

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาแก้อักเสบของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบ
ประสาทและสมอง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO ADHERENCE TO EPILEPTIC DRUG IN PATIENTS POST
NUEROSURGERIES



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

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2021

Copyright of Chulalongkorn University

วิภาดา มงคลเพ็ชร : ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด
 ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง. (FACTORS RELATED TO ADHERENCE TO EPILEPTIC DRUG IN
 PATIENTS POST NUEROSURGERIES) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด
 ศัลยกรรมระบบประสาทสมองระบบประสาทและสมอง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับ
 การเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือ
 ในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชาย
 และหญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการรักษาจากแพทย์โดยการผ่าตัดทางระบบประสาทและสมอง และได้รับการรักษาด้วย
 การใช้ยากันชัก ที่มารับการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง โรงพยาบาลรามาริบัติ และ
 สถาบันประสาทวิทยาจำนวน 110 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 คือ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบ
 ประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบ
 ประเมินความร่วมมือในการใช้ยากันชัก ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์หาความเที่ยง
 โดยการใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.73, 0.70, 0.75, 0.90, 0.94 และ 0.78 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล
 โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และ Spearman rank correlation ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ร้อยละ 77.3 ของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง มีความร่วมมือในการ
 ใช้ยากันชักอยู่ในระดับดี

2. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($r = -.340$) และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ($r = -.242$) มี
 ความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและ
 สมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้
 ยากันชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
 ปีการศึกษา 2564

ลายมือชื่อนิสิต
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077347236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: MEDICATION ADHERENCE, NEUROSURGERY, ANTIEPILEPTIC DRUG

Wipada Mongkolpech : FACTORS RELATED TO ADHERENCE TO EPILEPTIC DRUG IN PATIENTS POST NUEROSURGERIES. Advisor: Assoc. Prof. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D.

The purposes of this descriptive study were to study adherence to epileptic drug and factors related to adherence to epileptic drug in patients post neurosurgeries including illness Perception, self-management, depression, adverse drug reaction and social support. The sample consisted of 110 patients post neurosurgeries both male and female who attended at surgical outpatient department of Ramathibodi hospital and Neurological institute of Thailand. The research instruments were a demographic questionnaire, illness perception questionnaire, self-management questionnaire, depression questionnaire, adverse drug reaction questionnaire, social support questionnaire and adherence to epileptic drug questionnaire. All instruments were tested for content validity by a panel of experts. The reliability of the instruments tested by Cronbach's Alpha were 0.73, 0.70, 0.75, 0.90, 0.94 and 0.78 respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, min, max and Spearman rank correlation.

The major findings were as followed:

1. Most of patients post neurosurgeries showed high level of medication adherence (77.3 %)
2. Illness perception ($r = -.340$) and adverse drug Reaction ($r = -.242$) were negatively significant related to medication adherence at the level of .05
3. Self-management, depression and social support were not significant related to medication adherence at the level of .05

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2021

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่เป็นผู้ให้คำแนะนำ ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความรัก ความเมตตา ความเอาใจใส่ และเป็นกำลังใจอย่างยิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณเป็นอย่างยิ่ง และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่าอย่างยิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่านที่ได้สละเวลาในการให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัย กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน โรงพยาบาลรามาริบัติ ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา หัวหน้าพยาบาลหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ และหัวหน้าพยาบาลหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมองสถาบันประสาทวิทยา ที่ให้การสนับสนุน และให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้วิจัย และที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมองโรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันประสาทวิทยาทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่ในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่เป็นกำลังใจ และให้การช่วยเหลือผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และญาติพี่น้องที่เป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนผู้วิจัยในทุกๆ ด้านเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

วิภาดา มงคลเพ็ชร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
คำถามการวิจัย	4
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง	12
3. แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยากันชัก.....	20
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากันชัก	24
5. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยากันชักในผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง.....	32
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	33
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	35

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	37
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	48
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	49
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	60
สรุปผลการวิจัย.....	62
อภิปรายผลการวิจัย.....	63
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในครั้งต่อไป.....	66
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	67
บรรณานุกรม.....	68
ภาคผนวก.....	72
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	73
ภาคผนวก ข เอกสารการพิจารณาจริยธรรม.....	78
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	81
ภาคผนวก ง ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	91
ประวัติผู้เขียน.....	103

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวน และค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลัง ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง (n = 110).....	51
ตารางที่ 2 ตารางแสดงจำนวน และค่าร้อยละของข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลัง ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง (n=110)	53
ตารางที่ 3 ตารางแสดงจำนวน และค่าร้อยละ ของความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำแนกตาม ระดับความร่วมมือในการใช้ยา (n=110).....	57
ตารางที่ 4 ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกคะแนนตาม การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จาก การใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม.....	58
ตารางที่ 5 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะ ซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือใน การใช้ยาของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและ สมอง วิเคราะห์โดยใช้ Spearman rank correlation โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05.....	59
ตารางที่ 6 ตารางแสดงจำนวน และค่าร้อยละของข้อมูลยากันชักของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลัง ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง (n=110)	92
ตารางที่ 7 ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย จำแนกตามรายชื่อ (n = 110)	94
ตารางที่ 8 ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการตนเอง จำแนกตาม รายชื่อ (n = 110)	95
ตารางที่ 9 ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า จำแนกตามราย ชื่อ (n = 110).....	97
ตารางที่ 10 ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการไม่พึงประสงค์จากการ ใช้ยา จำแนกตามรายชื่อ (n = 110).....	99

ตารางที่ 11 ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามรายชื่อ (n = 110).....	101
ตารางที่ 12 ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการใช้ยาจำแนกตามรายชื่อ (n = 110).....	102



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทและสมอง คือ ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติของสมอง หลอดเลือดในสมอง ไขสันหลัง และเส้นประสาท ซึ่งเมื่อเกิดความผิดปกติขึ้นจะส่งผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่การทำงาน และการเคลื่อนไหวของร่างกายที่สัมพันธ์กับบริเวณที่มีพยาธิสภาพของโรค (วิจิตร กุสมภ์ และคณะ, 2560) ส่งผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองตามตำแหน่งหน้าที่ของสมองที่เกิดพยาธิสภาพจากการถูกทำลาย หรือถูกกดเบียด ได้แก่ มีอาการชัก ระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือหมดสติ การสูญเสียความสามารถในการใช้คำหรือเข้าใจคำพูด บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น (เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537)

อาการชัก เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดสมอง เป็นอาการผิดปกติ ซึ่งเป็นผลมาจากคลื่นไฟฟ้าในสมองผิดปกติ ที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ทันทีทันใด และเป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้สึกตัว พฤติกรรม การเคลื่อนไหว การรับรู้ต่างๆ อาการชักหลังผ่าตัดสมอง มีอุบัติการณ์ในการเกิดแตกต่างกันออกไป จากการศึกษาในปี ค.ศ.1985 โดยเฉลี่ยพบอาการชักได้ประมาณร้อยละ 29 ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองโดยไม่มีประวัติการชักมาก่อน และในปีใกล้เคียงกันพบอาการชักหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองโดยไม่มีประวัติการชักมาก่อน 2 ราย ในจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง 180 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.1 และจากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดอาการชักหลังได้รับการผ่าตัดสมองในผู้ป่วยที่ประวัติชัวก่อนได้รับการผ่าตัดสมองคิดเป็นร้อยละ 21.7 ในผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการชักมาก่อนและไม่ได้ใช้ยากันชักคิดเป็นร้อยละ 12 และร้อยละ 3.1 ในผู้ป่วยที่ใช้ยากันชัวก่อนได้รับการผ่าตัดสมอง และพบว่าลักษณะของการชัวก่อนได้รับการผ่าตัดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับอาการชักหลังผ่าตัดสมอง (Al-Dorzi et al., 2017)

อัตราการเกิดอาการชักหลังผ่าตัดในแต่ละโรคทางศัลยกรรมประสาทมีอัตราการเกิดอาการชักหลังผ่าตัดที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้ โรคเนื้องอกสมอง (Brain tumors) มีอัตราการเกิดอาการชักหลังผ่าตัดร้อยละ 5-29 โรคเส้นเลือดในสมองที่มีความผิดปกติ (Arteriovenous malformations) มีอัตราการเกิดอาการชักหลังผ่าตัดร้อยละ 8-57 โรคเส้นเลือดในสมองโป่ง (Aneurysms) มีอัตราการเกิดอาการชักหลังผ่าตัดร้อยละ 3-26 ผู้ที่มีเลือดออกในสมอง (Hemorrhage) มีอัตราการเกิดอาการชักหลังผ่าตัดร้อยละ 20 โรคฝีในสมอง (Brain abscesses) มีอัตราการเกิดอาการชักหลังผ่าตัดร้อยละ 69-92 และผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury) มีอัตราการเกิดอาการชักหลังผ่าตัดร้อยละ 22-48 (Christophere M. Loftus & H. Hunt Batjer, 2003) ซึ่งอาการชักนี้สามารถเกิดได้กับทุกเพศ ทุกวัย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองในตำแหน่ง Frontal lobes, Temporal lobes, Parietal lobes และ Cortical จะมีโอกาสเกิดอาการชักได้มากกว่าตำแหน่งอื่นๆ (ปฐมพร ปิ่นอ่อน และลาวัลย์ ตูจินดา, 2555)

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการชักหลังผ่าตัด มีความเกี่ยวข้องกับ ตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพของโรค ประวัติการชักก่อนผ่าตัด การมีลิ้มเลือดออกหลังจากผ่าตัด อาการบวมของสมอง หรือผู้ป่วยได้รับยากันชักไม่เพียงพอ จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 83 ของผู้ป่วยที่มีอาการชักหลังผ่าตัด สมองมีระดับยากันชักในเลือดต่ำกว่าระดับปกติ (Therapeutic level) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการชักหลังผ่าตัดได้ นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวแล้วยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลให้เกิดอาการชักได้ เช่น ระดับเกลือแร่ในเลือดผิดปกติ (Electrolyte abnormality), ภาวะขาดออกซิเจนในเลือด (Hypoxia), ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นต้น ผลกระทบจากอาการชักที่พบได้บ่อย คือ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase intracranial pressure), ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น (Increase cerebral blood flow), ภาวะขาดออกซิเจนในเลือด (Hypoxia) เป็นต้น (Kalmon D. Post, Emily D. Friedman, & Paul McCormick, 1993)

ดังนั้นการควบคุมการชักจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการผ่าตัดสมอง เพราะถ้าหากผู้ป่วยมีอาการชักหลังผ่าตัดสมอง จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase intracranial pressure) และเลือดออกซ้ำบริเวณที่ผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองส่วนใหญ่จะได้รับยากันชักเพื่อป้องกันอาการชักที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้ ซึ่งระยะเวลาที่ได้รับยากันชักจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่มีอาการชักก่อนได้รับการผ่าตัดสมองจะได้รับยากันชักอย่างต่อเนื่องภายหลังการผ่าตัดสมอง
2. ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชักมาก่อน ควรที่จะได้รับยากันชักหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันอาการชักที่อาจเกิดขึ้นได้หลังได้รับการผ่าตัดสมอง
3. ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการชักหลังผ่าตัด ควรได้รับยากันชัก 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด และให้ยากันชักต่อเนื่องอีก 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด (Miziak et al., 2017)

เมื่อผู้ป่วยมีอาการชักจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้รับผลกระทบเป็นอย่างมาก และจะส่งผลกระทบในด้านต่างๆ ได้ ได้แก่

1. มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการชักได้บ่อยขึ้น เช่น กระตุกหัก ล้มพลง น้ำร้อนลวก เนื่องจากขณะที่มีอาการชักผู้ป่วยจะสูญเสียการควบคุมสติ ไม่รู้สึกตัว จึงเกิดอุบัติเหตุดังกล่าวได้ ซึ่งในบางครั้งอาจทำให้เกิดการได้รับบาดเจ็บที่รุนแรงถึงขั้นพิการ หรือเสียชีวิตได้
2. มีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าคนทั่วไปจากอุบัติเหตุ เช่น ในผู้ป่วยที่ภาวะชักต่อเนื่อง (Status epilepticus) เป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาทที่ทำให้เกิดอัตราการเสียชีวิตได้สูง
3. ผู้ป่วยโรคลมชัก มักจะมีโรคร่วมถึงร้อยละ 40 เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคทางจิตเวช
4. ปัญหาด้านพุทธิปัญญา (Cognitive function) โดยในตัวโรคลมชักส่งผลต่อการเรียนรู้ในด้านต่างๆ หลายด้าน เช่น ด้านความจำ ทั้งความจำแบบระยะสั้น และระยะยาว การตื่นตัว การคิด การประมวลผล รวมทั้งอาจได้รับผลกระทบจากการฤทธิ์ของยากันชักที่ได้รับ
5. ปัญหาด้านสุขภาพจิต ทั้งภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล เนื่องจากต้องได้รับการรักษาเป็น

เวลานาน (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2562)

จากอาการของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดสมองดั่งที่กล่าวข้างต้น อาจส่งผลโดยตรงต่อการรู้คิด การเคลื่อนไหว การสื่อสาร การรับรู้และการทำงานของระบบประสาทอื่นๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองต้องมีผู้ดูแล อาการข้างเคียงของยากันชักบางชนิดที่ผู้ป่วยได้รับมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วย เช่น Phenobarbital (ปฐมพร ปิ่นอ่อน และลาวัลย์ ตูจินดา, 2555) หรือการผ่าตัดในบริเวณของสมองที่ควบคุมการรับรู้ของผู้ป่วย เช่น Frontal lobe, Temporal lobe, Parietal lobe เป็นต้น หรือการที่ผู้ป่วยมีโรคอื่น ๆ ที่ต้องรับประทานยาเป็นประจำอาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาได้ (สุณี เลิศสินอุดม, 2551) ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ถ้าหากอาการชักไม่สามารถควบคุมได้จะส่งผลต่ออาการทางร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับลักษณะของอาการชักว่ามีลักษณะแบบใดบ้าง อาจเข้าใจเพียงการชักแบบเกร็งกระตุกทั้งตัว (Generalized tonic clonic seizure) เท่านั้น ไม่รู้จักการชักแบบนิ่ง เหม่อลอย หรือแบบพฤติกรรมผิดปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาได้อย่างถูกต้อง และทันท่วงที รวมทั้งการเข้าถึงยากันชักชนิดใหม่ที่มีราคาค่อนข้างสูง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าถึงยากันชักได้เมื่อมีความจำเป็นต้องใช้ยา นอกจากนี้ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวในด้านการรักษาด้วยยากันชัก พบว่ายังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง เช่น เข้าใจว่า จะต้องรักษาด้วยยากันชักเพียงระยะเวลาไม่นาน 3-6 เดือน หรือใช้ยากันชักในช่วงเวลาที่มีอาการชักเท่านั้น ส่งผลให้การรักษานั้นได้ผลไม่ดี ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2562)

นอกจากนั้น ปัญหาในด้านการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ถือเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน การให้ความรู้ และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยาเป็นสิ่งที่พยาบาลควรให้ความสำคัญ ถ้าหากผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดมีปัญหาในด้านการรับรู้และการสื่อสาร พยาบาลจำเป็นต้องให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยด้วย และควรต้องประเมินความเข้าใจหลังให้คำแนะนำทุกครั้ง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามถึงข้อสงสัยต่างๆ จากภาระงานของพยาบาลในปัจจุบันทำให้พยาบาลมีความรีบเร่งในการทำงานส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการสื่อสารได้ และอาจมีผลต่อความเข้าใจในเรื่องของการรับประทานยาของผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปฟื้นฟูที่บ้านได้ ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมออาจทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการชักของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยอาจต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกครั้ง

ปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยากันชักสามารถพบได้ประมาณร้อยละ 30-50 ซึ่งหากปัญหาดังกล่าวไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลต่อการควบคุมอาการชักของผู้ป่วยได้ (Ferrari, de Sousa, & Castro, 2013) จากการศึกษาพบว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยากันชักมีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่งผลให้ต้องปรับเปลี่ยนแผนการรักษา เช่น เปลี่ยนขนาดของยาที่ใช้ในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 70 เปลี่ยนยาที่ใช้ คิดเป็นร้อยละ 61 และเพิ่มยาที่ใช้ในการควบคุมอาการชัก คิดเป็นร้อยละ 56 การที่ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้นั้นจะนำไปสู่ออาการเจ็บป่วย และเสียชีวิตได้ (Hovinga et al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยากันชักในผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง แต่มีการศึกษาของสุณี เลิศสินอุดม (2551) ที่ศึกษาในบทบาทของเภสัชกรในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักในเรื่องของการจัดการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคลมชัก พบว่าปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 58.47 มีการศึกษาของปฐมพร ปิ่นอ่อน และลาวัลย์ ตูจินดา (2555) วิสัณฐีแพทย์ในรูปแบบของการเขียนบทความวิชาการที่เขียนเกี่ยวกับการให้ยากันชักสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดสมองว่ามีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 2 ประการคือ เพื่อใช้รักษา และเพื่อป้องกันอาการชัก นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคลมชัก (ที่ไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด) โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น โดยพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักหลายประการ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ที่มีบทบาทในด้านการดูแล ส่งเสริม และป้องกันภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการรับประทานยากันชัก จึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เนื่องจากภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแล้ว ยังต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุม และป้องกันอาการ และอาการแสดงที่อาจจะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ซึ่งปัจจัยดังกล่าว เป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถเข้าไปให้การประเมินปัญหา วางแผน และการให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทสมองระบบประสาทและสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

คำถามการวิจัย

1. ความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมองเป็นอย่างไร
2. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมองหรือไม่ อย่างไร

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมองโดยใช้แนวคิดของ Lars Osterberg and Terrence Blaschke (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ดังต่อไปนี้

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ความคิดเห็น รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยบุคคลจะตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเมื่อถูกคุกคามจากภาวะความเจ็บป่วย โดยอาศัยประสบการณ์พื้นฐานของแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่จะเผชิญปัญหาหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลที่ได้รับมาจากระบบการรับรู้จากการมีอาการ และข้อมูลที่ได้รับจากบริบททางสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ หลังจากนั้นจะมีการสร้างภาพความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยออกมา 2 แบบ คือ การรับรู้มโนภาพความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด และด้านอารมณ์ ซึ่งจะเกิดควบคู่กันไป (Diefenbach & Leventhal, 1996) เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานที่สำคัญของบุคคล เป็นการตอบสนองในด้านความคิด ความเข้าใจ การตีความหมาย และการตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกต่ออาการชักรวมทั้งการดำเนินชีวิตร่วมกับอาการชัก ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นถึงความสำคัญในการรักษารับประทานยากันชักอย่างถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ใช่รับประทานยาเมื่อมีอาการชัก หรือหยุดรับประทานยาเองเมื่อไม่มีอาการชัก (Saengsuwan, Boonyalepan, Srijakkot, Sawanyawisuth, & Tiarkao, 2012) เนื่องจากผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เมื่อได้รับการผ่าตัดแล้ว ยังคงมีรอยโรคหลังจากผ่าตัดอยู่ จึงต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และใช้เวลาในการรักษานานคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การจัดการตนเอง เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่สัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วย และสามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง และรวมถึงอารมณ์และสังคมที่เกิดขึ้นจากภาวะการเจ็บป่วยนั้นได้ด้วยตนเอง ตามแนวทางที่ได้รับความรู้จากทีมสุขภาพ ทำให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดสมองแล้วยังคงต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูร่างกาย ซึ่งระยะเวลาของการฟื้นฟูนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง คือ หัตถการที่ผ่าตัด ตำแหน่งที่ผ่าตัด บริเวณของสมองที่ได้รับผลกระทบจากการผ่าตัด อายุของผู้ป่วย และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องมีการจัดการตนเองในด้านต่างๆ เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของตนเองได้ เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีปัญหาเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิม อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยากันชักได้ (Johns Hopkins Medicine, 2019)

ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองจะต้องเผชิญกับอาการทางร่างกาย เช่น ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว ความผิดปกติในการสื่อสาร เป็นต้น ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ทางร่างกายลดลง ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า (อำนวยพร อาษานอก,

2549) สามารถพบภาวะซีมเคร้าได้มากในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง (ดรณวรรณ จันทร์แก้ว, 2554) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง ทำให้อาการทางร่างกายแย่ลงตามไปด้วย (ภัทรา พิยมสาร, 2558) ซึ่งจะนำไปสู่ความไม่สม่ำเสมอของการรับประทานยากันชักได้

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้อยากันชักเป็นเวลานาน ซึ่งยากันชักแต่ละชนิดมีคุณสมบัติที่ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อร่างกายแตกต่างกัน และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยากันชักไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากไม่สามารถทนต่ออาการที่เกิดขึ้นได้ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยานี้สามารถเกิดได้กับทุกระบบของร่างกาย โดยการออกฤทธิ์ของยาจะขึ้นอยู่กับขนาดและความเข้มข้นของระดับยาในกระแสเลือดอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อย เช่น เหนื่อย อ่อน เียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เป็นต้น (ปฐมพร ปิ่นอ่อน และลาวัลย์ ติวจินดา, 2555) ซึ่งหากมีอาการรุนแรง ย่อมส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยากันชัก

การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังส่งผลทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพด้วย โดยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen & Wills, 1985) การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในสังคมและครอบครัวในด้านต่างๆ ทำให้เกิดความรักใคร่ผูกพันกันระหว่างบุคคล ทำให้ความสัมพันธ์เป็นไปในทางที่ดี (Weinert & Brandt, 1987) ดังนั้น หากผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี และรับรู้ว่ามีคนคอยให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถปรับตัวเข้ากับสภาวะของโรค และให้ความร่วมมือในการรักษาได้ จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยากันชัก คนในครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งเพื่อนจะคอยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Chinnaiyan, Narayana, & Nanjappa, 2017)

จากข้อมูลหลักฐานทางการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานไว้ดังนี้

1. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

2. ภาวะซีมเคร้า และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซีมเคร้า อาการไม่

พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการรักษาจากแพทย์โดยการผ่าตัดทางระบบประสาทและสมอง และได้รับการรักษาด้วยการใช้ยากันชัก ที่มารับการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมองโรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันประสาทวิทยา ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยากันชัก

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมในการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีความสอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ โดยมีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลต่อให้การรักษามีประสิทธิผลสูงสุด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาดัดแปลงจากแนวคิดของ Morisky และคณะ (2008) ฉบับภาษาไทยของจันทิมา ช่วยชุม (2555) ข้อคำถามมีจำนวน 8 ข้อ คะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ คะแนน 6-7 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลาง คะแนนมากกว่า 7 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย หมายถึง การตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคลเมื่อเผชิญกับภาวะทางสุขภาพ โดยอาศัยประสบการณ์พื้นฐานของแต่ละบุคคลตามความรู้ ความเข้าใจ ความคิด และความเชื่อ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่จะเผชิญปัญหาหรือแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การรับรู้มโนภาพความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด และด้านอารมณ์ ซึ่งการรับรู้มโนภาพความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด ยังแบ่งได้อีก 7 ด้าน ดังนี้

1. ด้านผลกระทบต่อความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เกี่ยวกับผลกระทบต่อชีวิตหลังจากการเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด
2. ด้านระยะเวลาการดำเนินโรค หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เกี่ยวกับระยะเวลาของการเจ็บป่วยว่ามีช่วงเวลามากน้อยเพียงใด
3. ด้านความสามารถในการควบคุมโรค หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าสามารถควบคุมได้มากน้อยเพียงใด
4. ด้านประสิทธิภาพการรักษาการเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด

ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าสามารถรักษาให้หายขาดได้มากน้อยเพียงใด

5. ด้านลักษณะอาการของโรค หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เกี่ยวกับอาการของโรคว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

6. ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับโรค หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าตนเองมีความเข้าใจมากน้อยเพียงใด

7. ด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย

การรับรู้มโนภาพความเจ็บปวดด้านอารมณ์ หมายถึง ภาวะอารมณ์ของการรับรู้ของผู้ป่วย ภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมองที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย เป็นความกังวลใจและอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วย

โดยประเมินได้จากแบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อของ Broadbent และคณะ (2006) ฉบับภาษาไทยของเกื้อกุล โอฬารวัฒน์ (2561) โดยลักษณะของแบบสอบถามมีทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นเป็นมาตราวัดแบบประมาณค่า (Likert scale) 10 ระดับ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน โดยช่วงคะแนน 1-20.33 หมายถึง มีการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับน้อย ช่วงคะแนน 20.34-39.67 หมายถึง มีการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับปานกลาง และช่วงคะแนน 39.68-59.00 หมายถึง มีการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับสูง

การจัดการตนเอง เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่สัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วย และสามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง และรวมถึงอารมณ์และสังคมที่เกิดขึ้นจากภาวะการเจ็บป่วยนั้นได้ด้วยตนเอง ตามแนวทางที่ได้รับความรู้จากทีมสุขภาพ ทำให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆได้อย่างเหมาะสม เป็นการปฏิบัติตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้อง การดูแลสุขภาพหรือการป้องกันการเกิดโรค ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Dilorio และคณะ (2009) ประกอบด้วย

1. ด้านการรับรู้ข้อมูล หมายถึง พฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยโรคศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง โดยผู้ป่วยจะต้องมีความเข้าใจในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น อาการและอาการแสดงของโรค การรักษาที่ได้รับ วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมหลังได้รับการผ่าตัด

2. ด้านความปลอดภัย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโรคศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีปัญหากับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิม ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งคนดูแลในการช่วยเหลือและฟื้นฟูปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย เช่น การกายภาพบำบัดในผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องของการเดิน การทรงตัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การขับถ่าย ด้านการสื่อสาร การพูด การคิด การตัดสินใจ แม้กระทั่งอาการผิดปกติต่างๆ ที่ควรมาพบแพทย์

3. ด้านอาการชัก หมายถึง การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหากมีอาการผิดปกติต่างๆ เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น มีอาการชัก หรือมีอาการชักบ่อยขึ้น ลักษณะของการชักเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อาการชัก การตรวจระดับปริมาณยาในเลือด วิธีการเตือนตนเองในการรับประทานยากันชัก

การนำยากันชักติดตัวไปด้วย เพื่อป้องกันการล้มรับประทุพพญา บอกรแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ

4. ด้านการดำเนินชีวิต เป็นพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยยังคงต้องดำเนินชีวิตของตนเอง ซึ่งในช่วงแรกผู้ป่วยอาจยังต้องพึ่งผู้อื่นในการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ

ประเมินโดยใช้แบบประเมินการจัดการตนเอง Epilepsy Self-management Scale (ESMS) ของ Dilorio และคณะ (2004) ฉบับภาษาไทยของราตรี ตาลเชื้อ (2554) มีทั้งหมด 28 ข้อคำถาม ดังนี้

1. การจัดการตนเองด้านการรับรู้ข้อมูล จำนวน 8 ข้อคำถาม
2. ด้านความปลอดภัย จำนวน 8 ข้อคำถาม
3. ด้านอาการชัก จำนวน 6 ข้อคำถาม
4. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 6 ข้อคำถาม

โดยมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และตลอดเวลา เกณฑ์การประเมิน นำคะแนนของทุกข้อรวมกัน คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ไม่ดี

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงการเบี่ยงเบนด้านความคิดและการรับรู้ของบุคคล โดยแสดงออกทั้งด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและพฤติกรรมต่ออาการเจ็บป่วย โดยประเมินได้จากแบบประเมิน Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) ฉบับภาษาไทยโดยราตรี ตาลเชื้อ (2554) มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ เกณฑ์การประเมิน โดยการนำค่าคะแนนของทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็ม 60 คะแนน ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ถ้าคะแนนต่ำกว่า 16 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หมายถึง ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาในขนาดปกติ เพื่อป้องกัน วินิจฉัย หรือรักษาโรค แล้วเกิดอันตรายต่อมนุษย์โดยไม่ได้ตั้งใจ ไม่รวมถึงการใช้ยาเกินขนาดจากอุบัติเหตุ หรือตั้งใจ หรือใช้ยาผิดขนาด ใช้แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา The Adverse Event Profile for persons with epilepsy ของ Martin และคณะ (2011) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยจันทิมา ช่วยชุม (2555) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 19 มาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ คือ ไม่เคย เป็นบางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ โดยมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 19-76 คะแนน หากมีคะแนนสูงหมายถึงมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามาก

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ในการได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว รวมทั้งบุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ในช่วงที่ต้องเผชิญความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เช่น การสนับสนุนในด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการทำหน้าที่ เป็นต้น โดยประเมินได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม The ENRICHED Social Support Questionnaire ฉบับภาษาไทยของมลฤดี บุราณ (2548) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อคำถาม ข้อคำถามที่ 1-6 เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามที่ 7 เป็นแบบเลือกตอบ คะแนนรวม 1-10 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุน

ทางสังคมน้อย คะแนนรวม 11-20 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และคะแนนรวม 21-30 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมมาก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านชักของผู้ป่วยระบบประสาทและสมองได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางให้แก่ผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านชักของผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมองต่อไป



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นเนื้อหาในการศึกษาวิจัย โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทางศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง
 - 1.1. ความหมายของผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง
 - 1.2. การรักษาผู้ป่วยระบบประสาทและสมอง
 - 1.3. ผลกระทบของการผ่าตัดผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง
 - 1.4. การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับอาการชักในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง
 - 2.1. ความหมายของอาการชัก
 - 2.2. อุบัติการณ์ของการชักกับโรคทางระบบประสาทและสมอง
 - 2.3. สาเหตุของอาการชัก
 - 2.4. กลไกการเกิดการชักในผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง
 - 2.5. ประเภทของอาการชัก
 - 2.6. การวินิจฉัยอาการชัก
 - 2.7. การรักษาอาการชัก
3. แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยากันชัก
 - 3.1. ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยากันชัก
 - 3.2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยากันชัก
 - 3.3. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยากันชัก
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากันชัก
5. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยโรคศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

1.1. ความหมายของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

Christianto B. Lumenta และคณะ (2010) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาทและสมองที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในบริเวณรอยโรคที่ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างบริเวณข้างเคียง เช่น เนื้องอกในสมอง ตัดเชื้อ มีเลือดออกในสมอง โรคที่มีความผิดปกติของระบบประสาทและสมองแต่กำเนิด ความเสื่อมสภาพของระบบประสาทและสมอง การได้รับบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง โรคของปลายประสาทและกล้ามเนื้อ เป็นต้น

จากความหมายที่ได้กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง คือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมอง หลอดเลือดในสมอง ไขสันหลัง และเส้นประสาท เมื่อเกิดความผิดปกติขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียหน้าที่การทำงานและการเคลื่อนไหวในตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการและเสียชีวิตได้

1.2. การรักษาผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

1.2.1. การผ่าตัด อาจมีตั้งแต่ผ่าตัดขนาดเล็ก เช่น การตัดเอาชิ้นเนื้อไปตรวจ ไปจนถึงการผ่าตัดขนาดใหญ่ เช่น การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ แต่เป้าหมายของการผ่าตัดคือ การเข้าไปถึงตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ ในบางรายอาจมีการรักษาวิธีอื่นเพิ่มเติมด้วย เช่น การอุด (Embolization) เพื่อลดปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงเนื้องอก เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้การรักษาเป็นไปในทางที่ดี

1.2.2. การรักษาทางรังสี จะใช้รักษาในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง การกำหนดขนาดรังสีจะขึ้นอยู่กับลักษณะของเนื้องอก ปริมาตรของเนื้อเยื่อที่จะรับรังสีและเป้าหมายของการใช้รังสีรักษา การใช้รังสีในการรักษามักจะใช้เวลานานๆ เพื่อป้องกันการสูญเสียของเนื้อเยื่อรอบๆเนื้องอก

1.2.3. การใช้เคมีบำบัด อาจให้ก่อน ระหว่าง หรือหลังการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ซึ่งเป้าหมายของการรักษา คือ การจับคู่ระหว่างสารเคมีที่ใช้กับระยะเวลาของ cell cycle เกิดการทำลายเซลล์มะเร็ง ในระหว่างการแบ่งตัว (เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537)

1.3. ผลกระทบของการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

1.3.1. ผลกระทบด้านร่างกาย

ผลกระทบด้านร่างกายของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพ ผลกระทบที่พบบ่อย ได้แก่

1.3.1.1. ความบกพร่องด้านการพูดและการสื่อสาร (Speech and language deficit) เนื่องจากขณะผ่าตัดมีการไหลเวียนเลือดไปสู่สมองลดลง หรือมีการกระทบกระเทือนบริเวณสมองที่ควบคุมเกี่ยวกับการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา มี 3 ลักษณะ ดังนี้

1.3.1.1.1. ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อสาร (Receptive or

Sensory aphasia) ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วนขมับ (Temporal lobe) ซึ่งมี Wernicke's area ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในด้านการทำความเข้าใจภาษา การฟัง การอ่าน ซึ่งจะสามารถพูดได้แต่ไม่สอดคล้องกับการสนทนา

1.3.1.1.2. ไม่สามารถตอบสนองด้วยการสื่อภาษา (Motor expressive aphasia) ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการพูดหรือเขียนเพื่อสื่อภาษา โดยสามารถเข้าใจภาษาพูด ภาษาเขียน หรือสัญลักษณ์ต่างๆ และรู้ว่าจะต้องตอบสนองอย่างไร แต่ไม่สามารถพูดได้อย่างคล่องแคล่ว อาจเขียนไม่เป็นประโยค จะพบในรายที่มีพยาธิสภาพที่ Broca's area

1.3.1.1.3. ไม่สามารถสื่อสารและเข้าใจความหมายของการสื่อสาร (Expressive receptive aphasia) จะมีความผิดปกติทั้งด้านการพูด การอ่าน และการเขียน เรียกว่า Global aphasia พบในผู้ที่มีพยาธิสภาพที่ Wernicke's area และ Broca's area

1.3.1.2. ความบกพร่องด้านการรับรู้และการรับรู้ความรู้สึก เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่กลีบสมองส่วนบนซีกที่ไม่เด่น มักพบความบกพร่องในด้านการรับรู้ และอาจพบร่วมกับการเกิดพยาธิสภาพที่เปลือกสมอง เช่น การสูญเสียความสามารถในการแยกแยะจุด 2 จุด (two-point discrimination) แต่ถ้ามีพยาธิสภาพที่สมองซีกเด่น อาจเกิดกลุ่มอาการไม่สุขสบาย (Gerstmann's syndrome) ได้แก่ อ่านหนังสือไม่ได้ เขียนไม่ได้ คำนวณไม่เป็น ไม่รู้จักซ้าย ขวา จำชื่อนิ้วแต่ละนิ้วไม่ได้ รวมถึงการตัดสินใจ การคาดคะเนระยะทาง

1.3.1.3. ความบกพร่องด้านการมองเห็นภายหลังผ่าตัด เนื่องจากมีการกระทบกระเทือนประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของนัยน์ตา คือ เส้นประสาทคู่ที่ 3,4 และ 6 โดยขาดการประสานงานของกล้ามเนื้อนัยน์ตาทั้ง 2 ข้าง ไม่สามารถถอยไปในที่ทิศทางที่สอดคล้องกันได้ตามปกติ

1.3.1.4. ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว อาจเกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ หรืออัมพาตของแขนขา (Quadriplegia) อัมพาตครึ่งล่าง (Paraplegia) หรืออัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) ถ้ามีรอยโรคที่ Cerebellum จะทำให้เกิดความบกพร่องของการพูด กล้ามเนื้อบริเวณปากสั่นจนทำให้พูดตะกุกตะกัก (Dysarthria)

1.3.1.5. การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ อาจเกิดจากการทำลายของสมองโดยตรง หรืออาจมีปัจจัยทางจิตร่วมด้วย ถ้ามีรอยโรคที่สมองส่วนหน้าจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ เช่น การสูญเสียความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ขาดเหตุผลในการตัดสินใจ เชื่องซึม เป็นต้น ถ้ามีรอยโรคที่สมองด้านข้าง จะมีพฤติกรรมที่รุนแรง และอาจมีอาการชักร่วมด้วย

1.3.1.6. การเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญา เป็นผลโดยตรงจากการทำลายเนื้อสมอง ส่งผลต่อการรับรู้ (Cognitive) ความสามารถในด้านต่างๆจะเสื่อมลง เช่น การคำนวณ การใช้ภาษา สมาธิ ความคิด ความจำ เป็นต้น หากมีรอยโรคบริเวณสมองส่วนขมับ ผู้ป่วยจะสูญเสียความทรงจำที่เพิ่งผ่านไป (Recent memory) ถ้าหากมีรอยโรคกระจายไปสมองทั้ง 2 ซีก ผู้ป่วยจะสูญเสียความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวข้องกับตนเอง และเหตุการณ์ที่ผ่านมา (Remote memory) (เกษฎา นิมมานนิตย์, 2537)

1.3.2. ผลกระทบด้านจิตใจ

อาจพบอาการซึมเศร้า เนื่องจากไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน หรือจากความบกพร่องทางด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกเป็นภาระผู้อื่น สูญเสียหน้าที่ทางสังคมทำให้รู้สึกควมมีคุณค่าในตัวเองลดลง

1.3.3. ผลกระทบด้านสังคม

เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีความบกพร่องหรือพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ความสามารถในการทำงาน และการใช้ชีวิตประจำวันลดลง หรือมีแบบแผนเปลี่ยนแปลง เป็นเหตุให้เกิดปัญหาการออกจากงาน หรือไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ส่งผลให้ขาดรายได้ และเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจตามมาได้

1.4. การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมองแล้ว ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเกี่ยวกับการ กระทบกระเทือนจากการผ่าตัดซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะสมองบวม การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ ผ่าตัดขึ้นอยู่กับบริเวณพื้นที่ที่ผ่าตัด วิธีการผ่าตัด รวมทั้งการมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวหรือการรับรู้ แะการขาดหายไปของกะโหลกศีรษะ ภาวะชัก การ รั่วซึมของน้ำไขสันหลัง แผลติดเชื้อ และการติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System infection: CNS infection) การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมองมี ดังต่อไปนี้

1.4.1. ประเมินอาการทางระบบประสาท โดยใช้ Glasgow coma scale และประเมิน สัญญาณชีพ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว และเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลก ศีรษะสูง โดยผู้ป่วยจะต้องมีความดันในกะโหลกศีรษะน้อยกว่า 15 มม.ปรอท ความดันเลือดแดงเฉลี่ย (mean arterial pressure: MAP) มากกว่า 70 มม.ปรอท ความดันการกำซาบในสมอง (cerebral perfusion pressure: CPP) มากกว่า 50 มม.ปรอท ประเมินอาการชัก เกร็งกระตุก ประเมินแผล ผ่าตัด สายระบายต่างๆ

1.4.2. จัดท่าศีรษะสูง 30 องศาในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัด และจัดท่านอนให้ศีรษะและคออยู่ใน แนวตรง เพื่อกระตุ้นให้เลือดดำไหลกลับสู่ระบบหมุนเวียนเลือดได้สะดวก และลดอาการบวม และ เปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เลือดไปเลี้ยงสมองเร็วเกินไปและไม่เพิ่มความดันในกะโหลก ศีรษะ

1.4.3. ประเมินความปวด พร้อมทั้งบริหารจัดการให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย

1.4.4. หลีกเลี่ยงการไอ จาม หรือเบ่งถ่าย เนื่องจากจะส่งผลทำให้เพิ่มความดันในกะโหลก ศีรษะ

1.4.5. บันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้า และออก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำเกิน จะส่งผลให้ ผู้ป่วยมีอาการบวม และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะขาดน้ำ เพราะจะทำให้มีน้ำและเลือดไปเลี้ยงสมอง น้อยลงด้วย

1.4.6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ได้รับออกซิเจนให้เพียงพอตามแผนการรักษา และวัดค่าความ อิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ให้อยู่ในระดับที่มากกว่าหรือเท่ากับ 95%

1.4.7. ประเมินลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก ถ้ามีอาการหายใจเร็วมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที กระสับกระส่าย เหงื่อออก ปลายมือ ปลายเท้าเขียวคล้ำ ให้รีบรายงานแพทย์

1.4.8. ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้ดูเสมหะตามความจำเป็น เนื่องจากการดูเสมหะบ่อยๆ จะทำให้ผู้ป่วยไอ และเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ แต่การมีเสมหะก็เป็นสาเหตุให้คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง หากมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งจะทำให้เพิ่ม cerebral blood flow และเพิ่มความดันในสมอง

1.4.9. ให้อาการชกตามแผนรักษา เพื่อป้องกันการเกิดอาการชักหลังผ่าตัด และในกรณีที่เกิดอาการชัก ให้จัดทำผู้ป่วยนอนตะแคงด้านที่ไม่มีแผลผ่าตัด และดูแลทางเดินหายใจของผู้ป่วยให้โล่ง ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และรายงานแพทย์ทันที

1.4.10. ให้อาการชกตามแผนการรักษา เพื่อป้องกัน และลดอาการบวมของสมอง (อรุณ นุรักษ์เช, 2553)

แนวคิดเกี่ยวกับอาการชกในผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

2.1 ความหมายของอาการชก

อรุณ นุรักษ์เช (2553) ให้ความหมายของอาการชกไว้ว่าเป็นอาการผิดปกติ ซึ่งเป็นผลมาจากคลื่นไฟฟ้าผิดปกติในสมองที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ทันทีทันใด และเป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้สึกตัว พฤติกรรม การเคลื่อนไหว การรับรู้ หรือความรู้สึกตัว การชกอาจเกิดขึ้นเดี่ยวๆ หรืออาจเกิดขึ้นร่วมกับภาวะฉุกเฉินบางอย่างของระบบประสาทกลางก็ได้

2.2 อุบัติการณ์ของการชกกับโรคทางระบบประสาทและสมอง

2.2.1 ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง (Brain tumors)

อาการชกในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองพบได้ถึงร้อยละ 20 – 40 ซึ่งมีปัจจัยหลายปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการชก ได้แก่ ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง พบมากในตำแหน่ง Cortical และ Temporal อีกปัจจัยหนึ่งได้แก่ ชนิดของเนื้องอกสมอง จากการศึกษาพบว่าเนื้องอกชนิด Neurogliomas และ Gangliomas พบได้ มากกว่าร้อยละ 80 , Oligodendogliomas พบได้มากกว่าร้อยละ 70, Diffuse low-grade gliomas พบได้มากกว่าร้อยละ 60, Glioblastoma พบได้มากกว่าร้อยละ 40 (Afshari, Michael, Ughratdar, & Samarasekera, 2017) มี 3 ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง มีโอกาสเกิดการชกหลังผ่าตัดได้ คือ

1. ตำแหน่งของเนื้องอก เช่น บริเวณ temporal และ parietal lobe
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด เช่น การดึงรั้งของสมอง การผ่าตัดที่ใกล้เคียงบริเวณ cortical
3. ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น สมองบวม หรือ มีการติดเชื้อ

จากปัจจัยดังกล่าวจะเพิ่มการเกิดการชกได้ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดเอาเนื้องอกออกได้ทั้งหมด (Komotar, Raper, Starke, Iorgulescu, & Gutin, 2011)

2.2.2 ผู้ป่วยโรคเส้นเลือดในสมองที่มีความผิดปกติ (Arteriovenous malformations)

ความเสี่ยงของการเกิดการชกในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสาเหตุมาจากการมีเลือดคั่งอยู่ในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage: ICH) ซึ่งร้อยละ 50 พบว่าอาการชกจะเกิดภายใน 24 ชั่วโมงแรก การรักษาโดยการผ่าตัด หรือการผ่าตัดร่วมกับการฉายแสงจะช่วยลดการเกิดการชกได้ และในปัจจุบัน

ยังไม่มีการศึกษาที่เพียงพอที่จะกำหนดประเภทและระยะเวลาของการใช้ยากันชักในการป้องกันอาการชักในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Yerram, Katyal, Premkumar, Nattanmai, & Newey, 2018)

2.2.3 ผู้ป่วยโรค Intracerebral hemorrhage

การชักในผู้ป่วย ICH พบว่ามีอัตราการเกิดร้อยละ 2.7–18.7 สามารถแบ่งได้ตามช่วงเวลาของการเกิดได้ 2 ประเภท คือ Early seizure จะเกิดภายใน 1 สัปดาห์หลังมีเลือดคั่งในสมอง พบได้ร้อยละ 2.7-17 และ Late seizure เกิดหลังจาก 1 สัปดาห์หลังมีเลือดคั่งในสมอง พบได้ร้อยละ 2-26.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดอาการชักในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ปริมาณของเลือดที่คั่งในสมอง ตำแหน่งของเลือดที่คั่ง ส่วนใหญ่มักจะพบในตำแหน่ง cerebrum และ cortical และปัจจัยสุดท้ายคือ การสูญเสียหน้าที่ของสมองอย่างรุนแรง (severe neurological deficits)

2.2.4 ผู้ป่วยโรคเส้นเลือดในสมองโป่ง (Aneurysms)

ผู้ป่วยโรคนี้มีโอกาสเกิดการชักสูงจากการมีเลือดออกที่มีสาเหตุมาจากเส้นเลือดแตก (Aneurysmal Subarachnoid hemorrhage) ถึงร้อยละ 26 ซึ่งการชั้ดังกล่าวสามารถนำไปสู่การมีเลือดออกซ้ำได้ (Yerram et al., 2018)

2.2.5 ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury)

ความเสี่ยงของการเกิดการชักขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการบาดเจ็บของสมอง ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองแบ่งได้ 3 ระดับ โดยแบ่งตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย (Level of conscious) โดยใช้ Glasgow coma scale; GCS ดังนี้ ความรุนแรงน้อย (Mild TBI) GCS 14-15 คะแนน ความรุนแรงปานกลาง (Moderate TBI) GCS 9-13 คะแนน และความรุนแรงมาก (Severe TBI) GCS ≤ 8 คะแนน หากมีความรุนแรงมาก มีความเสี่ยงที่จะเกิดการชักภายใน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 7 และมีอาการชักมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.5 ความรุนแรงปานกลางและความรุนแรงน้อย ส่วนใหญ่จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดการชั้เล็กน้อย Post traumatic seizure แบ่งได้ 2 ประเภท คือ Early Post traumatic seizure ซึ่งจะเกิดภายใน 7 วันแรกหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง และ Late Post traumatic seizure ซึ่งจะเกิดหลังจาก 7 วันหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง

2.2.6 ผู้ป่วยโรคฝีในสมอง (Brain abscess)

อาการชักเป็นอาการแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยโรคฝีในสมอง (Brain abscess) สามารถพบได้ถึงร้อยละ 25-43 (Hernando Alvis Miranda et al., 2013) อาการชักสามารถเกิดได้ 2 ระยะ คือ Early seizure คือ อาการชักที่เกิดภายใน 2 สัปดาห์หลังติดเชื้อ และ Late seizure จะเกิดหลังติดเชื้อแล้ว 2 สัปดาห์ ตำแหน่งของฝีในสมองที่ทำให้เกิดอาการชักที่พบบ่อย คือ Frontal lobe, Fronto-parietal lobe, Fronto-parieto-temporal lobe และ Basal ganglion (Ming, 2016) การให้ยากันชักมีการแนะนำให้ใช้ป้องกันการชักในผู้ป่วยฝีในสมองทุกราย และพิจารณาหยุดใช้ยากันชักเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการชัก และคลื่นไฟฟ้าสมองปกติ

2.2.7 ผู้ป่วยโรค Subdural Hematoma

อาการชักในผู้ป่วย SDH พบอุบัติการณ์การเกิดการชักในผู้ป่วย acute SDH พบได้ร้อยละ 24 และพบอุบัติการณ์การเกิดการชักในผู้ป่วย chronic SDH พบได้ร้อยละ 11 ซึ่งอัตราการเกิด

early post traumatic seizure ในผู้ป่วย acute SDH พบได้ประมาณร้อยละ 28 และใน chronic SDH พบได้ประมาณร้อยละ 10 ซึ่งความเสี่ยงของอาการชักมักอยู่ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งการพยากรณ์โรคหลังมีเลือดออกในสมองจะขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น อายุ ระดับความรู้สึกรู้ตัว ปริมาณของเลือดที่ออก และระยะเวลาที่เลือดออก

2.3 สาเหตุของอาการชัก

อาการชักที่พบในโรคทางศัลยกรรมประสาทมีดังนี้ โรคเนื้องอกสมอง (Brain tumor) โรคเส้นเลือดในสมองที่มีความผิดปกติ (Arteriovenous malformations) โรคเส้นเลือดในสมองโป่ง (Aneurysms) ผู้ที่มีเลือดออกในสมอง โรคลึในสมอง (Brain abscesses) และผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury) อัตราการเกิดอาการชักหลังผ่าตัดพบได้ร้อยละ 4-19 ในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด (Early seizure) และพบอัตราการเกิดอาการชักได้ร้อยละ 17-70 ในช่วงหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ (Late seizure) (Kalmon et. al., 1993) ซึ่งอาการชักนี้สามารถเกิดได้กับทุกเพศ ทุกวัย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองในตำแหน่ง Frontal lobes, Temporal lobes, Parietal lobes และ Cortical จะมีโอกาสเกิดอาการชักได้มากกว่าตำแหน่งอื่นๆ (ปฐมพร ปิ่นอ่อน และลาววัลย์ ตูจันดา, 2555)

ในวัยผู้ใหญ่สาเหตุของการชักมีหลายสาเหตุ สาเหตุที่พบมากที่สุด คือ เนื้องอกในสมอง การชักจะเป็นอาการที่แสดงว่ามีก้อนภายในกะโหลกศีรษะ อีกสาเหตุหนึ่งคือ การบาดเจ็บที่สมอง โดยเฉพาะในรายที่มีแผลเปิด กะโหลกศีรษะและเยื่อหุ้มสมองชั้นดुरาถูกทิ่มแทง จะเพิ่มอัตราการเกิดอาการชักมากขึ้น โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) เป็นอีกสาเหตุของการชักที่พบได้บ่อย ภาวะชักจะพบพร้อมๆกับภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนพยาธิสภาพจากหลอดเลือดชนิดอื่นๆ เช่น AVMs (Arteriovenous malformations) จะพบอาการชักเป็นอาการแรก

การติดเชื้ของระบบประสาทเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการชักได้ ทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง นอกจากนี้การติดเชื้อไวรัสของระบบประสาท ผิในสมอง และเยื่อหุ้มสมองอักเสบก็ทำให้เกิดอาการชักได้เช่นกัน

2.4 กลไกการเกิดอาการชักในผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

ประสาทและสมอง

การเกิดการชักหลังผ่าตัดสามารถเกิดขึ้นได้ทุกระยะเวลา สามารถแบ่งได้ 3 ประเภท ดังนี้

2.4.1 Postoperative immediate seizures จะเกิดอาการชักขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด

2.4.2 Early seizures เกิดอาการชักขึ้นภายใน 1 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด

2.4.3 Late seizures เกิดอาการชักขึ้นภายหลังผ่าตัดไปแล้ว 1 สัปดาห์เป็นต้นไป

ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดอาการชักหลังผ่าตัดมีหลายสาเหตุด้วยกัน เช่น จากพยาธิสภาพของโรค และชนิดของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมองสามารถนำไปสู่อาการชักได้ โดยมีกลไกด้วยกัน 2 กลไก ดังนี้

1. จากอนุมูลอิสระที่รั่วออกจากระบบไหลเวียนเลือด เช่น อนุมูลเหล็ก เมื่อมีอนุมูลอิสระรั่วออกจากระบบไหลเวียนเลือด จะเกิดปฏิกิริยากับไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (Hydrogen peroxide) ที่อยู่รอบๆเนื้อเยื่อ และจับตัวกันเป็นอนุมูลอิสระเข้าสู่เนื้อเยื่อในสมอง ทำให้เกิดอาการชักได้

2. จากความไม่สมดุลของไอออน ซึ่งมีสาเหตุมาจากสมองขาดเลือด หรือขาด oxygen ทำให้เกิดความไม่สมดุลของไอออนระหว่างเยื่อหุ้มเซลล์ ทำให้โครงสร้างของเซลล์ประสาทที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการควบคุมโซเดียม โพแทสเซียม เข้าและออกจากเซลล์ (Sodium-Potassium pump) คือ มีความเข้มข้นของโพแทสเซียมน้อย และความเข้มข้นของโซเดียมมาก ผลจากภาวะไม่สมดุลนี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของเซลล์ประสาทส่งผลให้เกิดภาวะ Immediate หรือ Early seizures ได้ เนื่องจากเซลล์ประสาทพวกนี้จะมีคุณสมบัติยอมให้มีการซึมผ่าน และมีปฏิกิริยาไวเกินต่อปัจจัยต่างๆ ที่มากระตุ้นบริเวณที่เป็นจุดเริ่มต้นของการชัก อาจจะเริ่มที่ตำแหน่งของผนังเซลล์มีการซึมผ่านมากกว่าปกติ จุดนี้อาจเกิดเฉพาะที่ หรือเกิดรอบๆเปลือกของสมอง เมื่อกลุ่มเซลล์ของสมองในบริเวณที่เป็นจุดเริ่มต้นนั้นเป็นเซลล์สมองที่ผิดปกติ ปล่องกระแสไฟฟ้าที่มีโวลต์สูง (เพิ่มทั้งความถี่และแอมพลิจูด) สะสมมากขึ้นจนถึงจุดๆหนึ่งก็จะปล่อยคลื่นไฟฟ้าผิดปกตินี้ ไปกระแทกเซลล์ข้างเคียงทำให้กล้ำมเนื้อหอดตัวเกิดภาวะชักขึ้น

2.5 ประเภทของการชัก

การชักสามารถแบ่งได้หลายวิธี เช่น แบ่งตามสาเหตุของการชัก จามอายุ ตามตำแหน่งของ abnormal discharge แบ่งตามอาการ หรือตามลักษณะที่พบจากการตรวจคลื่นสมอง (Electroencephalography: EEG) การแบ่งชนิดของการชักมนปัจจุบันที่ใช้อยู่ คือ จำแนกตาม International League Against Epilepsy (ILAE) classification (1981) แบ่งได้ 3 ประเภท (ชัยชน โสวัชรวิญญู และคณะ, 2544) ดังนี้

2.5.1 Partial seizure เป็นการชักที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมองจากส่วนใดส่วนหนึ่งของ cortical area ลักษณะการชักจะขึ้นอยู่กับริเวณของสมองที่มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง แบ่งได้ 3 ประเภท ดังนี้

2.5.1.1 Simple partial seizure เป็นอาการชักที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวตลอด เนื่องจาก Epileptic focus ที่เกิดขึ้นไม่ได้กระจายไปตำแหน่งอื่น การชักชนิดนี้มักบอกรอยโรคที่ Cerebral cortex ส่วนนั้นๆ

2.5.1.2 Complex partial seizure เป็นการชักที่พบได้บ่อย โดยผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวระหว่างชัก การชักชนิดนี้ออกมาจาก Temporal lobe ซึ่งในช่วงแรกของการชักผู้ป่วยอาจเริ่มด้วย simple partial seizures ก่อน หรืออาจไม่รู้สึกตัวตั้งแต่แรกเลยก็ได้ ผู้ป่วยอาจมีอาการเหม่อลอย บางครั้งดูเหมือนปกติแต่ไม่สามารถตอบสนองต่อคำถามได้อย่างปกติ หรืออาจแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น เคี้ยวปาก ติดนิ้ว พุดซ้าๆ เป็นต้น อาการชักมักจะนานเป็นนาที ส่วนใหญ่ไม่เกิน 2-3 นาที จากนั้นจะเข้าสู่ postictal phase โดยมักจะเชื่องซึม สับสน ปวดศีรษะหรือนอนหลับ อาจเป็นอยู่นานหลายนาทีถึงหลายชั่วโมง เมื่อรู้สึกตัวดีแล้วมักจะจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้

2.5.1.3 Partial seizure evolving to secondarily generalized tonic clonic seizure ลักษณะอาการเริ่มจากการชักเฉพาะที่และดำเนินต่อไปเป็นการชักเกร็งกระตุกทั้งตัว

2.5.2 Generalized seizure เป็นอาการชักที่เกิดจากความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมองพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง แบ่งได้ 6 ประเภท ดังนี้

2.5.2.1 Absence seizure เป็นอาการชักเหม่อ ส่วนใหญ่จะพบในเด็ก แบ่งได้ 2 ประเภท ดังนี้

2.5.2.1.1 Typical absence เป็นการชักเหม่อแบบไม่รู้ตัว เป็นประมาณ 4-20 วินาที หลังชักผู้ป่วยจะรู้ตัวทันที แต่จำเหตุการณ์ระหว่างชักไม่ได้

2.5.2.1.2 Atypical absence เป็นการชักเหม่อไม่รู้ตัว มีระยะเวลามีอาการนานกว่า Typical absence มักเกิดร่วมกับอาการชักชนิดอื่น

2.5.2.2 Generalized tonic-clonic seizure เป็นอาการเกร็งกระตุกทั้งตัว โดยผู้ป่วยมีอาการหมดสติร่วมกับอาการเกร็ง ตามด้วยกล้ามเนื้อกระตุกเป็นจังหวะ และอาจมีอาการร่วม เช่น กัดลิ้น ปัสสาวะราด เป็นต้น โดยทั่วไปจะใช้ระยะเวลาในการชักรวมไม่เกิน 5 นาที หลังหยุดชักผู้ป่วยมีอาการ postictal phase เช่น สับสน เมื่อรู้สึกตัวจะมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

2.5.2.3 Generalized clonic seizure ผู้ป่วยมีอาการหมดสติและชักกระตุกทั้งตัวเป็นจังหวะ โดยไม่มีอาการเกร็ง

2.5.2.4 Generalized tonic seizure ผู้ป่วยมีอาการหมดสติร่วมกับมีอาการกล้ามเนื้อเกร็งทั้งตัวโดยไม่มีอาการกระตุก

2.5.2.5 Atonic seizure เป็นการสูญเสียความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Sudden loss of tone in postural muscles) และจะล้มลงทันที โดยไม่มีอาการเกร็งกระตุก ผู้ป่วยจะฟื้นตัวเร็ว และไม่มี post-ictal symptoms

2.5.2.6 Myoclonic seizure เป็นการชักที่กล้ามเนื้อมีการกระตุกคล้ายสะดุ้ง ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายหรือทั้งตัวก็ได้ มักเป็นที่แขน 2 ข้าง มักกระตุกช่วงสั้นๆ ไม่เป็นจังหวะ

2.5.3 Unclassified seizure เป็นการชักที่ไม่สามารถจำแนกชนิดของการชักได้

2.6 การวินิจฉัยอาการชัก

2.6.1 การตรวจ Blood chemistry เป็นการตรวจเลือดเพื่อหาสาเหตุทาง metabolic ของการชัก คือ Electrolyte, glucose, calcium, magnesium ตรวจการทำงานของตับและไต

2.6.2 การตรวจคลื่นสมอง (Electroencephalography: EEG) การตรวจนี้จะวัด electrical activity ของสมองผ่านทาง electrodes ที่ติดที่หนังศีรษะ การกระตุ้นผู้ป่วยระหว่างการตรวจ EEG ก็จะทำให้ตรวจพบความผิดปกติได้บ่อยขึ้น โดยการตรวจ EEG จะช่วยให้เห็น electrographic seizure activity ในระหว่างชัก ซึ่งจะพบในผู้ป่วยที่ชักมากกว่าพบในคนปกติ และการตรวจ EEG ยังช่วยบอกชนิดของการชักได้ ทำให้แพทย์สามารถเลือกใช้ยากันชักได้ถูกต้อง

2.6.3 การตรวจทาง Brain imaging การตรวจ MRI จะทำให้เห็นรายละเอียดและความผิดปกติได้ดีกว่าการตรวจ CT SCAN

2.7 การรักษาอาการชัก

เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการชักก็คือ ป้องกันอันตรายในระหว่างชัก กำจัดปัจจัยที่จะทำให้เกิดอาการชัก วินิจฉัยและรักษาสาเหตุของการชัก และควบคุมภาวะชัก เพื่อให้มีวิถีชีวิตตามปกติ

2.7.1 รักษาสาเหตุของการชัก

ในกรณีที่สาเหตุของการชักเกิดจาก metabolic disturbance เช่น สมดุลเกลือแร่ผิดปกติ การรักษาคือการแก้ไขสมดุลเกลือแร่ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของสมอง เช่น เนื้องอกสมอง vascular malformation การผ่าตัดแก้ไขอาจช่วยรักษาอาการชักได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังมีอาการชักต่อเนื่อง จากอีกจุดกำเนิดชักในเนื้อสมองใกล้เคียงหรือผลจากการผ่าตัดหรือฉายแสงที่สมอง ซึ่งส่วนใหญ่จะรับประทานยากันชักต่อเนื่อง และค่อยๆปรับลดยาและหยุดการใช้ยาในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชักเลย

2.7.2 การให้ยากันชัก

การใช้ยาด้านอาการชัก (Antiseizure Drugs) หวังผลเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยชัก หรือไม่มีผลข้างเคียงจากยา ยากันชักออกฤทธิ์โดยยับยั้งหรือขัดขวาง initiation หรือการกระจายของชัก โดยผ่านทาง การปรับเปลี่ยนการทำงานของ ion channels หรือ neurotransmitters ดังนี้

- 2.7.2.1 ยับยั้ง sodium ion dependent action potentials ได้แก่ ยา Phenytoin, Carbamazepine, Lamotrigine, Topiramate, Zonisamide
- 2.7.2.2 ยับยั้ง Voltage-gates calcium channels ได้แก่ ยา Phenytoin
- 2.7.2.3 ลดการหลั่งของ Glutamate ได้แก่ ยา Lamotrigine
- 2.7.2.4 Potentiation of GABA receptor function ได้แก่ ยา Benzodiazepine, Barbiturates
- 2.7.2.5 เพิ่ม availability of GABA ได้แก่ ยา valproic acid, Gabapentin, Tiagabine

เนื่องจากอาการชักมีหลายประเภท ดังนั้นการชักแต่ละประเภทก็ต้องการยาแตกต่างกัน อาจรักษาด้วยยาชนิดเดียว หรือหลายชนิด ถ้าผู้ป่วยมีอาการชักมากกว่าหนึ่งแบบ ย่อมต้องการยากันชักมากกว่าหนึ่งชนิดในการควบคุมการชัก ซึ่งควรเลือกยาที่ออกฤทธิ์ครอบคลุมได้กว้าง (Broad spectrum AED) ในการควบคุมอาการชักของผู้ป่วย (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2554)

3. แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยากันชัก

3.1 ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยากันชัก

Morris and Schulz (1992) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยาไว้ว่าเป็นการปฏิบัติตามของผู้ป่วยในการใช้ยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้องตามหลักการ บริหารยา โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาให้ยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย และผู้ป่วยควรได้รับข้อมูล และคำแนะนำที่เหมาะสมเกี่ยวกับการใช้ยา

Johnson (2002) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยาไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจของผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง จากการที่รับรู้ถึง

ความจำเป็น ข้อดีของการรับประทานยา ความปลอดภัยจากการรับประทานยา รวมถึงการมีสุขภาพที่ดีและภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่ผู้ป่วยเป็น เกิดเป็นรูปแบบของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และปรับเข้าเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้

World Health Organization (2003) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยาไว้ว่าเป็นพฤติกรรมในการใช้ยาของบุคคลที่สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ โดยพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะต้องเกิดจากการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

Osterberg & Blaschke (2005) ให้ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยาไว้ว่า เป็นการรับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้ป่วยรับประทานยาครบตามจำนวนที่ต้องรับประทานยาในแต่ละวัน และรับประทานยาอย่างถูกต้องตามเวลา โดยผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีการวางแผนร่วมกัน และมีการอธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ของการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี

Brunier (2006) กล่าวถึงความร่วมมือในการใช้ยาไว้ว่า เป็นความร่วมมือของผู้ป่วยที่ดำเนินควบคู่ไปกับบุคลากรทางการแพทย์ ในการวางแผนและการรับประทานยาตามแผนการรักษา ให้ถูกต้อง และความถี่ในการใช้ยา

Bosworth (2016) ได้ให้ความหมายของคำว่าความร่วมมือในการใช้ยาไว้ว่าเป็นพฤติกรรมในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งผลการรักษาจะมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอง

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมในการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีความสอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ โดยมีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายในการอธิบายถึงประโยชน์ของการรักษาด้วยยา เพื่อให้มีการใช้ยาที่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของการใช้ยา ส่งผลต่อให้การรักษามีประสิทธิผลสูงสุด

3.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยากันซึก

Osterberg และ Blaschke (2005) กล่าวถึงความร่วมมือในการใช้ยาไว้ว่า เป็นการยึดติดกับสูตรยาที่ได้รับโดยความตกลงระหว่างผู้ป่วยและทีมดูแลรักษา รวมถึง การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลก่อนการเริ่มยา ประโยชน์ของการใช้ยา การบริหารยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รวมถึงความพร้อมในการใช้ยา และผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษาการใช้ยาที่เหมาะสมกับตัวเองได้ พบว่าอุปสรรคในความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่พบได้บ่อย มีสาเหตุ 3 ประการดังนี้

1. ด้านตัวผู้ป่วย ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ที่พบ คือ ลืมรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 30 ละเลยการรับประทานยาคิดเป็นร้อยละ 11 ขาดข้อมูลในการใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 9 และสาเหตุทางด้านอารมณ์คิดเป็นร้อยละ 7

2. ด้านบุคลากรทางการแพทย์ สาเหตุเกิดจากมีการรักษาที่ซับซ้อน ขาดการอธิบายถึงประโยชน์ และผลข้างเคียงของการใช้ยาที่เหมาะสม ไม่ปรับเปลี่ยนการใช้ยาให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย หรือใช้ยาที่มีราคาแพง

3. ด้านระบบบริการสุขภาพ มีสาเหตุมาจากการจำกัดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ จำกัดการจ่ายยา เปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่น ค่ายามีราคาแพง

โดยพบว่าปัจจัยทำนายนที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ปัญหาทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า, ความบกพร่องทางความรู้สึกรู้สึกผิด, การรักษาโรคที่ไม่มีอาการ, การมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือไม่มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล, อาการข้างเคียงของยา, ไม่เชื่อในประโยชน์ของการรักษา, ไม่เข้าใจในความเจ็บป่วยของตนเอง, ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ไม่ดี, มีอุปสรรคในการใช้ยา, ไม่มาตรวจตามนัด, ความซับซ้อนของการรักษา, ปัญหาราคาและค่าใช้จ่ายต่างๆ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่

1. การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น ไม่เข้าใจประโยชน์และความเสี่ยงของการรักษา รวมถึงไม่เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง

2. ปฏิสัมพันธ์ของแพทย์กับระบบบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยขาดข้อมูลเกี่ยวกับราคายา สิทธิการรักษา

3. ปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับระบบบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ไม่ดี การไม่มาตรวจตามนัด มีการเปลี่ยนยาที่ใช้ ไม่สามารถเข้าถึงยาได้ และมีค่าใช้จ่ายเรื่องยาสูง

Osterberg และ Blaschke (2005) แบ่งการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาเป็น 2 ลักษณะ คือ การประเมินทางตรง และการประเมินทางอ้อม

1. การประเมินทางตรง (Direct methods) ได้แก่

1.1. การสังเกตจากผู้ป่วยโดยตรง (Direct Observed Therapy:DOT) เป็นวิธีที่ประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีการรับประทานยาจริง เหมาะกับผู้ป่วยที่มีเจ้าหน้าที่ที่สามารถดูการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ทุกมื้อ แต่วิธีนี้มีข้อเสีย คือ มีความยุ่งยากในทางปฏิบัติ

1.2. การวัดระดับยาในร่างกายจากการตรวจเลือด หรือปัสสาวะ (Therapeutic drug monitoring) เป็นวิธีการวัดความสม่ำเสมอของการรับประทานยาโดยใช้หลักการทางด้านวิทยาศาสตร์ วัดเมตาบอไลต์ของยาในเลือด เพื่อติดตามวัดระดับของในกระแสเลือดว่าอยู่ในระดับที่เหมาะสมหรือไม่ แต่ผลที่ได้อาจไม่สามารถยืนยันความสม่ำเสมอของการรับประทานยาได้ทั้งหมด เนื่องจากอาจมีผลบวกเทียมจากปฏิกิริยาระหว่างยา หรืออาหารบางชนิดที่มีผลต่อเมตาบอไลต์ของยา

1.3. การวัดโดยตรง Biomarkers เป็นวิธีที่เที่ยงตรงที่สุด แต่มีค่าใช้จ่ายสูงและยุ่งยาก

2. การประเมินทางอ้อม (Indirect methods) ได้แก่

2.1. การนับจำนวนเม็ดยา (Pill count) เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก แต่อาจมีข้อผิดพลาดได้หากผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบหรือได้รับยาเกินจากที่แพทย์สั่ง จึงไม่สามารถบอกได้ว่ายาที่ถูกใช้ไปนั้นผู้ป่วยรับประทานได้ถูกต้องหรือไม่

2.2. อัตราการมารับยาตามนัด (Rate of prescription refills) เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งหรือไม่

- 2.3. การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic medication monitors) เป็นวิธีการที่มีความแม่นยำและเที่ยงตรงสูง แต่อุปกรณ์ที่ใช้มีราคาสูง
- 2.4. การตรวจร่างกาย หรือวัดสัญญาณชีพ เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก แต่ผลไม่เที่ยงตรง
- 2.5. การจดบันทึก (Patient diaries) เป็นวิธีที่สามารถทำได้ง่าย แต่ผู้ป่วยอาจบันทึกข้อมูลบิดเบือนไปจากความจริงได้
- 2.6. การรายงานจากผู้ป่วย (Self-report) เป็นการรายงานจากตัวผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ หรือให้ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะการรับประทานยาที่ผ่านมาของผู้ป่วย ข้อดีของวิธีนี้ คือ มีค่าใช้จ่ายน้อย ข้อเสียคือ ผู้ป่วยอาจให้ข้อมูลสูงเกินจริง

WHO (2003) ได้กล่าวถึงปัจจัยของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอไว้ว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 5 ด้าน ดังต่อไปนี้ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย (Patient-related factors) เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ความพึงพอใจในการรักษาของผู้ป่วย ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย (Condition-related factors) เช่น ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านทีมบุคลากรทางสุขภาพและระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (Health care team/health system-related factor) ได้แก่ ระบบสุขภาพของประเทศ ปัญหาการเบิกจ่ายยา และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม (Socioeconomic factor) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Rourke และ Brien (2017) ที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยามีด้วยกัน 5 ด้าน ดังนี้ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ความเชื่อเกี่ยวกับยา ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า การบริหารยา ปัจจัยด้านโรค เช่น ความถี่ของการชัก การควบคุมอาการชัก ปัจจัยด้านการรักษา เช่น จำนวนของยาที่ใช้ ความซับซ้อนของการรักษา ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เช่น คุณภาพของการบริการ ความเชื่อในการรักษา รวมทั้งสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ด้วย และสุดท้ายคือปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว และเพื่อน อาชีพ เป็นต้น (O'Rourke & O'Brien, 2017)

สำหรับการศึกษาในวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Osterberg และ Blaschke (2005) เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในหลายด้าน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาทั้งในและต่างประเทศ จึงได้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยโรคศัลยกรรมระบบประสาทและสมองในงานวิจัยนี้ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม

3.3 เครื่องมือประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

1. Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ชนิด 4 ข้อคำถาม พัฒนาโดย Morisky และคณะในปี ค.ศ.1986 เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมการร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มี 4 ข้อคำถาม โดยลักษณะของคำตอบเป็นเลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ในการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

2. Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ชนิด 8 ข้อคำถาม พัฒนาโดย Morisky และคณะในปี ค.ศ.2008 ซึ่งพัฒนามาจาก Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ชนิด 4 ข้อคำถาม โดยการเพิ่มข้อคำถามที่วัดความร่วมมือในการใช้ยา และเพิ่มเติมข้อคำถามให้ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาตอบว่า “ใช่” เพื่อลดอคติในการตอบปฏิเสธทุกคำถาม

3. The Brief Adherence Rating Scale (BARS) พัฒนาโดย Byerly, Nakonzny และ Rush ในปี ค.ศ. 2008 เป็นเครื่องมือประเมินความถี่ของพฤติกรรมการใช้ยาหรือไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท มี 4 ข้อคำถาม เป็นการประเมินในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินของ Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ชนิด 8 ข้อคำถาม พัฒนาโดย Morisky และคณะในปี ค.ศ.2008 ฉบับภาษาไทยของ จันทิมา ช่วยชุม (2555) โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้งานง่าย และกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษายังคงมีรอยโรคจากการผ่าตัด ยังต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีระยะเวลาในการใช้ยากันชักค่อนข้างนาน คล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชัก

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากันชัก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยโรคลมชักระบบประสาทและสมอง มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยากันชัก ดังนี้

4.1 การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

4.1.1 ความหมายของการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

Leventhal และคณะ (1992) กล่าวว่า บุคคลแต่ละคนต้องแก้ไขปัญหามือเมื่อเผชิญภาวะการเจ็บป่วยหรือภาวะคุกคามทางสุขภาพ จะมีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลความเจ็บป่วยที่ได้รับ ประกอบด้วย การรับรู้อาการ (identity) การรับรู้ผลที่ตามมาจากความเจ็บป่วย (consequence) การรับรู้ช่วงระยะเวลาของความเจ็บป่วย (timeline) การรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วย (cause) และการรับรู้ในความสามารถในการควบคุมหรือรักษา (control) ซึ่งจะเกิดควบคู่กับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย (emotional response to illness) ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวมาจากพื้นฐาน ประสบการณ์ ความรู้ ทักษะของแต่ละบุคคล เกิดเป็นภาพสะท้อนต่อความเจ็บป่วย นำไปสู่การตัดสินใจเพื่อเผชิญปัญหาและจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

กุศล ญาณะจारी (2554) กล่าวว่า การรับรู้คือการแสดงออกทางความคิด ความเข้าใจจากการตีความของสมอง หรือการแปลข้อมูลจากการสัมผัส โดยอาศัยประสบการณ์เดิมและการเรียนรู้เป็นพื้นฐานในการช่วยวัดคุณภาพและความพึงพอใจ

การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นความรู้สึกที่รับรู้ว่าร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน เช่น บางคนคิดว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเพียงความผิดปกติเล็กน้อย ไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ในขณะที่บางคนคิดว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตเป็นอย่างมาก ซึ่งผลที่ตามมา คือ ความวิตกกังวล การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันนี้จึงมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามา เมื่อผู้ป่วยมีความรู้

ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญในการรักษา ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านชักอย่างถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ และใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ใช่ใช้ยาเมื่อมีอาการชัก หรือหยุดยาเมื่อไม่มีอาการชัก (Saengsuwan et al., 2012)

การรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึง การตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคลเมื่อเผชิญกับภาวะทางสุขภาพ โดยอาศัยประสบการณ์พื้นฐานของแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่จะเผชิญปัญหาหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น หากพฤติกรรมนั้นๆ ถูกต้อง ก็จะมีปฏิบัติต่อไป

4.1.2 เครื่องมือประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย

1. The Illness Perception Questionnaire (IPQ) ของ Weinman และคณะ (1996)

สร้างขึ้นจากแนวคิดการควบคุมตนเองของ Leventhal (1984) เป็นแบบประเมินการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคลำไส้เนื้อหัวใจขาดเลือด มีจำนวนข้อคำถาม 38 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านอาการของโรค สาเหตุของการเกิดโรค ด้านระยะเวลาของโรค ด้านผลกระทบของโรค ด้านการรักษาและการควบคุมโรค

2. The Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) ของ Morris และคณะ (2002) ซึ่งพัฒนาต่อมาจาก The Illness Perception Questionnaire ของ Weinman และคณะ (1996) เพื่อให้ประเมิน 2 ส่วน คือ การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและการตอบสนองต่ออารมณ์ของบุคคล มีจำนวนข้อคำถาม 80 ข้อคำถาม

3. The Brief Illness Perception Questionnaire ของ Broadbent (2006) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาต่อมาจาก The Illness Perception Questionnaire (IPQ) ของ Weinman และคณะ (1996) โดยปรับปรุงให้มีความกระชับมากขึ้น แบบประเมินแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองด้านอารมณ์ ต่อมาเมื่อผู้แปลเป็นภาษาไทยโดยเกื้อกุล โอบารววัฒน์ (2561) ผ่านกระบวนการแปล และแปลย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา โดยลักษณะของแบบสอบถามมีทั้งหมด 9 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรค (cognitive representation) ลักษณะคำตอบเป็นเป็นมาตราวัดแบบประมาณค่า (Likert scale) 10 ระดับ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน โดย 0 คะแนนหมายถึง การรับรู้ต่ำ และ 10 คะแนนหมายถึง การรับรู้สูง และส่วนที่ 2 คือ การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) เป็นข้อคำถามปลายเปิด ให้ผู้ป่วยระบุคำตอบที่เป็นสาเหตุของโรค

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถาม The Brief Illness Perception Questionnaire ของ Broadbent (2006) (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ถูกสร้าง และพัฒนาขึ้น และได้มีการนำไปใช้ในการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลากหลายโรค ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินที่แปลเป็นภาษาไทยโดยเกื้อกุล โอบารววัฒน์ (2561) มาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษายังคงมีรอยโรคจากการผ่าตัด ยังต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีระยะเวลาในการใช้ยากันชักค่อนข้างนาน คล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

4.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

จากแนวคิดของ Osterberg และ Blaschke (2005) ในเรื่องความร่วมมือในการใช้ยากันชักในด้านตัวผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าหากผู้ป่วยรับรู้ว่าการชักที่เกิดขึ้นเกิดจากโรคที่ตนเองกำลังเป็นอยู่

เข้าใจถึงสาเหตุของโรค มีระยะเวลาของการรักษา และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ความเชื่อของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับประทานยา (Horne, 2003) ถ้าหากผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยในทางลบ เกิดภาวะคุกคามของโรคเพิ่มขึ้น มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำ จะทำให้การฟื้นฟูร่างกายเป็นไปได้อย่างช้าๆ และส่งผลให้เกิดความพิการมากขึ้น (Unyime Eshiet, 2020) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญในการรับประทานยากันชักอย่างถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ใช่รับประทานยาเมื่อมีอาการชัก หรือหยุดรับประทานยาเมื่อไม่มีอาการชัก เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับอาการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จะเกิดการวางแผนและเผชิญปัญหาการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Unyime Eshiet และคณะ (2020) ที่ศึกษาถึงความสามารถในการทำนายของการรับรู้การเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการใช้ยากันชัก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ว่าการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรครุนแรง เนื่องจากมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำ จะทำให้การฟื้นฟูร่างกายเป็นไปได้ช้าๆ และส่งผลต่อความพิการมากขึ้น (Unyime Eshiet, 2020) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Saengsuwan และคณะ (2012) ที่ว่าเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยากันชัก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เพื่อควบคุมหรือป้องกันไม่ให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น (Saengsuwan et al., 2012)

4.2 การจัดการตนเอง

4.2.1 ความหมายของการจัดการตนเอง

Cooper และ Clark (1999) อธิบายถึงการจัดการตนเองไว้ว่า การจัดการตนเอง เป็นการให้ความรู้ และทักษะแก่ผู้ป่วยในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ หรือภาวะความเจ็บป่วยเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมถึงการจัดการด้านอารมณ์และสังคมที่อาจจะเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยด้วย

Barlow และคณะ (2002) กล่าวถึงความหมายของการจัดการตนเองไว้ว่า การจัดการตนเอง เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการอาการของโรค การรักษา ผลกระทบของความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตอันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วย

Delorio และคณะ (2003) กล่าวถึงการจัดการตนเองไว้ว่า เป็นพฤติกรรม การเรียนรู้ของบุคคลในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการจัดการความเจ็บป่วย มีการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในอาการที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย มีการสังเกต และติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง มีกระบวนการรู้คิด สามารถแยกแยะถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของตนเองได้

Song & Lipma (2008) ให้ความหมายของการจัดการตนเองไว้ว่า เป็นการกระทำหรือพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการจัดการการเจ็บป่วย และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย (Song & Lipman, 2008)

การจัดการตนเอง จึงหมายถึง เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่สัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วย และสามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง และรวมถึงอารมณ์และสังคมที่เกิดขึ้นจากภาวะการเจ็บป่วยนั้นได้ด้วยตนเอง ตามแนวทางที่ได้รับความรู้จากทีมสุขภาพ ทำให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆได้อย่างเหมาะสม

4.2.2 เครื่องมือประเมินการจัดการตนเอง

1. แบบประเมินการจัดการตนเองของ Cutin และคณะ (2008) เป็นแบบประเมินการจัดการตนเอง มีข้อคำถาม 37 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแล 7 ข้อ ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง 11 ข้อ ด้านการพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง 10 ข้อ และด้านการปฏิบัติตามในรื่องยา 1 ข้อ

2. The Patient Activation Measure ของ Hibbard และคณะ(2004) มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อคำถาม ครอบคลุม การประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมใน การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีสถานะการเจ็บป่วย และตามวัตถุประสงค์การประเมิน การจัดการตนเอง ได้แก่ ประเมินประสบการณ์ การใช้ความรู้ ทักษะ กระบวนการจัดการภาวะ เจ็บป่วย เน้นการประเมินความสามารถ ในการจัดการภาวะสุขภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Hibbard, Stockard, Mahoney, & Tusler, 2004) ลักษณะคำตอบเป็นเป็นมาตราวัดแบบประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 52 คะแนน โดยช่วงคะแนน 13-35 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าใจความต้องการใน บทบาทการดูแลสุขภาพของตนเอง ยังไม่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วย และการดูแลตนเอง ช่วงคะแนน 36-38 หมายถึง ผู้ป่วยขาดความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วย และการดูแลตนเอง มีประสบการณ์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพน้อย ช่วงคะแนน 39-42 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วย และการดูแลตนเอง มีประสบการณ์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนน 43-52 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. Epilepsy Self-management Scale (ESMS) ของ Dilorio และคณะ (2004) มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อคำถาม และได้พัฒนาแบบสอบถามโดยเพิ่มข้อคำถามอีก 12 ข้อคำถาม รวมเป็น 38 ข้อคำถาม ประเมินใน 5 ด้าน คือการจัดการตนเองในการรับประทานยา การจัดการตนเอง ด้านการรับรู้ข้อมูล ด้านความปลอดภัย ด้านอาการชัก และด้านการดำเนินชีวิต โดยมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และตลอดเวลา โดยหากมีคะแนนรวมสูง แสดงว่าผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการจัดการตนเอง Epilepsy Self-management Scale (ESMS) ของ Dilorio และคณะ (2004) ฉบับภาษาไทยของราตรี ตาลเชื้อ (2554) โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษากับผู้ป่วยโรคลมชัก มีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ มีการใช้ยากันชักประเภทเดียวกัน ระยะเวลาที่ใช้ยากันชักมีระยะเวลานาน ถึงแม้ว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดการชักจะมีสาเหตุที่แตกต่างกัน แต่ลักษณะของการชักเหมือนกัน

4.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

การจัดการตนเอง เป็นการกระทำที่ควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเป็นความสามารถในการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรค (Creer & Holroyd, 2006) เนื่องจากภายหลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีปัญหากับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิม (Johns Hopkins Medicine, 2019) อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยากันชักได้

4.3 ภาวะซึมเศร้า

4.3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck และคณะ (1979) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่เกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม ซึ่งมีลักษณะความคิดที่บิดเบือนไป

Beeber (1998) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าไว้ว่า เป็นภาวะที่บุคคลแสดงอาการเศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าตนเองสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง

ดวงใจ (2542) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า เป็นภาวะที่จิตใจหม่นหมอง มีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ นอนไม่หลับ มองโลกในด้านลบ ขาดความเชื่อมั่น วิตกกังวล ทำให้เกิดผลกระทบท่ออาชีพการงาน หรือการเรียน ตลอดจนความสัมพันธ์กับผู้อื่น

กฤติกา และสรินทร์ (2550) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า เป็นภาวะที่จิตใจแสดงออกให้เห็นถึงความหม่นหมอง เศร้าโศก ไม่มีความสุข ขาดสมาธิ ไม่มีชีวิตชีวา ท้อแท้ เบื่อหน่าย ภาวะซึมเศร้ามีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรง โดยระดับรุนแรงจะส่งผลถึงกิจวัตรประจำวัน และความสัมพันธ์กับผู้อื่น

จากความหมายข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงการเบี่ยงเบนด้านความคิดและการรับรู้ของบุคคล โดยแสดงออกทั้งด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและพฤติกรรมต่ออาการเจ็บป่วย

4.3.2 เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า

1. Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1961 เพื่อวัดอาการของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ และได้ปรับปรุงใหม่ในปี ค.ศ.1987 มีข้อคำถาม 21 ข้อ คำถาม เป็นคำถามด้านจิตใจ 15 ข้อ และเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย 6 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย 4 ตัวเลือก การแปลผลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ คะแนนระหว่าง 0 ถึง 9 คะแนน แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 10 ถึง 15 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คะแนน 16 ถึง 19 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 20 ถึง 29 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก และคะแนนระหว่าง 30 ถึง 63 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

2. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) ของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน เป็นแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ เพื่อวัดในแง่ของกลุ่มอาการ ไม่ใช่เพื่อวินิจฉัยโรค มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อคำถาม เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดขึ้นจากการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออกและอาการที่เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

3. Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้วัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ สร้างโดยศาสตราจารย์ฮามิลตัน จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ในปี ค.ศ. 1950 และได้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อคำถาม ลักษณะคำถามเน้นการประเมินในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า การให้คะแนนและการจัดกลุ่มระดับคะแนน จะแบ่งตามความรุนแรง ตั้งแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจนถึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมิน Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) ฉบับภาษาไทยโดยราตรี ตาลเชื้อ (2554) โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษายังคงมีรอยโรคจากการผ่าตัด ยังต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีระยะเวลาในการใช้ยากันชักค่อนข้างนาน คล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

4.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองจะต้องเผชิญกับอาการทางร่างกาย เช่น ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว ความผิดปกติในการสื่อสาร เป็นต้น ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายลดลง ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า (อำนาจพร อาษานอก, 2549) สามารถพบภาวะซึมเศร้าได้มากในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง (ดร.ณวรรณ จันทร์แก้ว, 2554) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง ทำให้อาการทางร่างกายแย่ลงตามไปด้วย ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดสมอง อาจพบอาการซึมเศร้า เนื่องจากไม่สามารถกำหนดรูปแบบของการเจ็บป่วย ไม่สามารถประเมินสภาพของการเจ็บป่วยและทำนายผลที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน อาจเนื่องมาจากปัญหาด้านการสื่อสาร ความบกพร่องด้านร่างกาย รู้สึกตนเองเป็นภาระ สูญเสียหน้าที่ทางสังคม ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซ้ำซ้อนใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง นำไปสู่ความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยากันชัก ทำให้อาการทางร่างกายแย่ลงตามไปด้วย (ภัทรา พิมสาร, 2558)

4.4 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

4.4.1 ความหมายของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

WHO (1975) ให้ความหมายของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาไว้ว่าเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ และเป็นอันตรายต่อมนุษย์ โดยใช้ในขนาดปกติ เพื่อวินิจฉัย ป้องกัน หรือรักษาโรค ไม่รวมถึงการใช้ยาเกินขนาด

สุณี เลิศสินอุดม (2551) ให้ความหมายของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาไว้ว่าเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อใช้ยาในขนาดปกติ เพื่อการป้องกัน วินิจฉัย บำบัดรักษาโรค เพื่อการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานของกลไกต่างๆในร่างกาย

จากความหมายข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หมายถึงปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาในขนาดปกติเพื่อการป้องกัน วินิจฉัย รักษาโรค หรือเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกาย ไม่รวมถึงการใช้ยาเกินขนาด ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย

4.4.2 เครื่องมือประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

1. The Adverse Event Profile for persons with epilepsy ของ Martin และคณะ (2011) ซึ่งพัฒนามาจาก The Liverpool Adverse Event Profile มีจำนวนข้อคำถาม 21 ข้อคำถาม เป็นการประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากันชัก มีมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเกิดอาการ จนถึง 4 คะแนน หมายถึง เกิดอาการนี้เป็นประจำ

2. A-B Neuropsychological Assessment Schedule (ABNAS) ของ Brooks และคณะ (2001) มีจำนวนข้อคำถาม 24 ข้อคำถาม เป็นแบบประเมินความรุนแรงของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยที่ใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท ไม่ได้เน้นเฉพาะโรค โดยแบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความเขื่องช้า ความจำ การมีสมาธิ การเคลื่อนไหว ภาษาและการออกเสียง โดยมีมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีปัญหา จนถึง 3 คะแนน หมายถึง มีปัญหาอย่างมาก

3. The SEIZES-B ของ Matson และคณะ ปี ค.ศ. 2005 มีจำนวน 52 ข้อ เป็นแบบประเมินความรุนแรงของการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยากันชักที่มีต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย 14 ระบบ โดยมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ โดยมีคะแนน 0 คะแนน คือ ไม่เกิดอาการข้างเคียงที่รบกวนกิจวัตรประจำวัน จนถึง 3 คะแนน คือ เกิดอาการข้างเคียงที่รบกวนกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมาก

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถาม The Adverse Event Profile for persons with epilepsy ของ Martin และคณะ (2011) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยจันทิมา ช่วยชุม (2555) โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษากับผู้ป่วยโรคลมชัก มีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ มีการใช้ยากันชักประเภทเดียวกัน ระยะเวลาที่ใช้ยากันชักมีระยะเวลานาน ถึงแม้ว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดการชักจะมีสาเหตุที่แตกต่างกัน แต่ลักษณะของการชักเหมือนกัน

4.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากันชักกับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

ยากันชักเป็นยาที่ใช้ในการรักษาอาการชัก หรือการรักษาอาการปวดของระบบประสาท ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้ยากันชักเป็นเวลานาน ซึ่งยากันชักแต่ละชนิดมีคุณสมบัติที่ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อร่างกายแตกต่างกัน และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยากันชักไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากไม่สามารถทนต่ออาการที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้คำแนะนำในเรื่องของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากันชักแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และป้องกันปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยากันชักได้

4.5 การสนับสนุนทางสังคม

4.5.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Brandt and Weinert (1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในสังคมและครอบครัวในด้านต่างๆ เช่น ความรู้สึกรอบอุ้ม ความปลอดภัย ความรักใคร่ผูกพัน รวมทั้งความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ ทำให้ส่งเสริมความมีคุณค่าในตัวเอง รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นไปในทางที่ดี

Norbeck (1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลง จากการ

ได้รับข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง สามารถป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นถึงความมีคุณค่า และการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ ให้คำแนะนำข้อมูล วัสดุสิ่งของ หรือบริการต่างๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Tiden และ Weinert (1987) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นการช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม

จึงสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ในการได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว รวมทั้งบุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการยอมรับนับถือ และการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในสังคม

4.5.2 เครื่องมือประเมินการสนับสนุนในสังคม

1. Personal Resource Questionnaire (PRQ) ของ Brandt and Weinert (1981) เป็นการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Weiss มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 7 ระดับ โดยคะแนนรวมสูงจะแสดงถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

2. Social Support Questionnaire (SSQ) ได้รับการพัฒนาและทดสอบโดย Sarason และคณะ (1983) ใช้วัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่มี มีจำนวน 27 ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมาก

3. The ENRICHED Social Support Questionnaire เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีจำนวนข้อคำถาม 7 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยคะแนนเฉลี่ยน้อย แสดงว่า มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย ถ้าคะแนนเฉลี่ยมาก แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมดี

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถาม The ENRICHED Social Support Questionnaire ฉบับภาษาไทยของมลฤดี บุราณ (2548) โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษามีการรักษารักษาอย่างต่อเนื่อง และมีระยะเวลาในการใช้ยาเกินหกเดือนยาวนาน คล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

4.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนในสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับภาวะสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย โดยจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีคุณค่า เกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะประกอบไปด้วยความรักใคร่ผูกพัน ความช่วยเหลือเรื่องข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ความมั่นใจในความมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อสุขภาพทางอ้อม โดยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ช่วยให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่

คุกคามได้ สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี และมีคนคอยให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถปรับตัวเข้ากับสถานะของโรค และให้ความร่วมมือในการรับประทานยา กินชั๊กได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chinnaiyan, Narayana และ Nanjappa (2017) การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา กินชั๊ก จากการศึกษาพบว่า คนในครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งเพื่อนจะคอยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Chinnaiyan et al., 2017)

5. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา กินชั๊กในผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

อาการชักหลังผ่าตัดสมองเป็นภาวะที่อันตราย เพราะอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase intracranial pressure) และเลือดออกบริเวณที่ผ่าตัดได้ ดังนั้นการควบคุมการชักจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการผ่าตัดสมอง บุคคลที่จะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการใช้ยา กินชั๊กคือ พยาบาล เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด สิ่งที่สำคัญมากที่สุด คือ พยาบาลจะต้องสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยและต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยด้วย

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา กินชั๊กแก่ผู้ป่วย มีดังนี้

1. ช่วยปรับแผนการใช้ยา กินชั๊กให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา กินชั๊กของผู้ป่วย และต้องเลือกใช้แผนที่ย่าง ไม่ซับซ้อนในรายที่มีข้อจำกัด
2. พยาบาลต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการให้คำแนะนำ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลา และความชำนาญในการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย
3. พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือและไว้วางใจ ตลอดจนให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้ ข้อบ่งใช้ อาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และข้อปฏิบัติเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ปฏิกริยาระหว่างยาตัวอื่น และการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง
4. พยาบาลควรมีการสื่อสารที่ดี คือ มีการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ใช้การสื่อสารแบบ 2 ทาง เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา และควรใช้การสื่อสารที่เป็นทั้งคำพูด (Verbal communication) และการสื่อสารที่ไม่เป็นคำพูด (Nonverbal communication) อย่างเหมาะสม รวมทั้งการแสดง ความสนใจผู้ป่วย และประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อประเมินการตอบสนองของผู้ป่วย
5. พยาบาลควรมีความสามารถในการประเมินความรู้ ความสามารถ และปัญหาของผู้ป่วย แต่ละรายในเรื่องของโรคที่เป็นและการใช้ยา ที่ถูกต้อง มีการติดตามและประเมินผลการให้คำปรึกษา และคำแนะนำที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ และควรมีการเก็บบันทึกผลการให้คำแนะนำไว้ในประวัติผู้ป่วยด้วย
6. ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยกล้าที่จะ ชักถามข้อสงสัย ลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยากันชัก ทั้งในและต่างประเทศ ดังนี้

Buck และคณะ (1997) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยากันชัก โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชักในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา หรือในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชักซ้ำในระยะเวลา 2 ปี แต่ยังมีการใช้ยากันชักอยู่ จำนวน 696 คน เพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยากันชัก ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยทางคลินิก และปัจจัยจากแพทย์ผู้ทำการรักษา

Hovinga และคณะ (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยากันชักกับการควบคุมอาการชัก คุณภาพชีวิต และความสามารถในการทำงาน ในผู้ป่วยที่มีอาการชักจำนวน 408 คน พบว่าร้อยละ 29 ของผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยากันชักมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการควบคุมอาการชัก มีคุณภาพชีวิตลดลง และความสามารถในการทำงานลดลง โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยากันชักประกอบด้วย 4 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย โดย พบว่าสาเหตุหลักคือ ลืมรับประทานยา หรือไม่มียาอยู่ในมือ คิดเป็นร้อยละ 72

2. ปัจจัยปัจจัยด้านความเจ็บป่วย พบว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยากันชักมีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ปัจจัยด้านการรักษา พบว่าการควบคุมอาการชักมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงการรักษา การเปลี่ยนแปลงการรักษาที่พบมีดังนี้ เปลี่ยนขนาดของยาที่ใช้ คิดเป็นร้อยละ 70 เปลี่ยนไปใช้ยาชนิดใหม่คิดเป็นร้อยละ 61 ใช้ยาชนิดใหม่เพิ่มคิดเป็นร้อยละ 56 เปลี่ยนส่วนประกอบของยาคิดเป็นร้อยละ 16

4. ปัจจัยด้านผู้ทำการรักษา ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง โดยพบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ผู้ทำการรักษาที่ดี จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีไปด้วย

Jones และคณะ (2006) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยโรคลมชัก ในกลุ่มที่ได้รับยากันชัก จำนวน 54 คน มีอายุระหว่าง 18-60 ปี มีการใช้ยากันชักอย่างน้อย 1 ชนิด ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 59 ของผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยากันชัก ทำให้การควบคุมการชักเป็นไปได้ไม่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยากันชักจะมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Bautista และ Glen (2009) ทำการเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรุนแรงของอาการชักกับคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคลมชักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 142 คน และยังมีอาการชัก ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการชัก และความถี่ของการชักมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีอาการชัก 1 ครั้งต่อปี มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาการชักวันละ 1 ครั้ง

Sweilieh และคณะ (2011) ศึกษาการรายงานความร่วมมือในการใช้ยากันชักด้วยตนเองและความพึงพอใจในการรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก จำนวน 75 คน อายุระหว่าง 18-65 ปี มีการใช้ยากันชักอย่างน้อย 1 ชนิด และไม่มีอาการเปลี่ยนชนิดของยากันชักครั้งสุดท้ายนาน 6 เดือน ผลการศึกษา พบว่า

ระดับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 14.7 ระดับความร่วมมือในการใช้ยากันชักระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.3 ระดับความร่วมมือในการใช้ยากันชักในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 36

Verma และคณะ (2018) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อในการใช้ยา กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักในผู้ป่วยโรคลมชักในประเทศอินเดีย จำนวน 230 คน มีอายุระหว่าง 18 – 65 ปี พบว่าเหตุผลของความไม่ร่วมมือในการใช้ยากันชัก คือ ลืมรับประทานยาคิดเป็นร้อยละ 77.9 ไม่มีเวลา คิดเป็นร้อยละ 12.2 หยุดการใช้ยาเพราะรู้สึกว่าการแ่ล่ง คิดเป็นร้อยละ 6.9 หยุดยาเพราะรู้สึกว่าการแ่ล่งดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 3 และพบว่าผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยากันชักดีจะมีความรุนแรงของอาการชักน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยากันชักที่ไม่ดี

สุณี เลิศสินอุดม (2551) ที่ศึกษาเรื่องการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องในการใช้ยากันชักโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคลมชัก ในคลินิกโรคลมชัก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปี พ.ศ.2548 ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 255 คน เกิดปัญหาในการใช้ยาคิดเป็นร้อยละ 63.53 ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ

1. ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 58.47 อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่ เหนืออึดอัด คิดเป็นร้อยละ 60.28 น้ำหนักเพิ่ม คิดเป็นร้อยละ 12.15 และมีมือสั่น คิดเป็นร้อยละ 12.15

2. ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยากันชัก คิดเป็นร้อยละ 32.79 โดยพบว่าปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยขาดยา คิดเป็นร้อยละ 89.17 ใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง คิดเป็นร้อยละ 6.67 และใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง คิดเป็นร้อยละ 4.17

3. ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากันชักกับยาตัวอื่นที่ส่งผลทางคลินิก คิดเป็นร้อยละ 1.91

4. ปัญหาไม่ได้รับยาตามที่แพทย์สั่ง คิดเป็นร้อยละ 2.46

ปฐมพร และลาวัลย์ (2555) เขียนบทความทางวิชาการเกี่ยวกับการให้ยากันชักสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ว่ามีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 2 ประการคือ เพื่อรักษาและเพื่อป้องกันอาการชัก เนื่องจากการชักเป็นอาการนำของในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง คิดเป็นร้อยละ 30-50 และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดการชักหลายปัจจัย เช่น ชนิดของเนื้องอก ตำแหน่งของเนื้องอก การเปลี่ยนแปลงของสมองรอบๆ เนื้องอก ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อจุดกำเนิดการชัก (epileptic foci) ดังนั้นการควบคุมการชักจึงเป็นสิ่งที่สำคัญต่อผลลัพธ์หลังผ่าตัด เพราะถ้าหากผู้ป่วยมีอาการชักขณะหรือหลังผ่าตัด จะทำให้เพิ่มภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น และอาจทำให้มีเลือดออกในตำแหน่งที่ผ่าตัดได้ เป็นต้น และมักพบผลข้างเคียงจากการให้ยากันชักในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกสมองมากกว่าผู้ป่วยที่ชักจากสาเหตุอื่น ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ลดลง กดการทำงานของไขกระดูก รบกวนการทำงานของตับและปฏิกิริยาของผิวหนัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับและไตแ่ล่ง จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียงจากยากันชักมากขึ้น

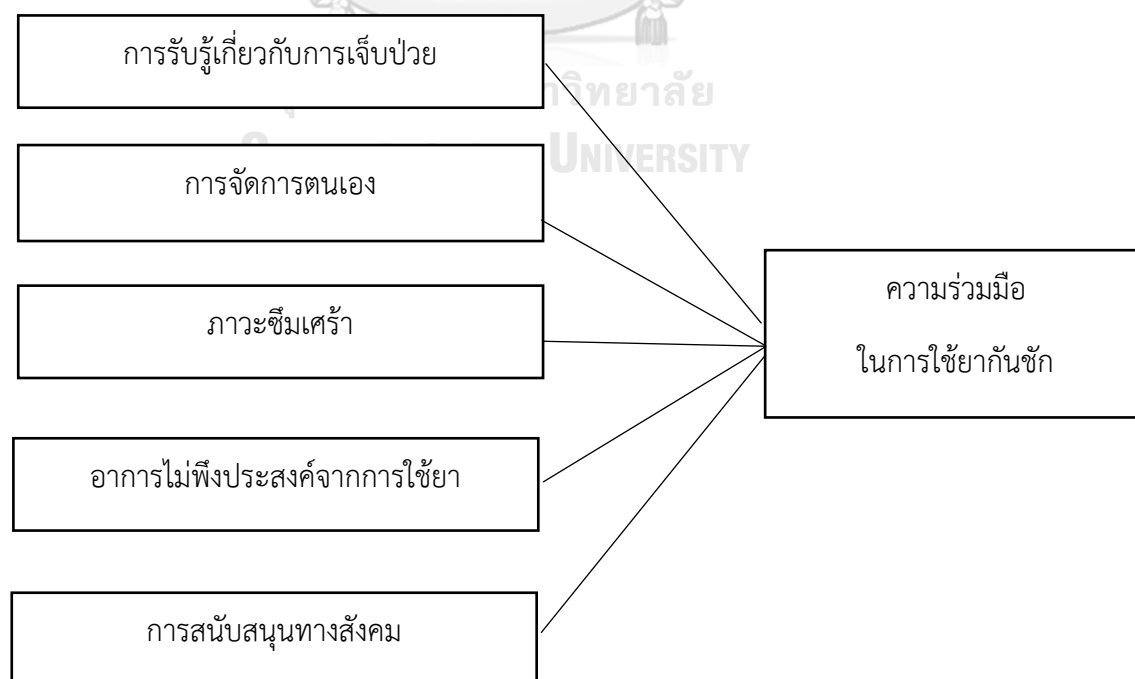
ราตรี ตาลเชื้อ (2554) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคลมชัก โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยากันชักไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยากันชัก 2 ชนิด คิดเป็น

ร้อยละ 42 และกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับประทานยา Phenobarbital ซึ่งมีผลทำให้ระดับโพแทสเซียมในร่างกายลดลง ส่งผลให้ระดับโดปามีน ที่เป็นสารสื่อประสาทที่ทำให้เกิดความสุขลดลง เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาททำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

จันทิมา ช่วยชุม (2555) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ของผู้ป่วยโรคลมชัก ในผู้ป่วยโรคลมชัก เพศชายและเพศหญิง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคลมชักของโรงพยาบาลศูนย์ตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 115 คน จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเพศชายร้อยละ 50.43 เพศหญิงร้อยละ 49.57 มีอายุเฉลี่ย 36.50 ปี มีความร่วมมือในการใช้ยากันชักในระดับต่ำ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 53.04 มีความร่วมมือในการใช้ยากันชักระดับปานกลางและระดับสูงเท่ากัน คือ 27 คน คิดเป็นร้อยละ 23.48 มีตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยโรคลมชักได้ คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพราะสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกระบบของร่างกาย โดยเกี่ยวข้องกับกลไกการออกฤทธิ์ของยาที่ขึ้นอยู่กับขนาดของยาและความเข้มข้นของระดับยาในกระแสเลือด และตัวแปรภาวะซึมเศร้า ก็ไม่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยได้เช่นกัน เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อเป็นวงกว้างไม่เพียงแต่การใช้ยากันชักของผู้ป่วยที่ไม่สม่ำเสมอเท่านั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรทั้ง 5 ตัวแปร ดังนี้ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเป็นตัวแปรที่พยาบาลสามารถเข้าไปประเมิน และให้การพยาบาลได้ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยากันชักที่ดีที่สุด ดังกรอบแนวคิดในการวิจัย

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาแก้อักเสบของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยาแก้อักเสบของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการรักษาจากแพทย์โดยการผ่าตัดทางระบบประสาทและสมอง และได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาแก้อักเสบ ที่มารับการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการรักษาจากแพทย์โดยการผ่าตัดทางระบบประสาทและสมอง และได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาแก้อักเสบ ที่มารับการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดกรุงเทพมหานคร เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ จำนวน 110 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. สุ่มเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง โดยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Thorndike (1874 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) ดังนี้คือ

$$n = 10k + 50$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

k = จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

แทนค่าในสูตร

$$n = (10 \times 6) + 50$$

$$= 110$$

พบว่ามีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 110 คน

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากแพทย์โดยการผ่าตัดทางระบบประสาทและสมอง และได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาแก้อักเสบ
2. สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
3. มีระดับความรู้สีกตัวดี Glasgow coma scale 15 คะแนน

4. ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่ต้องรับประทานยาเป็นประจำ เช่น โรคเบาหวาน ความดัน
5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ประกอบด้วยแบบประเมิน 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษา ด้วยยา และความถี่ของการซัก โดยลักษณะของแบบประเมินจะเป็นข้อคำถามปลายเปิดที่มีตัวเลือกให้เลือกตอบ และแบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และการรักษาที่ได้รับ (โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับย่อ The Brief Illness Perception Questionnaire ของ Broadbent (2006) ฉบับภาษาไทยของเกื้อกุล โอฬารวัฒน์ (2561) โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง มีจำนวน 9 ข้อคำถาม โดยข้อคำถามที่ 1- 8 เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Likert scale) 10 ระดับ โดยปลายเส้นด้านซ้ายสุด คือ 0 กำกับด้วยข้อความ “ไม่มีเลย” และด้านขวามือสุด คือ 10 กำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด” ยกเว้นข้อคำถามข้อที่ 9 เป็นข้อคำถามปลายเปิด โดยให้ผู้ป่วยระบุสาเหตุของการเกิดโรค 3 สาเหตุ ตามลำดับความสำคัญ รายละเอียดของข้อคำถามมีดังนี้

1. การรับรู้มโนภาพการเจ็บป่วยด้านการรู้คิด (Cognitive representation) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ดังนี้

- คำถามข้อที่ 1 คือ ด้านผลกระทบต่อการเจ็บป่วย
- คำถามข้อที่ 2 คือ ด้านระยะเวลาการดำเนินโรค
- คำถามข้อที่ 3 คือ ด้านความสามารถในการควบคุมตนเอง
- คำถามข้อที่ 4 คือ ด้านประสิทธิภาพการรักษาการเจ็บป่วย
- คำถามข้อที่ 5 คือ ด้านลักษณะอาการของโรค
- คำถามข้อที่ 7 คือ ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับโรค

2. การรับรู้มโนภาพการเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (Emotional representation) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ดังนี้

- คำถามข้อที่ 6 คือ ด้านความกังวลเกี่ยวกับโรค
- คำถามข้อที่ 8 คือ ด้านผลกระทบต่ออารมณ์

จากข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อคำถาม มีข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 5 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อคำถามข้อที่ 1,2,5,6 และ 8 ข้อคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อคำถามข้อที่ 3,4 และ 7

เกณฑ์การให้คะแนน การคิดคะแนนรวมต้องทำการกลับคะแนนในข้อคำถามข้อที่ 3,4 และ 7 ก่อนนำมาคิดคะแนนรวม โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคน้อย คคะแนนน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคน้อย (ดารา วงษ์กวน, 2560)

การแปลผลคะแนน จะแบ่งระดับการรับรู้การเจ็บป่วยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (เกื้อกุล โอฟารวัฒน์, 2561)

ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	ช่วงคะแนน
การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับน้อย	1 – 20.33
การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับปานกลาง	20.34 – 39.67
การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับสูง	39.68 – 59.00

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อความ ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน การแปลผลของคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 1 คน

2. อาจารย์พยาบาลทางการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีความชำนาญด้านการพยาบาลทางศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 3 คน

3. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 1 คน

คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Polit & Hungler, 1999) นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผลพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อความกับคำนิยาม ซึ่งกำหนดระดับคะแนนความสอดคล้องตามความคิดเห็น ตามลำดับคะแนน 4 ระดับ ดังนี้

4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง ข้อคำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

2 หมายถึง ข้อคำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

สูตรในการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ

$$\text{ดัชนีความตรงตามเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เท่ากับ 1.00 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในบางข้อ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาไปหาความเที่ยงของแบบประเมินโดยนำไปทดลองจริงกับผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง และนำข้อมูลที่ได้คำนวณหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.73

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการจัดการตนเอง ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการจัดการตนเอง Epilepsy Self-management Scale (ESMS) ของ Dilorio และคณะ (2004) ฉบับภาษาไทยของราตรี ตาลเชื้อ (2554) โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง โดยตัดข้อความในการประเมินด้านการจัดการตนเองในการรับประทานยาออก เพื่อลดความซ้ำซ้อนของตัวแปร เหลือข้อความ 28 ข้อคำถาม ดังนี้

1. การจัดการตนเองด้านการรับรู้ข้อมูล จำนวน 8 ข้อคำถาม
2. ด้านความปลอดภัย จำนวน 8 ข้อคำถาม
3. ด้านอาการชัก จำนวน 6 ข้อคำถาม
4. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 6 ข้อคำถาม

โดยมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และตลอดเวลา

เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็นการแปลผลคะแนนในด้านบวก และการแปลผลคะแนนในด้านลบ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามในด้านบวก ได้แก่ ข้อคำถามข้อที่ 1, 2, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 26 และ 27

ค่าคะแนน	ความหมาย
1	ไม่เคยมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย
2	นานๆครั้ง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
3	บางครั้งมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
4	บ่อยครั้งมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
5	ตลอดเวลาที่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามในด้านลบ ได้แก่ ข้อคำถามข้อที่ 4, 6, 8, 17, 21, 23, 24, 25 และ 28

ค่าคะแนน	ความหมาย
5	ไม่เคยมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย
4	นานๆครั้ง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
3	บางครั้งมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
2	บ่อยครั้งมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
1	ตลอดเวลาที่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น

การแปลผลคะแนน นำคะแนนของทุกข้อรวมกัน คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการจัดการตนเอง

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน การแปลผลของคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 1 คน

2. อาจารย์พยาบาลทางการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีความชำนาญด้านการพยาบาลทางศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 3 คน

3. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 1 คน

คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Polit & Hungler, 1999) นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผลพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยาม ซึ่งกำหนดระดับคะแนนความสอดคล้องตามความคิดเห็น ตามลำดับคะแนน 4 ระดับ ดังนี้

4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง ข้อคำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

2 หมายถึง ข้อคำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

สูตรในการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ

$$\text{ดัชนีความตรงตามเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการจัดการตนเอง เท่ากับ 1.00 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในบางข้อ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาไปหาความเที่ยงของแบบประเมินโดยนำไปทดลองจริงกับผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง และนำข้อมูลที่ได้คำนวณหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.70

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) ฉบับภาษาไทยโดยราตรี ตาลเชื้อ (2554) เป็นแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ เพื่อวัดในแง่ของกลุ่มอาการ ไม่ใช่เพื่อวินิจฉัยโรค โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อคำถาม เป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อคำถาม และคำถามเชิงลบ จำนวน 16 ข้อคำถาม เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ วัตถุประสงค์ด้านซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อคำถาม วัตถุประสงค์ด้านดี จำนวน 4 ข้อคำถาม วัตถุประสงค์ด้านอาการทางกาย จำนวน 7 ข้อคำถาม และวัตถุประสงค์สัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่น จำนวน 2 ข้อคำถาม โดยผู้ป่วยจะถูกสอบถามว่าเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนน เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ คือ ไม่เลย นานๆ ครั้ง ค่อนข้างบ่อย และบ่อยครั้ง แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
0	ไม่เลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย
1	นานๆ ครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
2	ค่อนข้างบ่อย	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
3	บ่อยครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-7 วัน/สัปดาห์

สำหรับข้อคำถามด้านตรงข้าม ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก คือ ข้อคำถามข้อที่ 4, 8, 12 และ 16 จะให้คะแนนตรงข้าม มีค่าคะแนน 0 ถึง 3 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 16 ขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงซึมเศร้า โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
3	ไม่เลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย
2	นานๆ ครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
1	ค่อนข้างบ่อย	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
0	บ่อยครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-7 วัน/สัปดาห์

การแปลผลคะแนน นำค่าคะแนนของทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็ม 60 คะแนน ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงซึมเศร้า ถ้าคะแนนต่ำกว่า 16 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า (อมรรัตน์ อินทร์แย้ม, 2553)

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน การแปลผลของคะแนน ความ

ชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 1 คน
2. อาจารย์พยาบาลทางการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีความชำนาญด้านการพยาบาลทางศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 3 คน

3. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการด้านโรคศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 1 คน
คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Polit & Hungler, 1999) นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผลพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยาม ซึ่งกำหนดระดับคะแนนความสอดคล้องตามความคิดเห็น ตามลำดับคะแนน 4 ระดับ ดังนี้

4	หมายถึง	ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
3	หมายถึง	ข้อคำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
2	หมายถึง	ข้อคำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
1	หมายถึง	ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

สูตรในการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ

$$\text{ดัชนีความตรงตามเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 1.00 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในบางข้อ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาไปหาความเที่ยงของแบบประเมินโดยนำไปทดลองจริงกับผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง และนำข้อมูลที่ได้คำนวณหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.75

ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากันชัก The Adverse Event Profile for persons with epilepsy ของ Martin และคณะ (2011) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยจันทิมา ช่วยชุม (2555) โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากันชักในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ คือ ไม่เคย เป็นบางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ

เกณฑ์การให้คะแนน

ค่าคะแนน	ความหมาย
1	ไม่เคยมีอาการ
2	มีอาการเป็นบางครั้ง
3	มีอาการบ่อยครั้ง
4	มีอาการเป็นประจำ

การแปลผลคะแนน นำค่าคะแนนของทุกข้อมารวม โดยคะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 19 -76 คะแนน ซึ่งหากผลรวมคะแนนสูง หมายถึง เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากันชักมาก

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน การแปลผลของคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 1 คน

2. อาจารย์พยาบาลทางการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีความชำนาญด้านการพยาบาลทางศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 3 คน

3. พยาบาลผู้ชำนาญการด้านโรคศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 1 คน

คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Polit & Hungler, 1999) นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผลพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยาม ซึ่งกำหนดระดับคะแนนความสอดคล้องตามความคิดเห็น ตามลำดับคะแนน 4 ระดับ ดังนี้

4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง ข้อคำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

2 หมายถึง ข้อคำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

สูตรในการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ

$$\text{ดัชนีความตรงตามเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เท่ากับ 0.95 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในบางข้อ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาไปหาความเที่ยงของแบบประเมินโดยนำไปทดลองจริงกับผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง และนำข้อมูลที่ได้คำนวณหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถาม The ENRICHED Social Support Questionnaire ฉบับภาษาไทยของมลฤดี บุราณ (2548) โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ คำถาม ข้อคำถามที่ 1-6 เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามที่ 7 เป็นแบบเลือกตอบ ใช่หรือไม่ใช่ ซึ่งไม่นำมาคิดมาคิดคะแนน (มลฤดี บุราณ, 2548)

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามข้อที่ 1 ถึง 6 มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
1	ไม่มีเลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย (<1 วัน/สัปดาห์)
2	มีบ้างเล็กน้อย	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
3	บางครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
4	เกือบตลอดเวลา	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-6 วัน/สัปดาห์
5	ตลอดเวลา	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 7 วัน/สัปดาห์

ข้อคำถามข้อที่ 7 เป็นข้อคำถามให้เลือกคำตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ จะไม่นำมาคิดคะแนน

การแปลผลคะแนน

นำคะแนนมารวมกันทั้ง 6 ข้อ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน

ระดับของการสนับสนุนทางสังคม	ระดับคะแนน
มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย	1 -10
มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	11-20
มีการสนับสนุนทางสังคมมาก	21-30

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน การแปลผลของคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 1 คน
2. อาจารย์พยาบาลทางการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีความชำนาญด้านการพยาบาลทางศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 3 คน

3. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการด้านโรคศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 1 คน
คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Polit & Hungler, 1999) นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผลพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยาม ซึ่งกำหนดระดับคะแนนความสอดคล้องตามความคิดเห็น ตามลำดับคะแนน 4 ระดับ ดังนี้

4	หมายถึง	ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
3	หมายถึง	ข้อคำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
2	หมายถึง	ข้อคำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
1	หมายถึง	ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

สูตรในการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ

$$\text{ดัชนีความตรงตามเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 1.00 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในบางข้อ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาไปหาความเที่ยงของแบบประเมินโดยนำไปทดลองจริงกับผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง และนำข้อมูลที่ได้คำนวณหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาฉบับภาษาไทยของจันทิมา ช่วยชุม (2555) โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามด้านบวก 1 ข้อคำถาม และด้านลบ 6 ข้อคำถาม ลักษณะของข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิด มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก ส่วนข้อที่ 8 มีตัวเลือก 5 ตัวเลือกให้เลือกคำตอบที่ตรงที่สุดเพียงข้อเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก และข้อคำถามด้านลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามด้านบวก ประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 5

ค่าคะแนน	ความหมาย
0	ไม่ใช่
1	ใช่

ข้อคำถามด้านลบ ประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 1 ถึง 7 ยกเว้นข้อคำถามข้อที่ 5

ค่าคะแนน	ความหมาย
0	ใช่
1	ไม่ใช่

ข้อคำถามข้อที่ 8 ให้คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อ 8.1	เท่ากับ	1 คะแนน
ข้อ 8.2	เท่ากับ	0.75 คะแนน
ข้อ 8.3	เท่ากับ	0.5 คะแนน
ข้อ 8.4	เท่ากับ	0.25 คะแนน
ข้อ 8.5	เท่ากับ	0 คะแนน

การแปลผลคะแนน นำคะแนนมารวมกัน ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-8 คะแนน

ระดับคะแนน	ระดับของความร่วมมือในการใช้ยา
น้อยกว่า 6 คะแนน	ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ
6-7 คะแนน	ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง
มากกว่า 7 คะแนน	ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน การแปลผลของคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 1 คน
2. อาจารย์พยาบาลทางการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีความชำนาญด้านการพยาบาลทางศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 3 คน
3. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการด้านโรคศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 1 คน

คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Polit & Hungler, 1999) นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผลพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยาม ซึ่งกำหนดระดับคะแนนความสอดคล้องตามความคิดเห็น ตามลำดับคะแนน 4 ระดับ ดังนี้

4	หมายถึง	ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
3	หมายถึง	ข้อคำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
2	หมายถึง	ข้อคำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
1	หมายถึง	ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

สูตรในการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ

$$\text{ดัชนีความตรงตามเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา เท่ากับ 0.95 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในบางข้อ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาไปหาความเที่ยงของแบบประเมินโดยนำไปทดลองจริงกับผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง และนำข้อมูลที่ได้คำนวณหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม เลขที่ IRB COA.MURA2020/1640 และ 64001 และได้รับอนุญาตให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันประสาทวิทยาแล้ว ทำการติดต่อไปยังหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันประสาทวิทยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองดังนี้

2.1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อมูลสำหรับ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่ม ตัวอย่างเข้าใจแล้ว ให้ลงลายมือชื่อยินยอมลงในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมใน การวิจัย (Informed Consent form) แล้วให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่าง มีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

2.3. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามหรือแบบประเมินต่างๆ ให้แก่ผู้เข้าร่วม การวิจัย และให้เวลาในการตอบแบบสอบถามหรือแบบประเมินต่างๆ ประมาณ 40 -45 นาที โดยเริ่ม ตอบแบบสอบถามหรือแบบประเมินส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการ ใช้น้ำยา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความร่วมมือในการใช้น้ำยากันชัก ตามลำดับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหรือแบบประเมินต่างๆ ระหว่างรอพบแพทย์หน้า ห้องตรวจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหรือแบบประเมินต่างๆเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการ ตรวจสอบความ

ครบถ้วนของคำตอบ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ได้ข้อมูลครบทั้ง 110 ฉบับ

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 110 คน จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและการ วิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งผู้วิจัยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่บังคับ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้ง อธิบายให้ทราบถึงการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ว่าจะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่ม ตัวอย่างหรือผลการรักษาของแพทย์และการให้การรักษาแต่อย่างใด ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้า ร่วมการวิจัยจะมีเอกสารยินยอมให้ลงชื่อยินยอมโดยไม่มี การบังคับ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างของ กลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และจะนำมาใช้เพื่อ วัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และผู้ป่วยสามารถแจ้งออกจาก การวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ การขอข้อมูลครั้งนี้จะ พยายามรบกวนกลุ่มตัวอย่างให้น้อยที่สุด และระหว่างการตอบแบบประเมิน หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อ สงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง วิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยากันชักของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ
3. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการใช้ยากันชัก วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง วิเคราะห์โดยใช้ Spearman rank correlation โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยากันชัก และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการที่ ได้รับการรักษาจากแพทย์โดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง และได้รับการรักษาด้วยการใช้ยากันชัก ที่มารับการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมองของโรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 110 คน ผู้วิจัยนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 1 และ 2 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยากันชักของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 3

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 5

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว รายได้ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวน และค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง (n = 110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	64	58.2
หญิง	46	41.8
อายุ		
18 – 29 ปี	33	30
30 – 39 ปี	26	23.6
40 – 49 ปี	36	32.7
50 – 59 ปี	15	13.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	0.9
ประถมศึกษา	12	10.9
มัธยมศึกษา	43	39.1
อนุปริญญา / ประกาศนียบัตร	10	9.1
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	44	40
สถานภาพสมรส		
โสด	61	55.5
สมรส	44	40
หย่า / หม้าย	5	4.5

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพในครอบครัว		
ผู้นำครอบครัว	26	23.6
สมาชิกในครอบครัว	84	76.4
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	2	1.8
5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน	14	12.7
10,001 – 15,0000 บาทต่อเดือน	7	6.4
15,001 – 20,000 บาทต่อเดือน	10	9.1
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	77	70
ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
ไม่มีผู้ดูแล	2	1.8
มีผู้ดูแล	108	98.2

จากการตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 110 คน เป็นเพศชายจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 58.2 และเพศหญิงจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 41.8 อายุของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง อยู่ในช่วงระหว่าง 40 – 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.7 ผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือมีการศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 39.1 สถานภาพสมรสของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 55.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 76.4 สำหรับรายได้ของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมองส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 70 และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 98.2

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ได้แก่ การวินิจฉัย ตำแหน่งของพยาธิสภาพ ระดับความรู้สีกตัว ก่อน-หลังผ่าตัด การผ่าตัดที่ได้รับ ตำแหน่งที่ผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ยาแก้ชักที่ได้รับ ระยะเวลาของการใช้ยา ความถี่ในการชัก แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 2

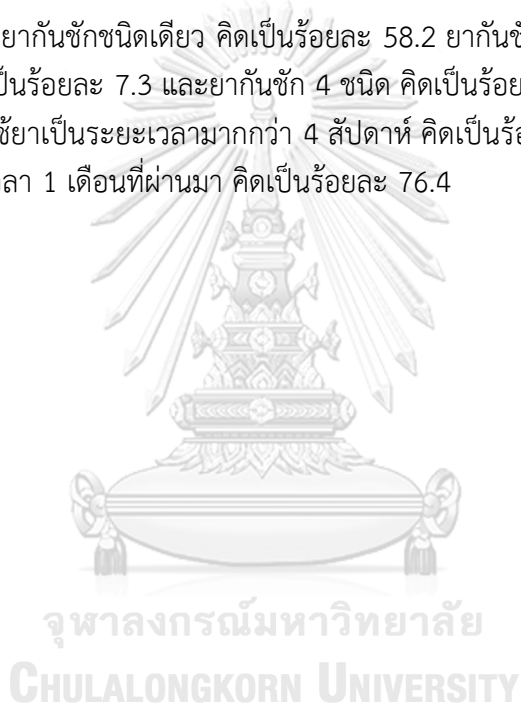
ตารางที่ 2 ตารางแสดงจำนวน และค่าร้อยละของข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง (n=110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัย		
Brain tumor	56	50.9
Epilepsy	38	34.5
AVM	6	5.5
Aneurysm	5	4.5
Hemorrhage	3	2.7
Brain Abscess	1	0.9
TBI	1	0.9
ตำแหน่งของพยาธิสภาพ		
Temporal lobe	48	43.6
Frontal lobe	26	23.6
Parietal lobe	14	12.7
Fronto-temporal lobe	6	5.5
Fronto-parietal lobe	5	4.5
Occipital lobe	2	1.8
CPA	2	1.8
Parasagittal	2	1.8
Fronto-parieto-temporal lobe	2	1.8
Parieto-temporal lobe	1	0.9

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Parieto-occipital lobe	1	0.9
Temporo-occipital lobe	1	0.9
ระดับความรู้สึกตัว		
ก่อนได้รับการผ่าตัด		
● GCS 15 คะแนน	110	100
หลังได้รับการผ่าตัด		
● GCS 15 คะแนน	110	100
ชนิดของการผ่าตัดที่ได้รับ		
Craniotomy	73	66.4
Lobectomy	20	18.2
Lesionectomy	9	8.2
C-angiogram	5	4.5
Craniectomy	2	1.8
Vagal stimulation	1	0.9
ตำแหน่งที่ได้รับการผ่าตัด		
Temporal lobe	46	41.8
Frontal lobe	26	23.6
Parietal lobe	15	13.6
Fronto-parietal lobe	6	5.5
Fronto-temporal lobe	6	5.5
Occipital lobe	2	1.8
CPA	2	1.8
Parasagittal	2	1.8
Fronto-parieto-temporal lobe	2	1.8
Parieto-temporal lobe	1	0.9

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Parieto-occipital lobe	1	0.9
Temporo-occipital lobe	1	0.9
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด		
ไม่มี	67	60.9
มี	43	39.1
● ชัก	26	60.5
● แขนขาอ่อนแรง	17	39.5
ยากันชักที่ได้รับ		
ยากันชักชนิดเดียว	64	58.2
ยากันชัก 2 ชนิด	35	31.8
ยากันชัก 3 ชนิด	8	7.3
ยากันชัก 4 ชนิด	3	2.7
ระยะเวลาของการใช้ยากันชัก		
มากกว่า 4 สัปดาห์	109	99.1
4 สัปดาห์	1	0.9
2 สัปดาห์	0	0
ความถี่ของการชักในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่ชักเลย	84	76.4
ชัก 1 ครั้ง	15	13.6
ชัก 2 ครั้ง	4	3.6
ชักมากกว่า 2 ครั้ง	7	6.4

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกสมอง (Brain tumor) คิดเป็นร้อยละ 50.9 รองลงมาคือ โรคลมชัก (Epilepsy) คิดเป็นร้อยละ 34.5 ตำแหน่งของพยาธิสภาพที่พบมากที่สุด คือ ตำแหน่ง Temporal lobe คิดเป็นร้อยละ 43.6 รองลงมา คือ ตำแหน่ง Frontal lobe คิดเป็นร้อยละ 23.6 ระดับความรู้สึกตัวของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดทุกคนมีระดับความรู้สึกตัวดี Glasgow Coma Scale 15 คะแนน การผ่าตัดที่ได้รับมากที่สุดคือ Craniotomy คิดเป็นร้อยละ 66.4 ตำแหน่งที่ได้รับการผ่าตัดมากที่สุด คือ ตำแหน่ง Temporal lobe คิดเป็นร้อยละ 41.8 รองลงมา คือ ตำแหน่ง Frontal lobe คิดเป็นร้อยละ 23.6 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 60.9 และมีภาวะแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 43 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่คือ อาการชัก คิดเป็นร้อยละ 60.5 และแขนขาอ่อนแรง คิดเป็นร้อยละ 39.1 ยากันชักที่ส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเป็นยากันชักชนิดเดียว คิดเป็นร้อยละ 58.2 ยากันชัก 2 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 31.8 ยากันชัก 3 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 7.3 และยากันชัก 4 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 2.7 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ใช้ยากันชักส่วนใหญ่ใช้ยาเป็นระยะเวลามากกว่า 4 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 99.1 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการชักในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 76.4



ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยากันชักของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

2.1 ความร่วมมือในการใช้ยากันชักของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง แสดงผลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ตารางที่ 3 ตารางแสดงจำนวน และค่าร้อยละ ของความร่วมมือในการใช้ยากันชักของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำแนกตามระดับความร่วมมือในการใช้ยากันชัก (n=110)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	ระดับของความร่วมมือในการใช้ยากันชัก
น้อยกว่า 6 คะแนน	6	5.5	ระดับต่ำ
6-7 คะแนน	19	17.3	ระดับปานกลาง
มากกว่า 7 คะแนน	85	77.3	ระดับสูง

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 110 คน มีความร่วมมือในการใช้ยากันชักอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ความร่วมมือในการใช้ยากันชักอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 ความร่วมมือในการใช้ยากันชักอยู่ในระดับสูง จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง มีความร่วมมือในการใช้ยากันชักอยู่ในระดับสูง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม

3.1 การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม แสดงผลวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 4 ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกคะแนนตามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม

ข้อมูล	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	59	40.18	24	54	7.22	สูง
การจัดการตนเอง	140	84.05	89	110	4.60	ดี
ภาวะซึมเศร้า	60	7.02	1	13	2.45	ไม่มี
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	76	19.66	19	23	1.03	น้อย
การสนับสนุนทางสังคม	30	28.93	24	30	1.22	ดี

จากตารางที่ 4 จะพบว่าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 110 คน มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เท่ากับ 40.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.22 แสดงว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยของการจัดการตนเอง เท่ากับ 84.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.60 แสดงว่ามีการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 7.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.45 แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า ค่าเฉลี่ยของอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้ยา เท่ากับ 19.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.03 แสดงว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาน้อย และค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 28.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.22 แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดีตามลำดับ

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

ตารางที่ 5 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง วิเคราะห์โดยใช้ Spearman rank correlation โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตัวแปร	Spearman rank correlation	p-value
การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	-.340**	.000
การจัดการตนเอง	-.035	.719
ภาวะซึมเศร้า	-.112	.245
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	-.242*	.011
การสนับสนุนทางสังคม	.027	.782

จากตารางที่ 5 พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการจัดการตัวเอง ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วย ภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการรักษาจากแพทย์โดยการผ่าตัดทางระบบประสาทและสมอง และได้รับการรักษาด้วยการใช้ยากันชัก ที่มารับการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดกรุงเทพมหานครโดยมีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Thorndike (1874 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) มาคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน

2. สุ่มเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีแผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง โดยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้โรงพยาบาลรามธิบดี และสถาบันประสาทวิทยา จังหวัดกรุงเทพมหานคร

3. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง และได้รับยากันชัก
3. สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
4. มีระดับความรู้สึกตัว Glasgow coma scale 15 คะแนน
5. ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่ต้องรับประทานยาเป็นประจำ เช่น โรคเบาหวาน ความดัน
6. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ประกอบด้วยแบบประเมิน 7 ส่วน ดังนี้ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แบบประเมินการสนับสนุนทาง

สังคม และแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยากันชัก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.73, 0.70, 0.75, 0.90, 0.94 และ 0.78 ตามลำดับ

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในคน และอนุญาตให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลแล้ว จึงทำการติดต่อไปยังหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองดังนี้

2.1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคัดลยกรรรมระบบประสาทและสมอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว ให้ลงลายมือชื่อยินยอมลงในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent form) แล้วให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

2.3. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามหรือแบบประเมินต่างๆ ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และให้เวลาในการตอบแบบสอบถามหรือแบบประเมินต่างๆ ประมาณ 40 -45 นาที โดยเริ่มตอบแบบสอบถามหรือแบบประเมินส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยากันชัก ตามลำดับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหรือแบบประเมินต่างๆ ระหว่างรอพบแพทย์หน้าห้องตรวจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหรือแบบประเมินต่างๆ เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ได้ข้อมูลครบทั้ง 110 ฉบับ

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 110 คน จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดคัดลยกรรรมระบบประสาทและสมอง วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

2. ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยากันชักของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ
3. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการใช้ยากันชัก วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมองวิเคราะห์โดยใช้ Spearman rank correlation โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 110 คน เป็นเพศชายจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 58.2 และเพศหญิงจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 41.8 อายุของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมองอยู่ในช่วงระหว่าง 40 – 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 32. ผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือมีการศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 39.1 สถานภาพสมรสของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมองส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 55.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 76.4 สำหรับรายได้ของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมองส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 70 และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 98.2

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมองส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกสมอง (Brain tumor) คิดเป็นร้อยละ 50.9 รองลงมาคือ โรคลมชัก (Epilepsy) คิดเป็นร้อยละ 34.5 ตำแหน่งของพยาธิสภาพที่พบมากที่สุด คือ ตำแหน่ง Temporal lobe คิดเป็นร้อยละ 43.6 รองลงมา คือ ตำแหน่ง Frontal lobe คิดเป็นร้อยละ 23.6 ระดับความรู้สึกตัวของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดทุกคนมีระดับความรู้สึกตัวดี Glasgow Coma Scale 15 คะแนน การผ่าตัดที่ได้รับมากที่สุดคือ Craniotomy คิดเป็นร้อยละ 66.4 ตำแหน่งที่ได้รับการผ่าตัดมากที่สุด คือ ตำแหน่ง Temporal lobe คิดเป็นร้อยละ 41.8 รองลงมา คือ ตำแหน่ง Frontal lobe คิดเป็นร้อยละ 23.6 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 60.9 ยากันชักที่ส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเป็นยากันชักชนิดเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 58.2 ยากันชัก 2 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 31.8 ยากันชัก 3 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 7.3 และยากันชัก 4 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 2.7 ตามลำดับ ยากันชักที่ได้รับ คือ Keppra คิดเป็นร้อยละ 20.9 รองลงมาคือ Dilantin คิดเป็น

ร้อยละ 14.5 และ Depakine คิดเป็นร้อยละ 11.8 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ใช้ยากันชักส่วนใหญ่ใช้ยาเป็นระยะเวลามากกว่า 4 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 99.1 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการชักในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 76.4

3. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 110 คน มีความร่วมมือในการใช้ยากันชักอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ความร่วมมือในการใช้ยากันชักอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 ความร่วมมือในการใช้ยากันชักอยู่ในระดับสูง จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมองมีความร่วมมือในการใช้ยากันชักอยู่ในระดับสูง

4. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 110 คน มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เท่ากับ 40.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.22 แสดงว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยของการจัดการตนเอง เท่ากับ 84.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.28 แสดงว่ามีการจัดการตนเองที่ดี ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 7.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.45 แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า ค่าเฉลี่ยของอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้ยา เท่ากับ 19.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.03 แสดงว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้อย และค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 28.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.22 แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมากตามลำดับ

5. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมองในครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย และนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตัดศัลยกรรมระบบประสาทสมองระบบประสาทและสมอง

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมองเป็นเพศชายจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 58.2 และเพศหญิงจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 41.8 อายุของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตัดศัลยกรรมระบบประสาทและ

สมองอยู่ในช่วงระหว่าง 40 – 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.7 ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่มีความมั่นคงทางด้านการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกสมอง (Brain tumor) คิดเป็นร้อยละ 50.9 ซึ่งเป็นโรคที่สามารถพบอาการชักได้ถึงร้อยละ 20-40 ตำแหน่งของพยาธิสภาพที่พบมากที่สุด คือ ตำแหน่ง Temporal lobe คิดเป็นร้อยละ 43.6 ซึ่งเป็นตำแหน่งที่เกิดอาการชักได้มากที่สุด ระดับความรู้สึกรู้ตัวของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดทุกคนมีระดับความรู้สึกรู้ตัวดี ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 60.9 ยาชักที่ส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเป็นยาชักชนิดเดียว คิดเป็นร้อยละ 58.2 ยาชักที่ได้รับ คือ Keppra คิดเป็นร้อยละ 20.9 จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกไม่ยุ่งที่ต้องจำยาที่ต้องรับประทานทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานยาเพียงตัวเดียว ทำให้ไม่ต้องจดจำเวลาที่ต้องรับประทานยามากนัก คิดเป็นร้อยละ 83.6 ระยะเวลาที่ใช้ยากันชักส่วนใหญ่ใช้ยาเป็นระยะเวลามากกว่า 4 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 99.1 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการชักในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 76.4

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมองมีความร่วมมือในการใช้ยากันชักอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 5.5 ความร่วมมือในการใช้ยากันชักอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 17.3 ความร่วมมือในการใช้ยากันชักอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 77.3 ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมองส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยากันชักอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายชื่อจะพบว่าผู้ป่วยไม่ลืมที่จะพกยาติดตัวไปด้วยเมื่อออกจากบ้าน เมื่อนานนี้ผู้ป่วยรับประทานยาครบคิดเป็นร้อยละ 100

ในด้านการลดขนาดยา หรือการหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าการแหย่ง พบว่ามีเพียงร้อยละ 2.7 และการหยุดรับประทานยาเองเนื่องจากคิดว่าอาการของโรคสามารถควบคุมได้แล้ว คิดเป็นร้อยละ 2.7 เช่นกัน จากพฤติกรรมมารับประทานยาดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ในการรับประทานยากันชักอย่างถูกต้อง

ผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมองส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยากันชักอยู่ในระดับสูง เนื่องจากสถานที่ที่ทำการเก็บข้อมูลเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษา มีความตระหนักถึงการดูแลตนเองในระดับที่ดีมาก ให้ความร่วมมือในการรักษาดีมาก ทำให้คะแนนความร่วมมือในการใช้ยากันชักอยู่ในระดับสูง และนอกจากนี้ยังไม่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานยากันชักในผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมองว่าอยู่ในระดับใดในบทบาทของพยาบาล มีเพียงการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยากันชักในผู้ป่วยโรคลมชักของจันทิมา ช่วยชุม (2555) พบว่าความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยโรคลมชักอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 53.04 และในการศึกษาของ Sweilieh และคณะ (2011) ที่พบว่าความร่วมมือในการใช้ยา

กันชักของผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยากันชักอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 49.3 (Sweileh et al., 2011) ซึ่งอธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้สึกรู้สึกตัวดีทั้งก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองค่อนข้างสูง ทำให้สามารถเข้ายาได้ถูกต้องและสม่ำเสมอตามคำสั่งของแพทย์ผู้ทำการรักษา

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

1.1 จากการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยากันชัก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Unyime Eshiet และคณะ (2020) ที่ศึกษาถึงความสามารถในการทำนายของการรับรู้การเจ็บป่วย ต่อความร่วมมือในการใช้ยากันชัก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ว่าการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคมก เนื่องจากมีความร่วมมือในการใช้ยากันชักในระดับต่ำ จะทำให้การฟื้นฟูร่างกายเป็นไปได้ช้าๆ และส่งผลต่อความพิการมากขึ้น (Unyime Eshiet, 2020)

1.2 จากการศึกษาพบว่า การจัดการตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยากันชัก และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Smithson และคณะ (2013) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคลมชักพบว่าผู้ป่วยที่มีการจัดการตนเองดี จะมีความร่วมมือในการใช้ยากันชักสูง (Smithson, Hukins, Buelow, Allgar, & Dickson, 2013)

1.3 จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยากันชัก อธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองจะต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวลที่จะต้องเผชิญกับอาการทางร่างกาย อาจส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประเมินสภาพของการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้ แต่จากกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกรู้สึกตัวดีทั้งก่อนและหลังผ่าตัด และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Reisinger และ Dilorio (2009) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชัก ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากันชัก (Reisinger & Dilorio, 2009)

1.4 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ $-.242$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกระบบของร่างกาย โดยกลไกการออกฤทธิ์จะขึ้นอยู่กับขนาดและระดับยาในกระแสเลือด เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้ยาเป็นระยะเวลาานาน และในบางรายต้องใช้ยากันชักมากกว่า 1 ตัว อาจทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุณี เลิศสินอุดม (2551) ที่ศึกษาเรื่องการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยากันชักในผู้ป่วยโรคลมชัก พบว่าปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากถึงร้อยละ 58.47 อาการที่พบมากที่สุด คือ เหนื่อยล้า คิดเป็นร้อยละ 60.28

1.5 การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยากันชัก ถึงแม้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตอบคำถามในแต่ละข้อตอบไปในทางที่ดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนอยู่ในระดับที่สูง คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chinnaiyan, Narayana และ Nanjappa (2017) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากันชัก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในครั้งต่อไป

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากันชัก ในบทบาทของพยาบาลควรมีการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ดังนี้

1. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการจัดการตนเอง พยาบาลควรมีการสอน อธิบาย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และครอบครัวซักถามข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดงที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการรักษาที่ได้รับ พร้อมทั้งให้แนะนำและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ร่วมกันวางแผนในการดูแลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองหลังได้รับการผ่าตัดของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

2. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ อาการข้างเคียงของยา การรับประทานยา การปฏิบัติตัวเมื่อลืมรับประทานยา เก็บรักษายา และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วย

3. ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง พยาบาลควรมีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างกำลังใจ มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และเสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาในครั้งนี้ ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยากันชักตามแนวคิดของ Osterberg และ Blaschke (2005) ในด้านตัวผู้ป่วยเพียงด้านเดียว ยังมีปัจจัยในด้านอื่นๆ ให้ศึกษาในเชิงลึกเพิ่มเติมถึงความร่วมมือในการใช้การใช้อายากันชักของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยากันชักในผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

บรรณานุกรม

- เกื้อกุล โอบารวัฒน์. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจษฎา นิมมานนิตย์. (2537). เนื่องอกสมอง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- ชัยชน โลว์เจริญกุล และคณะ. (2544). วิทยาการโรคลมชัก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดร.ฉวีวรรณ จันทร์แก้ว. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื่องอกสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารา วงษ์กวน. (2560). ปัจจัยทำนายความแปรปรวนในการนอนหลับของผู้รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปฐมพร ปิ่นอ่อน และลาวัลย์ ตู้อินดา. (2555). การให้ยากันชักสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดสมอง. *Thai journal of Anesthesiology*, 38.
- ภัทรา พิมพ์สาร. (2558). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื่องอกสมองหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มลฤดี บุราณ. (2548). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจิตรา กุสมภ์ และคณะ. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2554). การพิจารณาเลือกใช้ยากันชักให้เกิดประโยชน์สูงสุด. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน*, 2.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2562). ผลกระทบจากโรคลมชัก. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*, 12.
- สุณี เลิศสินอุดม. (2551). ปัญหาการใช้ยากันชักที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*, 6.
- อมรรัตน์ อินทร์แย้ม. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความง่วงของผู้ป่วยโรคลมชัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณ นุรักษ์เช. (2553). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ไอกรุป เพรส จำกัด.
- อำนวยการ อาชานอก. (2549). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื่องอกสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- Afshari, F. T., Michael, S., Ughratdar, I., & Samarasekera, S. (2017). A practical guide to the use of anti-epileptic drugs by neurosurgeons. *Br J Neurosurg*, 31(5), 551-556. doi:10.1080/02688697.2017.1324618
- Al-Dorzi, H. M., Alruwaita, A. A., Marae, B. O., Alraddadi, B. S., Tamim, H. M., Ferayan, A., & Arabi, Y. M. (2017). Incidence, risk factors and outcomes of seizures occurring after craniotomy for primary brain tumor resection. *Neurosciences (Riyadh)*, 22(2), 107-113. doi:10.17712/nsj.2017.2.20160570
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res*, 60(6), 631-637. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
- Chinnaiyan, S., Narayana, S., & Nanjappa, V. P. (2017). Adherence to Antiepileptic Therapy in Adults. *Journal of neurosciences in rural practice*, 8(3), 417-420. doi:10.4103/jnrp.jnrp_392_16
- Christophere M. Loftus, & H. Hunt Batjer. (2003). *Textbook of neurological surgery : principles and practice*. Philadelphia: Thomas H. Weizerl.
- Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological bulletin*, 98, 310-357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310
- Creer, T. L., & Holroyd, K. A. (2006). Self-management of chronic conditions: the legacy of Sir William Osler. *Chronic Illn*, 2(1), 7-14. doi:10.1177/17423953060020010501
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The Common-Sense Model of Illness Representation: Theoretical and Practical Considerations. *Journal of Social Distress and Homelessness*, 5(1), 11-38. doi:10.1007/BF02090456
- Ferrari, C. M., de Sousa, R. M., & Castro, L. H. (2013). Factors associated with treatment non-adherence in patients with epilepsy in Brazil. *Seizure*, 22(5), 384-389. doi:10.1016/j.seizure.2013.02.006
- Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R., & Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health services research*, 39(4 Pt 1), 1005-1026. doi:10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x
- Hovinga, C., Asato, M., Manjunath, R., Wheless, J., Phelps, S., Sheth, R., . . . Haskins, L. (2008). Association of non-adherence to antiepileptic drugs and seizures, quality of life, and productivity: Survey of patients with epilepsy and physicians. *Epilepsy & behavior : E&B*, 13, 316-322. doi:10.1016/j.yebeh.2008.03.009
- Johns Hopkins Medicine. (2019). Care and Recovery after Brain Surgery. Retrieved from https://www.hopkinsmedicine.org/neurology_neurosurgery/centers_clinics/brain_tumor/treatment/surgery/post-surgery-care.html.

https://www.hopkinsmedicine.org/neurology_neurosurgery/centers_clinics/brain_tumor/treatment/surgery/post-surgery-care.html

- Kalmon D. Post, Emily D. Friedman, & Paul McCormick. (1993). *Postoperative complication in Intracranial Neurosurgery*. New York: Thieme Medical Publishers.
- Komotar, R. J., Raper, D. M., Starke, R. M., Iorgulescu, J. B., & Gutin, P. H. (2011). Prophylactic antiepileptic drug therapy in patients undergoing supratentorial meningioma resection: a systematic analysis of efficacy. *J Neurosurg*, 115(3), 483-490. doi:10.3171/2011.4.Jns101585
- Miziak, B., Borowicz-Reutt, K., Rola, R., Blaszczyk, B., Czuczwar, M., & Czuczwar, S. J. (2017). The Prophylactic Use of Antiepileptic Drugs in Patients Scheduled for Neurosurgery. *Curr Pharm Des*, 23(42), 6411-6427. doi:10.2174/1381612823666171027125408
- O'Rourke, G., & O'Brien, J. J. (2017). Identifying the barriers to antiepileptic drug adherence among adults with epilepsy. *Seizure*, 45, 160-168.
- Reisinger, E. L., & Dilorio, C. (2009). Individual, seizure-related, and psychosocial predictors of depressive symptoms among people with epilepsy over six months. *Epilepsy Behav*, 15(2), 196-201. doi:10.1016/j.yebeh.2009.03.012
- Saengsuwan, J., Boonyaleepan, S., Srijakkot, J., Sawanyawisuth, K., & Tiamkao, S. (2012). Factors associated with knowledge and attitudes in persons with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 24(1), 23-29. doi:10.1016/j.yebeh.2012.03.006
- Smithson, W. H., Hukins, D., Buelow, J. M., Allgar, V., & Dickson, J. (2013). Adherence to medicines and self-management of epilepsy: A community-based study. *Epilepsy & Behavior*, 26(1), 109-113. doi:<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.10.021>
- Song, M., & Lipman, T. H. (2008). Concept analysis: self-monitoring in type 2 diabetes mellitus. *Int J Nurs Stud*, 45(11), 1700-1710. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.04.005
- Sweileh, W. M., Ihbesheh, M. S., Jarar, I. S., Taha, A. S., Sawalha, A. F., Zyoud, S. H., . . . Morisky, D. E. (2011). Self-reported medication adherence and treatment satisfaction in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 21(3), 301-305. doi:10.1016/j.yebeh.2011.04.011
- Unyime Eshiet, B. E. a. S. O. (2020). Illness Perception is a Predictor of Medication Adherence and Health Related Quality of Life in Patients Living with Epilepsy. *Journal of Advances in Medical and Pharmaceutical Sciences*, 22(2), 34-40. doi:<https://doi.org/10.9734/jamps/2020/v22i230157>

- Weinert, C., & Brandt, P. A. (1987). Measuring Social Support with the Personal Resource Questionnaire. *Western Journal of Nursing Research*, 9 (4) , 5 8 9 - 6 0 2 .
doi:10.1177/019394598700900411
- Yerram, S., Katyal, N., Premkumar, K., Nattanmai, P., & Newey, C. R. (2018). Seizure prophylaxis in the neuroscience intensive care unit. *J Intensive Care*, 6, 17.
doi:10.1186/s40560-018-0288-6





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

- | | |
|--|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อรรถพร บุญเกิด | หัวหน้าสาขาวิชาประสาท
ศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 2. อาจารย์ ดร.ศุภร วงศ์ทัตญญ | อาจารย์พยาบาลสาขาการ
พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี |
| 3. อาจารย์ ดร.นิภาพร บุตรสิงห์ | อาจารย์พยาบาลสาขาการ
พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี |
| 4. เรืออากาศหญิงฐานิตา พึ่งฉิ่ง | อาจารย์ภาควิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ กองการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
กรมการแพทย์ทหารอากาศ |
| 5. นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล | พยาบาลผู้เชี่ยวชาญระดับ 8
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบ
ประสาท โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ |





ที่ อว 64.11/ 0430

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 เมษายน 2563

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิภาดา มงคลเพชร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการเข้ายาของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|---|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อรรถพร บุญเกิด | หัวหน้าสาขาวิชาประสาทศัลยศาสตร์ |
| 2. อาจารย์ ดร.ศุภร วงศ์พิชญ์ | อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี |
| 3. อาจารย์ ดร.นิภาพร บุตรสิงห์ | อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อรรถพร บุญเกิด, อาจารย์ ดร.ศุภร วงศ์พิชญ์ และอาจารย์ ดร.นิภาพร บุตรสิงห์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154

ชื่อนิสิต นางสาววิภาดา มงคลเพชร โทร. 087-648-7820



ที่ อว 64.11/ 0429

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 เมษายน 2563

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิภาดา มงคลเพชรนิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ เรืออากาศตรีหญิง ฐานิตา พึ่งฉิ่ง อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ กงกรศึกษา วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน เรืออากาศตรีหญิงฐานิตา พึ่งฉิ่ง
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 E-mail: fonbox@chula.ac.th
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154
ชื่อนิสิต นางสาววิภาดา มงคลเพชร โทร. 087-648-7820



ที่ อว 64.11/ 0451

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 เมษายน 2563

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิภาดา มงคลเพชร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล พยาบาลผู้เชี่ยวชาญระดับ 8 หรือผู้ช่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 081-933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154
ข้อนี้สิด นางสาววิภาดา มงคลเพชร โทร. 087-648-7820






Human Research Ethics Committee, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
 270 Rama 6 Rd. Phayatai Ratchathewi Bangkok 10400 Tel.(660)2012175, 2011544, 2010388
 Website: <https://med.mahidol.ac.th/research/ethics>
 E-mail: raec.mahidol@gmail.com

COA. MURA2020/1640

Title of Project (English)	Factors Related to Medication Adherence In Patients with Post Nuerosurgery
Title of Project (Thai)	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง
Type of Review	Expedited
Principal Investigator	Wipada Mongkolpech
Official Address	Department of Surgery Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University
Co-investigator (s)	1. Chanokporn Jitpanya 2. Atthaporn Boongird, M.D.
Approval includes	1. Submission Form Protocol Version 3 Date 18/09/2020 2. Patient Information Sheet Version 3 Date 18/09/2020 3. Informed Consent Form Version 1 Date 30/07/2020 4. Questionnaire 5. Certificate in Ethics Training
<p>Institutional Review Boards in Mahidol University are in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)</p>	
Date of Approval	October 05, 2020
Date of Expiration	October 04, 2021

Signature of Chair.....
 (Asst. Prof. Chusak Okascharoen, M.D., Ph.D.)

This certificate is subject to the following conditions:

- 1) Approval is granted only for the project with details described in submitted proposal
- 2) Submission of modification to the approved project is needed before implementation
- 3) A yearly progress report is required for renewing of approval
- 4) Written notification is required when the project is complete or terminated





เอกสารเลขที่ ...017.../2564

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง
หมายเลขโครงการ	64001
ผู้วิจัยหลัก	นางสาววิภาดา มงคลเพชร
สถานที่ดำเนินการวิจัย	สถาบันประสาทวิทยา
เอกสารที่พิจารณาอนุมัติ	1. แบบเสนอโครงการวิจัย Version 2.0, Date: 17-Feb-2021 2. คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 2.0, Date: 17-Feb-2021 3. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย Version 1.0, Date: 28-Oct-2020 4. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล Version 1.0, Date: 28-Oct-2020 5. แบบเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของผู้วิจัย Version Date: 19.07.2561 6. หลักฐานผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี ฉบับวันที่ 30 ตุลาคม 2563
วันที่พิจารณาอนุมัติ	31 มีนาคม 2564

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการวิจัยฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว มีมติ อนุมัติ ให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยใช้รายละเอียดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก


ประธานคณะกรรมการ
(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)


กรรมการและเลขานุการ
(นางสาวพิมพ์ชนก พุฒขาว)

รับรองตั้งแต่วันที่

31 มีนาคม 2564

ถึงวันที่

30 มีนาคม 2565



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านซึกของผู้ป่วยภายหลังได้รับผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ และ

แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย จำนวน 9 ข้อ

(ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ร่วมวิจัย)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย 9 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการจัดการตนเอง 28 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 20 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 19 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 7 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านซึก 8 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 1 แบบประเมินส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ และแบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย จำนวน 9 ข้อ โปรดตอบคำตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้เติมคำตอบหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่าน

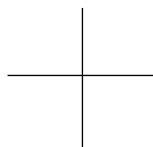
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ
 ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษา
 ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร
 ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรส
 โสด สมรส หย่า/หม้าย
5. สถานภาพในครอบครัว
 ผู้นำครอบครัว สมาชิกในครอบครัว
6. รายได้
 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน บาท
7. ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย
 ไม่มี มี

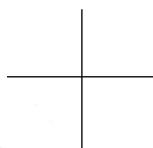
แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย (เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ร่วมวิจัย)

1. การวินิจฉัยที่ได้รับ.....
2. ตำแหน่งของพยาธิสภาพ.....
3. ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale)

ก่อนได้รับการผ่าตัด E.... V.... M.....



หลังได้รับการผ่าตัด E.... V.... M.....



4. ชนิดของการผ่าตัดที่ได้รับ.....
5. ตำแหน่งที่ได้รับการผ่าตัด.....
6. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
 ไม่มี มี ระบุ.....
7. ยากันชักและขนาดของยากันชักที่ได้รับ

8. ระยะเวลาของการใช้ยากันชัก
 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ มากกว่า 4 สัปดาห์
9. ความถี่ของการชักในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา
 ไม่ชักเลย ชัก 1 ครั้ง
 ชัก 2 ครั้ง ชักมากกว่า 2 ครั้ง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ○ ล้อมรอบตัวเลขที่แสดงถึงความคิดเห็นของท่าน

1. ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยของท่านมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่กระทบเลย					กระทบต่อชีวิตเป็นอย่างมาก					
2. ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยของท่านจะดำเนินไปอีกนานเท่าใด										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
อีกแค่ช่วงสั้นๆ					ตลอดไป					
3. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมการเจ็บป่วยของคุณได้มากน้อยเพียงใด										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่สามารถควบคุมได้					สามารถควบคุมได้					

4.
5.
6.
7.
8.
9.

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการจัดการตนเอง

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดการตนเองของท่าน

โปรดพิจารณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อคำถาม	ไม่เคย เลย (1)	นานๆ ครั้ง (2)	บางครั้ง (3)	บ่อยครั้ง (4)	ตลอดเวลา (5)
ด้านการรับรู้ข้อมูล					
1. ท่านจดบันทึกการชักของ ท่าน					
2. ท่านบันทึกความถี่ของ อาการชักและเวลาที่เกิดอาการ ชัก					
3. ท่านบอกสิ่งที่ต้องปฏิบัติ ในขณะมีอาการชักให้สมาชิกใน ครอบครัว และเพื่อนได้รู้					
28. ท่านใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด เช่น การคลาย เครียด การสร้างจินตภาพ และ การสะกดจิตตนเอง เป็นต้น เพื่อ ป้องกันตัวฉันจากการชัก					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าข้อใดที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เลย < 1 วันต่อ สัปดาห์ (0)	นานๆครั้ง 1-2 วันต่อ สัปดาห์ (1)	ค่อนข้างบ่อย 3-4 วันต่อ สัปดาห์ (2)	บ่อยครั้ง 5-7 วันต่อ สัปดาห์ (3)
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร				
20. ท่านรู้สึกท้อแท้ในชีวิต				

ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าข้อใดที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

อาการ	เป็นประจำ (4)	บ่อยครั้ง (3)	เป็นบางครั้ง (2)	ไม่เคย (1)
1. ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน				
2. เหนื่อยล้า				
3. กระสับกระส่าย				
19. นอนไม่หลับ				

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าข้อใดที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	เกือบ ตลอดเวลา	ตลอดเวลา
1. คุณมีคนที่พร้อม จะรับฟังคุณในเวลา ที่คุณต้องการหรือไม่?					
2. คุณมีคนที่พร้อม จะให้คำแนะนำที่ดี เวลาที่คุณมีปัญหา หรือไม่?					

ปัจจุบันคุณแต่งงานแล้ว หรืออาศัยอยู่กับคู่ของคุณใช่หรือไม่

() ใช่

() ไม่ใช่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยากันชัก

คำชี้แจง โปรดพิจารณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง () ที่ตรงกับความจริง

1. มีบางครั้งที่คุณลืมรับประทานยา	() ใช่	() ไม่ใช่
2. ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันที่คุณไม่ได้รับประทานยา	() ใช่	() ไม่ใช่
3. ท่านเคยลดขนาดยาหรือหยุดรับประทานยา เนื่องจากรู้สึกมีอาการแย่ลง โดยที่ไม่ได้ปรึกษาแพทย์	() ใช่	() ไม่ใช่





1. ข้อมูลแสดงเกี่ยวกับยากันชักที่ได้รับ แสดงการวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ และค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 6 ตารางแสดงจำนวน และค่าร้อยละของข้อมูลยากันชักของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง (n=110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยากันชักที่ได้รับ		
Dilantin	16	14.5
Keppra	23	20.9
Depakine	13	11.8
Topamax	1	0.9
Tegretol	4	3.6
Lamictal	4	3.6
phenobarbital	1	0.9
Zeptal	1	0.9
Trileptal	1	0.9
Dilantin, Keppra	8	7.3
Dilantin, Lamictal	3	2.7
Keppra, Depakine	4	3.6
Keppra, Topamax	4	3.6
Keppra, Tegretal	4	3.6
Keppra, Lamictal	4	3.6
Keppra, Phenobarbital	2	1.8
Depakine, Lamictal	2	1.8
Phenobarbital, Tegretal, Topamax	2	1.8
Lamictal, Tegretal, Keppra	2	1.8

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Depakine, Tegretal	1	0.9
Depakine, phenobarbital	1	0.9
Topamax, Tegretal	1	0.9
Lamictal, Phenobarbital	1	0.9
Carbamazepine, Lamictal, Topamax	1	0.9
Dilantin, Keppra, Lamictal, Topamax	1	0.9
Tegretal, Lamictal, Topamax, Keppra	1	0.9
Keppra, Topamax, Tegretal	1	0.9
Keppra, Fycompa, Frisium	1	0.9
Depakine, Keppra, Tegretal, Frisium	1	0.9
Phenobarbital, Keppra, Tegretal	1	0.9

จากตารางที่ 6 พบว่ายากันชักที่ส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ คือ Keppra คิดเป็นร้อยละ 20.9 รองมาคือ Dilantin คิดเป็นร้อยละ 14.5 และ Depakine คิดเป็นร้อยละ 11.8 ตามลำดับ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แสดงการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 6
 ตารางที่ 7 ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย จำแนกตามรายชื่อ (n = 110)

ข้อความคำถาม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยของท่านมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด	7.21	1.48
2. ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยของท่านจะดำเนินไปอีกนานเท่าใด	7.29	1.44
3. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมการเจ็บป่วยของท่านได้มากน้อยเพียงใด	1.83	1.14
4. ท่านคิดว่าการรักษาที่ท่านได้รับจะช่วยให้การเจ็บป่วยดีขึ้นมากน้อยเพียงใด	1.75	1.01
5. ท่านมีอาการอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยของตนเองมากน้อยเพียงใด	6.52	1.67
6. ท่านกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่านมากน้อยเพียงใด	6.56	1.59
7. ท่านเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเองดีเพียงใด	3.26	1.00
8. การเจ็บป่วยของท่านกระทบต่ออารมณ์ของท่านมากน้อยเพียงใด	5.82	1.45

จากตารางที่ 7 พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับ ผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่าข้อความที่มีคะแนนเฉลี่ย สูงสุด คือ ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยของท่านจะดำเนินไปอีกนานเท่าใด โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.44 ส่วนข้อความที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านคิดว่าการรักษาที่ท่านได้รับจะช่วยให้การเจ็บป่วยดีขึ้นมากน้อยเพียงใด โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.01

3. ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเอง แสดงการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการตนเอง จำแนกตามรายข้อ (n = 110)

ข้อคำถาม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านการรับรู้ข้อมูล		
1. ฉันจดบันทึกการชักของฉัน	4.37	0.75
2. ฉันบันทึกความถี่ของอาการชักและเวลาที่เกิดอาการชัก	4.39	0.68
3. ฉันบอกสิ่งที่ต้องปฏิบัติในขณะที่มีอาการชักให้สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนได้รู้	4.24	0.82
4. เมื่อฉันมีอาการข้างเคียงจากยากันชัก ฉันบอกแพทย์	4.69	0.60
5. ฉันสังเกตอาการข้างเคียงของยากันชัก	4.66	0.69
6. ฉันมีบัตร / กระดาษที่บอกว่าฉันเป็นโรคลมชักติดตัว	1.00	0.00
7. ฉันคุยกับคนอื่นที่เป็นโรคลมชัก	1.00	0.00
8. ฉันเข้าร่วมกลุ่ม/สมาคมที่สนับสนุนผู้ป่วยโรคลมชัก	1.00	0.00
ด้านความปลอดภัย		
9. ฉันดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ เหล้า วิสกี้	1.00	0.00
10. ฉันเคยไปว่ายน้ำคนเดียว	1.00	0.00
11. ฉันใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าที่ไม่มีระบบตัดไฟอัตโนมัติ	1.07	0.54
12. ฉันสอบถามแพทย์ก่อนที่ฉันรับประทานยาอื่นร่วมกับยากันชัก	4.83	0.38
13. ฉันปีนขึ้นไปสูง เช่น บันได โต๊ะ เก้าอี้	1.00	0.00
14. ฉันใช้ฝักบัวอาบน้ำแทนการตักอาบ	4.99	0.10
15. อุณหภูมิของน้ำต่างๆ ในบ้านของฉันไม่ร้อนจัด	4.86	0.35
16. ฉันอยู่ตึกกว่าจะเข้านอน	2.15	0.81

ข้อคำถาม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ด้านอาการชัก		
17. เมื่อแพทย์สั่งเจาะเลือดตรวจ ฉันทำตามคำสั่งแพทย์	5.00	0.00
18. ฉันแจ้งให้แพทย์ทราบเมื่อฉันมีอาการชักมากกว่าเดิม	4.99	0.10
19. ฉันมีวิธีในการเตือนตนเองให้รับประทานยากันชัก	4.87	0.67
20. ถ้าออกจากบ้าน ฉันนำยากันชักติดตัวเสมอ	4.88	0.67
21. ฉันหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ฉันชัก	5.00	0.00
22. ฉันหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอาการชัก	5.00	0.00
ด้านการดำเนินชีวิต		
23. ฉันรับประทานอาหารตามปกติ	5.00	0.00
24. ฉันทำทุกอย่างเพื่อให้แน่ใจว่าฉันนอนหลับได้เพียงพอ	4.68	0.57
25. ฉันทำสิ่งที่ฉันมีความสุขหรือชอบ เพื่อช่วยลดความเครียด	4.42	0.66
26. ฉันออกกำลังกายเพียงพอ	3.90	0.66
27. ฉันใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เช่น การคลายเครียด การสร้างจินตภาพ และการสะกดจิตตนเอง เป็นต้น	4.23	0.73
28. ฉันใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เช่น การคลายเครียด การสร้างจินตภาพ และการสะกดจิตตนเอง เป็นต้น เพื่อป้องกันตัวฉันจากการชัก	4.25	0.68

จากตารางที่ 8 พบว่าการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับผ่าตัดศัลยกรรมแพทย์สั่งเจาะเลือดตรวจ ฉันทำตามคำสั่งแพทย์, ฉันหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ฉันชัก, ฉันหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอาการชัก และฉันรับประทานอาหารตามปกติ โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 5.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .00 ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ฉันมีบัตร / กระดาษที่บอกว่าฉันเป็นโรคลมชักติดตัว, ฉันคุยกับคนอื่นที่เป็นโรคลมชัก, ฉันเข้าร่วมกลุ่ม/สมาคมที่สนับสนุนผู้ป่วยโรคลมชัก, ฉันดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ เหล้า วิสกี้, ฉันเคยไปว่ายน้ำคนเดียว และฉันปีนขึ้นไปสูง เช่น บันได โต๊ะ เก้าอี้ โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .00

4. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า แสดงการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 8
 ตารางที่ 9 ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า จำแนกตามรายข้อ (n = 110)

ข้อคำถาม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย	0.09	0.29
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร	0.01	0.10
3. ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถจัดความหม่นหมองออกไป แม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ	0.04	0.19
4. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความดีทัดเทียมคนอื่น ๆ	1.63	0.89
5. ท่านรู้สึกลำบากในการตั้งสมาธิ เพื่อทำสิ่งใดสิ่ง หนึ่ง	0.10	0.33
6. ท่านรู้สึกหดหู่ใจ	0.00	0.00
7. ท่านรู้สึกว่าต้องฝืนใจในการทำสิ่งต่างๆ	0.01	0.10
8. ท่านรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต	1.72	1.01
9. ท่านคิดว่าชีวิตมีแต่ความล้มเหลว	0.01	0.10
10. ท่านรู้สึกหวาดกลัว	0.02	0.13
11. ท่านนอนไม่ค่อยหลับ	0.13	0.39
12. ท่านมีความสุข	1.14	0.80
13. ท่านพูดน้อยกว่าปกติ	0.00	0.00
14. ท่านรู้สึกอ้างว้าง เดียวดาย	0.01	0.10
15. ท่านรู้สึกว่าผู้คนทั่วไปไม่มีความเป็นมิตร	0.00	0.00
16. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน	2.08	0.77
17. ท่านมักร้องไห้	0.00	0.00
18. ท่านรู้สึกไม่มีความสุข	0.05	0.25

ข้อคำถาม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
19. ท่านรู้สึกว่าคุณถูกรบกวนอย่างไม่ชอบท่าน	0.00	0.00
20. ท่านรู้สึกท้อแท้ในชีวิต	0.00	0.00

จากตารางที่ 9 พบว่าภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านรู้สึกว่าคุณถูกรบกวนอย่างไม่ชอบท่าน โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .77 ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากันทุกข้อคำถาม คือ ท่านรู้สึกหดหู่ใจ, ท่านพูดน้อยกว่าปกติ, ท่านรู้สึกว่าผู้คนทั่วไปไม่มีความเป็นมิตร, ท่านมักร้องไห้, ท่านรู้สึกว่าคุณถูกรบกวนอย่างไม่ชอบท่าน และท่านรู้สึกท้อแท้ในชีวิต โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ .00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .00

5. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แสดงการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 9 ตารางที่ 10 ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำแนกตามรายชื่อ (n = 110)

ข้อคำถาม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. รู้สึกไม่มั่นคง	1.06	0.31
2. เหนื่อยล้า	1.08	0.28
3. กระสับกระส่าย	1.00	0.00
4. หงุดหงิด กระวนกระวาย	1.02	0.13
5. รู้สึกว่าตนเองก้าวร้าว	1.00	0.00
6. ปวดศีรษะ	1.15	0.43
7. ผม่ว	1.03	0.21
8. ปัญหาเกี่ยวกับผิวหนัง เช่น สิว ผื่น	1.02	0.13
9. ตาพร่ามัว หรือเห็นภาพซ้อน	1.00	0.00
10. ปวดท้อง	1.00	0.00
11. ไม่มีสมาธิ	1.01	0.10
12. มีปัญหาเกี่ยวกับปากและเหงือก	1.01	0.10
13. มือสั่น	1.00	0.00
14. น้ำหนักเพิ่ม	1.04	0.30
15. มึนงงหรือวิงเวียน	1.02	0.13
16. ง่วงนอน	1.11	0.31
17. ซึมเศร้า	1.00	0.00
18. หลงลืม	1.05	0.27
19. นอนไม่หลับ	1.06	0.34

จากตารางที่ 10 พบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ปวดศีรษะ โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .43 ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากันทุกข้อคำถาม คือ กระสับกระส่าย, รู้สึกว่าตนเองก้าวร้าว, ตาพร่ามัว หรือเห็นภาพซ้อน, ปวดท้อง, มือสั่น และซึมเศร้า โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .00



6. ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม แสดงการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 9
ตารางที่ 11 ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามรายชื่อ (n = 110)

ชื่อคำถาม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ท่านมีคนที่พร้อมจะพูดคุยด้วยยามที่ต้องการ	4.83	0.38
2. ท่านมีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำเวลาที่มีปัญหา	4.95	0.21
3. ท่านมีคนที่พร้อมจะให้ความรักและความใส่ใจ	4.99	0.10
4. ท่านมีคนที่พร้อมจะช่วยทำงานบ้านในแต่ละวัน	4.74	0.54
5. ท่านสามารถนับรวมเอาว่ามีคนที่คอยช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ได้ (แก้ไขปัญหาหรือช่วยตัดสินใจ ปัญหาที่ยาก)	4.48	0.62
6. ท่านมีการติดต่อกับคนที่ท่านรู้สึกใกล้ชิด เชื่อใจ และมีการติดต่อกับคนที่ท่านรู้สึกใกล้ชิด เชื่อใจ และไว้วางใจได้บ่อยเท่าที่ท่านต้องการ	4.94	0.25

จากตารางที่ 11 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับผ่าตัด ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่าชื่อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านมีคนที่พร้อมจะให้ความรักและความใส่ใจ โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .10 ส่วนชื่อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่า คือท่านมีคนที่พร้อมจะช่วยทำงานบ้านในแต่ละวัน โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .62

ตารางที่ 12 ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการใช้ยา
กันชักจำแนกตามรายชื่อ (n = 110)

ชื่อคำถาม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
1. มีบางครั้งที่คุณลืมรับประทานยาใช่หรือไม่	0.79	0.41
2. ในช่วงเวลา <u>2 สัปดาห์</u> ที่ผ่านมา มีบางวันที่คุณไม่ได้ รับประทานยา	0.99	0.10
3. คุณเคยลดขนาดยาหรือหยุดรับประทานยา เนื่องจากรู้สึกว่าการแ่ลง โดยที่ไม่ได้ปรึกษา แพทย์	0.97	0.16
4. มีบางครั้งที่คุณลืมพกยาติดตัวไปด้วย เมื่อคุณออก จากบ้านหรือเดินทางไกล	1.00	0.00
5. เมื่อวานนี้คุณรับประทานยาครบใช่หรือไม่	1.00	0.00
6. เมื่อคุณรู้สึกว่าการของโรคที่คุณเป็นควบคุมได้ แล้ว บางครั้งคุณหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ ปรึกษาแพทย์	0.97	0.16
7. คุณเคยรู้สึกอึดอัดที่ต้องรับประทานยาอย่าง เคร่งครัดหรือเข้มงวด ใช่หรือไม่	0.98	0.13
8. คุณรู้สึกว่ามีความยุ่งยากมากน้อยเพียงใด ในการ จดจำยาทั้งหมดที่ต้องรับประทาน	0.96	0.10

จากตารางที่ 12 พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังได้รับผ่าตัด
ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่าชื่อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด
คือ มีบางครั้งที่คุณลืมพกยาติดตัวไปด้วย เมื่อคุณออกจากบ้านหรือเดินทางไกล และเมื่อวานนี้คุณ
รับประทานยาครบใช่หรือไม่ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.00 ส่วน
ชื่อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มีบางครั้งที่คุณลืมรับประทานยาใช่หรือไม่ มีคะแนนเฉลี่ย
เท่ากับ 0.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.41

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาววิภาดา มงคลเพชร
วัน เดือน ปี เกิด	18 กันยายน พ.ศ.2532
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2555
ที่อยู่ปัจจุบัน	19 ซอยลำซำ ถนนเอกชัย แขวงบางค้อ เขตจอมทอง กรุงเทพฯ 10150



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY