

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก

นางสาวจันทิมา ช่วยชุม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2555

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)

are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

SELECTED FACTORS RELATED TO MEDICATION ADHERENCE IN EPILEPTIC
PATIENTS

Miss Chanthima Chuaichum

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา
ของผู้ป่วยโรคลมชัก

โดย

นางสาวจันทิมา ช่วยชม

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุชวณิชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

จันทิมา ช่วยชม: ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก.

(SELECTED FACTORS RELATED TO MEDICATION ADHERENCE IN EPILEPTIC

PATIENTS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 141 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก และเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการชัก ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราบาป และภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยากันชักที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคลมชักของโรงพยาบาลศูนย์ศรีนครินทร์และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 115 คน ที่ได้รับการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แบบประเมินการรับรู้ตราบาป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ค่าความเที่ยงด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 และหาค่าความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .88, .73, .86, .81, และ .78 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเชิงชั้น ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ร้อยละ 53.04 ของผู้ป่วยโรคลมชักมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำ ($\bar{X}=4.42$, $SD=.88$)
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา ($r_{xy}=.876$) ระดับการศึกษา ($r_{xy}=.842$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r_{xy}=.820$) และรายได้ ($r_{xy}=.767$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ($r_{xy}=-.662$) ภาวะซึมเศร้า ($r_{xy}=-.646$) การรับรู้ตราบาป ($r_{xy}=-.591$) ความถี่ของการชัก ($r_{xy}=-.571$) ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ($r_{xy}=-.405$) และอายุ ($r_{xy}=-.320$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05
4. เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักที่ระดับ .05
5. ตัวแปรความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอายุ สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้ถึงร้อยละ 79.6 เขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

$$Z_{\text{ความร่วมมือในการใช้ยา}} = 0.694Z_{\text{ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา}} + 0.275Z_{\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน}} + 0.117 Z_{\text{อายุ}}$$

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิติศ.....

ปีการศึกษา.....2555.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5477155136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : EPILEPSY/MEDICATION ADHERENCE/ ADVERSE DRUG REACTIONS

CHANTHIMA CHUAICHUM : SELECTED FACTORS RELATED TO MEDICATION ADHERENCE IN EPILEPTIC PATIENTS. ADVISOR : ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 141 pp.

The purposes of this descriptive study were to study medication adherence in patients with epilepsy and the predictability of selected factors; gender, age, education, income, length of drug use, seizure frequency, knowledge, self-efficacy, adverse drug reactions, stigma, depression, and medication adherence. The sample consisted of 115 epileptic patients who attended at epileptic clinic in Trang hospital and Hatyai hospital, selected by purposive sampling. The instruments were questionnaires regarding demographic, knowledge scale, self-efficacy scale, adverse drug reaction scale, stigma scale, depression scale, and medication adherence scale. All questionnaires were tested for content validity and reliability with Kuder-Richardson, which was .83, and Cronbach' s Alpha Coefficients, which were .88, .73, .86, .81, and .78 respectively. Statistical methods of frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, Pearson' s Product Moment correlation, and hierarchical multiple regression.

The major findings were as followed:

1. Most (53.04%) of the patients showed low medication adherence ($\bar{X} = 4.42$, $SD = .88$)
2. Knowledge ($r_{xy}=.876$) education ($r_{xy}=.842$) self-efficacy ($r_{xy}=.820$) and income ($r_{xy}=.767$) was positively significant related to medication adherence at the level of .05
3. Adverse drug reaction ($r_{xy}=-.662$) depression ($r_{xy}=-.646$) stigma ($r_{xy}=-.591$) seizure frequency ($r_{xy}=-.571$) length of drug use ($r_{xy}= -.405$) and age ($r_{xy}= -.320$) was negatively significant related to medication adherence at the level of .05
4. Gender were not significantly related to medication adherence at the level of .05
5. The predicted power was 79.6% and the equation derived from standardize score was:

$$Z \text{ medication adherence} = 0.694 Z_{\text{knowledge}} + 0.275 Z_{\text{self-efficacy}} + 0.117 Z_{\text{age}}$$

Field of Study :Nursing Science.....Student's Signature.....

Academic Year : ...2012.....Advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่เป็นผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุชวณิชช์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัย รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น ที่ให้กำลังใจและร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมาตลอดระยะเวลาที่ศึกษาร่วมกัน และที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยโรคลมชักทุกท่าน ที่ให้โอกาสและเสียสละเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยนอกคลินิกโรคลมชัก โรงพยาบาลศูนย์ตรัง โรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่ให้การสนับสนุนและให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้วิจัย

ท้ายสุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และพี่น้องที่ให้กำลังใจ และให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุกๆด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณและผู้ป่วยโรคลมชักทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคลมชัก.....	12
ความหมายของโรคลมชัก.....	12
สาเหตุของโรคลมชัก.....	12
สิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการชักในผู้ป่วยโรคลมชัก.....	13
การจำแนกอาการชัก.....	13
กลุ่มโรคลมชักที่พบในผู้ใหญ่.....	15
การรักษาโรคลมชัก.....	15
ผลกระทบของโรคลมชัก.....	20
บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก.....	21
แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา.....	23
ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยา.....	23
ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก.....	23
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา.....	26
การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา.....	28

	หน้า
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา.....	32
บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก.....	51
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	53
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	59
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	71
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	72
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	88
สรุปผลการวิจัย.....	91
อภิปรายผลการวิจัย.....	92
ข้อเสนอแนะ.....	97
รายการอ้างอิง.....	98
ภาคผนวก.....	110
ภาคผนวก ก จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการ เก็บข้อมูลการวิจัย.....	111
ภาคผนวก ข เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่าง.....	117
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	124
ภาคผนวก ง ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	132
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	141

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	75
2 จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักจำแนกตามระดับความร่วมมือในการใช้ยา.....	77
3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกคะแนนตามความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราบาป.....	78
4 คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้า.....	79
5 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก.....	80
6 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการชัก ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราบาป ภาวะซึมเศร้า กับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก.....	81
7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา ระดับการศึกษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน รายได้ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ตราบาป ความถี่ของการชัก ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา อายุ และเพศ กับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก.....	83
8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย และค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เพิ่มขึ้น ในการทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก.....	85
9 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอายุ ในการทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก.....	86

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบได้บ่อย โดยพบได้ประมาณ 50 ล้านคนทั่วโลก ประมาณ 5 ล้านคนจะมีอาการชักมากกว่า 1 ครั้งต่อเดือน (Mac et al, 2007) อัตราการเกิดผู้ป่วยโรคลมชักรายใหม่ในแต่ละปีประมาณ 2 ล้านคน จากการศึกษาอุบัติการณ์ขององค์การอนามัยโลก (2003) พบผู้ป่วยโรคลมชักประมาณ 50 ต่อ 100,000 ประชากร และพบได้เป็น 2 เท่า คือ 100 ต่อ 100,000 ประชากรในประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยพบว่าประมาณร้อยละ 1 ของประชากรป่วยเป็นโรคลมชัก หรือกล่าวได้ว่ามีผู้ป่วยโรคลมชักอยู่ในประเทศประมาณ 6-7 แสนคน โดยมีอายุเฉลี่ย 38-60 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน (ประดิษฐ์ ชัยชนะ, 2548; โยธิน จินวลัญช์, 2554) โรคลมชักต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งการรักษาด้วยยากันชักถือเป็นการรักษาหลัก ที่มีเป้าหมายของการรักษา คือ ผู้ป่วยต้องปลอดจากการชัก (Seizure free) โดยยาสามารถลดการเกิดอาการชักซ้ำได้ถึงร้อยละ 50 และทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการชักต่อเนื่องกันอย่างน้อย 2-5 ปี (Remission) ได้ถึงร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วย (สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551; โยธิน จินวลัญช์, 2554)

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำด้วยความเต็มใจของผู้ป่วยในการใช้ยากันชักที่สอดคล้องตามแผนการรักษาที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำไว้เพื่อการบำบัดโรคลมชัก (Dracup and Melies, 1982; Morris and Schulz, 1992) ซึ่งไม่ได้เฉพาะแต่วิธีการใช้ยาเท่านั้น แต่รวมถึงการใช้ยาที่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาในขนาด ความถี่ เวลาที่เหมาะสม และการมารับยาตามนัด (Asawavichienjinda, Sitthi-Amorn, and Tanyanont, 2003)

จากการศึกษาของ Sweileh และคณะ(2011) ที่ทำการศึกษา ณ Al-Makhfya Psychiatric Health Center ในประเทศปาเลสไตน์ พบว่าประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคลมชักมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ได้แก่ การใช้ยามากกว่าที่กำหนด (WHO, 2003; สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551; Buelow and Smith, 2004; Sweileh et al, 2011; Faught, 2012) การใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนด (WHO, 2003; สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551; Buck et al, 1997; Buelow & Smith, 2004; Sweileh et al, 2011; Faught, 2012) การใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม (Buck et al, 1997; Gomes & Filho, 1998; Asawavichienjinda, Sitthi-Amorn, and Tanyanont, 2003) การใช้ยาผิดเทคนิคของการบริหารหรือผิดวิถีทาง (Gomes & Filho, 1998) การใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ (Gomes & Filho, 1998; Asawavichienjinda, Sitthi-Amorn, and Tanyanont, 2003) การใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ (Gomes & Filho, 1998) และการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง (Gomes & Filho,

1998; Asawavichienjinda, Sitthi-Amorn, and Tanyanont, 2003)

พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ เช่น ปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งมักเกิดจากการลืมใช้ยาในบางเวลาถึงร้อยละ 70 (สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551; Faught, 2012) ทั้งนี้เนื่องมาจากการเก็บยาไม่เป็นระเบียบทำให้ลืมใช้ยา และผู้ป่วยอายุน้อยจึงไม่เห็นความสำคัญในการใช้ยา รวมถึงการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอีกร้อยละ 20 นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นการไม่มีเงินค่ายา (Faught, 2012) ความไม่สะดวกในการเดินทางมารับยา และจากภาระหน้าที่การงานทำให้ขาดยา เป็นต้น (สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551) ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยขาดยาจนเกิดภาวะ *status epilepticus* โดยเฉพาะยาในกลุ่ม *benzodiazepine* (Cramer et al, 2002)

ความร่วมมือในการใช้ยากันชักที่ไม่ถูกต้องส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการชักซ้ำเกิดขึ้นหรือมีความเสี่ยงของการชักที่ถี่ขึ้น (Buck et al, 1997; Jones et al, 2006; สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551; สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2553) แล้วยังอาจทำให้เกิดการฉ้อยา เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น (Elger and Schmidt, 2008; อุไรวรรณ ตรีการกิจวิจิต, 2545) และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก ได้แก่ การไม่ได้รับโอกาสทางการศึกษา ทำให้มีการศึกษาต่ำ วางงานสูง รายได้ต่ำ และต้องพึ่งพาผู้อื่น (วิริยา เชื้อลี และคณะ, 2549; พงุจิต วงศ์โรจน์, 2552; Szaflarski et al, 2006; Auriel et al, 2009) รวมถึงผลกระทบต่อความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และผลกระทบทางด้านจิตสังคม (ประคิษฐ์ ชัยชนะ, 2548; Gilliam et al, 2004; สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551; ราตรี ตาลเชื้อ, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามียาที่มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักหลายประการ ได้แก่ เพศ (Bautista, Graham, and Mukardamwala, 2011; Buck et al, 1997; Davis et al, 2009) สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก ได้แก่ อายุ (สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551; Faught, 2012) ระดับการศึกษา (Gomes & Filho, 1998; Paschal et al, 2007) รายได้ (Gomes & Filho, 1998; สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551; Faught, 2012) ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา (Dilorio et al, 1991; Buck et al, 1997; Cramer et al, 2002; สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551) ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา (อำไพ เข้มคำ และคณะ, 2549; ลินินาฏ พรานบุญ และ สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2554; Locharenkul et al, 2010; Njamnshi et al, 2009; Saengsuwan et al, 2012) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Kobau & Dilorio, 2003; Dilorio et al., 2004) ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก ได้แก่ ความถี่ของการชัก (Gomes & Filho, 1998; Cramer et al, 2002; Moran et al, 2004; Bautista & Glen, 2009) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Buck et al, 1997; ปิยนิดา เสนาคำ และ

คณะ, 2551; Jarernsiripornkul et al, 2012; เสริมสุข จันทร์ใต้, 2546; Penelli, 2010) การรับรู้ตรา
 บาป (Dilorio et al, 1991; Paschal et al, 2007; Atadzhanov et al, 2010; Leaffer et al, 2011) และ
 ภาวะซึมเศร้า (ราตรี ตาลเชื้อ, 2555; Grabowska-Grzyb, 2006; พงษ์จิต วงศ์โรจน์, 2552 ; Dilorio et
 al, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักใน
 ประเทศไทยน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบทบาทของเภสัชกร (สุณี เลิศสินอุดม และคณะ,
 2551) ที่ศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา โดยพบว่าสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของ
 ผู้ป่วยโรคลมชักเกิดจาก 5 สาเหตุหลัก คือ สาเหตุเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง สาเหตุจากโรค สาเหตุจากยา
 สาเหตุจากผู้ดูแลและสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ความไม่สะดวกในการเดินทาง ดิถุภาระหน้าที่การงานและ
 ปัญหาทางเศรษฐกิจ (สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551) ประกอบกับผลกระทบของปัญหาความ
 ร่วมมือในการใช้ยาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยสัมพันธ์และ
 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนายกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักใน
 บทบาทของพยาบาลผู้ที่มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอื่นๆ ในการ
 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่ดีระหว่างการใช้กันซัก ทั้งนี้เพื่อ
 การบริหารจัดการต่อโรค ลดอัตราการตาย และสร้างความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรค
 ลมชัก รวมทั้งสามารถใช้เป็นข้อมูลในการบอกแนวโน้มและแนวทางในการพัฒนารูปแบบการใช้
 ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา
 รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการชัก ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา
 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราบาป และภาวะซึมเศร้า
 กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก

คำถามการวิจัย

1. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักเป็นอย่างไร
2. เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการชัก ความรู้
 เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การ
 รับรู้ตราบาป และภาวะซึมเศร้า มีความสามารถในการทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
 โรคลมชักหรือไม่ อย่างไร

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักโดยอาศัยแนวคิดของ Osterberg and Blaschke (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาและเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคลมชักทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เพศ พบว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยเพศชายจะมีการรับประทานยาได้ถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่าเพศหญิง ซึ่งเพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านสรีระวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ เพศชายจะมีโครงสร้างของร่างกายที่แข็งแรง มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง มีบทบาทของความเป็นผู้นำ และการมีบทบาทของการเป็นหัวหน้าครอบครัว จึงทำให้เพศชายให้ความสำคัญกับประเด็นดังกล่าวข้างต้นมากเช่นเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อไม่ให้ตนเองกลายเป็นภาระของครอบครัว ส่วนเพศหญิงจะมีโครงสร้างที่บอบบางกว่า มีอารมณ์อ่อนไหว และมีบทบาทในการดูแลลูก จึงมักให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความสวยความงามมากจนอาจละเลยการรักษาโรค (Bautista, Graham, and Mukardamwala, 2011) แต่ก็มีบางการศึกษาที่ไม่พบความแตกต่างของเพศมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา (Buck et al, 1997; Davis et al, 2009)

อายุ เป็นปัจจัยสำคัญในการระบุถึงการมีวุฒิภาวะและความรับผิดชอบของบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะรับผิดชอบในการใช้ยาได้ครบถ้วน ตรงเวลา อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ด้วยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะไม่ให้ความสำคัญกับการรับประทานยา และหากผู้ปกครองไม่บังคับให้รับประทานยาจะไม่รับประทานยา อีกทั้งผู้ป่วยรับประทานยามานานแล้วทำให้รู้สึกเบื่อที่ต้องรับประทานยาทุกวัน จึงไม่อยากรับประทานยา (Murray et al, 2004; สุฉนิ เลิศสินอุดม และคณะ, 2551; Faught, 2012)

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความรู้ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ และความเข้าใจในวิธีการใช้ยา รวมทั้งสามารถใช้ยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษา โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาดำเนินความร่วมมือในการใช้น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เรียนจบระดับอุดมศึกษา ซึ่งสามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่า (Gomes & Filho, 1998; Boudes, 1998; Paschal et al, 2007; Davis et al, 2009) และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการลืมรับประทานยามากกว่า 1 มื้อ ต่อ 1 เดือน น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำด้วย (Gomes & Filho, 1998)

รายได้ของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ จะให้ความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ดี (Gomes & Filho, 1998; สุฉนิ เลิศสินอุดม และ

คณะ, 2551) และผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเงินจะไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ทำให้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง (Davis et al, 2009; Faught, 2012)

ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับยานานกว่าจะมีระดับความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับยา โดยเฉพาะในช่วงระยะเวลาในการรักษาด้วยยาตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นความคงทนของพฤติกรรม หรือที่เรียกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Dilorio et al, 1991; Buck et al, 1997; Cramer et al, 2002; สุทธิ เลิศสินอุดม และคณะ, 2551)

ความถี่ของการชัก เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้ป่วยที่ไม่มีการชักเลยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จะมีการใช้ยากันชักได้อย่างครบถ้วนสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการชักเกิดขึ้นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (Cramer et al, 2002; Moran et al, 2004; Bautista & Glen, 2009) หากบางการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความถี่ของการชัคน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อปีจะใช้ยากันชักได้อย่างครบถ้วนสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยที่มีความถี่ของการชักมากกว่า 2 ครั้งต่อปีขึ้นไป (Gomes & Filho, 1998)

ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะในประเด็นของชนิดของการชัก สาเหตุของโรคลมชัก ระยะเวลาของการรักษาโรคลมชักด้วยยา และการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคลมชักเบื้องต้นขณะเกิดอาการชัก (อำไพ เข้มคำ และคณะ, 2549; สิรินาถ พรานบุญ และ สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2554; Lochareernkul et al, 2010) เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในเรื่องของการให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อควบคุมโรคดังกล่าว การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็น และเหตุผลของวิธีการรักษา การปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง หรือการหลีกเลี่ยงกิจกรรมบางประการเพื่อจะช่วยให้อาการของโรคสงบลง (อำไพ เข้มคำ และคณะ, 2549; Lochareernkul et al, 2010) แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ผู้ป่วยก็จะปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และโรคอาจจะกำเริบมากขึ้นได้ ตัวอย่างเช่น โรคลมชักนี้ มีการรักษาที่สำคัญ คือ การใช้ยาควบคุมอาการชัก ที่ต้องรับประทานอย่างถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ และใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ มิใช่ใช้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยไม่ทราบสิ่งนี้ ก็อาจใช้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการเท่านั้น หรือการใช้ยาที่ผิดขนาดโดยอาจจะใช้ยามากกว่าคำสั่งแพทย์ด้วยคิดว่าจะได้หายจากโรคเร็วขึ้น (Njamnshi et al, 2009; สิรินาถ พรานบุญ และ สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2554; Saengsuwan et al, 2012)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความรู้สึกของบุคคลในการที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการดำเนินพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลือกกระทำในกิจกรรมต่างๆ และความพยายามที่จะกระทำใน

กิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องเพราะสมรรถนะแห่งตนเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าบุคคลตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถก็สามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้น แต่ถ้าตนเองมีความเชื่อมั่นว่าตนเองไม่มีความสามารถก็จะหลีกเลี่ยงการกระทำนั้น (Bandura, 1997) บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้บุคคลนั้นมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงด้วย โดยจะสามารถดำเนินพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคลมชักที่มีระดับสูงก็จะมีความร่วมมือในการใช้ยากันชักสูงด้วย อันจะส่งผลให้การควบคุมอาการของโรคเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ คือ ไม่มีอาการชักซ้ำของผู้ป่วยเกิดขึ้น (Kobau & Dilorio, 2003; Dilorio et al., 2004)

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นเมื่อใช้ยาในขนาดปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยา เนื่องจากไม่สามารถทนต่ออาการที่เกิดขึ้นได้ หรือรู้สึกว่าการใช้ยามีอันตรายมากกว่าได้ประโยชน์ ซึ่งหากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากันชักก่อให้เกิดอันตรายที่รุนแรงหรือมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (Buck et al, 1997; ปิยนิดา เสนาคำ และคณะ, 2551; Jarernsiripornkul et al, 2012) ไม่ว่าจะเกี่ยวข้องกับด้านอาชีพ ภาวลักษณะของตนเองต่อสังคมรอบข้าง ในระดับสูงย่อมขัดขวางความร่วมมือในการใช้ยา นั่นคือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยานั้นเอง โดยพบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ก่อให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากที่สุดคือ มึนงงหรือเวียนศีรษะและหลงลืม (เสริมสุข จันทรได้, 2546; Penelli, 2010; Jarernsiripornkul et al, 2012)

การรับรู้ตราบาป มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยา โดยตราบาปเป็นภาวะที่เกิดจากการที่สังคมมีต่อคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล เรียกได้ว่าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลทั่วไปมีต่อผู้มีภาวะผิดปกติที่มีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไปก่อให้เกิดความตระหนักในการรับรู้ทัศนคติของบุคคล การยอมรับจากสังคม การถูกสังคมปฏิเสธ จะทำให้ผู้ป่วยโรคลมชักรู้สึกเหมือนมีตราสัญลักษณ์ที่ติดตัว คิดว่าตนเองมีมลทิน เกิดความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง ซึ่งจะส่งผลทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ (Goffman, 1963) จากการศึกษาของ Leaffer และคณะ (2011) พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีระดับการรับรู้ตราบาปในระดับสูงจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการชัก และการต้องรับประทานยาเป็นประจำ ทำให้ไม่สามารถพูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับโรคลมชักที่ตนเองเป็นอยู่ และปรับตัวไม่เหมาะสม (Dilorio et al, 1991; Elliott, Jacobson & Seals, 2006; Paschal et al, 2007)

ภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคลมชักพบได้ประมาณร้อยละ 58 เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป (Kanner, 2003 อ้างถึงใน ราตรี ตาลเชื้อ, 2555) โดยภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยโรคลมชักมีอาการหดหู่คงอยู่นานติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อยสองสัปดาห์ (Grabowska-Grzyb, 2006) ร่วมกับ

การขาดแรงผลักดันและความสนใจในตนเองรวมถึงสมาธิและความสามารถโดยทั่วไปที่ลดลง เป็นผลให้เกิดความผิดปกติในการนอนหลับ ไม่อยากอาหาร ไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ น้ำหนักลด (อรรวรรณ ศิลปะกิจ และพงศ์เกษม ไช้มุขต์, 2541; เดชา ปิยะวัฒน์กุล, 2544) ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลให้การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคลมชักไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอจนนำไปสู่การขาดยา (Kanner et al, 2012) อันเป็นปัจจัยหนึ่งที่ลดความร่วมมือในการใช้ยา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่รับประทานยากันชักมากกว่า 1 ชนิดขึ้นไป จะมีระดับความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยากันชนิดเดียว (พรุจิต วังสโรจน์, 2552 ; Dilorio et al, 2004; ราตรี ตาลเชื้อ, 2554)

จากแนวคิดและข้อมูลหลักฐานการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการชัก ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราบาป และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก และเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการชัก ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราบาป และภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก

1. ประชากร สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักอย่างน้อย 1 ปี ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการรักษาด้วยการใช้ยากันชัก ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคลมชักของโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ประเทศไทย

2. กลุ่มตัวอย่าง สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคลมชักทั้งเพศชายและเพศหญิง และได้รับการรักษาด้วยการใช้ยากันชัก ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคลมชักของโรงพยาบาลศูนย์ตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการชัก ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราบาป ภาวะซึมเศร้า และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. เพศ หมายถึง สถานภาพที่แสดงถึงความเป็นหญิงหรือชาย โดยเพศของผู้ป่วยโรคลมชัก แบ่งเป็นเพศหญิงและเพศชาย

2. อายุ หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ทำการตอบแบบสอบถาม โดยคิดเป็นจำนวนปีเต็มในวันที่ตอบแบบสอบถาม (เศษของอายุที่มากกว่า 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี) โดยอายุของผู้ป่วยโรคลมชักอยู่ในวัยผู้ใหญ่ คือ 18-59 ปี

3. ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิกการศึกษาสูงสุดที่ได้รับตามระบบการศึกษาปัจจุบันของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยแบ่งเป็นไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี

4. รายได้ หมายถึง รายรับโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคลมชักที่คิดเป็นจำนวนเงินบาทต่อเดือน

5. ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยโรคลมชักเริ่มรับประทานยาครั้งแรกจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม (เศษของระยะเวลาในการรักษาด้วยยาที่มากกว่า 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)

6. ความถี่ของการชัก หมายถึง จำนวนครั้งของการชักหลังใช้ยากันชักในการรักษาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยแบ่งจำนวนครั้งออกเป็นไม่ชักเลย, 1 ครั้ง, 2 ครั้ง, และมากกว่า 2 ครั้ง

ซึ่ง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา และความถี่ของการชัก ประเมินโดยใช้แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

7. ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยโรคลมชักในการคิด เข้าใจ นำไปประยุกต์ใช้ วิเคราะห์สังเคราะห์ และประเมินค่าในเรื่องเกี่ยวกับโรคลมชักโดยครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้ คือ ความหมายของโรคลมชัก ความปลอดภัยจากการชัก ความร่วมมือในการใช้ยากันชัก และกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ในผู้ป่วยโรคลมชัก ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา ของ Long และคณะ (2000) ที่ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย มีจำนวน 10 ข้อ โดยมีลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 7 ข้อ แบบถูกผิด 2 ข้อ และแบบอัตนัย 1 ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงคำตอบเดียว ซึ่งในแต่ละข้อจะให้คะแนนเท่ากันทุกข้อ คือ ถ้าตอบตรงกับคำตอบที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ว่าเป็นคำตอบที่ถูกต้อง จะได้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบไม่ตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้หรือตอบไม่ทราบ จะได้ 0 คะแนน มีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง แสดงว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษาดี

8. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Kobau and Dilorio (2003) ที่ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย มีจำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีเนื้อหา

เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ลักษณะคำถามเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตามระดับการรับรู้ของผู้ตอบตั้งแต่ 0-10 มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 140 คะแนน หากพบว่ามีค่าผลรวมคะแนนสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดี

9. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หมายถึง ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นโดยมิได้ตั้งใจ เป็นอันตรายต่อมนุษย์ และเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาในขนาดปกติ เพื่อป้องกัน วินิจฉัย บรรเทา หรือ บำบัดรักษาโรค หรือเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขการทำงานของร่างกายแต่ไม่รวมถึงการใช้ยาเกินขนาดจากอุบัติเหตุหรือโดยจงใจ หรือจากการใช้ยาในขนาดที่ผิด ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ของ Martin และคณะ (2011) ที่ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย มีจำนวน 19 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากันชักในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 19-76 คะแนน หากพบว่ามีค่าผลรวมคะแนนสูง แสดงว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามาก

10. การรับรู้ตราบาป หมายถึง กระบวนการทางความคิดที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์หรือกระบวนการทางสังคมต่อคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลที่มีลักษณะที่แตกต่างจากคนทั่วไปทั้งทางร่างกายและจิตใจ และถูกตัดสินว่าเป็นสิ่งที่เลื่อมเสีย ไม่เป็นที่ต้องการจากกลุ่มบุคคลในสังคมภายใต้บรรทัดฐานของสังคมนั้นๆ ส่งผลให้บุคคลที่ถูกตีตราไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ตราบาป ของ Austin และคณะ (1998) ฉบับภาษาไทยของราตรี ตาลเชื้อ (2554) มีจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับระดับการรับรู้ทางด้านลบต่อการเป็นโรคลมชักของผู้ป่วยโรคลมชัก มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-70 คะแนนหากพบว่ามีค่าผลรวมคะแนนสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปมาก

11. ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงการเบี่ยงเบนด้านความคิดและการรับรู้ของบุคคล โดยแสดงออกทั้งด้านอารมณ์ ร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ มีความคิดในด้านลบ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ เป็นต้น ประเมินโดยใช้แบบประเมินที่มีชื่อว่า Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) ของ Radloff (1977) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) มีจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อื่นอีก 2 ข้อ ผู้ป่วยจะถูกสอบถามว่าเหตุการณ์นั้นๆ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน ซึ่งค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

12. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำด้วยความเต็มใจของผู้ป่วยในการใช้ยากันชักที่สอดคล้องตามแผนการรักษาที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ ให้ เพื่อการบำบัดโรคลมชัก ซึ่งไม่ได้หมายถึงวิธีการใช้ยาเท่านั้น แต่รวมถึงการใช้ยาที่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาในขนาด ความถี่ เวลาที่เหมาะสม และการมารับยาตามนัด ประเมินโดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ของ Morisky และคณะ (2008) ฉบับภาษาไทยของ Tantikosoom และคณะ (2011) มีจำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะของข้อคำถามจะเป็นข้อคำถามแบบปลายปิดที่มีตัวเลือกแบบ 2 ตัวเลือก และในข้อที่ 8 จะเป็นข้อคำถามแบบปลายปิดที่มีตัวเลือกแบบ 5 ตัวเลือก โดยเลือกคำตอบที่ตรงกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคลมชักมากที่สุดเพียงตัวเลือกเดียว มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-8 คะแนน โดยค่าผลรวมคะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ, ค่าผลรวมคะแนนอยู่ในช่วง 6-7 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง, ค่าผลรวมคะแนนมากกว่า 7 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางให้กับบุคลากรทีมสุขภาพในการประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก และเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการชัก ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราใบ และภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นเนื้อหาในการศึกษาวิจัย โดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคลมชัก
 - 1.1 ความหมายของโรคลมชัก
 - 1.2 สาเหตุของโรคลมชัก
 - 1.3 สิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการชัก
 - 1.4 การจำแนกอาการชัก
 - 1.5 กลุ่มโรคลมชักที่พบในผู้ใหญ่
 - 1.6 การรักษาโรคลมชัก
 - 1.7 ผลกระทบของโรคลมชัก
 - 1.8 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก
2. แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา
 - 2.1 ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยา
 - 2.2 ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก
 - 2.3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา
 - 2.4 การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา
4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคลมชัก

1.1 ความหมายของโรคลมชัก

โรคลมชัก (Epilepsy) มาจากภาษากรีกที่ว่า Epilambanein หมายถึง “to seize” หรือ “to attack” มีการบันทึกครั้งแรกในโลกตะวันตกในตำราของบาบิโลเนียนที่ค้นพบในทางใต้ของตุรกี ต่อมาพบว่าโรคลมชักมีการเขียนในตำราการแพทย์ของจีนเมื่อ 770 ถึง 221 ปีก่อนคริสตกาล (อมรรัตน์ อินทร์เยี่ยม, 2553)

อาการชัก (Epileptic seizure) คือ ภาวะที่สมองปลดปล่อยกระแสไฟฟ้าของการชัก (epileptic discharge) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย โดยมากมักเป็นอาการเกร็ง หรือกระตุก (Elger and Schmidt, 2008; โยชิน ชินวาลัญช์, 2554)

โรคลมชัก (Epilepsy) หมายถึง โรคที่มีอาการชักเกิดขึ้นซ้ำๆ (recurrent seizure) ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544; Elger and Schmidt, 2008)

กลุ่มโรคลมชัก (Epileptic syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการที่มีอาการชักซ้ำๆ และมีลักษณะหลายอย่างคล้ายคลึงกัน จนจัดเข้าเป็นพวกเดียวกันได้ แต่กลุ่มโรคลมชักอาจมีสาเหตุได้หลายอย่าง และการดำเนินโรคอาจไม่เหมือนกันทั้งหมด (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544; Elger and Schmidt, 2008)

1.2 สาเหตุของโรคลมชัก

สาเหตุของโรคลมชัก (รัศริน กาสลัก อ่างใน อมรรัตน์ อินทร์เยี่ยม, 2553) มีดังนี้

1.2.1 โรคทางพันธุกรรม พบประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเริ่มชักตั้งแต่เด็กหรือวัยรุ่น บางชนิดจะหายได้เองเมื่อโตขึ้น แต่บางชนิดจะพบร่วมกับความพิการทางสมอง ญาตีพื๋น่อง หรือบุตรผู้ป่วย มีโอกาสเป็นโรคลมชักสูงกว่าประชากรทั่วไป แต่การถ่ายทอดมักไม่เด่นชัดอย่างในโรคทางพันธุกรรมอื่น

1.2.2 เกิดจากรอยโรคหรือแผลเป็นในสมอง ได้แก่ การติดเชื้อในสมอง, สมองพิการแต่กำเนิด ความผิดปกติเหล่านี้เกิดได้ตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ ซึ่งอาจจะเกิดจากสาเหตุต่างๆ เช่น การติดเชื้อของมารดา การตกเลือด ขาดอาหาร ได้รับรังสี หรือสารเสพติดของมารดาตั้งครรภ์, สมองได้รับความกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุ, ชักขณะไข่สูงในวัยเด็กติดต่อกันเป็นเวลานานหลายครั้ง ซึ่งอาจก่อให้เกิดแผลเป็นขึ้นในสมองส่วนที่ไวต่อการขาดออกซิเจน, เส้นโลหิตในสมองอุดตัน ซึ่งทำให้เกิดแผลเป็น และเป็นจุดปล่อยกระแสไฟฟ้าที่ทำให้เกิดอาการชัก, สมองขาดออกซิเจนด้วยสาเหตุอื่นๆ และสมองถูกกระทบกระเทือนระหว่างอยู่ในครรภ์มารดาหรือแรกคลอด

1.2.3 เกิดจากภาวะที่มีก้อนที่ขยายโตขึ้นในสมองส่วนใดส่วนหนึ่ง ได้แก่ เนื้องอก

ในสมอง, ฝีในสมอง, พยาธิในสมอง, เส้นเลือดขดในสมอง

1.2.4 เกิดจากการติดเชื้อในสมอง ได้แก่ สมองอักเสบ, เยื่อหุ้มสมองอักเสบ

1.2.5 มีโรคทางกาย ได้แก่ โรคเบาหวานที่ไม่ได้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ, โรคตับ, โรคไต, ภาวะเกลือโซเดียมในร่างกายสูงหรือต่ำกว่าปกติ

1.2.6 กลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ พบได้ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคลมชัก แม้ว่า จะตรวจไม่พบรอยโรคในสมอง แต่จะมีบริเวณที่ปล่อยไฟฟ้าที่ผิดปกติซึ่งอาจเล็กเกินกว่าที่จะมองเห็นด้วยวิธีการตรวจบางอย่าง

1.3 สิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการชักในผู้ป่วยโรคลมชัก

สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการชัก (รัศริน กาสลัก, 2548) มีดังนี้

1.3.1 การหยุดยากันชัก การลดขนาดของยาตนเอง หรือการรับประทานยากันชัก ไม่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดอาการชักเพิ่มขึ้นได้

1.3.2 การอดนอน ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ

1.3.3 ภาวะมีไข้สูง

1.3.4 การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น มีอาการตื่นเต้นมาก มีอาการกลัวหรือวิตกกังวล และภาวะกดดันทางจิตใจหรือภาวะเครียด

1.3.5 ภาวะอ่อนล้า ทรากคร่าทำงานหนัก หรือออกกำลังกายจนเหนื่อยล้าอย่างมาก

1.3.6 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมทุกชนิด

1.3.7 การได้รับยาเสพติดหรือสารพิษที่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท

1.3.8 การอดอาหาร หรือการรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา จะทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดลดต่ำลง อาจทำให้เกิดอาการชักได้

1.3.9 ในผู้ป่วยบางรายการได้รับแสงไฟกระพริบอาจเป็นตัวกระตุ้นก่อให้เกิดอาการชักได้

1.3.10 การมีประจำเดือนในเพศหญิง ส่วนใหญ่อาการชักจะพบบ่อยในช่วง 4-5 วัน ก่อนการมีประจำเดือน

1.3.11 การหายใจลึกๆ เป็นเวลานานๆ อาจทำให้เกิดอาการชักขึ้นได้ ในผู้ป่วยบางราย เช่น Absence seizure จะเห็นได้ชัด

1.4 การจำแนกอาการชัก

การจำแนกอาการชักแบบสากลตามระบบ International Classification of Epilepsy

Seizure (ICES) ในปี ค.ศ. 1981 จำแนกโดยอาศัยการชัก (clinical seizure) ร่วมกับคลื่นสมองขณะชัก (ictal EEG) และระหว่างไม่มีการชัก (interictal EEG) แบ่งอาการชักออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544; ILAE as cited in Sandock & Sandock, 2000) ได้แก่

1.4.1 อาการชักเฉพาะส่วน (partial seizure) คือ อาการชักที่แสดงอาการเนื่องจากไฟฟ้าของการชักกระตุ้นเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของ Cerebral cortex แบ่งย่อยเป็น

1.4.1.1 Simple Partial Seizure (SPS) คือ อาการชักเฉพาะส่วนที่ไม่มีการสูญเสียความรู้สึกตัว แบ่งตามอาการที่เกิดออกเป็น 4 อย่าง ได้แก่ การเคลื่อนไหว (motor), การรับความรู้สึก (sensory) อาจเป็น somatosensory หรือ special sensory, ระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic) ได้แก่ ใจสั่น ปวดท้อง และความรู้สึกที่แปลกๆ (psychic) ได้แก่ อาการกลัว

1.4.1.2 Complex Partial Seizure (CPS) คือ อาการชักเฉพาะส่วนที่มีการสูญเสียหรือลดลงของความรู้สึกตัว ความรู้สึกตัวในที่นี้ หมายถึง การรับรู้ (awareness) กับการตอบสนองต่อสิ่งภายนอก เช่น คำสั่ง หรือคำถาม (responsiveness) แบ่งออกเป็นชนิดที่มี SPS นำมาก่อน และชนิดที่ไม่มี อาจมีหรือไม่มี automatism ร่วมด้วย

1.4.1.3 Partial seizures evolving to secondarily generalized seizure คือ อาการชักเฉพาะส่วนที่ลามไปทั่วทั้งสมอง ทำให้เกิดอาการชักทั้งตัวตามมา มักเป็นแบบเกร็งกระตุกทั้งตัว (generalized tonic clonic seizure หรือ GTC)

1.4.2 อาการชักทั่วทั้งสมอง (generalized seizure) คือ อาการชักที่มีกระแสไฟฟ้าเกิดขึ้นรบกวนทั่วทั้งสมองพร้อมกันตั้งแต่ต้น มักมีการสูญเสียความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวมักเป็นทั้งสองข้าง แบ่งเป็นชนิดย่อยๆ ได้แก่

1.4.2.1 Absence seizure คือ อาการชักที่ไม่รับรู้สิ่งภายนอกไปเป็นเวลาหลายวินาที มักไม่เกิน 1 นาที ผู้ป่วยจะนิ่งค้าง หรือตาลอยไปชั่วครู่ คลื่นสมองขณะชักจะพบ spike-and-slow-wave-complex ที่มีความถี่ 3 Hz สมมาตรและสมมาตรกันทั่วทั้งสมอง เกิดขึ้นและสิ้นสุดลงทันทีพร้อมกับอาการชัก

1.4.2.2 Myoclonic seizure คือ อาการชักที่มีการกระตุกอย่างแรงหนึ่งครั้งพร้อมกันทั้งตัวหรือบางส่วนของร่างกายแล้วหายเป็นปกติทันที

1.4.2.3 Clonic seizure คือ อาการชักที่มีการกระตุกทั้งตัวต่อเนื่องกันเป็นจังหวะ บางครั้งอาจเกิด clonic แล้วตามด้วย clonic tonic ได้ เป็น clonic-tonic-clonic

1.4.2.4 Tonic seizure คือ อาการชักที่มีการเกร็งทั้งตัวต่อเนื่องกัน

1.4.2.5 Tonic clonic seizure คือ อาการชักที่มีการเกร็งแล้วตามด้วยกระตุกทั้งตัว

1.4.2.6 Atonic seizure คือ อาการชักที่ผู้ป่วยหมดความตึงตัวของกล้ามเนื้อทันที ทำให้หล่นลงกับพื้น แล้วมักหายทันที

1.4.3 อาการที่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มได้ (unclassified epileptic seizure) เป็นการจัดกลุ่มอาการชักที่ไม่สามารถรวมอยู่ใน 2 กลุ่มแรกได้ เนื่องจากข้อมูลไม่พอเพียงหรือไม่สมบูรณ์ที่จะจัดเข้ากลุ่มได้

1.5 กลุ่มโรคลมชักที่พบในผู้ใหญ่

กลุ่มโรคลมชักที่พบได้ในวัยผู้ใหญ่ (ชัยชน โคว์เจริญกุล อังใน อมรรัตน์ อินทร์เยี่ยม, 2553) มีดังนี้

1.5.1 Localization-related (focal, local, partial) epilepsies and syndromes คือ กลุ่มโรคลมชักที่มีอาการชัก หรือการตรวจที่บ่งชี้ว่าจุดกำเนิดของการชักมาจากบางส่วนของสมอง โดยที่อาจจะมียโรค (lesion) หรือไม่ก็ได้

1.5.1.1 Idiopathic : ADNLE (Autosomal Dominant Nocturnal Frontal Lobe Epilepsy), BFTLE (Benign Familial Temporal Lobe Epilepsy)

1.5.1.2 Symptomatic : Temporal Lobe Epilepsy (TLE), Mesial TLE (MTLE หรือ TLE with mesial temporal lobe sclerosis), Lateral TLE, Frontal Lobe Epilepsy (FLE), Parietal Lobe Epilepsy (PLE), Occipital Lobe Epilepsy (OLE)

1.5.2 Generalized epilepsy : Childhood absence Epilepsy (CAE) ซึ่งอาการดำเนินต่อจนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่, Juvenile Absence Epilepsy (JAE), Epilepsy with grand mal on awakening (GMA), Juvenile Myoclonic Epilepsy (JME), Absence status of adulthood, Lennox-Gastaut Syndrome (LGS)

1.6 การรักษาโรคลมชัก

การรักษาโรคลมชักส่วนใหญ่จะรักษาด้วยการใช้ยา และมีเพียงส่วนน้อยที่ใช้ยาแล้วไม่ได้ผลจึงรักษาด้วยการผ่าตัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ชัยชน โคว์เจริญกุล, 2544; ประดิษฐ์ ชัยชนะ, 2548)

1.6.1 การรักษาคด้วยการใช้ยากันชัก (Anti-epileptic drugs) เป็นวิธีการที่สำคัญในการควบคุมอาการชักที่ให้ผลดีแก่ผู้ป่วยจำนวนมาก โดยมีค่าใช้จ่ายน้อย สามารถทำได้สะดวกแม้ในสถานพยาบาลที่ห่างไกล แต่ควรพิจารณาถึงประโยชน์ที่ได้ในการควบคุมการชัก โดยเปรียบเทียบระหว่างโอกาสในการเกิดผลข้างเคียงจากยากับโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีอาการชักซ้ำหรือผลกระทบจาก

การชักซ้ำต่อคุณภาพชีวิต (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2547; สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2554) โดยพบว่าร้อยละ 75 ของผู้ที่เป็โรคลมชักใช้ยากันชักเพียงชนิดเดียว (Monotherapy) จะสามารถควบคุมอาการชักได้ดี และอีกร้อยละ 15 ของผู้ที่เป็โรคลมชักจำเป็นต้องใช้ยากันชักหลายชนิดร่วมกัน (Polytherapy) ในการควบคุมอาการชัก (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544; สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2547; Elger and Schmidt, 2008) อาการชักที่เกิดจากมีปัจจัยกระตุ้นจะมีโอกาสชักซ้ำประมาณร้อยละ 50 ในทุกอายุ และมักเกิดในปีแรก หลังจากการชักครั้งที่ 2 ความเสี่ยงที่จะชักซ้ำจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80 ดังนั้นหากผู้ป่วยเกิดอาการชักครั้งที่ 2 และวินิจฉัยได้แน่นอนว่าเป็นโรคลมชัก แพทย์จึงควรพิจารณาเริ่มให้ยากันชัก การให้ยากันชักระยะยาวต่อเนื่องกัน สามารถทำให้ไม่มีอาการชักเลยต่อเนื่องกันอย่างน้อย 2-5 ปี ได้ร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วย (สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551; โยธิน ชินวลัญช์, 2554) เป็นผลให้สามารถลดความพิการทางจิตสังคม การสูญเสียอาชีพการงานและการศึกษา รวมทั้งอาจช่วยลดอัตราและป้องกันการเกิดจุดกำเนิดชักเพิ่มขึ้น (Secondary epileptogenesis) จากการชักติดต่อกันเป็นเวลายาวนาน (พรุจิต วังสโรจน์, 2552; สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2554; Elger and Schmidt, 2008)

โดยสามารถสรุปแนวทางในการบริหารยากันชักได้ดังนี้ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2547; พรุจิต วังสโรจน์, 2552; โยธิน ชินวลัญช์, 2554; สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2554)

1. ต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคลมชักจริง ในบางรายที่แพทย์ยังไม่มั่นใจประวัติความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยแจ้ง ควรพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนที่จะเริ่มยากันชักให้กับผู้ป่วย
2. เลือกใช้ให้เหมาะสมกับชนิดของอาการชัก โดยเลือกกลุ่มยาหลักก่อนที่ จะเลือกกลุ่มยารองหรือยาเสริม ถ้าผู้ป่วยมีอาการชักหลายชนิดร่วมกันให้เลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์ครอบคลุมได้กว้าง (broad spectrum AEDs) โดยมียากันชักสำหรับการชักชนิดต่างๆ แสดงดังตาราง (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2547; Fountain, 2002)

ชนิดการชัก	ยาหลัก	ยารอง
Simple and complex partial seizure, primary and secondarily generalized tonic clonic seizure	Carbamazepine, valproate and phenytoin	Acetazolamide, clobazam, clonazepam, ethosuximied, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, oxcarbazepine, phenobarbital, primidone, tiagabine, topiramate, vigabatrin
Generalized absence seizure	Valproate, ethosuximide	Acetazolamide, clobazam, clonazepam, lamotrigine, phenobarbital, primidone

ชนิดการชัก	ยาหลัก	ยารอง
Atrypical absence, tonic and clonic seizure	Valproate	Acetazolamide, carbamazepine, clobazam, clonazepam, ethosuximide, felbamate, lamotrigine, oxcarbazepine, phenobarbital, phenytoin, primidone, topiramate
Myoclonic seizure	Valproate	Clobazam, clonazepam, ethosuximide, lamotrigine, phenobarbital, piracetam, primidone

3. การเริ่มและปรับยากันชัก

3.1 เริ่มต้นด้วยยากันชักชนิดเดียว (monotherapy) ผู้ป่วยร้อยละ 75 อาการชักจะตอบสนองดีต่อการใช้ยากันชักเพียงชนิดเดียว ประโยชน์ของการรักษาด้วยยาชนิดเดียวนั้น นอกจากจะมีอาการข้างเคียงและปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interaction) น้อยกว่าการรับประทานยากันชักหลายชนิด (polytherapy) พร้อมกันแล้ว ผู้ป่วยยังสามารถรับประทานยากันชักได้ต่อเนื่องและสม่ำเสมอดีกว่า และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า

3.2 การปรับยากันชักในระยะเริ่มต้นของการรักษาควรเริ่มยากันชักในขนาดต่ำ เพื่อให้ผู้ป่วยปรับสภาพร่างกายเพื่อทนต่อผลข้างเคียงที่พบได้ในยากันชักทั่วไป เช่นอาการง่วงซึม เหนื่อย เวียนศีรษะ และคลื่นไส้ (Penelli, 2010) หลังจากนั้นค่อยๆเพิ่มขนาดของยากันชักขึ้นจนกระทั่งควบคุมอาการชักได้ โดยไม่มีอาการข้างเคียง (maximal tolerated dose) การเริ่มให้ยากันชักทางปากขนาดสูง (oral loading dose) นั้นไม่มีหลักฐานทางวิชาการชัดเจน ถ้าสงสัยว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการชักต่อเนื่อง (status epilepticus) ให้ใช้ยากันชักทางหลอดเลือดดำ

4. การรับประทานยากันชักควรจะมีอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จนกว่าจะคุมอาการชักได้อย่างน้อย 2 ปี จึงพิจารณาลดขนาดอย่างช้าๆ

5. บริหารยากันชักตามคุณสมบัติทางเภสัชวิทยา อาทิ Phenytoin, Phenobarbital มีค่าครึ่งชีวิตยา (half life, $T_{1/2}$) นานตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป สามารถให้ได้วันละ 1 ครั้งในผู้ใหญ่ หรือ Carbamazepine, Sodium valproate มี $T_{1/2}$ คราวให้วันละ 2-3 ครั้ง เป็นต้น ทั้งนี้ควรพิจารณาถึง Steady state ด้วย ซึ่ง Steady state คือ ระยะเวลาที่ยาได้ระดับคงที่ในเลือดหลังจากได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งการบริหารยาทางปากนั้น มีระยะเวลาถึง steady state จะนานประมาณ 5 เท่าของ $T_{1/2}$ ดังนั้นการประเมินผลการควบคุมอาการชักรวมทั้งการเจาะระดับยาในเลือด ควรกระทำเมื่อยาถึง steady state แล้ว และการที่จะประเมินว่ายากันชักชนิดใดชนิดหนึ่งได้ผลหรือไม่

จำเป็นต้องให้ยากันชักชนิดนั้นในขนาดที่เหมาะสมเป็นระยะเวลาที่นานเพียงพอ

6. การตรวจระดับยากันชักในเลือด ทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ คือ 1) เพื่อใช้ประเมินว่ายากันชักนั้นควบคุมอาการชักไม่ได้ 2) เพื่อใช้ประเมินอาการผิดปกติทางคลินิกที่เกิดจากระดับยากันชักสูงเกิน 3) ฝ้าดูระดับยาในผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายชนิดที่อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา 4) เพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย

7. ประเมินประสิทธิภาพของยา (efficacy) ประเมินได้จากการตอบสนองต่อยากันชักของผู้ป่วย แพทย์ควรแนะนำให้ผู้ป่วยบันทึก จำนวนครั้งของการชัก ความรุนแรง ระยะเวลาของการชัก ระยะเวลาไม่รู้สึกตัวหลังชัก และรูปแบบของการชัก เพื่อประกอบการรักษา โดยทั่วไปเป้าหมายของการรักษา คือ ไม่มีอาการชักเลย (seizure free) โดยจะพยายามควบคุมอาการชักให้ได้เร็วที่สุด

8. ฝ้าดูอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse reaction) อาการข้างเคียงของยากันชัก อาจแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ

8.1 อาการเป็นพิษ (Toxicity) เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไป อาจแตกต่างกันในความไวของการเกิดอาการ อาการจะหายไปเมื่อลดขนาดลง และไม่มีคามจำเป็นต้องเปลี่ยนชนิดยากันชักถ้าควบคุมได้

8.2 อาการแพ้ (Idiosyncrasy) เกิดขึ้นในผู้ป่วยบางคน ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ ตัวอย่างเช่น ผื่น มักเกิดเมื่อเริ่มใช้ยาไม่นาน โดยเฉพาะใน 3 สัปดาห์แรก เมื่อเกิดขึ้นแล้วจำเป็นต้องหยุดยาทันที และไม่ควรเริ่มยากันชักชนิดใหม่จนกว่าผื่นจะหาย หากมีอาการชักซ้ำระหว่างนี้ควรพิจารณาใช้ยากลุ่ม Benzodiazepine เป็นการชั่วคราว

8.3 อาการข้างเคียงต่อทารกในครรภ์ (Teratogenicity) เกิดได้ในมารดาที่ใช้ยากันชักบางชนิด หรือมีภาวะขาดสารโฟเลต

9. การเปลี่ยนชนิดของยากันชัก เมื่อให้การรักษาด้วยยาตัวแรกไประยะเวลาหนึ่งแล้วผู้ป่วยยังคงมีอาการชักอยู่ควรคำนึงถึงสาเหตุและปัจจัยต่างๆที่ทำให้ควบคุมอาการชักไม่ได้ก่อน ได้แก่ 1) วินิจฉัยผิดโดยเฉพาะอาการผิดปกติที่เกิดเป็นพักๆ (Paroxysmal disorders) เช่น syncope, tics, abnormal movement, breath holding spell, hyperventilation syndrome เป็นต้น 2) มีสาเหตุที่ยังไม่ได้รับการรักษา เช่น มีก้อนเนื้อออก หรือ มีรอยโรคของสมอง ซึ่งมักไม่ค่อยตอบสนองต่อการให้ยา 3) ให้ยาที่ไม่เหมาะสมกับอาการชักของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการชักแบบเหม่อที่เป็นชนิด Absence seizure แต่ให้ยากันชัก Carbamazepine หรือ Phenytoin ซึ่งยาทั้งสองชนิดนี้ไม่สามารถควบคุมอาการชักชนิดนี้ได้ ควรเปลี่ยนเป็น Sodium valproate 4) รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้ระดับยาการันชักไม่เพียงพอต่อการป้องกันอาการชัก 5) ขนาดยา

ที่ใช้อาจจะยังไม่เพียงพอ ถ้าผู้ป่วยยังมีอาการข้างเคียงจากยา ควรจะเพิ่มขนาดของยาจนถึงขนาดที่แนะนำหรือจนเริ่มมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น ถ้าอยู่ในสถานที่ที่สามารถตรวจระดับยาได้ ควรตรวจระดับยาก่อนที่จะเปลี่ยนชนิดของยา 6) มีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการชัก เช่น ภาวะเครียด ซึ่งในผู้ป่วยบางรายถ้าไม่หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเหล่านี้ ถึงแม้จะรับประทานยากันชักสม่ำเสมอก็ยังมีอาการชักเกิดขึ้นได้

10. ระวังปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug interaction) เมื่อใช้ยากันชักร่วมกันมากกว่า 1 ชนิดขึ้นไป หรือร่วมกับยาอื่นอาจทำให้ระดับยาเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดอาการชัก หรือเกิดอาการข้างเคียงได้

11. แนวทางการหยุดยากันชัก ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชักเป็นระยะเวลานานไม่น้อยกว่า 2 ปี จะสามารถหยุดรับประทานยากันชักได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจเกิดการชักซ้ำหลังหยุดยา โดยเฉพาะในระยะเวลาหนึ่งถึงสองปีแรกที่หยุดยา หรืออาจเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้แม้โอกาสจะลดลงไปเรื่อยๆ ก็ตาม การชักซ้ำนั้นอาจก่อให้เกิดผลเสียขึ้น เช่น อาจเกิดอุบัติเหตุจากการชัก เป็นต้น ดังนั้นการหยุดยากันชักจึงควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมในการตัดสินใจ โดยพิจารณาปัจจัยต่างๆ ในการพยากรณ์โอกาสเกิดอาการชักซ้ำ และวางแผนป้องกันและแก้ไขผลต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นหากชักซ้ำ รวมทั้งพิจารณาวิธีการหยุดยาร่วมกัน ทั้งนี้วิธีลดยากันชัก ควรลดขนาดลงครั้งละน้อยๆ ในระยะเวลาที่เหมาะสม โดยยึดหลักการต่อไปนี้

11.1 ให้ลดขนาดยากันชักลงอย่างช้าๆ ทุก 4-8 สัปดาห์ต่อยากันชักหนึ่งชนิดต่อครั้งจนกว่าจะหมด

11.2 กรณีที่รับประทานยากันชักหลายชนิดแนะนำให้หยุดยากันชักทีละชนิด โดยมีแนวทางปฏิบัติ คือหยุดยาเสริมก่อนยาหลัก หยุดยาที่มีผลข้างเคียงสูงหรือยาที่มีราคาแพงก่อน

11.3 หากเกิดอาการชักระหว่างลดยาหรือหยุดยา ควรพิจารณาเลือกยาเดิมที่เคยใช้ได้ผลในขนาดต่ำสุดก่อนในช่วงที่ลดหรือหยุดยากันชัก

1.6.2 การผ่าตัด มี 2 แบบใหญ่ๆ(สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2547; อมรรัตน์ อินทร์แย้ม, 2553) คือ

1. **Resective surgery** เป็นการผ่าตัดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคลมชัก เป็นการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีจุดกำเนิดการชักเฉพาะที่ เป็นการผ่าตัดเอาสมองหรือพยาธิสภาพที่คาดว่าจะเป็จุดกำเนิดการชักออก ชนิดของการผ่าตัด เช่น **Temporal lobectomy, Lesionectomy, Multilobar resection, Hemispherectomy**

2. **Palliative surgery** เป็นการผ่าตัดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการชัก

ลดลงเนื่องจากจุดกำเนิดการชักมีหลายที่หรือทั่วๆ ไป หรือไม่สามารถตัดสมองออกได้เนื่องจากอาจเกิดความพิการ ชนิดของการผ่าตัด เช่น

- **Corpus callosotomy** เป็นการผ่าตัดการนำกระแสไฟฟ้าระหว่างสมองทั้งสองข้างเพื่อลดอาการชักแบบหกล้ม (drop attack) เช่น ในผู้ป่วยกลุ่ม Lennox-Gastaut syndrome

- **Vagal nerve stimulation** เป็นการพันอิเล็กโทรดที่ vagus nerve เพื่อส่งกระแสไฟฟ้าไปกระตุ้นสมอง

- **Multiple subpial transaction** เป็นการใช้เครื่องมือผ่าตัดคล้ายเข็มเพื่อตัดการนำกระแสไฟฟ้าได้ผิวสมอง

1.7 ผลกระทบของโรคลมชัก

โรคลมชักเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่เกิดจากอาการชักซ้ำๆ ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ซึ่งเป็นผลมาจากระบบประสาทสมองโดยตรง ทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอาชีพ (ประคิษฐ์ ชัยชนะ, 2548; Gilliam et al, 2004) ซึ่งสรุปได้ดังนี้

- ผลกระทบทางด้านร่างกาย โรคลมชักมีผลต่อร่างกาย โดยเมื่อเกิดมีอาการชักอาจเกิดการได้รับอุบัติเหตุในขณะการมีกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การเดินทาง การทำงาน ยิ่งเป็นงานในสถานที่ที่ต้องระมัดระวัง จะส่งผลกระทบต่ออันตรายถึงชีวิตได้ ในต่างประเทศบางประเทศมีกฎหมายห้ามผู้ที่ เป็นโรคลมชักขับรถ เนื่องจากเกรงว่าจะเกิดอันตรายขณะขับรถเมื่อเกิดการชักได้ (Shafer, 2004) และการได้รับยากันชักอาจมีผลทำให้เกิดอาการข้างเคียงซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อความไม่สุขสบาย นอกจากนี้ผลของการชักอาจทำให้มีปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งอาจมีผลในชีวิตคู่สมรสได้

- ผลกระทบทางด้านจิตใจ (Dilorio et al, 2004) พบว่า การชักจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ และการปรับตัว จากการศึกษาของฟิชเชอร์ และคณะ (Fisher et al as cited in Dilorio et al, 2004) พบว่า ร้อยละ 45 ของผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เป็นโรคลมชักมีความกลัวและความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิต การได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคลมชักในครั้งแรก ผู้ที่เป็นโรคลมชักบางคนจะมีความรู้สึกเสียขวัญ โกรธ และไม่ยอมรับผลการวินิจฉัย นอกจากนั้นเมื่อได้รับการรักษาผู้ที่เป็นโรคลมชักยังมีปัญหายุ่งยากในการตัดสินใจเลือกแบบการรักษา ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ทัศนคติ และความเชื่อในแต่ละคน นอกจากนี้ผู้ที่เป็นโรคลมชักจะพบภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 30 (สมภพ เรืองตระกูล อ่างใน ประคิษฐ์ ชัยชนะ, 2548) และบางกลุ่มในผู้ที่เป็นโรคลมชักจะมีปัญหาเกี่ยวกับ

กระบวนการเรียนรู้ การคิด การจำ อารมณ์ และปัญหาทางจิตเวช ซึ่งอาจเป็นผลมาจากผลข้างเคียงของยากันชักหรือการทำงานของสมองที่บกพร่องซึ่งขึ้นอยู่กับชนิด ความถี่ และตำแหน่งของการชัก

- ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าผู้ที่ เป็นโรคลมชักส่วนใหญ่จะพบกับปัญหาในด้านการศึกษาโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่เป็น โรคลมชักเด็กและวัยรุ่น และพบว่ามีการว่างงานสูงกว่าคนทั่วไป อันเนื่องมาจากข้อจำกัดในการทำงาน และการไม่จ้างงานในผู้ที่เป็น โรคลมชัก ซึ่งผู้ที่เป็นโรคลมชักมักจะได้รับความบอบคืดตัว (stigma) เป็นความรู้สึกที่ไม่ได้รับการยอมรับ และการชักที่เกิดขึ้นไม่สามารถปรับให้เข้ากับความคิดหวังของสังคม เกี่ยวกับการคาดการณ์และการควบคุมตนเองของผู้ที่เป็น โรคลมชักได้ ผู้บำบัดรักษา ครอบครัว และผู้ที่เป็นโรคลมชักควรจะปรับความคิดเกี่ยวกับการมีการควบคุมของโรคลมชักให้ตรงกัน ซึ่งจะนำไปสู่การมีสัมพันธภาพที่ดีร่วมกัน นอกจากนี้บางประเทศในยุโรปจะมีกฎหมายห้ามผู้ที่เป็นโรคลมชักขับรถ ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคลมชัก (Dilorio et al, 2004)

1.8 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก

การดูแลผู้ป่วยโรคลมชัคนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลเท่านั้น สิ่งสำคัญคือ การจัดการเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งจะช่วยให้มีการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลจึงควรให้การดูแลผู้ป่วยในการพัฒนาการดูแลตนเอง และทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ (อมรรัตน์ อินทร์แย้ม, 2553) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.8.1 สอบถามประวัติการชักอย่างละเอียดและครอบคลุม เพื่อป้องกันการวินิจฉัยโรคที่ผิดพลาด (Curran et al อ้างใน อมรรัตน์ อินทร์แย้ม, 2553)

1.8.2 สนใจและรับรู้อันตรายจากอาการชักและจัดการดูแลเพื่อป้องกัน หรือลดอันตรายจากการชัก โดยพยาบาลต้องอธิบายถึงโอกาสเกิดอันตรายต่างๆ เหล่านั้นให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย จนเกิดความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการวางแผนเพื่อให้การดูแลขณะชักได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อมรรัตน์ อินทร์แย้ม, 2553)

1.8.3 บริหารจัดการยากันชักอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการทบทวนประวัติการชัก รูปแบบของการชัก แนวทางการรักษาและให้คำแนะนำในการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็น ทำให้อาการชักและผลข้างเคียงจากการชัคน้อยลง (พรุจิต วังสโรจน์, 2552; โยชิน ชินวลัญช์, 2554)

1.8.4 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ จากแพทย์เฉพาะทางระบบประสาท พยาบาลผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่มีภาวะชัก ตลอดจนผู้ป่วยอื่นและครอบครัวอื่นที่มีปัญหาโรคลมชักจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการ

พิจารณาตัดสินใจการควบคุมอาการชักที่มีประสิทธิภาพสำหรับตนเอง (อมรรัตน์ อินทร์เข้ม, 2553)

1.8.5 สนใจและรับรู้ข้อดีและข้อเสียของการรักษาที่ได้รับและจัดการดูแลอย่างถูกต้องพยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ถึงผลดีผลเสียของยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน เพื่อจะได้ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และควบคุมอาการชักได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อมรรัตน์ อินทร์เข้ม, 2553)

1.8.6 ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเสี่ยงต่อการตาย และปรับปรุงเรื่องความปลอดภัยในที่ทำงาน ที่บ้าน และในการทำกิจกรรมต่างๆ (Curran et al อ้างใน อมรรัตน์ อินทร์เข้ม, 2553)

1.8.7 แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นอาการชัก คือ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง แสงวูบวาบ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน การนอนไม่เพียงพอ หรือการเหนื่ออ้าอ่อนเพลีย การติดเชื้อในร่างกาย ระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงขณะมีรอบเดือนหรือเข้าสู่วัยรุ่น (อมรรัตน์ อินทร์เข้ม, 2553)

1.8.8 ให้คำปรึกษาและสนับสนุนเกี่ยวกับปัญหาในการดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์กับบุคคล เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก (อมรรัตน์ อินทร์เข้ม, 2553)

1.8.9 การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยอธิบายในเรื่องต่างๆ ดังนี้ การรับประทานยากันชัก การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การรักษาความสะอาดทั่วไป การพักผ่อน การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา การเข้าสังคม การศึกษา การเดินทาง การหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการชัก การแต่งงานและการมีบุตร ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะโรคของตนเองได้ (อมรรัตน์ อินทร์เข้ม, 2553)

1.8.10 ติดต่อกับบุคคลที่เป็นโรคลมชักโดยผ่านคลินิกทางโทรศัพท์ (Telephone clinics) การเยี่ยมบ้าน (home visits) และการช่วยเหลือยามฉุกเฉิน (อมรรัตน์ อินทร์เข้ม, 2553)

1.8.11 สร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคลมชัก โดยการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับโรคลมชักกับสหสาขาวิชาชีพทางสุขภาพ หน่วยบริการทางสังคม โรงเรียน มหาวิทยาลัย นายจ้าง และชุมชน (อมรรัตน์ อินทร์เข้ม, 2553)

การปฏิบัติในสิ่งที่กล่าวข้างต้นนั้นพยาบาลจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคลมชักมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา

2.1 ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยา

Dracup and Melies (1982) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือของผู้ป่วย ไว้ว่า หมายถึง พฤติกรรม หรือการกระทำ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติสอดคล้องกับแผนการรักษา ตามคำแนะนำของแพทย์ด้วยความเต็มใจ ดังนั้นความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จึงหมายถึง พฤติกรรม หรือการกระทำที่ขัดแย้งกับแผนการรักษา หรือคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ซึ่งอาจเป็นไปได้ในลักษณะ ไม่ปฏิบัติตาม หรือปฏิบัตินอกเหนือแผนการรักษาพยาบาล

Morris and Schulz (1992) ได้ให้ความหมายว่า ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติตามของผู้ป่วยในการรับประทานยาที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ อย่างถูกต้องตามหลักการบริหารยา ได้แก่ ถูกเวลา ถูกชนิด ถูกขนาด และถูกวิธี โดยแพทย์จะพิจารณาให้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ตามลักษณะอาการ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลรวมถึงคำแนะนำเพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการใช้ยา ชื่อ ชนิด และฤทธิ์ของยาต่อร่างกาย ขนาดและจำนวนครั้งของการใช้ยาในแต่ละวัน ผลข้างเคียงของยาและวิธีการแก้ไข ผลดีของการรับประทานยาตรงตามหลักการบริหารยาอย่างสม่ำเสมอ และอันตรายจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เป็นต้น

Asawavichienjinda, Sitthi-Amorn, and Tanyanont (2003) ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยยินดีปฏิบัติตามแผนการรักษาที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำให้ เพื่อการบำบัด โรคลมชัก ซึ่งไม่ได้หมายถึงวิธีการใช้ยาเท่านั้น แต่รวมถึงการใช้ยาที่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาในขนาด ความถี่ เวลาที่เหมาะสม และการมารับยาตามนัด ซึ่งพอสรุปเป็นประเภทต่างๆ ได้ ดังนี้ คือ 1) การใช้ยาไม่มากกว่าที่กำหนด 2) การใช้ยาไม่น้อยกว่าที่กำหนด 3) การใช้ยาในเวลาที่เหมาะสม 4) การใช้ยาถูกวิธีทางหรือถูกเทคนิคของการบริหาร 5) การใช้ยาถูกวัตถุประสงค์หรือถูกประเภท 6) การไม่ใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง 7) การมาพบแพทย์ตามนัด

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำด้วยความเต็มใจของผู้ป่วยในการใช้ยากันชักที่สอดคล้องตามแผนการรักษาที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำให้ เพื่อการบำบัดโรคลมชัก ซึ่งไม่ได้หมายถึงวิธีการใช้ยาเท่านั้น แต่รวมถึงการใช้ยาที่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาในขนาด ความถี่ เวลาที่เหมาะสม และการมารับยาตามนัด

2.2 ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักมีความสำคัญมาก โดยพบว่าผู้ป่วย

ประมาณร้อยละ 60 มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำถึงปานกลาง (WHO, 2003; Buelow and Smith, 2004; Murray et al, 2004) ทั้งนี้เกิดมาจากปัจจัยหลายประการร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นจากตัวผู้ป่วยเอง สาเหตุจากโรคลมชัก หรือสาเหตุจากยากันชัก (Buck et al, 1997; สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551) ซึ่ง ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำนี้ อาจทำให้การรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร ในที่นี้คือการมีอาการชักซ้ำเกิดขึ้นหรือมีความเสี่ยงของการชักที่ถี่ขึ้น (Buck et al, 1997; Jones et al, 2006; สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551; สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2553) เกิดการดื้อยาทำให้เสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลามากขึ้น นอกจากนี้อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับพิษ เพราะได้รับยามากเกินไปได้ (อุไรวรรณ ตระการกิจวิจิต, 2545) โดยพบว่าผู้ป่วยมากกว่า 60% มีผลในการรักษาด้วยการใช้ยากันชักไม่ดี (Gomes & Filho, 1998; Sweileh et al, 2011; Asawavichienjinda, Sitthi-Amorn, and Tanyanont, 2003) โดยมีลักษณะของความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดี ดังนี้

1. การใช้ยามากกว่าที่กำหนด(overuse of medication) ซึ่งอาจเกิดจาก (สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551; Sweileh et al, 2011; Faight, 2012)

- 1.1 ใช้ยาเกินจากขนาดที่กำหนดให้ในใบสั่งยา
- 1.2 ใช้ยามากครั้งกว่าที่กำหนดให้ใช้ภายใน 1 วัน
- 1.3 ใช้ยาที่สั่งให้ใช้เมื่อจำเป็น ในเวลาที่ไม่จำเป็นต้องใช้
- 1.4 ใช้ยานานเกินกว่าที่แพทย์กำหนด
- 1.5 ใช้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้

2. การใช้น้อยกว่าที่กำหนด (under use of medication) ซึ่งอาจเกิดจาก (สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551; Buck et al, 1997; Sweileh et al, 2011; Faight, 2012)

- 2.1 ใช้น้อยกว่าขนาดที่กำหนดในใบสั่งยา
- 2.2 ใช้น้อยครั้งกว่าที่กำหนดให้ใช้ภายใน 1 วัน
- 2.3 ลืมใช้ยา
- 2.4 เว้นการใช้ยาที่สั่งให้ใช้เมื่อจำเป็น ในเวลาที่ต้องใช้ยา
- 2.5 หยุดยาก่อนกำหนดที่แพทย์สั่ง
- 2.6 ไม่ได้ใช้นั้นเลย
- 2.7 ไม่ได้ไปรับยาเพิ่มหลังยาหมด

3. การใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม (inappropriate time to use medication) รวมถึงการจัดระยะห่างของการใช้ยาแต่ละครั้งไม่เหมาะสม หรือการใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับมื้ออาหารไม่ถูกต้อง เช่น ยาที่แพทย์สั่งใช้ก่อนอาหารผู้ป่วยก็นำไปใช้หลังอาหาร เป็นต้น หรืออาจเกิดโดยไม่ได้ตั้งใจจากการที่ผู้ป่วยเป็นโรคลมชักซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องใช้ยาในการรักษาเป็นระยะ

เวลานาน (Buck et al, 1997; Gomes & Filho, 1998; Asawavichienjinda, Sitthi-Amorn, and Tanyanont, 2003)

4. การใช้ยาผิดเทคนิคของการบริหารหรือผิดวิถีทาง (Gomes & Filho, 1998; อุไรวรรณ ตระการกิจวิจิต, 2545) ซึ่งการให้ยาผิดวิถีทางนั้นรวมถึงการผิดตำแหน่งที่ให้ยา และการให้ยาในอัตราเร็วที่ต่างไปจากที่แพทย์สั่ง หรือต่างไปจากวิธีปฏิบัติมาตรฐานที่โรงพยาบาล กำหนดไว้ แม้จะเป็นการให้ยาถูกชนิดถูกวิธีตาม หรือการใช้เครื่องมือ และอุปกรณ์ในการให้ยาไม่ ถูก เช่น ให้ยาป้ายแทนยาหยอดตา ให้ยาน้ำแขวนตะกอนเมื่อแพทย์สั่งให้ยาเม็ด หรือบดยาให้โดยที่ แพทย์ให้กลืนยาทั้งเม็ด เป็นต้น (กรัณท์รัตน์ ทิวถนอม และ สุกัลักษณ์ รัตนานนท์นิवास, 2552)

5. การใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ (Gomes & Filho, 1998; อุไรวรรณ ตระการกิจวิจิต, 2545; Asawavichienjinda, Sitthi-Amorn, and Tanyanont, 2003) เช่น การใช้ยาต้านการอักเสบแทน ยาแก้ปวด หรือการใช้ยาระบายแทนยาลดความอ้วน เป็นต้น

6. การใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ (Gomes & Filho, 1998; อุไรวรรณ ตระการกิจวิจิต, 2545) ซึ่งสามารถสังเกตลักษณะยาที่เสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ (กรัณท์รัตน์ ทิว ถนอม และสุกัลักษณ์ รัตนานนท์นิवास, 2552) ได้ดังนี้

ยาเม็ด พบว่าเม็ดยาจะแตกร่วน สีเปลี่ยนไป มีจุดดำ ขึ้นรา หรือหากเป็นยา เม็ดเคลือบน้ำตาลเม็ดยาอาจเข้มเหนียวมีกลิ่นหืนหรือกลิ่นผิดปกติไปจากเดิม

ยาแคปซูล พบว่าแคปซูลจะบวม พองออก หรือจับกัน ผงยาในแคปซูลเปลี่ยน สี เช่น ยาเตตราไซคลินที่เสียแล้วผงยาจะเปลี่ยนจากสีเหลืองเป็นสีน้ำตาล ซึ่งเป็นอันตรายต่อไตมาก

ยาน้ำแขวนตะกอน เช่น ยาลดกรด ยาเวลาไมน์ทาแก้คัน หากเสื่อมสภาพ ตะกอนจะจับกันเป็นก้อนเกาะติดกันแน่นเขย่าแล้วไม่กระจายตัวดังเดิม มีกลิ่น สี หรือรส เปลี่ยนไป

ยาน้ำเชื่อม เช่น ยาแก้ไอ หากหมดอายุ ยาจะมีลักษณะขุ่นมีตะกอน ผงตัวยาละลายไม่หมดสีเปลี่ยนมีกลิ่นบูดเปรี้ยวหรือรสเปรี้ยว

ยาขี้ผึ้งและครีม พบว่าเนื้อยาแข็งหรืออ่อนกว่าเดิม เนื้อไม่เรียบ เนื้อยาแห้งแข็ง หรือสีของยาเปลี่ยนไป

7. การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยบางรายอาจจะตั้งใจที่จะใช้ยาอื่น นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง เนื่องจากญาติหรือเพื่อนซึ่งมีอาการเดียวกันนำยามาให้ใช้ หรือการที่ไป พบแพทย์หลายท่าน ยาอื่นที่ผู้ป่วยมักใช้นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ได้แก่ ยาสมุนไพร เป็นต้น หรือ ผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่ตั้งใจที่จะใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง เช่น การที่ผู้ป่วยพบแพทย์หลาย ท่านและไม่กล้าแจ้งให้แพทย์ที่ทำการรักษาในปัจจุบันทราบว่าผู้ป่วยกำลังใช้ยาอะไรอยู่บ้าง ทำให้ ได้รับยาเพิ่มและผู้ป่วยก็ขาดความรู้เกี่ยวกับยาแต่ละชนิดทำให้ได้ยาซ้ำซ้อนหรือใช้ยานอกเหนือจาก

ที่แพทย์สั่ง (Gomes & Filho, 1998; Asawavichienjinda, Sitthi-Amorn, and Tanyanont, 2003)

ลักษณะของปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาเกิดขึ้นเนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น ปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งมักเกิดจากการลืมใช้ยาในบางเวลา (Faught, 2012) การเก็บยาไม่เป็นระเบียบทำให้ลืมใช้ยา มีอายุน้อยจึงไม่เห็นความสำคัญในการใช้ยา รวมถึงการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การใช้ยาและวิธีการใช้ยาด้วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยไม่ว่าจะเป็นการไม่มีเงินค่ายา (Faught, 2012) ความไม่สะดวกในการเดินทางมารับยา และจากภาระหน้าที่การทำงานทำให้ขาดยา เป็นต้น (สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551) ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหรือใช้ยาไม่ได้แล้วจึงหยุดยาเองจากมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งการหยุดยากะทันหันทำให้ผู้ป่วยเกิด status epilepticus โดยเฉพาะยาในกลุ่ม benzodiazepine (Cramer et al, 2002) โดยสิ่งที่สำคัญที่สุด คือ ความร่วมมือในการใช้ยากันชัก (สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551; Asawavichienjinda, Sitthi-Amorn, and Tanyanont, 2003)

2.3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา

แนวคิดทฤษฎีของความร่วมมือในการใช้ยา มีด้วยกันหลายแนวคิด ดังต่อไปนี้

2.3.1 แนวคิดของ Osterberg and Blaschke (2005) ที่กล่าวถึงคำว่า "Adherence"

หมายถึง การยึดติดอยู่กับสูตรยาที่ได้รับ โดยความตกลงระหว่างทีมดูแลรักษากับผู้ป่วย ซึ่งรวมถึง การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลก่อนการเริ่มยา เกี่ยวกับสูตรยา ประโยชน์ของการใช้ยา การบริหารยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รวมถึงความพร้อมในการใช้ยา และผู้ป่วยสามารถพูดคุยขอคำปรึกษาในการใช้ยาที่เหมาะสมกับตัวเอง และเวลาของกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมมากที่สุดในการใช้ยา

ความร่วมมือในการใช้ยากันชักจะมากขึ้นอยู่กับการตัดสินใจทั้งทีมผู้ดูแลรักษาและตัวผู้ป่วยทั้งสองฝ่าย โดยคำว่า "Adherence" ต่างกับคำว่า "Compliance" ที่หมายถึง การสั่งยาโดยแพทย์ที่ปราศจากการพูดคุยถึงความเหมาะสมในการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น การยารักษาโรค อักเสบ แพทย์อาจสั่งให้ผู้ป่วยรับประทานยาวันละ 4 ครั้งหลังอาหารและก่อนนอน เป็นเวลา 7 วัน โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะสามารถยึดติดอยู่กับยานั้นได้ขนาดไหน แพทย์อาจจะไม่ได้พูดคุยซักถามผู้ป่วยเลยว่ากิจวัตรประจำวันจะกระทบต่อการรับประทานยามากน้อยขนาดไหน (ณภัทรวรรต บัวทอง, 2551; Faught, 2012) โดยปัจจัยทำนายหลักที่แสดงถึงปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา (Osterberg and Blaschke, 2005) ได้แก่ 1) ปัญหาทางด้านจิตใจโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า 2) ความบกพร่องทางสติปัญญาหรือความรู้สึกลึกซึ้ง 3) การรักษาโรคที่ไม่มีอาการ 4) การมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือไม่มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 5) อาการข้างเคียงของยา 6)

ผู้ป่วยไม่เชื่อในประโยชน์ของการรักษา 7) ผู้ป่วยไม่เข้าใจในความเจ็บป่วย 8) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยไม่ดี 9) อุปสรรคในการดูแลหรือยา 10) การไม่มาตรวจตามนัด 11) ความซับซ้อนของการรักษา 12) ราคาและค่าใช้จ่ายต่างๆ

นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคที่ทำให้เกิดปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา (Osterberg and Blaschke, 2005) ซึ่งได้แก่

1) การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค ประโยชน์และความเสี่ยงของการรักษา รวมถึงไม่เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม และทำให้แพทย์สั่งใช้ยามากขึ้นจนอาจเกิดความซ้ำซ้อนกัน

2) ปฏิสัมพันธ์ของแพทย์กับระบบการดูแลสุขภาพ ทำให้ไม่มีความรู้ในเรื่องราคา ยา ระบบการประกัน และความแตกต่างของสูตรยา

3) ปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับระบบการดูแลสุขภาพ ทำให้การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ทำได้ไม่ดีหรือการไม่มาตรวจตามนัด การรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ การเข้าถึงยาทำได้ยาก การสลับสูตรยาที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาได้ และราคายาสูง

กลยุทธ์ในการพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยา (Osterberg and Blaschke, 2005) มีสาระสำคัญดังนี้ ประการแรกต้องมองหาพฤติกรรมที่แสดงถึงความไม่ร่วมมือในการใช้ยาให้ได้ก่อน เช่น การไม่มาตรวจตามนัด การขาดยา หรือผลการรักษาไม่ตอบสนองต่อยา เป็นต้น ประการที่สอง คือ ชี้ให้เห็นถึงผลดีของการให้ความร่วมมือในการใช้ยา ประการที่สาม คือ บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาที่ง่าย และชัดเจน แก่ผู้ป่วย ประการที่สี่ คือ เสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาที่พึงประสงค์ และประการที่ห้า คือ สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และศูนย์บริการสุขภาพชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในพฤติกรรมการใช้ยาที่พึงประสงค์ของผู้ป่วย

2.3.2 แนวคิดความร่วมมือในการใช้ยาตามรูปแบบ ACE-ME Model (Assessment, Collaboration, Education-Monitoring, Evaluation Model) ของ Gould & Mitty (2010) กล่าวว่าความร่วมมือในการใช้ยาตามรูปแบบของแนวคิดนี้จะเน้นที่ตัวผู้ป่วยโดยตรง ในลักษณะที่เป็นธรรมชาติ มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยโดย ACE-ME Model ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 : การสร้างแผน ที่ประกอบด้วย การประเมิน, การประสานงาน, และการศึกษา (ACE) โดยการประเมิน (Assessment) จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) การประเมินศักยภาพของการจัดการเรื่องยาด้วยตนเอง ได้แก่ ระดับความรู้ และระดับความสามารถในการใช้ยาด้วยตนเองที่ประกอบด้วย 4 สมรรถนะหลัก คือ การระบุชื่อยา วิธีทางที่ใช้ยา ขนาดยาและ

รูปแบบของยา เวลาในการใช้ยา 2) ประเมินผลการรักษาด้วยยา ด้วยการวัดระดับยาในกระแสเลือด การประสานงาน (Collaboration) จะเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ส่วนการศึกษา/การอบรม เน้นการทำงาน หรือการออกฤทธิ์ของยา และอาการข้างเคียงของยา

ส่วนที่ 2 : การติดตามและประเมินผล (ME) โดยการติดตาม (Monitoring) เป็นการสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ส่วนการประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายในการสรุปพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหาอุปสรรคที่ขัดขวางความร่วมมือในการใช้ยา

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ Osterberg and Blaschke (2005) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่คำนึงถึงปัจจัยหลากหลายที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา มิใช่คำนึงถึงแต่เฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งจากแนวคิดนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ 4 ปัจจัย คือ 1) ภาวะซึมเศร้า 2) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา 3) อาการข้างเคียงของยาหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 4) ราคาและค่าใช้จ่ายต่างๆ หรือรายได้ของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี เลิศสินอุดม และคณะ (2551) ที่พบว่า สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก ได้แก่ สาเหตุเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง สาเหตุจากโรค สาเหตุจากยา และสาเหตุอื่นๆ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาและเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคลมชักทั้งในประเทศและต่างประเทศ จึงได้ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักในการวิจัยนี้ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการชัก ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตรายา และภาวะซึมเศร้า

2.4 การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

Farmer (1999) แบ่งการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การประเมินทางตรงและทางอ้อม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การประเมินทางตรงเป็นการพิสูจน์ว่า ผู้ป่วยได้รับประทานยาจริง ประกอบด้วย การตรวจหาหรือการเปลี่ยนแปลงของยาจากของเหลวในร่างกาย ที่ใช้กันบ่อย คือ เลือด ปัสสาวะ และการตรวจหาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพที่มีคุณสมบัติเฉพาะกับยาหรือยาหลอก รวมถึงการสังเกตการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยตรง (Farmer, 1999)

1.1 ประเมินระดับยาจากของเหลวในร่างกาย จากการศึกษา พบว่า การประเมินระดับยาจากของเหลวในร่างกาย เป็นการตรวจหาระดับยา หรือการเปลี่ยนแปลงใน

ของเหลวต่างๆ ในร่างกาย เพื่อพิสูจน์ว่าผู้ป่วยได้รับยา ก่อนหน้าที่จะทำการตรวจวิเคราะห์ วิธีการนี้สามารถสังเกตได้ มีความน่าเชื่อถือ และวัดเชิงปริมาณได้ (Farmer, 1999; Murphy and Coster, 1997; Faught, 2012)

1.2 ตัวอย่างชี้ทางชีวภาพ จากการศึกษา พบว่า ตัวอย่างชี้ทางชีวภาพจะต้องเป็นสิ่งที่ไม่มีพิษ คงที่ ง่ายต่อการตรวจโดยรวม นั่นคือ สามารถให้ร่วมกับยาได้ ตัวอย่างนี้อาจใช้เพื่อตรวจหายาเป้าหมาย หรือยาหลอก การตรวจหาตัวอย่างชี้ทางชีวภาพเหมือนกับการตรวจหาระดับยาในของเหลวในร่างกาย ที่ไม่ค่อยได้รับการยอมรับในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Farmer, 1999)

1.3 การสังเกตผู้ป่วยโดยตรง จากการศึกษา พบว่า การศึกษาทางคลินิกและบางสถาบัน ผู้ป่วยอาจถูกสังเกตการรับประทานยาโดยตรงโดยการติดตามอย่างใกล้ชิด วิธีการนี้เป็นวิธีการที่ไม่ได้รับการยอมรับและไม่ปฏิบัติกันในสถานการณ์ทั่วไป ซึ่งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอาจทำให้เกิดการเข้าใจผิดได้ง่าย อาจเกิดปัญหาด้านความพึงพอใจทางสังคม (Farmer, 1999)

2. การประเมินทางอ้อม พบว่าเป็นวิธีการที่ใช้กันมากที่สุดในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ประกอบด้วย การบอกเล่าจากผู้ป่วย การนับเม็ดยา การติดตามด้วยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ (Farmer, 1999; Faught, 2012) และการบันทึกการใช้ยา ซึ่งการบอกเล่าของผู้ป่วยจะรวมถึงคำถาม หรือการซักถาม การใช้บันทึกประจำวัน และการใช้แบบสอบถาม (Jones et al, 2006; Sweileh et al, 2011; Faught, 2012) ด้วย

2.1 การบอกเล่าจากผู้ป่วย การได้รับการบอกเล่าจากผู้ป่วยว่ารับประทานยาอย่างไร เป็นวิธีที่ง่ายที่สุดในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Faught, 2012) วิธีการบอกเล่าจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาและการตัดสินใจว่าเชื่อถือได้หรือไม่ ซึ่งประกอบด้วย 1) การเขียนบันทึกประจำวันของผู้ป่วย 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วย และ 3) คำถามที่ได้มาตรฐาน มีความตรง และความเฉพาะสำหรับความร่วมมือในการใช้ยา ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความแม่นยำ และความตรงของวิธีการบอกเล่าจากผู้ป่วย คือ ทักษะในการสัมภาษณ์และโครงสร้างของข้อคำถาม สัมพันธภาพและมารยาทของการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย ข้อคำถามในเชิงลบอาจเหมือนการกล่าวโทษผู้ป่วยว่าไม่ให้ความร่วมมือ จะทำให้ผู้ป่วยมีอคติในการตอบข้อคำถาม ดังนั้นจึงต้องระมัดระวังในการสร้างคำถาม และควรใช้มารยาทที่ดีในการถามคำถามที่อาจก่อให้เกิดอคติได้ (Farmer, 1999) อย่างไรก็ตามวิธีการนี้ก็เป็วิธีการที่ง่าย ไม่แพง และเป็นวิธีการที่มีประโยชน์มากที่สุดที่นำมาใช้ทางคลินิก (Osterberg, and Blaschke, 2005)

2.2 การบอกเล่าจากบุคลากรทางสุขภาพ เป็นการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาทางอ้อมอีกวิธีการหนึ่ง ซึ่งวิธีการนี้ไม่น่าเชื่อถือ เพราะไม่มีการสังเกตลักษณะความไม่

ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพเชื่อมั่นในความรู้สึกรักของตนเองและคาดคะเนเอาเอง อย่างไรก็ตามการบอกเล่าจากบุคลากรทางสุขภาพ ก็เป็นวิธีการที่รวดเร็ว ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและแบบแผนในการรักษาก็คงที่ ซึ่งวิธีนี้ก็ยังคงใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Farmer, 1999)

2.3 การนับเม็ดยา เป็นวิธีการที่ใช้ประเมินการใช้ยาที่ใช้กันอยู่เสมอ เป็นการเลี่ยงการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การนับเม็ดยาเป็นการนับจำนวนยาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทาน เมื่อมาตรวจตามนัดหรือมารับบริการในคลินิก (Faught, 2012) การนับจำนวนเม็ดยาใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยากันอย่างแพร่หลาย ทั้งในการศึกษาทางคลินิกและการปฏิบัติ เพราะเป็นวิธีที่ง่ายและเสียค่าใช้จ่ายน้อย แต่อาจประเมินความร่วมมือที่เกินจริงได้ ซึ่งมีข้อเสียคือ การนับเม็ดยาบอกเพียงร้อยละของการรับประทานยาเท่านั้น แต่ไม่สามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับแบบแผนการรับประทานยา เช่น ขนาด เวลา การหยุดยา (การลืมรับประทานยาในแต่ละวัน) หรือเหตุผลของการหยุดยา เช่น ผลข้างเคียงของยา ซึ่งอาจเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดผลลัพธ์ทางคลินิกได้ (Osterberg and Blaschke, 2005)

2.4 การติดตามด้วยเครื่องมืออัตโนมัติ วิธีการนี้เป็นการใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ที่ทันสมัยที่วัดความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างละเอียด โดยมี Microprocessor สำหรับบันทึกและติดตามวันเวลาในแต่ละวันที่ผู้ป่วยใช้ยาจากกล่องยา และให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานยาในแต่ละวันหรือสัปดาห์ได้ รวมถึงการรู้ถึงแบบแผนในการรับประทานยาหรือไม่รับประทาน ซึ่งมีประโยชน์ในการประเมินการตอบสนองทางคลินิก หรือผลข้างเคียงของยา และการจัดเตรียมแนวทางหรือกิจกรรมที่เฉพาะมาช่วยปรับปรุงผู้ป่วยแต่ละราย แต่วิธีนี้ก็ยังมีข้อจำกัดคือ ถ้าผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุ หรือจิตใจหลุดจะทำให้ข้อมูลผิดพลาด นอกจากนี้อาจเกิดกรณีที่ผู้ป่วยมีความกังวล เกิดภาวะซึมเศร้า และอาจมีอาการต่างๆ เพิ่มมากขึ้น เพื่อไม่ให้ถูกตำหนิเมื่อรับประทานยาไม่ครบ การติดตามด้วยเครื่องมืออัตโนมัติเป็นวิธีการที่แพง และมาสามารถปฏิบัติได้ในการศึกษาขนาดใหญ่ (Farmer, 1999; Faught, 2012)

2.5 ผลลัพธ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการรักษาหรือการป้องกัน จากการศึกษาพบว่าในทางทฤษฎี ถ้าประสิทธิภาพของยาดีและรับประทานยาอย่างถูกต้องจะทำให้อาการต่างๆ ดีขึ้น แต่ถ้าสิ่งต่างๆ เหล่านี้ไม่เกิดขึ้น แสดงว่าความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดี อย่างไรก็ตามอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นอาจมาจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย ดังนั้นการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกอาจไม่ได้บอกอะไรเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา แต่อาจเป็นวิธีที่มีประโยชน์เพราะเป็นวิธีการธรรมดาและง่ายต่อการปฏิบัติ (Osterberg, and Blaschke, 2005)

2.6 การบันทึกการมาเติมยาตามแผนการรักษา การบันทึกการเติมยาช่วยให้ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับ การไม่รับการรักษาอย่างต่อเนื่องก่อนกำหนด และวิธีการใช้ยาที่นอกเหนือจากใบสั่งยา (Farmer, 1999) วิธีการนี้อาจประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงเกินจริง (Kripalani, et al, 2009) แต่ก็นำมาใช้เพื่อสนับสนุนคำตอบจากการถามโดยตรง หรือแบบสอบถามได้ (Osterberg, and Blaschke, 2005; Kripalani, et al, 2009)

เครื่องมือประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

1. Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ชนิด 4 ข้อคำถาม พัฒนาโดย Morisky, Green และ Levine ในปี ค.ศ. 1986 เป็นเครื่องมือวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มี 4 ข้อคำถาม โดยลักษณะของคำตอบเป็น “ใช่” และ “ไม่ใช่” ในการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาในเหตุการณ์ระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.64

2. Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ชนิด 8 ข้อคำถาม พัฒนาโดย Morisky และคณะ ในปี ค.ศ. 2008 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่การพัฒนาจาก Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ชนิด 4 ข้อคำถาม โดยการเพิ่มข้อคำถามที่ใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยา และเพิ่มข้อคำถามให้ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาตอบว่า “ใช่” เพื่อลดอคติในการตอบปฏิเสธทุกคำถาม โดยข้อคำถามสุดท้ายเป็นข้อคำถามแบบ 5 ตัวเลือก ฉบับภาษาไทยของ Tantikosoom และคณะ (2011) จากการศึกษาการใช้ MMAS ชนิด 8 ข้อคำถาม ในผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีความเที่ยง .83 มีความไว 83% ความจำเพาะ 56% คะแนนของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินด้วย MMAS ชนิด 8 ข้อคำถาม กับคะแนนที่วัดได้จาก MMAS ชนิด 4 ข้อคำถาม มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญ มีค่า Pearson correlation coefficient เท่ากับ .64 (Morisky et al, 2008) มีการศึกษาเปรียบเทียบการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วย MMAS ชนิด 8 ข้อคำถาม กับวิธีการค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลการรับยาของผู้ป่วย Krousel-Wood และคณะ (2009) ศึกษาการใช้ MMAS ชนิด 8 ข้อคำถาม ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป โดยให้คำจำกัดความของผู้ป่วยที่ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยาจากการวัดด้วย MMAS ชนิด 8 ข้อคำถาม หมายถึง ผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน และให้คำจำกัดความของผู้ป่วยที่ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยาจากการวัดด้วยวิธีการค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลการรับยาของผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีค่า CSA (Control Self Assessment) และ MPR (Medication Possession Ratio) คำนวณจากผลรวมของระยะเวลาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับประทานยาตามคำสั่งใช้ยาครบทุกมือ : ระยะเวลาที่ต้องการวัดความร่วมมือในการใช้ยา) น้อยกว่า 0.8 และ CMG (Continuous Multiple-interval Medication Gaps) คำนวณจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยมารับยาช้ากว่าวันนัดรับยา / ระยะเวลาที่ต้องการประเมินความ

ร่วมมือในการใช้ยา) มากกว่า 0.2 พบว่า MMAS ชนิด 8 ข้อคำถาม มีความสอดคล้องกับ CSA, MPR และ CMG ในการคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา 84%, 79% และ 75% ตามลำดับ โดยการแปลผลคะแนน MMAS ชนิด 8 ข้อคำถาม คือ ระดับคะแนนน้อยกว่า 6 หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ, ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 6-7 หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง, ระดับคะแนน 8 หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง (ศุจิภา ศิริวารการ, 2552; Sweileh et al, 2011)

3. The Brief Adherence Rating Scale (BARS) พัฒนาโดย Byerly, Nakonzny และ Rush ในปี ค.ศ. 2008 เป็นเครื่องมือประเมินความถี่ของพฤติกรรมการลืมใช้ยาหรือไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท มี 4 ข้อคำถาม เป็นมาตราประมาณค่าแบบ visual analog จาก 0 เฮอร์เซ็น หมายถึง ไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์บ่อยครั้ง ถึง 100 เฮอร์เซ็น หมายถึง ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์เป็นประจำ เป็นการประเมินในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยข้อคำถามจะเกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับยาของตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ จำนวนยาที่ใช้ต่อวัน จำนวนวันหรือจำนวนครั้งที่ใช้ยามากกว่าคำสั่งแพทย์ จำนวนวันหรือจำนวนครั้งที่ไม่ได้ใช้ยา ทดสอบความเที่ยงโดยการทดสอบซ้ำ 2 ครั้ง ได้เท่ากับ 0.46 และ 0.86 ตามลำดับ

4. The Adherence to Refills and Medications scale (ARMS) พัฒนาโดย Kripalani, Risser และ Jacobson ในปี ค.ศ. 2009 เป็นเครื่องมือวัดพฤติกรรมมารับยาตามนัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มี 12 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่มารับยาตามนัดเลย ถึง 4 คะแนน หมายถึง มารับยาตามนัดทุกครั้ง ในการประเมินพฤติกรรมมารับยาตามนัดในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา หรือ 12 เดือนที่ผ่านมา ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.814

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ที่มีชื่อว่า **Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)** ชนิด 8 ข้อคำถาม พัฒนาโดย Morisky และคณะ ในปี ค.ศ. 2008 ฉบับภาษาไทยของ Tantikosoom และคณะ (2011) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ใช้ง่าย และสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการและแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งประกอบด้วยหลายปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

3.1.1 เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านสรีระวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม รวมถึงความแตกต่างในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ เพศชายจะมีโครงสร้างของร่างกายที่แข็งแรง มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง มีบทบาทของความเป็นผู้นำ และการมีบทบาทของการเป็นหัวหน้าครอบครัว จึงทำให้เพศชายให้ความสำคัญกับประเด็นดังกล่าวข้างต้นมากเช่นเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนเพศหญิงจะมีโครงสร้างที่บอบบางกว่า มีอารมณ์อ่อนไหว และมีบทบาทในการดูแลลูก ซึ่งมักให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพ ความสวยความงามมากกว่าจนอาจละเลยการรักษาโรค จากความแตกต่างของเพศอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยเพศชายจะมีการรับประทานยาได้ถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่าเพศหญิง (Bautista, Graham, and Mukardamwala, 2011) แต่จากการศึกษาของ Buck และคณะ (1997) และการศึกษาของ Davis และคณะ (2009) ได้ผลการศึกษาที่เหมือนกันคือ พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักทั้งเพศชายและเพศหญิงมีผลต่อการรับประทานยาได้ถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่แตกต่างกัน

3.1.2 อายุ คือ ระยะเวลา นับตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบันอันเป็นการบ่งบอกถึงวุฒิภาวะและอาจหมายถึงรวมถึงความรับผิดชอบของบุคคล จากการศึกษาของ สุณี เลิศสินอุดม และคณะ (2551) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาโดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะรับผิดชอบในการใช้ยาได้ครบถ้วน ตรงเวลา อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ด้วยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะไม่ให้ความสำคัญกับการรับประทานยา และหากผู้ปกครองไม่บังคับให้รับประทานยา ก็จะไม่รับประทานยา อีกทั้งผู้ป่วยรับประทานยามานานแล้วทำให้รู้สึกเบื่อที่ต้องรับประทานยาทุกวัน จึงไม่อยากรับประทานยา ซึ่งปัญหาของการให้ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยอายุน้อยอาจเกิดจากการมีวุฒิภาวะต่ำกว่า จึงทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความรับผิดชอบน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า (Faight, 2012) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Murray และคณะ (2004) พบว่า อายุที่มากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงวัยผู้ใหญ่ (18-60 ปี) จะมีความรู้และประสบการณ์ ทำให้ง่ายในการที่จะเข้าใจวิธีการใช้ยาที่เฉพาะเจาะจงกับโรคเมื่อได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยาจากแพทย์พยาบาลและเภสัชกร ซึ่งจะส่งผลทางบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาด้วยเช่นกัน

3.1.3 ระดับการศึกษา คือ วุฒิการศึกษาสูงสุดที่ได้รับตามระบบการศึกษาปัจจุบันของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยแบ่งเป็น ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี จากการศึกษาของ Gomes และ Filho (1998) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาดำเนินการมีความร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เรียนจบระดับอุดมศึกษา ซึ่งสามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่า และมีการลืมรับประทาน

ยามากกว่า 1 มื้อ ต่อ 1 เดือน น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ นอกจากนี้ระดับการศึกษายังส่งผลต่อความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ของผู้ป่วย ซึ่งความสามารถดังกล่าวที่จะช่วยให้ผู้ป่วยอ่านสลากยาหรือวิธีการใช้ยาได้และใช้ยาได้ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ มีผลทางบวกต่อความร่วมมือในการรับประทานยา (Boudes, 1998; Paschal et al, 2007; Davis et al, 2009)

3.1.4 รายได้ คือ รายรับโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคลมชักที่คิดเป็นจำนวนเงินบาทต่อเดือน จากการศึกษาของ Gomes and Filho (1998) และสุณี เลิศสินอุดม และคณะ (2551) พบว่าการไม่มีรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยา และการศึกษาอื่นๆก็ให้ผลที่สอดคล้องกันว่ารายได้ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ มักจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องเงินจะไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง (Davis et al, 2009; Faught, 2012)

3.1.5 ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา จากการศึกษาของ Buck และคณะ (1997); Cramer และคณะ (2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dilorio และคณะ (1991) และการศึกษาของสุณี เลิศสินอุดม และคณะ (2551) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับยานานกว่าจะมีระดับความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับยา โดยเฉพาะในช่วงระยะเวลาในการรักษาด้วยยาตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นความคงทนของพฤติกรรม หรือที่เรียกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

3.1.6 ความถี่ของการชัก คือ จำนวนครั้งของการชักหลังใช้ยากันชักในการรักษาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จากการศึกษาของ Cramer และคณะ (2002) Moran และคณะ (2004) และ Bautista & Glen (2009) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชักเลยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จะมีการใช้ยากันชักได้อย่างครบถ้วนสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการชักเกิดขึ้นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา หากการศึกษาของ Gomes & Filho (1998) พบว่าผู้ป่วยที่มีความถี่ของการชัคน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อปีจะใช้ยากันชักได้อย่างครบถ้วนสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยที่มีความถี่ของการชักมากกว่า 2 ครั้งต่อปีขึ้นไป

3.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา

3.2.1 ความหมายของความรู้

Good (1973) ได้ให้ความหมายของ ความรู้ ว่าหมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้ ซึ่งความรู้ประกอบด้วย ความรู้ความสามารถ และทักษะทางสติปัญญา 6 ชั้น คือ

1. ความรู้ความจำ คือ ความสามารถในการจำสิ่งต่างๆ หรือสิ่งที่เคยมี

ประสบการณ์มาก่อนได้

2. ความเข้าใจ คือความสามารถในการแปลความ ตีความ หรือขยายความ
สิ่งนั้นๆ ได้

3.การนำไปใช้ คือความสามารถในการนำสาระสำคัญต่างๆ ไปใช้ใน
สถานการณ์จริงได้

4. การวิเคราะห์ คือ ความสามารถในการแยกเรื่องราวออกเป็นส่วนย่อยๆ
ได้

5. การสังเคราะห์ คือ ความสามารถในการรวมส่วนประกอบต่างๆ เข้า
ด้วยกัน

6. การประเมินค่า คือ ความสามารถในการตัดสินคุณค่า ในสิ่งที่กำหนด
ความมุ่งหมายให้โดยการใช้เกณฑ์ที่แน่นอน

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการ
รักษา หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยโรคลมชักในการคิด เข้าใจ นำไปประยุกต์ใช้ วิเคราะห์
สังเคราะห์ และประเมินค่าในเรื่องเกี่ยวกับโรคลมชักโดยครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้ คือ ความหมายของ
โรคลมชัก ชนิดของการชัก สาเหตุของโรคลมชัก ระยะเวลาของการรักษาโรคลมชักด้วยยา และการ
ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคลมชักเบื้องต้นขณะเกิดอาการชัก

3.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษาด้วยความ ร่วมมือในการใช้ยา

ก่อนที่บุคคลจะปฏิบัติอะไรก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ
เสียก่อนและพึงพอใจที่จะปฏิบัติสิ่งนั้น ในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยควรจะต้องมี
ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ เช่น สาเหตุ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น การถ่ายทอด
โรค ผลของการเจ็บป่วย การรักษา การควบคุมโรค ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือกระตุ้นให้โรคเป็นมากขึ้น
และการปฏิบัติตัวที่จะช่วยส่งเสริมให้โรคหายเร็วขึ้น หรือบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางด้าน
ร่างกาย และจิตใจ เป็นต้น ซึ่งความรู้นี้จะช่วยอย่างมากในการคิด ตัดสินใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว
เพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วย และผู้ป่วยจะปฏิบัติตามที่ตนเองตัดสินใจ ดังนั้นผู้ป่วยโรคลมชักก็ควรจะ
ทราบและมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่รวมถึงการรักษาด้วย โดยในที่นี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค
ลมชักในประเด็นของชนิดของการชัก สาเหตุของโรคลมชัก ระยะเวลาของการรักษาโรคลมชักด้วย
ยา และการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคลมชักเบื้องต้นขณะเกิดอาการชัก (อำไพ เข้มคำ และคณะ, 2549;
สินีนานู พรานบุญ และ สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2554; Lochareernkul et al, 2010)

ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก มีความสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยมาก เพราะโรคนี้เป็นโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องโดยเฉพาะในเรื่องของการให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อควบคุมโรคดังกล่าว การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็น และเหตุผลของวิธีการรักษา การปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง หรือการหลีกเลี่ยงกิจกรรมบางประการเพื่อจะช่วยให้อาการของโรคสงบลง (อำไพ เข้มคำ และคณะ, 2549; Locharernkul et al, 2010) แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ผู้ป่วยก็จะปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และโรคอาจจะกำเริบมากขึ้นได้ ตัวอย่างเช่น โรคลมชักนี้ มีการรักษาที่สำคัญ คือ การใช้ยาควบคุมอาการชัก ที่ต้องรับประทานอย่างถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ และใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ มิใช่ใช้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยไม่ทราบสิ่งนี้ ก็อาจใช้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการเท่านั้น หรือการใช้ยาที่ผิดขนาดโดยอาจจะใช้ยามากกว่าคำสั่งแพทย์ด้วยคิดว่าจะได้หายจากโรคเร็วขึ้น (Njamnsi et al, 2009; สนิหนากุ พรานบุญ และ สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2554; Saengsuwan et al, 2012) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้การรักษาโรคไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้และอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ผู้ป่วยก็จะเห็นความสำคัญในการรักษาและให้ความร่วมมือทั้งในการรักษาและการใช้ยา ซึ่งจะทำให้ผลการรักษาที่ดีขึ้นด้วย นั่นคือ ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมอาการชักได้และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพต่อไปโดยมีการศึกษาวิจัยที่ช่วยสนับสนุนแนวคิดความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา ได้แก่

การศึกษาของ อำไพ เข้มคำ และคณะ. (2549) พบว่า ประชาชนทั้งที่เป็นบุคคลทั่วไปในจังหวัดขอนแก่น และผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ส่วนใหญ่ขาดความรู้ในด้านชนิดของการชัก สาเหตุของโรคลมชัก ระยะเวลาของการรักษาโรคลมชักด้วยยา และการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคลมชักเบื้องต้นขณะเกิดอาการชัก ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโรคลมชักได้

การศึกษาของ สุณี เลิศสินอุดม และคณะ (2551) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคลมชักและการรักษาเป็นอย่างดีจะสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอมากกว่า ผู้ป่วยที่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา โดยผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักจะสามารถรับประทานขนาดเดียวกันกับที่แพทย์สั่งตลอดเวลาถึงแม้จะไม่มีอาการชัก และเมื่ออาการดีขึ้นหรือไม่มีอาการแล้วก็ไม่ควรลดขนาดยา/หยุดยาเอง หรือแม้แต่เมื่อมีอาการมากขึ้นก็ไม่ควรเพิ่มขนาดยารับประทานเอง จึงกล่าวได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก

การศึกษาของ สนิหนากุ พรานบุญ และสมศักดิ์ เทียมเก่า. (2554) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักของประชาชนทั่วไปของประเทศไทย ร้อยละ 32 คิดว่าโรคลมชักเป็นโรค

วิกตจริต ร้อยละ 25.6 มีความเชื่อว่าการเล่นเกมส่คอมพิวเตอร์ในระยะเวลาานานๆ เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคลมชัก ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักของครูในจังหวัดขอนแก่นร้อยละ 28 คิดว่าโรคลมชักเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และร้อยละ 43 คิดว่าต้องรับประทานยากันชักไปตลอดชีวิต โดยชนิดของการชักที่รู้จักมากที่สุด คือ อาการชักแบบเกร็งกระตุก (Generalized tonic-clonic seizures) ร้อยละ 90.7 ส่วนน้อยที่ทราบอาการชักแบบสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ไม่มีแรง ลักษณะเหมือนวูบเป็นลมล้มลงไป (atonic seizures) และชักแบบเหม่อลอย เป็นขึ้นมาทันที ไม่รู้สึกตัว (absence seizures) คือ ร้อยละ 48.6 และร้อยละ 40.2 ตามลำดับ สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักในกลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ เภสัช พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า มีบุคลากรทีมสุขภาพส่วนหนึ่งมีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักที่ไม่ถูกต้อง โดยร้อยละ 11.1 คิดว่า โรคลมชักเป็นการเคลื่อนไหวผิดปกติ ร้อยละ 1.8 คิดว่าสาเหตุของโรคลมชักเกิดจากการบริโภคเนื้อหมู ร้อยละ 1.8 คิดว่ารับประทานยากันชักเฉพาะช่วงที่มีอาการชัก ส่วนน้อยที่ทราบอาการชักแบบสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ไม่มีแรง ลักษณะเหมือนวูบเป็นลมล้มลงไป (atonic seizures) และชักแบบเหม่อลอย เป็นขึ้นมาทันที ไม่รู้สึกตัว (absence seizures) คือ ร้อยละ 55.6 และร้อยละ 58.7 ตามลำดับ และร้อยละ 25.4 คิดว่า โรคลมชักรักษาไม่หาย ร้อยละ 24.6 คิดว่าต้องรับประทานชักตลอดชีวิต และร้อยละ 1.6 คิดว่ารับประทานยาเฉพาะช่วงที่มีอาการชัก

การศึกษาของ Saengsuwan และคณะ (2012) สนับสนุนเกี่ยวกับความรู้ของโรคลมชักในประเด็นของสาเหตุและการรักษา การบริหารจัดการในเรื่องยากันชัก ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการชัก และลักษณะของโรคลมชัก โดยผู้ป่วยที่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและยาไม่ว่าจะจะเป็นประเด็นใดดังกล่าวข้างต้นก็จะเป็นสาเหตุให้ไม่สนใจสุขภาพของตนเอง ขาดความต่อเนื่องในการรักษาและการใช้ยากันชัก แต่หากเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ ความเชื่อหรือความรู้สึกที่ดีต่อโรคและการรักษา รวมทั้งทราบถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพแล้วความร่วมมือในการใช้ยาก็จะตามมา

3.2.3 การประเมินความรู้

แบบประเมินที่ใช้ในการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค ได้แก่แบบประเมินต่อไปนี้

1. แบบวัดความรู้เรื่องโรคลมชัก ของ Aydemir (2008) มีจำนวน 26 ข้อคำถาม โดย 18 ข้อคำถาม จะประเมินความรู้เรื่องโรคลมชัก ที่ประกอบด้วย สาเหตุและการรักษาโรคลมชัก ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการชัก อีก 5 ข้อคำถาม จะเป็นข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์กับด้านสังคม เช่น การดำเนินชีวิตตามปกติ ส่วนอีก 3 ข้อคำถาม จะเป็นข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือระหว่างเกิดอาการชัก เช่น การใช้วัตถุบางอย่างใส่ปากเพื่อป้องกันการกัดลิ้น ซึ่งลักษณะคำตอบเป็น "ถูก" "ผิด" และ "ไม่ทราบ" โดยจะคิดคะแนนให้เมื่อตอบคำถามได้ถูกต้อง ซึ่ง

ค่าความเที่ยงด้วยวิธี Kuder-Richardson-20 coefficient เท่ากับ 0.72

2. แบบประเมินความรู้ที่มีชื่อว่า Epilepsy Patient Knowledge Questionnaire (EPKQ) ของ Long และคณะ (2000) มีจำนวน 13 ข้อคำถาม โดยข้อคำถามจะวัดความรู้เรื่องโรคลมชัก ความปลอดภัย ความร่วมมือในการใช้ยา กิจกรรมทางสังคม และกฎหมายที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการขับรถและการจ้างงาน ที่มีลักษณะของคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 6, 8, 9, และ 11 แบบถูกผิด 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 5, 12, และ 13 และแบบอัตร้อย 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 7, และ 10 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงคำตอบเดียว การให้คะแนนแต่ละข้อจะให้คะแนนเท่ากันทุกข้อ คือ ถ้าตอบตรงกับคำตอบที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ว่าเป็นคำตอบที่ถูกต้อง จะได้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบไม่ตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ หรือตอบไม่ทราบ จะได้ 0 คะแนน หาค่าความเที่ยงโดยวิธี Kuder-Richardson coefficient เท่ากับ 0.77

3. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษาที่มีชื่อว่า The Epilepsy Knowledge Profile-General (EKP-G) ของ Jarvie และคณะ (1993) พัฒนาโดย Elliott and Shneker (2008) ที่มีจำนวน 55 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบถูกผิด โดยข้อคำถาม 34 ข้อ เป็นการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ข้อคำถามอีก 21 ข้อ เป็นการประเมินความรู้ด้านสังคมของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งเป็นการประเมินความรู้เรื่องโรคลมชักโดยทั่วไปไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยเป็นรายกรณี หาค่าความเที่ยงโดยวิธี Kuder-Richardson-21 coefficient เท่ากับ 0.75

4. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษาที่มีชื่อว่า The Epilepsy Knowledge Profile-Personal (EKP-P) ของ Elliott and Shneker (2008) ที่มีจำนวน 23 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบถูกผิด โดยเป็นการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักที่เน้นเฉพาะรายบุคคล มีความเฉพาะเจาะจงกับสภาพของโรคที่บุคคลนั้นเป็นอยู่หรือชนิดของโรคลมชัก โดยใช้ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินด้วย

ในการศึกษาที่ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา ที่มีชื่อว่า Epilepsy Patient Knowledge Questionnaire (EPKQ) ของ Long และคณะ (2000) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักที่มีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ และแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย นอกจากนั้นจำนวนข้อคำถามก็มีไม่มากจนเกินไป

3.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

3.3.1 ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Bandura (1997) ได้ให้ความหมายของ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ว่าหมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลในการจัดการหรือดำเนินการ เพื่อปฏิบัติกิจกรรมให้สำเร็จ

Pender (2002) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ การตัดสินใจความสามารถของบุคคลว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมใด และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ในระดับใด และสามารถที่จะทำอะไรได้บ้าง โดยมีทักษะหรือไม่มีทักษะก็ได้

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

3.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับความร่วมมือในการใช้ยา

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-efficacy) เป็นความรู้สึกนึกคิดของตนเองที่จะช่วยสร้างพลังให้กับตนเอง และมีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางของจิตใจ (Ross, 1992 อ้างถึงใน อังคณา หมอนทอง, 2549) กล่าวคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีบทบาทที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่า “ฉันทำได้” โดย Bandura (1986) กล่าวว่า สิ่งที่สำคัญที่สุดในกลไกศักยภาพของบุคคล คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่จะส่งผลต่อชีวิต นั่นคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั่นเอง ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกำหนด แรงจูงใจ อารมณ์ และการกระทำของบุคคลเป็นสำคัญ โดยผ่านกระบวนการแรงจูงใจ กระบวนการทางปัญญา และกระบวนการทางอารมณ์

สมรรถนะแห่งตน คือ การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการดำเนินพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลือกกระทำในกิจกรรมต่างๆ และความพยายามที่จะกระทำในกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง เพราะสมรรถนะแห่งตนเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าบุคคลตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้น แต่ถ้าตนเองมีความเชื่อมั่นว่าตนเองไม่มีความสามารถก็จะหลีกเลี่ยงการกระทำนั้น (Bandura, 1997) บุคคลที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงนั้นทำให้บุคคลนั้นมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นด้วย ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของบุคคลนั้นผู้ป่วยโรคลมชักที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงผู้ป่วยก็จะมีความร่วมมือในการใช้ยากันชักสูงด้วย อันจะส่งผลให้การควบคุมอาการของโรคเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้คือ ไม่มีอาการชักซ้ำของผู้ป่วยเกิดขึ้น (Kobau & Dilorio, 2003; Dilorio et al., 2004)

3.3.3 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การประเมินสมรรถนะแห่งตนมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ดังนี้

1. แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนที่มีชื่อว่า Self-Efficacy for Seizure Management (SESM) ของ Wagner และคณะ (2012) มีจำนวน 15 ข้อ โดยข้อคำถามมี

ความสัมพันธ์กับการจัดการอาการชักของกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคลมชัก ที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมกระตุ้นหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการชัก โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ที่มีตั้งแต่คะแนน 1 คะแนน คือ ไม่แน่ใจเลยว่าจะสามารถทำได้ จนถึงคะแนน 5 คะแนน คือ แน่ใจที่สุดว่าสามารถทำได้ การประเมินผลได้จากผลรวมของคะแนนในการตอบแบบประเมิน ซึ่งหากมีผลรวมคะแนนสูงแปลความได้ว่ามีระดับสมรรถนะแห่งตนสูงด้วย ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.85

2. แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนที่มีชื่อว่า **Epilepsy Self-Efficacy Scale (ESES)** ของ **Kobau and Dilorio (2003)** มีจำนวน 14 ข้อ โดยประเมินสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับพฤติกรรมของความร่วมมือในการใช้ยาโดยตรงในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักทุกชนิด ที่มีมาตรวัดแบบ **Likert scale 11** ระดับ ตั้งแต่คะแนน 0 คะแนน คือ ไม่สามารถทำได้ทั้งหมด จนถึงคะแนน 10 คะแนน คือ สามารถทำได้ทั้งหมด การประเมินผลได้จากผลรวมของคะแนนในการตอบแบบประเมิน ซึ่งหากมีผลรวมคะแนนสูงแปลความได้ว่ามีระดับสมรรถนะแห่งตนสูงด้วย ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.94

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนที่มีชื่อว่า **Epilepsy Self-Efficacy Scale (ESES)** ของ **Kobau and Dilorio (2003)** เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สอดคล้องตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการและแนวคิดการวิจัย นอกจากนี้ยังมีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ด้วย

3.4 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

3.4.1 ความหมายของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

WHO (1975) ได้ให้ความหมายของ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ว่าเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ และเป็นอันตรายต่อร่างกายมนุษย์ โดยเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาในขนาดปกติ เพื่อวินิจฉัย ป้องกัน หรือรักษาโรค หรือเพื่อการปรับเปลี่ยนหน้าที่ทางสรีระวิทยา โดยไม่รวมถึงการใช้ยาเกินขนาดโดยอุบัติเหตุหรือเจตนา

Karch and Lasagna (1975) ได้ให้ความหมายของ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาว่าเป็น การตอบสนองต่อยาที่เป็นอันตราย และไม่ได้ตั้งใจให้เกิดขึ้น เมื่อให้ยาในขนาดปกติที่ใช้ในมนุษย์ เพื่อป้องกัน วินิจฉัย หรือรักษา ทั้งนี้ไม่รวมถึงความล้มเหลวจากการใช้ยา

Kessler (1993) กล่าวว่า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หมายถึง เหตุการณ์สาเหตุที่เกิดขึ้นและมีความสัมพันธ์กับยาหรือเครื่องมือที่ใช้ อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรืออันตรายถึงชีวิต หรือต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น หรือเกิดความพิการแบบชั่วคราวหรือถาวร หรือเกิดความผิดปกติแต่กำเนิด

American Society of Health System Pharmacist (1995) ได้ให้ความหมายของ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ว่าคือ ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดหวัง ไม่ตั้งใจ ไม่ต้องการ หรือการตอบสนองต่อยาที่มากเกินไป ซึ่งทำให้เกิดผลข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ 1) ต้องหยุดยาที่ใช้ 2) ต้องเปลี่ยนยาที่ใช้ 3) ต้องปรับขนาดยา 4) ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 5) ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น 6) ต้องการการรักษาแบบประคับประคองอื่นๆ 7) ทำให้ต้องมีการวินิจฉัยที่ซับซ้อน 8) ทำให้การพยากรณ์โรคเลวลง 9) ทำให้เกิดความพิการแบบชั่วคราวหรือถาวร หรือเสียชีวิต

Edward and Aronson (2000) ได้ให้ความหมายของ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาว่าคือ ปฏิกิริยาที่เป็นอันตรายหรือปฏิกิริยาที่ไม่ดี ที่เป็นผลจากการใช้ยาสามารถคาดคะเน อันตรายหรือปฏิกิริยาที่ไม่ดีได้ ดังนั้นควรเตรียมการป้องกัน การจัดการ หรือการรักษาเฉพาะ หรือ การปรับขนาด หรือการปรับรูปแบบการให้ยา หรือการหยุดให้ยา

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หมายถึง ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นโดยมิได้ตั้งใจ เป็นอันตรายต่อมนุษย์ และเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาในขนาดปกติ เพื่อป้องกัน วินิจฉัย บรรเทา หรือ บำบัดรักษาโรค หรือเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขการทำงานของร่างกายแต่ไม่รวมถึงการใช้ยาเกินขนาดจากอุบัติเหตุ หรือโดยจงใจ หรือจากการใช้ยาในขนาดที่ผิด

3.4.2 การศึกษาวิจัยที่สนับสนุนแนวคิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากันชักได้แก่

การศึกษาของ ปิยนิดา เสนาคำ, นฤมล เจริญศิริพรกุล, และวีรวรรณ อุษายภิชาติ (2551) พบว่า ยากันชักเป็นยาที่ใช้ในการรักษาอาการชัก และจำเป็นต้องใช้ยากันชักเป็นระยะเวลานาน โดยมียากันชักบางชนิด เช่น Valproic acid, Phenytoin และ Carbamazepine มีช่วงการรักษาแคบ (narrow therapeutic range) ยากันชักบางชนิดกระตุ้นเอ็นไซม์ enzyme inducer) เช่น Phenytoin, Phenobarbital และ Carbamazepine หรือยับยั้งเอ็นไซม์ (enzyme inhibitor) เช่น Carbamazepine, Valproic acid และยากันชักบางชนิดมี protein binding สูง เช่น Valproic acid, Phenytoin ซึ่งคุณสมบัติเหล่านี้ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบต่างๆ ของร่างกายได้หลากหลาย โดยพบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยา Phenytoin รายงานอาการมีนงง เวียนศีรษะมากที่สุด (43.3%) ผู้ป่วยใช้ยา Carbamazepine และ Valproic acid รายงานอาการหลงลืมมากที่สุด (32.7% และ 39.6% ตามลำดับ)

การศึกษาของ Perucca and Gilliam (2012) พบว่า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสามารถเกิดได้กับทุกระบบของร่างกาย ซึ่งสามารถแบ่งชนิดของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์

จากการใช้ยากันชักตามองค์การอนามัยโลก ออกเป็น 5 ชนิด ดังนี้ 1) Type A : เกี่ยวข้องกับกลไกการออกฤทธิ์ของยา โดยทั่วไปประมาณ 1-10% จะพบได้ในระยะเฉียบพลัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดของยาและความเข้มข้นของระดับยาในกระแสเลือด 2) Type B : เกี่ยวข้องกับความบกพร่องส่วนบุคคล เช่น ระบบภูมิคุ้มกัน พันธุกรรม สามารถพบได้ประมาณ 0.1-1% ในช่วงแรกของการรักษา ทำให้พบอัตราการตายสูงสำหรับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาคันชักชนิดนี้ 3) Type C : เกี่ยวข้องกับการสะสมของยา สามารถพบได้ประมาณ 1-10% ส่วนมากจะเป็นลักษณะเรื้อรัง 4) Type D : เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์ เช่น เกิดความผิดปกติต่อทารก สามารถพบได้ประมาณ 0.1-1% จะเห็นผลความผิดปกติช้าขึ้นอยู่กับขนาดยา และ 5) Type E : เกี่ยวข้องกับการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา สามารถพบได้ประมาณ 1-10% (Edwards & Aronson, 2000)

การศึกษาของ Jarernsiripornkul และคณะ (2012) พบว่า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Phenobarbital : หลงลืม (33.3%), หงุดหงิด (32.0%) และง่วงนอน (29.8%) Phenytoin : วิงเวียน (43.3%), หงุดหงิด (37.3%) และหลงลืม (35.1%) Carbamazepine : หลงลืม (32.7%), วิงเวียน (25.5%) และง่วงนอน (25.5%) Valproic acid : หลงลืม (39.6%), น้ำหนักเพิ่ม (33.8%) และมือสั่น (30.5%) Clonazepam : ง่วงนอน (34.1%), หลงลืม (33.3%) และปากแห้ง (33.3%) Gabapentin : ปวดข้อกระดูก (24.5%), ปวดกล้ามเนื้อ (23.5%), หลงลืม (21.6%) และปากแห้ง (21.6%) Topiramate : ง่วงนอน (32.4%), วิงเวียน (32.4%) และตาพร่า (30.9%) Lamotrigine : หลงลืม (53.3%), ง่วงนอน (50.0%) และวิงเวียน (40.0%) Levetiracetam : หลงลืม (35.3%), ง่วงนอน (29.4%), วิงเวียน (29.4%) และสมรรถภาพทางเพศลดลง (29.4%) Oxcarbazepine : หลงลืม (57.1%) และท้องผูก (57.1%)

การศึกษาของ Andrew และคณะ (2012) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากันชักแบบ polytherapy เท่ากับ 45.56 (ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 44.36-46.76) ซึ่งมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากันชักแบบ monotherapy เท่ากับ 42.29 (ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 40.65-44.02) โดยจะมีอาการเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้าและหลงลืม เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากันชักที่พบได้บ่อยโดยจะพบในการใช้ยากันชักแบบ polytherapy มากกว่า แบบ monotherapy ด้วยเช่นกัน

3.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากันชักกับความร่วมมือในการใช้ยา

ยากันชักเป็นยาที่ใช้ในการรักษาอาการชัก ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ หรือการรักษาอาการปวดของระบบประสาท ผู้ป่วยต้องใช้ยากันชักเป็นระยะเวลานาน ยากันชักบางชนิด เช่น Valproic acid, Phenytoin และ Carbamazepine มีช่วงการรักษาแคบ (narrow therapeutic range)

ยากันชักบางชนิดกระตุ้นเอนไซม์ (enzyme inducer) เช่น Phenytoin, Phenobarbital และ Carbamazepine หรือยับยั้งเอนไซม์ (enzyme inhibitor) เช่น Carbamazepine, Valproic acid และยากันชักบางชนิดมี protein binding สูง เช่น Valproic acid, Phenytoin คุณสมบัติเหล่านี้ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบต่างๆของร่างกายได้หลากหลาย (Buck et al, 1997; ปิยนิดา เสนาคำ และคณะ, 2551) และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยา เนื่องจากไม่สามารถทนต่ออาการที่เกิดขึ้นได้ หรือรู้สึกว่าการใช้ยามีอันตรายมากกว่าได้ประโยชน์ ซึ่งหากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากันชักก่อให้เกิดอันตรายที่รุนแรงหรือมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (Jarernsiripornkul et al, 2012) ไม่ว่าจะเกี่ยวข้องกับด้านอาชีพ ภาพลักษณ์ของตนเองต่อสังคมรอบข้าง ในระดับสูงย่อมขัดขวางความร่วมมือในการใช้ยา นั่นคือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยานั้นเอง โดยพบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ก่อให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากที่สุดคือ มึนงงหรือเวียนศีรษะ และหลงลืม (เสริมสุข จันทร์ใต้, 2546; Panelli, 2010; Jarernsiripornkul et al, 2012)

3.4.4 การประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

เครื่องมือประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่

1. แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีชื่อว่า The Adverse Event Profile for Persons with Epilepsy ของ Martin และคณะ (2011) เป็นการพัฒนาจาก The Liverpool Adverse Event Profile ที่มีจำนวน 21 ข้อ โดยปรับลดจำนวนข้อเพื่อให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชัก พร้อมทั้งมีการระบุชื่อโรคลมชักต่อท้ายชื่อเครื่องมือทำให้ง่ายและมีความเหมาะสมในการเลือกเครื่องมือมาใช้ต่อไป (Martin et al, 2011) จนเหลือเพียงจำนวน 19 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากันชัก มีมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ ตั้งแต่คะแนน 1 คะแนน คือ ไม่เคยเกิดอาการนี้ จนถึง คะแนน 4 คะแนน คือ เกิดอาการนี้เป็นประจำ โดยใช้ประเมินการเกิดอาการภายใน 30 วัน ผลรวมของคะแนนอยู่ระหว่าง 19-76 คะแนน ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.85 (Panelli, 2010; Perucca and Gilliam, 2012; Jarernsiripornkul et al, 2012)

2. A-B Neuropsychological Assessment Schedule (ABNAS) ของ Brooks, Baker, and Aldenkamp (2001) มีจำนวน 24 ข้อ เป็นแบบประเมินความรุนแรงของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยใช้ในผู้ป่วยที่ใช้ยากันชักเกี่ยวกับโรคทางระบบประสาทได้เน้นเฉพาะโรคลมชักเท่านั้น โดยแบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความเชื่องช้า ความจำ การมีสมาธิ การเคลื่อนไหว และภาษาหรือการออกเสียง โดยมีมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ ตั้งแต่คะแนน 0 คะแนน คือ ไม่มีปัญหา จนถึงคะแนน 3 คะแนน คือ เป็นปัญหาอย่างยิ่ง

การประเมินมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-72 คะแนน การแปลผลคะแนนยิ่งมากแสดงถึงความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ในการใช้ยากี่มากด้วย ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.68 (Brooks, Baker, and Aldenkamp, 2001; Perucca and Gilliam, 2012)

3. The SEIZES-B ของ Matson และคณะ (2001) มีจำนวน 52 ข้อ เป็นแบบประเมินความรุนแรงของการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยากันชักที่มีต่อระบบต่างๆ ของร่างกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งประกอบด้วย 14 องค์ประกอบ ได้แก่ รบกวนทางโลหิตวิทยา รบกวนความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย รบกวนการทำงานของตับ น้ำหนัก ทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ผิวหนัง ผม/ขน การเดิน/การทรงตัว มือสั่น กดประสาท รบกวนความรู้สึก (ซึมเศร้า, ตึงเครียด, โกรธ/ต่อต้าน) รบกวนความมีสมาธิ และอาการเวียน มีมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ ตั้งแต่คะแนน 0 คะแนน คือ ไม่เกิดอาการข้างเคียงที่รบกวนกิจวัตรประจำวัน จนถึงคะแนน 3 คะแนน คือ เกิดอาการข้างเคียงที่รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมาก โดยใช้ประเมินการเกิดอาการใน 2 สัปดาห์ ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ เท่ากับ 0.63 (Matson et al, 2005; Sipes et al, 2011; Perucca and Gilliam, 2012)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีชื่อว่า The Adverse Events Profile for Persons with Epilepsy ของ Martin และคณะ (2011) เนื่องจากมีความสอดคล้องตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการรวมถึงแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย นอกจากนี้ยังมีจำนวนข้อไม่มากจนเกินไปและมีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ด้วย

3.5 การรับรู้ตราบาป

3.5.1 ความหมายของการรับรู้ตราบาป

Goffman (1963) กล่าวว่า การรับรู้ตราบาป เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีต่อคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล หรือเป็นปฏิกิริยาที่บุคคล หรือปฏิกิริยาที่บุคคลทั่วไปมีต่อผู้ที่มีภาวะผิดปกติ ที่ทำให้มีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไปในลักษณะรูปร่างหน้าตาของบุคคล พฤติกรรมที่ผิดปกติ เป็นต้น นำไปสู่การตีตรา ไม่ให้ความสำคัญ โดยมีการตัดสินว่าบุคคลที่ถูกตีตรานั้นควรถูกแบ่งแยกออกไปจากคนปกติ ซึ่งเป็นการตัดสินโดยกลุ่มคนตามพื้นฐานของการทำบทบาทหน้าที่ในสังคม ภายใต้บรรทัดฐานทางสังคม

Katz (1979 cited in Alonzo and Reynolds, 1995) ได้ให้ความหมายของ การรับรู้ตราบาป ว่าตราบาปของบุคคลมี 4 ด้าน คือ 1) เป็นภาวะที่คุกคาม (threat) 2) สิ่งที่เป็นภาระหน้าที่ (responsibility) 3) ทักษะวิสัย (visibility) 4) ความเห็นอกเห็นใจ ความเป็นมิตร (sympathy)

Wahl (1999) กล่าวถึง การรับรู้ตราบาป คือ กระบวนการทางสังคมที่บุคคลได้รับผลกระทบมาจากคุณลักษณะที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วย และการแบ่งแยกกีดกันที่เนื่องมาจากความมือคติของบุคคลที่มีต่อความผิดปกติทางด้านจิตใจ

Mann and Himelein (2004 cited in Stuart, 2009) ได้ให้ความหมายของ การรับรู้ตราบาป ว่าคือ เครื่องหมายที่แสดงถึงความเสื่อมเสียชื่อเสียง การขาดความน่าเชื่อถือ เป็นการกำหนดและแบ่งแยกกลุ่มบุคคลที่มีความเบี่ยงเบน เป็นบาป หรือเป็นอันตราย

Stuart (2009) กล่าวถึง การรับรู้ตราบาป ว่าคือ คุณลักษณะเฉพาะที่ถูกกำหนดโดยบุคคลแวดล้อมในสังคม ให้เป็นไปในทางลบ มีความแตกต่าง และได้รับการดูหมิ่น

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การรับรู้ตราบาป หมายถึง กระบวนการทางความคิดที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์หรือกระบวนการทางสังคมต่อคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลที่มีลักษณะที่แตกต่างจากคนทั่วไปทั้งทางร่างกายและจิตใจ และถูกตัดสินว่า เป็นสิ่งที่เสื่อมเสีย ไม่เป็นที่ต้องการจากกลุ่มบุคคลในสังคมภายใต้บรรทัดฐานของสังคมนั้นๆ ส่งผลให้บุคคลที่ถูกตีตราไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม

3.5.2 การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคลมชัก

การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิด ที่ระบบประสาททำหน้าที่แปลความหมาย จากเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้น ร่วมกับการใช้ประสบการณ์ของบุคคลนั้นในการแปลความหมาย และแสดงการรับรู้ (อาชวศรี คำหอม, 2552) จากแนวคิดของกอฟแมนเมื่อนำมาอธิบายสำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก จะเห็นว่าโรคลมชัก เป็นโรคที่มีความผิดปกติในการเกิดกระแสไฟฟ้าในเซลล์ประสาทขึ้นพร้อมกัน และควบคุมไม่ได้ เป็นผลให้เกิดอาการชักขึ้นทันทีทันใด และมักเป็นซ้ำๆ กัน โดยอาการที่พบ ได้แก่ อาการไม่รู้สีกตัว มีการเกร็งกระตุกเฉพาะที่หรือทั่วตัวหรือทั้งสองอย่าง มีความเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึก และมีความเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (รัตนมาศเกษม, 2552; Atadzhanov et al, 2010) ก่อให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆ ของตัวบุคคล เป็นความผิดปกติจากบุคคลทั่วไป เมื่อถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก ผู้ป่วยจะถูกตราหน้าตั้งแต่วันนั้นว่าเป็นผู้ป่วยโรคลมชัก เป็นตราบาปที่ติดตัวผู้ป่วยไปตลอดชีวิต เปรียบเสมือนแผลบนใบหน้าที่ไม่สามารถลบเลือนออกไปได้ ดังนั้น การรับรู้ตราบาป คือ การที่บุคคลได้รับการถูกแบ่งแยก กีดกัน ถูกปฏิเสธ ถูกตำหนิติเตียน จากการตัดสินของกลุ่มคนในสังคมภายใต้บรรทัดฐานทางสังคมนั้น (อาชวศรี คำหอม, 2552) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการแยกตัว ไม่สนใจตนเองอันจะส่งผลให้เกิดปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาในลักษณะของการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา

การศึกษาวิจัยที่ช่วยสนับสนุนแนวคิดการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยโรคลมชัก ได้แก่ การศึกษาของ Atadzhanov และคณะ (2010) พบว่า การรับรู้ตราใบในผู้ป่วยโรคลมชักจะเพิ่มมากขึ้นถ้าคนในชุมชนหรือสังคมที่ผู้ป่วยอยู่อาศัยรับรู้ว่าเป็นโรคลมชัก ซึ่งการรับรู้ตราใบในที่นี้คือ 1) รู้สึกว่ามีคนไม่สบายใจกับการเป็นโรคลมชักของตน 2) รู้สึกว่าบางคนปฏิบัติต่อตนเหมือนคนที่ด้อยกว่าจากการเป็นโรคลมชัก และ 3) รู้สึกว่าบางคนต้องการหลีกเลี่ยงการพบปะกับตนด้วยจากการเป็นโรคลมชัก โดยการรับรู้ตราใบนี้มีความสัมพันธ์กับอายุ เพศ ระดับการศึกษา จำนวนบุคคลในสังคมที่รับรู้ว่าเป็นโรคลมชัก ชนิดของการชัก และ ความถี่ของการเกิดอาการชัก

การศึกษาของ Paschal และคณะ (2007) พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชัก 63% รู้สึกว่าเป็นตราใบเมื่อไม่ทราบวิธีการจัดการขณะมีอาการชัก, 51% รู้สึกว่าเป็นตราใบในประสบการณ์ของการมีอาการชักที่รุนแรง, 37% รู้สึกว่าโรคลมชักเป็นความผิดปกติทางจิต, 22% รู้สึกว่าโรคลมชักเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม, 20% โรคลมชักเป็นโรคติดต่อ, 19% ผู้ป่วยโรคลมชักควรหลีกเลี่ยงการพบปะผู้คนหรือแยกตัวออกจากสังคม, 13% โรคลมชักคือโรคที่เกิดจากการประทุติ ผิดศีลธรรมหรือกระทำความผิด ซึ่งการแก้ไขหรือลดตราใบในผู้ป่วยโรคลมชักก็ด้วยการให้ความรู้ในประเด็นที่ผู้ป่วยยังบกพร่องอยู่

3.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตราใบกับความร่วมมือในการให้ยา

การที่ตราใบถูกกำหนดโดยกลุ่มบุคคลทางสังคม ความมีอคติของกลุ่มบุคคลก่อให้เกิดความอับอายต่อผู้ที่ถูกตีตรา และการถูกแบ่งแยกกีดกันภายใต้อิทธิพลของสังคมนั้น ซึ่งโรคลมชักเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความบกพร่องต่อบุคคลที่ถูกตัดสินจากกลุ่มบุคคลในลักษณะของตราใบ อันเนื่องมาจากอาการเจ็บป่วยของโรคที่มีอาการชักที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งในเวลาสถานที่ หรือลักษณะของความรุนแรงว่าจะเกิดขึ้นอย่างไร (Bruno et al, 2012) กอฟแมน กล่าวว่าการตราใบทำให้เกิดแบ่งแยกและลดค่าของบุคคล โดยจะลดโอกาสในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติ และทำให้ผู้ที่ถูกตีตรา รู้สึกอับอาย เกลียดตนเอง และประณามตนเอง (Goffman, 1963) จากแนวคิดของกอฟแมนดังกล่าว Bruno และคณะ (2012) ภายใต้วรรวมมือของ International League Against Epilepsy, International Bureau for Epilepsy และ World Health Organization Global Campaign Against Epilepsy Regional Project ได้ทำการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีการรับรู้ถึงตราใบในระดับสูงจะขาดช่วงการรักษา โดยเฉพาะการรักษาด้วยการให้ยาหรือการรับประทานยา ที่ต้องมีความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และตรงตามเวลา เพื่อควบคุมไม่ให้เกิดอาการชักด้วยเหตุผลที่ว่ารู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง และเป็นบุคคลน่ารังเกียจ

3.5.4 การประเมินการรับรู้ตราบาป

1. แบบประเมินการรับรู้ตราบาป ที่สร้างจากแนวคิดของ Goffman (1963) ฉบับภาษาไทย โดย เพ็ญศรี วงษ์พุด (2545) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อชี้ให้เห็นลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเป็นเงื่อนไขในการรับรู้ที่เป็นตราบาปในการเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ที่เป็นตราบาปในผู้ป่วยโรคเอดส์ จากความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว ชุมชนและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความมีอคติ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลที่ผู้ป่วยโรคเอดส์มีต่อตนเอง และด้านการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลที่บุคคลอื่นมีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.93 (เพ็ญศรี วงษ์พุด, 2545)

2. แบบประเมินตราบาปตามประสบการณ์ (Consumer Experiences of Stigma Questionnaire : CESQ) ของ Wahl (1999) โดยสร้างแบบประเมินในการสำรวจประสบการณ์การถูกตีตราหรือการรับรู้ตราบาปของบุคคล โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การถูกตีตราของบุคคล มีข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ถามเกี่ยวกับการถูกตีตราในฐานะผู้รับบริการในเรื่องของการรักษา การถูกมองในแง่ลบ หรือการได้ยินการพูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ความกลัวและพฤติกรรมที่ไม่เปิดเผยถึงการเป็นผู้ป่วยทางจิต ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับการถูกแบ่งแยกกีดกัน จำนวน 12 ข้อ ในเรื่องการขอเช่าที่อยู่อาศัย การสมัครงาน การทำหน้าที่อาสาสมัคร และการได้รับสิทธิในใบอนุญาตต่างๆ เป็นต้น ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.71

3. แบบประเมินการรับรู้ตราบาป ที่มีชื่อว่า The perceived stigma scale ของ Panelli (2010) ใช้ในการประเมินระดับความรู้สึกหรือการรับรู้ ที่มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) รู้สึกว่ามีคนไม่สบายใจกับการเป็นโรคลมชักของตน 2) รู้สึกว่าบางคนปฏิบัติต่อตนเหมือนคนที่ด้อยกว่าจากการเป็นโรคลมชัก และ 3) รู้สึกว่าบางคนต้องการหลีกเลี่ยงการพบปะกับตนด้วยจากการเป็นโรคลมชัก โดยมีลักษณะมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน คือ ไม่ทั้งหมด จนถึงคะแนน 4 คะแนน คือ ใช่แน่นอน (Panelli, 2010) การแปลผลคะแนนได้จากผลรวมของคะแนนทุกข้อ หากพบว่าคะแนนสูงแสดงว่าการรับรู้ตราบาปสูงด้วย ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.64 (Atadzhanov et al, 2010)

4. แบบประเมินการรับรู้ตราบาป ที่มีชื่อว่า The Parent Stigma Scale ของ Austin และคณะ (1998) มีจำนวน 10 ข้อ โดยผ่านการดัดแปลงจาก The Parent Stigma Scale ที่ใช้

ในการประเมินกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชักในเด็กให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคลมชักวัยผู้ใหญ่แล้ว ซึ่งเป็นการประเมินระดับการรับรู้ทางด้านลบต่อการเป็นโรคลมชักของผู้ป่วยโรคลมชัก มีมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่คะแนน 1 คะแนน คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงคะแนน 7 คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง หากมีผลรวมของคะแนนอยู่ในระดับสูงแสดงถึงการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับสูงด้วย ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.78 (Dilorio et al, 2003)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ตราบาป ที่มีชื่อว่า The Parent Stigma Scale ของ Austin และคณะ (1998) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมกับลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้งโรคและวัย อีกทั้งสอดคล้องตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการและแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย นอกจากนี้จำนวนข้อคำถามก็ไม่มากจนเกินไป และมีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ด้วย

3.6 ภาวะซึมเศร้า

3.6.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck และคณะ (1979) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่เกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคต ซึ่งมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป คือ การคว่นลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (Arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (Selective abstraction) การคิดและแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (Overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือตัดทอนเรื่องราว (Magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (Personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (Dichotomous thinking)

Beeber (1998) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดอัตมโนทัศน์ในด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดน้อยลง

Kaplan and Sandock (2000) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้ามีความหมาย 3 ด้าน คือ ด้านที่หนึ่ง ภาวะซึมเศร้า อธิบายถึง ความรู้สึกเศร้าเสียใจ เมื่อบุคคลสูญเสียบางอย่างที่มีความสำคัญต่อตนเอง ด้านที่สอง ในทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้า เป็นคำแสดงให้เห็นถึงความผิดปกติทางอารมณ์ มีความรู้สึกเสียใจ ไม่มีความสุข มีความรู้สึกเป็นทุกข์และทรมานกับประสบการณ์ต่างๆ ในแต่ละวัน บุคคลนั้นจะไม่ตระหนักในตนเอง และความคิดจะเชิงซ้าลง และด้านที่สาม ภาวะซึมเศร้า เป็นคำที่ใช้เรียกชื่ออาการของโรค

Dimidjian และคณะ (2006) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า มีความหมายใน 4 แบบ คือ 1) เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการรบกวนสมดุลภาวะปกติของชีวิตมนุษย์ 2) เกิดจากการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหรือเป็นผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา 3) เกิดจากความผิดปกติทางคลินิก เช่น เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง 4) เป็นผลสืบเนื่องมาจากภาวะวิกฤตในชีวิต

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงการเบี่ยงเบนด้านความคิดและการรับรู้ของบุคคล โดยแสดงออกทั้งด้านอารมณ์ ร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ มีความคิดในด้านลบ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ เป็นต้น

3.6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยโดยทั่วไปเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ย่อมมีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกที่เหลือในครอบครัวในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หากผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวเป็นหลัก ก็อาจจะมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ และการเงินของครอบครัวด้วย นอกจากนี้การยอมรับเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยยังอยู่ในระดับไม่สูงเพียงพอที่จะยอมรับว่าเป็นโรคนี้นี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกกังวลหรือกลัวกับอาการชักที่เกิดขึ้นว่าจะเกิดอย่างไร เกิดที่ใดแล้วส่งผลกระทบต่ออย่างไรกับตนเองในอนาคต โดยหลักจิตวิทยาหลังจากที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแล้ว จะเกิดปฏิกิริยาในการที่จะปฏิเสธการเป็นโรคซึมเศร้า มีการก้าวร้าว การต่อต้าน การปฏิเสธคำวินิจฉัย ซึ่งบางครั้งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา แต่หากผู้ป่วยผ่านขั้นตอนนี้แล้ว ก็จะผ่านเข้าสู่ภาวะการยอมรับแต่จะมีภาวะซึมเศร้าแทน

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบประมาณร้อยละ 58 (Kanner, 2003 อ้างถึงใน ราตรี ตาลเชื้อ, 2555) ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง รวมถึงความสามารถในการใช้ยาของผู้ป่วยลดลงด้วย อีกทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคลิกภาพและการดำเนินชีวิตจึงต้องมีการปรับตัว ทำความเข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับการควบคุมอาการชัก ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการชักถี่และรุนแรงมากยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกด้าน เช่น ด้านความสามารถในการดำเนินชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต และการมีคุณค่าในตนเองลดลงตามลำดับ (Cramer et al, 2004; ราตรี ตาลเชื้อ, 2555) โดยระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามักจะเกิดจากการขาดจากอาชีพ (lack of occupational activity) เช่น ทำงานหรือนักศึกษา ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รูปแบบของการชัก และความถี่ของการชักต่อเดือน (Grabowska-Grzyb, 2006) และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งพบอัตรา

การฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคลมชักที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (ราตรี ตาลเชื้อ, 2555)

ภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยโรคลมชักมีอาการหนักหน่วงอยู่ยาวนานติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อยสองสัปดาห์ (Grabowska-Grzyb, 2006) ร่วมกับการขาดแรงผลักดันและความสนใจในตนเองรวมถึงสมาธิและความสามารถโดยทั่วไปที่ลดลง เป็นผลให้เกิดความผิดปกติในการนอนหลับ ไม่อยากอาหาร ไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ น้ำหนักลด (อรรพรรณ ศิลปะกิจ และพงศ์เกษม ไข่มุกต์, 2541; เดชา ปิยะวัฒน์กุล, 2544) ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลให้การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคลมชักไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอจนนำไปสู่การขาดยา (Kanner et al, 2012) อันเป็นปัจจัยหนึ่งที่ลดความร่วมมือในการใช้ยา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่รับประทานยากันชักมากกว่า 1 ชนิดขึ้นไป จะมีระดับความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยากันชักชนิดเดียว (พฐิจิต วังโสโรจน์, 2552 ; Dilorio et al, 2004; ราตรี ตาลเชื้อ, 2555)

3.6.3 เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินที่พบบ่อยมีดังนี้ (ศิริรัตน์ วิจิตตระกุลถาวร อ่างใน ครุณวรรณ จันทร์แก้ว, 2554 ; มลฤดี บูราณ, 2548)

1. Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 บนพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม เพื่อวัดอาการของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ และได้ปรับปรุงใหม่ในปี ค.ศ. 1987 มีข้อความทั้งหมด 21 ข้อ เป็นคำถามทางด้านจิตใจ 15 ข้อ และเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย 6 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย 4 ตัวเลือก เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย (คะแนน 0) ต่อเนื่องไปจนถึงอาการรุนแรง (คะแนน 3) ให้เลือกตอบ 1 ข้อการให้คะแนนในแต่ละคำตอบ ให้เป็น 0,1,2,3 โดยกำหนดคำตอบและคะแนนตามลำดับ มีคะแนนทั้งหมด 63 คะแนน การแปลผลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ คะแนนระหว่าง 0 ถึง 9 แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 10 ถึง 15 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 16 ถึง 19 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 20 ถึง 29 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก คะแนนระหว่าง 30 ถึง 63 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

2. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดในแง่ของกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค มีข้อความทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออกและอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยสอบถามในช่วง 1 สัปดาห์ที่

ผ่านมา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 แต่มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถแยกได้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้น เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

3. Zung Self-Rating Depression Scale ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงาน ของร่างกายและจิตใจ แปลผลคะแนนตามอาการที่เกิดขึ้นว่ามากหรือน้อย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 แต่มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุ เพราะอาจไปวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดตาม กระบวนการสูงอายุ หรือวัดลักษณะทางคลินิกของโรคนั้นๆ ไปและขาดการประเมินด้านพฤติกรรม และสังคม

4. Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) จัดเป็นเครื่องมือวัด มาตรฐานในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ สร้างโดยศาสตราจารย์ฮามิลตัน (Hamilton) จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ในปี ค.ศ. 1950 และมีการปรับปรุงต่อมาเรื่อยๆ ประกอบด้วยข้อ คำถามทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำถามเน้นการประเมินในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า อาการ แบบจิตสรีระ ความวิตกกังวล ความหงุดหงิด กระวนกระวาย และการหยั่งรู้ การให้คะแนนและการ จัดกลุ่มระดับคะแนน แบ่งตามความรุนแรง ตั้งแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจนถึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับ รุนแรง มีข้อจำกัด คือ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าได้ ไม่ สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ และไม่สามารถวัดการรับรู้ที่เกิดจากภาวะทางอารมณ์ กระบวนการคิด และภาวะจิตวิญญาณในผู้สูงอายุได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่มีชื่อว่า Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) ของ Radloff (1977) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยรัชชัย วรพงษ์ธร และคณะ (2533) เนื่องจากมีความสอดคล้องตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการและ แนวคิดที่ใช้ในการวิจัย อีกทั้งข้อคำถามมีจำนวนไม่มากเกินไปและเป็นแบบประเมินที่ใช้ในการ ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเป็นการวัดในแง่กลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการค้นหาวินิจฉัยโรค

4. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคลมชัก

โรคลมชักเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยากันชัก ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วย เกิดความร่วมมือในการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่ระหว่งการใช้ยาเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ และ พยาบาลอยู่ในฐานะที่จะส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาได้ดี เพราะมีโอกาสใกล้ชิดผู้ป่วยมากกว่า เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอื่นๆ โดยการสอน แนะนำ และช่วยแก้ปัญหาที่เป็นอุปสรรค เพื่อให้ผู้ป่วย อยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพ โดยหัวใจสำคัญที่จะทำให้สำเร็จคือ จะต้องสร้างความรู้ความเข้าใจที่

ถูกต้องให้กับผู้ป่วย และต้องเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยด้วย

พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาได้ ดังนี้

1. การช่วยปรับแผนการให้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย ผู้ป่วยบางรายอาจมีกิจวัตรประจำวันหรือวิถีชีวิตที่ต่างจากคนทั่วไป ก็อาจมีความจำเป็นในการปรับแผนการให้ยาให้เหมาะสม เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย นอกจากนี้อาจจำเป็นต้องเลือกใช้รูปแบบการให้ยาที่ง่าย ไม่ซับซ้อนในผู้ป่วยบางรายที่มีข้อจำกัด เช่น การให้ยารวันละครั้งแทนที่จะต้องใช้ยารวันละ 3-4 ครั้ง เป็นต้น (Jones et al, 2006) โดยกลวิธีที่เหมาะสม คือ การให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งควรมีลักษณะดังนี้ (Asawavichienjinda, Sitthi-Amorn, and Tanyanont, 2003)

1.1 พยาบาลต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการนี้ เนื่องจากกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลา และความชำนาญในการวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย และยังเป็นกิจกรรมที่ไม่ได้รับคำตอบแทนจากผู้ป่วยด้วย ดังนั้น การที่พยาบาลมีทัศนคติที่ไม่ดีอาจทำให้การให้บริการไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร

1.2 พยาบาลต้องเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือและไว้วางใจ

1.3 พยาบาลควรมีการสื่อสารที่ดี ซึ่งลักษณะการสื่อสารที่ดี คือ

- การใช้การสื่อสารสองทาง เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาด้วย
- การเลือกใช้คำถามเปิด และคำถามปิดอย่างเหมาะสมในแต่ละ

สถานการณ์

- การใช้การสื่อสารที่เป็นทั้งคำพูด (verbal communication) และการสื่อสารที่ไม่ได้เป็นคำพูด(nonverbal communication)อย่างเหมาะสม รวมทั้งการแสดงความรู้สึกเอาใจใส่ หรือการให้ความสนใจแก่ผู้ป่วยด้วยการมองสบตา การสังเกต และให้ความสำคัญต่อการสื่อสารที่ผู้ป่วยไม่ได้แสดงออกมาด้วยคำพูด เพื่อประเมินการตอบสนองของผู้ป่วย

- การใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย พยายามหลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางวิชาการ
- การประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเป็นระยะๆ
- ควรหลีกเลี่ยงการซักถามที่อาจก้ำก๋ายในเรื่องส่วนตัว

1.4 พยาบาลควรมีความสามารถในการประเมินความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และปัญหาของผู้ป่วยในเรื่องโรคและการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

1.5 มีการเลือกใช้และปรับแต่งกลวิธีและข้อมูลที่ใช้ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย เนื่องจาก

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันไป ดังนั้น พยาบาลจึงต้องวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย และนำมาเป็นแนวทางในการเลือกและปรับแต่งกลวิธีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยให้เหมาะสม

1.6 มีการติดตามและประเมินผลการให้คำปรึกษาแนะนำที่ถูกต้องตามหลักวิชาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยเกิดประโยชน์ตรงตามเป้าหมายการรักษา และควรมีการเก็บบันทึกผลการให้คำแนะนำไว้ในประวัติผู้ป่วยด้วย

1.7 มีการติดต่อร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น เพื่อร่วมกันแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. การใช้เครื่องมือช่วยความจำ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการลืมรับประทานยาบ่อยๆ หรือมีปัญหาว่าจำไม่ได้ว่าได้รับประทานยาสำหรับเวลานั้นๆไปแล้วหรือยัง พยาบาลอาจจะให้การช่วยเหลือโดยแนะนำเครื่องมือช่วยความจำบางอย่าง เช่น การบันทึก กล้องแบ่งบรรจุยาเป็นแต่ละมือของวัน เป็นต้น (Waleed et al, 2011)

3. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษาแก่ผู้ป่วย ตลอดจนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อยา ข้อบ่งใช้ วิธีการเตรียม วิธีการใช้ยา ระยะเวลาที่คาดว่าจะเกิดผล ระยะเวลาที่ใช้รักษา อาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและข้อควรปฏิบัติเมื่อเกิดอาการ (Austin et al, 1998) ข้อควรระวังต่างๆระหว่างใช้ยา อันตรกิริยาของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ การเก็บรักษายาที่ถูกต้อง โดยเป้าหมายคือ การให้ข้อมูลซึ่งผู้ป่วยสามารถเข้าใจและนำไปใช้ได้ (สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551)

4. การชี้ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของความร่วมมือในการใช้ยากันชักที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่าย ตลอดจนการช่วยอำนวยความสะดวกหรือให้ข้อมูลกรณีผู้ป่วยมีปัญหาค่าใช้จ่าย ทำให้ไม่สามารถใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (Saengsuwan et al, 2012)

5. การส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยมีรายละเอียดดังนี้

สุณี เลิศสินอุดม, กรแก้ว จันทภาษา, สมศักดิ์ เทียมเก่า และอาภรณ์ ไชยคำ (2551) ทำการศึกษาสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกโรคลมชัก โรงพยาบาลศรีนครินทร์และได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมจากเภสัชกรประจำคลินิกโรคลมชัก ระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม 2550 ถึง 31 มกราคม 2551 โดย

คัดเลือกผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษาและสามารถให้ข้อมูลสำคัญและรายละเอียดได้ครบถ้วน จำนวน 29 คน เป็นเพศชาย 16 คน เพศหญิง 13 คน ผลการศึกษา พบว่า สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษา มีสาเหตุหลักทั้งสิ้น 5 สาเหตุ คือ 1) สาเหตุจากตัวผู้ป่วย (พบ 22 รายใน 29 ราย) ซึ่งเกิดจากการลืม/จำไม่ได้, การจัดเก็บยาของผู้ป่วยที่ไม่เป็นระเบียบ, อายุน้อยจึงไม่เห็นความสำคัญ และเมื่อในการรับประทานยา, การรับรู้เกี่ยวกับยา, ผู้ป่วยไม่เข้าใจในวิธีการรับประทานยา ตามลำดับ 2) สาเหตุจากโรค (พบ 6 รายใน 29 ราย) เกิดจาก ความรู้เกี่ยวกับโรค ลมชัก, การรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็นอยู่, ภาวะโรคร่วม ตามลำดับ 3) สาเหตุจากยา (พบ 4 รายใน 29 ราย) เกิดจาก รูปแบบการรับประทานยา, ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมที่จะรับประทานยาและหยุดยาเองในช่วงที่มีอาการ เพราะคิดว่าอาการต่างๆ เหล่านั้นเกิดจากยาที่รับประทาน 4) สาเหตุจากคนที่ดูแล (พบ 4 รายใน 29 ราย) เกิดจากการขาดความดูแลเอาใจใส่จากคนรอบข้างหรือครอบครัว และ 5) อื่นๆ (พบ 5 รายใน 29 ราย) เกิดจาก ไม่มีเงินค่ายา, ความไม่สะดวกในการเดินทาง/ระยะทางไกล, ขาดยาจากภาระหน้าที่การงาน/ติดธุระ

Sweileh et al. (2011) ศึกษาการรายงานความร่วมมือในการรักษาด้วยตนเองและความพึงพอใจในการรักษาในผู้ป่วยโรคลมชัก โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก และมีประวัติของการใช้ยาในการรักษา, อายุอยู่ระหว่าง 18-65 ปี, รับประทานยาโดยใช้ยาเกิน 1 ชนิด, ไม่มี การเปลี่ยนชนิดของยากันชักครั้งสุดท้ายนาน 6 เดือน จำนวน 75 คน เป็นเพศชาย 45 คน เพศหญิง 30 คน ที่มารับการรักษาที่ Al-Makhfya Psychiatric Health Center ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน 2010 ผลการศึกษา พบว่า ระดับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคลมชัก มีผู้ป่วย 11 คน (14.7%) มีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ, ผู้ป่วย 37 คน (49.3%) มีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง, และ ผู้ป่วย 27 คน (36%) มีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง และความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุ และระยะเวลาของการเจ็บป่วย ส่วนความร่วมมือในการใช้ยากับการควบคุมอาการของผู้ป่วยทั้งที่ดีและไม่ดี ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับความร่วมมือในการใช้ยากับการรักษาแบบ Monotherapy และ Polytherapy ก็ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในการรักษาในประเด็นของ 1) ประสิทธิภาพ = 73.6 ± 20.7 2) ผลกระทบ = 82.4 ± 29.8 3) ความสะดวก = 69.5 ± 15.5 4) ความพึงพอใจโดยทั่วไป = 68.4 ± 18.3 โดยพบว่าความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในการรักษาในประเด็นของประสิทธิภาพและความสะดวก

Gomes and Filho (1998) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและการควบคุมการใช้ยาด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคลมชัก โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการชักให้เห็นอย่างน้อย 2 ครั้ง, มีผลการบันทึก

EEG, มีอายุอยู่ระหว่าง 18-60 ปี และมีความสามารถในการบริหารจัดการยาด้วยตนเอง จำนวนทั้งหมด 45 คน เป็นเพศชาย 22 คน เพศหญิง 23 คน ผลการศึกษา พบว่า อายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ 30.2 ปี มีการรายงานด้วยตนเองในความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนคิดเป็น 40%, ผู้ป่วยใช้ยามากกว่า 1 ครั้งกรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรง คิดเป็น 75%, มีการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นก่อให้เกิดอาการชักมากขึ้น คิดเป็น 66.7%, ผู้ป่วยกลัวการติดยา คิดเป็น 44%, ผู้ป่วยลดยาหรือหยุดยาเมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้นแล้ว คิดเป็น 61.4%, และ 47.7% ไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ด้วยรู้สึกว่าการดีขึ้นแล้ว การรายงานความไม่ร่วมมือในการใช้ยาด้วยตนเองไม่มีสัมพันธ์กับข้อมูลส่วนบุคคล, ข้อมูลด้านพฤติกรรมหรือลักษณะของการรักษา

Buck, Jacoby, Baker, and Chadwick (1997) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยากันชัก โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชักในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา หรือผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชักซ้ำในระยะเวลา 2 ปีแต่ยังใช้ยากันชักอยู่ จำนวน 696 คนทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยากันชักประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ อายุ โดยพบว่า อายุตั้งแต่ 19 ปีขึ้นไป จะให้ความร่วมมือในการใช้ยากันชักคิดว่าที่มีอายุน้อย การรับรู้ตราบาปหากอยู่ในระดับสูงจะลดความร่วมมือในการใช้ยาลง โดยวัดจากพฤติกรรมการใช้ยาและความรู้สึกของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วย 72% ไม่เคยลืมรับประทานยา, 15% ลืมน้อยกว่าเดือนละครั้ง, 9% ลืมมากกว่าเดือนละครั้งแต่น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง, และ 4% ลืมมากกว่าสัปดาห์ละครั้ง และผู้ป่วย 61% รู้สึกว่ายาสสามารถควบคุมอาการชักได้ดี, 32% รู้สึกว่ายาสสามารถควบคุมอาการชักได้ค่อนข้างดี, 6% รู้สึกว่ายาสควบคุมอาการชักได้ไม่ค่อยดี, 1% รู้สึกว่ายาสไม่สามารถควบคุมอาการชักได้เลย 2) ลักษณะทางคลินิก ได้แก่ รูปแบบของการรักษาแบบ *monotherapy* จะตอบสนองต่อการควบคุมอาการชักได้ดีกว่าการรักษาแบบ *polytherapy* สำหรับอาการข้างเคียงจากการใช้ยากันชัก ได้แก่ เหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า(80%), หลงลืม (71%), ไม่มีสมาธิ(63%), ง่วง(63%), ซึมเศร้า(60%) และปวดหัว (58%) 3) ปัจจัยจากแพทย์ผู้ทำการรักษา ได้แก่ การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยากันชักที่ง่ายต่อการเข้าใจและการมีสัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์จะเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น

Dilorio et al. (2004) ศึกษาและตรวจสอบแบบจำลองจิตสังคมกับการจัดการเรื่องยาของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก อย่างน้อย 1 ปี, ปัจจุบันได้รับการรักษาอาการชัก, มีอายุอยู่ระหว่าง 18-75 ปี, สามารถอ่านและเข้าใจภาษาอังกฤษได้, สามารถตัดสินใจเลือกรับข้อมูลต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 317 คน โดย 50% เป็นเพศชาย และ 81% เป็นเพศหญิง ผลการศึกษา พบว่า สมรรถนะแห่งตนและความพึงพอใจของผู้ป่วยสามารถอธิบายความแปรปรวนเกี่ยวกับการจัดการเรื่องยาของผู้ป่วยโรคลมชัก

ได้มากที่สุด ส่วนการสนับสนุนทางสังคม จะมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตน, การรับรู้ทราบ
 บาปจะส่งผลกับสมรรถนะแห่งตนและอาการของภาวะซึมเศร้า, รวมทั้งสมรรถนะแห่งตนจะส่งผล
 กับความคาดหวังในผลลัพธ์และอาการของภาวะซึมเศร้า

