

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาฆ่าฟันตามแผนการรักษา
ของผู้ป่วยที่ได้รับยาฆ่าฟัน ในจังหวัดสุโขทัย



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์
พฤษภาคม 2563
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาฆ่าฟันตามแผนการรักษาของผู้ป่วย
ที่ได้รับยาฆ่าฟันในจังหวัดสุโขทัย”

ของ นางสาวคนันพร คัมภีรพจน์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ดร.เกสัชกรหญิงอรพินธุ์ เพ็ญรุ่งเรือง)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สุพัฒนา คำสอน)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ดร.เกสัชกรหญิงวฐุ พรหมพิทยารัตน์)

อนุมัติ

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มุณีสว่าง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

๒๘ พ.ค. ๒๕๖๓

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สุพัฒน์มา คำสอน ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจความตรง เเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ได้

ขอขอบพระคุณ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ทุกๆ ท่านที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อคิดเห็นต่างๆ เพื่อการวางแผนปรับปรุงแก้ไขในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสุโขทัย และเภสัชกรประจำคลินิกวาร์ฟารินที่ได้ให้ความอนุเคราะห์สถานที่ในการเก็บข้อมูล และการทำวิจัยตลอดจนเอาใจใส่ เอื้ออำนวยความสะดวกในการทำวิจัยและเก็บข้อมูลตลอดจนครบสมบูรณ์

เหนือสิ่งอื่นใดขอขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัว ของผู้วิจัยที่คอยเป็นกำลังใจ สนับสนุนให้ทุกๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา และเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยพยายามที่จะสำเร็จการศึกษา จนวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี คุณค่าและประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้แก่ผู้มีพระคุณทุกๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์ต่อการศึกษาและค้นคว้าต่อผู้สนใจต่อไป

คนัมพร คัมภีรพจน์

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟารินในจังหวัดสุโขทัย
ผู้วิจัย	คนัมพร คัมภีรพจน์
ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สุพัฒน์นา คำสอน
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2562
คำสำคัญ	พฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ยาอาร์ฟาริน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟาริน ตามแผนการรักษาและศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟาริน ตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟาริน ในจังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟาริน จากโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 167 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษาอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 58.50$, S.D. = 5.10) ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟาริน แรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอาร์ฟาริน โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟาริน ได้ร้อยละ 24.90

ผลการศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่า เกสัชกรผู้รับผิดชอบคลินิกอาร์ฟาริน และอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสุขภาพของครอบครัวตนเอง ควรให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ใช้ยาอาร์ฟารินผ่านช่องทางในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อลดอุปสรรคในการใช้ยาอาร์ฟารินเมื่อเกิดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาอาร์ฟาริน เช่น พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาด้านยาผ่านแอปพลิเคชันไลน์

Title FACTORS WARFARIN DRUG USE BEHAVIOR ACCORDING TO
THE TREATMENT PLAN PATIENTS RECEIVING WARFARIN
MEDICATION IN SUKHOTHAI PROVINCE

Author Kanumporn Kumpeerapoj

Advisor Assistant Professor (Adj.) Supatana Chomson, Ph.D.

Type of Degree Thesis M.P.H. in Public Health, Naresuan University, 2019

Keywords warfarin drug use behavior, Warfain Drug

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive study was to study the warfarin drug use behavior according to the treatment plan and to examine the predictive factor of the warfarin drug use behavior of patients receiving warfarin medication in sukhothai province. The samples in this study included 167 patients receiving warfarin medication of government in sukhothai province. Data were collected by using questionnaires. The statistics use for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation and Stepwise Multiple Regression Analysis.

The result showed that the behavior of warfarin use according to the treatment plan behavior were at the good influencing ($\bar{x} = 58.50$, S.D. = 5.10). The factors that can predict to the behavior of warfarin use according to the treatment plan was perceived barriers to use of warfarin. Social support and knowledge about the use of warfarin for 24.90 % with the significant level of 0.05

The results of this study suggest that pharmacists responsible for the Warfarin Clinic and family volunteers who act as family caregivers themselves. Should help patients who use warfarin drugs through communication channels between medical personnel to reduce barriers to use of warfarin when there is a problem caused by the use of warfarin such as system development drug counseling through the application line.

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ยาคาร์ฟาริน.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	23
แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม.....	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	29
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	34
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	37
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	42
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	44
วิธีวิเคราะห์ข้อมูล.....	45

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	46
ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป.....	47
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาตัวฟ้ารินการรับรู้ โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ยาตัวฟ้ารินการรับรู้ ความรุนแรงของการใช้ยาตัวฟ้าริน การรับรู้ประโยชน์ของ การใช้ยาตัวฟ้ารินการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาตัวฟ้าริน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้ยาตัวฟ้าริน.....	49
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตัวฟ้าริน.....	62
5 บทสรุป.....	64
สรุปผลการวิจัย.....	64
อภิปรายผลการวิจัย.....	65
ข้อเสนอแนะ.....	73
บรรณานุกรม.....	74
ภาคผนวก.....	79
ประวัติผู้วิจัย.....	93

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงยาที่เกิดอันตรกิริยากับยารฟารินที่มีนัยสำคัญทางคลินิกระดับ 1.....	12
2 แสดงอาหารที่มีผลเพิ่มและลดการออกฤทธิ์ของยารฟาริน.....	14
3 แสดงข้อบ่งใช้ของยารฟาริน.....	18
4 แสดงการแก้ไขภาวะฟารินที่มากเกินไป.....	19
5 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานที่เก็บข้อมูล.....	36
6 แสดงค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามกับจุดมุ่งหมายการวิจัยของแบบสอบถาม.....	43
7 แสดงค่าความเชื่อมั่น (Reliability) จำแนกตามแบบสอบถาม.....	44
8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ การสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการรักษา ด้วยยารฟารินโรคประจำตัวอื่นๆ.....	47
9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการ ใช้ยารฟาริน.....	49
10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการใช้ ยารฟารินเป็นรายข้อและการตอบได้ถูกต้อง.....	50
11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ทางสุขภาพของการใช้ยารฟาริน.....	51
12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยง ทางสุขภาพของการใช้ยารฟารินเป็นรายข้อและระดับความคิดเห็น.....	51
13 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรง ของการใช้ยารฟาริน.....	52
14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของ การใช้ยารฟารินเป็นรายข้อและระดับความคิดเห็น.....	53

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาอาร์ฟาริน.....	54
16 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาอาร์ฟารินเป็นรายชื่อและระดับความคิดเห็น.....	54
17 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟาริน.....	55
18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟารินเป็นรายชื่อและระดับความคิดเห็น.....	56
19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม.....	57
20 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นรายชื่อและระดับการรับรู้.....	57
21 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการใช้ยา.....	59
22 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการรับประทานยาเป็นรายชื่อและระดับการปฏิบัติ.....	59
23 แสดงการสร้างตัวแปรหุ่นจำแนกตามตัวแปรทำนายที่เป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม.....	61
24 แสดงการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินแบบ Stepwise.....	62

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	25
2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	34



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วาร์ฟาริน (Warfarin) เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน ออกฤทธิ์โดยทำให้กลไกต้านการแข็งตัวของเลือดบกพร่อง ทำให้เลือดแข็งตัวช้ากว่าปกติ ใช้ป้องกันและรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (thromboembolism) ในโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและหัวใจ เช่น ใช้ป้องกันการเกาะกลุ่มของลิ่มเลือดบริเวณลิ้นหัวใจเทียมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ (mechanical heart valve replacement) ใช้ป้องกันและรักษาภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation; AF) ใช้ป้องกันรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขา (deep vein thrombosis; DVT) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด (pulmonary embolism; PE) เป็นต้น (Ansell et al., 2008, pp. 160S-198S)

ยาวาร์ฟารินเป็นยาที่มีการดูดซึม (bioavailability) ที่ดี แต่มีช่วงในการรักษา (therapeutic index) ที่แคบ มีคุณสมบัติที่จับกับโปรตีนสูง นอกจากนี้ยังถูกแปรสภาพด้วย cytochrome P450 ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่มีความสำคัญมากในการแปรสภาพยาต่างๆ (นุชบา จินดาวิจักษณ์, 2554, น. 10) ยาวาร์ฟารินจึงมีโอกาสสูงในการเกิดอันตรกิริยากับยามากมาย ซึ่งมีผลต่อการออกฤทธิ์ของตัวยาวาร์ฟารินเอง โดยทำให้ฤทธิ์ของยาเพิ่มขึ้นหรือลดลงก็ได้ ยาวาร์ฟารินจึงจัดเป็นยาที่อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การติดตามผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาวาร์ฟารินจึงพิจารณาจากค่าการแข็งตัวของเลือด (International Normalized Ratio; INR) ตามที่ American College of Chest Physician (ACCP) ได้แนะนำให้ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 2.0 - 3.0 ตามข้อบ่งใช้ (Haines, & Nutescu, 2008, p. 157) ขนาดของยาในการรักษาผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันตามข้อบ่งใช้ ขนาดยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละคนจึงแตกต่างกัน ในการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินจำเป็นต้องควบคุมค่า INR ให้อยู่คงที่อยู่ในช่วงค่า INR เป้าหมาย เพื่อให้ยา มีประสิทธิผลตามต้องการและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีค่า INR ไม่คงที่และไม่อยู่ในช่วงค่า INR เป้าหมาย จึงเป็นปัญหาจากการรักษาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขของผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อค่า INR เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น อันตรกิริยาระหว่าง ยาวาร์ฟารินกับยา ยาวาร์ฟารินกับสมุนไพร อาหารเสริม อาหารบางชนิดและอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ คือ การให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้ยามีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยามาก เพราะการรับประทานยาที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนและมีข้อควรระวังในการใช้ยามาก ภาวะแทรกซ้อน หรืออาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงจากการใช้ยาวาร์ฟารินเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย คือ ทำให้มีภาวะเลือดออกผิดปกติในอวัยวะภายใน เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะมีเลือดปน อุจจาระมี สีดำ ประจำเดือนออกมากกว่าปกติ มีจ้ำเลือดตามร่างกาย ถ้าเกิดเลือดออกในสมองหรือเกิดภาวะ ลิ้มเลือดอุดตัน อาจจะทำให้ถึงแก่ชีวิตหรืออัมพาตได้ ภาวะเลือดออกผิดปกติ ซึ่งพบอุบัติการณ์ การเกิดเลือดออกผิดปกติได้โดยเฉลี่ย 7.6 - 16.5 ต่อ 100 Patient - years โดยเป็นภาวะเลือดออก ชนิดรุนแรง (Major Bleeding) ประมาณ 4.6 ต่อ 100 Patient - years และเป็นภาวะเลือดออก ชนิดไม่รุนแรง (Minor Bleeding) ประมาณ 27.8 ต่อ 100 Patient - years (Albers, G. W. et al., 2001) จากการศึกษาของวิลลาซีน ไชยกกลาง (2557) เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วย นอกที่ใช้ยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลลำพูน จากการติดตามผู้ป่วยนอกที่ใช้ยาวาร์ฟารินจำนวน 117 คน ติดตามทั้งหมดจำนวน 351 ครั้ง พบว่า การเกิดเลือดออกผิดปกติชนิดไม่รุนแรงสูงถึงร้อยละ 91.7 และการเกิดเลือดออกแบบรุนแรงที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 8.3 และจากการศึกษาของสุณี เลิศสินอุดม และคณะ (2553) เกี่ยวกับการทบทวนการใช้ยาวาร์ฟาริน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ของผู้ป่วยจำนวน 85 คน พบว่า มีการเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาวาร์ฟาริน ร้อยละ 20.9 ซึ่งสาเหตุที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ ยาวาร์ฟารินเกิดจากอันตรกิริยาระหว่างยาวาร์ฟารินกับยา ร้อยละ 50 เกิดจากภาวะโรคร่วม ของผู้ป่วย ร้อยละ 18.8 นอกจากนี้ยังพบว่า มีสาเหตุเกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ร้อยละ 2.8

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟาริน ส่วนหนึ่งเป็นปัจจัย ที่มาจากผู้ป่วยโดยตรง ประกอบด้วยปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ เพศ อายุ พันธุกรรม ภาวะโรคร่วม ที่เป็นของผู้ป่วย (มันติวีร์ นิมวรพันธุ์, 2550) ส่วนปัจจัยที่ควบคุมได้ที่สำคัญที่สุด คือ ความร่วมมือ ในการใช้ยาของผู้ป่วย จากการศึกษาของฐิติกานนต์ กาลเทศ, และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วย ฝาตัดลิ้นหัวใจ อายุ 18 - 59 ปี พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาวาร์ฟารินสูงถึงร้อยละ 47.8 เนื่องจากผู้ป่วยไม่เข้าใจความสำคัญของการใช้ยาวาร์ฟาริน ร้อยละ 17.4 มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับ สีของเม็ดยาและขนาดความแรงของยาวาร์ฟาริน ร้อยละ 13.0 มีการหยุดใช้ยาเองหรือลดขนาด

ยารวาร์ฟารินเอง เนื่องจากกังวลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารวาร์ฟาริน ร้อยละ 8.7 และการลืมใช้ยารวาร์ฟาริน ร้อยละ 4.3 สอดคล้องกับงานวิจัยของเจนจิรา ตันติวิษณุวานิช, และรังสิมา ไชยาสุ (2556) ที่พบความไม่ร่วมมือในการใช้ยารวาร์ฟาริน เนื่องจากลืมรับประทานยา ร้อยละ 28.33 ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยารวาร์ฟารินดังกล่าวนับเป็นปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมความรับผิดชอบด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจะช่วยลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดปัญหาจากการใช้ยารวาร์ฟารินได้

การควบคุมให้ระดับการออกฤทธิ์ของยารวาร์ฟาริน เพื่อให้ค่าความแข็งตัวของเลือดอยู่ในเป้าหมายของการรักษาเป็นเป้าหมายสำคัญในการป้องกันและรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตัน พฤติกรรมการใช้ยารวาร์ฟารินที่ต้องต่อเนื่องและตรงตามแผนการรักษา มีผลต่อระดับการแข็งตัวของเลือด จากการศึกษาของ Ababneh et al. (2016) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของพฤติกรรมการใช้ยารวาร์ฟารินตามแผนการรักษาต่อการควบคุมการแข็งตัวของเลือดในจอร์แดน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินที่มีพฤติกรรมในการใช้ยาตามแผนการรักษามีแนวโน้มที่จะมีการควบคุมค่าความแข็งตัวของเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้นการควบคุมค่าความแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินให้อยู่ในเป้าหมายของการรักษานั้น จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามแบบแผนการรักษา ซึ่งนับเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญในการป้องกันตนเองจากโรค หากบุคคลมีพฤติกรรมที่กระทำอย่างสม่ำเสมอจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตและเป็นกิจกรรมที่บุคคลรู้ว่าตนเองมีหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาผลคือทำให้เกิดสุขภาพที่ดี (Pender, 2006) ซึ่ง Becker ได้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) โดยกล่าวถึงสิ่งจูงใจที่เป็นปัจจัยให้บุคคลปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา ประกอบด้วย ปัจจัยดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (Mayet, 2016) ความรู้ (Ababneh et al., 2016) 2) ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (ปิยนุช เสาวภาคย์, 2549; ศศิธร อุตตะมะ, 2549) การรับรู้ความรุนแรง (ปิยนุช เสาวภาคย์, 2549; ศศิธร อุตตะมะ, 2549) การรับรู้อุปสรรค (ปิยนุช เสาวภาคย์, 2549; ศศิธร อุตตะมะ, 2549) การรับรู้ประโยชน์ (ปิยนุช เสาวภาคย์, 2549; ศศิธร อุตตะมะ, 2549) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยารวาร์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีการรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคและมีความรุนแรงในการรักษา แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นประโยชน์และมีการสนับสนุนที่ดี อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของฐิติกานต์ กาลเทศ, และนรลัทธณ์ เอื้อกิจ (2549) ที่พบว่า ผู้ป่วยทราบถึง

ภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยา ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ เฮ้าส์ (House, 1981) ที่กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถชักจูงหรือเอื้ออำนวยให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่เคร่งครัด ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน จะต้องการการเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วย

ปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยาแอสไพริน ทำให้นานาประเทศมีการจัดตั้งระบบการทำงานในรูปแบบคลินิกยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin clinic) ซึ่งเป็นระบบการบริการที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้มีการประสานงานกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์เพื่อดูแลในเรื่องภาวะโรคและการใช้ยาแอสไพรินของผู้ป่วย สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงเรื่องความปลอดภัยในการใช้ยาแอสไพรินเช่นกัน จึงได้มีการจัดตั้งคลินิกดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาแอสไพรินในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิของภาครัฐทุกแห่ง จังหวัดสุโขทัย มีโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิจำนวน 9 แห่ง ทุกโรงพยาบาลมีการจัดตั้งคลินิกยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin clinic) และมีระบบเครือข่ายคลินิกยาต้านการแข็งตัวของเลือดติดตามผู้ป่วยที่รับประทานยา ซึ่งจากการดำเนินงานในคลินิกยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin clinic) ของโรงพยาบาลในจังหวัดสุโขทัย ปี พ.ศ. 2560 จากรายงานผู้ป่วยรับประทานยาแอสไพริน ในคลินิกแอสไพริน จังหวัดสุโขทัย พบปัญหาอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยาแอสไพรินมีปัญหาลักษณะต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินมีค่าความแข็งตัวของเลือดอยู่นอกช่วงการรักษาอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกผิดปกติได้ โดยพบผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาแบบไม่รุนแรง ร้อยละ 6.45 อาการข้างเคียงที่พบ ได้แก่ มีเลือดออกตามไรฟัน, ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ, มีจ้ำเลือดตามผิวหนัง และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาแบบรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ร้อยละ 4.84 อาการข้างเคียงที่พบ ได้แก่ เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ จากผลการวิเคราะห์เหตุปัจจัยพบปัญหาที่เกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ร้อยละ 13.48 เนื่องจาก ลืมรับประทานยาแอสไพริน รับประทานยาแอสไพรินสูงหรือต่ำกว่าขนาดที่แพทย์สั่ง จำวิธีรับประทานยาไม่ได้หรือสับสน รับประทานยาแอสไพรินไม่ตรงตามเวลา เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาแอสไพรินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินในจังหวัดสุโขทัย เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานและให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินในโรงพยาบาลของรัฐจังหวัดสุโขทัย รวมทั้งสามารถขยายผลการวิจัยเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานบริหารเภสัชกรรม ทั้งยังตอบสนององค์การ

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2560-2564 Service Delivery ด้านการบริการให้ยาแวกซ์ฟาริน ในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังการผ่าตัดหัวใจหรือขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อการกระจายการรับบริการสุขภาพที่สามารถได้รับการดูแลรักษาได้ในหน่วยบริการทุติยภูมิ

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟารินตามแผนการรักษา ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวกซ์ฟาริน การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ยาแวกซ์ฟาริน การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาแวกซ์ฟาริน การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาแวกซ์ฟาริน แรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวกซ์ฟารินในจังหวัดสุโขทัยอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวกซ์ฟารินในจังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟารินตามแผนการรักษา ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวกซ์ฟาริน การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ยาแวกซ์ฟาริน การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาแวกซ์ฟาริน การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาแวกซ์ฟาริน แรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวกซ์ฟารินในจังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวกซ์ฟารินในจังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานของการวิจัย

เพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาแวกซ์ฟาริน โรคประจำตัวอื่นๆ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวกซ์ฟาริน การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่รับใช้ยาแวกซ์ฟาริน การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวกซ์ฟารินในจังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การใช้ยารักษาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาในจังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสุโขทัยทั้งสิ้น 786 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤษภาคม - กรกฎาคม 2561

นิยามศัพท์เฉพาะ

ยารักษา หมายถึง ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด แบบชนิดรับประทานใช้เพื่อช่วยลดการแข็งตัวของเลือด ใช้ในการรักษาและป้องกันเลือดอุดตันในเส้นเลือดดำหรือหลอดเลือดแดง ขนาด 1 มิลลิกรัม, 3 มิลลิกรัม

ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษา หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและได้รับยารักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสุโขทัย ที่ได้รับยารักษาติดต่อกัน 3 เดือนขึ้นไป

พฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการรับประทานยา ถูกต้องทั้ง ความถี่ จำนวนหรือขนาดยาที่รับประทานในแต่ละครั้งตรงตามแพทย์สั่ง ได้แก่ พฤติกรรมการตรวจสอบยา พฤติกรรมรับประทานยาถูกต้องตามหลักกร พฤติกรรมกรปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาขณะ และหลังรับประทานยาและพฤติกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรใช้ยา เช่น การรับประทานอาหาร

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษา หมายถึง ความสามารถในการจำและเข้าใจของ ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อใช้ยารักษา กิจกรรมที่ควรปฏิบัติเมื่อใช้ยารักษา

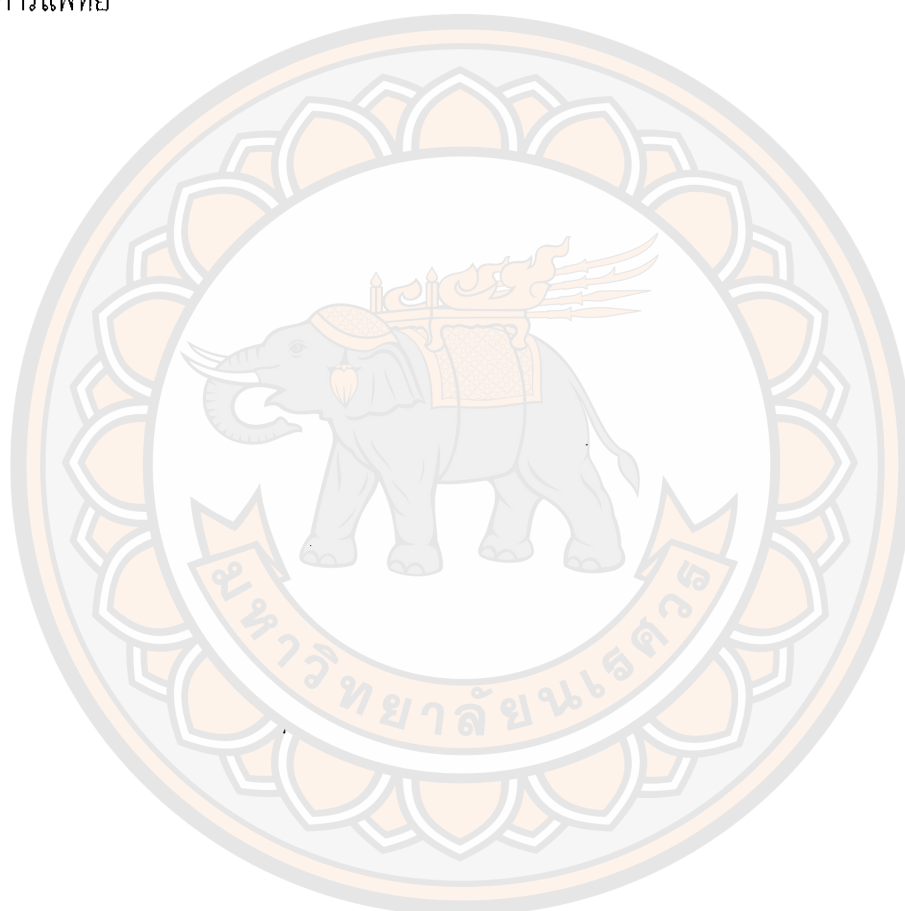
การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะเลือดออก

การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยารักษา หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาเกี่ยวกับการระมัดระวังในการใช้ยารักษา

การรับรู้ประโยชน์ของผู้ป่วยที่ใช้ยารักษา หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาเกี่ยวกับการรับประทานยารักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะเลือดออก

การรับรู้อุปสรรคของการใช้วารสาร หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ใช้วารสารเกี่ยวกับความยุ่งยาก ความสับสน ความเบื่อหน่าย ในการรับประทานวารสาร และค่าใช้จ่าย

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่ใช้วารสารในการได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ การได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน รวมถึงการได้รับคำแนะนำจากครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาแวนาร์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนาร์ฟาริน ในจังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อ ต่อไปนี้

1. ยาแวนาร์ฟาริน

- 1.1. เกล็ดซพลศาสตร์/เกล็ดซจลนศาสตร์
- 1.2. ข้อบ่งใช้ของยาแวนาร์ฟารินและหลักการให้ยาแวนาร์ฟาริน
- 1.3. อันตรกิริยาระหว่างยา
- 1.4. อาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนของยาแวนาร์ฟาริน
- 1.5 การประเมินผลการรักษาด้วยยาแวนาร์ฟาริน
- 1.6 การบริหารยาทางเภสัชกรรม

2. แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

3. แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ยาแวนาร์ฟาริน

1. เกล็ดซพลศาสตร์/เกล็ดซจลนศาสตร์

เกล็ดซพลศาสตร์

Warfarin ออกฤทธิ์โดยทำให้การสังเคราะห์ blood coagulation factor II (prothrombin), VII (proconvertin), IX (Christmas factor หรือ plasma thromboplastin component) และ X (Stuart - Prower factor) ในตับเปลี่ยนแปลงไป โดยรบกวนการทำงานของ reduced vitamin K ซึ่งจำเป็นต่อกระบวนการ carboxylation ของ glutamic acid residues ที่อยู่บนโปรตีน ซึ่งเป็นสารตั้งต้นในการสร้าง coagulation factor เหล่านี้

Warfarin ลดการสร้าง clotting factor โดยยับยั้ง regeneration ของ reduced vitamin K จาก vitamin K epoxide โดยการยับยั้ง vitamin K epoxide reductase ซึ่งเป็นเอนไซม์เป้าหมายของยา warfarin

เภสัชจลนศาสตร์

การดูดซึมยา: warfarin sodium ถูกดูดซึมในทางเดินอาหารได้อย่างรวดเร็ว แต่มีความแปรปรวนในผู้ป่วยแต่ละราย จากการศึกษาพบว่า อัตราเร็วของการดูดซึม warfarin sodium จะลดลงหากรับประทานยาพร้อมอาหารโดยไม่มีผลต่อปริมาณการดูดซึม ความเข้มข้นของยาในพลาสมาขึ้นถึงระดับสูงสุดภายใน 4 ชั่วโมง การให้ยาโดยวิธีฉีดเข้าหลอดเลือดดำอาจทำให้ความเข้มข้นของยาในพลาสมาถึงระดับสูงสุดได้เร็วกว่าวิธีรับประทาน อย่างไรก็ตาม การให้ยาโดยวิธีฉีดเข้าหลอดเลือดดำไม่ทำให้เกิดฤทธิ์ในการต้านการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้น หรือไม่ทำให้อ onset ของยาเร็วขึ้น

การกระจายยา: warfarin รั้อยละ 99 จับกับโปรตีนในพลาสมา โดยจับกับโปรตีนอัลบูมินเป็นส่วนใหญ่ จากการศึกษาในสัตว์ทดลอง นอกจากตัวยาจะกระจายไปที่ตับแล้ว ยังถูกกระจายไปที่ปอด ม้าม และไต ด้วย warfarin ผ่านรกได้ โดยระดับความเข้มข้นของยาในพลาสมาของตัวอ่อนในครรภ์อาจเท่ากับระดับยาในพลาสมาของมารดา

การเปลี่ยนแปลงยา: Racemic warfarin ถูกเมตาบอลิซึมแบบ stereoselective โดยเอนไซม์ cytochrome P-450 ในตับ เปลี่ยนเป็นสารเมตาบอลิต์ที่ไม่มีฤทธิ์ โดยมีไอโซเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงยา warfarin ประกอบด้วย CYP2C9, CYP2C19, CYP2C8, CYP2C18, CYP1A2 และ CYP3A4 R-enantiomer ของ warfarin ถูกเมตาบอลิซึมโดย CYP1A2 และ CYP3A4 กลายเป็น diastereoisomeric alcohols ซึ่งถูกขับออกทางปัสสาวะเป็นส่วนใหญ่ สารเมตาบอลิซึมของยา R - warfarin มีฤทธิ์ต้านการแข็งตัวของเลือดบ้าง แต่ฤทธิ์น้อยกว่าสารตั้งต้น ส่วน S - enantiomer ของ warfarin ถูกเมตาบอลิซึมผ่านกระบวนการออกซิเดชันเป็นหลักโดย CYP2C9 ไอโซเอนไซม์กลายเป็น 7 - hydroxywarfarin ซึ่งเป็นสารเมตาบอลิต์ที่ไม่มีฤทธิ์และถูกขับออกทางน้ำดี CYP2C9 เป็นเอนไซม์หลักที่ทำหน้าที่ควบคุมฤทธิ์ในการต้านการแข็งตัวของเลือดของยา warfarin และพบว่า อัตราเร็วในการเปลี่ยนแปลงยา warfarin จะแตกต่างกันอย่างมาในผู้ป่วยแต่ละราย

การขจัดยา: ค่าครึ่งชีวิตของการขจัดยา warfarin เฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 40 ชั่วโมง และมีความผันแปรไปในผู้ป่วยแต่ละราย (อยู่ในช่วงระหว่าง 20 - 60 ชั่วโมง) โดยค่าครึ่งชีวิตของยาในพลาสมาไม่ขึ้นกับขนาดของยาที่ได้รับ R - warfarin ถูกขจัดออกประมาณ 50% ของ S - warfarin เนื่องจากปริมาณการกระจายของทั้งคู่มีค่าใกล้เคียงกัน ค่าครึ่งชีวิตของ R - warfarin (37 - 89 ชั่วโมง) จึงยาวนานกว่า S - warfarin (21 - 43 ชั่วโมง)

2. ข้อบ่งใช้ของยาแอสไพรินและหลักการให้ยาแอสไพริน

ข้อบ่งใช้ของยาแอสไพรินในภาวะต่างๆ (แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน, 2555) มีดังนี้

- 2.1 หัวใจห้องบนเต้นแผ่วระรัว (Atrial fibrillation)
- 2.2 หลอดเลือดสมองอุดตันจากโรคหัวใจ (Cardioembolic stroke)
- 2.3 การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายไม่ปกติ (Left ventricular dysfunction)
- 2.4 กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction)
- 2.5 ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด (Thromboembolism)
- 2.6 โรคของลิ้นหัวใจ (Valvular disease)
- 2.7 การเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Valve replacement)
 - 2.7.1 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ (Mechanical valve prosthesis)
 - 2.7.2 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะในตำแหน่งลิ้นเอออร์ติค (Bileaflet aortic mechanical valve)
 - 2.7.3 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ (Tissue valve prosthesis)

หลักการให้ยาแอสไพริน

การตอบสนองต่อยาแอสไพรินในผู้ป่วยจะมีความแตกต่างกันมากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ และปัจจัยจากความแตกต่างทางพันธุกรรม ในส่วนของปัจจัยแวดล้อมอื่นที่สำคัญและพบบ่อย คือ ขนาดของยาแอสไพรินที่ได้รับ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย อันตรกิริยาระหว่างยา อาหารที่ผู้ป่วยได้รับ ภาวะสุขภาพหรือภาวะโรคร่วมมีผลทำให้การตอบสนองต่อยาแอสไพริน เปลี่ยนแปลง ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดื่มสุรา หรืออายุของผู้ป่วย เป็นต้น

ขนาดยาแอสไพริน

ขนาดของยาแอสไพรินที่ผู้ป่วยได้รับมีผลต่อการตอบสนองของยาแอสไพรินโดยตรง เมื่อผู้ป่วยมีการตอบสนองของยาแอสไพรินที่เบี่ยงเบนจากช่วงรักษา และเมื่อพิจารณาแล้วไม่มีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้อง และการเบี่ยงเบนของการรักษานั้น สัมพันธ์กับขนาดยาที่ได้รับอาจจำเป็นต้องปรับขนาดยาให้เหมาะสมให้กับผู้ป่วย โดยเมื่อผู้ป่วยมีค่าความแข็งตัวของเลือดที่น้อยกว่าช่วงรักษาก็จะปรับเพิ่มขนาดยาแอสไพริน หรือ เมื่อผู้ป่วยมีค่า INR ที่มากกว่าช่วงรักษาก็จะปรับลดขนาดยาแอสไพริน การปรับขนาดยาตามหลักการทั่วไปจะเพิ่มหรือลดขนาดยาไม่เกินร้อยละ 20 ของขนาดยาเดิมต่อสัปดาห์การปรับขนาดยาตามแนวทางนี้จะส่งผลทำให้ผลการรักษาของยาแอสไพรินอยู่ในช่วงรักษา การปรับขนาดยาอาจมีความแตกต่างกันบ้างในแต่ละแนวทาง เช่น

การปรับขนาดยาของ ECU Anticoagulation Clinic โดยมี INR เป้าหมาย 2.0 - 3.0

- INR < 2.0 ปรับเพิ่มขนาดยาร้อยละ 10 - 15 ของขนาดยาเดิมต่อสัปดาห์ และอาจให้ยาเพิ่มได้ถึง 2 dose (0 - 2 dose)
(ถ้า INR = 1.9 และ INR ครั้งก่อนอยู่ในช่วงรักษาไม่ต้องปรับขนาดยา)
- INR 2.0 - 3.0 ไม่ต้องปรับขนาดยา
- INR 3.1 - 5.0 ถ้า INR \leq 3.3 และ INR ครั้งก่อนอยู่ในช่วงรักษาไม่ต้องปรับขนาดยา
ถ้า INR > 3.3 อาจหยุดยา 1 dose หรือไม่หยุดก็ได้ และปรับลดขนาดยาลงร้อยละ 5 - 15 ของขนาดยาเดิมต่อสัปดาห์

การปรับขนาดยาของ Horton และ Bushwick โดยมี INR เป้าหมาย 2.0 - 3.0

- INR < 2.0 ปรับเพิ่มขนาดยาร้อยละ 5 - 20 ของขนาดยาเดิมต่อสัปดาห์
- INR 3.0 - 3.5 ปรับลดขนาดยาลงร้อยละ 5 - 15 ของขนาดยาเดิมต่อสัปดาห์
- INR 3.0 - 3.5 อาจหยุดยา 1 dose หรือไม่หยุดก็ได้ และปรับลดขนาดยาลงร้อยละ 10 - 15 ของขนาดยาเดิมต่อสัปดาห์
- INR > 4.0 อาจหยุดยา 1 dose หรือไม่หยุดก็ได้ และปรับลดขนาดยาลงร้อยละ 10 - 20 ของขนาดยาเดิมต่อสัปดาห์

มีคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับขนาดของยาวาร์ฟารินที่มีค่า INR อยู่ในช่วงใกล้เคียงกับค่า INR เป้าหมาย (ค่า INR 3.2-3.4 โดยมีค่า INR เป้าหมาย 2.0 - 3.0) สามารถให้ยาในขนาดขนาดเดิมโดยไม่ปรับขนาดยา หรือปรับขนาดยาลดลงไม่เกินร้อยละ 20 ของขนาดยาเดิมต่อสัปดาห์ ดังเช่นจากการศึกษาของ (Banet et al., 2002)

3. อันตรกิริยาระหว่างยา

อันตรกิริยาระหว่างยา (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2546; Hirst et al., 2003)

อันตรกิริยาระหว่างยาอาจเกิดขึ้นหลากหลายลักษณะตั้งแต่การมีผลต่อระดับวิตามินเคในร่างกาย การมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อการดูดซึมของยาวาร์ฟาริน การแทนที่การจับกับโปรตีนในเลือด รวมถึงการรบกวนการขจัดยา และอันตรกิริยาระหว่างยาอื่นอีกเช่นการมีผลต่อการเกาะกันของเกล็ดเลือด จะเห็นว่ามียาที่เกิดอันตรกิริยากับยาวาร์ฟารินมีเป็นจำนวนมากดังนี้

3.1 อันตรกิริยาที่เกี่ยวข้องกับวิตามินเค

3.1.1 การให้วิตามินเคในขนาดสูง รวมทั้งการรับประทานอาหารที่มีวิตามินเคสูง เช่น ตับผักใบเขียว จะทำให้เพิ่มการสังเคราะห์ปัจจัยในการแข็งตัวของเลือด มีผลทำให้ลดฤทธิ์ของยาวาร์ฟารินลง

3.1.2 การให้ยาต้านจุลชีพที่มีฤทธิ์กว้างเป็นเวลานานๆ เช่น ampicillin, norfloxacin ทำให้เชื้อประจำถิ่นถูกทำลายลง จะทำให้ลดการสังเคราะห์วิตามินเค มีผลทำให้ฤทธิ์ของยารวาร์ฟารินเพิ่มมากขึ้น

3.2 ยาที่มีผลด้านการเกาะกันของเกล็ดเลือด

เช่น aspirin, NSAIDs, penicillins ในขนาดสูงจะเพิ่มฤทธิ์ของยารวาร์ฟารินและเพิ่มความเสี่ยงภาวะเลือดออกง่าย

3.3 ยาที่ถูกแปรสภาพโดย cytochrome P450

3.3.1 ยาที่ยับยั้งการทำงานของ cytochrome P450 เช่น amiodarone, simvastatin, metronidazole จะเพิ่มฤทธิ์ของยารวาร์ฟาริน

3.3.2 ยาที่เพิ่มการทำงานของ cytochrome P450 เช่น carbamazepine, phenytoin จะลดฤทธิ์ของยารวาร์ฟาริน

3.4 ยารวาร์ฟารินมีคุณสมบัติที่จับโปรตีนสูงและถูกแทนที่ด้วยยาอื่นในการจับโปรตีนสูงเหมือนกัน

เช่น mefenamic acid, aspirin จะมีผลเพิ่มฤทธิ์ของยารวาร์ฟาริน

3.5 ยาที่ลดการดูดซึมยารวาร์ฟารินเมื่อใช้ร่วมกัน

เช่น cholestyramine

ตาราง 1 แสดงยาที่เกิดอันตรกิริยากับยารวาร์ฟารินที่มีนัยสำคัญทางคลินิกระดับ 1

กลุ่มยา	กลไก	ระดับยา
กลุ่ม Azole antifungal - Fluconazole (200 mg/day) - Itraconazole - Ketoconazole	Azole antifungal ยับยั้ง กระบวนการ metabolism ของยารวาร์ฟาริน	ฤทธิ์ของยารวาร์ฟารินอาจเพิ่มขึ้น
กลุ่ม Phenobarbital	Phenobarbital เพิ่ม กระบวนการ metabolism ของยารวาร์ฟาริน	ฤทธิ์ของยารวาร์ฟารินอาจลดลง
กลุ่ม Fibrin Acid - Fenofibrate - Gemfibrozil	ยากกลุ่ม Fibrin Acid มีผลต่อ การสังเคราะห์ปัจจัยการ แข็งตัวของเลือด	Fibrin Acid เพิ่มฤทธิ์ Hypoprothombinemic ของ ยารวาร์ฟาริน

