



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

Factors Influencing Medication Adherence in Patients with Chronic Heart Failure

เรือเอกหญิง พว.ทัศนิกา เรืองทิพย์* รศ.ดร.พว.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ**
ผศ.ดร.พว.วิชชุดา เจริญกิจการ*** นพ.ฉัตรกนก ทุมวิภาต****
LT Tantipa Ruangthip, R.N.,* Doungrut Wattanakitkrileart, R.N., Ph.D.,**
Vishuda Charoenkitkarn, R.N., Ph.D.,*** Chatkanok Dumavibhat, M.D.****

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และอิทธิพลของปัจจัยความรุนแรงของโรค สถานภาพทางการเงิน อุปสรรคในการรับประทานยาและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพในการร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวน 120 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบประเมินอุปสรรคในการรับประทานยา แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ และแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 54.28 ปี (SD = 11.27) มีความร่วมมือในการรับประทานยา ร้อยละ 47.5 โดยความรุนแรงของโรค สถานภาพทางการเงิน อุปสรรคในการรับประทานยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้ร้อยละ 17.8 (Nagelkerke $R^2 = 0.178$) ซึ่งสถานภาพทางการเงินและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.76, $p < .05$ และ OR = 1.06, $p < .05$) ตามลำดับ

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** แพทย์สำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพโดยมีพื้นฐานจากความไว้วางใจ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา และควรมีการประเมินสถานภาพทางการเงิน โดยนำไปวางแผนในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาเพื่อลดการเกิดความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา

คำสำคัญ : โรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ความร่วมมือในการรับประทานยา ความรุนแรงของโรค
สถานภาพทางการเงิน สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ

Abstract

This study was conducted to determine the predictive correlations by studying the medication adherence in patients with chronic heart failure and also focused on the influence of the severity of disease, financial status, barriers to medication adherence and patient-provider relationships in co-predicting medication adherence in patients with chronic heart failure. The sample was composed of 120 patients with chronic heart failure who were treated at the Outpatient department of a tertiary hospital. Data were collected using questionnaires namely, the personal data, the severity of disease evaluation assessment form, the barriers to medication adherence assessment form, the trust in provider assessment form and the medication adherence assessment form. All data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression analysis.

According to the results, the samples were males (66.7%) with a mean age of 54.28 years (SD = 11.27), medication adherence at 47.5%. Severity of disease, financial status, barriers to medication adherence and patient-provider relationships were co-predicted the medication adherence in patients at 17.8% (Nagelkerke $R^2 = 0.178$). Financial status and patient-provider relationships were also co-predicted the medication adherence with a statistical significance of OR = 1.76 ($p < .05$), and OR = 1.06 ($p < .05$), respectively.

Based on the findings, the researcher recommends the development of programs to promote patient-provider relationships based on a foundation of trust to promote medication adherence in patients, assess their financial status and plan to help those with problems to reduce medication nonadherence.

Keywords : chronic heart failure, medication adherence, severity of disease, financial status, patient-provider relationships



ความเป็นมาและ ความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประชากรทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกา จากข้อมูลปี พ.ศ. 2552-2555 มีผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวประมาณ 5,700,000 คน¹ นอกจากนี้ยังมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2555-2573 จะมีจำนวนผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 46 ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมากกว่า 8,000,000 คน¹ สำหรับประเทศไทยนั้นยังไม่พบสถิติของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่แน่ชัด แต่ก็พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยนอกมีอัตราการเป็นโรคระบบไหลเวียนเลือด ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จำนวน 438.34 รายต่อประชากร 1,000 ราย และเป็นโรคอันดับ 1 ของแผนกผู้ป่วยนอก² และพบว่ากลุ่มโรคหัวใจอื่นๆที่ไม่ใช่โรคหัวใจขาดเลือด รั้งป่วยในโรงพยาบาลเป็นอันดับ 6 โดยมีจำนวน 670.08 รายต่อประชากร 100,000 ราย² เช่นเดียวกับที่โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเฉลี่ย 291 รายต่อเดือน³