Kobau and Dilorio (2003) ศึกษาการจัดการตนเองเกี่ยวกับความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน
 และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่มีต่อยา การช้ก และพฤติกรรมจัดการแบบแผนการดำเนินชีวิต
 โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคลมชัก จำนวน 108 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี
 ขึ้นไป, มีประวัติของการช้ก, ปัจจุบันรักษาด้วยการใช้ยากันช้ก, มีทักษะเบื้องต้นทางภาษาอังกฤษ
 ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนที่เกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือใน
 การใช้ยา เท่ากับ 8.4 (SD = 1.6) ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 ในการดำเนินชีวิตเท่ากับ 6.1 (SD = 2.0) ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนที่เกี่ยวกับ
 พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา และสมรรถนะแห่งตนที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการ
 ดำเนินชีวิต ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายใต้ตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล (ได้แก่
 อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา) หรือภายใต้ความถี่ของการช้ก และ
 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา เท่ากับ 3.9 (SD =
 0.9) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ภายใต้ตัวแปรอายุ เพศ เชื้อชาติ และสถานภาพสมรส
 แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ภายใต้ตัวแปรระดับการศึกษา คือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะ
 มีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาสูงด้วย หรือภายใต้ตัวแปร
 ความถี่ของการช้ก คือ ผู้ที่ไม่มีการช้กจะมีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับความร่วมมือ
 ในการใช้ยาสูงกว่าผู้ที่มีจำนวนครั้งของการช้กต่อเดือนสูง ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวัง
 ในผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิต เท่ากับ 3.7 (SD = 0.8) ซึ่งมีความแตกต่าง
 กันอย่างมีนัยสำคัญ ภายใต้ตัวแปรระดับการศึกษา คือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคะแนนความ
 คาดหวังในผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตสูงด้วยหรือภายใต้ตัวแปรความถี่
 ของการช้ก โดยพบว่า ผู้ที่ไม่มีการช้กจะมีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับพฤติกรรม
 สุขภาพในการดำเนินชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีจำนวนครั้งของการช้กต่อเดือนสูง

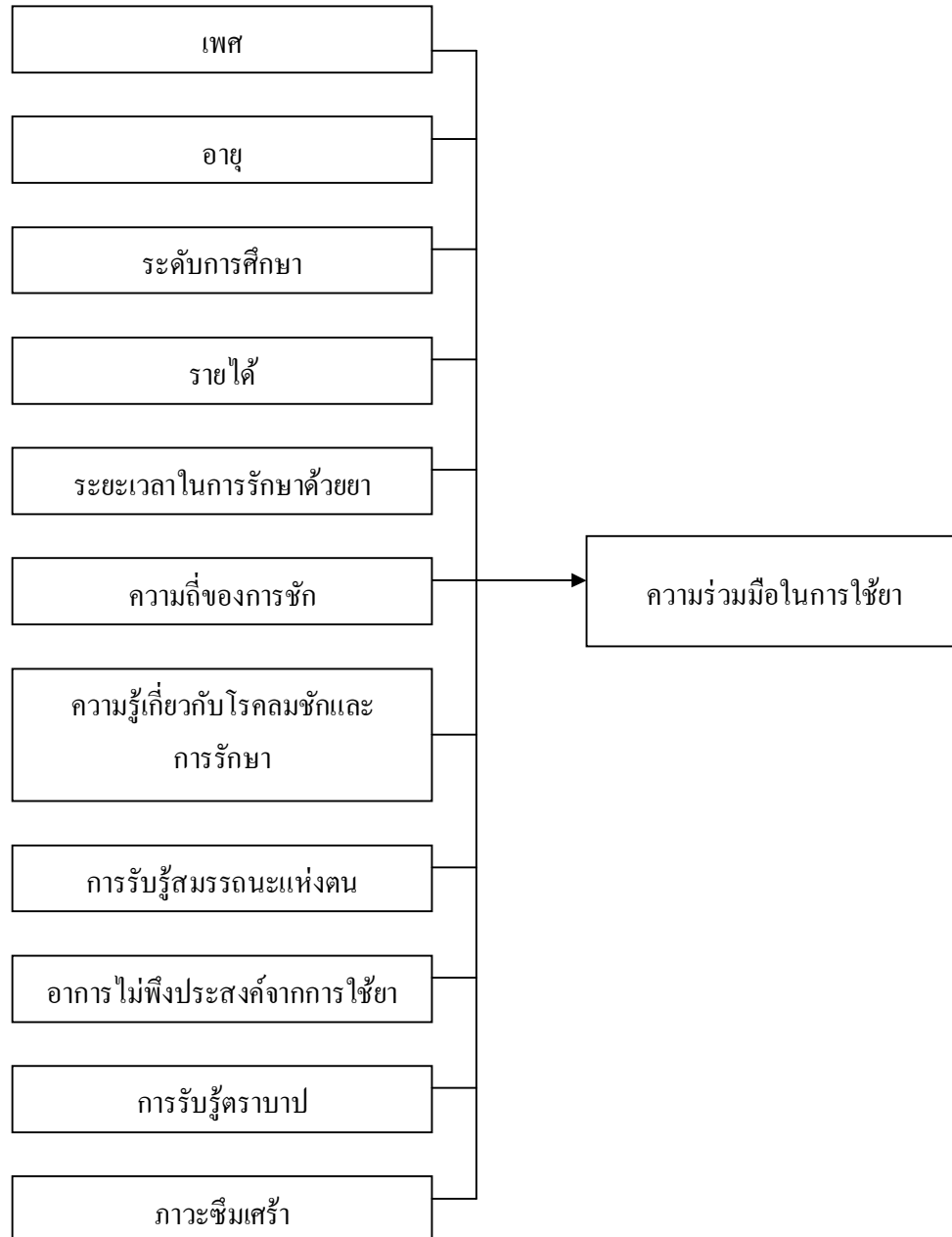
ปิยดา เสนาคำ, นฤมล เจริญศิริพรกุล, และ วีรวรรณ อุชายภิชาติ (2551) ศึกษาการ
 รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยากันช้กโดยผู้ป่วยรายงานโดยตรง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยนอก
 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่ได้รับยา phenytoin, carbamazepine และ valproic acid ระหว่างวันที่ 1
 กรกฎาคม 2549 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2550 จำนวนทั้งหมด 386 คน เป็นเพศชาย 184 คน เพศหญิง
 202 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 20-40 ปี (41.2%) มีระดับการศึกษาในระดับ
 มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า (57.6%) มีโรคประจำตัวประมาณ 1-2 โรค (72%) จำนวนยาที่ได้รับรวม 1-

2 รายการ (41.5%) และระยะเวลาการใช้ยา ≥ 361 วัน (66.6%) และผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานอาการผิดปกติ 1-5 รายการ คิดเป็น 36.3% ปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยรายงานอาการผิดปกติจำนวนมาก มีดังนี้ ผู้ป่วยเพศหญิง 44.3% รายงานจำนวนอาการผิดปกติมากกว่าเพศชาย 29.5% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.015$, $df = 2$, $p = 0.004$) ผู้ที่มีโรคประจำตัวรวมมากกว่า 1 โรค (57.1%) รายงานจำนวนอาการผิดปกติมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว (26.2%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 9.949$, $df = 4$, $p = 0.041$) ผู้ป่วยที่ใช้อื่นร่วมมากกว่า 1 รายการ (52.7%) รายงานจำนวนอาการผิดปกติมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้อื่นร่วม (30.2%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 13.817$, $df = 6$, $p = 0.032$) และพบว่าเมื่อผู้ป่วยกังวลใจกับอาการผิดปกติในระดับที่รุนแรง ผู้ป่วยจะรายงานอาการผิดปกติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอาการผิดปกติที่ผู้ป่วยรายงานมากที่สุด ในในแต่ละชนิดมีดังนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับยา phenytoin รายงานอาการมีนงง เวียนศีรษะมากที่สุด (43.3%), ผู้ป่วยที่ได้รับยา carbamazepine รายงานอาการหลงลืมมากที่สุด (32.7%), ผู้ป่วยที่ได้รับยา valproic acid รายงานอาการหลงลืมมากที่สุด (39.6%)

Dilorio, Faherty, and Manteuffel (1991) ศึกษาปัจจัยด้าน Cognitive-perceptual ที่มีผลกับความร่วมมือในการใช้ยากันชัก โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคลมชักที่เป็นผู้ป่วยนอก ที่มีประวัติของการชัก, มีทักษะพื้นฐานทางภาษาอังกฤษ, อายุ 18 ปีขึ้นไป, ปัจจุบันทำการรักษาด้วยการใช้ยากันชัก และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวนทั้งหมด 64 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยากันชัก (วัดโดยใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยของระดับยากันชักในกระแสเลือดอยู่ในช่วง therapeutic) จำนวน 39 คน เป็นเพศชาย 21 คน เพศหญิง 18 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยากันชัก (วัดโดยใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยของระดับยากันชักในกระแสเลือดอยู่ในระดับต่ำกว่า 30% ของช่วง therapeutic) จำนวน 25 คน เป็นเพศชาย 12 คน เพศหญิง 13 คน โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยากันชักส่วนใหญ่ (44%) จะมีการชักแบบ Partial with generalized ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยากันชัก ส่วนใหญ่ (44%) จะมีการชักแบบ Complex partial ผลการศึกษาพบว่า เฉพาะตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมในลักษณะของความสนิทสนม หรือการให้การช่วยเหลือกันเท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยากันชัก (mean = 51.36) และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยากันชัก (mean = 56.48) ส่วนตัวแปร Uncertainty in Illness, Health conception และการสนับสนุนทางสังคมในลักษณะอื่นๆ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยากันชัก และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยากันชัก ไม่มีความแตกต่างกัน

Jones et al. (2006) ศึกษาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคลมชัก ที่มีผลกับการควบคุมอาการชัก ภาวะซึมเศร้า และความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยทำการศึกษาในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชัก, มีอายุอยู่ระหว่าง 18-60 ปี, มีการใช้ยากันชักในการรักษาอย่างน้อย 1 ชนิด จำนวนทั้งหมด 54 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มผู้ป่วยที่มีการควบคุมอาการชักได้ดี จำนวน 23 คน (มีการรายงานอาการชัคน้อยกว่า 1 ครั้ง/เดือน) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีการควบคุมอาการชักไม่ดี จำนวน 31 คน โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มมีอาการชักของกลุ่มผู้ป่วยที่มีการควบคุมอาการชักได้ดี เท่ากับ 22.4 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มมีอาการชักของกลุ่มผู้ป่วยที่มีการควบคุมอาการชักไม่ดีเท่ากับ 16.3 ปี ความถี่ของการชักในปัจจุบันของกลุ่มผู้ป่วยที่มีการควบคุมอาการชักได้ดี เท่ากับ 0 ส่วนความถี่ของการชักในปัจจุบันของกลุ่มผู้ป่วยที่มีการควบคุมอาการชักไม่ดี เท่ากับ 2-12 ครั้ง/เดือน และรายละเอียดเกี่ยวกับยากันชักที่ได้รับ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีการควบคุมอาการชักได้ดีจะใช้ยาวันละ 1-2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการควบคุมอาการชักไม่ดีจะใช้ยาวันละ 2-3 เม็ด วันละ 2-3 ครั้ง ผลการศึกษา พบว่า 59% ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยากันชักในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักที่รับการรักษาในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และความร่วมมือในการใช้ยากันชัก มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความถี่ในการชัก และผู้ป่วยที่มีการควบคุมอาการชักไม่ดีจะมีความวิตกกังวลกับอาการของโรคมามากยิ่งขึ้นก่อนเกิดภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้นด้วย

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก และเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการชัก ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราใบ และภาวะซึมเศร้า กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักอย่างน้อย 1 ปี ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการรักษาด้วยการใช้ยากันชัก ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคลมชักของโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคลมชักทั้งเพศชายและเพศหญิง และได้รับการรักษาด้วยการใช้ยากันชัก ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคลมชักของโรงพยาบาลศูนย์ตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการดำเนินการดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยใช้โปรแกรม Power Analysis Size for sample Size เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ระดับอำนาจทดสอบที่ 80% โดยใช้ค่า r จากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยของ Dilorio, Faherty, and Manteuffel (1991) พบว่ามีค่า $r = 0.410$ มาคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 สํารวจโรงพยาบาลศูนย์ที่มีคลินิกโรคลมชักในเขตภาคใต้ซึ่งมีทั้งหมด 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลหาดใหญ่

2.2 สุ่มโรงพยาบาลศูนย์ที่มีคลินิกโรคลมชักในเขตภาคใต้ 2 แห่ง จากทั้งหมด 3 แห่ง โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้โรงพยาบาลศูนย์ตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่

3. คำนวณสัดส่วนจำนวนตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลได้โรงพยาบาลศูนย์ตรัง จำนวน 65 คน และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 50 คน

4. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

4.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักอย่างน้อย 1 ปี

4.2 เป็นผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยากันชัก ไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

4.3 ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมองตีบ เนื่องจากในสมอง หรือมีประวัติโรคทางจิตเวช

4.4 สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

4.5 ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

5. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคลมชักในวันและเวลาที่คลินิกเปิดให้บริการ เลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่พบและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยไม่มีการจำกัดจำนวนในแต่ละวัน จนครบจำนวน 115 คน โดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จนได้แบบสอบถามหรือแบบประเมินต่างๆ ที่สมบูรณ์เพื่อการวิเคราะห์จริง จำนวน 115 ฉบับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ประกอบด้วยแบบประเมิน 7 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา และความถี่ของการชัก โดยลักษณะของแบบประเมินด้านอายุ รายได้ และระยะเวลาในการรักษาด้วยยา จะเป็นข้อคำถามแบบปลายเปิด ส่วน เพศ ระดับการศึกษา และความถี่ของการชัก จะเป็นข้อคำถามแบบปลายปิดที่มีตัวเลือกให้เลือก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา ของ Long และคณะ (2000) ซึ่งผู้วิจัยแปลแบบประเมินและให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาในการตรวจสอบเนื้อหาของแบบประเมิน จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับเนื้อหาที่สำคัญ ดังนี้

- 1) ความหมายของโรคลมชัก จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1
 - 2) ความปลอดภัยจากการชัก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, และ 8
 - 3) ความร่วมมือในการใช้ยากันชัก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 9, และ 10
 - 4) กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ในผู้ป่วยโรคลมชัก จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 7
- ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, และ 7

แบบถูกผิด 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8 และ 9 และแบบอัตนัย 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 10 โดยกำหนดให้ผู้ตอบ

เลือกคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงคำตอบเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน แต่ละข้อจะให้คะแนนเท่ากันทุกข้อ คือ ถ้าตอบตรงกับคำตอบที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ว่าเป็นคำตอบที่ถูกต้อง จะได้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบไม่ตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้หรือตอบไม่ทราบ จะได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยคิดเป็นคะแนนรวม คะแนนเต็มจะเป็น 10 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง แสดงว่า มีความรู้เกี่ยวกับ โรคลมชักและการรักษาดี

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา จำนวน 2 คน ตรวจสอบความถูกต้องของภาษา (Back translation) หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลของคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1. แพทย์ผู้ชำนาญด้านโรคลมชัก จำนวน 2 คน

2. อาจารย์พยาบาลทางการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทางระบบประสาท จำนวน 2 คน

3. พยาบาลผู้ชำนาญการเฉพาะทางด้านโรคทางระบบประสาท จำนวน 1 คน

คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับหรือมากกว่า 0.80 (Polit & Hungler, 1999) โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยาม ซึ่งกำหนดระดับคะแนนความสอดคล้องตามความคิดเห็น ตามลำดับคะแนน 4 ระดับ ดังนี้

4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง ข้อคำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

2 หมายถึง ข้อคำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

สูตรในการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ

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

ผลการคำนวณได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา เท่ากับ .91 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับคำตอบในแต่ละข้อให้มีตัวเลือกให้เท่ากัน จัดรูปแบบของข้อคำถามแบบถูกผิดไว้ใกล้กัน ส่วนแบบอัตนัยจัดไว้เป็นข้อคำถามลำดับสุดท้ายเพื่อให้เป็นแบบแผนที่สวยงามและง่ายต่อการตอบ รวมถึงการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

จากการนำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษาที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบด้านความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคลมชักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลศูนย์ศรีรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ดังนี้ คือ

$$r_{tt} = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[\frac{1 - \sum p_i q_i}{S^2} \right]$$

r_{tt} = สัมประสิทธิ์ความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

k = จำนวนข้อคำถามของเครื่องมือวิจัย

p_i = สัดส่วนคนที่ตอบถูกในข้อที่ i

q_i = สัดส่วนคนที่ตอบถูกในข้อที่ i

S^2 = ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา โดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ .91 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 115 คน นำมาหาค่าความเที่ยงอีกครั้งได้ เท่ากับ .83

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Kobau & Dilorio (2003) ซึ่งผู้วิจัยแปลแบบประเมินและใช้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาในการตรวจสอบเนื้อหาของแบบประเมิน มีจำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา โดยมีมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 11 ระดับ ตั้งแต่ระดับคะแนน 0 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติได้ทั้งหมด จนถึงระดับคะแนน 10 หมายถึง สามารถ

ปฏิบัติได้ทั้งหมด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยคิดเป็นคะแนนรวม มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 140 คะแนน หากพบว่า มีค่าผลรวมคะแนนสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดี

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาจำนวน 2 คน ตรวจสอบความถูกต้องของภาษา (Back translation) หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลของคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความเหมาะสมของการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1. แพทย์ผู้ชำนาญด้านโรคลมชัก จำนวน 2 คน
2. อาจารย์พยาบาลทางการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทางระบบประสาท จำนวน 2 คน

3. พยาบาลผู้ชำนาญการเฉพาะทางด้านโรคทางระบบประสาท จำนวน 1 คน

คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับหรือมากกว่า 0.80 (Polit & Hungler, 1999) โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยาม ซึ่งกำหนดระดับคะแนนความสอดคล้องตามความคิดเห็น ตามลำดับคะแนน 4 ระดับ ดังนี้

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

สูตรในการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ

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

ผลการคำนวณได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 1.00 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

จากการนำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบด้านความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคลมชักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลศูนย์ศรีนครินทร์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .84 และหาค่าความเที่ยงซ้ำอีกครั้งหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 115 คน ได้เท่ากับ .88

ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ของ Martin และคณะ (2011) ซึ่งผู้วิจัยแปลแบบประเมินและใช้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาในการตรวจสอบเนื้อหาของแบบประเมิน มีจำนวน 19 ข้อ เป็นข้อความที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากันชักในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยมีมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ คือ ไม่เคย เป็นบางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยคิดเป็นคะแนนรวม มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 19-76 คะแนนหากพบว่ามีความถี่รวมคะแนนสูง แสดงว่า เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามาก

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาจำนวน 2 คน ตรวจสอบความถูกต้องของภาษา (Back translation) หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลของคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความเหมาะสมของการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1. แพทย์ผู้ชำนาญด้านโรคลมชัก จำนวน 2 คน
2. อาจารย์พยาบาลทางการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทางระบบประสาท จำนวน 2 คน
3. พยาบาลผู้ชำนาญการเฉพาะทางด้านโรคทางระบบประสาท จำนวน 1 คน

กำหนดค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับหรือมากกว่า 0.80 (Polit & Hungler, 1999) โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยาม ซึ่งกำหนดระดับคะแนนความสอดคล้องตามความคิดเห็น ตามลำดับคะแนน 4 ระดับ ดังนี้

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

สูตรในการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ

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

ผลการคำนวณ ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เท่ากับ 1.00 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

จากการนำแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบด้านความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคลมชักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลศูนย์ศรีรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .70 และหาค่าความเที่ยงซ้ำอีกครั้งหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 115 คน ได้เท่ากับ .73

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้ตราใบ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ตราใบ ของ Austin และคณะ (1998) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของราตรี ตาลเชื้อ (2554) มีจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับระดับการรับรู้ทางด้านลบต่อการเป็นโรคลมชักของผู้ป่วยโรคลมชัก มีมาตรวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย ฯลฯ เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยคิดเป็นคะแนนรวม มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-70

คะแนนหากพบว่ามามีค่าผลรวมคะแนนสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปมาก

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการรับรู้ตราบาป

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ตราบาป ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหา และความครอบคลุมของข้อความ ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลของคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1. แพทย์ผู้ชำนาญด้านโรคลมชัก จำนวน 2 คน
2. อาจารย์พยาบาลทางการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทางระบบประสาท จำนวน 2 คน

3. พยาบาลผู้ชำนาญการเฉพาะทางด้านโรคทางระบบประสาท จำนวน 1 คน

คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับหรือมากกว่า 0.80 (Polit & Hungler, 1999) โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อความกับคำนิยาม ซึ่งกำหนดระดับคะแนนความสอดคล้องตามความคิดเห็น ตามลำดับคะแนน 4 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---|---------|--|
| 4 | หมายถึง | ข้อความมีความสอดคล้องกับคำนิยาม |
| 3 | หมายถึง | ข้อความต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม |
| 2 | หมายถึง | ข้อความต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม |
| 1 | หมายถึง | ข้อความไม่สอดคล้องกับคำนิยาม |

สูตรในการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ

$$\text{ดัชนีความตรงตามเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อความทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการรับรู้ตราบาป เท่ากับ 1.00 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น ในบางข้อ

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

จากการนำแบบประเมินการรับรู้ตราใบ ที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบด้านความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคลมชักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลศูนย์ศรี และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .89 และหาค่าความเที่ยงซ้ำอีกครั้งหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 115 คน ได้เท่ากับ .86

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Radloff (1977) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) มีจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 16 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อีก 2 ข้อ ผู้ป่วยจะถูกสอบถามว่า เหตุการณ์นั้นๆ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามมีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย นานๆ ครั้ง ก่อนข้างบ่อย และบ่อยครั้ง โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน โดยข้อคำถามซึ่งมีความรู้สึกในทางบวก คือ ข้อ 4, 8, 12 และ 16 ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนตรงกันข้าม โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน	
		ทางบวก	ทางลบ
ไม่เลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย(<1 วัน/สัปดาห์)	3	0
นานๆ ครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์	2	1
ก่อนข้างบ่อย	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์	0	1
บ่อยครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5-7 วัน/สัปดาห์	2	3

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ข้อคำถามแต่ละข้อมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน นำค่าคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้า ค่าคะแนนต่ำกว่า 16 คะแนน ถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า (อมรรรัตน์ อินทร์เยี่ยม, 2553)

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหา และความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลของคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1. แพทย์ผู้ชำนาญด้านโรคซึมเศร้า จำนวน 2 คน
2. อาจารย์พยาบาลทางการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทางระบบประสาท จำนวน 2 คน

3. พยาบาลผู้ชำนาญการเฉพาะทางด้านโรคทางระบบประสาท จำนวน 1 คน

คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับหรือมากกว่า 0.80 (Polit & Hungler, 1999) โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยาม ซึ่งกำหนดระดับคะแนนความสอดคล้องตามความคิดเห็น ตามลำดับคะแนน 4 ระดับ ดังนี้

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

สูตรในการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ

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

ผลการคำนวณได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 1.00 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

จากการนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบด้านความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างใน

โรงพยาบาลศูนย์ศรีนครินทร์และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .74 และหาค่าความเที่ยงซ้ำอีกครั้งหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 115 คน ได้เท่ากับ .81

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ของ Morisky และคณะ (2008) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Tantikosoom และคณะ (2011) มีจำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 1 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ โดยลักษณะของข้อคำถามจะเป็นข้อคำถามแบบปลายปิดที่มีตัวเลือกแบบ 2 ตัวเลือก ส่วนข้อที่ 8 จะเป็นข้อคำถามแบบปลายปิดที่มีตัวเลือกแบบ 5 ตัวเลือก โดยเลือกคำตอบที่ตรงกับพฤติกรรมของผู้ป่วย โรคลมชักมากที่สุดเพียงตัวเลือกเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อ 1-7 ยกเว้น 5 ตอบใช่=0, ไม่ใช่=1

ข้อ 5 ตอบใช่=1, ไม่ใช่=0

ข้อ 8 ตอบ 8.1 = 1, 8.2= 0.75, 8.3= 0.5, 8.4=0.25, 8.5=0

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยคิดเป็นคะแนนรวม มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-8 คะแนน โดยค่าผลรวมคะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ, ค่าผลรวมคะแนนอยู่ในช่วง 6-7 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง, ค่าผลรวมคะแนนมากกว่า 7 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง (ศุภจิรา ศิริวารากร, 2552; Sweileh et al, 2011)

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลผลของคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

1. แพทย์ผู้ชำนาญด้านโรคลมชัก จำนวน 2 คน

2. อาจารย์พยาบาลทางการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทางระบบประสาท จำนวน 2 คน

3. พยาบาลผู้ชำนาญการเฉพาะทางด้านโรคทางระบบประสาท จำนวน 1 คน

กำหนดค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับหรือมากกว่า 0.80 (Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยาม ซึ่งกำหนดระดับคะแนนความสอดคล้องตามความคิดเห็น ตามลำดับคะแนน 4 ระดับ ดังนี้

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

สูตรในการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ

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

ผลการคำนวณได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา เท่ากับ 1.00 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

จากการนำแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบด้านความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคลมชักในโรงพยาบาลศูนย์ศรี และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .71 และหาค่าความเที่ยงซ้ำอีกครั้งหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 115 คน ได้เท่ากับ .78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เสนอผู้อำนวยการของโรงพยาบาลศูนย์ศรี และโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรม

การวิจัยในคนของโรงพยาบาล

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และอนุญาตให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลศูนย์ตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่แล้ว ทำการติดต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ตรังและโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองดังนี้

2.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคลมชัก โรงพยาบาลศูนย์ตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว ให้ลงลายมือชื่อใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form) แล้วให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

2.3 ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามหรือแบบประเมินต่างๆ แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และให้เวลาในการตอบแบบสอบถามหรือแบบประเมินต่างๆ ประมาณ 40 - 45 นาที โดยเริ่มตอบแบบสอบถามหรือแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราบาป ภาวะซึมเศร้า และความร่วมมือในการใช้ยา ตามลำดับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหรือแบบประเมินต่างๆ ขณะรอพบแพทย์หน้าห้องตรวจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหรือแบบประเมินต่างๆ เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ได้ข้อมูลครบสมบูรณ์ 115 ฉบับ

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 115 คน จึงนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศูนย์ตรัง ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่บังคับ โดยจะคัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นทำการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์การวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้งอธิบายให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการให้บริการการพยาบาลแต่อย่างใด ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จะมีเอกสารให้เซ็นยินยอมโดยไม่มีการบังคับใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และผู้ป่วยสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้ ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ การขอข้อมูลครั้งนี้จะพยายามให้เป็นการรบกวนกลุ่มตัวอย่างให้น้อยที่สุด และระหว่างการตอบแบบประเมิน หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยก็สามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราใบ และภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และพิสัย
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการชัก ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราใบ และภาวะซึมเศร้า กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
5. ศึกษาความสามารถในการทำนายของเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการชัก ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราใบ และภาวะซึมเศร้า กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยา และเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการช้ำ ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราบาป และภาวะซึมเศร้า กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคลมชักทั้งเพศชายและเพศหญิง และได้รับการรักษาด้วยการใช้ยากันชัก ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคลมชักของโรงพยาบาลศูนย์ตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 115 คน ผู้วิจัยนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล ตามรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 1

ตอนที่ 2 การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 2

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราบาป ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 3-4

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการช้ำ ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราบาป ภาวะซึมเศร้า กับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 5-6

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการช้ำ ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราบาป และภาวะซึมเศร้า กับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 7-9

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 115$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	58	50.43
หญิง	57	49.57
อายุ (ปี) $\bar{X} = 36.50$, S.D. = 11.28		
ต่ำกว่า 19 ปี	2	1.74
19 - 25 ปี	22	19.13
26 - 32 ปี	23	20.00
33 - 39 ปี	24	20.87
40 - 46 ปี	20	17.39
47 - 53 ปี	14	12.17
54 ปีขึ้นไป	10	8.70
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	3.48
ประถมศึกษา	35	30.43
มัธยมศึกษา	21	18.26
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	31	26.96
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	24	20.87
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	12	10.43
5,000 - 10,000 บาท	61	53.04
10,001 - 15,000 บาท	26	22.61
15,001 - 20,000 บาท	11	9.56
มากกว่า 20,000 บาท	5	4.35

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ($n = 115$) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา (ปี) $\bar{X} = 8.52$, S.D. = 5.64		
น้อยกว่า 2 ปี	1	0.87
2 - 4 ปี	30	26.09
5 - 7 ปี	31	26.96
8 - 10 ปี	20	17.39
11 ปีขึ้นไป	33	28.69
จำนวนครั้งของการชักในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่ชักเลย	22	19.13
1 ครั้ง	36	31.31
2 ครั้ง	42	36.52
มากกว่า 2 ครั้ง	15	13.04

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 50.43 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 49.57 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคลมชัก คือ 36.50 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.28) ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนมากมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30.43 รองลงมาที่มีการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร คิดเป็นร้อยละ 26.96 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วยโรคลมชักส่วนมากมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44.35 สำหรับระยะเวลาในการรักษาด้วยยาโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคลมชัก คือ 8.52 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.64) และผู้ป่วยโรคลมชักส่วนมากจะมีอาการชักเกิดขึ้น 2 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 36.52 รองลงมาจะมีอาการชักเกิดขึ้น 1 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 31.31

ตอนที่ 2 การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักจำแนกตามระดับความร่วมมือในการใช้ยา (n = 115)

ความร่วมมือในการใช้ยา	N	ร้อยละ	Min	Max	Mean	S.D.	ระดับความร่วมมือในการใช้ยา
น้อยกว่า 6 คะแนน	61	53.04	2.25	5.75	4.42	.88	ต่ำ
6-7 คะแนน	27	23.48	6.00	7.00	6.49	.44	ปานกลาง
มากกว่า 7 คะแนน	27	23.48	7.25	8.00	7.86	.21	มาก
รวม	115				5.71	1.61	

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักจำนวน 115 คน ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 53.04 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเท่ากับ 4.42 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .88) โดยค่าต่ำสุดของคะแนนเท่ากับ 2.25 และค่าสูงสุดของคะแนนเท่ากับ 5.75 สำหรับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 5.71 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.61) ซึ่งแสดงถึงผู้ป่วยโรคลมชักมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับระดับต่ำ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราบาป และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 3-4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกคะแนนตามความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราบาป (n = 115)

ข้อมูล	คะแนนเต็ม	Mean	S.D.	Min	Max	Range
ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา	10	4.49	1.33	2.00	7.00	5.00
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	140	108.39	15.97	74.00	139.00	65.00
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	76	38.05	7.87	22.00	59.00	37.00
การรับรู้ตราบาป	70	29.91	4.94	16.00	39.00	23.00

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก มีคะแนนของความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.33) เมื่อเทียบกับคะแนนเต็มของความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา พบว่า มีคะแนนไม่ถึงครึ่ง ซึ่งแสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษาค่อนข้างต่ำ โดยมีคะแนนน้อยที่สุดเท่ากับ 2 คะแนน คะแนนมากที่สุดเท่ากับ 7 คะแนน คะแนนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเฉลี่ยเท่ากับ 108.39 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.97) เมื่อเทียบกับคะแนนเต็มของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า มีคะแนนเกินครึ่ง ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับค่อนข้างดี โดยมีคะแนนน้อยที่สุดเท่ากับ 74 คะแนน คะแนนมากที่สุดเท่ากับ 139 คะแนน คะแนนของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเฉลี่ยเท่ากับ 38.05 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.87) เมื่อเทียบกับคะแนนเต็มของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบว่า มีคะแนนครึ่งหนึ่ง ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาพอสมควร โดยมีคะแนนน้อยที่สุดเท่ากับ 22 คะแนน คะแนนมากที่สุดเท่ากับ 59 คะแนน และคะแนนของการรับรู้ตราบาปเฉลี่ยเท่ากับ 29.91 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.94) เมื่อเทียบกับคะแนนเต็มของการรับรู้ตราบาป พบว่า มีคะแนนไม่ถึงครึ่งหนึ่ง ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตราบาปในระดับค่อนข้างต่ำ โดยมีคะแนนน้อยที่สุดเท่ากับ 16 คะแนน คะแนนมากที่สุดเท่ากับ 39 คะแนน

ตารางที่ 4 คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้า (n = 115)

ความร่วมมือในการใช้ยา	N	ร้อยละ	Min	Max	\bar{X}	S.D.
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	78	67.83	8	15	12.31	1.95
มีภาวะซึมเศร้า	37	32.17	16	20	17.08	1.19

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 67.83 มีค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการใช้ยาเท่ากับ 12.31 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.95) โดยมีค่าต่ำสุดของคะแนนเท่ากับ 8 คะแนน และค่าสูงสุดของคะแนนเท่ากับ 15 คะแนน ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักที่มีภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 32.17 มีค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการใช้ยาเท่ากับ 17.08 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.19) โดยมีค่าต่ำสุดของคะแนนเท่ากับ 16 คะแนน และค่าสูงสุดของคะแนนเท่ากับ 20 คะแนน

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษา ด้วยยา ความถี่ของการซัก ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราใบ และภาวะซึมเศร้า กับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 5-6

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก วิเคราะห์โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล ซึ่งมีค่าความสัมพันธ์ดังนี้ ($n = 115$)

ตัวแปร	ความร่วมมือในการใช้ยา		ค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ (r_{pb})	P-value
	\bar{X}	S.D.		
เพศ			.099	.294
ชาย	5.56	1.68		
หญิง	5.87	1.53		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 5 พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการซัก ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราบาป ภาวะซึมเศร้า กับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก วิเคราะห์โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ซึ่งมีค่าความสัมพันธ์ดังนี้ (n = 115)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_{xy})	P-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา	.876	.000
ระดับการศึกษา	.842	.000
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.820	.000
รายได้	.767	.000
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	-.662	.000
ภาวะซึมเศร้า	-.646	.000
การรับรู้ตราบาป	-.591	.000
ความถี่ของการซัก	-.571	.000
ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา	-.405	.000
อายุ	-.320	.000

จากตารางที่ 6 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา ระดับการศึกษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา ระดับการศึกษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก ส่วนอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ตราบาป ความถี่ของการซัก ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา และอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ตราบาป และความถี่ของการซัก มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักหากแต่ในทางกลับกันระยะเวลาในการรักษาด้วยยา และอายุ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา และอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตามเกณฑ์ของซาลไคด์ (Salkind, 2000 อ้างใน อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ การรับรู้ตราบาป ความถี่ของการชก และระยะเวลาในการรักษาด้วยยา มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง รายได้ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา ระดับการศึกษา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการซัก ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราบาป และภาวะซึมเศร้า กับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 7-9

การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรรใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก ด้วยวิธีวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) โดยขั้นตอนแรกนำตัวแปร 4 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา ระดับการศึกษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และรายได้ ตามลำดับ ขั้นที่ 2 เพิ่มตัวแปรอีก 6 ตัวแปร ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ตราบาป ความถี่ของการซัก ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา และอายุ ตามลำดับ ขั้นที่ 3 เพิ่มตัวแปรอีก 1 ตัวแปร ได้แก่ เพศ โดยใช้ตัวทำนายทั้ง 11 ตัว ในการทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา ระดับการศึกษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน รายได้ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ตราบาป ความถี่ของการซัก ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา อายุ และเพศ กับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation Matrix)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. ความรู้	1.00											
2. ระดับการศึกษา	.897**	1.00										
3. สมรรถนะแห่งตน	.858**	.817**	1.00									
4. รายได้	.801**	.828**	.756**	1.00								
5. อาการไม่พึงประสงค์	-.759**	-.692**	-.760**	-.584**	1.00							
6. ซึมเศร้า	-.750**	-.697**	-.742**	-.550**	.709**	1.00						
7. ตราบาป	-.720**	-.661**	-.689**	-.534**	.757**	.706**	1.00					
8. ความถี่ของการซัก	-.669**	-.664**	-.529**	-.575**	.555**	.477**	.543**	1.00				
9. ระยะเวลาใช้ยา	-.514**	-.563**	-.460**	-.353**	.409**	.425**	.419**	.378**	1.00			
10. อายุ	-.460**	-.520**	-.429**	-.187*	.403**	.447**	.414**	.327**	.781**	1.00		
11. เพศ	.121	.074	.073	.108	-.104	-.185*	-.082	-.125	-.064	.001	1.00	
12. ความร่วมมือใช้ยา	.876**	.842**	.820**	.767**	-.662**	-.646**	-.591**	-.571**	-.405**	-.320**	.099	1.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 7 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา ระดับการศึกษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .876, .842, .820, และ .767 ตามลำดับ สำหรับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ทราบาบ ความถี่ของการชัก ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา และอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ -.662, -.646, -.591, -.571, -.405, และ -.320 ตามลำดับ ส่วนเพศ ไม่มี ความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย และค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เพิ่มขึ้น ในการทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก

ลำดับขั้นตัวแปรทำนาย	R	R ²	R ² Change	F
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก และการรักษา	.876	.767	.767	372.970**
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.886	.785	.018	204.747**
3. อายุ	.892	.796	.011	144.366**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) พบว่า การทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก มีตัวแปรทำนายที่มีลำดับขั้นการทำนายจากตัวแปรที่ 1 ถึงตัวแปรที่ 3 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอายุ ตามลำดับ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้ร้อยละ 76.7, 78.5, และ 79.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะ
 แห่งตน และอายุ ในการทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก

ตัวแปรทำนาย	B	SE.b	β	t	Sig.	Tolerance	VIF
(Constant)	-1.646	.710		-2.344	.021		
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก และการรักษา	.839	.103	.694	8.159	.000**	.254	3.939
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.028	.008	.275	3.283	.001**	.263	3.808
3. อายุ	.017	.007	.117	2.420	.017*	.784	1.275

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 9 พบว่า ตัวแปรที่สามารถสร้างสมการทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอายุ โดยมีอำนาจในการทำนายได้ร้อยละ 79.6 อีกทั้งค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัว มีค่าน้อยกว่า .90 ในทุกตัวแปร ค่า tolerance มีค่ามากกว่า .10 ทุกตัวแปร และค่า variance inflation factor (VIF) ก็น้อยกว่า 10 ในทุกตัวแปรด้วย ซึ่งเป็นการบ่งบอกถึงการไม่มีภาวะ multicollinearity หรือภาวะที่ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูงนั่นเอง

สามารถเขียนสมการทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก ได้ดังนี้

1. สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} \text{ ความร่วมมือในการใช้ยา} = -1.646 + 0.839 \text{ ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา} + 0.028 \text{ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน} + 0.017 \text{ อายุ}$$

จากสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ หมายความว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ค่าความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักเพิ่มขึ้น 0.839 หน่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ค่าความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักเพิ่มขึ้น 0.028 หน่วย และอายุที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ค่าความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักเพิ่มขึ้น 0.017 หน่วย

2. สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z \text{ ความร่วมมือในการใช้ยา} = 0.694 Z_{\text{ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา}} + 0.275 Z_{\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน}} + 0.117 Z_{\text{อายุ}}$$

จากสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน จะพบว่า คะแนนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น 0.694 หน่วย คะแนนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น 0.275 หน่วย และคะแนนมาตรฐานของอายุของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น 0.117 หน่วย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก

2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการชัก ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ศรัทธา และภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักอย่างน้อย 1 ปี ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการรักษาด้วยการใช้ยากันชัก ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคลมชักของโรงพยาบาลศูนย์ตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่ได้มาโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Power Analysis Size for sample Size กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ระดับอำนาจทดสอบที่ 80% โดยใช้ค่า r จากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยของ Dilorio, Faherty, and Manteuffel (1991) พบว่ามีค่า $r = 0.410$ มาคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 สํารวจโรงพยาบาลศูนย์ที่มีคลินิกโรคลมชักในเขตภาคใต้ซึ่งมีทั้งหมด 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลหาดใหญ่

2.2 สุ่มโรงพยาบาลศูนย์ที่มีคลินิกโรคลมชักในเขตภาคใต้ 2 แห่ง จากทั้งหมด 3 แห่ง โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้โรงพยาบาลศูนย์ตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่

2.3 จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคลมชักโรงพยาบาลศูนย์ตรัง จำนวน 65 คน และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 50 คน ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเมษายน 2556 และเป็นวันที่ได้รับอนุญาตให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินที่สมบูรณ์ จำนวน 115 ฉบับ

3. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

3.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักอย่างน้อย 1 ปี

3.2 เป็นผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยากันชัก ไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

3.3 ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมองตีบ เนื่องจากในสมอง หรือมีประวัติโรคทางจิตเวช

3.4 สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

3.5 ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แบบประเมินการรับรู้ทราบยา แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .83, .88, .73, .86, .81, และ .78 ตามลำดับ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เสนอผู้อำนวยการของโรงพยาบาลศูนย์ตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และอนุญาตให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลศูนย์ตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่แล้ว ทำการติดต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ตรังและโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองดังนี้

2.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วย ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคลมชักโรงพยาบาลศูนย์ตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อมูลสำหรับ

ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว ให้ลงลายมือชื่อใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form) แล้วให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

2.3 ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามหรือแบบประเมินต่างๆ แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และให้เวลาในการตอบแบบสอบถามหรือแบบประเมินต่างๆ ประมาณ 40 - 45 นาที โดยเริ่มตอบแบบสอบถามหรือแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราใบ ภาวะซึมเศร้า และความร่วมมือในการใช้ยา ตามลำดับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหรือแบบประเมินต่างๆ ขณะรอพบแพทย์หน้าห้องตรวจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหรือแบบประเมินต่างๆ เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ได้ข้อมูลครบสมบูรณ์ 115 ฉบับ

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 115 คน จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราใบ และภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และพิสัย
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการชัก ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราใบ และภาวะซึมเศร้า กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
5. ศึกษาความสามารถในการทำนายของเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการชัก ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราใบ และภาวะซึมเศร้า กับความร่วมมือในการ

ใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักเป็นเพศชาย (ร้อยละ 50.43) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 49.57) มีอายุเฉลี่ย 36.50 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.28) ส่วนมากมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 30.43) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วยโรคลมชักส่วนมากมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 44.35) สำหรับระยะเวลาในการรักษาด้วยยาโดยเฉลี่ยเท่ากับ 8.52 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.64) และความถี่ของการชักส่วนมากจะเกิดอาการชัก 2 ครั้ง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 36.52) รองลงมาจะเกิดอาการชัก 1 ครั้ง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 31.31)

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำนวน 115 คน มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 53.04 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำเท่ากับ 4.42 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .88) สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักที่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับปานกลางและระดับมากมีจำนวนเท่ากัน คือ 27 คน คิดเป็นร้อยละ 23.48 มีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาในระดับปานกลางเท่ากับ 6.49 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .44) และคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูงเท่ากับ 7.87 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .21) ซึ่งความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยโดยรวมในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.71 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.61) แสดงว่าผู้ป่วยโรคลมชักโดยเฉลี่ยแล้วมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำ

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา ระดับการศึกษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ตราบาป ความถี่ของการชัก ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา และอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับเพศ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอายุ สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ร้อยละ 79.6 ($R^2 = .796$) ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการทำนายความ

ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักในรูปคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐาน ตามลำดับ ดังนี้

$$\hat{Y} \text{ ความร่วมมือในการใช้ยา} = -1.646 + 0.839 \text{ ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา} + 0.028 \text{ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน} + 0.017 \text{ อายุ}$$

$$Z \text{ ความร่วมมือในการใช้ยา} = 0.694 Z_{\text{ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา}} + 0.275 Z_{\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน}} + 0.117 Z_{\text{อายุ}}$$

ส่วนเพศ รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการชัก อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ทราบป และภาวะซึมเศร้า ไม่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะขออภิปรายประเด็นสำคัญที่ค้นพบตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 53.04 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 4.42 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .88) และเมื่อพิจารณารายชื่อตามมาตรวัดพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการลืมรับประทานยาเป็นสาเหตุสำคัญ คิดเป็นร้อยละ 85.22 โดยมีสาเหตุจากผู้ป่วยลืมพกยาติดตัวไปด้วย เมื่อออกจากบ้านหรือเดินทางไกล คิดเป็นร้อยละ 45.22

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีปัญหาในเรื่องการลดขนาดยาหรือหยุดรับประทานยาเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ซึ่งเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ ผู้ป่วยรู้สึกว่าการแหย่ง คิดเป็นร้อยละ 38.26 และผู้ป่วยรู้สึกว่าการของโรคควบคุมได้แล้ว คิดเป็นร้อยละ 26.96 และอีกหนึ่งประเด็นสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่รู้สึกอึดอัดและยุ่งยากกับการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 28.70 ทำให้มีแนวโน้มที่ผู้ป่วยโรคลมชักจะรับประทานยาไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยอธิบายได้ว่า ลักษณะของความร่วมมือในการใช้ยาที่พบมากที่สุด คือ "มีบางครั้งที่ผู้ป่วยลืมรับประทานยา" ซึ่งเป็นข้อคำถามที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการคิดทบทวนถึงพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของตนเองโดยรวมว่าสอดคล้องตามแผนการรักษาของแพทย์โดยการรับประทานยากันชักครบทุกมื้อ ทุกวัน ตรงเวลา และการมารับยาตามนัด (Morris and Schulz, 1992; Asawavichienjinda,

Sitthi-Amorn, and Tanyanont, 2003) ทั้งนี้เพื่อผู้ป่วยจะได้ปรับปรุงหรือพัฒนาตนเองให้มีความรับผิดชอบต่อการใช้จ่ายกันซักมากขึ้นได้

จากการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า ความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคลมชักอยู่ในระดับต่ำ จะถือเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญในการศึกษาความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคลมชัก ทั้งนี้เพราะประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคลมชักว่าอยู่ในระดับใดทั้งในบทบาทของเภสัชกรและพยาบาล หากแต่มีเพียงการศึกษาสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคลมชักของสุณี เลิศสินอุดม และคณะ (2551) เท่านั้น ซึ่งอธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูลเป็น โรงพยาบาลศูนย์ที่มีอัตราของผู้ให้บริการ โดยเฉพาะพยาบาล ต่อผู้ป่วย ก่อนข้างต่ำทำให้การแสดงผลพฤติกรรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้จ่ายของพยาบาลต่อผู้ป่วยไม่ทั่วถึงเท่าที่ควร ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา หรือการถูกจำกัดทางการศึกษาทำให้ความสามารถในการเข้าใจเกี่ยวกับ โรคลมชักและการรักษาบกพร่อง จึงไม่สามารถใช้จ่ายได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ โดยผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก จะสามารถรับทราบขนาดเดียวกันกับที่แพทย์สั่งตลอดเวลาก็แม้จะไม่มีอาการชัก และเมื่ออาการดีขึ้นหรือไม่มีอาการแล้วก็ไม่ควรลดขนาดยา/หยุดยาเอง หรือแม้แต่เมื่อมีอาการมากขึ้นก็ไม่ควรเพิ่มขนาดยารับประทานเอง (อำไพ เข้มคำ และคณะ, 2549; สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551; Saengsuwan et al, 2012)

เมื่อพิจารณาความร่วมมือในการใช้จ่ายจากการศึกษาครั้งนี้เปรียบเทียบกับการศึกษาของ Sweileh และคณะ (2011) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักร้อยละ 14.7 มีความร่วมมือในการใช้จ่ายในระดับต่ำ และร้อยละ 49.3 มีความร่วมมือในการใช้จ่ายในระดับปานกลาง ซึ่งระดับความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคลมชักที่แตกต่างกันนี้ อธิบายได้ว่า ด้วยบริบททางสังคมของประเทศไทยกับต่างประเทศ ทั้งในประเด็นของการจัดระบบบริการสุขภาพที่เน้นความพึงพอใจด้านประสิทธิผลเป็นสำคัญ (Sweileh et al, 2011) รวมถึงประเด็นของระดับการศึกษาหรือความสามารถในการอ่านออกเขียนได้และการทำความเข้าใจกับคำสั่งการใช้จ่าย (Gomes & Filho, 1998; Paschal, 2007) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ของผู้วิจัย พบว่า ไม่ได้เรียนหนังสือและมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 33.91 อีกทั้งประเด็นของการให้การยอมรับทางสังคม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ ภาคใต้ ซึ่งเป็นสังคมชนบทที่ทุกคนในสังคมรู้จักกันอันจะเชื่อมโยงไปยังระดับการรับรู้ตราบาปเพิ่มมากขึ้นด้วย (Buck et al, 1997) หากแต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ก็ยังคงมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Sweileh และคณะ (2011) ด้วยพบความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วย โรคลมชักในระดับต่ำถึงปานกลางมากกว่าร้อยละ 60-70 ซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเร่งให้การแก้ไขต่อไป

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการซัก ความรู้เกี่ยวกับโรค ลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราใบ และภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก

จากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) ในการทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอายุ โดยสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ร้อยละ 79.6 ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

ตัวแปรที่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา จากการศึกษาครั้งนี้ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้มากที่สุด กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษาจะมีความร่วมมือในการใช้ยาเป็นร้อยละ 76.7 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษาหรือมีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษาต่ำ เนื่องจาก ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษามีความสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยมาก ทั้งนี้เพราะโรคลมชักเป็นโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องโดยเฉพาะในเรื่องของการให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อควบคุมโรคดังกล่าว การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็น และเหตุผลของวิธีการรักษา การปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง หรือการหลีกเลี่ยงกิจกรรมบางประการเพื่อจะช่วยให้อาการของโรคสงบลง (อาไฟ เข็มคำ และคณะ, 2549; Lochareernkul et al, 2010) แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ผู้ป่วยก็จะปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และโรคอาจจะกำเริบมากขึ้นได้ ตัวอย่างเช่น โรคลมชักนี้ มีการรักษาที่สำคัญ คือ การใช้ยาควบคุมอาการชัก ที่ต้องรับประทานอย่างถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ และใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ มิใช่ใช้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยไม่ทราบสิ่งนี้ ก็อาจใช้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการเท่านั้น หรือการใช้ยาที่ผิดขนาดโดยอาจจะใช้ยามากกว่าคำสั่งแพทย์ด้วยคิดว่าจะได้หายจากโรคเร็วขึ้น (Njamnshi et al, 2009; สนินาภูพรานบุญ และ สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2554; Saengsuwan et al, 2012) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้การรักษาโรคไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้และอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ผู้ป่วยก็จะเห็นความสำคัญในการรักษาและให้ความร่วมมือทั้งในการรักษาและการใช้ยา ซึ่งจะทำให้ผลการรักษาก็ดีขึ้นด้วย นั่นคือ ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมอาการชักได้และ

สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

2.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการศึกษาครั้งนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้เป็นลำดับที่สอง กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความร่วมมือในการใช้ยาเป็นร้อยละ 1.8 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ เนื่องจาก การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการดำเนินพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลือกกระทำในกิจกรรมต่างๆ และความพยายามที่จะกระทำในกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง เพราะสมรรถนะแห่งตนเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าบุคคลตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถก็สามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้น แต่ถ้าตนเองมีความเชื่อมั่นว่าตนเองไม่มีความสามารถก็จะหลีกเลี่ยงการกระทำนั้น (Bandura, 1997) บุคคลที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงนั้นทำให้บุคคลนั้นมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นด้วย อันจะส่งผลให้การควบคุมอาการของโรคเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ คือ ไม่มีอาการชักซ้ำของผู้ป่วยเกิดขึ้น (Kobau & Dilorio, 2003; Dilorio et al., 2004)

2.3 อายุ จากการศึกษาครั้งนี้อายุ เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้น้อยที่สุด กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะมีความร่วมมือในการใช้ยาลดลงเป็นร้อยละ 1.1 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อย เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.50 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.28) ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือจนถึงระดับประถมศึกษา และเนื่องจากผู้ป่วยโรคลมชักจะถูกมองจากสังคมว่าเป็นผู้ป่วย มีร่างกายอ่อนแอ ต้องอยู่ในความดูแลของบุคคลในครอบครัวแม้ว่าจะมีอายุมากขึ้นก็ตาม ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สียงถึงการต้องรับผิดชอบตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานยาหรือการรับประทานยาให้ครบถ้วน ต่อเนื่อง

สำหรับตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้คือ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของการชัก อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราบาป และภาวะซึมเศร้า ดังรายละเอียดคือ

เพศ ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้ เนื่องจากในสังคมปัจจุบันให้การยอมรับความเท่าเทียมกันของเพศชายและเพศหญิง นั่นคือ การมีโอกาสแสดงบทบาทของความเป็นผู้นำทั้งในเรื่องเกี่ยวกับหน้าที่การงาน บทบาททางสังคม และการเป็นหัวหน้าครอบครัว ด้วยบทบาทดังกล่าวจึงทำให้ทั้งเพศชายและเพศหญิงให้ความสำคัญกับบทบาทข้างต้นรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้สอดคล้องตามบทบาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Buck และคณะ (1997) และการศึกษาของ Davis และคณะ (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักทั้ง

เพศชายและเพศหญิงมีผลต่อการรับประทานยาได้ถูกต้อง ครอบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่แตกต่างกัน เพศจึงไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้

ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาในการรักษาด้วยยา แม้จะสูง แต่หากผู้ป่วยโรคลมชักขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เพื่อไม่ให้มีอาการชักซ้ำเกิดขึ้น (Kobau & Dilorio, 2003; Dilorio et al., 2004) ด้วยเหตุนี้ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาในการรักษาด้วยยา จึงไม่สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้

ความถี่ของการชักจะมากน้อยเพียงใด เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุมิใช่เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเพียงอย่างเดียว แต่อาจเกิดจากการอดนอน ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ ภาวะมีไข้สูง การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น มีอาการตื่นเต้นมาก มีอาการกลัวหรือวิตกกังวล และภาวะกดดันทางจิตใจหรือภาวะเครียด ภาวะอ่อนล้า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมทุกชนิด การได้รับยาเสพติดหรือสารพิษที่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท การอดอาหาร หรือการรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา หรือภาวะที่ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ และการมีประจำเดือนในเพศหญิง (รัศริน กาสลัก, 2548; Bautista & Glen, 2009) เป็นต้น ดังนั้น ความถี่ของการชักจึงไม่สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา สามารถเกิดได้กับทุกระบบของร่างกายโดยจะเกี่ยวข้องกับกลไกการออกฤทธิ์ของยาที่ขึ้นอยู่กับขนาดของยาและความเข้มข้นของระดับยาในกระแสเลือด เกี่ยวข้องกับความบกพร่องส่วนบุคคล เช่น ระบบภูมิคุ้มกัน พันธุกรรม เกี่ยวข้องกับการสะสมของยา ซึ่งส่วนมากจะเป็นลักษณะเรื้อรัง เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์ เช่น เกิดความผิดปกติต่อทารก และเกี่ยวข้องกับการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Edwards & Aronson, 2000; WHO, 2003; Perucca and Gilliam, 2012) ซึ่งความถี่และความรุนแรงของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นอกจากจะเกี่ยวข้องกับระบบต่างๆดังกล่าวข้างต้นยังขึ้นอยู่กับระดับการรับรู้และการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักแต่ละราย ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความแปรปรวนไม่มากพอ จึงส่งผลให้การวิเคราะห์หาคออยเชิงพหุแบบเชิงชั้น (อวยพร เรืองตระกูล, 2553) ดังนั้น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจึงไม่สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้

การรับรู้ทราบป และภาวะซึมเศร้า ในระดับสูงกว่าปกติ จะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เกิดความผิดปกติในการนอนหลับ ไม่อยากอาหาร ไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ นำหนักลด (อรวรรณ ศิลปะกิจ และพงศ์เกษม ไช่มุกต์, 2541; เดชา ปิยะวัฒน์กุล, 2544) รวมถึงพฤติกรรมการใช้ยากันชักและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ซึ่งการรับรู้ทราบป และภาวะ

ชิมเสีร่าดังกล่าวส่งผลกระทบต่อเป็นวงกว้างมิใช่เพียงแต่การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอจนนำไปสู่การขาดยา (Kanner et al, 2012) อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความแปรปรวนไม่มากพอ และอาจรวมถึงกรณีตัวแปรที่มีภาวะของ Indirect effect จึงส่งผลให้การวิเคราะห์หาคออยเชิงพหุแบบเชิงชั้น (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) ดังนั้น การรับรู้ตราบาป และภาวะชิมเสีร่า จึงไม่สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้

นอกจากนี้ผู้วิจัยคาดว่าตัวแปรอื่นๆ ที่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้นอกจากตัวแปรที่กล่าวไปแล้วนั้น ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม บังคับของผู้ดูแล และปัจจัยทางระบบสุขภาพ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อที่จะสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้อย่างสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะทำให้สามารถเข้าใจถึงสภาพปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา รวมถึงทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคลมชักต่อไป
2. สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชักในบทบาทของพยาบาล เนื่องจากเนื้อหาความรู้ในประเด็นดังกล่าวของประเทศไทยยังมีน้อย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรัณฑ์รัตน์ ทิวถนอม และศุภลักษณ์ ชนานนท์นิวาส. (2552). ความคลาดเคลื่อนทางยาและแนวทางป้องกันเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. **Veridian E-Journal, Silpakorn University 2(1) : 195-217.**
- ชัยชน โลว์เจริญกุล และคณะ. (2544). **วิทยาการโรคลมชัก**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฐิติกานต์ กาลเทศ. (2553). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณภัทรวรรต บัวทอง. (2551). **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และปัจจัยร่วมในระดับบุคคล ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดรณวรรณ จันทร์แก้ว. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดชา ปิยะวัฒน์กุล. (2544). **ลมชักและความผิดปกติทางจิต**. **ศรีนครินทร์เวชสาร 16(2) : 82-83.**
- ธวัชชัย วรพงษ์ธร, วงเดือน ปั่นดี, และสมพร เจริญชัยศรี. (2533). **คุณลักษณะของความตรงแบบวัดภาวะซึมเศร้าCES-D**. **วารสารจิตวิทยาคลินิก 21(1) : 26-45.**
- ประดิษฐ์ ชัยชนะ. (2548). **ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคลมชักที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยดา เสนาคำ, นฤมล เจริญศิริพรกุล, และ วีรวรรณ อุชายภิชาดิ. (2551). **การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยากันชักโดยผู้ป่วยรายงานโดยตรง**. **ศรีนครินทร์เวชสาร 23(4) : 373-382.**
- ปิยพร สุวรรณโชติ. (2543). **กลวิธีที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกสูงอายุ**

- โรคเบาหวาน ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา
เภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พญจิต วังสโรจน์. (2552). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักภาคใต้.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญศรี วงษ์พุด. (2545). トラバブในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. การค้นคว้าแบบอิสระ
สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มลฤดี บุราณ. (2548). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อ
หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โยธิน ชินวลัญช์. (2554). เฉากูจาเมวบ่่อยๆ ระวังโรคลมชัก. **Health&cuisine** 11(126)
กรกฎาคม : 26-27.
- รัตนา มาศเกษม. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคลมชัก. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ).
การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ : วิ.เจ. ปรินต์ติ้ง
- รัชนี กาสลัก. (2548). การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับการผ่าตัด
และไม่ได้รับการผ่าตัดในโครงการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักครบวงจร ในพระอุปถัมภ์
ของสมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะ
แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราตรี ตาลเชื้อ. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การ
จัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย
ผู้ใหญ่โรคลมชัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราตรี ตาลเชื้อ. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก : การทบทวน
วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. **Princess of Naradhiwas University Journal** 3
(กันยายน-ธันวาคม) : 1-13.
- รุ่งทิพย์ เป้าต๋น. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับ
สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วย
กล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะ

- พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีรยา เชื้อลี, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สมศักดิ์ เทียมเก่า, และ สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ. (2549). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 51(4) : 356-364.
- ศุจิภา ศรีวรากร. (2552). ความไวและความจำเพาะของเครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยาแบบรายงานด้วยตนเองของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมัยพร อาชาล. (2543). ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคชัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สายรุ้ง บัวระพา. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สินีนานู พรานบุญ และสมศักดิ์ เทียมเก่า. (2554). ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติต่อโรคลมชัก. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6(2) : 36-42.
- สุณี เลิศสินอุดม, กรแก้ว จันทภาษา, สมศักดิ์ เทียมเก่า และอาภรณ์ ไชยคำ. (2551). การศึกษาสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน 7(1) มกราคม-มีนาคม : 37-45.
- สุณี เลิศสินอุดม, สุภิญญา ต้นตาปกูล, สมศักดิ์ เทียมเก่า, กนกวรรณ ชัยนรินทร์ และปวีลี เนียมถาวร. (2553). ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคลมชัก คลินิกโรคลมชัก โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ 5(2) : 19-26.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2547). Seizure: Principle of Treatment and Management. จุลสารชมรมประสาทวิทยา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 5(4) : 21-28.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2554). การพิจารณาเลือกใช้ยากันชักให้เกิดประโยชน์สูงสุด. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน 10(2) : 1-8.
- เสริมสุข จันทร์ใต้. (2546). การติดตามการเกิดอันตรกิริยาต่อกันระหว่างยาในคลินิกโรคลมชัก สถาบันประสาทวิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อมรรัตน์ อินทร์เยี่ยม. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความม่วงของผู้ป่วยโรคลมชัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณ แก้วเกตุ. (2545). การศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคณา หมอนทอง. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวังกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาชวศรี คำหอม. (2552). การรับรู้ตราใบของผู้ดูแล ทักษะชีวิต และการรับรู้ตราใบของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2554). การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. เอกสารคำสอนวิชาการ พัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (เอกสารอัดสำเนา).
- อุไรวรรณ ตระการกิจวิจิต. (2545). ผลของการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยในต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคหืดหรือหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อรอนงค์ สาระท่า. (2551). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ ภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรวรรณ ศิลปะกิจ และพงศ์เกษม ไข่มุกต์. (2541). ผลกระทบด้านจิตสังคมของโรคลมชัก. วารสารกรมสุขภาพจิต 5(3) : 115-120.
- อวยพร เรื่องตระกูล. (2553). สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพ เข้มคำ และคณะ. (2549). ความรู้ของประชาชนในจังหวัดขอนแก่นต่อโรคลมชัก. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1(2) : 14-22.

ภาษาอังกฤษ

- Alonzo, A.A. and Reynold, N.R. (1995). Stigma HIV and AIDS : an exploration and Elaboration of stigma trajectory. **Social Science and Medicine** 3(August) : 303-315.
- American Society of Health System Pharmacist. (1995). ASHP Guidelines on adverse drugs reaction monitoring and reporting. **Am J Health-Syst Pharm** 52 : 417-419.
- Andrew, T., Milinis, K., Baker, G., and Wiesmann, U. (2012). Self reported adverse effects of mono and polytherapy for epilepsy. **Seizure** 21 : 610-613.
- Asawavichienjinda, T., Sitthi-Amorn, C., and Tanyanont, W. (2003). Compliance with treatment of Adult epileptics in a rural district of Thailand. **J Med Assoc Thai** 86 : 46-51.
- Atadzhanov, M., Haworth, A., Chomba, E.N., Mbewe, E.K., and Birbeck, G.L. (2010). Epilepsy-associated stigma in Zambia : What factors predict greater self stigma in a highly stigmatized population? **Epilepsy & Behavior** 19 : 414-418.
- Auriel, E. et al. (2009). Quality of life in seizure-free patients with epilepsy on monotherapy. **Epilepsy & Behavior** 14 : 130-133.
- Austin, J.K., Dunn, D., Huster, G. et al. (1998). Development of scales to measure psychosocial care needs of children with seizures and their parents. **J Neurosci Nurs** 30(3) : 155-160.
- Aydemir, N. (2008). Developing two different measures for assessing knowledge of and attitudes toward epilepsy for the Turkish population. **Epilepsy & Behavior** 12 : 84-89.
- Bandura, A. (1986). **Social foundation of action : A social cognitive theory**. New Jersey : Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). **Self-efficacy : The exercise of control**. New York : W.H. Freeman.
- Bautista, R.E.D., Graham, C., and Mukardamwala, S. (2011). Health disparities in medication adherence between African Americans and Caucasians with epilepsy. **Epilepsy & Behavior** 22 : 495-498.

- Bautista, R.E.D. and Glen, E.T. (2009). Seizure severity is associated with quality of life independent of seizure frequency. **Epilepsy & Behavior** 16 : 325-329.
- Beck, A.T. (1967). **Depression : Clinical experimental and theoretical aspect**. New York : International Universities Press, INC.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., and Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of depression**. New York : Guilford Press.
- Beeber, L.S. (1998). Treating depression through the therapeutic nurse client relationship. **Nursing Clinics of North America** 33(1) : 153-172.
- Bosworth, H.B. et al. (2011). Medication adherence : A call of action. **American Heart Journal** 162(3) : 412-424.
- Boudes, P. (1998). Drug Compliance in Therapeutic Trails : A Review. **Controlled Clinical Trails** 19 : 257-268.
- Brooks, J., Baker, G.A., and Aldenkamp, A.P. (2001). The a-b Neuropsychological Assessment Schedule (ABNAS) : the further refinement of a patient-based scale of patient-perceived cognitive functioning. **Epilepsy Research** 43 : 227-237.
- Brown, I., Sheeran, P., and Reuber, M. (2009). Enhancing antiepileptic drug adherence : A randomized controlled trial. **Epilepsy & Behavior** 16 : 634-639.
- Bruno, E. et al. (2012). Epilepsy-associated stigma in Bolivia : A community-based study among the Guarani population. An International League Against Epilepsy/ International Bureau for Epilepsy/ World Health Organization Global Campaign Against Epilepsy Regional Project. **Epilepsy & Behavior** 25 : 131-136.
- Buck, D., Jacoby, A., Baker, G.A., and Chadwick, D.W. (1997). Factors influencing compliance with antiepileptic drug regimes. **Seizure** 6 : 87-93.
- Buelow, J.M., and Smith, M.C. (2004). Medication management by the person with epilepsy : perception versus reality. **Epilepsy & Behavior** 5 : 401-406.
- Byerly, M.J., Nakonezny, P.A., and Rush, A.J. (2008). The Brief Adherence Rating Scale (BARS) validated against electronic monitoring in assessing the antipsychotic medication adherence of outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. **Schizophrenia Research** 100 : 60-69.

- Cramer, J., Glassman, M., and Rienzi, J. (2002). The relationship between poor medication compliance and seizures. **Epilepsy Behav** 3 : 338-342.
- Cramer, J.A., Blum, D., Fanning, K. and Reed, M. (2004). The impact of comorbid depression on health resource utilization in a community sample of people with epilepsy. **Epilepsy & Behavior** 5(3) : 337-342.
- Cohen, S. and Wills, T.S. (1985). Stress, social support, and buffering hypothesis. **Psychological Bulletin** 98(9) : 310-357.
- Davis, D.P., Jandrisevits, M.D., Iles, S., Weber, T.R., and Gallo, L.C. (2009). Demographic, socioeconomic, and psychological factors related to medication non-adherence among emergency department patients. **The Journal of Emergency Medicine** 17 : 1-13.
- Dilorio, C., Faherty, B., and Manteuffel, B. (1991). Cognitive-perceptual factors associated with antiepileptic medication compliance. **Res Nurs Health** 14 : 329-338.
- Dilorio, C. et al. (2003). The association of stigma with self-management and perceptions of health care among adult with epilepsy. **Epilepsy Behavior** 4 : 259-267.
- Dilorio, C. et al. (2004). Project EASE : a study to test a psychosocial model of epilepsy medication management. **Epilepsy Behavior** 5 : 926-936.
- Dimidjian, S. et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation cognitive therapy and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 74(4) : 658-670.
- Dracup, K.A. and Melies, A.I. (1982). Compliance : An interactionist approach. **Nursing Research** 31 : 31-35.
- Edward, I.R., and Aronson, J.K. (2000). Adverse drug reactions : Definitions, diagnosis and management. **Lancet** 356(7) : 1255-1259.
- Elger, C.E. and Schmidt, D. (2008). Modern management of epilepsy : A practical approach. **Epilepsy & Behavior** 12 : 501-539.
- Elliott, J.O., Jacobson, M.P., and Seals, B.F. (2006). Self-efficacy, knowledge, health beliefs, quality of life, and stigma in relation to osteoprotective behavior in epilepsy. **Epilepsy and Behavior** 9 : 478-491.

- Elliott, J. and Shneker, B. (2008). Patient, caregiver, and health care practitioner knowledge of, beliefs about, and attitudes toward epilepsy. **Epilepsy & Behavior** 12 : 547-556.
- Ettinger, A.B. and Baker, G.A. (2009). Best clinical and research practice in epilepsy of older people : Focus on antiepileptic drug adherence. **Epilepsy & Behavior** 15 : S60-S63.
- Farmer, K.C. (1999). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trails and clinical practice. **Clinical Therapeutics** 21(6) : 1074-1090.
- Faught, E. (2012). Adherence to antiepilepsy drug therapy. **Epilepsy & Behavior** 25 : 297-302.
- Fountain, N.B. (2002). Seizure and epilepsy in adolescents and adults. **Rakel and Bope : Conn's Current Therapy 2** : 884-893.
- Gilliam, F.G., Fessler, A.J., Baker, G., Vahle, V., Carter, J., Attarian, H. (2004). Systematic screening allows reduction of adverse antiepileptic drug effects : a randomized trial. **Neurology** 62 : 23-27.
- Goffman, E. (1963). Stigma and social identity. In : Stigma : notes on the management of spoiled identity. **Englewood Cliffs NJ** : Prentice-Hall, 1-19.
- Gomes, M.D.M. and Filho, H.D.S.M. (1998). Medication-taking behavior and drug self regulation in people with epilepsy. **Arq Neuro-Psiquiatria** 56 : 714-719.
- Good, C.V. (1973). **Dictionary of Education**. 2nd ed. New York : McGraw-Hall Book Company.
- Gould, E. and Mitty, E. (2010). Medication Adherence is a Partnership, Medication Compliance is Not. **Geriatric Nursing** 31(4) : 290-298.
- Grabowska-Grzyb, A. (2006). Risk factors for depression in patients with epilepsy. **Epilepsy & Behavior** 8 : 411-417.
- Heinrich, C. and Kuiper, R.A. (2012). Using Handheld Devices to Promote Medication Adherence in Chronic Illness. **The Journal for Nurse Practitioners-JNP** 8(4) : 288-293.
- Jacoby, A. (1994). Felt versus enacted stigma : A concept revisited. Evidence from a study of people with epilepsy in remission. **Social Science and Medication** 38 : 269-274.
- Jarernsiripornkul, N., Senacom, P., Uchaipichat, V., Chaipichit, N., and Krska, J. (2012). Patient reporting of suspected adverse drug reaction to antiepileptic drugs : Factors affecting attribution accuracy. **Epilepsy & Behavior** 24 : 102-106.

- Jarvie, S., Espie, C.A., and Brodie, M.J. (1993). The development of a questionnaire to assess knowledge of epilepsy : 1. General knowledge of epilepsy. **Seizure** 2 : 179-85.
- Jones, R.M. et al. (2006). Adherence to treatment in patients with epilepsy : Associations with seizure control and illness beliefs. **Seizure** 15 : 504-508.
- Kaplan, H. and Sandock, B. (2000). **Comprehensive textbook of psychiatry**. Baltimore : William and Williams.
- Karch, F.E. and Lasagna, L. (1975). Adverse drug reactions. **JAMA** 234 : 1236-1341.
- Kanner, A.M. et al. (2012). Depression and epilepsy, pain and psychogenic non-epileptic seizures : Clinical and therapeutic perspectives. **Epilepsy & Behavior** 24 : 169-181.
- Kessler, D.A. (1993). Introducing MedWatch : A new approach to reporting medication and device adverse effects and product problems. **JAMA** 269 : 2765-2768.
- Kobau, R. and DiIorio, C. (2003). Epilepsy self-management : A comparison of self-efficacy and outcome expectancy for medication adherence and lifestyle behaviors among people with epilepsy. **Epilepsy Behavior** 4 : 217-225.
- Kripalani, S., Risser, J., Gatti, M.E., and Jacobson, T.A. (2009). Development and Evaluation of the Adherence to Refills and Medication Scale (ARMS) among Low-Literacy Patients with Chronic Disease. **Value in Health** 12 : 118-123.
- Krousel-Wood, M. et al. (2009). New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. **The American Journal of Managed Care** 15 : 59-70.
- Leaffer, E.B. et al. (2011). Associates of stigma in an incident epilepsy population from northern Manhattan, New York City. **Epilepsy & Behavior** 21 : 60-64.
- Leventhal, H. and Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. **Patient Education and Counselling** 10 : 117-138.
- Locharernkul, C., Suwaroporn, S., Krongthong, W., Limarun, C. and Arnamwong, A. (2010). A study of knowledge and attitude improvement on epilepsy among Thai physicians and nurses. **J Med Assoc Thai** 93 : 875-884.
- Long, L., Reeves, A.L., Moore, J.L., Roach, J., Pickering, C.T. (2000). An assessment of epilepsy patients' knowledge of their disorder. **Epilepsia** 41 : 727-731.
- Mac, T.L., Tran, D.S., Quet, F., Odermatt, P., Preux, P.M., and Tan, C.T. (2007). Epidemiology, aetiology, and clinical management of epilepsy in Asia : A systematic review.

Lancet Neurol 6 : 533-543.

- Martins, H.H. et al. (2011). Are adverse effects of antiepileptic drugs different in symptomatic partial and idiopathic generalized epilepsies ? The Portuguese-Brazilian validation of the Liverpool Adverse Events Profile. **Epilepsy Behavior** 22 : 511-517.
- Matson, J.L., Mayville, E.A., and Bamburg, J.W. (2001). An analysis of side-effect profiles of anti-seizure medications in persons with intellectual disability using the Matson Evaluation of Drug Side Effects (MEDS). **Journal of Intellectual and Developmental Disability** 26 : 283-295.
- Matson, J.L., Laud, R.B., Gonzalez, M.L., Malone, C.J., and Swender, S.L. (2005). The reliability of the Scale for the Evaluation and Identification of Seizures Epilepsy and Anticonvulsant Side Effects-B (SEIZES B). **Research in Development Disabilities** 26 : 593-599.
- Moran, N.F. et al. (2004). Epilepsy in the United Kingdom : seizure frequency and severity anti-epileptic drug utilization and impact on life in 1652 people with epilepsy. **Seizure** 13 : 425-433.
- Morris, L.S. and Schulz, R.M. (1992). Patient compliance-an overview. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics** 17(5) : 283-295.
- Morisky, D.E., Green, L.W., and Levine, D.M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care** 24 : 67-74.
- Morisky, D.E., Ang, A., Krousel-Wood, M., and Ward, H. (2008). Predictive validity of a Medication adherence measure in an outpatient setting. **J Clin Hypertens** 10 : 348-354.
- Murphy, J. and Coster, G. (1997). Issue in patient compliance. **Drugs** 54(6) :797-800.
- Murray, M.D. et al. (2004). A conceptual Framework to Study Medication Adherence in Older Adults. **The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy** 2(1) : 36-43.
- Njamnshi, A.K., Angwafor, S.A., Baumann, F., Angwafo, III F.F., Jallon, P. and Muna, W.F.T. (2009). Knowledge, attitudes, and practice of Cameroonian medical students and graduating physicians with respect to epilepsy. **Epilepsia** 50 : 1296-1298.
- Osterberg, L. and Blaschke, T. (2005). Drug therapy Adherence to Medication. **The New England Journal of Medicine** 353(5) : 487-497.

- Panelli, R. (2010). **The First Seizure Clinic : Psychosocial characteristics of patients and the effect of an epilepsy support program**. A thesis to the degree of Doctor. Philosophy Swinburne University of Technology.
- Paschal, A.M. et al. (2007). Epilepsy patients' perceptions about stigma, education, and awareness : Preliminary responses based on a community participatory approach. **Epilepsy & Behavior** 11 : 329-337.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., and Parsons, M.A. (2002). **Health promotion in nursing practice**. 4th ed. USA : Peason Education.
- Perucca, P., and Gilliam, F.G. (2012). Adverse effects of antiepileptic drugs. **Lancet Neurol** 11 : 792-802.
- Polit, D.E. and Hungler, J.B. (1999). **Nursing research : Principles and methods**. 6th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale : A self-report depression scale for research in the general population. **Applied Psychological Measurement** 1 : 385-401.
- Saengsuwan, J. et al. (2012). Factors associated with knowledge and attitudes in persons with epilepsy. **Epilepsy & Behavior** 24 : 23-29.
- Shafer, P.O. (2004). **Improving the quality of life in epilepsy**. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Sipes, M., Matson, J.L., Belva, B., Turygin, N., Kozlowski, A.M., and Honovitz, M. (2011). The relationship among side effects associated with anti-epileptic medications in those with intellectual disability. **Research in Developmental Disabilities** 32 : 1646-1651.
- Stuart, G.W. (2009). **Principles and Practice of Psychiatric Nursing**. 9th ed. Mosby : Affiliate of Elsevier.
- Sweileh, W.M. et al. (2011). Self-reported medication adherence and treatment satisfaction in patients with epilepsy. **Epilepsy & Behavior** 21 : 301-305.
- Szaflarski, M., Meckler, J.M., Privitera, M.D., and Szaflarski, J.P. (2006). Quality of life in medication-resistant epilepsy : The effects of patient's age, age at seizure onset, and disease duration. **Epilepsy & Behavior** 8 : 547-551.

- Tantikosoom, P., Aunguroch, Y., and Jitpanya, C. (2011). Factors Predicting Medication Adherence among Cardiovascular Patients in a Primary Care Setting. **Pacific Rim Int J Nurs Res** 15(4) : 278-287.
- The Oxford English Dictionary.** (1989). 2nd ed. New York : Oxford University Press.
- Wagner, J.L., Smith, G., and Ferguson, P. (2012). Self-efficacy for seizure management and youth depressive symptoms : Caregiver and youth perspectives. **Seizure** 21 : 334-339.
- Wahl, O.F. (1999). Mental health consumers experience of stigma. **Schizophrenia bulletin** 25(3) : 467-478.
- World Health Organization. (1975). Requirement for adverse reaction reporting Geneva. **Am J Health Syst Pharm** 34 : 271-273.
- World Health Organization. (2003). **Adherence to Long-Term Therapies : Evidence for action.** Geneva : World Health Organization.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0188



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 กุมภาพันธ์ 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจันทิมา ช่วยชุม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1. นายแพทย์สมชาย ไตวณะบุตร | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 2. นายแพทย์พร นริชชาติ | นายแพทย์ชำนาญการ |
| 3. นางนลินี พลุคันธภัก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์สมชาย ไตวณะบุตร, นายแพทย์พร นริชชาติ และนางนลินี พลุคันธภัก
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
ข้อนี้สิด นางสาว จันทิมา ช่วยชุม โทร. 02 - 9693727

ที่ ศธ 0512.11/ 0188



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 กุมภาพันธ์ 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจันทิมา ช่วยชุม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. ศุภร วงศ์วฑฺฒญ อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. ศุภร วงศ์วฑฺฒญ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาว จันทิมา ช่วยชุม โทร. 02 - 9693727

ที่ ศธ 0512.11/๐18๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 กุมภาพันธ์ 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจันทิมา ช่วยชุม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต นางสาว จันทิมา ช่วยชุม โทร. 02 - 9693727



ที่ ศธ 0512.11/ 0244

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 กุมภาพันธ์ 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ตรัง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างงานวิจัย 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจันทิมา ช่วยชุม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักอย่างน้อย 1 ปี และมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคลมชัก โดยได้รับการรักษาด้วยการใช้ยากันชัก และไม่ได้รับการผ่าตัดรักษาโรคลมชัก จำนวน 85 คน โดยใช้แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แบบประเมินการรับรู้ตราบาป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจันทิมา ช่วยชุม เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล -
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
นางสาว จันทิมา ช่วยชุม โทร. 02 - 9693727



ที่ ศร 0512.11/0244

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 กุมภาพันธ์ 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างงานวิจัย 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจันทิมา ช่วยชุม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักอย่างน้อย 1 ปี และมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคลมชัก โดยได้รับการรักษาด้วยการใช้ยากันชัก และไม่ได้รับการผ่าตัดรักษาโรคลมชัก จำนวน 65 คน โดยใช้แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แบบประเมินการรับรู้ตราบาป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจันทิมา ช่วยชุม เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล -
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
นางสาว จันทิมา ช่วยชุม โทร. 02-9693727

ภาคผนวก ข

เอกสารพิจารณาจริยธรรมและเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก
2. ผู้วิจัย นางสาวจันทิมา ช่วยชุม นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086-5412011
E-mail : jan-chuaichum22@hotmail.com
4. ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้
 - 4.1 โครงการนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ที่ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก และการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับรู้ตราบาปภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก
 - 4.3 การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ลงในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยใช้เวลาประมาณ 40-45 นาที โดยแบบสอบถามประกอบด้วย แบบบันทึกปัจจัยส่วนบุคคล & ข้อมูลการเจ็บป่วย แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา แบบประเมินสมรรถนะแห่งตน แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แบบประเมินการรับรู้ตราบาป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา
6. ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวระหว่างการตอบแบบสอบถาม หรือไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดๆ ก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยได้รับอยู่
7. ไม่ว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ผู้เข้าร่วมการวิจัยยังคงได้รับการ

พยาบาลตามปกติ

8. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว
9. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
10. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการวิจัยนั้นจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น
11. จำนวนประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ 115 คน

ที่ สข ๐๐๓๒.๑๐๓/๒๕๕๖



โรงพยาบาลหาดใหญ่
๑๘๒ ถนนรือการ อำเภอหาดใหญ่
จังหวัดสงขลา ๙๐๑๑๐

๘ มีนาคม ๒๕๕๖

เรื่อง อนุญาตให้ดำเนินการทำการวิจัย

เรียน นางสาวจันทิมา ช่วยชุม

ตามที่ท่านได้ขออนุมัติทำการวิจัย เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก เพื่อนำความรู้ที่ได้มาพัฒนางานให้เกิดประโยชน์ต่อไป

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้พิจารณาแล้ว เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๕๖ อนุญาตให้ท่านดำเนินการทำการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายกุลเดช เตชะนารักษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โทร. ๐-๗๕๒๗-๓๑๐๐

โทรสาร ๐-๗๕๒๔-๖๖๐๐

ที่ ตง ๐๐๓๒.๑๐๒/๒๕๖๗



โรงพยาบาลตรัง
๖๙ ถ.โคกหิน ต.ทับเที่ยง
อ.เมือง จ.ตรัง ๙๒๐๐๐

๕ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตการมาเก็บข้อมูลงานวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองโครงการวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์ให้นางสาว จันทิมา ช่วยชุม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มาดำเนินการ ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ที่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักอย่างน้อย ๑ ปี และมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิก โรคลมชัก โดยได้รับการรักษาด้วยการใช้ยากันชัก และไม่ได้รับการผ่าตัดรักษาโรคลมชัก จำนวน ๘๕ คน โดยใช้แบบประเมินต่างๆ เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของ ผู้ป่วยโรคลมชัก” นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลตรัง ได้พิจารณาและเห็นชอบให้การ รับรองโครงการวิจัยฯ ดังกล่าว และให้นิสิต สามารถมาเก็บข้อมูลวิจัยในโรงพยาบาลตรังได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายชัยยุทธ ศักดิ์ศรีชัย)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

ศูนย์พัฒนาคุณภาพ กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โทร. ๐ ๗๕๒๑ ๘๐๑๘ ต่อ ๑๒๐๑

โทรสาร ๐ ๗๕๒๑ ๘๘๓๑, ๐ ๗๕๒๑ ๗๑๗๙



โรงพยาบาลตรัง
 ๖๙ ถ.โคกขันธ์ ต.ทับเที่ยง อ.เมือง จ.ตรัง ๙๒๐๐๐
 โทร ๐๗๕ - ๒๑๘๐๑๘ โทรสาร ๐๗๕ - ๒๑๗๑๗๙
 Trang Hospital
 ๖๙ Kokkhan Rd., Thaptheing, Muang, Trang ๙๒๐๐๐
 Tel. ๐๗๕ - ๒๑๘๐๑๘ Fax ๐๗๕ - ๒๑๗๑๗๙

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 โรงพยาบาลตรัง

เลขที่๐๐๔/๒๕๕๖.....

ชื่อโครงการ “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก”

เลขที่โครงการ/รหัส ID ๐๐๔/๐๔-๒๕๕๖

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวจันทิมา ช่วยชุม

ที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนว
 ปฏิญญาเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลตรัง

ลงนาม
 (นายอุกฤษฏ์ คุณารธรรม)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม
 (นายชัยยุทธ ศักดิ์ศรีชัย)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

วันที่รับรอง..... ๓ เม.ย. ๒๕๕๖

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนข้อที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. โรคลมชักคืออะไร

- ก. โรคที่มีความผิดปกติทางจิต
- ข. ความผิดปกติที่เกิดจากการปล่อยกระแสไฟฟ้าที่ผิดปกติในสมอง
- ค. ความผิดปกติที่ทำให้เกิดอาการชักทั่วทั้งตัว
- ง. ถูกทั้งข้อ ก และ ข
- จ. ไม่มีข้อถูก

2. สถานการณ์ใดในข้อต่อไปนี้จะทำให้เกิดการชักเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคลมชัก

- ก. ไม่ทานยากันชักตามแผนการรักษา
- ข. การนอนหลับไม่เพียงพอ
- ค. ความเครียด
- ง. การดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์
- จ. ถูกทุกข้อ

3. ข้อใดต่อไปนี้จะลดโอกาสของการชัก

- ก. ไม่ทานยากันชักตามแผนการรักษา
- ข. การนอนหลับไม่เพียงพอ
- ค. ความเครียด
- ง. การงดเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์
- จ. ถูกทุกข้อ

.

.

.

.

.

.

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในกล่อง □ ในคำถามต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริง

1. มีบางครั้งที่คุณลืมรับประทานยาใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันที่คุณไม่ได้รับประทานยา	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
.....	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
.....	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
.....	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
.....	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
.....	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
8. คุณรู้สึกว่าคุณมีความยุ่งยากมากน้อยเพียงใด ในการจดจำยาทั้งหมดที่ต้องรับประทาน (ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในกล่อง □ โดยเลือกเพียง 1 ข้อเท่านั้น)		
<input type="checkbox"/> 8.1) ไม่รู้สึกหรือแทบจะไม่รู้สึกว่ามีความยุ่งยากในการจดจำยาที่ใช้ (หรือมี 0 ถึง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.2) รู้สึกว่ายุ่งยากบ้างเล็กน้อย ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (หรือมี 1 ถึง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.3) รู้สึกว่ายุ่งยากปานกลาง ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (หรือมี 3 ถึง 4 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.4) รู้สึกว่ายุ่งยากมากในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (หรือมี 5 ถึง 6 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.5) รู้สึกว่ายุ่งยากมากที่สุดหรือตลอดเวลาในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (มีความยุ่งยากทุกวัน จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		

ภาคผนวก ง
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม
ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา

1. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามรายชื่อ ($n = 115$)

ข้อความ	\bar{X}	S.D.
1. ฉันสามารถจำขนาดยาเกินซักรองฉันได้	8.99	1.08
2. ฉันสามารถทานยากันชักต่อหน้าสมาชิกในครอบครัวของฉัน	8.98	1.16
3. ฉันทานยากันชักอย่างสม่ำเสมอแม้ว่าจะยังมีการชักอยู่	8.71	1.11
4. ฉันสามารถนำยากันชักรัดตัวไปด้วยเสมอ เมื่อนั้นออกจากบ้าน	8.49	1.17
5. ฉันสามารถจัดสรรเวลาในการทานยากันชักให้เข้ากับกิจวัตรประจำวันของฉัน	8.25	1.30
6. ฉันทานยากันชักอย่างสม่ำเสมอแม้ว่าจะไม่มีอาการชักเกิดขึ้น	8.10	1.36
7. ฉันสามารถวางแผนล่วงหน้าเพื่อฉันจะได้ไม่ขาดยากันชัก/หรือยากันชักของฉันหมด	8.10	1.32
8. ฉันสามารถจำวันและเวลาของการไปรับยากันชักได้	7.78	1.54
9. ฉันสามารถบอกได้เมื่อนั้นมีอาการข้างเคียงจากยากันชัก	6.93	1.66
10. ฉันสามารถพูดคุยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับยากันชักของฉันได้	6.69	1.34
11. ฉันสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงต่างๆ ที่เกิดจากยากันชัก	6.31	2.14
12. ฉันสามารถบอกชื่อยากันชักของฉันได้ถูกต้อง	6.19	1.73
13. ฉันสามารถทานยากันชักต่อหน้าคนอื่นที่ไม่รู้ว่าฉันเป็นโรคลมชัก	5.11	1.86
14. ฉันสามารถทานยากันชักต่อหน้าเพื่อนของฉัน	4.60	1.78
รวม	7.37	1.47

จากตารางที่ 10 พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 7.37 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.47) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อแล้วพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ฉันสามารถจำขนาดยาเกินซักรองฉันได้ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.99 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.08) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ฉันสามารถทานยากันชักต่อหน้าเพื่อนของฉัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.78)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก

วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 11 ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามรายชื่อ ($n = 115$)

ข้อคำถาม	\bar{X}	S.D.
1. หลงลืม	3.15	.69
2. ง่วงนอน	2.52	.72
3. กระสับกระส่าย	1.94	.63
4. หงุดหงิด กระวนกระวาย	1.69	.63
5. เหนื่อยล้า	1.61	.62
6. มึนงงหรือวิงเวียน	1.55	.64
7. นอนไม่หลับ	1.50	.54
8. ปวดศีรษะ	1.40	.66
9. ผมร่วน	1.33	.47
10. ซึมเศร้า	1.32	.47
11. รู้สึกว่าตนเองก้าวร้าว	1.23	.42
12. ไม่มีสมาธิ	1.22	.41
13. มีปัญหาเกี่ยวกับปากและเหงือก	1.21	.49
14. รู้สึกไม่มั่นคง	1.17	.40
15. ปวดท้อง	1.13	.36
16. มีปัญหาเกี่ยวกับผิวหนัง เช่น เป็นสิ่ว มีผื่น	1.08	.27
17. น้ำหนักเพิ่ม	1.05	.22
18. ตาพร่ามัว หรือเห็นภาพซ้อน	1.03	.18
19. มือสั่น	1.03	.18
รวม	1.48	.47

จากตารางที่ 11 พบว่า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 1.48 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .47) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ แล้วพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ หลงลืม โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .69) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดมีด้วยกัน 2 ข้อ คือ ตาพร่ามัว หรือเห็นภาพซ้อน และมือสั่น โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.03 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .18)

3. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก

การรับรู้ตราบาปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนการรับรู้ตราบาปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามรายชื่อ (n = 115)

ข้อความ	\bar{X}	S.D.
1. ผู้ที่รู้ว่าฉันเป็นโรคลมชักปฏิบัติต่อฉันแตกต่างจากคนอื่น	5.10	1.83
2. อาการชักของฉันทำให้ฉันต้องพิสูจน์ตัวเองอยู่เสมอ	4.82	1.53
3. อาการชักทำให้ฉันรู้สึกเหมือนมีตราหรือสัญลักษณ์บางอย่างบอกให้คนอื่นรู้	4.63	1.98
4. ไม่ว่าฉันจะบอกว่าอาการชักของฉันอยู่ในสภาพใดคนอื่นมักจะมีความคิดของเขาเกี่ยวกับอาการชักของฉันไว้แล้วในใจ	4.57	2.06
5. ฉันรู้สึกอายเกี่ยวกับอาการชักของฉัน	4.41	1.79
6. ฉันรู้สึกว่าคนอื่นอึดอัด ลำบากใจกับฉัน เพราะอาการชักของฉัน	4.31	1.82
7. อาการชักทำให้ฉันมีปัญหาในการพัฒนาความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับคนอื่น	4.28	1.93
8. ฉันรู้สึกแตกต่างจากคนอื่นเนื่องจากอาการชักของฉัน	4.17	1.97
9. ฉันรู้สึกขายหน้าที่จะบอกคนอื่นเกี่ยวกับอาการชัก	3.94	1.96
10. ฉันรู้สึกว่าคนอื่นไม่อยากอยู่กับฉันเพราะอาการชักของฉัน	3.76	1.98
รวม	4.40	1.31

จากตารางที่ 12 พบว่า การรับรู้ตราบาปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 4.40 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.31) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้ที่รู้ว่าฉันเป็นโรคลมชักปฏิบัติต่อฉันแตกต่างจากคนอื่น โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.10 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.83) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ฉันรู้สึกว่าคนอื่นไม่อยากอยู่กับฉันเพราะอาการชักของฉัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.98)

4. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามรายชื่อ ($n = 115$)

ข้อคำถาม	\bar{X}	S.D.
1. ท่านรู้สึกไม่มีความสุข	1.98	.95
2. ท่านมีความสุข	1.89	1.04
3. ท่านพูดน้อยกว่าปกติ	1.74	1.05
4. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย	1.73	1.06
5. ท่านนอนไม่ค่อยหลับ	1.24	.77
6. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความดีทัดเทียมคนอื่น ๆ	1.01	.91
7. ท่านรู้สึกอ้างว้าง เดียวดาย	1.00	.95
8. ท่านรู้สึกหวาดกลัว	.98	.87
9. ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถขจัดความหม่นหมองออกไป แม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ	.94	.78
10. ท่านรู้สึกลำบากในการตั้งสมาธิเพื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง	.93	.87
11. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร	.92	.88
12. ท่านรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต	.88	.87
13. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน	.84	.91
14. ท่านรู้สึกหดหู่ใจ	.82	.73
15. ท่านรู้สึกว่าต้องฝืนใจในการทำสิ่งต่างๆ	.80	.81
16. ท่านคิดว่าชีวิตมีแต่ความล้มเหลว	.79	.88
17. ท่านรู้สึกท้อแท้ในชีวิต	.72	.75
18. ท่านรู้สึกว่าผู้คนทั่วไปไม่มีความเป็นมิตร	.68	.86
19. ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างไม่ชอบท่าน	.63	.76
20. ท่านมักร้องไห้	.58	.73
รวม	1.06	.87

จากตารางที่ 13 พบว่า ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 1.06 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .87) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านรู้สึกไม่มีความสุข โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.98 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .95) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านมักร้องไห้ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .58 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .73)

6. ข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก

ความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 14 - 15 ตารางที่ 14 จำนวน และร้อยละคำตอบของความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามรายชื่อ (n = 115)

ข้อคำถาม	จำนวนผู้ป่วยที่ตอบคำถามแต่ละข้อ (ร้อยละ)	
	ใช่	ไม่ใช่
1. มีบางครั้งที่คุณลืมรับประทานยาใช่หรือไม่	98 (85.22)	17 (14.78)
2. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันที่คุณไม่ได้รับประทานยา	73 (63.48)	42 (36.52)
3. เมื่อวานนี้ คุณรับประทานยาครบ ใช่หรือไม่	47 (40.87)	68 (59.13)
4. มีบางครั้งที่คุณลืมพกยาติดตัวไปด้วย เมื่อคุณออกจากบ้านหรือเดินทางไกล	52 (45.22)	63 (54.78)
5. คุณเคยลดขนาดยาหรือหยุดรับประทานยา เนื่องจากรู้สึกว่าการแย่ง โดยที่ไม่ได้ปรึกษาแพทย์	44 (38.26)	71 (61.74)
6. คุณเคยรู้สึกอึดอัดที่ต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัดหรือเข้มงวด ใช่หรือไม่	33 (28.70)	82 (71.30)
7. เมื่อคุณรู้สึกว่าอาการของโรคที่คุณเป็นควบคุมได้แล้วบางครั้งคุณหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์	31 (26.96)	84 (73.04)
8. คุณรู้สึกว่ามีความยุ่งยากมากน้อยเพียงใดในการจดจำยาทั้งหมดที่ต้องรับประทาน	19 (16.52)	96 (83.48)

จากตารางที่ 14 พบว่า คำตอบของความร่วมมือในการใช้ยาจำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก โดยข้อที่ผู้ป่วยตอบคำถามมากที่สุด คือ มีบางครั้งที่ผู้ป่วยลืมรับประทานยา ร้อยละ 85.22 ส่วนข้อที่ผู้ป่วยตอบคำถามน้อยที่สุด คือ ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความยุ่งยากในการจดจำยาทั้งหมดที่ต้องรับประทาน ร้อยละ 16.52

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามรายชื่อ ($n = 115$)

ข้อคำถาม	\bar{X}	S.D.
1. มีบางครั้งที่คุณลืมรับประทานยาใช่หรือไม่	.88	.33
2. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันที่คุณไม่ได้รับประทานยา	.86	.35
3. เมื่อวานนี้ คุณรับประทานยาครบ ใช่หรือไม่	.74	.44
4. มีบางครั้งที่คุณลืมพกยาติดตัวไปด้วย เมื่อคุณออกจากบ้าน หรือเดินทางไกล	.67	.46
5. คุณเคยลดขนาดยาหรือหยุดรับประทานยา เนื่องจากรู้สึกมีอาการแย่ลง โดยที่ไม่ได้ปรึกษาแพทย์	.65	.48
6. คุณเคยรู้สึกอึดอัดที่ต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัดหรือเข้มงวด ใช่หรือไม่	.62	.49
7. เมื่อคุณรู้สึกว่าอาการของโรคที่คุณเป็นควบคุมได้แล้ว บางครั้งคุณหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์	.58	.50
8. คุณรู้สึกว่ามีความยุ่งยากมากน้อยเพียงใด ในการจดจำยา ทั้งหมดที่ต้องรับประทาน	.54	.50
รวม	.69	.12

จากตารางที่ 15 พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาจำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ .69 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .12) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อแล้ว พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ มีบางครั้งที่คุณลืมรับประทานยา โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .88 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .33) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความยุ่งยากในการจดจำยาทั้งหมดที่ต้องรับประทาน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .54 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .50)

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา

คำนวณค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษา ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ดังนี้ คือ

$$r_{tt} = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum p_i q_i}{S^2} \right]$$

r_{tt} = สัมประสิทธิ์ความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

k = จำนวนข้อคำถามของเครื่องมือวิจัย

p_i = สัดส่วนคนที่ตอบถูกในข้อที่ i

q_i = สัดส่วนคนที่ตอบถูกในข้อที่ i

S^2 = ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

แทนค่าในสูตร

$$r_{tt} = \left[\frac{10}{10-1} \right] \left[1 - \frac{6.2}{25} \right]$$

$$= \left[1.11 \right] \left[0.752 \right]$$

$$= 0.83472$$

ฉะนั้น ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการรักษาเท่ากับ .83

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจันทิมา ช่วยชุม เกิดวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2522 ที่จังหวัดนครศรีธรรมราช สำเร็จการศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ (สถาบันสมทบ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์) เมื่อปี พ.ศ. 2545 และเข้ารับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 3 ณ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลปทุมธานี จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2551 ได้ย้ายไปปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยผ่านการอบรมเฉพาะทางหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ รุ่นที่ 36 ณ สถาบันประสาทวิทยา และหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ รุ่นที่ 3 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ต่อมาในปี พ.ศ. 2554 ได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช