

ผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ยาที่ใช้และการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วรณูช แสงเจริญ^{1*}, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต², สุทธิพร ภัทรชยากุล¹, เกียรติศักดิ์ ญัฐธนพงศ์³, จารุวี กาญจนศิริธำรง³,
รวีวรรณ อรุณพันธ์⁴ และ ไพลดดา วิมลกาญจน⁴

¹ ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

³ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสงขลา

⁴ ขณะดำเนินการวิจัย มีสถานะเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 5 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

* Corresponding author: woranuch.s@psu.ac.th, woranuch@pharmacy.psu.ac.th

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับความรู้ในเรื่องโรค ยาที่ใช้และการปฏิบัติตัวในโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และอีก 1 เดือนหลังจากนั้น **วิธีการศึกษา:** ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 143 คน (ช่วงอายุ 36 - 96 ปี) ซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลา แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในการศึกษาที่มีการให้ความรู้ในเรื่องพยาธิสภาพของโรค สาเหตุ อาการ การช้ยาและการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยใช้เอกสารแผ่นพับและรูปภาพประกอบการอธิบายเป็นเวลา 15 นาที ประเมินความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้ความรู้และอีก 1 เดือนหลังจากนั้น **ผลการศึกษา:** พบว่าก่อนการให้ความรู้ ผู้ป่วย (จำนวน 143 คน) มีคะแนนความรู้รวมทางด้านพยาธิสภาพของโรค สาเหตุ อาการ การช้ยาและการปฏิบัติตัวเฉลี่ย 24.75 ± 4.57 (คะแนนเต็ม 37 คะแนน) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ดีในเรื่องการปฏิบัติตัว (คะแนนเฉลี่ย 10.60 ± 1.62 จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน) แต่มีความรู้ในเรื่องอาการของโรคและการช้ยาในระดับปานกลาง (คะแนนความรู้ทางด้านอาการของโรค 2.64 ± 1.12 จากคะแนนเต็ม 5 และด้านการช้ยาเป็น 4.09 ± 1.69 จากคะแนนเต็ม 8) หลังจากการให้ความรู้ทันทีพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 32.32 ± 3.35 เพิ่มขึ้นจากก่อนการให้ความรู้ร้อยละ 30 ($P < 0.05$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นในทุกหมวดความรู้ ($P < 0.001$) ซึ่งผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ด้านการช้ยามากกว่าด้านอื่น ๆ และอีก 1 เดือนหลังจากนั้นพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 26.50 ± 4.65 (จำนวนผู้ป่วย 117 คน) ซึ่งลดลงจากหลังการได้รับความรู้ทันทีร้อยละ 18 ($P < 0.001$) โดยหมวดที่มีความรู้ลดลงมากที่สุด คือหมวดการช้ยา อย่างไรก็ตาม คะแนนเฉลี่ยนี้สูงกว่าก่อนการได้รับความรู้ร้อยละ 7 ($P = 0.035$) **สรุป:** การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้วยการอธิบาย โดยใช้เอกสารแผ่นพับและรูปภาพประกอบ มีผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่เมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือนความรู้โดยรวมของผู้ป่วยลดลง จึงควรพัฒนาวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและคงอยู่ได้นาน

คำสำคัญ: ความรู้, โรค, ยา, ปฏิบัติตัว, โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

Thai Pharm Health Sci J 2009;4(2):193-201[§]

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome; ACS) เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงหลอดเลือดโคโรนารีอย่างเฉียบพลัน เป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกรวมทั้งประเทศไทย จากการ

สำรวจตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2545 ถึงเดือนตุลาคม 2549 มีจำนวนผู้ป่วยโรคนี้ 9,373 ราย โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่งผลให้อัตราการป่วยสูงและผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.7 วัน อัตราการเกิดโรคซ้ำและต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลมีประมาณร้อยละ 38 ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย

[§] 14th year of Srinakharinwirot Journal of Pharmaceutical Science

ที่สุด คือ ภาวะหัวใจล้มเหลว โดยพบถึงร้อยละ 45.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด รวมทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อให้เกิดอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยร้อยละ 12.6^{1,2} นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก จากข้อมูลของโรงพยาบาลรามารัตติซึ่งสำรวจในช่วงเดือนสิงหาคม 2545 ถึงธันวาคม 2546 พบว่าค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลเฉพาะในปีแรกของการมีภาวะหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงถึง 70,778,900 บาท²

โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอัตราการกลับเป็นซ้ำและอัตราการเสียชีวิตสูง โดยเฉพาะผู้ที่ขาดความรู้ทางด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะเพิ่มอัตราการป่วยและต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล^{3,4} หากผู้ป่วยมีความรู้ที่ดีในเรื่องโรค ยาที่ใช้และการปฏิบัติตัว และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงมีการใช้ยาที่ถูกต้อง⁵ จะสามารถควบคุมโรค ป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตได้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เพิ่มขึ้นจากการได้รับความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้อง ทำให้อัตราการป่วยที่ต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลลดลง⁶

มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค^{7,8} แต่ยังไม่มีการศึกษาใดที่เน้นการให้ความรู้ครอบคลุมทั้งโรค สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง อาการของโรค การใช้ยาและการปฏิบัติตัว รวมทั้งการติดตามผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย อีกทั้งวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจากการศึกษาในอดีตมีหลายรูปแบบได้แก่ การใช้สื่อวีดิทัศน์ (VDO) CD-ROM หรือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์และการส่งเอกสารให้แก่ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ เป็นต้น^{7,9,10} ถึงแม้ว่าวิธีการเหล่านี้ จะสามารถทำให้ความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้ แต่มีข้อเสีย คือต้องเสียค่าใช้จ่ายและเวลาในการผลิตสื่อมาก ดังนั้นในการศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครบทั้งเรื่องพยาธิสภาพ สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง อาการของโรค การใช้ยาที่ถูกต้องและค่าเตือน ชนิดของอาหารที่ควรบริโภคและการปฏิบัติตัวอื่น ๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ โดยการใช้ออกสารแผ่นพับและรูปภาพประกอบการอธิบายให้ความรู้ และมีการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้ความรู้ และในเวลาอีก 1 เดือนหลังจากนั้น ผลการวิจัยจะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการพัฒนาวิธีให้ความรู้ที่สามารถทำให้ความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและคงทนเป็นเวลานาน

ในการศึกษานี้ โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome; ACS) หมายถึง โรคที่มีการขาดเลือดไปเลี้ยงหลอดเลือดโคโรนารีอย่างเฉียบพลัน โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดหัวใจมีการเสื่อมสภาพหรือแข็งตัว (atherosclerosis) แล้วเกิดการแตกหรือฉีกขาดของผนังด้านในของหลอดเลือด มีผลกระตุ้นการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดและระบบการแข็งตัวของเลือด ทำให้มีลิ่มเลือดเกิดขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือด โคโรนารีเกิดการอุดตัน จึงขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ¹¹ โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experiment) เป็นการประเมินความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนและหลังให้ความรู้ โดยกลุ่มตัวอย่างมาจากการเลือกสุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสงขลาในแผนกผู้ป่วยนอก รวมทั้งผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) แผนกอายุรกรรมชายและแผนกอายุรกรรมหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะตั้งครรภ์สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เป็นอย่างดี จากการคำนวณขนาดตัวอย่างพบว่าการศึกษาควรใช้จำนวนผู้ป่วยอย่างน้อย 38 คน ซึ่งคำนวณได้จากสูตร¹²

$$N = \frac{[Z_{\alpha} + Z_{\beta}]^2}{d} S_d^2$$

โดย N คือ ขนาดตัวอย่าง Z_{α} มีค่า 1.96 เมื่อค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 คือ 0.05 Z_{β} มีค่า 0.84 เมื่อค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เท่ากับ 0.20 ส่วน d คือ ขนาดของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่วัดสองครั้งที่ต้องการคือ 3 และ S_d^2 คือ ค่าความแปรปรวนของความแตกต่างระหว่างค่าสังเกตสองค่าจากการวัดสองครั้ง คำนวณจากสูตร pooled variance ดังนี้

$$S_d^2 = S_1^2 + S_2^2 - 2 r S_1 S_2$$

ซึ่ง S_1 คือ ค่าความแปรปรวนของค่าสังเกตได้จากการวัดครั้งแรก S_2 คือค่าความแปรปรวนของค่าสังเกตได้จากการวัดครั้งที่สอง r เป็นค่าสัมประสิทธิ์ของความสัมพันธ์ระหว่างค่าที่วัดสองครั้งและกำหนดให้มีค่าเป็น 0 ทั้งนี้ จากการศึกษาสำรองของงานวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยตอบคำถามถูกต้องและได้

คะแนนเฉลี่ย 22.75 ± 4.63 จากทั้งหมด 38 คะแนน เมื่อแทนค่าในสูตรข้างต้นได้ค่า S_d^2 เท่ากับ 42.87 และค่าขนาดตัวอย่าง (N) เท่ากับ 38 แต่ในการเก็บข้อมูลจริงใช้ตัวอย่างผู้ป่วยอย่างน้อย 100 คน โดยเกณฑ์คัดผู้ป่วยจากการวิจัย คือ ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี หรือผู้ป่วยตั้งครรภ์ การศึกษานี้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 19 เมษายน ถึง 30 ตุลาคม 2551

เครื่องมือของการวิจัยเป็นแบบสอบถาม โดยสร้างข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม คำถามที่ใช้ในเครื่องมือวัดความรู้ในโรคดังกล่าวมีจำนวนทั้งสิ้น 40 ข้อ จำแนกเนื้อหาได้เป็น 3 ส่วน คือ 1) พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุและอาการของโรค หลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 17 ข้อ 2) ยาที่ใช้รักษาและป้องกันโรคจำนวน 11 ข้อ และ 3) การปฏิบัติตัวจำนวน 12 ข้อ โดยรูปแบบการตอบคำถามเป็นการให้ผู้ป่วยเลือกตอบด้วยตนเอง ลักษณะตัวเลือกเป็น “ถูก” “ผิด” และ “ไม่ทราบ” การให้คะแนนเป็นแบบ 0 กับ 1 หากตอบถูกต้องจะได้ 1 คะแนน หากตอบผิดหรือตอบว่า “ไม่ทราบ” จะได้ 0 คะแนน

แบบสอบถามความรู้นี้ได้รับการทดสอบตามขั้นตอนดังขั้นตอนการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จำนวน 3 ท่าน และแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจจำนวน 1 ท่าน เมื่อแก้ไขและปรับปรุงเนื้อหาแล้ว ได้ทดสอบเครื่องมือขั้นต้น เป็นการทดสอบความถูกต้องชัดเจนของภาษาของข้อคำถาม โดยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 3 คนที่มีลักษณะเช่นเดียวกับตัวอย่างที่กล่าวมาข้างต้น ทำการทดสอบความเข้าใจข้อคำถาม และความยากง่ายและชัดเจนของภาษา โดยให้ผู้ตอบอ่านออกเสียงและแปลความหมายคำถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ป่วยได้แนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามความรู้ที่ได้ไปทดสอบความเที่ยงในการศึกษานำร่อง โดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีลักษณะเช่นเดียวกับตัวอย่างจำนวน 32 คน เมื่อทดสอบความเที่ยงแบบ internal consistency พบว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Kuder-Richardson coefficient เท่ากับ 0.73) และปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามอีกครั้งก่อนนำไปใช้กับตัวอย่างต่อไป

ในกระบวนการให้ความรู้แก่ตัวอย่างผู้ป่วยนั้น มีการเตรียมเอกสารให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ช่วยวิจัยดังนี้ ในการเตรียมเอกสารแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้น เนื้อหาของเอกสารแผ่นพับได้จากการทบทวนวรรณกรรมและข้อ

คำถามจากแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบทุกขั้นตอนแล้ว โดยจำแนกเนื้อหาออกเป็นส่วนของพยาธิสรีรวิทยา สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการ ยาที่ใช้รักษา และการปฏิบัติตัวรวมทั้งการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง จากนั้นทดสอบเอกสารแผ่นพับตามขั้นตอนดังนี้ 1) ทดสอบความถูกต้องชัดเจนของภาษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 3 คน ซึ่งผ่านเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเช่นเดียวกับตัวอย่าง เพื่อทดสอบความเข้าใจและความยากง่ายของภาษา โดยให้ผู้ป่วยอ่านและบอกเล่าเนื้อหาของแผ่นพับให้ผู้วิจัยฟัง จากนั้นนำข้อค้นพบมาปรับปรุงแก้ไขแผ่นพับแล้วนำแผ่นพับมาทดสอบทางด้านความถูกต้องชัดเจนของภาษาอีกครั้งในผู้ป่วยอีก 3 คน จากนั้นปรับปรุงแก้ไขแผ่นพับครั้งสุดท้ายก่อนนำไปใช้กับตัวอย่าง

ในการเตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยนั้น ได้เลือกนักศึกษาเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 5 จำนวน 2 คน แล้วฝึกการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยผู้ช่วยวิจัยต้องผ่านการฝึกอธิบายเนื้อหาตามเอกสารแผ่นพับและรูปภาพ ตามวิธีที่กำหนดและเป็นไปในทางเดียวกันจนชำนาญ

จากนั้นดำเนินการศึกษาดังนี้ 1) ประเมินความรู้ของผู้ป่วยในเรื่องพยาธิสภาพ สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง อาการของโรค การเข้ายาที่ถูกต้องและค่าเตือน ชนิดของอาหารที่ควรบริโภค และการปฏิบัติตัวอื่น ๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ก่อนการให้ความรู้ (ประเมินความรู้ครั้งที่ 1) ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที หากผู้ป่วยมองเห็นไม่ชัดเจน ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามในแบบสอบถามให้ฟังและให้ผู้ช่วยตอบข้อคำถามนั่นเอง 2) ผู้ช่วยวิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยใช้เวลาประมาณ 15 นาที โดยใช้รูปภาพและเอกสารแผ่นพับประกอบการอธิบาย หลังจากการให้ความรู้เสร็จสิ้น ทำการประเมินความรู้ของผู้ป่วยอีกครั้ง (ครั้งที่ 2) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที 3) อีก 1 เดือนหลังจากนั้น ประเมินความรู้ของผู้ป่วยอีกครั้ง (ครั้งที่ 3) โดยส่งแบบสอบถามถึงผู้ป่วยทางไปรษณีย์ พร้อมแนบซองใส่แบบสอบถามจำหน่ายถึงผู้วิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอผลการทดสอบความรู้เรื่องโรค ยาที่ใช้และการปฏิบัติตัว แสดงในรูปความถี่และร้อยละ ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยในภาพรวมและแต่ละด้าน ก่อนและ

หลังการได้รับความรู้ และอีก 1 เดือนหลังจากนั้น ใช้ two-way ANOVA กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)

ผลการศึกษา

จากการประเมินความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลก่อนและหลังการได้รับความรู้ มีจำนวนผู้ป่วย 143 คน และอีก 1 เดือนหลังจากนั้น เมื่อประเมินความรู้โดยส่งแบบสอบถามไปถึงผู้ป่วยทางไปรษณีย์ มีผู้ป่วยที่ส่งแบบสอบถามกลับคืนจำนวนทั้งสิ้น 117 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8 จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.2) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 66.10 ± 11.62 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 67.1) รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 14.0) และระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 9.1) ตามลำดับ ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพมีถึงร้อยละ 58.7 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 56.6) รองลงมา คือโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 46.9) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 25.9) มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยที่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 10.5 และร้อยละ 7.7 ตามลำดับ)

ระดับความรู้ในเรื่องโรค ยาที่ใช้และการปฏิบัติตัว

จากตารางที่ 2 พบว่าก่อนการให้ความรู้ ผู้ป่วยมีพื้นฐานความรู้รวมทั้งเรื่องพยาธิสรีรวิทยาของโรค ปัจจัยเสี่ยงอาการของโรค การเข้ายาและการปฏิบัติตัวโดยมีระดับคะแนนเฉลี่ย 24.75 ± 4.57 (คะแนนเต็ม 37 คะแนน) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ดีในเรื่องการปฏิบัติตัว (คะแนนเฉลี่ย 10.60 ± 1.62 จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน) โดยเฉพาะในประเด็นการเลิกสูบบุหรี่ ลดน้ำหนัก ลดอาหารที่มีไขมันสูง เพิ่มการกินผักและผลไม้ ลดอาหารเค็ม ออกกำลังกายสม่ำเสมอและทำจิตใจให้แจ่มใส ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องอาการของโรคและการเข้ายาปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.64 ± 1.12 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน และ 4.09 ± 1.69 จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน ตามลำดับ) ประเด็นที่ผู้ป่วยเข้าใจผิดมากในเรื่องอาการของโรค คืออาการที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคือเหนื่อยหอบเป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 20 นาที และอาการคลื่นไส้ อาเจียนไม่อาจพบได้จากการเป็นโรคนี้ ส่วนเรื่องการใช้ยา ประเด็นที่ผู้ป่วยเข้าใจผิดมากที่สุด คือ กลไกการออกฤทธิ์ของยาแอสไพริน รองลงมา คือ ผลระคายเคืองกระเพาะอาหารของยาแอสไพริน และการออกฤทธิ์ของยาเพิ่มขึ้นเมื่อ

เคี้ยวยาอมใต้ลิ้น ความรู้ในเรื่องพยาธิสรีรวิทยาของโรคและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยอยู่ในระดับค่อนข้างดี (คะแนนเฉลี่ย 2.29 ± 0.95 จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน และ 5.13 ± 1.70 จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (N = 143)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	79	55.2
หญิง	64	44.8
อายุ (ปี) (mean \pm SD)	66.10 \pm 11.62	
สถานภาพสมรส		
โสด	4	2.8
สมรส	136	95.1
หย่า	3	2.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	20	14.0
ประถมศึกษา	96	67.1
มัธยมศึกษา	13	9.1
อนุปริญญา	6	4.2
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7	4.9
ไม่ตอบ	1	0.7
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	84	58.7
เกษตรกร	17	11.9
ลูกจ้าง	11	7.7
รับราชการ	11	7.7
ค้าขาย	10	7.0
อื่น ๆ	10	7.0
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	84	58.7
1-10,000 บาท	34	23.8
มากกว่า 10,000 บาท	15	10.5
ไม่ตอบ	10	7.0
จำนวนครั้งที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล		
ไม่เคยนอน	93	65.0
นอน 1 ครั้ง	27	18.9
นอนมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป	23	16.1
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	81	56.6
โรคไขมันในเลือดสูง	67	46.9
โรคเบาหวาน	37	25.9
อื่น ๆ	28	19.6
ไม่ตอบ	1	0.7
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	128	89.5
สูบบุหรี่	15	10.5
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	132	92.3
ดื่ม	11	7.7

หลังจากการให้ความรู้ทันทีพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 32.32 ± 3.35 เพิ่มขึ้นจากก่อนการให้ความรู้ร้อยละ 30.6 ($P < 0.001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นในทุกหมวดความรู้ ($P < 0.001$) ซึ่งผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นด้านการใช้ยามากกว่าด้านอื่น ๆ (คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 61.4 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการให้ความรู้) และอีก 1 เดือนหลังจากนั้นพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 26.50 ± 4.65 (จำนวนผู้ป่วย 117 คน) ซึ่งลดลงจากหลังการได้รับความรู้ทันทีร้อยละ 18.0 ($P < 0.001$) โดยเรื่องที่มีความรู้ลดลงมากที่สุด คือเรื่องการใช้ยา รองลงมา คือเรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการของโรค ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับคะแนนความรู้ (ตารางที่ 3) พบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่นอนในโรงพยาบาล การสูบบุหรี่ การดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีผลต่อความรู้ของผู้ป่วย ($P > 0.05$)

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยการอธิบายเป็น รายบุคคลมีรูปภาพและเอกสารแผ่นพับประกอบ ใช้เวลา อธิบายประมาณ 15 นาที ทำให้ความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทันที เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับความรู้ เมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน ความรู้ของผู้ป่วยโดยรวมลดลง แต่มากกว่าก่อนได้รับความรู้

Dhawan และคณะ⁹ รายงานว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) ด้วยการให้ชม วิดิทัศน์ในเรื่องปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษาและการป้องกัน โรคเป็นเวลา 5 นาที มีผลทำให้ความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทันที เช่นเดียวกับงานวิจัยนี้ อย่างไรก็ตาม ไม่ทราบ่วิธีการให้ ความรู้แก่ผู้ป่วยจากงานวิจัยดังกล่าวทำให้ความรู้ของผู้ป่วย อยู่ได้นานหรือไม่ เนื่องจากไม่มีการติดตามผลในระยะยาว จากการศึกษานี้ของ Williams และคณะ⁸ พบว่าการให้ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ (coronary artery) ชมวิดิทัศน์เรื่องปัจจัย เสี่ยงของโรคเป็นเวลา 12 นาที ทำให้ความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทันที และเมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน ความรู้ของผู้ป่วยลดลง แต่ ยังคงมากกว่าก่อนได้รับความรู้ เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษานี้ ครั้งนี้กับงานวิจัยอื่นในประเด็นการให้และวัดความรู้ด้านปัจจัย เสี่ยงของโรค พบว่าในงานวิจัยครั้งนี้ ถึงแม้ความรู้ของผู้ป่วย เพิ่มขึ้นทันทีหลังการได้รับความรู้ แต่เมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน ความรู้ของผู้ป่วยลดลงและไม่แตกต่างจากก่อนได้รับความรู้

แสดงให้เห็นว่าหากใช้ระยะเวลาในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ในช่วง 12 - 15 นาที วิธีการใช้สื่อวิดิทัศน์จะทำให้ความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและอยู่ได้นานกว่าการอธิบายเป็นรายบุคคลโดย มีเอกสารแผ่นพับและรูปภาพประกอบ อาจเนื่องมาจากสื่อวิดิทัศน์มีความน่าสนใจมากกว่าจากการที่มีทั้งภาพเคลื่อนไหว และเสียง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีต^{13,14} ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สนใจสื่อวิดิทัศน์มากกว่าการให้ความรู้โดยการ อธิบายและใช้หนังสือเล่มเล็ก (booklet) ประกอบ

งานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ สามารถทำให้ความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและคงอยู่เป็นเวลานาน ได้แก่ การศึกษาของ Stromberg และคณะ¹⁵ ซึ่งให้ความรู้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวโดยใช้วิดิทัศน์ฉายให้ผู้ป่วยดูเป็น เวลานาน 30 - 45 นาที ในเรื่องโรค อาการและการปฏิบัติตัว มีผลทำให้ความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและอยู่นานถึง 6 เดือนเมื่อ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จากการศึกษาของ Buckley และ คณะ¹⁶ มีวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ การอธิบายเป็นรายบุคคลเป็นเวลานาน 40 - 50 นาที ในเรื่อง โรค ปัจจัยเสี่ยงและอาการ ทำให้ความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและ อยู่นานถึง 12 เดือนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม Lichtman และคณะ⁷ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทางโทรศัพท์ ในเรื่องสาเหตุของการมีระดับโคเลสเตอรอลใน เลือดสูงและวิธีการลดโคเลสเตอรอล เป็นเวลานาน 7 นาที โดยให้เมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว 2 สัปดาห์ 3 เดือน 6 เดือน และ 9 เดือน และมีการส่งเอกสารให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ บ้านเป็นประจำทุกเดือน เมื่อทำการวัดความรู้ที่ 12 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้มีความรู้เพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุม จากการเปรียบเทียบงานวิจัยทั้งสามกับงานวิจัยครั้งนี้ อาจ กล่าวได้ว่าการจะทำให้ความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและอยู่ได้นาน โดยเฉพาะด้านปัจจัยเสี่ยง อาการของโรคและการปฏิบัติตัว ด้วยการให้วิดิทัศน์หรือการอธิบายเป็นรายบุคคลควรใช้เวลา อย่างน้อย 30 นาที หรือหากใช้วิธีการอื่นที่มีเวลาให้ความรู้ น้อยกว่า 30 นาที เช่น การให้ความรู้ทางโทรศัพท์และส่ง เอกสารให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ควรมีการให้ความรู้บ่อยครั้งและ ต่อเนื่องเป็นประจำ ซึ่งการให้ความรู้บ่อยครั้งและต่อเนื่องนี้ จะ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้ จาก การศึกษาของ Huss และคณะ¹⁷ รายงานว่าการให้ความรู้แก่ ผู้ป่วยหลายครั้ง และต่อเนื่องมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของผู้ป่วยมากกว่าการให้ความรู้เพียงครั้งเดียว

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยแยกตามหมวดความรู้และจำนวนผู้ที่ตอบคำถามถูกต้องในแต่ละข้อ

หมวด/ข้อ	จำนวนผู้ที่ตอบคำถามถูกต้อง (ร้อยละ)			
	ครั้งที่ 1*	ครั้งที่ 2 [†]	ครั้งที่ 3 [‡]	P-value
พยาธิสรีรวิทยาของโรค (4 คะแนน) (mean ± SD)	2.29 ± 0.95 ^a	3.29 ± 0.62 ^b	2.71 ± 0.63 ^c	< 0.001
1. โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่สามารถหายเองได้ ถ้าพักผ่อนมากๆ โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยา	92 (64.3)	134 (93.7)	97 (67.8)	
2. โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดจากหลอดเลือดหดตัวมากเกินไปทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ	20 (14.0)	61 (42.7)	14 (9.8)	
3. โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคติดต่อ ดังนั้นผู้ป่วยโรคนี้ไม่ควรอยู่ใกล้ชีวิตคนอื่น	118 (82.5)	139 (97.2)	111 (77.6)	
4. โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดจากหลอดเลือดเสื่อมสภาพและฉีกขาด เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ	97 (67.8)	137 (95.8)	93 (65.0)	
ปัจจัยเสี่ยง (8 คะแนน) (mean ± SD)	5.13 ± 1.70 ^a	7.15 ± 1.41 ^b	5.47 ± 1.62 ^a	< 0.001
5. การมีโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันง่ายขึ้น	101 (70.6)	139 (97.2)	92 (64.3)	
6. โรคเบาหวานไม่มีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	80 (55.9)	122 (85.3)	45 (31.5)	
7. การมีไขมันในเลือดสูงไม่มีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	96 (67.1)	129 (90.2)	80 (55.9)	
8. คนอ้วนหรือคนที่น้ำหนักตัวมากเกินไปทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันง่ายขึ้น	105 (73.4)	134 (93.7)	100 (69.9)	
9. ผู้ชายเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันง่ายกว่าผู้หญิง	47 (32.9)	115 (80.4)	79 (55.2)	
10. โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบได้บ่อยในวัยเด็กและวัยสูงอายุ	67 (46.9)	101 (70.6)	33 (23.1)	
11. การสูบบุหรี่ไม่มีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	106 (74.1)	130 (90.9)	93 (65.0)	
12. คนที่ไม่ค่อยออกกำลังกายเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันง่ายกว่าคนที่ออกกำลังกายเป็นประจำ	131 (91.6)	141 (98.6)	115 (80.4)	
อาการของโรค (5 คะแนน) (mean ± SD)	2.64 ± 1.12 ^a	3.76 ± 0.94 ^b	2.90 ± 1.21 ^a	< 0.001
13. อาการที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคือ เหนื่อยหอบเป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 20 นาที	31 (21.7)	50 (35.0)	16 (11.2)	
14. อาการเจ็บหน้าอกเป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 20 นาที เป็นอาการที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	127 (88.8)	140 (97.9)	105 (73.4)	
15. อาการอื่นที่อาจพบได้จากการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคือเหงื่อออกมาก	85 (59.4)	122 (85.3)	80 (55.9)	
16. เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บร้าวไปที่แขนหรือไหล่	87 (60.8)	131 (91.6)	84 (58.7)	
17. อาการอื่นที่อาจพบได้จากการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคือ คลื่นไส้ อาเจียน	48 (33.6)	95 (66.4)	54 (37.8)	
การใช้ยา (8 คะแนน) (mean ± SD)	4.09 ± 1.69 ^a	6.60 ± 1.23 ^b	4.90 ± 1.65 ^c	< 0.001
18. ยาแอสไพรินไม่มีผลระคายเคืองกระเพาะอาหาร	40 (28.0)	121 (84.6)	71 (49.7)	
19. กินยาแอสไพรินก่อนหรือหลังอาหารก็ได้	87 (60.8)	128 (89.5)	81 (56.6)	
20. ยาแอสไพรินสามารถลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้	74 (51.7)	118 (82.5)	73 (51.0)	
21. ยาแอสไพรินมีการออกฤทธิ์คือ ทำให้ขนาดของหลอดเลือดหัวใจใหญ่ขึ้น	13 (9.1)	49 (34.3)	28 (19.6)	
22. ถ้าลืมกินยาไม่ว่าจะนึกได้ในเวลาใดก็ตาม ไม่ต้องกินยามื้อที่ลืม ให้กินยาในมื้อถัดไปตามปกติ	79 (55.2)	126 (88.1)	44 (30.8)	
23. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก การเคี้ยวยาอมใต้ลิ้นจะทำให้ยาออกฤทธิ์ได้มากกว่าการอมยา	68 (47.6)	123 (86.0)	66 (46.2)	
24. เมื่อมีอาการดีขึ้น จำเป็นต้องใช้ยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง ห้ามหยุดใช้ยาเอง(ยกเว้นยาอมใต้ลิ้น)	130 (90.9)	140 (97.9)	106 (74.1)	
25. ถ้าลืมกินยา ให้รีบกินทันทีที่นึกได้ แต่ถ้านึกได้ในเวลาใกล้กับมื้อถัดไป ไม่ต้องกินยามื้อที่ลืม และให้กินยาในมื้อถัดไปตามปกติ	94 (65.7)	139 (97.2)	107 (74.8)	
การปฏิบัติตัว (12 คะแนน) (mean ± SD)	10.60 ± 1.62 ^a	11.52 ± 1.01 ^b	10.51 ± 1.38 ^a	< 0.001
26. การเลิกสูบบุหรี่	130 (90.9)	140 (97.9)	115 (80.4)	
27. ลดน้ำหนักสำหรับคนอ้วน	130 (90.9)	139 (97.2)	106 (74.1)	
28. เพิ่มการกินอาหารพวกแป้งเช่น ข้าว ขนมปัง	105 (73.4)	135 (94.4)	82 (57.3)	
29. ลดอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมู	134 (93.7)	141 (98.6)	107 (74.8)	
30. ลดอาหารรสเปรี้ยว	91 (63.6)	114 (79.7)	62 (43.4)	
31. เพิ่มการกินอาหารทะเลพวกกุ้งและปลาหมึก	121 (84.6)	137 (95.8)	89 (62.2)	
32. เพิ่มการกินผักและผลไม้	141 (98.6)	142 (99.3)	116 (81.1)	
33. ลดอาหารเค็ม ในคนที่โรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย	137 (95.8)	141 (98.6)	111 (77.6)	
34. ลดอาหารหวาน ในคนที่โรคเบาหวานร่วมด้วย	128 (89.5)	137 (95.8)	110 (76.9)	
35. ลดการกินเนื้อปลาทะเล	122 (85.3)	137 (95.8)	97 (67.8)	
36. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ แต่ไม่หักโหม	139 (97.2)	141 (98.6)	116 (81.1)	
37. ทำจิตใจให้แจ่มใส ไม่เครียด	138 (96.5)	100 (100.0)	116 (81.1)	
คะแนนรวม (37 คะแนน) (mean ± SD)	24.75 ± 4.57^a	32.32 ± 3.35^b	26.50 ± 4.65^c	< 0.001

^{a, b, c} ตัวเลขที่มีอักษรเหมือนกันหมายถึง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05; * N = 143; [†] N = 143; [‡] N = 117

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับคะแนนความรู้

ลักษณะทั่วไป	Mean ± SD			F-value (Degree of freedom)	P-value
	ครั้งที่ 1 (N = 143)	ครั้งที่ 2 (N = 143)	ครั้งที่ 3 (N = 117)		
เพศ					
ชาย (n = 79)	25.06 ± 4.49 ^a	32.71 ± 2.69 ^b	27.13 ± 4.66 ^a	0.138 (1.711)	0.839
หญิง (n = 64)	24.36 ± 4.69 ^a	31.84 ± 3.98 ^b	25.75 ± 4.57 ^a		
อายุ					
≤ 60 ปี (n = 44)	24.58 ± 4.61 ^a	32.10 ± 3.59 ^b	25.73 ± 4.50 ^a	2.758 (1.729)	0.074
> 60 ปี (n = 99)	25.14 ± 4.51 ^a	32.82 ± 2.69 ^b	27.95 ± 4.62 ^c		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน (n = 20)	23.65 ± 4.36 ^a	31.05 ± 4.21 ^b	24.19 ± 4.83 ^a	0.281 (3.386)	0.862
ประถมศึกษา (n = 96)	24.69 ± 4.57 ^a	32.29 ± 2.97 ^b	26.55 ± 4.77 ^a		
ตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป (n = 26)	26.27 ± 4.02 ^a	33.50 ± 3.70 ^b	27.88 ± 3.78 ^a		
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ (n = 84)	24.39 ± 4.70 ^a	31.94 ± 3.18 ^b	25.43 ± 4.49 ^a	1.766 (1.732)	0.178
ประกอบอาชีพ (n = 59)	25.32 ± 4.41 ^a	32.98 ± 3.47 ^b	27.78 ± 4.62 ^c		
จำนวนครั้งที่นอนในโรงพยาบาล					
ไม่เคยนอน (n = 93)	25.28 ± 4.51 ^a	32.84 ± 3.14 ^b	27.08 ± 4.38 ^a	0.058 (1.711)	0.921
เคยนอนตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป (n = 50)	23.76 ± 4.56 ^a	31.36 ± 3.53 ^b	25.28 ± 5.02 ^a		
การสูบบุหรี่					
ไม่สูบ (n = 128)	25.08 ± 4.38 ^a	32.36 ± 3.40 ^b	26.62 ± 4.58 ^a	0.246 (1.708)	0.747
สูบ (n = 15)	21.93 ± 5.31 ^a	32.00 ± 2.90 ^b	25.36 ± 5.33 ^a		
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม (n = 132)	24.64 ± 4.61 ^a	32.24 ± 3.36 ^b	26.53 ± 4.64 ^c	0.445 (1.714)	0.611
ดื่ม (n = 11)	26.00 ± 4.07 ^a	33.27 ± 3.20 ^b	26.18 ± 4.96 ^a		

จากงานวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบดีว่าการขาดการออกกำลังกายและการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 91.6 และ 74.1 ตามลำดับ) แต่การศึกษาของ Jafary และคณะ¹⁸ พบว่าผู้ป่วยในประเทศปากีสถานไม่ถึงร้อยละ 50 ที่ทราบว่าทั้งสองปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยในประเทศไทยมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของโรคดีกว่าผู้ป่วยในประเทศปากีสถาน อาจเนื่องมาจากประชาชนไทยมีความสนใจเรื่องสุขภาพมากกว่า อาจอ่านหนังสือด้านสุขภาพและ/หรือได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อทางโทรทัศน์หรือวิทยุมากกว่า ซึ่งงานวิจัยของ Dracup และ คณะ¹⁹ กล่าวว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ดีจากการได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ นอกจากข้อมูลจากแพทย์และพยาบาล

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องอาการของโรค มีความสำคัญต่อการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล มีหลายการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องอาการของโรคเป็นอย่างดี จะลดระยะเวลาการตัดสินใจไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลา ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

และลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้^{20,21} ผู้ป่วยในงานวิจัยนี้มีความรู้ทางด้านอาการของโรคในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.64 ± 1.12 จากคะแนนเต็ม 5) หลังจากได้รับความรู้พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นทันที แต่เมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือนความรู้ของผู้ป่วยลดลงใกล้เคียงกับก่อนการได้รับความรู้ ดังนั้นในงานวิจัยต่อไปควรมีการพัฒนาวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะทางด้านอาการของโรค

มีหลายงานวิจัยที่รายงานว่า หากผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นในเรื่องโรค อาการของโรค การใช้จ่ายและการปฏิบัติตัว จะช่วยลดอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้^{6,22,23} โดยงานวิจัยของ Krumholz และคณะ²² ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีการให้ความรู้ในเรื่องดังกล่าว พบว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ในงานวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในผู้ป่วยที่มีอายุเฉลี่ย 66 ปี เมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือนภายหลังจากได้รับความรู้ ผู้ป่วยมีความรู้ทางด้านโรคและการใช้จ่ายลดลงแต่ยังคงมากกว่าก่อนการได้รับความรู้ (คะแนนทางด้านโรคเป็น 2.71 ± 0.63 จากคะแนนเต็ม 4 และด้านการใช้จ่ายเป็น 4.90 ± 1.65 จากคะแนน

เต็ม 8) ส่วนความรู้ทางด้านอาการของโรคและการปฏิบัติตัวลดลงและใกล้เคียงกับก่อนได้รับความรู้ ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องทั้งสองนี้อยู่ในระดับค่อนข้างดีและระดับดีตามลำดับ (คะแนนทางด้านอาการของโรคเป็น 2.90 ± 1.21 จากคะแนนเต็ม 5 และด้านการปฏิบัติเป็น 10.51 ± 1.38 จากคะแนนเต็ม 12) ดังนั้น ผู้ป่วยในงานวิจัยครั้งนี้ อาจมีอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงได้เช่นเดียวกัน จึงควรมีการติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ในการศึกษาต่อไป

งานวิจัยครั้งนี้มีข้อเด่น คือ วิธีให้ความรู้ในงานวิจัยนี้เป็นการอธิบายเป็นรายบุคคล มีรูปภาพและเอกสารแผ่นพับประกอบ มีต้นทุนในการผลิตต่ำ สะดวกต่อการใช้ และสามารถทำให้ความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้ในทุกประเด็น อีกทั้งในการวัดความรู้ของผู้ป่วย นอกจากมีการวัดความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้แล้ว ยังมีการติดตามผล 1 เดือนหลังจากนั้น ทำให้ทราบว่าความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยอยู่ได้นานหรือไม่ ข้อมูลที่ได้ทำให้ทราบว่าควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยซ้ำหลายครั้ง จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้มากกว่าการได้รับเพียงครั้งเดียว¹⁷ สำหรับข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ คือ ศึกษาความรู้ในผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งข้อมูลที่ได้อาจไม่สามารถนำไปใช้อธิบายในผู้ป่วยโรคอื่น กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ร้อยละ 14 ไม่ได้เรียนหนังสือและร้อยละ 67.1 มีความรู้ในระดับประถมศึกษา ซึ่งการที่ตัวอย่างมีระดับการศึกษาไม่สูงอาจมีผลต่อคะแนนพื้นฐานความรู้และการรับรู้ข้อมูลจากผู้ช่วยวิจัยให้ ดังนั้นการเพิ่มขนาดตัวอย่างให้มากขึ้นเช่น เก็บข้อมูลจากหลายโรงพยาบาล จะทำให้ปัญหาดังกล่าวลดลงได้

สรุปผลการศึกษา

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยวิธีการอธิบายเป็นรายบุคคลมีรูปภาพและเอกสารแผ่นพับประกอบ ใช้เวลาอธิบายประมาณ 15 นาที ทำให้ความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้ทันที แต่เมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน ความรู้ของผู้ป่วยโดยรวมลดลง ดังนั้นควรมีการพัฒนาวิธีการให้ความรู้เพื่อทำให้ความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและคงอยู่ได้นาน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูงสำหรับ ผศ.นพ.วรวิทย์จินตนาการ และ รศ.ดร.ไพยม วงศ์ภูวรักษ์ที่เสียสละเวลาตรวจสอบเนื้อหาของแบบวัดที่ใช้ในงานวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลาที่กรุณาอนุญาตให้เก็บข้อมูลขอขอบคุณหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลสงขลาที่ให้

ความสะดวกต่อการเก็บข้อมูล และเภสัชกรประจำโรงพยาบาลสงขลาทุกท่านที่มีส่วนช่วยในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมในงานวิจัย และขอขอบคุณกองทุนวิจัยคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย ประเภทงานวิจัยสุขภาพ งานงานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. โครงการทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทย 2549. (สืบค้นข้อมูลวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2552, ที่ www.thaiheart.org/phpBB2/download.php?id=6&sid=536911f49734c66565276c25fb7cf282)
2. Anukoolsawat P, Sritara P, Teerawattananon Y. Costs of lifetime treatment of acute coronary syndrome at Ramathibodi Hospital. *Thai Heart J* 2006;19(4):132-143.
3. Bonzinovic S, Grdinic A, Stamenkovic D, Stojadinovic M, Markovic I, Bojic M. Risk factors for rehospitalization in the elderly with chronic heart failure with preserved and impaired systolic function. *Eur J Heart Fail Suppl* 2007;6(suppl 1):180.
4. Kollipara UK, Amin A, Toto KH, et al. Lack of knowledge about dietary sodium is a risk factor for hospital readmission in patients with heart failure in an urban public hospital. *J Card Fail* 2006;12(suppl 1):S119.
5. Alm-Roijer C, Stagmo M, Uden G, Erhardt L. Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *Eur J Cardiovas Nurs* 2004;3:321-330.
6. O'Dell KM. Impact of the clinical pharmacist on readmission in patients with acute coronary syndrome. *Ann Pharmacother* 2005;39(9):1423-1427.
7. Lichtman JH, Amatruda J, Yaari S, et al. Clinical trial of an educational intervention to achieve recommended cholesterol levels in patients with coronary artery disease. *Am Heart J* 2004; 147:522-528.
8. Williams A, Lindsell C, Rue L, Blomkalns A. Emergency department education improves patient knowledge of coronary artery disease risk factors but not the accuracy of their own risk perception. *Prev Med* 2007;44:520-525.

9. Dhawan N, Saeed O, Gupta V, et al. Utilizing video on myocardial infarction as a health educational intervention in patient waiting areas of the developing world: a study at the emergency department of a major tertiary care hospital in India. *Int Arch Med* [serial online] 2008;1:14. (Accessed on February 28, 2008, at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2547095/>)
10. Linne AB, Liedholm H. Effects of an interactive CD-program on 6 months readmission rate in patients with heart failure- a randomised, controlled trial. *BMC Cardiovasc Disord* [serial online] 2006;6:30. (Accessed on March 5, 2008, at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1526456/>)
11. Spinler SA, de Denus S. Acute coronary syndromes. In: DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM (eds.). *Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach*. New York. McGraw-Hill, 2005: pp.291-319.
12. Riffenburgh RH (ed). *Sample size required for a study*. In: *Statistics in medicine*. Burlington. Elsevier Academic Press, 2006: pp.397-407.
13. Consoli SM, Ben Said M, Jean J, Menard J, Plouin P-F, Chatellier G. Benefits of a computer-assisted education program for hypertensive patients compared with standard education tools. *Patient Educ Couns* 1995;26: 343-347.
14. Evans JHCJ, Crook I, Garrud P, Harris P, MacKinlay DR, Redsell SA. Using multimedia for patient information-a program about nocturnal enuresis. *Br J Urol* 1998;81:120-122.
15. Stromberg A, Dahlstrom U, Fridlund B. Computer-based education for patients with chronic heart failure: a randomized, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life. *Patient Educ Couns* 2006;64:128-135.
16. Buckley T, McKinley S, Gallagher R, Dracup K, Moser DK, Aitken LM. The effect of education and counselling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007;6:105-111.
17. Huss K, Salemo M, Huss RW. Computer-assisted reinforcement of instruction: effects on adherence in adult atopic asthmatics. *Res Nurs Health* 1991;14:259-267.
18. Jafary FH, Aslam F, Mahmud H, et al. Cardiovascular health knowledge and behavior in patient attendants at four tertiary care hospitals in Pakistan-a cause for concern. *BMC Public Health* [serial online] 2005;5:124. (Accessed on March 5, 2008, at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1318493/>)
19. Dracup K, Alonzo AA, Atkins JM. et al. The physician's role in minimizing prehospital delay in patients at high risk for acute myocardial infarction: recommendations from the national heart attack alert program. Working group on educational strategies to prevent prehospital delay in patients at high risk for acute myocardial infarction. *Ann Intern Med* 1997;126(8):645-651.
20. Clark LT, Bellman SV, Shah AH, Feldman JG. Analysis of prehospital delay among inner-city patients with symptoms of myocardial infarction: implications for therapeutic intervention. *J Natl Med Assoc* 1992;84:931-937.
21. Goff Jr DC, Sellers DE, McGovern PG, et al. Knowledge of heart attack symptoms in a population survey in the United States: The REACT Trial. Rapid early action for coronary treatment. *Arch Intern Med* 1998;158(21):2329-2338.
22. Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL, et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2002;39(1):83-89.
23. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *New Engl J Med* 1995;333:1190-1195.