ตาราง 1 (ต่อ)

กลุ่มยา	กลไก	ระดับยา
กลุ่ม Gastric acid secretion inhibitor - Cimetidime - Ranitidine (300 - 600 mg/day)	Cimetidime ยับยั้ง กระบวนการ metabolism ของ (R) warfarin	เพิ่มฤทธิ์ของยาแวนาร์ฟาริน
กลุ่ม Macrolides - Azithromycin (case report) - Clarithromycin - Erythromycin	Macrolides antibiotic ลด การกำจัดออกจากร่างกายของ ยาแวนาร์ฟาริน	เพิ่มฤทธิ์ของยาแวนาร์ฟาริน
กลุ่ม NSAIDs	Gastric irritation และลด platelet function	เพิ่ม activity ของยาแวนาร์ฟาริน
กลุ่ม NSAIDs (Cox-2 Selective)	ไม่พบข้อมูล	เพิ่มฤทธิ์ของยาแวนาร์ฟาริน
กลุ่ม Quinolones - Ciprofloxacin - Levofloxacin - Norfloxacin - Ofloxacin	ไม่พบข้อมูล	เพิ่มฤทธิ์ของยาแวนาร์ฟาริน
กลุ่ม Uricosstatic agents Sulfinpyrazone	Metabolite ของ sulfinpyrazone รบกวน กระบวนการกำจัดออกของยา (S) warfarin	เพิ่มฤทธิ์ของยาแวนาร์ฟาริน
กลุ่ม Sulfonamide Sulfamethoxazole + Trimethoprim (cotrimoxazole)	Cotrimoxazole ยับยั้ง กระบวนการ metabolism ของ (S) warfarin	เพิ่มฤทธิ์ของยาแวนาร์ฟาริน

ที่มา: สาวิตรี ทองอารมณ์, 2555

อันตรกิริยาระหว่างยารักษาโรคลดการแข็งตัวของเลือดกับอาหารและสมุนไพร

ยารักษาโรคลดการแข็งตัวของเลือดสามารถเกิดอันตรกิริยากับอาหารและสมุนไพร โดยเฉพาะอาหารและสมุนไพรที่มีปริมาณวิตามินเคในปริมาณที่สูง เช่น ผักใบเขียวต่างๆ รวมทั้งผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่อาจส่งผลกระทบต่อฤทธิ์ของยารักษาโรคลดการแข็งตัวของเลือด (สาวิตรี ทองอารมณ์, 2555)

ตาราง 2 แสดงอาหารที่มีผลเพิ่มและลดการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคลดการแข็งตัวของเลือด

อาหาร	กลไก	ระดับยา
กระเทียม (Garlic)	ยับยั้งการสร้าง thromboxane ทำให้ลดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด	เพิ่มฤทธิ์ของยารักษาโรคลดการแข็งตัวของเลือด
ขิง (Ginger)	ยับยั้งการสร้าง thromboxane ทำให้ลดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด	เพิ่มฤทธิ์ของยารักษาโรคลดการแข็งตัวของเลือด
ดั่งกวย (Dong quai)	ยับยั้งเอนไซม์ cyclo - oxygenase ทำให้ลดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดมีอนุพันธ์ของ coumarin ด้านการแข็งตัวของเลือด	เพิ่มฤทธิ์ของยารักษาโรคลดการแข็งตัวของเลือด
ใบแปะก๊วย (Ginkgo)	ยับยั้ง platelet activating factor ทำให้ลดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด	เพิ่มฤทธิ์ของยารักษาโรคลดการแข็งตัวของเลือด
น้ำมันปลา (Fish oil)	ยับยั้งการสร้าง thromboxane ทำให้ลดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดยับยั้งการสร้าง vitamin K dependent clotting factors	เพิ่มฤทธิ์ของยารักษาโรคลดการแข็งตัวของเลือด
วิตามินอี (Vitamin E)	ยับยั้งการสร้าง vitamin K dependent clotting factors	เพิ่มฤทธิ์ของยารักษาโรคลดการแข็งตัวของเลือด
โสม (Ginseng)	เหนี่ยวนำการทำงานของเอนไซม์ในตับ ทำให้เพิ่มการทำลายยารักษาโรคลดการแข็งตัวของเลือด	ลดฤทธิ์ของยารักษาโรคลดการแข็งตัวของเลือด
St John's wort	เหนี่ยวนำการทำงานของเอนไซม์ในตับ ทำให้เพิ่มการทำลายยารักษาโรคลดการแข็งตัวของเลือด	ลดฤทธิ์ของยารักษาโรคลดการแข็งตัวของเลือด

ตาราง 2 (ต่อ)

อาหาร	กลไก	ระดับยา
Coenzyme Q10	มีโครงสร้างคล้ายวิตามินเค ทำให้ต้านการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน	ลดฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน
ชาเขียว (Green tea)	มีวิตามินเคเป็นส่วนประกอบทำให้ต้านการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน	ลดฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน
Chlorella	มีวิตามินเคเป็นส่วนประกอบทำให้ต้านการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน	ลดฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน
Alfalfa	มีวิตามินเคเป็นส่วนประกอบทำให้ต้านการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน	ลดฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน

ที่มา: สภาวิชาชีพ พยาบาลศาสตร์, 2555

4. อาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนของยาวาร์ฟาริน

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดของยาวาร์ฟาริน คือ ภาวะเลือดออกที่มีความรุนแรงที่แตกต่างกันตั้งแต่ไม่มีความสำคัญทางคลินิก จนถึงภาวะเลือดออกที่รุนแรงถึงชีวิต ซึ่งอาจเกิดได้จากการมีเลือดออกแล้วไปกดทับอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมอง เยื่อหุ้มหัวใจ ไชสันหลัง เป็นต้น หรือเกิดจากการสูญเสียเลือดมากจากการมีเลือดออกจากอวัยวะภายในบางแห่ง เช่น ในระบบทางเดินอาหารในช่องท้อง เป็นต้น อาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ ได้แก่

4.1 เลือดออกผิดปกติ ถ้าการตอบสนองของยาวาร์ฟารินในผู้ป่วยมากไปอาจก่อให้เกิดปัญหาเลือดออก อาจแบ่งภาวะเลือดออกได้ตามความรุนแรงตามการแบ่งของ Warfarin Outpatient Follow-up Study (Chiquette et al., 1998) ดังนี้

4.1.1 เลือดออกไม่รุนแรง (Minor bleeding) ได้แก่ ภาวะเลือดออกที่ไม่มีความสำคัญทางคลินิก ซึ่งผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล

4.1.2 เลือดออกที่มีนัยสำคัญ (Significant bleeding) ได้แก่ ภาวะเลือดออกที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมินจากแพทย์ หรือการที่มีระดับของ hematocrit ลดลงมากกว่าร้อยละ 3 หรือการที่มีระดับ hemoglobin ลดลงมากกว่า 1.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ภาวะเลือดออกดังกล่าวเช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร ไอบนเลือด ปัสสาวะเป็นเลือด และอุจจาระเป็นเลือด เป็นต้น

4.1.3 เลือดออกกรุนแรง (Major bleeding) ได้แก่ เลือดออกในสมอง เลือดออกภายในช่องท้อง มีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและต้องได้รับเลือดอย่างน้อย 2 ยูนิต

4.1.4 เลือดออกที่มีผลต่อชีวิต (Life-threatening bleeding) ได้แก่ ภาวะเลือดออกที่นำไปสู่การหยุดการทำงานของหัวใจและปอด การผ่าตัด หรือ angiographic intervention หรือมีผลทำให้อวัยวะบางแห่งสูญเสียการทำงานไปอย่างถาวร

4.1.5 เลือดออกที่เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต (Fatal bleeding)

4.2 ลิ่มเลือดอุดตัน ส่วนใหญ่การเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้จะเกิดขึ้นเมื่อการออกฤทธิ์ของยาแอสไพรินในผู้ป่วยน้อยไป หรือต่ำกว่าช่วงรักษา ผู้ป่วยก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ตามการแบ่งตามความรุนแรงดังนี้ (Chiquette et al., 1998)

4.2.1 ลิ่มเลือดอุดตันชนิดไม่รุนแรง (Minor thromboembolism) เมื่อเกิดขึ้นแล้วสามารถหายเองได้ หรือไม่มีความจำเป็นต้องมาโรงพยาบาล เพื่อประเมินการรักษาในขั้นตอนนี้ต่อไป

4.2.2 ลิ่มเลือดอุดตันอย่างมีนัยสำคัญ (Significant thromboembolism) เมื่อเกิดขึ้นแล้วมีความจำเป็นต้องทำการประเมินการรักษาและดำเนินการในขั้นตอนนี้ต่อไป หรือ ต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล

4.2.3 ลิ่มเลือดอุดตันที่อาจรุนแรงถึงชีวิต (Life-threatening thromboembolism) เป็นภาวะที่เมื่อเกิดความเสียหายต่ออวัยวะแล้ว ไม่สามารถกลับคืนได้ หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยภาวะเร่งด่วน หรือจำเป็นต้องเข้ารักษาในหน่วยที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด

4.2.4 ลิ่มเลือดอุดตันจนทำให้เสียชีวิต (Fatal thromboembolism)

4.3 การตายของเซลล์ผิวหนัง (Skin necrosis) พบภายใน 3 - 8 วันหลังใช้ยา มีลักษณะเป็นรอยเลือดออกและเกิด necrosis ในที่สุด มักพบบริเวณที่มีไขมันมาก เช่น บริเวณก้น หน้าอกขา และมีการขยายตัวของรอยโรคอย่างรวดเร็วและนำไปสู่การตายของเนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้อง

4.4 purple toe syndrome พบไม่บ่อยนัก เกิดบริเวณฝ่าเท้า หรือนิ้วเท้า ที่มีลักษณะสีน้ำเงินม่วง และมีอาการเจ็บร่วมด้วย มักพบหลังเริ่มให้ยาแอสไพรินประมาณ 3 - 8 สัปดาห์ และเมื่อหยุดยารอยโรคก็จะหายไป

4.5 ความพิการแก่ทารก (Teratogenic effect) ยาแอสไพรินสามารถผ่านรกได้ และมีฤทธิ์ยับยั้งการสร้าง bone - forming osteocalcin โดยเฉพาะเกิดในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ไม่ควรใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์

4.6 อาการอื่นๆ ที่พบน้อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร ปวดท้อง ผม่วง ผื่นลมพิษ และผิวหนังอักเสบ เป็นต้น

5. การประเมินผลการรักษาด้วยยาแอสไพริน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินผลการรักษาของยาแอสไพริน คือ การตรวจวัดการแข็งตัวของเลือด prothrombin time (PT) ซึ่งทำได้โดยการเติม calcium และ thromboplastin ลงใน citrated plasma โดยรายงานผล เป็นวินาที หรือเป็นสัดส่วนกับค่าควบคุม

อย่างไรก็ตามปัญหาสำคัญในการตรวจวัดค่า PT คือ ความไม่แน่นอนของผลที่ได้จากความไวที่แตกต่างกันของสาร thromboplastin ที่ใช้ทดสอบสาร thromboplastin เป็น phospholipids protein ที่สกัดได้จากเนื้อเยื่อของปอด สมอง และรก มีความแตกต่างกัน แล้วแต่เนื้อเยื่อนำมาผลิต

องค์การอนามัยโลกได้ปรับวิธีคิดค่ามาตรฐานสำหรับการตรวจหาค่า PT ที่ได้จาก tissue thromboplastin ที่มีความไวแตกต่างกันให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้สามารถเปรียบเทียบค่าที่ได้จากห้องปฏิบัติการที่ต่างกันได้ โดยใช้ค่า International Sensitivity (ISI) ซึ่งเป็นค่าที่บอกถึงความไวของสาร thromboplastin ที่แตกต่างกัน มาช่วยในการปรับผลของค่า PT ที่ได้ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ค่าที่ปรับนี้เรียกว่า ค่า International Normalized Ratio หรือค่า INR ซึ่งค่า INR ของคนปกติจะใกล้เคียงหรือเท่ากับ 1 (Hirst et al., 2003) ค่า INR ที่สูงขึ้นจะบ่งบอกถึงการออกฤทธิ์ของยาแอสไพรินที่มากขึ้น

การติดตามผลการรักษาด้วยยาแอสไพรินในผู้ป่วย จะติดตามจากค่า INR โดยค่า INR ในช่วงรักษาที่เป็นเป้าหมายในการติดตามการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2.0 - 3.0 ยกเว้นในบางภาวะที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดลิ่มเลือดอุดตันได้มากขึ้น เช่น ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ ค่า INR เป้าหมายก็อยู่ในช่วงที่สูงขึ้น เป็น 2.5 - 3.5 ค่า INR เป้าหมายที่ใช้ในการติดตามผู้ป่วยในภาวะต่างๆ ตามแนวทางของ American Heart Association/ American College of Cardiology Foundation (Hirst et al., 2003) มีดังนี้

ตาราง 3 แสดงข้อบ่งชี้ของยาวาร์ฟาริน

ข้อบ่งชี้	INR เป้าหมาย
1. หัวใจห้องบนเต้นแฉ่วระรัว	2.0 - 3.0
2. หลอดเลือดสมองอุดตันจากโรคหัวใจ	2.0 - 3.0
3. กล้ามเนื้อหัวใจตาย	2.0 - 3.0
4. ลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือด	2.0 - 3.0
5. โรคของลิ้นหัวใจ	2.0 - 3.0
6. การเปลี่ยนลิ้นหัวใจ	
6.1 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ	2.5 - 3.5
6.2 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะในตำแหน่งลิ้นเอออร์ติค	2.0 - 3.0
6.3 ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ	2.0 - 3.0

การแก้ไขภาวะการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟารินที่มากเกินไป

ภาวะการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟารินที่มากเกินไป เป็นภาวะที่ค่า INR สูงเกินไป หรือเกิดภาวะเลือดออกจากการใช้ยาวาร์ฟาริน vitamin K1 หรือ phytomenadione เป็นยาที่ใช้ในการต้านฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน หรือใช้แก้ไขในภาวะยาวาร์ฟารินที่มากเกินไปในเบื้องต้น การให้ยาควรให้โดยการรับประทาน หรือฉีดเข้าเส้นเลือด เท่านั้น การฉีดเข้ากล้ามเนื้อในขณะที่ผู้ป่วยมีค่า INR ที่สูงทำให้เลือดออกในกล้ามเนื้อ ส่วนการฉีดเข้าได้ผิวหนังอาจมีการดูดซึมยาที่ไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจาก vitamin K1 จะออกฤทธิ์โดยผ่านการสร้าง carboxylated clotting factors ดังนั้น ผลของยาในการออกฤทธิ์ต้องใช้เวลาหลายชั่วโมงกว่าจะเห็นผล ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน การให้ clotting factors โดยตรงในรูปของ fresh frozen plasma จะทำให้ภาวะเลือดออกหยุดได้รวดเร็วที่สุด ดังนั้นสามารถให้ทั้ง fresh frozen plasma และ vitamin K1 ในการกระตุ้น carboxylated clotting factors ในภาวะดังกล่าว

ขนาดของ vitamin K1 ที่ควรใช้ขึ้นอยู่กับระดับของค่า INR และความรุนแรงของภาวะเลือดออก ตามคำแนะนำของ American College of Chest Physicians (Hirst et al., 2003) ในการแก้ไขภาวะยาวาร์ฟารินที่มากเกินไปมีดังนี้

ตาราง 4 แสดงการแก้ไขภาวะวาร์ฟารินที่มากเกินไป

ระดับ INR	คำแนะนำในการรักษา
ไม่มีภาวะเลือดออกที่สำคัญทางคลินิก	
น้อยกว่า 5.0	หยุดยาครั้งต่อไป แล้วเริ่มด้วยขนาดยาที่ต่ำกว่าเมื่อ INR อยู่ในช่วงเป้าหมายของการรักษา
5.0 - 9.0	หยุดการให้ยา 1 - 2 ครั้ง แล้วเริ่มด้วยขนาดยาที่ต่ำกว่าเมื่อ INR อยู่ในช่วงเป้าหมายของการรักษา หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก ให้ vitamin K1 โดยการรับประทาน ในขนาด 1 - 2.5 มิลลิกรัม
มากกว่า 9.0	หยุดยาชั่วคราว แล้วให้ vitamin K1 ประมาณ 3 - 5 มิลลิกรัม โดยรับประทาน วัดระดับ INR ภายใน 24 ชั่วโมง หาก INR ยังสูง อาจให้ vitamin K1 ซ้ำอีกครั้งหนึ่ง
มีภาวะเลือดออกที่สำคัญทางคลินิก หรือ INR มากกว่า 20.0	ให้ vitamin K1 10 มิลลิกรัมโดยการฉีดเข้าเส้นเลือดดำอย่างช้าๆ อาจใช้ fresh frozen plasma ในกรณีที่จำเป็น ถ้าผู้ป่วยยังตอบสนองไม่ดี อาจให้ vitamin K1 อีกครั้ง ภายใน 12 ชั่วโมงหากจำเป็น

6. การบริหารทางเภสัชกรรม

แนวทางในการบริหารเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟาริน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา วาร์ฟาริน โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการรักษาและส่งเสริมความปลอดภัยในการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ปลอดภัยจากผลข้างเคียงของยา วาร์ฟาริน การดำเนินงานการให้บริหารเภสัชกรรม มีดังนี้

รูปแบบการให้การบริบาลเภสัชกรรม

กำหนดรูปแบบการให้บริการให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและข้อจำกัดของโรงพยาบาล ซึ่งกรอบในการพิจารณารูปแบบมีหลายแนวทาง ได้แก่

จำแนกตามขั้นตอนของระบบบริการ เช่น ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมก่อนหรือหลังที่ผู้ป่วยพบแพทย์หรือมีการจัดแยกหน่วยให้การดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนธาลิน (Warfarin Clinic)

จำแนกตามขั้นตอนของการบริบาลทางเภสัชกรรม สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 การให้ความรู้ ระดับ 2 การทบทวนประเมินผู้ป่วยและคำสั่งการให้ยา ซึ่งระดับที่ 1 และ 2 ถือเป็นพื้นฐานสำคัญของการจัดการ ส่วนระดับ 3 ได้แก่ การเฝ้าระวังและติดตามค่า INR ควรประเมินทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

การดำเนินการจัดตั้งระบบในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนธาลินควรพิจารณาจากข้อมูลพื้นฐานที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาทางคลินิกของผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันการค้นข้อมูลดังกล่าวจากฐานข้อมูลเวชระเบียนและหน่วยจ่ายยาสามารถทำได้ง่าย เนื่องจากมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยการวิเคราะห์ข้อมูลและตอบคำถามต่างๆ ดังนี้

1. จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาแวนธาลินมีมากจนอาจเป็นปัญหาในการติดตามจากแพทย์หรือไม่
2. ช่วงระยะเวลาของการนัดตรวจรักษาของแพทย์แต่ละครั้งห่างเกินไปหรือไม่
3. ภาวะแทรกซ้อนจากยาแวนธาลินเป็นปัญหาที่พบบ่อยหรือร้ายแรงหรือไม่
4. อัตราการรับผู้ป่วยเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงจากการใช้ยาแวนธาลินมีสูงหรือไม่
5. ความผิดพลาดจากการสั่งใช้ยาและการจ่ายยาเป็นปัญหาหรือไม่

ประเด็นปัญหาดังกล่าวได้ จะช่วยในการจัดตั้งระบบในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาแวนธาลิน และระบบบริการในเรื่องการให้คำแนะนำเรื่องยาหรือแก้ไขกระบวนการจ่ายยา

ขั้นตอนในการบริบาลทางเภสัชกรรม

การให้บริบาลทางเภสัชกรรมหรือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนธาลิน มีขั้นตอนของการบริบาลทางเภสัชกรรมพื้นฐาน ได้แก่

1. การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย

กรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาแวนธาลินเป็นครั้งแรก ควรให้คู่มือการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเป็นพิเศษเกี่ยวกับยาแวนธาลินในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- 1.1 ยาวาร์ฟาริน คือ อะไร
- 1.2 ทำไมต้องใช้ยา/ เหตุผลที่ต้องใช้ยา
- 1.3 ความสำคัญของการเจาะเลือดและการมาตามนัด
- 1.4 อาการข้างเคียงที่ควรสังเกต
- 1.5 ภาวะฉุกเฉินที่ควรสังเกตและการปฏิบัติตน
- 1.6 ความสำคัญของการแจ้งลักษณะทางกายภาพของยา การรับประทานยา หรือลิ้มรับประทานยาให้แพทย์ทราบ
- 1.7 ปัญหาปฏิกริยาระหว่างอาหาร/ ยา
- 1.8 ความสำคัญของการควบคุมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน อาหาร หรืออาการโรคของตนเอง
- 1.9 ความสำคัญของการแจ้งการใช้ยาวาร์ฟารินให้แพทย์ ทันตแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ทราบ
2. การทบทวนประเมินผู้ป่วยและคำสั่งใช้ยา
 - 2.1 ก่อนส่งมอบยาให้กับผู้ป่วยหรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วย และคำสั่งการใช้ยาเพื่อลดความเสี่ยงทั้งจากกระบวนการสั่งจ่ายยา กระบวนการจ่ายยา รวมถึงปัจจัยด้านความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Compliance) โดยสิ่งที่ควรได้รับการประเมินหรือทบทวน ได้แก่
 - 2.2 การทบทวนประวัติผู้ป่วยและประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย
 - 2.3 การประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย
 - 2.4 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย (Compliance with recommended dose)
 - 2.5 การทบทวนและประเมินความสอดคล้องของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (INR) กับขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ
 - 2.6 การประเมินปัจจัยร่วมที่อาจมีผลต่อค่า INR ได้แก่ อันตรกิริยาระหว่างยา อาหาร ภาวะโรคอื่น ๆ รวมถึงกระบวนการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ
 - 2.7 การประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
 - 2.8 การประเมินอาการข้างเคียงจากยา

3. การเฝ้าระวังและติดตามค่า INR

กรณีที่มีการปรับขนาดยาหรือผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงที่สมควรได้รับการติดตามค่า INR การประสานงานกับแพทย์ผู้ทำการรักษาในการนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามค่า INR โดยในขั้นตอนของการบริหารทางเภสัชกรรม ควรทำการทบทวนประเมินดังต่อไปนี้

1. ประเมินการปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาวาร์ฟารินที่สูงหรือเนื่องจากช่วงที่เหมาะสมในการปรับขนาดยาวาร์ฟาริน ควรเป็นร้อยละ 5 - 20 ของขนาดยาต่อสัปดาห์ที่ผู้ป่วยได้รับครั้งก่อน

2. ประเมินระยะเวลาในการนัดครั้งต่อไปควบคู่กับภาวะเสี่ยงของผู้ป่วย เพื่อพิจารณาความสอดคล้องกับแผนการรักษาหรือไม่

3. ทบทวนระบบนัดของผู้ป่วยว่ามีการระบุเพื่อตรวจวัด INR ครั้งต่อไปหรือไม่ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการตรวจค่า INR ก่อนพบแพทย์

4. กรณีสามารถนัดผู้ป่วยมาติดตามค่า INR ควรประเมินภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยควบคู่กับปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เช่น ประวัติการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ความรู้ในการเฝ้าระวังอาการสำคัญของผู้ป่วย ความสามารถในการเดินทาง เป็นต้น เพื่อพิจารณาระยะเวลาของการนัดในการให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ควรมีเครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยในการให้บริการทางเภสัชกรรม ดังนี้

1. ปก OPD Card ที่แตกต่างกับผู้ป่วยรายอื่น ซึ่งเป็นระบบการบ่งชี้ผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่ายาวาร์ฟารินอยู่ แพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องระมัดระวังในการดูแลรักษาผู้ป่วย

2. สมุดคู่มือผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน เพื่อเป็นคู่มือให้ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลยาอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นคู่มือในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

3. แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน (Patient profile) หรือเครื่องมือที่ช่วยให้สามารถพิจารณาความสอดคล้องของยาที่ผู้ป่วยควรได้รับอย่างต่อเนื่อง

4. การใช้ Warfarin Monitoring Sheet สำหรับพยาบาลหรือผู้ป่วยกับบันทึกทางการแพทย์เพื่อเป็นระบบการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ติดตามผลการใช้ยา ค่า INR และเฝ้าระวังปัญหาอันเนื่องจากการใช้ยาผู้ป่วยใน

5. คู่มือการสอนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นภาพ อาจจัดทำเป็นสื่อในการให้ข้อมูลและสื่อในการช่วยติดตามปัญหาของผู้ป่วย เช่น ปฏิทินในการรับประทานยา

6. มาตรฐานการปฏิบัติงานการพยาบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนิวาโรนของโรงพยาบาล

แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ "อวกาศของชีวิต" (Life Space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่าบุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และสวิง สุวรรณ, 2536) ซึ่งต่อมาโรเซนสตัดด์ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้คือการรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมียุทธศาสตร์ด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วย และความอาย เป็นต้น ต่อมา เบคเกอร์ (Becker, 1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค

ในปี ค.ศ. 1950 นักจิตวิทยาสังคมในประเทศสหรัฐอเมริกาคนหนึ่งได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นมาใช้เพื่ออธิบายความล้มเหลวของโครงการตรวจคัดกรองโรคหัวใจที่เกิดจากประชาชนส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือกับโครงการที่ถึงแม้ว่าจะเป็นการบริการที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ก็ตาม โดยเชื่อว่าบุคคลจะมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมเมื่อมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และบุคคลจะมีโอกาสแสดงพฤติกรรมได้มากขึ้น หากประเมินแล้วพบว่า มีประโยชน์หรือผลดีมากกว่าผลเสียหรืออุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย

ต่อมา Becker, & Maiman (1975) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยร่วม และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเข้าไปเพราะถึงแม้ว่าจะจะเป็นปัจจัยที่อยู่นอกเหนือการรับรู้ของบุคคลแต่ก็มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค ซึ่งจะช่วยให้แบบจำลองนี้สามารถใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลได้อย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น

องค์ประกอบของทฤษฎี

องค์ประกอบของทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้รับการยอมรับในแวดวงวิชาการในปัจจุบัน ประกอบด้วย 6 ตัวแปร ซึ่งแต่ละตัวแปรนิยาม ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคใดๆ ของตนเองว่ามีมากน้อยเพียงใด

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลที่เกิดจากการประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการป่วยด้วยโรคใดๆ ทั้งที่มีต่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ชีวิต ความพิการ ความสมบูรณ์แข็งแรง การเกิดโรคแทรกซ้อน ความเจ็บปวดทรมานรวมถึงผลกระทบที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การสูญเสียหน้าที่การงาน ทรัพย์สินเงินทอง และสถานะทางสังคม เป็นต้น

ผลรวมของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้เกิดการรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat) ซึ่งหากบุคคลรับรู้ภาวะคุกคามมากก็จะมีผลทำให้บุคคลนั้นๆ เกิดความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงหรือเป็นตัวผลักดันให้บุคคลมีการป้องกันและรักษาโรคนั้นๆ มากตามไปด้วย

การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefit) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์หรือผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันหรือรักษาโรค เช่น ลดความรุนแรงของโรค ลดผลกระทบทางสุขภาพ ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ ความพอใจหรือความรู้สึกด้านคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบด้านลบที่อาจจะเกิดตามมาหลังจากปฏิบัติตามคำแนะนำหรือจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การเสียค่าใช้จ่าย การทำให้เกิดความอับอาย หรือความยากลำบากใจ หรือเป็นการกระทำที่ยุ่งยากหรือทำได้ยาก เป็นต้น

ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง เหตุการณ์หรือกิจกรรมที่กระตุ้นหรือเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรค ซึ่งประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายในบุคคล (Internal cues) ได้แก่ ความรู้สึกถึงอาการผิดปกติบางอย่างที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนเองซึ่งไปเพิ่มระดับการรับรู้ภาวะคุกคามให้เพิ่มขึ้น และ 2) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายนอกบุคคล (External cues) ได้แก่ การสื่อสารผ่านสื่อสารมวลชน และคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด อารมณ์เจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน

ปัจจัยร่วม (Modifying factors) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานอื่นๆ ที่ส่งผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและรักษาโรคของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และความรู้ที่เกี่ยวข้อง



ภาพ 1 แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ที่มา: Becker, & Maiman, 1975, p. 12

แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) (House, 1985 อ้างถึงใน สรวงศ์ภูภูมิ ดวงคำสวัสดี, 2539, น. 29-35) หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แคมป์แพลน (Caplan, 1976, pp. 39 - 42) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการพิลิสุก (Pilisuk, 1982, p. 20) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุประสงค์ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปกติกลุ่มสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือได้ว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk, 1982, p. 20) หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคุณค่าและมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงใจ

2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม แฮ็ส (House) (Babara, A. I., 1985, p. 66) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

2. Appraisal Support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3. Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ

4. Instrumental Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม นักพฤติกรรมศาสตร์ ชื่อ กอทต์ลิบ (Gottlieb, 1985, pp. 5-12) ได้แบ่งระดับ แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิด ในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้าน วัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective support)

ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่ บ่งบอก ถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อสุขภาพอนามัย พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

ผลโดยตรง

จากรายงานผลการศึกษาของ เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman, & Syme, 1979, pp. 186-204 as cited in Minkler, 1981, p. 150) ซึ่งติดตามผลในวัยผู้ใหญ่จำนวน 700 คน ที่อาศัย อยู่ในเมือง อามีดา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับความเป็นอยู่ ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วย และตายมากกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจการศึกษาของ คอบบ์และแคสเซล (Cobb, 1976; Cassel, 1961 as cited in Berkman, & Syme, 1979, pp. 186-204) พบว่า ผู้ป่วยเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุน ทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมี ผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย

ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการ

รักษาพยาบาล (Compliance to regimens) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมาก ที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่ง เบอร์กเลอร์ (Burgler) (Pilisuk, 1985, p. 94) พบว่า ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย 1.3 ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคคอปปี (Cobb, 1976) และแลงกลี (Langlie, 1977) ได้รายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

ผลต่อสุขภาพจิตผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต

มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย กอร์ (Gore, 1977 as cited in Minkler, 1981. P. 151) ศึกษาในผู้ชายว่างงาน จำนวน 110 คน พบว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจน้อยกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และแคพแลน (Caplan, 1974, p. 7) กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ในผู้ที่ทำงาน ซึ่งพบว่ามี ความเครียดมาก และยังพบอีกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กัญญา จันทริใจ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี จำนวน 160 ราย พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอสแอลอี การใช้ยา และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอสแอลอี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.64, p < .001$)

ฐิติกานต์ กาลเทศ, และนรลักษณ์ เคื้อกิจ (2554) ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยารักษา ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรับประทานยารักษา เนื่องจากผู้ป่วยเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการรับประทานยา ผู้ป่วยทราบถึงภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยา จึงทำให้มีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น ทั้งยังรับรู้ว่าการรับประทานยาตามแผนการรักษาสามารถช่วยป้องกันการเกิดการอุดตันของลิ้นเลือดของลิ้นหัวใจเทียม ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับ

ความร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากการรับประทานยารักษาวัณโรคในแต่ครั้งจะไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับค่า INR การรักษาต้องมีการปรับขนาดยา การรับประทานยาต้องตรงเวลาและต้องรับประทานยาตลอดชีวิตจึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยารักษาวัณโรค เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง และบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น

อิสริย์ สุนครศรีสกุล (2555) ศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี จำนวน 154 ราย พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 31.50$, S.D. = 4.04) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและภาวะโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ($r = .153$, $r = 0.67$) การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ($r = .18$, $r = .306$, $r = .319$ ตามลำดับ) และการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรง สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ร้อยละ 21 ($R^2 = .21$)

เจนจิรา ดันดิวิชญวานิช, และรังสิมา ไชยาสุ (2556) ศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาวัณโรคของโรงพยาบาลปัตตานี พบว่า ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาวัณโรคซึ่งดำเนินการโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยประเมินความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ร้อยละ 46.51 เนื่องจาก สัมรับประทานยาและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเมื่อสัมทานยามากที่สุดถึงร้อยละ 28.33 ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้อยละ 43.41 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากที่สุด คือ มีรอยจ้ำเลือดตามตัว ร้อยละ 46.43

ประนอม สังขวรรณ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลแม่นาวาง อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ จำนวน 211 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ อาชีพและการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

($\bar{X} = 3.94$, S.D. = 0.52) โดยตัวแปรทั้ง 2 สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 53

อัญชลี ชูติธร (2556) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเกาะติดยา ของกลุ่มผู้ใช้บริการโรคเรื้อรัง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยได้รับรู้ว่าได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดกับแพทย์และเภสัชกรในการจัดการโรค ทำให้การเกาะติดยาและรักษาดีขึ้น

พัทยา หวังสุข, และสุนิดา แสงย่อย (2557) การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยใช้ยาارفารินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ได้ติดตามค่า International Normalized Ratio (INR) ของผู้ป่วยอาการ minor bleeding ร้อยละ 8.6 พบว่าค่า INR ของผู้ป่วยอยู่ในเป้าหมายที่กำหนด แต่มีอาการข้างเคียงจากการเลือดออกเพียงเล็กน้อย ซึ่งการจะควบคุม INR ให้อยู่ในเป้าหมายได้นั้น ต้องอาศัยปัจจัยกำหนดเช่น การติดตามการใช้ยาอย่างใกล้ชิด การกินยาสม่ำเสมอ

ธมนพรพร นุญเจริญ (2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 260 ราย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาได้แก่ สถานภาพสมรส สถานที่ทำงาน ลักษณะงาน รายได้สุทธิหักค่าใช้จ่ายแล้วต่อเดือน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานยา ความรู้สึก อิทธิพลของบุคคลรอบข้างและอิทธิพลของสถานการณ์ในการปฏิบัติงาน

ศุภเชษฐ์ ชนะชัย (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 76 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานยาร้อยละ 47.7 ไม่ใส่ใจเวลารับประทานยาร้อยละ 47.7 แต่ไม่มีผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเอง เมื่อคำนวณเป็นระดับคะแนนการให้ความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูงร้อยละ 55.3 มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ รายได้, จำนวนปีที่ป่วยเป็นเบาหวาน, จำนวนยาเบาหวานที่ผู้ป่วยได้รับ, มีความสัมพันธ์กับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ญาดา เรียมริมมะดัน, และพงษ์ณวัฒน์ สมบัติภุจธร (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.99$, S.D. = 0.66) การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.88$, S.D. = 0.88) การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ใน

ระดับสูง ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.68) การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.78$, S.D. = 0.87 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า สถานภาพ ระยะเวลาที่รักษาโรคมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อายุมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนระดับการศึกษาอาชีพรายได้ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = .33$, $p < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .11$, $p < 0.05$) การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .17$, $p < 0.01$)

งานวิจัยต่างประเทศ

Ababneh et al. (2016) ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนซิลีนที่มีผลต่อการควบคุมการแข็งตัวของเลือดในจอร์แดน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนซิลีนที่มีความร่วมมือในการใช้ยา มีแนวโน้มที่จะมีการควบคุมค่าความแข็งตัวของเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวนซิลีนจะมีความสม่ำเสมอในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Spearman's $\rho = 0.291$, $p = 0.000$)

Thomson et al. (2016) ศึกษาเพื่อหาตัวทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาแวนซิลีนในผู้ป่วยอายุน้อยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนวาล์วหัวใจในแปซิฟิกเหนือ พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไม่ดี และร้อยละ 13.38 หยุดยาแวนซิลีนเอง เพราะไม่เข้าใจการใช้ยาแวนซิลีน ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายการไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาแวนซิลีนตามการรักษา ได้แก่ การลืมรับประทานยา (OR = 8.64, $p = 0.0013$) และเวลาในการเดินทางไปคลินิกโรคหัวใจที่มากกว่า 1 ชั่วโมง (OR = 5.80, $p = 0.039$) และอายุที่น้อยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยาแวนซิลีนด้วย ($p = 0.008$)

Mayet (2016) ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาแวนซิลีนและผลกระทบต่อควบคุมการแข็งตัวของเลือด พบว่า กลุ่มควบคุม INR ในกลุ่มผู้ป่วย 89 ราย (ร้อยละ 46.4) มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูงเพียง 34 ราย (ร้อยละ 38.2) เมื่อวิเคราะห์แบบ Multivariate logistic regression พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุม INR ที่ไม่ดี

ได้แก่ เพศหญิง (OR = 2.31, 95% CI 1.10 - 4.92) และสถานการณ์ว่างงาน (OR = 2.71, 95% CI 1.12 - 6.61)

Zhao et al. (2017) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เรื่องยาและความเชื่อมั่นต่อการรับประทานยารักษาโรคหัวใจ ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจบวมผิดปกติในประเทศจีน พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาโรคหัวใจ ได้แก่ ระยะเวลาของการเกิดความผิดปกติของระบบหัวใจ และหลอดเลือด ความรู้และความเชื่อ มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาโรคหัวใจ เมื่อวิเคราะห์แบบ Multivariate logistic regression พบว่า ผู้ที่มีความเชื่อจะมีความรู้ที่มีแนวโน้มที่จะมีความรู้ที่มากขึ้นและมีความเชื่อมั่นต่อการรับประทานยารักษาโรคหัวใจที่มากขึ้น (OR = 1.81, 95% CI 1.51 - 2.15 และ OR = 1.17, 95% CI 1.06 - 1.29)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้ว่า ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาโรคหัวใจ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ สถานภาพการสมรส ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค โรคประจำตัวอื่นๆ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคหัวใจ และปัจจัยกำหนดด้านสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยดังกล่าว ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ มากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อนำผลของปัจจัยดังกล่าวไปเป็นแนวทางพัฒนารูปแบบงานบริการเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยารักษาโรคหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตัวฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟารินในจังหวัดสุโขทัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยนอกเพศชาย และเพศหญิงที่ได้รับยาตัวฟารินในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 786 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 786 คน จากพฤติกรรมการใช้ยาตัวฟารินของผู้ป่วยที่ใช้ยาตัวฟารินโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ที่มีค่า INR ไม่อยู่ในเป้าหมายจำนวน 15 คน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการใช้ยาตัวฟารินของผู้ป่วยที่ใช้ยาตัวฟารินมีค่าเท่ากับ 0.28 การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการคำนวณขนาดตัวอย่างทั้งหมด กำหนดให้ระดับความเชื่อมั่น 99% ความคลาดเคลื่อนของการประมาณ 1%

$$n = \frac{N\sigma^2 z^2 \frac{\alpha}{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2(N-1) + \sigma^2 z^2 \frac{\alpha}{1-\frac{\alpha}{2}}}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรทั้งหมด 786 คน

S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการใช้ยาตัวฟารินของผู้ป่วยที่ใช้ยาตัวฟารินโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ที่มีค่า INR ไม่อยู่ในเป้าหมายจำนวน 15 คน มีค่าเท่ากับ 0.28

e = ความคลาดเคลื่อนของการประมาณการ กำหนดที่ร้อยละ 1

ดังนั้น จึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 165 คน เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก 10% จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 182 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาฟารินจากโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 9 แห่ง ในจังหวัดสุโขทัย ด้วยวิธีการจับฉลากรายชื่อจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาฟารินของแต่ละโรงพยาบาล จำแนกตามโรงพยาบาลต่างๆ ตามตาราง 5

ตาราง 5 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานที่เก็บข้อมูล

สถานที่	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลสุโขทัย	96	23
โรงพยาบาลศรีสังวร	118	27
โรงพยาบาลสวรรคโลก	140	32
โรงพยาบาลศรีนคร	38	9
โรงพยาบาลศรีษะนาถ	205	47
โรงพยาบาลกโกรลาค	84	20
โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย	23	5
โรงพยาบาลศรีมาศ	42	10
โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม	40	9
รวม	786	182

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

- 1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาฟารินเป็นระยะเวลา 3 เดือน ขึ้นไป
- 1.2 มาติดตามการรักษาตามนัดต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ครั้งติดต่อกัน
- 1.3 มีอายุ 20 - 65 ปี
- 1.4 ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
- 1.5 สามารถสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ

2. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย

2.1 แบบสอบถามได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

2.2 ผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ใช้ยาแวกซ์ฟาริน จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และระยะเวลาที่ได้รับยาแวกซ์ฟาริน มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวกซ์ฟาริน จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวกซ์ฟาริน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ผู้วิจัยกำหนดการให้คะแนนของแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน

ตอบ ไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน

ตอบ ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน

การแปรผล

การแปรผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวกซ์ฟารินของแบบสอบถามมีค่าต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 11 คะแนน โดยใช้เกณฑ์พิจารณาการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1978, p. 174) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

9 - 11 คะแนน หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับมาก

5 - 8 คะแนน หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

0 - 4 คะแนน หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ยาแวกซ์ฟาริน จำนวน 4 ข้อ ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวกซ์ฟาริน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
ไม่เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การแปลผล

การแปลผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ยาอาร์ฟาริน โดยใช้เกณฑ์พิจารณาการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1987, p. 174) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

14.8 - 20 คะแนน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ยาอาร์ฟาริน อยู่ในระดับมาก

9.4 - 14.7 คะแนน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ยาอาร์ฟาริน อยู่ในระดับปานกลาง

4.0 - 9.3 คะแนน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ยาอาร์ฟาริน อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาอาร์ฟาริน จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัย สร้างแนวคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาอาร์ฟาริน ประกอบด้วยข้อคำถามการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาอาร์ฟาริน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
ไม่เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การแปลผล

การแปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน โดยใช้เกณฑ์พิจารณาการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1987, p. 174) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

18.4 - 25 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน อยู่ในระดับมาก

11.7 - 18.3 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน อยู่ในระดับปานกลาง

5.0 - 11.6 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน จำนวน 4 ข้อ ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาแวกซ์ฟาริน ประกอบด้วยข้อคำถามการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาแวกซ์ฟาริน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
ไม่เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การแปลผล

การแปลผลคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน โดยใช้เกณฑ์พิจารณาการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1987, p. 174) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

14.8 - 20 คะแนน หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน อยู่ในระดับมาก

9.4 - 14.7 คะแนน หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน อยู่ในระดับปานกลาง

4.0 - 9.3 คะแนน หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟาริน จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอาร์ฟารินประกอบด้วยข้อคำถามการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอาร์ฟาริน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
ไม่เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การแปลผลคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟาริน โดยใช้เกณฑ์พิจารณาการแบ่งระดับคะแนนของเบสต์ (Best, 1987, p. 174) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

18.4 - 25 คะแนน หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟาริน อยู่ในระดับมาก

11.7 - 18.3 คะแนน หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟาริน อยู่ในระดับปานกลาง

5.0 - 11.6 คะแนน หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟาริน อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย ไม่เป็นจริง

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
เป็นจริงมากที่สุด	5
เป็นจริงมาก	4
เป็นจริงปานกลาง	3
เป็นจริงน้อย	2
ไม่เป็นจริง	1

การแปลผล

การแปลผลคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้เกณฑ์พิจารณาการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1987, p. 174) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

34 - 45 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับมาก

21 - 33 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง

9 - 20 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมกรับประทานยา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรับประทานยา ซึ่งมีข้อคำถามครอบคลุมพฤติกรรมกรับประทานยา 4 ด้าน รวม 15 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้ ได้แก่

1. พฤติกรรมกรตรวจสอบยา จำนวน 3 ข้อ

2. พฤติกรรมกรรับประทานยาถูกต้องตามหลักกร จำนวน 6 ข้อ

3. พฤติกรรมกรปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากกรใช้ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาขณะและหลังรับประทานยา จำนวน 4 ข้อ

4. พฤติกรรมอื่นๆ เกี่ยวกับการใช้ยาจำนวน 2 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นข้อคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7 8 12 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ให้ผู้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์กรให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

เกณฑ์กรให้คะแนน	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	2
ปฏิบัติบางครั้ง	3	3
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2	4
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

การแปลผล

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมกรรับประทานยา ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 15 - 75 โดยใช้เกณฑ์พิจารณาการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1978, p. 174) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

15 - 34 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติอยู่ในระดับไม่ดี

35 - 54 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

55 - 75 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับร่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยเภสัชกรที่รับผิดชอบคลินิกวารังฟาริน จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยด้านสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความชัดเจน ความถูกต้องของภาษา ความครอบคลุมและความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามที่สร้างขึ้นกับนิยามตัวแปร โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

+1 หมายถึง ข้อความนั้นสอดคล้องกับนิยามตัวแปร

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับนิยามตัวแปร

-1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่สอดคล้องกับนิยามตัวแปร

จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปรในแต่ละข้อ (Item-Index of Item-Objective Congruence: IOC) ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 โดยใช้สูตรคำนวณ IOC ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC = ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับตัวแปร

$\sum R$ = ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

N = จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

สำหรับผลการคำนวณหาค่า IOC ของแบบสอบถามได้ผลดังนี้

ตาราง 6 แสดงค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อ
คำถามกับจุดมุ่งหมายการวิจัยของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่า IOC
ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวนิวฟาริน	1.0
การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ยาแวนิวฟาริน	1.0
การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาแวนิวฟาริน	1.0
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาแวนิวฟาริน	1.0
การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาแวนิวฟาริน	1.0
แรงสนับสนุนทางสังคม	1.0
พฤติกรรมการรับประทานยา	1.0

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับร่างที่ผ่านการปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนิวฟารินโรงพยาบาลบางระกำ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดเกณฑ์ความเที่ยงที่มีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่ามีความเที่ยงที่เชื่อถือได้และสามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ โดยใช้สูตร

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right\}$$

α คือ ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ

n คือ จำนวนข้อของแบบทดสอบ

S_i^2 คือ ความแปรปรวนของแบบทดสอบรายข้อ

S_t^2 คือ ความแปรปรวนของแบบทดสอบทั้งฉบับ

ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวนิวฟารินทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Kuder - Richardson โดยการนำสูตร KR - 20 (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2543) ได้ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ดังนี้

ตาราง 7 แสดงค่าความเชื่อมั่น (Reliability) จำแนกตามแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	Reliability
ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวนิลา	0.86
การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ยาแวนิลา	0.70
การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาแวนิลา	0.94
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาแวนิลา	0.77
การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาแวนิลา	0.91
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.89
พฤติกรรมมารับประทานยา	0.80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยนเรศวร ก่อนการทำวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยโดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ และแจ้งให้ทราบว่าหากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกรวิจัย สามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจำนำเสนอในภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาแวนิลาที่โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสุโขทัย ระหว่าง พฤษภาคม - กรกฎาคม 2561
2. ภายหลังจากได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่ใช้ยาแวนิลาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่ใช้ยาอาร์ฟารินจากทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้ยาอาร์ฟาริน เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4. เมื่อได้รายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 182 ราย ด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาอาร์ฟาริน ตามวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาอาร์ฟาริน ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอาร์ฟาริน การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่รับประทานยาอาร์ฟาริน การรับรู้ความรุนแรงของการรับประทานยาอาร์ฟาริน การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอาร์ฟาริน การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอาร์ฟาริน และแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน

วิเคราะห์อำนาจการทำนายของ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอาร์ฟาริน การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ยาอาร์ฟาริน การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาอาร์ฟาริน การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอาร์ฟาริน การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอาร์ฟาริน และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ (Stepwise Multiple regression analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟาริน ตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟารินในจังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟารินในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 182 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามได้แบบสอบถามสมบูรณ์ทั้งสิ้น จำนวน 167 ชุด คิดเป็นร้อยละ 91.75 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบการบรรยาย โดยการนำเสนอแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอาร์ฟาริน การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ยาอาร์ฟาริน การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาอาร์ฟาริน การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาอาร์ฟาริน การรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟาริน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟาริน

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟาริน

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาอาร์ฟารินโรคประจำตัว อื่นๆ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (n = 167)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	101	60.5
หญิง	66	39.5
อายุ (ปี)		
20 - 29	4	2.4
30 - 39	9	5.4
40 - 49	34	20.4
50 - 59	67	40.1
60 ปีขึ้นไป	53	31.7
Min = 20 ปี Max = 65 ปี \bar{x} = 53.04 ปี S.D. = 9.3 ปี		
สถานภาพการสมรส		
โสด	13	7.8
คู่	126	75.4
หม้าย	25	15.0
หย่า/ แยก	3	1.8
อาชีพ		
รับราชการ	1	0.6
รับจ้าง	36	21.6
ค้าขาย	18	10.8
พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	49	29.3
เกษตรกรรวม	49	29.3
อื่นๆ (พระภิกษุ นักเรียน/ นักศึกษา)	14	8.4

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (n = 167)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,500	65	38.9
5,001 - 7,500	16	9.6
มากกว่า 7,500	40	24.
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	112	67.1
มัธยมศึกษา	42	25.1
ปริญญาตรี	9	5.4
อื่นๆ (ไม่ได้เรียน)	4	2.4
ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาอาร์ฟาริน (ปี)		
0 - 1	24	14.4
2 - 5	64	38.3
6 ปีขึ้นไป	79	47.3
Min = 1 ปี Max = 30 ปี \bar{x} = 7.1 ปี S.D. = 6.05 ปี		
โรคประจำตัวอื่นๆ		
มี	56	33.5
ไม่มี	111	66.5

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 60.5 เพศหญิง ร้อยละ 39.5 ส่วนใหญ่มีอายุ 50 - 59 ปี ร้อยละ 40.1 โดยอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 20 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 65 ปี มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 53 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.3 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 75.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/ แม่บ้านและเกษตรกร ร้อยละ 58.6 มีรายได้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 38.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 67.1 ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาอาร์ฟารินส่วนใหญ่ 6 ปีขึ้นไป ร้อยละ 47.3 โดยระยะเวลาในการรักษาด้วยยาอาร์ฟารินน้อยที่สุดเท่ากับ 1 ปี 30 ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา อาร์ฟารินมากที่สุดเท่ากับ 30 ปี ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาอาร์ฟารินเฉลี่ยเท่ากับ 7.1 ปี

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระยะเวลาในการรักษาด้วยยาอาร์ฟารินเท่ากับ 6.05 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 66.5

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอาร์ฟาริน การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ยาอาร์ฟาริน การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาอาร์ฟาริน การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาอาร์ฟาริน การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟาริน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟาริน

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอาร์ฟาริน (n = 167)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอาร์ฟาริน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (9 - 11 คะแนน)	122	73.1
ปานกลาง (5 - 8 คะแนน)	45	26.9
$\bar{x} = 9.4$ คะแนน, S.D. = 1.7 คะแนน, Min = 5 คะแนน, Max = 11 คะแนน		

จากตาราง 9 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอาร์ฟารินของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.1 มีความรู้อยู่ในระดับมาก (ตอบถูกได้คะแนนอยู่ในช่วง 9 - 11 คะแนน) รองลงมา ร้อยละ 26.9 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ตอบถูกได้คะแนนอยู่ในช่วง 5 - 8 คะแนน) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.7 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 5 คะแนนและคะแนนสูงสุดเท่ากับ 11 คะแนน

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา
 วาร์ฟารินเป็นรายข้อและการตอบได้ถูกต้อง (n = 167)

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา วาร์ฟาริน	การตอบได้ถูกต้อง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.เป็นยาที่ใช้ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน	165	98.8
2.รับประทานยา วาร์ฟาริน วันละ 1 ครั้ง	164	98.2
3.รับประทานยา วาร์ฟาริน ภายใน 12 ชั่วโมง ถ้ำน้ำได้	151	90.4
4.หากเกิดเลือดออกให้หยุดยาและมาพบแพทย์	164	98.2
5.ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีวิตามินเคสูง	150	89.8
6.ไม่ควรรับประทานอาหารเสริม สมุนไพร	135	80.8
7.ไม่ควรรับประทานเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	144	86.2
8.ไม่ควรรับประทานยาแอสไพรินหรือยาแก้ปวด	122	73.1
9.ยาที่มีผลต่อระดับการเปลี่ยนแปลงของยา วาร์ฟาริน	85	50.9
10.ยาแผนโบราณมีผลต่อระดับยา วาร์ฟาริน	142	85.0
11.นำบัตรประจำตัว วาร์ฟาริน ให้ดูเมื่อไปรักษาที่อื่น	161	96.4

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา วาร์ฟาริน จำแนกตามรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุด ในข้อ 1 “ยา วาร์ฟาริน เป็นยาที่ใช้ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในระบบไหลเวียนของเลือด” ตอบถูกต้องร้อยละ 98.8 รองลงมาเป็นข้อ 2 และ ข้อ 4 “ท่านจะต้องรับประทานยา วาร์ฟาริน วันละ 1 ครั้ง ในเวลาที่ใกล้เคียงกันของแต่ละวัน และเมื่อมีเลือดออกผิดปกติ เช่น เลือดออกตามไรฟัน บัสดาวะหรืออุจจาระเป็นเลือด มีรอยช้ำตามตัวเป็นจ้ำๆ ประจำเดือนออกมากผิดปกติ ไอเป็นเลือด ท่านจะต้องหยุดยาทันทีและรีบมาพบแพทย์โดยไม่ต้องรอดตามนัด” ตอบได้ถูกต้องร้อยละ 98.2 และกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับน้อยที่สุดในข้อ 9 “ยาแก้ปวดโรคข้อ ยาแก้ชักและยาฆ่าเชื้อมีผลต่อระดับการเปลี่ยนแปลงของระดับยา วาร์ฟาริน” ตอบได้ถูกต้องร้อยละ 50.9

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน (n = 167)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (14.8 - 20 คะแนน)	157	94.0
ปานกลาง (9.4 - 14.7 คะแนน)	10	6.0
$\bar{x} = 16.2$ คะแนน, S.D. = 1.7 คะแนน, Min = 11 คะแนน, Max = 20 คะแนน		

จากตาราง 11 ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 94.0 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของการใช้ยาแวกซ์ฟารินอยู่ในระดับมาก (คะแนนอยู่ในช่วง 14.8 - 20 คะแนน) รองลงมาร้อยละ 6.0 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของการใช้ยาแวกซ์ฟารินอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 9.4 - 14.7 คะแนน) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.2 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.7 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 11 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน

ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของการใช้ยาแวกซ์ฟารินเป็นรายข้อและระดับความคิดเห็น (n = 167)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ร้อยละ)
1.ไม่รับประทานยาแวกซ์ฟาริน จะเกิดลิ่มเลือดอุดตัน	20.4	75.4	3.6	0.0	0.6
2.ไม่รับประทานยาแวกซ์ฟาริน จะมีโอกาสเกิดเลือดออก	14.4	70.7	10.2	3.6	1.2
3.รับประทานยาแวกซ์ฟารินไม่สม่ำเสมอค่าเลือดไม่อยู่ในเป้าหมาย	18.6	73.1	6.6	1.8	0.0
4.รับประทานยาแวกซ์ฟารินช่วยลดเลือดออกหรือลิ่มเลือดอุดตัน	19.2	73.1	6.6	1.2	0.0

จากตาราง 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของการใช้ยารักษาโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในข้อ 1 "ถ้าไม่ได้รับประทานยารักษาโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลจะมีโอกาสเกิดลิ่มเลือดอุดตัน" ร้อยละ 20.4 รองลงมาเป็นข้อ 4 "การรับประทานยารักษาโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลช่วยลดการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติหรือลิ่มเลือดอุดตัน" ร้อยละ 19.2 และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของการใช้ยารักษาโรคไข้หวัดใหญ่น้อยที่สุดในข้อ 2 "ถ้าไม่ได้รับประทานยารักษาโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลจะมีโอกาสเลือดออกผิดปกติ" ร้อยละ 14.4

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยารักษาโรคไข้หวัดใหญ่ (n = 167)

ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยารักษาโรคไข้หวัดใหญ่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (18.4 - 25 คะแนน)	31	18.6
ปานกลาง (11.7 - 18.3 คะแนน)	136	81.4
$\bar{x} = 16.1$ คะแนน, S.D. = 0.6 คะแนน, Min = 13 คะแนน, Max = 19 คะแนน		

จากตาราง 13 ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยารักษาโรคไข้หวัดใหญ่ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.4 มีการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยารักษาโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ตอบถูกต้อง คะแนนอยู่ในช่วง 11.7 - 18.3 คะแนน) รองลงมา ร้อยละ 18.6 มีการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยารักษาโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับมาก (ตอบถูกต้อง คะแนนอยู่ในช่วง 18.4 - 25 คะแนน) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.1 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.6 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 13 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 19 คะแนน

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาแวนิวฟารินเป็นรายข้อและระดับความคิดเห็น (n = 167)

การรับรู้ความรุนแรง ของการใช้ยาแวนิวฟาริน	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)
1.ไม่รับประทานยาแวนิวฟาริน เกิดลิ้มเลือดอุดตันทำให้เป็น อัมพาตหรือเสียชีวิต	20.4	74.9	4.2	0.6	0.0
2.รับประทานยาแวนิวฟารินเกิด ขนาดเกิดเลือดออกทำให้เป็น อัมพาตหรือเสียชีวิต	16.8	74.9	7.8	0.6	0.0
3.ไม่รับประทานยาแวนิวฟาริน เกิดลิ้มเลือดอุดตันปอดทำให้ หายใจหอบและเสียชีวิตได้	18.0	74.3	7.2	0.6	0.0
4.รับประทานยาแวนิวฟาริน เกินขนาดทำให้เกิดเลือดออก อวัยวะภายใน	18.0	73.7	7.8	0.6	0.0
5.ควบคุมค่าเลือดไม่ได้จะเป็น อัมพาตหรือเสียชีวิต	16.2	74.9	8.4	0.6	0.0

จากตาราง 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาแวนิวฟารินจำแนกตามรายข้อเห็นด้วยอยู่ในระดับมากที่สุดในข้อ 1 "การไม่รับประทานยาแวนิวฟารินตามที่แพทย์สั่งอาจเกิดภาวะเลือดลิ้มเลือดอุดตันที่สมองทำให้เป็นอัมพาตและเสียชีวิตได้" ร้อยละ 20.4 รองลงมาเป็นข้อ 3 และ 4 "การไม่รับประทานยาแวนิวฟารินตามที่แพทย์สั่งอาจเกิดภาวะลิ้มเลือดอุดตันที่ปอดทำให้หายใจเหนื่อยหอบอย่างเฉียบพลันและเสียชีวิตได้" และ "การรับประทานยาแวนิวฟารินเกิดขนาดที่แพทย์สั่งอาจเกิดภาวะเลือดออกภายในอวัยวะต่างๆ ทำให้เสียชีวิตกระทันหันได้" ร้อยละ 18.0 และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาแวนิวฟารินน้อยที่สุดในข้อ 5 "ถ้าควบคุมระดับค่าความแข็งตัวของเลือดให้อยู่ในเป้าหมายไม่ได้ ท่านจะเป็นอัมพาตหรือเสียชีวิต" ร้อยละ 16.2

ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาอาร์ฟาริน (n = 167)

ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาอาร์ฟาริน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (14.8 - 20 คะแนน)	157	94.0
ปานกลาง (9.4 - 14.7 คะแนน)	10	6.0
\bar{x} = 16.2 คะแนน, S.D. = 1.5 คะแนน, Min = 12 คะแนน, Max = 20 คะแนน		

จากตาราง 15 ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาอาร์ฟาริน พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.0 มีการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาอาร์ฟารินอยู่ในระดับมาก (ตอบถูกต้องคะแนนอยู่ในช่วง 14.8 - 20 คะแนน) รองลงมา ร้อยละ 6.0 มีการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาอาร์ฟารินอยู่ในระดับปานกลาง (ตอบถูกต้องคะแนนอยู่ในช่วง 9.4 - 14.7 คะแนน) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.2 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.5 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 12 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน

ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาอาร์ฟารินเป็นรายข้อและระดับความคิดเห็น (n = 167)

การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาอาร์ฟาริน	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ร้อยละ)
1.รับประทานยาอาร์ฟาริน สม่ำเสมอควบคุมค่าความแข็งตัวของเลือดได้	16.2	77.2	6.6	0.0	0.0
2.ยาอาร์ฟารินเป็นยาที่มีประโยชน์	12.6	74.9	10.2	1.2	1.2
3.รับประทานยาอาร์ฟารินป้องกันไม่ให้เสียชีวิตจากเลือดออกหรือลิ่มเลือดอุดตัน	14.4	77.8	7.8	0.0	0.0
4.รับประทานยาอาร์ฟารินป้องกันภาวะเลือดออกหรือลิ่มเลือดอุดตัน	14.4	79.0	6.6	0.0	0.0

จากตาราง 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาอาร์ฟารินจำแนกตาม รายชื่อเห็นด้วยอยู่ในระดับมากที่สุดในช่วงข้อ 1 "การรับประทานยาอาร์ฟารินตามที่แพทย์สั่งอย่าง สม่ำเสมอสามารถควบคุมค่าความแข็งตัวของเลือดให้อยู่ในเป้าหมายได้" ร้อยละ 16.2 รองลงมา เป็นข้อ 3 และ 4 "การรับประทานยาอาร์ฟารินป้องกันไม่ให้เสียชีวิตจากภาวะเลือดออกหรือภาวะ ลิ้มเลือดอุดตัน และการรับประทานยาอาร์ฟารินป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกหรือภาวะลิ้มเลือด อุดตัน" ร้อยละ 14.4 และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาอาร์ฟารินน้อยที่สุดในข้อ 2 "ยาอาร์ฟารินเป็นยาที่มีประโยชน์แม้ต้องรับประทานติดต่อกันเป็นเวลานาน" ร้อยละ 12.6

ตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรค ของการใช้ยาอาร์ฟาริน (n = 167)

ระดับการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟาริน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (18.4 - 25 คะแนน)	19	11.4
ปานกลาง (11.7 - 18.3 คะแนน)	130	77.8
น้อย (5.0 - 11.6 คะแนน)	18	10.8
\bar{x} = 11.7 คะแนน, S.D. = 4.3 คะแนน, Min = 5, คะแนน Max = 25 คะแนน		

จากตาราง 17 ระดับการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟาริน พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.8 มีการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟารินอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 11.7 - 18.3 คะแนน) รองมาร้อยละ 11.4 มีการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟารินอยู่ในระดับมาก (คะแนนอยู่ในช่วง 18.4 - 25 คะแนน) และร้อยละ 10.8 มีการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟารินอยู่ในระดับน้อย ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.7 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.3 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 5 คะแนนและคะแนนสูงสุดเท่ากับ 25 คะแนน

ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของ
การใช้ยาवारฟารินเป็นรายชื่อและระดับความคิดเห็น (n = 167)

การรับรู้อุปสรรค ของการใช้ยาवारฟาริน	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)
1.การรับประทานยา วารฟารินเป็นสิ่งยุ่งยาก	4.2	12.0	12.0	62.9	9.0
2.การปรับยาวารฟาริน บ่อยครั้งทำให้สับสน	6.0	15.6	12.0	61.1	5.4
3.รับประทานยาวารฟาริน ในขนาดต่างกันทำให้สับสน	5.4	17.4	12.6	58.7	6.0
4.รับประทานยาวารฟาริน ทำให้สิ้นเปลือง	4.8	4.2	6.0	38.3	46.7
5.รับประทานยาวารฟาริน เป็นเวลานานทำให้เบื่อหน่าย	3.6	10.2	17.4	56.3	12.6

จากตาราง 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาวารฟารินจำแนกตาม
รายชื่อเห็นด้วยอยู่ในระดับมากที่สุดในข้อ 2 "การปรับวิธีการรับประทานยาวารฟารินบ่อยครั้งทำให้
เกิดความสับสนในการรับประทานยา" ร้อยละ 6.0 รองลงมาเป็นข้อ 3 "การรับประทานยาวารฟาริน
ในขนาดที่ต่างกันในแต่ละวันทำให้เกิดความสับสน" ร้อยละ 5.4 และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้
อุปสรรคของการใช้ยาวารฟารินน้อยที่สุดในข้อ 5 "การรับประทานยาวารฟารินติดต่อกันเป็น
เวลานานทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย" ร้อยละ 3.6

ตาราง 19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม
(n = 167)

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (34 - 45 คะแนน)	35	21.0
ปานกลาง (21 - 33 คะแนน)	129	77.2
น้อย (9 - 20 คะแนน)	3	1.8
\bar{x} = 25.4 คะแนน, S.D. = 6.7 คะแนน, Min = 9 คะแนน, Max = 45 คะแนน		

จากตาราง 19 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.2 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 21 - 33 คะแนน) รองลงมา ร้อยละ 21.0 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก (คะแนนอยู่ในช่วง 34 - 45 คะแนน) และร้อยละ 1.8 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.7 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 9 คะแนนและคะแนนสูงสุดเท่ากับ 45 คะแนน

ตาราง 20 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นรายข้อและระดับการรับรู้ (n = 167)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับการรับรู้				
	ไม่เป็นจริง (ร้อยละ)	เป็นจริง น้อย (ร้อยละ)	เป็นจริง ปานกลาง (ร้อยละ)	เป็นจริง มาก (ร้อยละ)	เป็นจริง มากที่สุด (ร้อยละ)
1.คนในครอบครัวคอยเตือน ให้รับประทานยาตัวฟาริน	22.8	38.3	20.4	12.6	6.0
2.ได้รับกำลังใจจากคนใน ครอบครัว	20.4	39.5	18.6	15.0	6.6
3.ได้รับคำตักเตือนจากคนใน ครอบครัว	19.8	41.3	18.6	12.6	7.8

ตาราง 20 (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับการรับรู้				
	ไม่เป็นจริง (ร้อยละ)	เป็นจริง น้อย (ร้อยละ)	เป็นจริง ปานกลาง (ร้อยละ)	เป็นจริง มาก (ร้อยละ)	เป็นจริง มากที่สุด (ร้อยละ)
4.คนในครอบครัวคอยเตือน อาการผิดปกติ	20.4	43.1	18.6	12.0	6.0
5.คนในครอบครัวช่วยเหลือ ค่าใช้จ่าย	22.8	35.3	19.8	14.4	7.8
6.ได้รับคำชมเชยจากบุคลากร ทางการแพทย์	2.4	3.6	65.9	21.0	7.2
7.มีการเยี่ยมบ้านโดย บุคลากรทางการแพทย์	81.4	4.8	3.6	6.0	4.2
8.ให้คำปรึกษาโดยบุคลากร ทางการแพทย์	1.2	0.0	6.0	59.3	33.5
9. บุคลากรทางการแพทย์ให้ ข้อมูลยาอาร์ฟาริน	1.2	0.0	6.0	59.3	33.5

จากตาราง 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามรายชื่อเป็นจริงอยู่ในระดับมากที่สุด ในข้อ 8 และ 9 "บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษาท่านเกี่ยวกับการรับประทานยาอาร์ฟาริน และบุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาอาร์ฟาริน" ร้อยละ 33.5 รองลงมาเป็นข้อ 3 และ 5 "เมื่อท่านปฏิบัติตัวหรือทำกิจกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องท่านจะได้รับคำตักเตือนจากคนในครอบครัว และคนในครอบครัวให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าเดินทางมาพบแพทย์" ร้อยละ 7.8 และกลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อยที่สุดในข้อ 7 "มีบุคลากรทางการแพทย์ติดตามเยี่ยมบ้านท่านเพื่อดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาอาร์ฟาริน" ร้อยละ 4.2

ตาราง 21 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการใช้ยา
(n = 167)

ระดับพฤติกรรมการใช้ยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดี (55 - 75 คะแนน)	160	95.8
ปานกลาง (35 - 54 คะแนน)	7	4.2
\bar{x} = 58.5 คะแนน, S.D. = 5.1 คะแนน Min = 46 คะแนน, Max = 71 คะแนน		

จากตาราง 21 ระดับพฤติกรรมการใช้ยาพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 95.8 มีพฤติกรรม การใช้ยาอยู่ในระดับดี (คะแนนอยู่ในช่วง 55 - 75 คะแนน) รองลงมา ร้อยละ 4.2 มีพฤติกรรม การใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 35 - 54 คะแนน) ตามลำดับ โดยมี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.5 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.1 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 46 คะแนนและคะแนนสูงสุดเท่ากับ 71 คะแนน

ตาราง 22 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรม การรับประทายาเป็นรายข้อและระดับการปฏิบัติ (n = 167)

พฤติกรรมการใช้ยา	ระดับการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติเป็นประจำ (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บางครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคย ปฏิบัติ (ร้อยละ)
พฤติกรรมตรวจสุขภาพ					
1.ตรวจสอบชื่อ - สกุลจาก จดลจากยา	34.1	36.5	27.5	1.2	0.6
จากจดลจากยา					
2.อ่านวิธีการรับประทายา	33.5	39.5	25.1	1.8	0.0
จากจดลจากยา					
3.สังเกตยาเสื่อมคุณภาพ	12.6	7.8	17.4	26.9	35.3
หมดอายุ					

ตาราง 22 (ต่อ)

พฤติกรรมกรรับประทานยา	ระดับการปฏิบัติ				ไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ)
	ปฏิบัติเป็นประจำ (ร้อยละ)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ)	
พฤติกรรมกรรับประทานยาถูกต้องตามหลักการ					
4.รับประทานยารักษาฟาร์รินตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง	52.7	44.9	1.8	0.6	0.0
5.บอกได้ว่ารับประทานยารักษาฟาร์รินที่มีลิกกรัม	42.5	41.3	6.6	3.6	6.0
6.ปรับขนาดยารักษาฟาร์รินด้วยตัวเอง	0.0	0.0	0.6	2.4	97.0
7.เพิ่มหรือลดยาเองเพื่อให้ค่าเลือดอยู่ในเป้าหมาย	7.8	1.8	0.6	1.8	88.0
พฤติกรรมกรปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายและจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยา					
8.ดื่มรับประทานยาไม่เกิน 12 ชั่วโมงรับประทานยาทันทีที่นึกได้	8.4	4.2	3.0	22.2	62.3
9.งดผักใบเขียว ตามคำแนะนำของแพทย์	33.5	51.5	12.0	1.2	1.8
10.สังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา	12.0	13.2	34.7	35.3	4.8
11.หยุดรับประทานยาเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียง	1.8	4.2	2.4	6.6	85.0
12.ปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันอาการข้างเคียง	18.6	28.1	38.9	13.8	0.6
พฤติกรรมกรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรใช้ยา					
13.ทำสัญลักษณ์เพื่อป้องกันการลืม	7.2	6.0	2.4	9.0	75.4
14.เก็บรักษายาให้พ้นแสง	18.0	59.9	16.8	5.9	0.0

จากตาราง 22 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาจำแนกตามรายชื่อ ปฏิบัติเป็นประจำอยู่ในระดับมากที่สุดในข้อ 4 "ท่านรับประทานยาอาร์ฟารินตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง" ร้อยละ 52.7 รองลงมาเป็นข้อ 6 "ท่านสามารถบอกได้ว่าตนเองกำลังรับประทานยาอาร์ฟารินขนาดที่มีลิกรัม" ร้อยละ 42.5 และกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรับประทานยาปฏิบัติเป็นประจำอยู่ในระดับน้อยที่สุดในข้อ 7 และ 8 "ท่านนำยาอาร์ฟารินของผู้อื่นมารับประทาน และ ท่านปรับขนาดยาอาร์ฟารินด้วยตนเอง เช่น เพิ่มขนาดยา" ร้อยละ 0.0

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

การวิเคราะห์อำนาจการทำนายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟาริน โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เนื่องจากตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์ปัจจัยส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟารินมีตัวแปรทำนายที่เป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส อาชีพ ระดับการศึกษาและโรคประจำตัวอื่นๆ ผู้วิจัยจึงต้องแปลงตัวแปรเชิงกลุ่มดังกล่าวให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ก่อนนำมาใช้วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ดังตาราง 23

ตาราง 23 แสดงการสร้างตัวแปรหุ่นจำแนกตามตัวแปรทำนายที่เป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม

ตัวแปร	ระดับการวัด	ระดับการวัดตัวแปร
เพศ	นามบัญญัติ	สร้างเป็นตัวแปรหุ่น โดยกำหนด เพศชาย = 1 เพศหญิง = 0
สถานภาพการสมรส	นามบัญญัติ	สร้างเป็นตัวแปรหุ่น โดยกำหนด สถานภาพคู่ = 1 สถานภาพสมรสอื่นๆ = 0
อาชีพ	นามบัญญัติ	สร้างเป็นตัวแปรหุ่น โดยกำหนด การมีอาชีพ = 1 การไม่มีอาชีพ = 0
ระดับการศึกษา	นามบัญญัติ	สร้างเป็นตัวแปรหุ่น โดยกำหนด การมีการศึกษา = 1 การไม่มีการศึกษา = 0
โรคประจำตัวอื่นๆ	นามบัญญัติ	สร้างเป็นตัวแปรหุ่น โดยกำหนด มี = 1 ไม่มี = 0

ก่อนทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple linear regression analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระต่อกัน โดยพิจารณาจากค่า Durbin - Watson ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.637 (อยู่ระหว่าง 1.5 - 2.5) และตัวแปรอิสระด้วยกันไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ไม่มีค่าสหสัมพันธ์คู่ใดที่สูงกว่า 0.85 และพิจารณาจากค่า VIF พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 1.000 - 1.004 (ไม่เกิน 10) และค่า Tolerance มีค่าอยู่ระหว่าง 0.996 - 1.000 (ไม่เกิน 1) (ภาคผนวก ง) จากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟาริน

ตาราง 24 แสดงการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินแบบ stepwise (n = 167)

ตัวแปรทำนาย	R ²	b	β	t	p-value
1. การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟาริน	0.118	-0.420	-0.356	-5.228	<0.001*
2. แรงสนับสนุนทางสังคม	0.224	0.245	0.324	4.777	<0.001*
3. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอาร์ฟาริน	0.249	-0.462	-0.157	-2.304	0.022
Constant (a) = 61.551 R square = 0.249 Adjusted R square = 0.235					
F = 17.998, p-value = <0.001					

*p-value<0.05

จากตาราง 24 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถทำนายตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟาริน แรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอาร์ฟาริน โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟาริน ได้ร้อยละ 24.9 ตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยา

วารสารฟารินมากที่สุด คือ การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาวารสารฟาริน ($\beta = -0.356$, p-value < 0.001) รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.324$, p-value < 0.001) และ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาวารสารฟาริน ($\beta = -0.157$, p-value = 0.022) ตามลำดับ

การวิเคราะห์ปัจจัยการทำนายสามารถนำเสนอได้ในรูปสมการทำนาย ได้ดังนี้

$$\text{สมการการทำนาย} \quad Y = b_0 + b_1(x_1) + b_2(x_2) + \dots + b_n(x_n)$$

เมื่อ Y = พฤติกรรมการใช้ยาวารสารฟารินตามแผนการรักษา

b_0 = ค่าคงที่ (Constant)

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาวารสารฟาริน

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคม

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาวารสารฟาริน

x_1 = การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาวารสารฟาริน

x_2 = แรงสนับสนุนทางสังคม

x_3 = ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาวารสารฟาริน

แทนค่าในสมการทำนาย ดังนี้

พฤติกรรมการใช้ยาวารสารฟารินตามแผนการรักษา = $61.551 - 0.420$ (การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาวารสารฟาริน) + 0.245 (แรงสนับสนุนทางสังคม) - 0.462 (ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาวารสารฟาริน)

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟารินในจังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟารินในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 167 คน ซึ่งเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล นำมาสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.5 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 50 - 59 ปี ร้อยละ 40.1 มีสถานภาพการสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 75.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/ แม่บ้านและอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 58.6 มีรายได้ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 38.9 ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 67.1 มีระยะเวลาในการรักษาด้วยยาอาร์ฟาริน ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ร้อยละ 47.3 พฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษาเป็นรายด้าน พบว่า มีการปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจสอบยา พฤติกรรมรับประทานยาถูกต้องตามหลักการ พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาขณะและหลังรับประทานยาและพฤติกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอยู่ในระดับดี ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของการใช้ยาอาร์ฟารินและการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาอาร์ฟารินอยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาอาร์ฟาริน การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟาริน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวกซ์ฟารินในจังหวัดสุโขทัย พบว่า ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟารินตามแผนการรักษามากที่สุดได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวกซ์ฟาริน ตามลำดับ สร้างสมการถดถอยพหุคูณได้ดังนี้

พฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟารินตามแผนการรักษา = $61.551 - 0.420$ (การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน) + 0.245 (แรงสนับสนุนทางสังคม) - 0.462 (ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวกซ์ฟาริน)

ทั้งนี้ ตัวแปรทำนายดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวกซ์ฟาริน ได้ร้อยละ 24.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของการวิจัยเพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวกซ์ฟารินและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวกซ์ฟารินในจังหวัดสุโขทัย สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ระดับพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวกซ์ฟารินในจังหวัดสุโขทัย

จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวกซ์ฟาริน ในจังหวัดสุโขทัย โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 58.5$, $SD = 5.1$) (ตาราง 21) โดยการมาพบแพทย์ตามนัดแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์ทุกครั้งที่ได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ มีทักษะและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟารินได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟารินตามแผนการรักษา เป็นรายข้อ พบว่าพฤติกรรมการรับประทานยาถูกต้องตามหลักการที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด "รับประทานยาแวกซ์ฟารินตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง" ร้อยละ 52.7 อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา มีความรับผิดชอบ มีวุฒิภาวะในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพได้ด้วยตนเอง จึงมีวินัยในการรับประทานยาแวกซ์ฟารินแม้ว่าแผนการรักษาของแพทย์จะมีการปรับเปลี่ยนขนาดการรับประทานยาอยู่บ่อยครั้ง แต่เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 47.3 เป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการรักษาด้วยยาแวกซ์ฟารินตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (ตาราง 8) ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงอาจเกิดความเคยชิน

ในการรับประทานยารักษาโรคฟาร์มาเป็นยาที่ดี กอปรกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มาพบแพทย์สม่ำเสมอ จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคฟาร์มาจากบุคลากรทางการแพทย์ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ ตามนัด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการใช้ยารักษาโรคฟาร์มา ด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การควบคุมความเสี่ยงที่จะเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคฟาร์มาตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติกานต์ กาลเทศ, และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำ ด้านการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด การสังเกต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาจากบุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่ระหว่างรอตรวจ หลังตรวจ และขณะรับยา มีความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด ในระดับดีมาก

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคฟาร์มาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคฟาร์มาในจังหวัดสุโขทัย

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคฟาร์มาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคฟาร์มาในจังหวัดสุโขทัย มีจำนวน 11 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการรักษาด้วยยารักษาโรคประจำตัวอื่น ๆ การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคฟาร์มา การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยารักษาโรคฟาร์มา การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยารักษาโรคฟาร์มา โดยสามารถอธิบายรายตัวแปรได้ ดังนี้

เพศ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคฟาร์มาตามแผนการรักษา นั่นคือ ไม่ว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชายมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ต่างกัน ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าเพศจะเป็นตัวกำหนดบทบาททางสังคมให้เพศหญิงมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย แต่ปัจจุบันเพศชายและเพศหญิงต้องทำงานรับผิดชอบภาระงานนอกบ้าน ทำให้การดูแลพฤติกรรมสุขภาพเป็นบทบาทของการดูแลตนเองเป็นหลัก สอดคล้องกับผลการศึกษาของประนอม สังขวรรณ (2555) ที่พบว่า เพศ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลแม่नावาง อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคฟาร์มาตามแผนการรักษา นั่นคือ ไม่ว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจะมีอายุน้อยหรือมาก ก็ไม่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคฟาร์มาตามแผนการรักษา ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะมีอายุจริง (Calendar Age) ซึ่งเป็นอายุที่เพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี และมีอายุของร่างกาย (Body Age) ที่เกิดจาก

รูปแบบในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน บางคนมีอายุมากแต่มีสุขภาพแข็งแรง สามารถจดจำได้ดี ในทางตรงกันข้ามคนที่มีอายุน้อยแต่กลับมีสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งมีสาเหตุมาจากการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลที่เคยผ่านมา ส่งผลให้แต่ละบุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับศศิธร รุ่งสว่าง (2562) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถานภาพการสมรส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษา นั่นคือ ไม่ว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจะมีสถานภาพสมรสแบบใด ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟาริน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาอาร์ฟารินได้ มีวุฒิภาวะและสามารถตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง แม้ว่าบางคนจะอาศัยร่วมกับคู่สมรส ญาติพี่น้องหรือบางคนอาจอยู่คนเดียว ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างก็สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษาได้ไม่แตกต่างกัน จึงไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษมา กังหลี (2559) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาชีพ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษา นั่นคือ ไม่ว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพใด ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟาริน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.70 รับประทานยาอาร์ฟารินตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง (ตาราง 22) ซึ่งการรับประทานยาอาร์ฟารินจะรับประทานเพียงวันละครึ่งก่อนนอน ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 29.30 ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/ แม่บ้านและอาชีพเกษตรกรรม (ตาราง 8) ซึ่งกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างไม่ยุ่งยาก ทำให้มีเวลาใส่ใจในการรับประทานยา จึงไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษา แตกต่างจากการศึกษาของธนภฤต มงคลชัยภักดิ์ และคณะ (2558) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษา นั่นคือ ไม่ว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจะมีรายได้เท่าใดก็ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟาริน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.9 มีรายได้น้อยกว่า 2,500 บาท (ตาราง 8) และผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 7.8 ได้รับการช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าเดินทางมาพบแพทย์ (ตาราง 20) และปัจจุบันผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลฟรีสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงไม่แตกต่างกัน จึงทำให้ความแตกต่าง

ทางรายได้ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมา กังหลี (2559) ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษา นั่นคือ ไม่ว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาระดับใดก็ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษา ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาที่เพิ่มสูงขึ้น อาจไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาไม่สูงแต่ได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์และแหล่งข้อมูลต่างๆ ก็อาจส่งผลให้เกิดความรู้และพฤติกรรมในการใช้ยาได้ตามแผนการรักษาเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาอาร์ฟาริน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษา นั่นคือ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาอาร์ฟารินไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษา ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ยาอาร์ฟารินเป็นยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาอาร์ฟารินจึงเป็นกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟารินที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาอาร์ฟารินจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมา กังหลี (2559) ที่พบว่า ระยะเวลาในการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรคประจำตัวอื่น ๆ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษา นั่นคือ โรคประจำตัวอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษา ทั้งนี้อธิบายได้ว่า พฤติกรรมในการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นอยู่กับโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยมีร่วมด้วย แต่อาจขึ้นอยู่กับจำนวนรายการยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ธนภฤต มงคลชัยภักดิ์ และคณะ (2558) ที่พบว่า โรคเรื้อรังอื่นๆ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟาริน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษา นั่นคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟารินไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟาริน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาอาร์ฟารินไม่ได้ปรากฏอาการแสดงที่เป็น

อันตรายต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ถึงแม้ว่าค่าการแข็งตัวของเลือดจะมีการปรับเปลี่ยนไปก็ตาม ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เห็นความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพตามคำแนะนำ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของประนอม สังขวรรณ (2555) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพไม่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลแม่नावาง อำเภอแม่อาว จังหวัดเชียงใหม่ แต่อย่างไรก็ตามมีแตกต่างจากการศึกษาของศศิธร รุ่งสว่าง (2562) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยารักษา พบว่า "ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตามแผนการรักษา นั่นคือ การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยารักษาไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยารักษา ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษา เพราะที่ผ่านมามีอาการยังไม่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจของตนเองอย่างเฉียบพลัน จึงยังไม่แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาอย่างเพียงพอที่จะช่วยกระตุ้นหรือปลุกเร้าให้เกิดความกลัวต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของรัศมี สิทธิพันธ์ (2550) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ แต่อย่างไรก็ตามมีความแตกต่างจากการศึกษาของศศิธร รุ่งสว่าง (2562) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและแตกต่างกับศรัทธา ประกอบชัย และคณะ (2557) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยารักษา พบว่า "ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตามแผนการรักษา นั่นคือ การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยารักษาไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยารักษา ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความจำเป็นของการใช้ยารักษาต้องเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อใช้ป้องกันและรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตันในโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและหัวใจ การออกฤทธิ์ของยารักษาจึงไม่ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ของการรักษาด้วยยารักษาที่ชัดเจนทันที จึงอาจไม่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมการใช้ยารักษาตามแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี วัฒนากกร และคณะ (2551) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการ

รับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของศศิธร รุ่งสว่าง (2562) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยารักษาตามแผนการรักษา มีจำนวน 3 ตัวแปร โดยสามารถอธิบายรายตัวแปรได้ดังนี้

การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยารักษาตามแผนการรักษา

จากการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยารักษาตามแผนการรักษา ส่งผลเชิงลบต่อพฤติกรรมการใช้ยารักษาตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.356$, $p\text{-value} < 0.001$) (ตาราง 23) นั่นคือ หากผู้ป่วยรับรู้ว่าการใช้ยารักษาตามแผนการรักษาไม่มีอุปสรรคหรือมีอุปสรรคน้อยมาก สามารถใช้ยารักษาตามแผนการรักษาได้แน่นอน ผู้ป่วยรายนั้นจะมีพฤติกรรมการใช้ยารักษาตามแผนการรักษาและมีความสัมพันธ์ทางลบ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การใช้ยารักษาตามแผนการรักษาแต่ละครั้งจะไม่เท่ากัน การรักษาต้องมีการปรับขนาดยาขึ้นอยู่กับค่าการแข็งตัวของเลือด เกิดอาการข้างเคียงที่พบบ่อย คือ รอยจ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง และต้องรับประทานยาต่อเนื่องตลอดชีวิตจึงทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยารักษาตามแผนการรักษา ซึ่งผลการรักษานี้ขึ้นอยู่กับความถูกต้องและความต่อเนื่องในการใช้ยา สอดคล้องกับ Becker (1974) ที่กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรค เป็นการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทางลบ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะกระทํานั้นก่อให้เกิดความไม่สะดวกและเป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ ก็มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภัจฉรี สุขะ (2556) ที่ศึกษาวิจัยในการรับประทานยา และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรคกับวินัยในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับวินัยในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับงานวิจัยของกัญญา จันทร์ใจ และคณะ (2556) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอส แอล อี เช่นเดียวกับงานวิจัยของฐิติกานต์ กาลเทศ, และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด ($r = -0.238$, $p < 0.01$)

แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟาริน

จากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟารินตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.324$, $p\text{-value} < 0.001$) (ตาราง 23) นั่นคือ หากผู้ป่วยได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างดีมากเท่าใดผู้ป่วยรายนั้นจะมีพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟารินตามแผนการรักษาอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยาแวกซ์ฟารินอย่างถูกต้อง มีโอกาสได้พูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาแวกซ์ฟารินทุกครั้งที่มารับยาแวกซ์ฟาริน นอกจากนี้บุคคลในครอบครัวคนใกล้ชิดให้คำตักเตือนเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวหรือทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง และให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการเดินทางมาพบแพทย์ (ตาราง 13) ซึ่งเอื้อให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมและมีพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟารินที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 75.4 อาจทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่ครอบครัวโดยเฉพาะจากคู่สมรส คอยให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้รับประทานยา จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟารินตามแผนการรักษาที่ดี สอดคล้องกับแคปแลน (Caplan, 1974) คอบบ์ (Cobb, 1976) คาห์น (Kahn, 1979) และไวส์ส (Weiss, 1974) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการสนับสนุนกันระหว่างบุคคลลักษณะหนึ่ง เป็นการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันที่ทำให้บุคคลกระทำหรือมีพฤติกรรมที่ส่งผลดีทั้งบวกกับบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม รวมไปถึงการแสดงความรู้สึกในทางที่ดีของบุคคลหนึ่งไปถึงบุคคลหนึ่งให้เกิดความมั่นใจในการประพฤติปฏิบัติของบุคคลนั้นว่าดีหรือถูกต้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของอัญชลี ชูติธร (2556) ที่พบว่า ความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ มีส่วนช่วยในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง โดยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟาริน และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาแวกซ์ฟาริน ได้ร้อยละ 77.2 สอดคล้องกับงานวิจัยของอนิษฐา ม่วงไหมทอง (2553) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมใช้ยาของวัยแรงงานและสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมใช้ยาได้ร้อยละ 79.1 สอดคล้องกับงานวิจัยของฐิติกานต์ กาลเทศ, และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) ที่พบว่า การได้รับความช่วยเหลือเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง เช่น พ่อแม่ พี่น้องและบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น โดยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด ร้อยละ 36.8 เช่นเดียวกับงานวิจัยของเทียนชัย สนวนจูน (2560) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาในทางบวกและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยากลุ่มเบนโทไดอะซีป็นในการป้องกันภาวะถอนพิษสุราของผู้ติดแอลกอฮอล์ได้ร้อยละ 14.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวนิลีนกับพฤติกรรมการใช้ยาแวนิลีน

จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวนิลีนส่งผลเชิงลบต่อพฤติกรรมการใช้ยาแวนิลีนตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.157$, p-value 0.002) (ตาราง 23) นั่นคือ หากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวนิลีนมากเท่าใด ผู้ป่วยรายนั้นจะมีพฤติกรรมการใช้ยาแวนิลีนตามแผนการรักษาอยู่ในระดับไม่ดีเท่า่นั้น พฤติกรรมการใช้ยาแวนิลีนดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับความรู้ ผู้ป่วยที่มีความรู้มาก จะรู้วิธีการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ เพราะคิดว่าเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพขึ้นมาก็สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง รู้จักวิธีควบคุมผลร้ายของการไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมการใช้ยาแวนิลีนตามแผนการรักษา ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการจะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม (Green, L. W., & Kreuter, M. W., 1991) โดยความรู้เป็นกลไกขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Pender, N. J., 1987) ดังนั้น การเรียนรู้ของบุคคลจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะก่อให้เกิดการแสดงออกให้เห็นในลักษณะของการกระทำและไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพหรือผลเสียต่อสุขภาพ (สุภาณี พันธุ์ประพันธ์, 2549) ฉะนั้นการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมในด้านที่ดีได้ต้องมีความรู้เป็นองค์ประกอบด้วย (ชลธิชา อรุณพงษ์, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประยุทธ์ ภูวรัตน์าวินิจ และคณะ (2558) พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวนิลีนอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น อาจให้ความรู้โดยคำแนะนำแบบเจาะจงเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของดวงเนตร ธรรมกุล (2553) พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์สามารถทำนายพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ($r = .289$, $p < .001$)

จากข้อค้นพบดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมการใช้ยาแวนิลีนเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ฉะนั้นการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาแวนิลีนจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาแวนิลีน แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแวนิลีนร่วมกันเสมอ ไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาเพียงปัจจัยเดียว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปสร้างนวัตกรรมที่ช่วยลดอุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟาริน ได้แก่ การสร้างปฏิทินการรับประทาน ปรับเพิ่มรูปแบบการแบ่งเม็ดยาในฉลากยา
2. ให้นำบุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเองเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ใช้ยาอาร์ฟารินด้านการช่วยเตือนการใช้ยาและจัดยาให้รับประทาน
3. สร้างระบบการติดต่อสื่อสารออนไลน์ระหว่างผู้ป่วยที่ใช้ยาอาร์ฟารินและบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเกิดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาอาร์ฟาริน เช่น พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาด้านยาผ่านแอปพลิเคชัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองโดยการสร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินโดยเน้นการรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอาร์ฟารินมาสร้างหรือพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมองค์ความรู้ที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินที่ถูกต้องเหมาะสม
2. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพื่อวิเคราะห์สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมค่าความแข็งตัวของเลือดได้ตามเป้าหมาย



บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยจฬนเรศวร

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2560). *ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก*
ปี พ.ศ. 2559. สืบค้น 12 มิถุนายน 2560, จาก [http://www.thaincd.com/
document/file/info/non-communicable-/ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ.2559](http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-/ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ.2559)
- กัญญา จันทร์ใจ. (2553). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรค
เอสแอล อี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คเชนทร์ ชนะชัย. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง
ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลน้ำเกลือยง อำเภอน้ำเกลือยง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัย
และพัฒนาระบบสุขภาพ, 8(2), 287-291.*
- จุฑามาศ เบ้าคำทอง. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์
อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ป่วยเป็นวัณโรคร่วมกับด้วย จังหวัด
นครพนม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เจนจิรา ตันติวิชญวานิช, และรังสิมา ไชยาสุ. (2556). *การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ใช้ยา
วาร์ฟารินของโรงพยาบาลปัตตานี. วารสารเภสัชกรรมไทย, 5(2), 108-119.*
- ญาดา เรียมริมมะดัน, และพงษ์ณวัฒน์ สมบัติภูธร. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม
การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัด
ฉะเชิงเทรา. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 19(1), 132-144.*
- ฐิติกานต์ กาลเทศ, และนรลักษ์ณ์ เลือกกิจ. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการ
รับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนกฤต มงคลชัยภักดี, สุภาทิพย์ พิชญไพบุลย์, และอลิศรา แสงวิรุณ. (2558). *ศึกษาปัจจัยที่มีผล
ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ.
วารสารเภสัชกรรมไทย, 7(1), 47-59.*
- ธมนพรพรช บุญเจริญ. (2558). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในทหารที่เป็นโรคความ
ดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 29(3), 50-64.*
- บุญชม ศรีสะอาด. (2551). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

- บุษบา จินดาวิจักษณ์. (2554). Cytochrome P450. ใน บุษบา จินดาวิจักษณ์, สุวัฒน์นา
 จุฬารัตน์ สรวลเสน่ห์, ลักษณ์า สุวรรณน้อย, วิทยา วิจิตรเนาวรัตน์, พิษญา
 ดิลกพัฒน์มงคล, และศยามล สุขษา (บ.ก.), *Review and update on drug
 Interactions* (น. 1-5). กรุงเทพฯ: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกายรัตน์ สุวรรณ, และอมรวิทย์วิเศษสงวน. (2556). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม
 SPSS เวอร์ชัน 20*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- ปัทมา สุพรรณกุล. (2557). *การวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยด้านสาธารณสุขด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป
 SPSS จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย.
- พรพิมล จิตธรรมมา, ธมลวรรณ โคกยาว, อัญชุลี พาดี, และกนกกาญจน์ บุญประคม. (2553).
*ศึกษาพฤติกรรมกรรมการกัญชาของผู้ป่วยวัณโรค กรณีศึกษาอำเภอโนนสะอาด จังหวัด
 อุดรธานี*. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.
- พัทยา หวังสุข, ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ, และพยอม สุขเอนกนันท์. (2557). การประเมินโครงการ
 เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยใช้ยาแอสไพรินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปทุม
 ราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ โดย CIPP. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 6(2), 92-105.
- มันติวีร์ นิมาพรพันธุ์. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยนอกที่ได้รับ
 การรักษาด้วยยาแอสไพริน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญา
 มหบัณฑิต)*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันวิภา เทพารักษ์. (2550). *การบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกที่มีการควบคุมการรักษาของยาแอสไพริน
 ไม่คงที่ ณ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญา
 มหบัณฑิต)*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิลาสินี ไชยกลาง. (2557). *ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยนอกที่ใช้ยาแอสไพริน โรงพยาบาล
 ลำพูน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์. (2546). ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด. ใน จุฑามณี สุทธิศรีสังข์ และรัชณี
 เมฆมณี (บ.ก.), *เภสัชวิทยา เล่ม 1* (น. 420-429). กรุงเทพฯ: นิเวศมิตรการพิมพ์.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2553). *แนวทางการรักษาผู้ป่วย
 ด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน*. สืบค้น 12 มิถุนายน 2560, จาก
www.thaiheart.org/images/column_1292154183/warfarin_Guideline%281%29.pdf

- สาวิตรี ทองอารมณ์. (2555). *ความชุกการเกิดอาการไม่พึงประสงค์และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกจากการใช้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยภาคใต้ของไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุนี เลิศสินอุดม, ผันสุ ชุมวรฐายี, และอารมณ์ ไชยาคำ. (2553). การทบทวนการใช้ยาแอสไพรินใน หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 25(1), 6 -13.
- สุรกิจ นาทีสุวรรณ. (2554). Principle in the management of oral anticoagulant. ใน เล็ก รุ่งเรืองยิ่งยศ, และกฤตติการ ตัญญาแสนสุข (บ.ก.), *Advance in Pharmaceutical care and Pharmacotherapeutic* (น. 11-12). กรุงเทพฯ: นิวไทยมิตรการพิมพ์.
- อัญชลี ชูติธ. (2556). ศึกษาพฤติกรรมการเกาะติดยาของกลุ่มผู้ใช้บริการโรคเรื้อรังปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการเกาะติดยา. *วารสารพยาบาลสหภาพชาติไทย*, 6(2), 25-34 .
- อิสริย์กร สุศรีสกุล. (2555). *ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Ababneh, M. A., Al-Azzam, S. I., Alzoubi, K. H., & Rababa'h, A. M. (2016). Adherence in outpatients taking warfarin and its effect on anticoagulation control in Jordan. *Int J Clin Pharm*, 38(4), 816-821.
- Ansell, J., Hirsh, J., Hylek, E., Jacobson, A., Crowther, M., & Palareti, G. (2008). Pharmacology and management of the vitamin K antagonists. American College of Chest Physicians Evidence - based clinical practice guidelines (8th ed.). *NCBI J*, 133(6), 160S-198S.
- Cobb, S. (1976). *This week's citation classic. Social support as a moderator of life stress*. Retrieved June 30, 2016, from <http://garfield.library.upenn.edu/classics1985/A1985ABM0600001.pdf>
- Haines, S. T., & Edith, A. N. (2008). Venous thromboembolism. In Marie, A. C., Barbara, G. W., Terry, L. S., Patrick, M. M., Jill, M. K., John, C. R., & Joseph, T. D. (Eds.), *Pharmacotherapy principles & practice: Edited by Chisholm-Burns* (p. 157). New York: McGraw-Hill.
- House, J., S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.

- Jame, S. (1985). *This Week's Citation Classic. Social Support and Social Structure*. Retrieved June 30, 2016, from https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/45658/11206_2005_Article_BF01107897.pdf?sequence=1
- Linda, J. T. M., David, W. S., Nihaya, A., & Robyn, D. G. (2016). Predictors of warfarin non-adherence in younger adult after valve replacement surgery in the South Pacific. *Heart Asia*, 8(2), 18-23.
- Mayet, P. (2016). Adherence to warfarin therapy and its impact on anticoagulation control. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 24(1), 29-34.
- Pender, N. J. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- World Heart Federation. (2017). *World Heart Day*. Retrieved June 12, 2017, from <http://www.indiacelebrating.com/events/world-heart-day>
- Zhao, S., Zhao, H., Wang, X., Gao, C., Qin, Y., Cai, H., Chen, B., & Cao, J. (2017). Factors influencing medication knowledge and beliefs on warfarin adherence among patients with atrial fibrillation in China. *Patient Prefer Adherence*, 9(11), 213-220.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยรัตนโกสินทร์



แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษาของ
ผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟารินในจังหวัดสุโขทัย

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอาร์ฟารินตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟารินในจังหวัดสุโขทัย กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงมากที่สุด ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านกรุณากรอกแบบสอบถาม ดังนี้

แบบสอบถามแบ่งเป็น 8 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	8	ข้อ
ส่วนที่ 2	ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอาร์ฟาริน	จำนวน	11	ข้อ
ส่วนที่ 3	การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ยาอาร์ฟาริน	จำนวน	4	ข้อ
ส่วนที่ 4	การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาอาร์ฟาริน	จำนวน	5	ข้อ
ส่วนที่ 5	การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาอาร์ฟาริน	จำนวน	4	ข้อ
ส่วนที่ 6	การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาอาร์ฟาริน	จำนวน	5	ข้อ
ส่วนที่ 7	แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	9	ข้อ
ส่วนที่ 8	พฤติกรรมการรับประทานยา	จำนวน	15	ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย (/) ลงใน วงเล็บหน้าข้อความเพียงตัวเลือกเดียว และเติมคำลงในช่องว่าง ให้ตรงกับข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ () หญิง () ชาย
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
 () ปริญญาตรี () อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. อาชีพ () รับราชการ () รับจ้าง () ค้าขาย
 () พ่อบ้าน/แม่บ้าน () เกษตรกรรม
 () อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้ต่อเดือนของครอบครัวของท่าน.....บาท
7. ระยะเวลาที่ได้รับยาตัวฟาริน.....ปี
8. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น
 () โรคเอดส์ () โรคตับ
 () โรคเบาหวาน () โรคไต
 () โรคความดันโลหิตสูง () โรคหลอดเลือดสมอง
 () โรคมะเร็ง () โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 () โรคอื่นๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อตรงที่ท่านมีความรู้ในการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1. ยารักษาโรคเป็นยาที่ใช้ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในระบบไหลเวียนของเลือด			
2. ท่านจะต้องรับประทานยารักษาโรคนานวันละ 1 ครั้ง ในเวลาที่ใกล้เคียงกันของแต่ละวัน			
3. กรณีที่ลืมรับประทานยารักษาโรคภายใน 12 ชั่วโมงให้รับประทานยาทันทีที่นึกได้ในขนาดยาเท่าเดิม			
4. เมื่อมีเลือดออกผิดปกติ เช่น เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะหรืออุจจาระเป็นเลือด มีรอยช้ำตามตัวเป็นจ้ำๆ ประจำเดือนออกมากผิดปกติ ไอบเป็นเลือด ท่านจะต้องหยุดยาทันทีและรีบมาพบแพทย์โดยไม่ต้องรอรอบตามนัด			
5. ขณะรับประทานยารักษาโรคผู้ป่วยไม่ควรรับประทานอาหารที่มีวิตามินเคสูง เช่น ตับ ผักใบเขียว ไข่แดง			
6. ขณะรับประทานยารักษาโรคผู้ป่วยไม่ควรรับประทานอาหารเสริมหรืออาหารสมุนไพรบางชนิด เช่น โสม ขิง เปาะถัวย กระเทียม			
7. ขณะรับประทานยารักษาโรคผู้ป่วยไม่ควรรับประทานเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์			
8. ขณะรับประทานยารักษาโรคผู้ป่วยไม่ควรรับประทานยาแอสไพรินหรือยาแก้ปวดที่มีส่วนผสมของยาแอสไพริน			
9. ยาแก้ปวดโรคข้อ ยากันชักและยาฆ่าเชื้อมีผลต่อระดับการเปลี่ยนแปลงของระดับยารักษาโรค			
10. ยาสมุนไพร ยาหม้อ ยาลูกกลอนหรือยาแผนโบราณ มีผลต่อระดับยารักษาโรค			
11. ท่านจำเป็นจะต้องนำบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคเมื่อไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาลอื่นให้แพทย์หรือทันตแพทย์ดู			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของการใช้ยาแวกซ์ฟาริน
คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามที่ถามถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพ โดยผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้เพียงข้อเดียวซึ่งตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องด้านขวามือ ซึ่งคิดว่าตรงกับตัวท่าน

ข้อความ	การรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาแวกซ์ฟาริน				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ถ้าไม่ได้รับประทานยาแวกซ์ฟารินจะมีโอกาสเกิดลิ้มเลือดอุดตัน					
2. ถ้าไม่ได้รับประทานยาแวกซ์ฟารินจะมีโอกาสเลือดออกผิดปกติ					
3. หากท่านรับประทานยาไม่สม่ำเสมอค่าความแข็งตัวของเลือดจะไม่อยู่ในเป้าหมาย					
4. การรับประทานยาแวกซ์ฟารินช่วยลดการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติหรือลิ้มเลือดอุดตัน					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาอาร์ฟาริน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามที่ถามถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาอาร์ฟาริน โดยผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องด้านขวามือ ซึ่งคิดว่าตรงกับตัวท่าน

ข้อความ	การรับรู้ความรุนแรงของการใช้ยาอาร์ฟาริน				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. การไม่รับประทานยาอาร์ฟารินตามที่แพทย์สั่งอาจเกิดภาวะเลือดลิ่มเลือดอุดตันที่สมองทำให้เป็นอัมพาตและเสียชีวิตได้					
2. การรับประทานยาอาร์ฟารินเกินขนาดที่แพทย์สั่งอาจเกิดภาวะเลือดออกที่สมองทำให้เป็นอัมพาตและเสียชีวิตได้					
3. การไม่รับประทานยาอาร์ฟารินตามที่แพทย์สั่งอาจเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดทำให้หายใจเหนื่อยหอบอย่างเฉียบพลันและเสียชีวิตได้					
4. การรับประทานยาอาร์ฟารินเกินขนาดที่แพทย์สั่งอาจเกิดภาวะเลือดออกภายในอวัยวะต่างๆ ทำให้เสียชีวิตกระทันหันได้					
5. ถ้าควบคุมระดับค่าความแข็งตัวของเลือดให้อยู่ในเป้าหมายไม่ได้ ท่านจะเป็นอัมพาตหรือเสียชีวิต					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาฉวีวารัฟาริน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามที่ถามถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาฉวีวารัฟาริน โดยผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องด้านขวามือ ซึ่งคิดว่าตรงกับตัวท่าน

ข้อความ	การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาฉวีวารัฟาริน				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. การรับประทานยาฉวีวารัฟารินตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอสามารถควบคุมค่าความแข็งตัวของเลือดให้อยู่ในเป้าหมายได้					
2. ยาฉวีวารัฟารินเป็นยาที่มีประโยชน์แม้ต้องรับประทานติดต่อกันเป็นเวลานาน					
3. การรับประทานยาฉวีวารัฟารินป้องกันไม่ให้เสียชีวิตจากภาวะเลือดออกหรือภาวะลิ่มเลือดอุดตัน					
4. การรับประทานยาฉวีวารัฟารินป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกหรือภาวะลิ่มเลือดอุดตัน					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาตัวฟ้าริน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามที่ถามถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาตัวฟ้าริน โดยผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้เพียงข้อเดียวซึ่งตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องด้านขวามือ ซึ่งคิดว่าตรงกับตัวท่าน

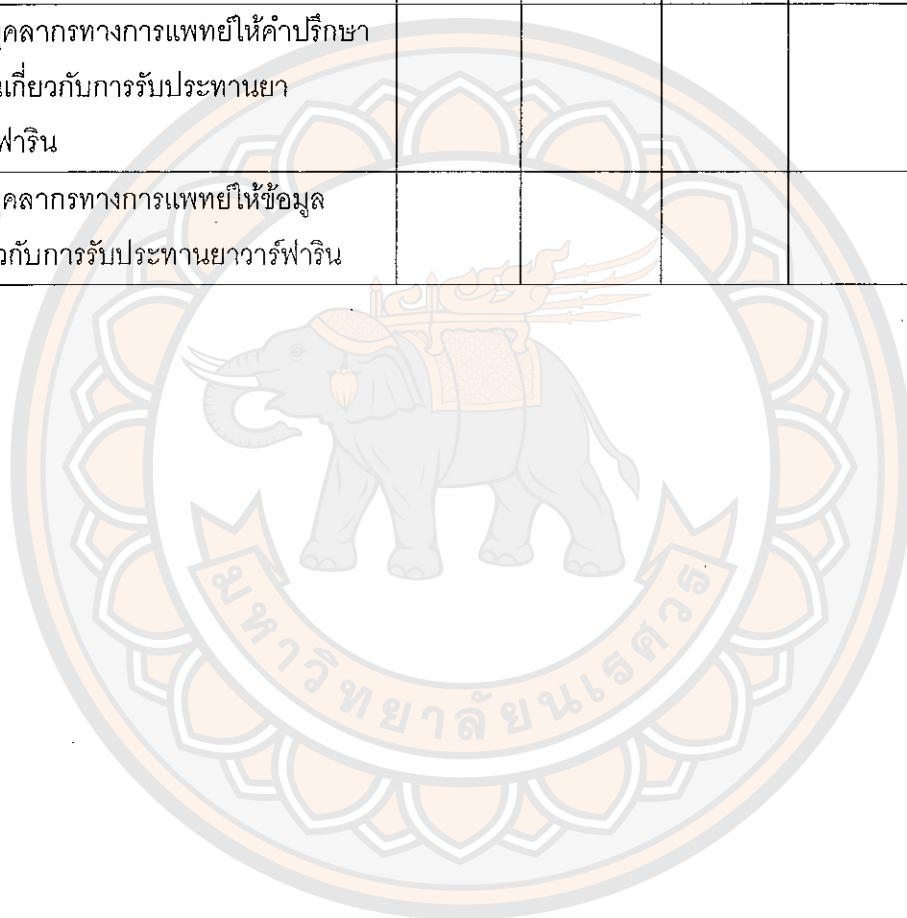
ข้อความ	การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาตัวฟ้าริน				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. การรับประทานยาตัวฟ้ารินเป็นสิ่ง ยุ่งยาก					
2. การปรับวิธีการรับประทานยาตัวฟ้าริน บ่อยครั้งทำให้เกิดความสับสนในการ รับประทานยา					
3. การรับประทานยาตัวฟ้ารินในขนาดที่ ต่างกันในแต่ละวันทำให้เกิดความสับสน					
4. การรับประทานยาตัวฟ้ารินทำให้ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย					
5. การรับประทานยาตัวฟ้ารินติดต่อกันเป็น เวลานานทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย					

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามที่ถามเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ให้ท่านสำรวจและประเมิน โดยผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้เพียงข้อเดียวซึ่งตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องด้านขวามือ ซึ่งคิดว่าตรงกับตัวท่าน

ข้อความ	แรงสนับสนุนทางสังคม				
	ไม่เป็นจริง	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงมาก	เป็นจริงมากที่สุด
1. คนในครอบครัวคอยเตือนให้รับประทานยารักษาโรคอย่างสม่ำเสมอ ไม่ขาดหรือหยุดยาเอง					
2. ท่านได้รับการเห็นใจ กำลังใจและความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวเมื่อท่านเกิดความท้อแท้และเบื่อหน่ายเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย					
3. เมื่อท่านปฏิบัติตัวหรือทำกิจกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องท่านจะได้รับคำตักเตือนจากคนในครอบครัว					
4. คนในครอบครัวคอยเตือนให้สังเกตอาการแพ้ยาหรืออาการผิดปกติจากการใช้ยารักษาโรค					
5. คนในครอบครัวให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าเดินทางมาพบแพทย์					
6. ท่านได้รับการชมเชยจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์เมื่อท่านมีพฤติกรรมกรรมการใช้ยารักษาโรคได้ถูกต้อง					

ข้อความ	แรงสนับสนุนทางสังคม				
	ไม่เป็นจริง	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงมาก	เป็นจริงมากที่สุด
7. มีบุคลากรทางการแพทย์ติดตามเยี่ยมบ้านท่านเพื่อดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรค					
8. บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษาท่านเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรค					
9. บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรค					



ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาอาร์ฟาริน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยา เป็นข้อความที่บรรยายถึงการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาของแต่ละบุคคล โปรดพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อตรงกับกรปฏิบัติของท่านบ่อยเพียงใดแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องด้านขวามือ ซึ่งคิดว่าตรงกับตัวท่าน

ข้อความ	การปฏิบัติ				
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านตรวจสอบชื่อ - สกุล จากฉลากหน้าของยาก่อนรับประทานยาแต่ละครั้ง					
2. ท่านอ่านวิธีการรับประทานยาจากฉลากหน้าของยาก่อนรับประทานยาแต่ละครั้ง					
3. ท่านจะทำการสังเกตว่ายาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุก่อนนำมารับประทาน					
4. ท่านรับประทานยาอาร์ฟารินตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง					
5. ท่านงดรับประทานผักใบเขียว เพื่อลดภาวะวิตามินเคในเลือดสูง ตามคำแนะนำของแพทย์					
6. ท่านสามารถบอกได้ว่าตนเองกำลังรับประทานยาอาร์ฟารินขนาดกี่มิลลิกรัม					
7. ท่านนำยาอาร์ฟารินของผู้อื่นมารับประทาน					
8. ท่านปรับขนาดยาอาร์ฟารินด้วยตนเอง เช่น เพิ่มขนาดยา					
9. ท่านสังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น มีจ้ำเลือดตามตัว เลือดออกตามไรฟัน					

ข้อความ	การปฏิบัติ				
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
10. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันอันตรายหรืออาการข้างเคียงของยาแวนิลาฟาริน					
11. ท่านทำสัญลักษณ์หรือปฏิทินกำกับเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยาแวนิลาฟาริน					
12. ท่านรับประทานยาเพิ่มหรือลดจากที่แพทย์สั่ง เพื่อหวังให้ระดับค่าความแข็งตัวของเลือดอยู่ในเป้าหมาย					
13. ท่านเก็บรักษายาไว้ในตู้ยาหรือเก็บไว้ในที่สะอาด แห้งและอากาศถ่ายเทสะดวก และให้พ้นแสงแดดส่องถึง					
14. หากท่านลืมรับประทานยาแวนิลาฟารินไม่เกิน 12 ชั่วโมงท่านจะรับประทานยาทันทีได้ในจำนวนเท่าเดิม					
15. ท่านหยุดรับประทานยาแวนิลาฟารินเองเมื่อมีอาการข้างเคียง เช่น จำเลือดตามตัว เลือดออกตามไรฟัน อุจจาระเป็นสีดำ เป็นต้น					

ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. ดร.ภก.วีรพงษ์ ภูมิประพัทธ์ เกษัตริ์กรชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย
2. ดร.บัวพลอย พรหมแจ้ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย
3. ภญ.วิลาสินี มากจ้อย เกษัตริ์กรชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย



ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์

COA No. 097/2018

IRB No. 0053/61



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
NARESUAN UNIVERSITY INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
99 หมู่ 9 ตำบลท่าไร่ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาว่ารีนตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาว่ารีนในจังหวัดสุโขทัย
Study Title : Factors influencing drug warfarin behavior of patients taking medication warfarin in sukhothal.
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวคนันพร คัมภีรทอง
Principal Investigator : Miss Kanumporn Kumpeerapoj
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 มกราคม 2561
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 มกราคม 2561
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 มกราคม 2561
4. AF 04-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 มีนาคม 2561
5. AF 05-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 มีนาคม 2561
6. รูปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 มีนาคม 2561
7. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 มีนาคม 2561
8. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 26 มกราคม 2561
9. งบประมาณที่ได้รับโดยย่อ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 26 มกราคม 2561
10. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 26 มกราคม 2561

ลงนาม

(นายแพทย์สมบูรณ์ ตันสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 11 มีนาคม 2561
Date of Approval : March 11, 2018
วันหมดอายุ : 11 มีนาคม 2562
Approval Expire Date : March 11, 2019

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)