรคและระยะเวลาในการรักษา
 - **สาเหตุ (Cause):** การรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรค เช่น ความเครียดหรือพันธุกรรม
 - **ผลกระทบ (Consequences):** ผลกระทบที่เกิดจากโรค เช่น ผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์ หรือเศรษฐกิจ
 - **ความสามารถในการควบคุม (Controllability):** การรับรู้ว่าคุณป่วยสามารถควบคุมหรือรักษาอาการได้มากน้อยเพียงใด
3. **มโนภาพการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นภาวะคุกคามด้านอารมณ์ (Illness representations of emotional threat):** การรับรู้ถึงผลกระทบ ส่งผลต่ออารมณ์และสภาพจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลจากการทราบว่าเป็นโรค
4. **การจัดการปัญหาสุขภาพ (Coping procedure):** วิธีการที่บุคคลใช้ในการรับมือกับโรค เช่น การทานยา การปรับการดำเนินชีวิต
- การรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness perception) ของบุคคลจะเกิดขึ้นใน 3 ระยะสำคัญ:
- **ระยะที่ 1: การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย:** การตีความอาการและแสดงความหมายของอาการนั้น ๆ ผ่านองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น การรับรู้ถึงอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคและสาเหตุของโรค
 - **ระยะที่ 2: การเผชิญปัญหา (Coping):** การวางแผนจัดการกับปัญหาทั้งทางกายและจิตใจ โดยอาจจะมีการพยายามแก้ไขหรือหลีกเลี่ยงการรับรู้ความเจ็บป่วย
 - **ระยะที่ 3: การประเมินผล (Appraisal):** การติดตามและประเมินผลลัพธ์จากการเผชิญกับปัญหา ซึ่งช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป
- แนวคิดนี้จึงสำคัญในแง่ของการช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจ และสามารถปรับตัวในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชีวิต ทั้งด้านกายและอารมณ์

การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Acute Myocardial Infarction) มีความสำคัญในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย เนื่องจากการตระหนักถึงอาการและสาเหตุของโรคสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะโรคซ้ำหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ข้อมูลจากงานวิจัยต่าง ๆ ระบุว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีหลายองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการตัดสินใจและการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ดังนี้:

1. **การรับรู้อาการและอาการแสดงของโรค:** ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าการเจ็บหน้าอกหรืออาการคล้ายของหนักมากดทับบริเวณหน้าอกเป็นสัญญาณของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีความตระหนักถึงความจำเป็นในการรักษาและไปพบแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งอาการเจ็บหน้าอกนี้มักจะเป็นอาการที่เด่นชัดที่สุดเมื่อเทียบกับอาการอื่น ๆ เช่น ใจสั่น หรือ หายใจไม่อิ่ม (เป็น, 2550)
2. **การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย:** ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยจะมีระยะเวลายาวนาน และต้องการการติดตามผลระยะยาว เช่น การนัดพบแพทย์เพื่อประเมินผลการรักษาและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ จะมีการวางแผนการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น (กุลวรรณ, 2554)
3. **การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย:** การรับรู้สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอาจมาจากหลายปัจจัย เช่น ความเครียด การรับประทานอาหารที่ไม่ดี หรือการไม่ได้รับการรักษาที่ดีพอในอดีต สามารถช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปรับพฤติกรรมในอนาคต (เป็น, 2550)
4. **การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วย:** ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วย เช่น การต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จะมีความมุ่งมั่นในการทำตามคำแนะนำของแพทย์ และทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อน (เป็น, 2550)
5. **การรับรู้การรักษาและการควบคุมการเจ็บป่วย:** ผู้ป่วยที่รับรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถรักษาและควบคุมได้โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตอย่างเคร่งครัด จะสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะโรคซ้ำได้ (Ibanez et al., 2018)

การรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เหมาะสมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้น โดยการเข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาและการดูแลตนเองที่ถูกต้องจะช่วยลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะยาวได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรม的自我ดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังการรักษา การศึกษาต่าง ๆ ได้ยืนยันว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความรุนแรงและผลกระทบจากโรคมึนแวมที่มีพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ดีขึ้นและรักษาตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้:

การรับรู้ความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ: การศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่ายพบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจำหน่าย ($r = .99, p < .01$) (กุลวรรณ, 2554) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการฟื้นฟูที่ดีขึ้น

การรับรู้ความเสี่ยง และความร่วมมือในการรับประทานยา: การศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์จากการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา โดยสามารถทำนายความร่วมมือได้ร้อยละ 21.0 ($R^2 = .210$) (อิสริย์กร, 2555)

การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคและการป้องกันการตีบซ้ำ: การศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการตีบซ้ำในผู้ป่วยที่ใส่ขดลวดค้ำยัน (ปิยมาศ, 2555) ซึ่งการรับรู้เชิงบวกเกี่ยวกับการป้องกันภาวะหลอดเลือดตีบซ้ำสามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต

การรับรู้และการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษา: ความวิตกกังวล, เจตคติ, ความเชื่อ, และความรู้เกี่ยวกับอาการมีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของระยะเวลาการตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้ร้อยละ 38.7 (ศศิธร, 2562)

การศึกษานี้จึงเน้นไปที่การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลตนเองและการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย ได้แก่

แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire: B-IPQ) ที่พัฒนาโดย Broadbent, Petrie, Main, และ Weinman (2006) ได้รับการปรับปรุงและ

นำไปใช้ในงานวิจัยในประเทศไทย โดยเฉพาะในการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย.

องค์ประกอบหลักของ B-IPQ:

1. **การรับรู้อาการ:** การประเมินอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น อาการเจ็บหน้าอก หรือหายใจไม่ออก
2. **การรับรู้ระยะเวลาของโรค:** การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับระยะเวลาที่เกิดโรค
3. **การรับรู้สาเหตุของโรค:** การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรค เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือประวัติครอบครัว
4. **การรับรู้ผลกระทบจากโรค:** การประเมินผลกระทบที่โรคมีย่อชีวิตประจำวัน และผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ
5. **การรับรู้การรักษา:** การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมอาการโรค

การนำ B-IPQ มาใช้ในประเทศไทยในการศึกษาผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการออกกำลังกายและความสามารถทางร่างกาย เช่น การศึกษาของดารา (2561) ซึ่งพบว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแปรปรวนในการนอนหลับในผู้รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการวิจัยของตานิศา (2558) ก็แสดงว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เน้นการออกกำลังกายช่วยเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกายและความสามารถทางร่างกายในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษา.

การวิจัยนี้ยังแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยและการควบคุมโรคมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษา โดยมีผลกระทบในเชิงลบที่สำคัญต่อการตัดสินใจมารับการรักษา

แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness Perception Questionnaire: IPQ) ที่พัฒนาโดย Weinman และคณะ (1996) สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Leventhal และคณะ (1984) โดยมุ่งวัดการรู้คิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Cognitive representations) ซึ่งครอบคลุม 5 องค์ประกอบหลักที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเจ็บป่วย ได้แก่:

1. การรับรู้อาการ (Symptoms): การประเมินอาการและอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับโรค ซึ่งสามารถเพิ่มคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการเฉพาะของโรคที่กำลังศึกษาได้
2. การรับรู้ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Timeline): การประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับระยะเวลาของการเจ็บป่วย
3. การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย (Causality): การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค
4. การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วย (Consequences): การประเมินผลกระทบที่โรคมีต่อชีวิตประจำวัน
5. การรับรู้การรักษาและการควบคุมอาการ (Control/Cure): การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมอาการของโรค

การให้คะแนน:

การประเมินอาการสามารถใช้การให้คะแนนแบบ "ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0" ในขณะที่ 4 องค์ประกอบที่เหลือมีระดับการให้คะแนน 4 ระดับตามลำดับ

การใช้ IPQ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังช่วยให้สามารถประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคและผลกระทบที่มีต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือ

แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (The Revised Illness Perception Questionnaire: IPQ-R) โดย Moss-Morris และคณะ (2002) ได้พัฒนามาจากแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยของ Weinman และคณะ (1996) โดยมีการปรับปรุงและเพิ่มเติมองค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญเพื่อให้ครอบคลุมการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและความเข้าใจของผู้ป่วย โดยแบบสอบถามนี้พัฒนาตามกรอบแนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Leventhal และคณะ (1984) ซึ่งเป็นทฤษฎีการใช้สามัญสำนึก (Common Sense Model: CSM) ที่มีทั้งหมด 6 ด้าน:

1. การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย: ประเมินการรู้คิดเกี่ยวกับอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค
2. การรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย: ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับระยะเวลาของโรค
3. การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย: ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค
4. การรับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วย: ประเมินผลกระทบที่โรคมีต่อชีวิตประจำวัน
5. การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค: การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมอาการของโรค

6. การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วย: การรับรู้ถึงการกลับมาของโรคและการมีอยู่ของความเจ็บป่วยในอนาคต
7. การรับรู้ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย: การรับรู้เกี่ยวกับความเข้าใจที่เป็นส่วนตัวเกี่ยวกับโรคและอาการ
8. การรับรู้ทางอารมณ์: การรับรู้และการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยแบบสอบถาม IPQ-R ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 53 ข้อ โดยใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 1-5 ซึ่งทำให้สามารถวัดการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในลักษณะเชิงปริมาณได้

การประยุกต์ใช้งาน:

- แบบสอบถามนี้ได้ถูกนำไปใช้ในการศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการเปรียบเทียบการรับรู้ความเจ็บป่วยและการจัดการตนเองในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยพบว่ามีความแตกต่างทางสถิติในด้านการควบคุมโรคผ่านการรักษา (Treatment Control) โดยกลุ่มที่มีความเชื่อมั่นในการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์จะสามารถควบคุมโรคได้ดีกว่า ($p = .003$)

การปรับใช้กับผู้ป่วยมุสลิมในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้: ในการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ แบบสอบถาม IPQ-R ได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมุสลิม โดยการใช้คำถามที่อ่านเข้าใจง่ายและมีจำนวนข้อคำถามที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ตอบสามารถตอบได้สะดวกและชัดเจนยิ่งขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยา หรือ medication adherence มองว่าเป็นการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่จัดทำโดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสิ่งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ความจำเป็นในการใช้ยาและความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยา แนวคิดนี้ได้รับการพัฒนาจากทฤษฎีของ Leventhal และคณะ (2003) เกี่ยวกับการกำกับตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย โดยที่ (Horne, 1997) ได้พัฒนาทฤษฎีความร่วมมือในการใช้ยาให้เชื่อมโยงกับความเชื่อและประสบการณ์ของผู้ป่วยต่อผลข้างเคียงหรือสารตกค้างจากยา ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมการใช้ยาในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

ความรับผิดชอบร่วมในการรับประทานยา:

ความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะการรับประทานยา ถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ โดยบุคลากรจะช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ข้อดีและข้อเสียของการใช้ยา ในขณะที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสม

โมเดลความร่วมมือในการรับประทานยา (Multidimensional Adherence Model: MAM):

จากการรวบรวมปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง องค์การอนามัยโลก (2003) ได้นำเสนอโมเดลความร่วมมือในการรับประทานยาใน 5 ด้าน ดังนี้:

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย:

- อายุ: อายุที่สูงขึ้นอาจส่งผลต่อความสามารถในการจำและการใช้ยา
- เพศ: บางครั้งเพศสามารถส่งผลต่อการตัดสินใจในการใช้ยา
- ความเชื่อและทัศนคติ: ความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับยา เช่น เชื่อว่าใช้ยาจะดีขึ้นหรือไม่ดีขึ้น มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา

2. ปัจจัยด้านอาการเจ็บป่วย:

- ความรุนแรงของโรค: โรคที่มีอาการรุนแรงอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษ และการใช้ยามากขึ้น
- ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง: ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ดีมักจะมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น
- โรคร่วม: การมีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วยอาจส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษา
- ภาวะซึมเศร้า: อาการซึมเศร้าอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้ตามแผนการรักษา

3. ปัจจัยด้านการรักษา:

- จำนวนยาที่ใช้ในแต่ละครั้ง: ยาที่ต้องใช้หลายชนิดหรือหลายครั้งในหนึ่งวันอาจทำให้การใช้ยาลดลง
- ความซับซ้อนของแผนการรักษา: แผนการรักษาที่ซับซ้อนอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

4. ปัจจัยด้านทรมสุขภาพและระบบสุขภาพ:

- **ความไว้วางใจ:** ความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา
- **การสื่อสาร:** การสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจการรักษาและการใช้ยาอย่างถูกต้อง

5. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ:

- **สถานะทางเศรษฐกิจ:** สถานะทางเศรษฐกิจอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการซื้อยา
- **การสนับสนุนทางสังคม:** การมีครอบครัวหรือเพื่อนสนับสนุนสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษา
- **ราคา:** ราคาที่สูงอาจเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

สรุป:

ความร่วมมือในการรับประทานยาคือการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการใช้ยาตามคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยการรับรู้ถึงความจำเป็นและความกังวลเกี่ยวกับยา ซึ่งปัจจัยหลายมิติดังที่กล่าวข้างต้นสามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคเรื้อรังได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้:

1. **เพศ:** ผู้หญิงมักสามารถพบแพทย์ตามนัดเพื่อการติดตามการรักษาได้ดีกว่าผู้ชาย (สิริรัตน์, ลีลาจรัส, และคณะ, 2558)
2. **อายุ:** ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีมักมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาน้อยกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี
3. **ระดับการศึกษา:** ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักมีทัศนคติที่ดีและเชิงบวกต่อความร่วมมือในการรับประทานยา (สุขฤดี, 2557)
4. **การรับรู้ภาวะเจ็บป่วย:** การรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคและระยะเวลาของการเป็นโรคมิมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตามแผนการรักษา (ศักดิ์รินทร์, 2552)
5. **ความรู้ความจำเป็นในการรับประทานยา:** การรับรู้ถึงความจำเป็นในการใช้ยาและผลกระทบจากการรับประทานยามีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมาก (ยศพล, 2556)
6. **การรับรู้ความรุนแรงของโรค:** ผู้ป่วยที่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ มีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับการรับประทานยาและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (ปิ่นทอง, 2559; จิตติมา, 2547)

ความสำคัญของความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ:

ผู้ป่วยที่ได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ต้องให้ความสำคัญกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา การรับประทานยาต่อเนื่องสามารถช่วยลดความเสี่ยงจากการเกิดตีบซ้ำและการกำเริบของโรค

ข้อค้นพบจากการศึกษา:

- การหยุดรับประทานยา: การหยุดรับประทานยาละลายลิ้มเลือดภายใน 1 เดือนหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงถึง 50-80% (Ho et al., 2009)
- อัตราการเสียชีวิต: การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีอัตราการเสียชีวิตในระยะ 1 ปีสูงถึง 80% (Jockevicius et al., 2008)

สรุป:

ความร่วมมือในการรับประทานยา คือ ความตั้งใจและความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยการรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ตรงตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยจะต้องไม่หยุดรับประทานยาเอง หรือปรับปริมาณยาจากที่แพทย์กำหนด และไม่มีการซื้อยามารับประทานเองเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด

แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา

การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยสามารถทำได้ทั้งแบบโดยตรง (Direct methods) และ ทางอ้อม (Indirect methods) โดยมีรายละเอียดดังนี้:

1. การประเมินแบบโดยตรง (Direct methods):

- การตรวจระดับยาในกระแสเลือด ซึ่งมีความเที่ยงสูงในการประเมิน แต่ไม่นิยมใช้ในทางปฏิบัติเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูงและขั้นตอนที่ยุ่งยาก รวมถึงผู้ป่วยอาจปฏิเสธการทดสอบได้

2. การประเมินแบบทางอ้อม (Indirect methods):

- การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยใช้วิธีต่าง ๆ เช่น การให้ตอบแบบสอบถาม, การจดบันทึกประจำวัน, หรือการนับเม็ดยา ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้มากกว่าในการประเมินพฤติกรรมการรับประทานยา

ตัวอย่างแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา:

1. The 8-item Morisky Medication Adherence Score (MMAS-8):
 - ใช้ในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาโดยทั่วไป โดยมี 8 ข้อ และค่าความเชื่อมั่น 0.83 (Krousel-Wood et al., 2009)
2. Medication Adherence Scale (MAS):
 - แบบประเมินที่ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ประกอบด้วย 18 ข้อ โดยมีการประเมินความรู้ ทศนคติ และอุปสรรค มีค่าความเชื่อมั่น **0.74** (Wu et al., 2008)
3. The Hill-Bone Compliance Scale:
 - ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประเมินอุปสรรคและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับประทานยา มีจำนวน 14 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น **0.65** (Lavsa, 2011)
4. Medication Adherence Report Scale (MARS-5):
 - แบบประเมินที่ใช้ในการประเมินลักษณะพฤติกรรมในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 5 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น **0.67** (Horne, 2007)
5. Medication Taking Questionnaire (MTQ):
 - ประยุกต์จากแบบสอบถาม MTQ: Patterned Behavior ใช้ในการประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยมีจำนวน 16 ข้อ และค่าความเชื่อมั่น **0.71**

ความสำคัญในการใช้แบบประเมิน:

แม้ว่าเครื่องมือเหล่านี้จะมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา แต่ยังคงพบว่าเครื่องมือบางตัวอาจไม่สะท้อนถึงการพยาบาลองค์รวม โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้น การพัฒนา Medication Adherence Scale (MAS) เพื่อวัดความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ โดยเฉพาะผู้ป่วยมุสลิมจึงมีความสำคัญ เครื่องมือนี้มีข้อคำถามที่อ่านเข้าใจง่ายและสามารถใช้ได้กับกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลของพยาบาลในพื้นที่นี้

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการสูญเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการรักษาด้วยการฉีดสีเพื่อสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ถือเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดอัตราการเสียชีวิตและลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยาเพื่อป้องกันการตีบตันซ้ำยังคงมีความสำคัญ แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยวิธีสวนขยายหลอดเลือดแล้วก็ตาม

ปัจจัยที่สำคัญในการป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ:

1. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง:

- การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือดเป็นการรักษาที่สำคัญในการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ซึ่งจำเป็นต้องรับประทานต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์อย่างน้อย 12 เดือน
- ปัญหาหนึ่งที่พบคือ ความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ, เพศ, การรับรู้ของผู้ป่วย เป็นต้น
- สำหรับผู้ป่วยมุสลิม บางคนอาจไม่รับประทานอย่างต่อเนื่องเนื่องจากความเชื่อทางศาสนา เช่น ความเชื่อว่าโรคเกิดจากความประสงค์ของพระเจ้า และการหายจากโรคก็เป็นสิ่งที่อยู่ในพระทัยของพระเจ้า

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ:

- การควบคุมน้ำหนัก, การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร, การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ, และการงดหรือลดการสูบบุหรี่เป็นการป้องกันที่มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ
- การรับประทานยาที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานก็เป็นส่วนสำคัญในการควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ:

- การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยมีบทบาทสำคัญในการปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยตามแนวคิดของลีเวนทาล การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค รวมถึงอาการ, ระยะเวลา, สาเหตุ, ผลกระทบ, และการรักษา มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เช่น การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์

- ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยที่ดี จะมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ซึ่งช่วยลดปัญหาการกลับมาเป็นซ้ำและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล
- โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิม หากมีการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยที่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด

สรุป:

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่เพียงแต่การสวนขยายหลอดเลือดหัวใจและการรับประทานยา แต่ยังต้องคำนึงถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดโอกาสในการกลับเป็นซ้ำและรักษาสุขภาพได้ดีขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ทำนายอิทธิพลการรับรู้การเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มารับการตรวจรักษา แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด ณ โรงพยาบาลยะลา ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และได้รับการฉีดสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และได้รับการฉีดสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention) ที่มารับบริการตรวจรักษา แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด ณ โรงพยาบาลยะลา เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกไว้ในการศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยมุสลิม ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา
3. ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟัง และอ่านภาษาไทย

ได้

4. ผู้ป่วยมีความยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
5. ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัดหลังได้รับการฉีดสีและสวนขยายหลอดเลือด

หัวใจ

เกณฑ์การคัดเลือกรอกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ดังนี้

ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนทันทีทันใดระหว่างดำเนินการวิจัย เช่น มีอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน เป็นต้น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้เป็นงานวิจัยแบบเชิงทำนาย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณโดยใช้การวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) สำหรับการวิเคราะห์ความถดถอยสหสัมพันธ์พหุคูณของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยใช้สูตร

$$N = \lambda / f^2$$

และ

$$f^2 = \frac{R^2}{1 - R^2}$$

ดังนั้น

$$N = \frac{\lambda (1 - R^2)}{R^2}$$

โดย N หมายถึง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

λ หมายถึง เป็นค่าที่ได้จากการเปิดตาราง λ table โดยกำหนดค่า Power

ค่าระดับนัยสำคัญ (α) และจำนวนตัวแปรทำนายที่ศึกษา

f^2 หมายถึง ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size or ES)

ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดอำนาจการทดสอบ (power) ที่ระดับ 0.80 และกำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 และกำหนดค่า α ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับโดยทั่วไป (Polit & Hungler, 1999) ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรทำนาย 5 ตัว จากการเปิดตาราง λ table (Polit & Beck, 2004) ได้ค่า λ เท่ากับ 11.07

สำหรับค่า Effect size เนื่องจากปัจจัยการรับรู้ตามแนวคิดของลิเวนทาลที่ใช้ในการศึกษา ได้มีผู้ที่ทำการศึกษามาแล้ว เช่น ความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยัง

ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ปีนทอง, 2559) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 85 คน พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของความร่วมมือในการรับประทานยา ได้ค่า $R^2 = .172$ ในการศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดให้ Effect size มีขนาดเล็ก เมื่อเทียบค่า R^2 เท่ากับ .172 (Cohen, 1988) แทนค่าจากสูตร

$$N = \frac{11.07 (1 - .172)}{.172} = 53.29$$

จากการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 53.29 คิดเป็น 54 คน จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันกรณีที่มีกลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามจำนวนที่ต้องการ จะได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเท่ากับ 5.4 หรือ 6 คน รวมเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา บทบาททางศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การทำหัตถการที่เกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในครอบครัว ประวัติการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามของเวนแมนและคณะ (Weinman et al., 1996) ที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วยของเลเวนทาล และคณะ (Leventhal et al., 1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจึงแบ่งการรับรู้การเจ็บป่วยเป็น 5 ด้าน คือ (1) ด้านการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย (2) ด้านการรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย (3) ด้านการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย (4) ด้านการรับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วย (5) การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค โดยแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็นลักษณะให้

เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ เกี่ยวข้อง และไม่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคหัวใจตาย คำตอบเกี่ยวข้อง จะได้ 1 คะแนน คำตอบไม่เกี่ยวข้อง จะได้ 0 คะแนน คะแนนรวมที่ได้อยู่ระหว่าง 0-8 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมของอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในแต่ละข้อคำถามจากกลุ่มตัวอย่างเรียงจากคะแนนสูงสุดไปยังคะแนนต่ำสุด

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

คำถามด้านบวก ได้แก่

คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วย

คะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คำถามด้านลบ จะให้คะแนนตรงกันข้ามกับคำถามด้านบวกได้แก่

คะแนน 4 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คะแนน 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

คะแนน 2 หมายถึง เห็นด้วย

คะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การรวมคะแนนตอนที่ 2 แยกรายด้านดังนี้

- ด้านการรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 1 ถึง 12 คะแนน
- ด้านการรับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7 ถึง 28 คะแนน

- การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6 ถึง 24 คะแนน

การแปลผลการรับรู้การเจ็บป่วยด้านสาเหตุของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คะแนนรวมของสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในแต่ละข้อคำถามจากกลุ่มตัวอย่าง เรียงจากคะแนนสูงสุดไปยังคะแนนต่ำสุด

การแปลผลด้านการรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย ด้านการรับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วย ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค เกณฑ์การแปลผลการรับรู้การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จะมีคะแนนรวมเฉลี่ยระหว่าง 1-4 ประเมินค่าคะแนนที่ได้จากการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาค ซึ่งได้มาจากการใช้สถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ชูศรี, 2546) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ \text{แทนค่าจากสูตร} &= \frac{(4 - 1)}{3} \\ &= 1\end{aligned}$$

การแปลผลแต่ละด้านแบ่งคะแนนเฉลี่ยได้ 3 ระดับ ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 1 – 2 หมายถึง การรับรู้ด้านนั้นอยู่ในระดับต่ำ
- คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3 หมายถึง การรับรู้ด้านนั้นอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4 หมายถึง การรับรู้ด้านนั้นอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา เกณฑ์การรักษาสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาโดยกนกเลขา (กนกเลขา, 2557) ด้านความรู้เรื่องการใช้อาเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมการใช้ยาแทน จำนวน 7 ข้อ ตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึง ข้อที่ 7 เช่น คำถามข้อที่ 1 ฉันรู้สรรพคุณของยาที่หมอสั่งให้ฉันกินทุกตัว ดัดแปลงเป็นฉันหาข้อมูลสรรพคุณของยาที่หมอสั่งให้ฉันกินทุกตัว เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นที่พฤติกรรมการใช้ยาเป็นหลัก โดยใช้แบบสอบถามที่มีการประเมินแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 21 ข้อ ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้อง จำนวน 4 ข้อ, ด้านการเก็บรักษาอย่างเหมาะสม

จำนวน 3 ข้อ, ด้านการกำกับตนเองในการใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จำนวน 9 ข้อ และด้านการมีส่วนร่วมในการรักษา จำนวน 5 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบลิเกิตสเกล (Likert scale) 4 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

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

การแปลผล เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จะมีคะแนนรวมเฉลี่ยระหว่าง 1-4 (คะแนนรวมระหว่าง 25-125) โดยแบ่งระดับตามการแบ่งอันตรายภาคชั้น (กนกเลขา, 2557) ดังนี้

> 3.67 หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานระดับสูง

2.34 – 3.67 หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานระดับปานกลาง

<2.34 หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ได้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาโดยอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยเภสัชกรชำนาญการ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และชำนาญด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการที่มี

ความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิไปคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยเกณฑ์ผู้ตัดสินความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นที่สอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 แต่ละข้อโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Polit & Hungler, 2013) คือ

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

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผล

การ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) 0.84 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทุษณยา ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) 0.93

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทุษณยา ไปใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลยะลา และจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเที่ยง หาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มากกว่า 0.7 (Polit & Beck, 2008) ผลวิเคราะห์ความเที่ยงเครื่องมือด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .806 เครื่องมือแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทุษณยา มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .814

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาอิทธิพลการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยได้มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำเสนอหนังสือถึงคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งโครงร่างวิจัยได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2567 รหัส PSU IRB 2023 – St – Nur 045 (Internal) และขอความร่วมมือในการขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัยไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลยะลา ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการวิจัย ที่ 17/2567

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าพยาบาลเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการ

1.1 ผู้วิจัย ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำการ แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ และหลอดเลือดของโรงพยาบาลยะลา ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกเป็นผู้ติดต่อกับผู้ป่วย หากผู้ป่วยอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อเก็บข้อมูล จึงจัดทำกาไปพบและแนะนำผู้วิจัย

1.2 ผู้วิจัย แนะนำตัว ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในการวิจัยโดยมีการอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ความสำคัญ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์

1.3 เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามและขออนุญาตจดบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยใช้เวลาโดยรวมทั้งหมดประมาณ 15-20 นาที

1.4 ผู้วิจัย ตรวจสอบความเรียบร้อย ครบถ้วนของข้อมูล และหากข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยผู้ป่วยอีกครั้ง และเมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนจึงนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2567 โดยมีรหัสการอนุมัติ PSU IRB 2023 – St – Nur 045 (Internal) ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก ห้องสวนหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลยะลา ก่อนเริ่มการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมวิจัย โดยให้ข้อมูลเพียงพอและเวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมอย่างอิสระ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่ต้องให้เหตุผล สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการหรือการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับตามสิทธิ ทั้งนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในรูปแบบที่ไม่ระบุชื่อหรือนามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง และจะใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้นหากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามเกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาในระหว่างดำเนินการวิจัย และหากพบอาการผิดปกติใดๆ ผู้วิจัยจะทำการยุติการวิจัยทันทีเพื่อความปลอดภัยของผู้เข้าร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย มาดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติวิเคราะห์ในข้อมูลต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ด้านข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ผลกระทบจากการความเจ็บป่วย การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ โดยการหา ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปร การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการฉีดสตีเวนขยาย

ตลอดเลื้อดหัวใจ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลจะทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter multiple regression analysis)

โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยเกณฑ์การพิจารณาขนาดความสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (Wiersma&Jurs, 2009)

ค่า r ระหว่าง	0.01-0.20	หมายถึง ระดับต่ำมาก
ค่า r ระหว่าง	0.21-0.40	หมายถึง ระดับต่ำ
ค่า r ระหว่าง	0.41 -0.60	หมายถึง ระดับปานกลาง
ค่า r ระหว่าง	0.61 -0.80	หมายถึง ระดับสูง
ค่า r มากกว่า	0.80	หมายถึง ระดับสูงมาก

วิเคราะห์ปัจจัยทำนาย โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter multiple regression analysis) โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

1. ข้อตกลงเกี่ยวกับตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 5 ตัวแปร อยู่ในมาตรวัดอัตราภาคชั้น (Interval) คือ 1) การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย 2) การรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย 3) การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย 4) การรับรู้ผลกระทบจากการความเจ็บป่วย 5) การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ และไม่มีตัวแปรอิสระตัวใดที่ต้องแปลงให้เป็นตัวแปร Dummy

2. ข้อตกลงเกี่ยวกับตัวแปรตาม ตรวจสอบแล้วพบว่าตัวแปรตามที่ใช้ในการวิจัย อยู่ในมาตรวัดอัตราภาคชั้น (Interval) ทั้งหมด

เงื่อนไขการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ มีดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์ Residual Mean = 0
2. ค่าความคลาดเคลื่อน e เป็นตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบปกติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างใหญ่มากกว่า 50 กลุ่มตัวอย่าง ซึ่ง Kolmogorov-Smirnov Test โดยการเปรียบเทียบค่า

ฟังก์ชันการแจกแจงสะสมของข้อมูลตัวอย่างกับค่าฟังก์ชันการแจกแจงสะสมของข้อมูล ภายใต้สมมติฐานข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งมีค่า Sig. ของ Kolmogorov-Smirnov หรือ Lilliefor มากกว่าค่าอัลฟา 0.05 จึงยอมรับ H_0 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงของค่าคลาดเคลื่อนแบบปกติ

3. ค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนต้องคงที่ ตรวจสอบโดยทำการพล็อตกราฟระหว่างค่าความคลาดเคลื่อน (e) กับค่าทำนายของตัวแปรตาม (Y) หากผลการตรวจสอบพบว่าค่า e กระจายอยู่รอบค่า 0 ไม่ว่าค่า Y จะเปลี่ยนแปลงไปก็ตาม แสดงว่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่

4. ค่าความคลาดเคลื่อนที่ i และ j ต้องเป็นอิสระต่อกัน คือ ค่าความคลาดเคลื่อนต้องไม่มีความสัมพันธ์กันในช่วงเวลาที่ต่างกัน หรือเรียกว่า Non autocorrelation คือ ค่าความคลาดเคลื่อนในช่วงเวลาปัจจุบัน j ต้องไม่มีความสัมพันธ์กับค่าความคลาดเคลื่อนในช่วงเวลาก่อนหน้านั้น i ตรวจสอบโดยใช้สถิติทดสอบ Durbin-Watson ซึ่งค่า Durbin-Watson จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 4

- ถ้าค่า Durbin-Watson มีค่าใกล้ 2 คือ ในช่วง 1.5 – 2.5 จะสรุปได้ว่าค่าความคลาดเคลื่อนที่ i และ j เป็นอิสระต่อกัน

- ถ้าค่า Durbin-Watson < 1.5 แสดงว่าความสัมพันธ์ของค่าความคลาดเคลื่อนที่ i และ j อยู่ในทิศทางบวก และถ้าค่า Durbin-Watson มีค่าใกล้ศูนย์ แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนที่ i และ j มีความสัมพันธ์กันมาก

- ถ้าค่า Durbin-Watson > 2.5 แสดงว่าความสัมพันธ์ของค่าความคลาดเคลื่อนที่ i และ j อยู่ในทิศทางลบ และถ้าค่า Durbin-Watson มีค่าใกล้ 4 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนที่ i และ j มีความสัมพันธ์กันมาก

5. ตัวแปรอิสระต้องเป็นอิสระกันไม่มีความสัมพันธ์กัน ตรวจสอบการใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสหสัมพันธ์ (Correlation Analysis) ค่าสถิติ Variance Inflation Factor (VIF) ค่าที่ยอมรับได้ต้องมีค่าไม่เกิน 10 และค่า Tolerance มากกว่า 0.2 แสดงว่าไม่มีปัญหาการเกิดความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระ (Multicollinearity)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจและเพื่อศึกษาอำนาจของปัจจัยทำนายอิทธิพลการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลยะลา จำนวน 60 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยปัจจัยทำนายการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ผลกระทบจากการความเจ็บป่วย การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และค่าร้อยละจำแนกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=60)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลทั่วไป		
เพศ		
เพศหญิง	12	20
เพศชาย	48	80
อายุ (ปี) (Min=43, Max= 81, Mean=60, SD=8.105)		
ต่ำกว่า 40 ปี	-	-
41-50 ปี	8	13.33
51-60 ปี	22	36.67
61-70 ปี	22	36.67
มากกว่า 70 ปี	8	13.33
สถานภาพ		
โสด	-	-
สมรส	50	83.3
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	10	16.7
บทบาททางศาสนา		
ไม่มีบทบาท	54	90
ได้ะครู/ครูสอนศาสนา	2	3.3
ได้ะอีหม่าม/คอดิบ/บิลลา	2	3.3
อาชีพ		
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	4	6.7
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	5	8.3
รับจ้างทั่วไป	10	16.7

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกรกรม/ประมง	21	35
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	16	26.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	33	55
5,001 – 10,000 บาท/เดือน	22	36.7
10,001 – 20,000 บาท/เดือน	3	5
20,001 – 30,000 บาท/เดือน	1	1.7
มากกว่า 30,000 บาท/เดือน	1	1.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	25	41.7
ประถมศึกษา	25	41.7
มัธยมศึกษา	5	8.3
อนุปริญญา/เทียบเท่า	2	3.3
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	1	1.7
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.7
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
1 – 2 เดือน	5	8.33
3 – 4 เดือน	27	45
5 – 6 เดือน	24	40
มากกว่า 6 เดือน	4	6.67
ประวัติการได้รับการขยายหลอดเลือด		
เคย	10	16.7
ไม่เคย	50	83.3
ประวัติโรคประจำตัว		
มี	27	45
ไม่มี	33	55

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว		
มี	1	1.7
ไม่มี	59	98.3
ประวัติเข้ารับการรักษาตัวซ้ำ		
เคย	24	40
ไม่เคย	36	60
ประวัติการได้รับความรู้เรื่องโรค		
เคย	23	38.3
ไม่เคย	37	61.7
มีอาการผิดปกติหลังได้รับการฉีดสี		
มี	12	20
ไม่มี	48	80

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80) และเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 20) ผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นมีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปีและ 61-70 ปี (ร้อยละ 36.67) ส่วนใหญ่ไม่มีบทบาททางศาสนา (ร้อยละ 90) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 35) มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 ต่อเดือน (ร้อยละ 55) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการศึกษา และศึกษาในระดับศึกษา (ร้อยละ 41.7) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่ในช่วง 3-4 เดือน (ร้อยละ 45) มีประวัติไม่เคยได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 83.33) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 55) ไม่มีประวัติการเข้ารับการรักษาซ้ำ (ร้อยละ 60) และส่วนใหญ่ไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 61.7) หลังจากได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เมื่อจำหน่ายกลับบ้านไปแล้วไม่มีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 80)

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา

โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อให้เห็นคุณลักษณะการแจกแจงของคะแนนตัวแปรอิสระแต่ละตัว และความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ พร้อมกับทดสอบคอลโมโกรอฟ สเมียร์นอฟ (Kolmogorov – Smirnov Test) รายละเอียดดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์ระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยประกอบด้วย 1) การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย 2) การรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย 3) การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย 4) การรับรู้ผลกระทบจากการความเจ็บป่วย 5) การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ (N=60)

อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	จำนวน	ร้อยละ
มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก	54	90
มีอาการหายใจหอบเหนื่อยง่ายขณะทำกิจกรรม	53	88
มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง	52	86

จากตารางที่ 2 พบว่าการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ อาการที่เกี่ยวข้อง 3 อันดับแรก ได้แก่ มีอาการเจ็บแน่นหน้า ร้อยละ 90 มีอาการหายใจหอบเหนื่อยง่ายขณะทำกิจกรรม ร้อยละ 88 และมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ร้อยละ 86

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนร้อยละการรับรู้สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ (N=60)

สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	ร้อยละ
การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	92
ระดับไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	91
อายุที่มากขึ้นทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	90

จากตารางที่ 3 พบว่าการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ มีการรับรู้ว่ามีสาเหตุที่เกี่ยวข้อง 3 อันดับแรก ได้แก่ การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 92 ระดับไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 91 และอายุที่มากขึ้นทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 90

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยทำนายและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ (N=60)

ตัวแปร	M	S.D	ระดับ
ปัจจัยทำนาย			
การรับรู้การที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย (X ₁)	6.73	1.36	สูง
การรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย (X ₂)	3.32	.64	สูง
การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย (X ₃)	3.62	.44	สูง
การรับรู้ผลกระทบจากการความเจ็บป่วย (X ₄)	2.83	.29	ปานกลาง
การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ (X ₅)	3.71	.28	สูง
ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ	3.72	.21	สูง

จากตารางที่ 4 สำหรับปัจจัยทำนายแต่ละตัวแปร พบว่าการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ อยู่ในระดับสูง มีเพียงการรับรู้ผลกระทบจากการความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.72$, $S.D = .21$)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปรปัจจัยทำนายกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ($N=60$)

ตัวแปร	X_1	X_2	X_3
การรับรู้ช่วงเวลา/ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (X_1)	1		
การรับรู้ผลกระทบจากการความเจ็บป่วย (X_2)	.491**	1	
การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ (X_3)	.476**	.251	1
ความร่วมมือในการรับประทานยา (Y)	.380**	.283*	.444**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรการรับรู้ความเจ็บป่วยและละด้าน มีค่าอยู่ระหว่าง .251 - .491 โดยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้การรักษาและผลกระทบ ($r = .444$, $p < .05$) การรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย ($r = .380$, $p < .05$) และการรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย ($r = .283$, $p < .01$)

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression Analysis) การรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติของตัวแปรทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

ตัวแปรพยากรณ์	B	S.E.	Beta	t	p-value
การรับรู้ช่วงเวลา/ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	.148	.136	.161	1.088	.281
การรับรู้ผลกระทบจากการความเจ็บป่วย	.112	.126	.119	.886	.380
การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ	.313	.124	.338	2.533	.014
ค่าคงที่	.058	.108		.538	.593
R = .495 ; R ² = .245 ; R ² adj = .204 ; SE.est = .1826 ; F = 5.950 ; p-value <0.05					

จากตารางที่ 6 พบว่า การศึกษาพบว่าตัวแปรการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้งหมดรวมกันสามารถพยากรณ์ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 25 นอกจากนี้ ตัวแปรการรับรู้ความเจ็บป่วยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยานั้นแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเฉพาะในด้านการรับรู้ช่วงเวลา/ระยะเวลาของการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยไม่ได้แสดงความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในกรณีนี้สามารถนำมาสร้างเป็น

สมการพยากรณ์ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการ
การสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

อภิปรายผล

ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวน ขยายหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรค
กล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง ($M = 3.72$, $S.D. = 0.21$) ซึ่ง
แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องใน
ระดับที่ดี โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 51-70 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความพร้อมทั้งด้านอารมณ์และศักยภาพใน
การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การศึกษานี้พบว่า ความต้องการในการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยส่งผล
ให้พวกเขามีความพยายามและตั้งใจในการรับประทานยา ส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยา
สูงขึ้น

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของเกศริน ศรีเพชร และคณะ (2562) ซึ่งพบว่าผู้ป่วย
กลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีสูงที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมีความร่วมมือใน
การรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในระดับสูง (ร้อยละ 70.1) และการศึกษาของ(อิสริย์กร, 2555) ที่
พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังการขยายหลอดเลือด
โคโรนารี้อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ($X = 31.50$, $S.D. = 4.04$)

ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนถึงสำคัญของการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการ
เจ็บป่วยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการพัฒนากลยุทธ์การให้
การดูแลและส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

การศึกษานี้พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยเกี่ยวกับการรักษาหรือการควบคุมอาการมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแสดงว่าเมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมอาการ พวกเขาจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นถึง 24.5% ขณะที่ตัวแปรอื่น ๆ เช่น การรับรู้ระยะเวลา/ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยและการรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่มีนัยสำคัญ

การศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1997; Leventhal & Cameron, 1987) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับความเจ็บป่วยที่อาจคุกคามชีวิต จะมีการตอบสนองในเชิงการรับรู้และการจัดการที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของตนเองเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยนั้น ๆ โดยเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาหรือการควบคุมอาการโรค ซึ่งเป็นตัวทำนายสำคัญในการมีส่วนร่วมในการรับประทานยา

จากการศึกษาก่อนหน้า พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีอาการรุนแรงจะมีความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น และความรู้ที่น้อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา (Platt, 2014) ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ (อิสริย์กร, 2555) ที่พบว่า การรับรู้ในด้านต่าง ๆ เช่น การรับรู้อุปสรรคและประโยชน์จากการรักษา รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมอาการ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาและการดูแลที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องและลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคซ้ำ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการรับรู้ความเจ็บป่วยที่มีต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจในแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลยะลา จำนวน 60 คน ระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่:

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตอน:

ตอนที่ 1 การรับรู้ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค

ตอนที่ 2 การรับรู้ด้านช่วงเวลา/ระยะเวลาของการเจ็บป่วย, สาเหตุของการเจ็บป่วย, ผลกระทบจากการเจ็บป่วย, และการรักษาหรือการควบคุมอาการ

แบบสอบถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา

เครื่องมือดังกล่าวได้รับการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งให้ค่า CVI อยู่ในช่วง 0.84 - 0.93 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) อยู่ในช่วง 0.80 - 0.81 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือและความแม่นยำของเครื่องมือ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อนำเสนอข้อมูลพื้นฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Multiple regression analysis) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ในการรับรู้ความเจ็บป่วยและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ความร่วมมือในการรับปรึกษาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.72, S.D = .21$) สำหรับปัจจัยทำนายแต่ละตัวแปร พบว่าการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ อยู่ในระดับสูง ยกเว้นการรับรู้ผลกระทบจากการความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

2. ตัวแปรการรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถทำนายความร่วมมือในการรับปรึกษาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้ร้อยละ 25 ($R^2 = .245, p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหาร/นโยบายการพยาบาล

ข้อมูลจากการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งหวังเพื่อลดอัตราการกลับมาป่วยซ้ำ และเพิ่มความร่วมมือในการรับปรึกษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีประโยชน์สูงในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเจ็บป่วยซ้ำ โรงพยาบาลยะลาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวในการวางแผนและพัฒนาโครงการต่างๆ เช่น:

โครงการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ: การจัดสัมมนาหรือกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องความสำคัญของการรักษาหลังการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงการรับปรึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับมาของโรค

โครงการ Continuous Quality Improvement (CQI): การปรับปรุงและพัฒนาการบริการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยการติดตามความร่วมมือในการรับปรึกษาและการ

ประเมินผลการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การจัดทำแผนการพยาบาลเฉพาะบุคคล: การใช้ข้อมูลจากการวิจัยในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเพื่อให้ตรงกับความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล เช่น การจัดโปรแกรมการสนับสนุนที่เน้นการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการรับประทานยาและผลกระทบจากการไม่รับประทานยา การเสริมสร้างทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง: การจัดอบรมหรือกิจกรรมที่เน้นการเสริมสร้างทักษะการดูแลสุขภาพให้กับผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง การนำข้อมูลนี้ไปใช้ในการออกแบบโครงการหรือมาตรการต่างๆ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และสร้างความร่วมมือในการรักษาเพื่อป้องกันการกลับมาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ.

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลจากการวิจัยนี้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการให้บริการพยาบาลที่มุ่งเน้นการส่งเสริมและป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในทุกกลุ่มผู้ป่วย ทั้งผู้ที่ยังไม่ได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจและผู้ที่ได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจแล้ว โดยมีการให้ความสำคัญในการส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ ซึ่งสามารถดำเนินการได้ผ่านการวางแผนและดำเนินการตามแนวทางดังนี้:

การให้ความรู้และการส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วย:

การจัดโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทั้งในด้านการป้องกันและการรักษา โดยเน้นการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค การรักษาหรือการควบคุมอาการ และสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

เน้นการส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิม เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างครบถ้วนและสอดคล้องกับบริบททางศาสนาและวัฒนธรรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้ดียิ่งขึ้น

การให้บริการเชิงรุก (Proactive Health Promotion):

การดำเนินการบริการที่เน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหัวใจ การป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

การจัดกิจกรรมเชิงรุกที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงสำคัญของการรับประทานยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่แพทย์กำหนด

การปรับปรุงการให้การพยาบาลแบบองค์รวม:

การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมและให้ความสำคัญกับทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย โดยรวมทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์และการให้คำแนะนำทางสังคมที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมุสลิมได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับหลักศาสนา และการใช้วิธีการสื่อสารที่สามารถเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้ในบริบทของศาสนาและวัฒนธรรม

การประเมินผลลัพธ์:

การติดตามผลการใช้ยาและการรับประทานยาของผู้ป่วยเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เช่น การลดอัตราการกลับมาป่วยซ้ำ การลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจ และการส่งเสริมสุขภาวะของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

การใช้ข้อมูลจากการวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายด้านการดูแลสุขภาพหัวใจในระดับชุมชนและโรงพยาบาล

การนำข้อมูลนี้ไปใช้ในการพัฒนาโครงการและการให้บริการสุขภาพในเชิงรุกสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในสำคัญของการรับประทานยาและป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำได้ดีขึ้น ทั้งยังช่วยลดภาระทางการแพทย์และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว.

ด้านวิจัยทางการแพทย์

ในการวิจัยครั้งถัดไป เพื่อให้ผลลัพธ์มีความแม่นยำและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ควรพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและสามารถสะท้อนถึงสภาพการณ์ที่แตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ การขยายขอบเขตของการวิจัยไปยังกลุ่มตัวอย่างจากหลากหลายพื้นที่หรือภูมิภาค จะช่วยให้ผลลัพธ์ที่ได้มีความสามารถในการทั่วไปมากยิ่งขึ้น

ในแง่ของการพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การดำเนินการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่น่าสนใจ โดยเฉพาะในการพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่มุ่งเน้นการป้องกันสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจและกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น การสร้างโปรแกรมที่ส่งเสริมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองอาจช่วยทดสอบการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มตัวอย่างและประเมินผลกระทบจากการนำไปใช้ในชีวิตจริง เพื่อดูว่าโปรแกรมนั้นสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดอัตราการเจ็บป่วยซ้ำได้หรือไม่ นอกจากนี้ยังสามารถติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมในการลดความเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยในอนาคต

อย่างยั่งยืน การทำวิจัยเชิงทดลองเช่นนี้จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บรรณานุกรม

- Ciffone N, Dokken BB. (2017). *Medical management of acute coronary syndromes*. J Am Assoc Nurse Practice 2017 Apr ; 29(4) : 224-235. doi: 10.1002/2327-6924.12457. PMID: 28394469
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cohen, S. M. (2009). *Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction*. *Nursing Forum*, 44 (1), 25-36.
- Commander Kanoklekha Suwannapong. (2014). *The Development of Medication Adherence Scale for Persons with Coronary artery disease*. A Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements. Faculty of nursing Chulalongkorn University.
- Hall SL, Lorenc T. (2010). *Secondary prevention of coronary artery disease*. *Am Fam Physician*. 2010 Feb 1;81(3):289-96. PMID: 20112887.
- Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. (2009). *Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes*. *Circulation*. 2009 Jun 16;119(23):3028-35. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768986. PMID: 19528344.
- Horne, R. (1997). *Representations of medication and treatment: Advances in theory and measurement*. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Ed.), *Perceptions of health and illness: Current research and applications* (pp. 155–188). Harwood Academic Publishers.
- Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, Caforio ALP, Crea F, Goudevenos JA, Halvorsen S, Hindricks G, Kastrati A, Lenzen MJ, Prescott E, Roffi M, Valgimigli M, Varenhorst C, Vranckx P, Widimský P; ESC Scientific Document Group. (2017). *Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)*. *Eur Heart J*. 2018 Jan 7;39(2):119-177. doi: 10.1093/eurheartj/ehx393. PMID: 28886621.

- Jackevicius CA, Li P, Tu JV. (2008). *Prevalence, predictors, and outcomes of primary nonadherence after acute myocardial infarction*. Circulation. 2008 Feb 26;117(8):1028-36. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.706820. PMID: 18299512.
- Johansson S, Rosengren A, Young K, Jennings E. (2017). *Mortality and morbidity trends after the first year in survivors of acute myocardial infarction: a systematic review*. BMC Cardiovasc Disord. 2017 Feb 7;17(1):53. doi: 10.1186/s12872-017-0482-9. PMID: 28173750; PMCID: PMC5297173.
- Kähkönen O, Kankkunen P, Miettinen H, Lamidi ML, Saaranen T. (2017). *Perceived social support following percutaneous coronary intervention is a crucial factor in patients with coronary heart disease*. J Clin Nurs. 2017 May;26(9-10):1264-1280. doi: 10.1111/jocn.13527. Epub 2016 Nov 23. PMID: 27535229.
- Krousel-Wood M, Islam T, Webber LS, Re RN, Morisky DE, Muntner P. (2009). *New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension*. Am J Manag Care. 2009 Jan;15(1):59-66. PMID: 19146365; PMCID: PMC2728593.
- Lavsa SM, Holzworth A, Ansani NT. (2011). *Selection of a validated scale for measuring medication adherence*. J Am Pharm Assoc (2003). 2011 Jan-Feb;51(1):90-4. doi: 10.1331/JAPhA.2011.09154. PMID: 21247831.
- Leventhal. H., Benyamini. Y., Brownlee. S., Diefenbach.. M., Leventhal. A. E., Patrick-Miller. L., & Robitaille. C. (1997) . *Illness representations: Theoretical foundations. Perceptions of Health and Illness*. 189. 19-45.
- Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). *Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach*. Psychology & Health, 13(4), 717-733.
- Leventhal H., Linda Cameron. (1987) . *Behavioral theories and the problem of compliance, Patient Education and Counseling*, Volume 10, Issue 2,1987,Pages 117-138.
- Leventhal, H., Nerenz, D.R. and Steele, D.J. (1984). *Illness Representations and Coping with Health Threats*. In: Baum, A., Taylor, S.E. and Singer, J.E. Eds., Handbook of Psychology and Health, Volume IV: Social Psychological Aspects of Health, Erlbaum, Hillsdale, NJ, 219-252.

- Maas, A.H.E.M., & Appelman, Y.E.A. (2010). *Gender differences in coronary heart disease*. Netherlands Heart Journal, 18 (12), 598-603.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). *The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)*. Psychology & health, 17(1), 1-16.
- Osterberg L, Blaschke T. (2005). *Adherence to medication*. N Engl J Med. 2005 Aug 4;353(5):487-97. doi: 10.1056/NEJMr050100. PMID: 16079372.
- Pinnarelli L, Mayer F, Bauleo L, Agabiti N, Kirchmayer U, Belleudi V, et al. (2015). *Adherence to antiplatelet therapy after percutaneous coronary intervention: a population study in a region of Italy*. Eur J Cardiovasc Med. 2015; 16(3): 230-7.
- Platt I, Green HJ, Jayasinghe R, Morrissey SA. (2014). *Understanding adherence in patients with coronary heart disease: illness representations and readiness to engage in healthy behaviors*. Aust Psychol. 2014; 49(2): 127-37.
- Polit, D.F. and Hungler, B. (1999). *Nursing Research: Principle and Method*, 6th ed.; Philadelphia: Lippincott Company, (1999), P.P. 416-417.
- Polit, D.F. and Hungler, B.P. (2013). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization* (8th Edition ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8th Edition*, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 796 s.
- Samad Z, Hakeem A, Mahmood SS, Pieper K, Patel MR, Simel DL, Douglas PS. (2012). *A meta-analysis and systematic review of computed tomography angiography as a diagnostic triage tool for patients with chest pain presenting to the emergency department*. J Nucl Cardiol. 2012 Apr;19(2):364-76. doi: 10.1007/s12350-012-9520-2. PMID: 22322526.
- Shankar A, McMunn A, Banks J, Steptoe A. (2011). *Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults*. Health Psychol. 2011 Jul;30(4):377-85. doi: 10.1037/a0022826. PMID: 21534675.
- Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blömqstrom-Lundqvist C, Borger MA, Di Mario C, Dickstein K, Ducrocq G, Fernandez-Aviles F, Gershlick AH, Giannuzzi P, Halvorsen S, Huber K, Juni P, Kastrati A, Knuuti J, Lenzen MJ, Mahaffey KW, Valgimigli M, van 't

- Hof A, Widimsky P, Zahger D. (2012). *ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation*. Eur Heart J. 2012 Oct;33(20):2569-619. doi: 10.1093/eurheartj/ehs215. Epub 2012 Aug 24. PMID: 22922416.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). *The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness*. Psychology & Health, 11(3), 431–445.
- Wu JR, Chung M, Lennie TA, Hall LA, Moser DK. (2008). *Testing the Psychometric properties of the medication adherence scale in patient with heart failure*. Heart Lung 37(5) : 334-343.
- Wiersma, W. and Stephen G. Jurs, S. (2009). *Research Methods in Education*. Massachusetts: Pearson. Boston 2009.
- World Health Organization. (2024). *The top 10 of death 2024* สืบค้นวันที่ 28 มิถุนายน 2567 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- กรมควบคุมโรค. (2554). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2567 จาก <http://www.thaincd.com/information statistic/non-communicable-disease-data.php>.
- กรมควบคุมโรค. (2562). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. *สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease (CAD) ปี พ.ศ. 2562*. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2567 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227084415.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI*. HealthKPI สืบค้นวันที่ 28 มิถุนายน 2567 <https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1614>.
- กนกเลขา สุวรรณพงษ์. (2557). *การพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ

- กุลวรรณ ทองมาก. (2554). การรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา
- เกรียงไกร เสงี่ยมศรี และบุญจง แซ่จิ่ง. (2555). การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก (ST segment elevation myocardial infarction). ในเกรียงไกร เสงี่ยมศรี และ กนกพร แจ่มสมบูรณ์ (บรรณาธิการ). มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- ครุฑิต อะหมัด. (2541). อิสลามความหมายและคำสอน. (จรัญ มะลูลีน, ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: นิตชา พับลิชชิง
- จิตติมา ภูริทัตกุล. (2547). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตรลดา นิละไพจิตร. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบริโภคอาหารกับสัดส่วนของร่างกายและระดับไขมันในเลือดของชายไทยมุสลิมระหว่างเดือนถือศีลอดกับเดือนที่ไม่ได้ถือศีลอด : กรณีศึกษา พนักงานโรงงานยาสูบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แจ่มจันทร์ ประทีปมโนวงศ์. (2564). การพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 14(1), 66-81. (TCI1)
- ฐานิญาณ หาญณรงค์. (2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ตาณิกา หลานวงศ์. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เน้นการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมออกกำลังกายและความสามารถด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา
- เป็น รักเกิด. (2550). การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา
- ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์ และ ฉัตรนภก ทุมวิภาต. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 8(1) 16-26.

- ปรีชา เอื้อโรจน์อังกูร. (2551). ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือด. ในระพีพล ญูชรรณ อัยยธยา (บรรณาธิการ). เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ เล่มที่ 2. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: How Can Do Company Limited.
- ปิยะมิตร ศรีธรา และสุกิจ แย้มวงษ์. (2551). การป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด. ในระพีพล ญูชรรณ อัยยธยา (บรรณาธิการ). เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ เล่มที่ 2. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: How Can Do Company Limited.
- ปิยะมาศ ชามพร. (2555). การรับรู้พฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยใส่ขดลวดค้ำยัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พิมพ์ เทพวัลย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณินิจ พงศ์ดาวกรม และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2554). การรับรู้ความเจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 29(2), 111-119.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, สิริรัตน์ เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพระ, ปาสิริบุญ ฐาสิริสวัสดิ์, รุ่งนภา เขียวขำ และ วารุณี สุวรรณกุล, (2557). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกัญชาบำบัดภาษาไทย. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 31(4), 297-310.
- วิภาภรณ์ วัชรตระกูล. (2560). ปัจจัยทำนายการรับประทายอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร
- วิไล พัววิไล, นางสุรีพร คนละเอียด. (2553). โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หจก.อุดมรัตน์การพิมพ์และดีไซน์ กรุงเทพฯ.
- ศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ. (2552). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 20(1), 29-39
- ศศิกาญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์. (2557). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม: กรณีศึกษาตำบลองครักษ์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 353-360.
- ศศิธร โตมอญ, (2562). อิทธิพลของความวิตกกังวล เจตคติ ความเชื่อ และความรู้เกี่ยวกับอาการต่อระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารทางการพยาบาล 37(2) พฤษภาคม-มิถุนายน 2562.

- สุขฤดี, 2557 สุขฤดี รัชตฤงคารสกุล. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทายาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. วารสารพยาบาลตำรวจ, 6(1). 113-130.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.ฉบับปรับปรุง ปี2557.--พิมพ์ครั้งที่ 2.-- กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557
- สิริรัตน์, ลีลาจรัส, และคณะ, 2558 สิริรัตน์ ลีลาจรัส, จิราพร ชลธิชาชลลักษณ์, และ วรรณนา สอนองเดช. (2558). การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของคนไทยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำแนกโดยเพศ อายุ และระดับการศึกษา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 29(2), 56-70.
- เสาวนีย์ เนาวพานิช. (2552). คู่มือปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข. (2552). การบูรณาการองค์ความรู้ทฤษฎีจิตศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: อาหารและโภชนาการ. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สวรส.ภาคใต้ มอ.) และสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์ และสาธารณสุข.
- อรัญญิ เทริญญิตพิยะสกุล. (2560). การเปรียบเทียบการรับรู้ความเจ็บป่วยและการจัดการตนเองของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย ปีที่ 10 ฉ.1 ม.ค-มิ.ย. 60
- อัญชลี จันทรสะอาด. (2546). การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจของครู สตรีวัยกลางคน จังหวัดเชียงใหม่. ในวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อิสริย์กร สุรศรีสกุล. (2555). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

สมมติฐานของการใช้สถิติสมการการถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

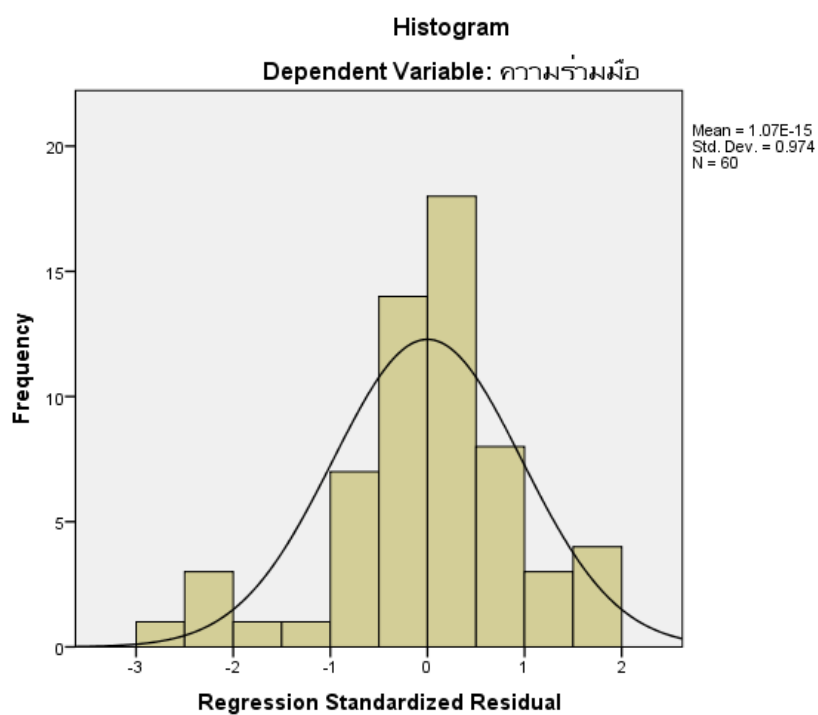
1. Residual Mean = 0

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	3.47798	3.91082	3.72283	.096922	60
Residual	-.495471	.314506	.000000	.168180	60
Std. Predicted Value	-2.526	1.940	.000	1.000	60
Std. Residual	-2.870	1.822	.000	.974	60

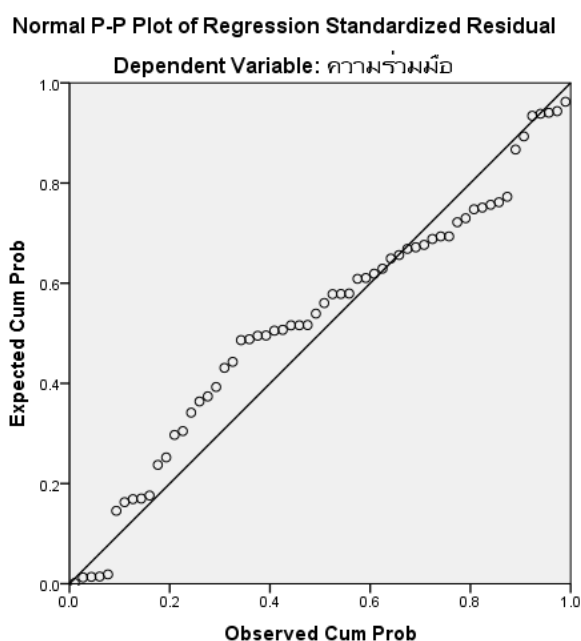
a. Dependent Variable: ความร่วมมือ

2. กราฟมีการกระจายแบบปกติ (Normal Distribution) ดูที่ Histogram



ข้อมูลอยู่ภายใต้เส้นการกระจายแบบปกติ และไม่มีค่านอกขอบเขตปรากฏในการวิเคราะห์

3. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นต่อกัน (Linear Relationship) ให้พิจารณาจุดที่ค่าปรากฏในกราฟยังลากได้เป็นเส้นตรง ทำมุม 45 องศา



4. ผลการตรวจสอบข้อกำหนดเกี่ยวกับการเป็นอิสระต่อกันของค่าความคลาดเคลื่อนด้วยสถิติทดสอบเดอร์บิน-วัตสัน (Durbin-Watson)

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.495 ^a	.245	.204	.182633	2.145

a. Predictors: (Constant), การรับรู้การรักษา, การรับรู้ผลกระทบ, การรับรู้เวลา

b. Dependent Variable: ความร่วมมือ

ค่า Durbin-Watson = 2.145 ค่าความคลาดเคลื่อนต้องไม่มีความสัมพันธ์กันในช่วงเวลาที่ต่างกัน หรือเรียกว่า Non autocorrelation หรือเป็นอิสระต่อกัน

5. แสดงผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์พหุคูณกำลังสองของค่าสหสัมพันธ์พหุคูณกำลังสองของค่าสหสัมพันธ์พหุคูณที่ปรับแก้และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
Enter	.495	.245	.204	.1826

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณมีค่า .495 และกำลังสองของค่าสหสัมพันธ์พหุคูณมีค่า .245 แสดงว่าตัวแปรการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้งหมดร่วมกันพยากรณ์ความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้ร้อยละ 25 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์มีค่า .826

6. ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัว เพื่อวัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน ถึงความสัมพันธ์กันสูง (Multicollinearity) โดยใช้สถิติที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันเอง (Tolerance) และค่า VIF (Variance inflation factor)

Model	Collinearity Statistic	
	Tolerance	VIF
constant		
การรับรู้ช่วงเวลา/ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (X_1)	.626	1.597
การรับรู้ผลกระทบจากการความเจ็บป่วย (X_2)	.759	1.318
การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ (X_3)	.773	1.294

ตรวจสอบการใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสหสัมพันธ์ (Correlation Analysis) ค่าสถิติ Variance Inflation Factor (VIF) ค่าที่ยอมรับได้ต้องมีค่าไม่เกิน 10 และค่า Tolerance มากกว่า 0.2 แสดงว่าไม่มีปัญหาการเกิดความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระ (Multicollinearity)

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง อิทธิพลการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อตาย
หลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

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

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือวิจัยในการทำ
วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะ
พยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจ
ตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับ
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือด
หัวใจ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยด้านช่วงเวลาหรือ
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย ด้านผลกระทบจากการเจ็บป่วย ด้านการ
รักษาหรือการควบคุมอาการของโรค ต่อความร่วมมือของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลัง
ได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรค
กล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (✓)

หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย
 () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 () โสด
 () สมรส
 () หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่
4. บทบาททางศาสนาอิสลาม
 () ไม่มีบทบาท
 () โต๊ะครู/ครูสอนศาสนา
 () โต๊ะอิหม่าม/คอดิบ/บิลลา
 () อื่นๆ (ระบุ).....
5. อาชีพ
 () รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ
 () ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว
 () รับจ้างทั่วไป
 () เกษตรกรรม/ประมง
 () แม่บ้าน/พ่อบ้าน
 () อื่นๆ (ระบุ).....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 () น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน
 () 5,001 – 10,000 บาท/เดือน
 () 10,001 – 20,000 บาท/เดือน
 () 20,001 – 30,000 บาท/เดือน
 () มากกว่า 30,000 บาท/เดือน

7. ระดับการศึกษา

- () ไม่ได้เรียนหนังสือ
 () ประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษา
 () อนุปริญญา/เทียบเท่า
 () ปริญญาตรี/เทียบเท่า
 () สูงกว่าปริญญาตรี
 () อื่นๆ (ระบุ).....

8. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....ปี.....เดือน

9. ท่านเคยได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน/ใส่ขดลวดหรือผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

- () ไม่เคย
 () เคย (ระบุชนิดและปีที่ทำ).....

10. ท่านมีโรคประจำตัวอื่นๆ อีกหรือไม่

- () ไม่มี
 () มี ระบุ.....

11. ในครอบครัวของท่านมีใครเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

- () ไม่มี
 () มี ระบุ.....

12. ท่านเคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

- () ไม่เคย
 () เคย (ระบุเรื่อง).....

13. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

- () ไม่เคย
 () เคย (ระบุเรื่อง).....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง ท่านคิดว่าอาการดังต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหากท่านไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	อาการ	
	เกี่ยวข้อง	ไม่เกี่ยวข้อง
1.มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก		
2.มีอาการเจ็บร้าวไปคอ กราม ไหล่และแขนทั้งสองข้าง		
3.มีอาการหายใจหอบเหนื่อยง่ายขณะทำกิจกรรม		
4.มีอาการหายใจหอบเหนื่อย		
5.มีอาการนอนราบไม่ได้ หรือเวลานอนต้องนอนหนุนหมอน 2 ใบ		
6.มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ		
7.มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง		
8. มีอาการเป็นลม หหมดสติ		

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยด้านช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย ด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย ด้านผลกระทบจากการเจ็บป่วย ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในข้อที่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว การเลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

- 1 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 2 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วย
- 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วย
- 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	เห็นด้วย (3)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)
1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมักมีอาการแค่ช่วงสั้นๆ				
2. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมักจะเป็นถาวร				
3. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีอาการต่อเนื่องเป็นเวลานาน				
4. โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย				
5. โรคเบาหวานทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย				
6. ระดับไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย				
7. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย				
8. ภาวะอ้วนทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย				

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	เห็นด้วย (3)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)
9. การขาดการออกกำลังกายทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย				
10. ความเครียดทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย				
11. อายุที่มากขึ้นทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย				
12. กรรมพันธุ์จากครอบครัวทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย				
13. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่ร้ายแรงอาจส่งผลให้เสียชีวิตกะทันหันได้				
14. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นผลกระทบต่อชีวิตอย่างมาก				
15. การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ฉันใช้ชีวิตกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ง่ายขึ้น				
16. การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นทำให้คนอื่นมองฉันเปลี่ยนไป				
17. การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นส่งผลกระทบทางการเงินหรือเศรษฐกิจครอบครัวอย่างมาก				
18. การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นทำให้ฉันเห็นคุณค่าในตนเอง				
19. การพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาจะช่วยให้อาการของฉันดีขึ้นเรื่อย ๆ				
20. มีหลายอย่างที่สามารถควบคุมอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย				

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	เห็นด้วย (3)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)
ได้ เช่น การรับประทานยา การปฏิบัติตัวตามแพทย์แนะนำ				
21. มีปัจจัยน้อยมากที่สามารถทำให้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งนี้ดีขึ้น				
22. การรักษาทำให้อาการเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งนี้ดีขึ้น				
23. การหายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับโอกาสและโชคชะตา				
24. การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองสามารถกำหนดได้ว่าอาการเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะดีขึ้นหรือแย่ลง				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ต้องการถามข้อมูลเกี่ยวกับการกินยารักษาโรคหลอดเลือดหัวใจของคุณ กรุณาอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวคุณมากที่สุด

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

ข้อความ	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริงเลย
1.ฉันหาข้อมูลของยาและอาการผิดปกติที่อาจ				

ข้อความ	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริงเลย
เกิดขึ้นจากยาที่หมอสั่งให้ฉันกินทุกตัว				
2.ฉันสามารถกินยาได้ถูกต้อง เช่น ยาอมใต้ลิ้น จะอมเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ครั้งละ 1 เม็ด หากยังไม่ดีขึ้น อดยาเม็ดที่ 2 รอดูอาการอีก 5 นาที ถ้าไม่หายอมยาเม็ดที่ 3 แล้วรีบไปโรงพยาบาล				
3.ฉันสามารถสังเกตอาการของตนเองหลังจาก กินยา				
4.ฉันสามารถปฏิบัติตัวเบื้องต้นหากฉันเกิด อาการผิดปกติจากการกินยา				
5.ฉันสามารถเก็บรักษายาไว้ได้อย่างถูกต้อง เช่น เก็บในที่ไม่อบอุ่น เก็บให้พ้นมือเด็ก				
6. ฉันเก็บยาไว้ในสถานที่ที่แห้งและไม่เปียกชื้น				
7. ฉันเก็บยาไว้ในซองยาที่ปิดสนิท				
1. ฉันแกะเม็ดยาออกจากฟอยล์หรือแผงยาเมื่อ ถึงเวลากินเท่านั้น				
9. ฉันตรวจสอบวันหมดอายุของยาก่อนนำมากิน				
10. ฉันอ่านรายละเอียดบนฉลากยาก่อนใช้ยา				
11. ฉันปฏิบัติตามที่ฉลากยาระบุอย่างเคร่งครัด				
12. ฉันปฏิบัติตัวถูกต้องเมื่อฉันลืมหากินยา				
13. ฉันกินยาครบทุกตัวตามที่หมอสั่ง				
14. ฉันกินยาตามจำนวนและขนาดที่หมอสั่ง				
14. ฉันไม่หรือเพิ่มยาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษา หมอก่อน				
15. ฉันกินยาอย่างต่อเนื่องตามที่หมอสั่งโดยไม่ หยุดยาเอง				
17. ฉันถามหมอ เภสัชกร หรือพยาบาล เกี่ยวกับ วิธีการใช้ยาที่ถูกต้องก่อนที่จะเริ่มใช้ยา				
18. แม้จะรู้สึกว่าการดีขึ้นแล้ว ฉันก็ยังกินยาตามที่				

ข้อความ	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริงเลย
หมอส่งต่อไป				
19. ฉันพยายาติดตัวไปด้วยเมื่อต้องออกไปนอกบ้าน				
20. ฉันสังเกตอาการของตัวเองว่าดีขึ้นหรือไม่ หลังจากใช้ยา				
21.ฉันมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษา ที่เหมาะสมกับตัวฉัน				

ภาคผนวก ค.
หนังสือรับรองอนุญาตเก็บข้อมูล



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รหัสรับโครงการ: 2023 – St – Nur – 050 (Internal)

ชื่อโครงการ: อิทธิพลการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิม
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

รหัสหนังสือรับรอง: PSU IRB 2023 - St – Nur 045 (Internal)

ชื่อหัวหน้าโครงการ: นางสาวรุสนา มะราเม๊ะ

หน่วยงานที่สังกัด: หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

เอกสารที่รับรอง: 1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย
2. เครื่องมือวิจัย
3. ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่รับรอง: 4 มีนาคม 2567

วันที่หมดอายุ: 4 มีนาคม 2569

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการ
เบลมอนต์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และขอให้รายงานผลการวิจัยทุก 1 ปี ตามแบบฟอร์ม AP-007

(ลงนาม)..... นวรัตน์ พุ่มดวง

(ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์





Certificate of Approval of Human Research Ethics
Center for Social and Behavioral Sciences Institutional Review Board,
Prince of Songkla University

Document Number: 2023 – St – Nur - 050 (Internal)

Research Title: Influences illness Perception on Medication Adherence in Muslim Patients with Myocardial Infarction Undergone Percutaneous Coronary Intervention

Research Code: PSU IRB 2023 - St – Nur 045 (Internal)

Principal Investigator: Miss. Rusna Maramoh

Workplace: Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Prince Songkla University, Hat Yai Campaus

Approved Document:

1. Human Subjects
2. Instrument
3. Informed Consent

Approved Date: March 4, 2024

Expiration Date: March 4, 2026

This is to certify that the Center for Social and Behavioral Sciences Institutional Review Board, Prince of Songkla University has approved for Ethics of this research in accordance with Declaration of Belmont. And please report the research result every year in the Annual Report.

Sasitorn Phumdoung

(Professor Dr. Sasitorn Phumdoung)

Committee Chairman of Center for Social and Behavioral Sciences
Institutional Review Board, Prince of Songkla University



โรงพยาบาลยะลา
๑๕๒ ถนนสีโรส อำเภอเมือง
จังหวัดยะลา ๙๕๐๐๐

หนังสือรับรองนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง : อิทธิพลการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิม
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ทำวิจัย : นางสาวรุสนา มะราเม๊ะ

รหัสโครงการวิจัย : ๑๗ / ๒๕๖๗

ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม
การทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยะลา แล้ว

โดยให้เก็บข้อมูลวิจัย ได้ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๗


(นางสาวกฤษณพร จีรวรากุล)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์


(นางอวาทย์ แว)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กรรมการ


(นางนริศรา ตีปยานนท์)
เภสัชกรชำนาญการ
กรรมการ


(นายปรามทย์ จินสกุล)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กรรมการ


(ดร.อูดา แวหะยี)
อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร
สาขาสาธารณสุขศาสตร์และธุรกิจสุขภาพ
กรรมการ

วันที่รับรอง : ๒๑ พ.ค. ๒๕๖๗

วันหมดอายุ : ๒๐ พ.ค. ๒๕๖๘

ส่งเอกสารงานวิจัยฉบับเต็ม : ๒๐ พ.ค. ๒๕๖๘

ภาคผนวก ง.

ใบพิทักษ์สิทธิ์

IRB-2

ใบพิทักษ์สิทธิ์

ชื่อการศึกษา อธิปไตยการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทุพพณยของผู้ป่วยมุสลิมโรค
กล้ำเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยยหลอดเลือดหัวใจ

1. บทนำ

ข้าพเจ้า นางสาวรุสนา มะระเมาะ (รหัสนักศึกษา 6210420035 นักศึกษาปริญญาโท ปี 2 คณะ
พยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์) และทีมวิจัยซึ่งประกอบด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรุวรรณ
กฤตย์ประชา (อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก) จะดำเนินการวิจัย เรื่อง “อธิปไตยการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือ
ในการรับประทุพพณยของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ำเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยยหลอดเลือดหัวใจ”
โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรับประทุพพณยของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ำเนื้อหัวใจตายหลัง
ได้รับการสวนขยยหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาอำนาจของปัจจัยทำนายการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทุพพณย
ของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ำเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยยหลอดเลือดหัวใจ

2. ความเป็นมาของการศึกษา

ดิฉันใคร่ขอแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยดังกล่าว และเชิญชวนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีส่วน
ร่วมในการให้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. โครงการวิจัยดังกล่าว เป็นการศึกษาอธิปไตยการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการ
รับประทุพพณยของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ำเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยยหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้วิจัยเป็น
บุคคลที่จะทำการแจกแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง
2. ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที แบบสอบถามการวิจัยจำนวน 3 ชุด
ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

2.2 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ำเนื้อหัวใจตายหลังได้รับ
การขยยหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 32 ข้อ

2.3 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทุพพณยของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ำเนื้อหัวใจตาย
หลังได้รับการขยยหลอดเลือดหัวใจจำนวน 21 ข้อ

3. การปฏิบัติตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย คือ ขณะให้ตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องปฏิบัติตาม
มาตรการการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์
และ เว้นระยะห่างทางสังคม เป็นต้น และปฏิบัติตามเกณฑ์ข้อกำหนดของงานวิจัย

4. กรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อจำกัดในการอ่านแบบสอบถามผู้วิจัยจะอ่านให้ และกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัย
ไม่เข้าใจข้อคำถามในแบบสอบถาม ขณะทำแบบสอบถามหรือมีข้อสงสัยต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถ
สอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

5. ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือน
เมษายน พ.ศ. 2567 รวมใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 เดือน



3. ความเสี่ยง/ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- คุณประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. ประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงแต่ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะถูกนำไปใช้เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลตนเอง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อไป

2. ประโยชน์ต่อหน่วยงานแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือด ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะนำมาสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้รับบริการเกิดความประทับใจในการดูแลรักษาและเกิดความมั่นใจในความปลอดภัยจากการรับประทานยาและสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้

3. ประโยชน์ต่อการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้คำแนะนำและการติดตามการปฏิบัติตัวภายหลังได้รับคำแนะนำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

- ความเสี่ยง หรืออันตรายที่อาจเกิดจากการวิจัย

ขณะตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยอาจได้รับผลกระทบทางจิตใจบ้าง แต่ไม่รุนแรง เนื่องจากแบบสอบถามเป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติตามการดูแลตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และที่ไม่เจازลึงหรือทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกอึดอัด กรณีที่รู้สึกอึดอัด หรือไม่สะดวกใจในการตอบคำถามแบบสอบถามบางข้อ หรือรู้สึกเหนื่อย เจ็บหน้าอกหรือมีความเครียด ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถไม่ตอบคำถามข้อนั้น และสามารถหยุดพักในการตอบแบบสอบถามนั้นได้

วิธีการป้องกัน / แก้ไขหากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น กรณีเกิดภาวะวิกฤติทางด้านจิตใจและอารมณ์ผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือ ดังนี้

1. ยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกกับสภาพปัญหาได้อย่างอิสระ โดยให้ความมั่นใจในการปกปิดข้อมูลเหล่านั้นเป็นความลับ ตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความคิดเห็นแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยต่อไป

2. ให้กำลังใจ ปลอบใจ และแสดงความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น

3. กรณีผู้เข้าร่วมวิจัยมีสภาพวิกฤติทางจิตใจและอารมณ์เกินความช่วยเหลือของผู้วิจัย ผู้วิจัยจะประสานงานกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกนั้น

4. ขณะที่ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม (หรือให้สัมภาษณ์) หากรู้สึกไม่สบายใจที่จะตอบคำถามบางข้อ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถข้ามข้อคำถามนั้นไปได้ หรืออาจจะหยุดการทำแบบสอบถาม (หรือสัมภาษณ์) ได้ทุกเมื่อ

4. การปกป้องความลับ

การปฏิบัติเพื่อปกป้องความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนี้

จากการเก็บข้อมูลที่เก็บผ่านแบบสอบถามโดยใช้กระดาษและเก็บเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ในคอมพิวเตอร์ การเก็บข้อมูลจะทำในพื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ จะไม่มีการส่งต่อข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยไปให้กับบุคคลอื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต รวมทั้งจะรายงานผลการวิจัยต่อสาธารณะเป็นข้อมูลส่วนรวม และแบบสอบถามทั้งหมดจะถูกเก็บในตู้ที่สามารถล็อกได้อย่างปลอดภัย แต่อย่างไรก็ตามอาจจะมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ในการตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรม เป็นต้น สำหรับไฟล์อิเล็กทรอนิกส์จะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัย ซึ่งต้องใช้รหัสในการเข้าถึงข้อมูล ทั้งนี้แบบสอบถามที่เป็นกระดาษและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ของแบบสอบถามจะเก็บไว้เป็นระยะเวลา 3 ปี และทำลายโดยใช้เครื่องทำลายเอกสารและคำสั่งลบ (Delete) ในระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อ Permanent delete



5. การเข้าร่วมโดยความสมัครใจ

- การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย
- ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวออกจากโครงการนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยพึงได้รับ การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการที่สมควรจะได้รับแต่ประการใดที่ผู้เข้าร่วมวิจัยพึงได้รับ
- หากผู้เข้าร่วมวิจัยขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม ข้อมูลจะไม่ถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมโครงการวิจัยได้อีก

6. การปฏิบัติเมื่อวิจัยมีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

ขณะหรือหลังสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจมีความเสี่ยงทางด้านร่างกาย คือ จากภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและผลข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น มีอาการอ่อนเพลีย เจ็บหน้าอก คลื่นไส้/อาเจียน เหนื่อยง่ายหรืออาจมีภาวะเครียด การใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 20-30 นาที ขณะตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยอาจได้รับผลกระทบทางจิตใจบ้าง แต่ไม่รุนแรง เนื่องจากแบบสอบถามเป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และไม่ได้เจาะลึกหรือทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกอึดอัด ซึ่งผู้วิจัยจะป้องกันความเสี่ยงนี้กรณีที่ท่านรู้สึกอึดอัด หรือไม่สะดวกใจในการตอบคำถามแบบสอบถามบางข้อ หรือรู้สึกเหนื่อย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถไม่ตอบคำถามข้อนั้น และสามารถหยุดพักในการตอบแบบสอบถามนั้นได้ ผู้วิจัยจะยุติการการสอบถามพร้อมทั้งให้การช่วยเหลือโดยการให้คำปรึกษา หรือรายงานพยาบาลประจำแผนกเพื่อรายงานแพทย์เจ้าของไข้ผู้ป่วยเพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

7. ผู้ที่สามารถติดต่อเมื่อมีข้อคำถาม/ ปัญหา

หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยใด ๆ ตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ท่านสามารถติดต่อสอบถามโดยตรงกับผู้วิจัยได้ที่ หอผู้ป่วยวิกฤตโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด CCU โรงพยาบาลยะลา 152 ถนนสิโรธร ตำบลสะแง อ. เมือง จ. ยะลา 95000 เบอร์โทรศัพท์ 086-2980937 E-mail: cantona_nn98@hotmail.com

หากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ สามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่ ศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ 15 ถนนกาญจนวนิช ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 0-7428-6470 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ panwadee.t@psu.ac.th

ลายเซ็นนักวิจัย.....

(นางสาวรุสนา มะระมา๊ะ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากนักวิจัยแล้ว และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ลายเซ็นผู้เข้าร่วมวิจัย.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายเซ็นพยาน.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ฉบับปรับปรุง วันที่ 10 มีนาคม 2563



ภาคผนวก จ.
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|---|--|
| 1. อาจารย์ ผศ.ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา | อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์ | อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม |
| 3. อาจารย์ ดร.วศินี สมศิริ | อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 4. เกสัชกรหญิงอารยา สุวรรณวงศ์ | เกสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลยะลา |
| 5. คุณวชิรญาณ วัฒนศิริวิชช์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนักระบบ
หัวใจและหลอดเลือด) โรงพยาบาล
ยะลา |

ภาคผนวก ฉ.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวรุสนา มะราเมาะ
 รหัสนักศึกษา 6210420035

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จ
การศึกษา	พยาบาลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท 2554

ทุนการศึกษา (ที่ได้รับระหว่างการการศึกษา)

-

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด
 โรงพยาบาลยะลา (2554-ปัจจุบัน)