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) หมายถึงภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้ตามปกติ หรือเป็นความผิดปกติของโครงสร้างทางพยาธิสรีรวิทยาของหัวใจหรือระบบการทำงานของหัวใจที่ล้มเหลว ทำให้ไม่สามารถขนส่งออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกาย ทำให้ไม่ได้รับออกซิเจนและสารอาหารที่จำเป็นเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย⁴ โดยในภาวะปกตินั้นหัวใจมีหน้าที่ในการสูบฉีดโลหิตเพื่อนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยง

เซลล์ต่างๆของร่างกาย เมื่อได้รับออกซิเจนและสารอาหารแล้ว ร่างกายจึงสามารถทำงานได้เป็นปกติ ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจะพบว่าหัวใจบีบตัวได้น้อยลง ทำให้เซลล์ได้รับเลือดไม่เพียงพอ ส่งผลทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนล้า หายใจเหนื่อย และอาจพบอาการไอได้ในบางคน ทำให้การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เดิน ขึ้นลงบันได ขนของ เป็นไปด้วยความยากลำบาก⁵

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มักมีอาการเรียกว่า หัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic heart failure) โดยผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะเป็นผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการ อาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่เปลี่ยนแปลงอย่างน้อยหนึ่งเดือน เรียกว่า อาการคงที่ (stable) หรือมีอาการจนอยู่ในระยะที่ร่างกายไม่สามารถชดเชยได้ (decompensated) ซึ่งสาเหตุของหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่พบได้บ่อย คือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจเลื่อมชนิด Dilated Cardiomyopathy (DCM) ทำให้ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง จึงเกิดหัวใจล้มเหลว⁴

กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ใช้อยู่ในปัจจุบันจะประกอบไปด้วย กลุ่มยาขับปัสสาวะ ยากลุ่มที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ ยากลุ่ม β -blocker เป็นต้น ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีความจำเป็นในการรักษาด้วยยาหลายชนิด เนื่องจากผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจะมีอาการที่หลากหลาย และยาแต่ละชนิดก็มีคำแนะนำและวิธีการในการบริหารยาแตกต่างกัน⁵ การรักษาด้วยยาจึงมีความสำคัญในการบรรเทาอาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ดังนั้นความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

ความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication adherence) หมายถึง พฤติกรรมในการรับประทานยาที่สอดคล้องตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมีอิสระในการคิดและตัดสินใจ เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการตกลงร่วมกัน (Agreement) ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ โดยตรงตามขนาด เวลา ความถี่ และมีความต่อเนื่อง⁶ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวร้อยละ 40 - 60 โดยประมาณ⁷ ความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา คือ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสรีรวิทยาและอาการของโรคเรื้อรัง หรือการทำงานของหัวใจแย่งลง นอกจากนี้การไม่ร่วมมือในการรับประทานยายังส่งผลให้เกิดอัตราการเสียชีวิตและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น⁸

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model : MAM) ของ WHO⁹ แบ่งออกเป็น 5 มิติ คือ มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social and economic factors) มิติด้านทีมสุขภาพและระบบสุขภาพ (Health care team and system-related factors) มืองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ความพึงพอใจ และการสื่อสารซึ่งขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้ป่วย มิติด้านอาการป่วย (Condition-related factors) มิติด้านการรักษา (Therapy-related factors) และมิติด้านผู้ป่วย (Patient-related factors) โดยผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาตามกรอบแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ จำนวน 4 มิติดังต่อไปนี้

ความรุนแรงของโรค (Severity of disease) มิติด้านอาการป่วย (Condition-related factors) เป็นความรุนแรงของอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมียุทธวิธีพลทางบวกต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความรุนแรงของโรคทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวและมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจึงร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น¹⁰ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมักและอยู่ในภาวะวิกฤตมีแนวโน้มที่จะไม่ร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวพบว่าความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้นมีอิทธิพลทางลบต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในขณะที่เดียวกันความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นก็มีผลมาจากความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่ไม่ดี¹¹ และในการศึกษาของผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยพบว่าความรุนแรงของโรคมียุทธวิธีพลทางลบต่อความร่วมมือในการรับประทานยา¹² แต่ก็มีบางการศึกษาที่พบว่า ความรุนแรงของโรคไม่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว⁷

สถานภาพทางการเงิน (Financial status) มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social and economic factors) หมายถึง ความเพียงพอของรายได้ตามการรับรู้ของผู้ป่วย สถานภาพทางการเงินที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ซึ่งการศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวโดย Wu, Moser, Chung, Lennie¹¹ พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic factors) ซึ่งประกอบด้วย เชื้อชาติ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถ



ทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ในประเทศไทยมีการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของ ระพีพันธ์ ผลสุข¹²พบว่า สถานภาพทางการเงินมีอิทธิพลทางลบต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการหารายได้จึงเป็นเหตุให้ละเลยต่อการรับประทานยา

อุปสรรคในการรับประทานยา (Barriers to medication adherence) มิติด้านการรักษา (Therapy-related factors) เป็นสิ่งที่ขัดขวางหรือยับยั้งไม่ให้อาบน้ำตามแผนการรักษาตามการรับรู้ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ โดยที่พบได้บ่อย ได้แก่ การลืมรับประทานยา ผลข้างเคียงจากยา จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ความถี่ในการรับประทานยา ความซับซ้อนของแผนการรักษา การศึกษาของ Wu, Moser, Chung, Lennie¹¹ พบว่า อุปสรรคในการรับประทานยามีอิทธิพลทางลบต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีความยากลำบากในการรับประทานยาจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่ไม่รับประทานยาเกิดขึ้น

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ (Patient-provider relationship) มิติด้านทีมสุขภาพและระบบสุขภาพ (Health care team and system-related factors) เป็นความผูกพันกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาตามการรับรู้ของผู้ป่วยโดยพบว่าอิทธิพลทางบวกต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว สัมพันธภาพที่ดีเกิดจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ เชื่อถือ เกิดความคล้อยตามทำให้มีความต้องการที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา^{13,14} สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย

และบุคลากรทางสุขภาพจึงมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว อย่างไรก็ตามในการศึกษาของ Wu, Moser, Chung, Lennie¹¹ ที่ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มหัวใจล้มเหลวพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพไม่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว¹¹ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยให้คะแนนในระดับมากทั้งหมดข้อมูลจึงขาดการกระจายตัว

ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังนั้นมีความซับซ้อนทั้งเรื่องของโรค การรักษา รวมถึงการรับประทานยา ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่จากการศึกษาที่ผ่านมายังคงพบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเกิดความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ร้อยละ 40 - 60 ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น และไม่สามารถสรุปถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเป็นที่แน่นอน เนื่องจากผลของการวิจัยยังไม่เป็นไปในทางเดียวกันและส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ บริบทอาจมีความแตกต่างกัน ทั้งในเรื่องของความเชื่อ วัฒนธรรม และเรื่องของสิทธิ์การรักษา สำหรับในประเทศไทยยังพบว่าการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวยังมีไม่มาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาอิทธิพลของความรุนแรงของโรค สถานภาพทางการเงิน อุปสรรคในการรับประทานยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว และแนวทางในการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยา และอิทธิพลของความรุนแรงของโรค สถานภาพทางการเงิน อุปสรรคในการรับประทานยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต หรือมีโรคร่วมที่อยู่ในระยะรุนแรง และเป็นผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยานานอย่างน้อย 6 เดือน มีการรับรู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารภาษาไทยได้ กรณีที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี จะต้องผ่านการประเมินความรู้ความเข้าใจ จีพีค็อก (GP-COG) โดยมีคะแนน 9 คะแนน เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีความเสื่อมของการรับรู้ ความจำ จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินก่อนเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บข้อมูลในเดือนเมษายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2559 กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยการใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 เท่าของจำนวนตัวแปรอิสระ¹⁵ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 120 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามีลักษณะเป็นแบบสอบถามและแบบประเมิน ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน และแบบคัดกรองเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นแบบบันทึกและสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สูงสุด อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการรักษา ผู้ดูแล ความถี่ในการรับประทานยา ปัญหาในการรับประทานยา และส่วนที่ได้จากเวชระเบียน เกี่ยวกับ เพศ ศาสนา ระยะเวลาการเป็นโรคหัวใจล้มเหลว ระยะเวลาของการรักษา ด้วยยา โรคประจำตัว ยาที่ผู้ป่วยได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของโรค เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตามการรับรู้ของผู้ป่วยตามการแบ่งของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก⁵ (New York Heart Association function class) ตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้อย่างแพร่หลาย โดยแบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ให้คะแนนอยู่ระหว่าง 1- 4 ผู้ป่วยที่มีคะแนนมากหมายถึง อยู่ในระดับความรุนแรงของโรคมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอุปสรรคในการรับประทานยา (Adherence Barriers Questionnaire) พัฒนาโดย Muller, Kohlmann, Wilke¹⁶ แปลโดยผู้วิจัย โดยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ มีคำถาม 13 ข้อ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13 - 52 คะแนน โดยคะแนนมากจะหมายถึง มีอุปสรรคในการรับประทานยามาก ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่ม



ตัวอย่าง 120 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.74

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ (Trust in Physician Scale)¹⁷ พัฒนาโดย Anderson และ Dedrick¹³ แปลโดยผู้วิจัย โดยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ ใช้ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ มีคำถาม 11 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 11 – 55 คะแนน นำคะแนนมาแปลงให้เป็น 100 คะแนน โดยการเทียบบัญญัติไตรยางค์ คะแนนจะอยู่ระหว่าง 20 – 100 คะแนน โดยคะแนนมากจะหมายถึง มีความไว้วางใจมาก ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง 120 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.79

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (The Medication Adherence Report Scale : MARS) พัฒนาโดย Horne และ Weinman¹⁸ แปลและแปลย้อนกลับโดย นภาพร รุจิสถียร¹⁹ มีคำถาม 5 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5 - 25 คะแนน โดยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาเท่ากับ 25 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการรับประทานยา และคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 หมายถึง ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง 120 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.71

แบบคัดกรองเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจ จีพีซีค็อก (GP-COG) พัฒนาโดย Brodaty และคณะ²⁰ แปลและแปลย้อนกลับโดย จิรนนท์ กริพพิทส์²¹ เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในผู้สูงอายุ แบบสอบถามมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเมินผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินผู้ดูแลในส่วนนี้ผู้วิจัยขอตัดออก เนื่องจาก

เป็นการนำมาประเมินเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น ในงานวิจัยครั้งนี้นำมาประเมินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป หากมีคะแนนน้อยกว่า 9 คะแนน จะหมายถึงผู้ป่วยมีปัญหาความรู้ความเข้าใจบกพร่อง ซึ่งอยู่ในเกณฑ์คัดออกจากการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่ไม่ผ่านการประเมินความรู้ความเข้าใจ จีพีซีค็อก (GP-COG) จำนวน 30 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล หลังจากนั้นนำหนังสือแนะนำตัวเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยเพื่อนำเข้ากลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัยและขั้นตอนเกี่ยวกับการวิจัย เมื่อผู้ป่วยมีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติหรือถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 30 - 50 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรุนแรงของโรค สถานภาพทางการเงิน อุปสรรคในการรับประทานยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ และความร่วมมือในการรับประทานยา และวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบขั้นตอนเดียว (Enter logistic regression) เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรุนแรงของโรค สถานภาพทางการเงิน อุปสรรคในการรับประทานยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

ผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 54.28 ปี (SD = 11.27) เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.8 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.8 และ ร้อยละ 65.0 อาศัยอยู่กับคู่สมรส การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 และมีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจ ร้อยละ 30.0 เป็นผู้ที่มียาได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 25.8 เป็นผู้ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 43.3

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 51.7 เป็นโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอยู่ในช่วง 1- 5 ปี ร้อยละ 77.5 มีโรคประจำตัวที่นอกเหนือโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 44.2 และ ร้อยละ 50.8 จะมีระยะเวลาในการรักษาด้วยยาอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี โดยจำนวนครั้งที่รับประทานยาในแต่ละวันจะรับประทานยาวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 58.3 จำนวนชนิดของยาที่รับประทานทั้งหมด จะอยู่ระหว่าง 6 - 10 ชนิด ร้อยละ 53.5 และร้อยละ 93.3 ไม่มีปัญหาในการรับประทานยา

กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยา ร้อยละ 47.5 โดยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับ 2 ร้อยละ 56.7 และมีการรับรู้สถานภาพทางการเงินในระดับเพียงพอต่อรายได้ ร้อยละ 47.5 มีอุปสรรคในการรับประทานยาระดับน้อย ร้อยละ 50.8 มีคะแนนเฉลี่ย 22.39 จากคะแนนเต็ม 52 คะแนน (Max = 33, Min = 12, Mean = 22.39, SD = 4.09) มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพซึ่งประเมินจากความไว้วางใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 คะแนนเฉลี่ย 82.78 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน (Max = 100, Min = 49.1, Mean = 82.78, SD = 8.80)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุดคือ อุปสรรคในการรับประทานยากับความร่วมมือในการรับประทานยา ($r_s = -0.26, p < .01$) สถานภาพทางการเงินและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับร่วมมือในการรับประทานยาเท่ากัน ($r_s = 0.23, p < .05$) โดยความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) รายละเอียดดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค สถานภาพทางการเงิน อุปสรรคในการรับประทานยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) (n = 120)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. ความรุนแรงของโรค	1				
2. สถานภาพทางการเงิน	0.04 ^{ns}	1			
3. อุปสรรคในการรับประทานยา	0.21*	-0.18 ^{ns}	1		
4. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ	0.07 ^{ns}	-0.11 ^{ns}	-0.38**	1	
5. ความร่วมมือในการรับประทานยา	0.04 ^{ns}	0.23*	-0.26**	0.23*	1

*p-value < .05, **p-value < .01, ns = non significant

3. อำนาจการทำนายของความรุนแรงของโรค สถานภาพทางการเงิน อุปสรรคในการรับประทานยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ผลจากการวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติก พบว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถทำนายโอกาสที่จะเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ กล่าวคือ เมื่อมีคะแนนความไว้วางใจเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะมีโอกาสเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาเป็น 1.06 เท่าของผู้ที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (OR = 1.06, 95%, CI = 1.00 - 1.11, p < .05) และสถานภาพทางการเงิน พบว่าเมื่อมีความเพียงพอของรายได้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะมีโอกาสเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาเป็น 1.76 เท่าของผู้ที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (OR = 1.76, 95%, CI = 1.14 - 2.73, p < .05) และพบว่า ความรุนแรงของโรค สถานภาพทางการเงิน อุปสรรคในการรับประทานยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ ร้อยละ 17.8 (Nagelkerke R² = 0.178) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสถิติถดถอยโลจิสติกของความรุนแรงของโรค สถานภาพทางการเงิน อุปสรรคในการ
รับประทานยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ต่อความร่วมมือในการ
รับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (n = 120)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95% CI
ความรุนแรงของโรค	0.01	0.33	0.00	1	0.99	1.01	0.52 - 1.93
สถานภาพทางการเงิน	0.57	0.22	6.38	1	0.01*	1.76	1.14 - 2.73
อุปสรรคในการรับประทานยา	-0.07	0.06	1.49	1	0.22	0.93	0.84 - 1.04
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรทางสุขภาพ	0.06	0.03	4.83	1	0.03*	1.06	1.01 - 1.11
ค่าคงที่	-4.87	2.99	0.66	1	0.10	0.01	

*p < .05, Cox & Snell R² = 0.133, Nagelkerke R² = 0.178, Predictive correct = 65 %

สรุปและการอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าครึ่ง (ร้อยละ 47.5) มีความร่วมมือในการรับประทานยา อาจเนื่องมาจาก
กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 67.5) อายุ ≤ 60 ปี ซึ่งผู้ที่มีอายุน้อยหรืออยู่ในวัยทำงานจะมีภาวะ
หน้าที่ความรับผิดชอบมาก ทำให้ไม่มีเวลาว่าง จึงพบว่ามีความร่วมมือในการรับประทานยาน้อย²² นอกจากนี้
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.5) มีโรคร่วมอื่น ทำให้มีแผนการรักษาที่ซับซ้อน จึงต้องรับประทานยา
หลายตัวและหลายครั้ง ส่งผลให้ในการรับประทานยาแต่ละครั้งของผู้ป่วยจะต้องมีการจดจำที่มากขึ้น ผู้ป่วย
จึงลืมรับประทานยา ด้วยเหตุนี้กลุ่มตัวอย่างจึงมีความไม่ร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มที่ร่วมมือ
ในการรับประทานยา

ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา ($r_s = 0.04$, $p > .05$)
และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ (OR = 1.01, 95%,
CI 0.52 - 1.93, $p > .05$) หมายถึง ไม่ว่าจะระดับความรุนแรงของโรคจะมากหรือน้อย ไม่มีผลต่อความ
ร่วมมือในการรับประทานยา ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า
ในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวความรุนแรงของโรคมีอิทธิพลทางลบต่อความร่วมมือในการรับประทาน
ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹¹ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่
พบว่าความรุนแรงของโรคมีอิทธิพลทางลบต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < .05$)¹² เนื่องจากอาการรุนแรงของโรคที่มากขึ้น จะส่งผลถึงความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ
ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการรับประทานยา²³ จึงมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา



ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในครั้งใหม่ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.2) อยู่ในระดับที่ 1, 2 ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคแต่ไม่มีอาการและมีอาการเพียงเล็กน้อยเท่านั้น⁵ ทำให้ข้อมูลขาดการกระจายตัวด้วยเหตุนี้ในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าความรุนแรงของโรคไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้

สถานภาพทางการเงินซึ่งประเมินจากความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา ($r = 0.23, p < .05$) และสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ (OR = 1.76, 95%, CI 1.14 - 2.73, $p < .05$) หมายถึง หากผู้ป่วยมีความเพียงพอของรายได้เพิ่มขึ้น 1 ระดับ โอกาสที่ผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาเป็น 1.76 เท่าของผู้ที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังพบว่า สถานภาพทางการเงินมีอิทธิพลทางบวกต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$)¹¹ อาจเนื่องมาจากในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.5) มีโรคร่วมอื่นที่นอกจากหัวใจล้มเหลว ทำให้ต้องมาพบแพทย์หลายครั้งทำให้ค่าใช้จ่ายในการเดินทางจึงมีมากขึ้น นอกจากนี้ในระหว่างการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างบางรายยังให้ข้อมูลว่า “มีบางชนิดที่ไม่อยู่ในสิทธิการรักษาต้องชำระเงินเอง ทำให้บางช่วงที่ไม่มีเงินจึงหยุดรับประทานยาเอง” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบว่า ในการมาพบแพทย์นั้นผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม เช่น ค่าเดินทาง ค่ายาที่นอกเหนือจากสิทธิการรักษา²⁴ ทำให้ส่งผลกระทบต่อรับประทานยาของผู้ป่วย อาจมีการหยุดรับประทานยาชั่วคราวหรือตัดยาในบางมื้อ ผู้ป่วยจึงมีการปรับยาเอง²⁵ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจจะมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยที่มีสถานภาพทางการเงินอยู่ในระดับมากจะมีอิทธิพลให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยามาก

อุปสรรคในการรับประทานยามีความสัมพันธ์เชิงลบกับความร่วมมือในการรับประทานยา ($r_s = - 0.26, p < .05$) แต่ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ (OR = 0.93, 95%, CI 0.84 - 1.04, $p > .05$) หมายถึง ไม่ว่าอุปสรรคในการรับประทานยาจะมากหรือน้อยก็ไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าอุปสรรคในการรับประทานยามีอิทธิพลทางลบต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{11,12} แตกต่างจากการศึกษาในครั้งใหม่ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคในการรับประทานยาในระดับมากและน้อยใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 49.2 และ 50.8 ตามลำดับ) อุปสรรคในการรับประทานยามากที่สุด 3 อันดับแรกที่พบ คือ การไม่สามารถบอกชื่อยาและรายละเอียดของยาคำว่าๆ คะแนนเฉลี่ย 2.64 (SD = 0.78) การลืมสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวัน คะแนนเฉลี่ย 2.53 (SD = 0.82) และการกลัวผลข้างเคียงของยา คะแนนเฉลี่ย 2.30 (SD = 0.86) แม้ว่าผู้ป่วยไม่สามารถบอกชื่อยาและรายละเอียดของยาคำว่าๆ ได้ แต่ไม่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จำยาได้จากสีและลักษณะของยาจึงรับประทานยาได้ถูกต้อง การลืมสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวันไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 69.2 อายุมากกว่า 50 ปี โดยเกือบ 1 ใน 3 (ร้อยละ 32.5) เป็นผู้สูงอายุ จึงพบปัญหาการลืมสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวันใกล้เคียงกัน สำหรับ

การกลัวผลข้างเคียงของยาไม่ว่าจะมากน้อยต่างกันไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอาจเกิดจากมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 5 ที่พบผลข้างเคียงของยา และผลที่เกิดขึ้นกระทบต่อผู้ป่วยเพียงเล็กน้อยไม่รบกวนต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อมั่นว่าแพทย์มีความรอบคอบและมีความเชี่ยวชาญในการสั่งยา

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งประเมินจากความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา ($r_s = 0.23, p < .05$) และสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ (OR = 1.06, 95% CI 1.01 - 1.11, $p < .05$) หมายถึง หากผู้ป่วยมีความไว้วางใจต่อบุคลากรทางสุขภาพเพิ่มขึ้น โอกาสที่ผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาเป็น 1.06 เท่าของผู้ที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางสุขภาพเป็นพื้นฐานในการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ¹³ ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพจะมีส่วนทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารักษาของผู้ป่วย รวมถึงมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา โดยผู้ป่วยที่มีความไว้วางใจมากจะทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพเกิดความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น¹⁴ ดังนั้นหากผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความไว้วางใจต่อบุคลากรทางสุขภาพระดับมากจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยามากเช่นกัน

จากการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของความรุนแรงของโรค สถานภาพทางการเงิน อุปสรรคในการรับประทานยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ ร้อยละ 17.8 (Nagelkerke $R^2 = 0.178$)

จากการศึกษาครั้งนี้ สถานภาพทางการเงินและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้บางส่วนของแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (MAM) ของ WHO ที่นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิด กล่าวคือ เมื่อมีสถานภาพทางการเงินในระดับมากจะมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น ในทางกลับกันหากมีสถานภาพทางการเงินในระดับน้อยจะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาลดลง และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่มีความไว้วางใจต่อบุคลากรทางสุขภาพมาก จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในบุคลากรทางสุขภาพ ส่งเสริมให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพมากขึ้น ผู้ป่วยจึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ จึงมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความรุนแรงของโรคสถานภาพทางการเงินอุปสรรคในการรับประทานยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา ได้เพียงร้อยละ 17.8 แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ตามกรอบแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (MAM) ของ WHO จึงควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น มิติด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ ความคาดหวังของผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

2. นำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของโรคตามการแบ่งของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association function class) ในระดับ 4 เนื่องจากผู้ป่วยในระดับ 4 จะมีความรุนแรงมากที่สุด ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และส่วนใหญ่จะอยู่ที่ห้องตรวจโรคฉุกเฉินและหอผู้ป่วย



เอกสารอ้างอิง

1. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update A Report From the American Heart Association. *Circulation* 2015;131(4):e29-e322.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย 2557. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2559]. แหล่งที่มา: http://bps.moph.go.th/new_bps/.
3. งานเวชระเบียนโรงพยาบาลศิริราช. สถิติผู้ป่วยนอกผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ปี พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช; 2558.
4. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *Eur Heart J* 2012;33(14):1787-847.
5. American Heart Association. Heart Failure. [Internet]. [cited 2015 May 10]. Available from: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/HeartFailure_UCM_002019_SubHomePage.jsp.
6. Horne R, Weinman J, Barber N, Elliott R, Morgan M, Cribb A, et al. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. London: NCCSDO; 2005. p. 40-6.
7. Riegel B, Lee CS, Ratcliffe SJ, De Geest S, Potashnik S, Patey M, et al. Predictors of objectively measured medication nonadherence in adults with heart failure. *Circ Heart Fail* 2012;5(4):430-6.
8. Fitzgerald AA, Powers JD, Ho PM, Maddox TM, Peterson PN, Allen LA, et al. Impact of medication nonadherence on hospitalizations and mortality in heart failure. *J Card Fail* 2011;17(8):664-9.
9. World Health Organization. Adherence to Long –Term Therapies Evidence for action. Switzerland: World Health Organization; 2003.
10. Kamran A, Sadeghieh Ahari S, Biria M, Malepour A, Heydari H. Determinants of Patient's Adherence to Hypertension Medications: Application of Health Belief Model Among Rural Patients. *Ann Med Health Sci Res* 2014;4(6):922-7.
11. Wu JR, Moser DK, Chung ML, Lennie TA. Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. *J Card Fail* 2008;14(7):603-14.
12. Rapin Polsook. Factor influencing medication adherence among persons with post-acute myocardial infarction. [Doctoral Dissertation]. Chulalongkorn University; 2012.
13. Murray B, Mecrone S. An Integrative review of promoting trust in the patient - primary care provider relationship. *J Adv Nurs* 2015;71(1):3-23.



14. Thom DH, Hall MA, Pawlson LG. Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health Aff (Millwood)* 2004;23(4):124-32.
15. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปร. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร; 2552.
16. Müller S, Kohlmann T, Wilke T. Validation of the Adherence Barriers Questionnaire - an instrument for identifying potential risk factors associated with medication-related non-adherence. *BMC Health Serv Res* 2015;15:153.
17. Muir KW, Santiago-Turla C, Stinnett SS, Herndon LW, Allingham RR, Challa P, et al. Glaucoma Patients' Trust in the Physician. *J Ophthalmol* 2009;2009;Article ID 476726:1-5.
18. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research* 1999;47(6):555-67.
19. Napaporn Rujisatian. The relationship of illness representations and beliefs about medication to adherence to oral hypoglycemic medication in persons with type 2 diabetes. [Master Thesis]. Mahidol University; 2009.
20. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Harding L, Berman K, et al. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(3):530-4.
21. จิรนนท์ กริพพิทส์. รายงานการวิจัยเรื่องแบบประเมินความรู้ความเข้าใจพีด็อก (ฉบับภาษาไทย): ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น. เชียงใหม่: ภาควิชาากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
22. Nair KV, Belletti DA, Doyle JJ, Allen RR, McQueen RB, Saseen JJ, et al. Understanding barriers to medication adherence in the hypertensive population by evaluating responses to a telephone survey. *Patient Prefer Adherence* 2011;5:195-206.
23. Morgan AL, Masoudi FA, Havranek EP, Jones PG, Peterson PN, Krumholz HM. Difficulty Taking Medications, Depression, and Health Status in Heart Failure Patients. *J Card Fail* 2006;12(1):54-60.
24. Campbell DJ, King-Shier K, Hemmelgarn BR, Sanmartin C, Ronksley PE, Weaver RG, et al. Self-reported Financial Barriers to Care Among Patients with Cardiovascularrelated Chronic Conditions. *Health Rep* 2014;25(5):3-12.
25. Kalousova L, Burgard SA. Tough choices in tough times: debt and medication nonadherence. *Health Educ Behav* 2014;41(2):155-63.