



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วย ภายหลังได้รับการผ่าตัดทางระบบประสาทและสมอง

วิภาดา มงคลเพชร¹, ชนกพร จิตปัญญา²

¹พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

Factors Related to Antiepileptic Drug Adherence in Post-Neurosurgeries Patients

Wipada Mongkolpech¹, Chanokporn Jitpanya²

¹faculty Of Nursing, Chulalongkorn University

²Srisavarindhira, Thai Red Cross Institute Of Nursing.

Received: 22 June 2022 / Revised: 10 December 2022 / Accepted: 4 January 2023

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: อาการชักเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดทางระบบประสาทและสมอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีระยะเวลาในการรับประทานยากันชักค่อนข้างนาน ความร่วมมือในการใช้ยาเป็นการรับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยากันชักจึงเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยากันชักของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดระบบประสาทและสมอง

วิธีการศึกษา: ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดระบบประสาทและสมองและได้รับยากันชัก แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 110 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยากันชัก

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.3) มีความร่วมมือในการรับประทานยากันชักในระดับดี การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($r = -.340$) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ($r = -.242$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยากันชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ส่วนการจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยากันชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

สรุป: พยาบาลควรแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา ยาที่ผู้ป่วยได้รับ อาการข้างเคียงของยา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา การเก็บรักษา ยา และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ นอกจากนี้พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองได้ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมภายหลังการผ่าตัด

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการรับประทานยากันชัก, อาการไม่พึงประสงค์ของยา, การจัดการตนเอง, การรับรู้ความเจ็บป่วย, ภาวะซึมเศร้า

Abstract

Background and Objective: Convulsion was frequently reported in patients after neurosurgeries. Taking antiepileptic drug among the patients lasted for a while. Medication adherence was the extent to which a patient's behavior taking medication corresponds with the agreed recommendations from a healthcare provider. Therefore, it was significant to study factors affecting adherence of antiepileptic drugs. This study aimed to investigate factors relating to adherence of epileptic drugs among patients post neurosurgeries.

Materials and Methods: The samples consisted of 110 post neurosurgeries patients; aged between 18-59 years. both male and female attending at Surgical Outpatient Department. The research instruments consisted of the demographic questionnaire, the illness perception questionnaire, the self-management questionnaire, the depression questionnaire, the adverse drug reaction questionnaire, the social support questionnaire, and the medication adherence questionnaire.

Results: Most patients (77.3%) had a high level of antiepileptic drug adherence. Illness perception ($r = -.340$) and adverse drug reaction ($r = -.242$) were significantly associated with antiepileptic drug adherence ($p < .05$). However, no statistically significant association between self-management, depression, social support and adherence to antiepileptic drug were found.

Conclusion: Nurses should provide knowledge about disease, treatment, drug side effect, medication adherence behaviors, drug storage, and abnormal symptoms leading them to see doctors. Moreover, nurses should promote patients' illness perception aiming to their appropriate self-management behaviors after neurosurgeries.

Keywords: adherence, antiepileptic drug, side effect, self-management, illness perception, depression,

บทนำ

อาการชักเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดสมอง และเป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัว พฤติกรรม การเคลื่อนไหว และการรับรู้ต่างๆ¹ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองในตำแหน่ง frontal lobes, temporal lobes, parietal lobes และ cortical จะมีโอกาสเกิดอาการชักได้มากกว่าตำแหน่งอื่นๆ² เมื่อผู้ป่วยมีอาการชักจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้รับผลกระทบเป็นอย่างมาก มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการชักได้บ่อยขึ้น มีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าคนทั่วไปจากอุบัติเหตุ อาการชักส่งผลต่อการเรียนรู้ ความจำ ทั้งความจำแบบระยะสั้น และระยะยาว การคิด การประมวลผล รวมทั้งอาจได้รับผลกระทบจากการออกฤทธิ์ของยากันชักที่ได้รับ และปัญหาด้านสุขภาพจิตทั้งภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล เนื่องจากต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานาน³ ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองต้องมีผู้ดูแล⁴ นอกจากนี้ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวในด้านการรักษาด้วยยากันชัก พบว่ายังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง เช่น เข้าใจว่าจะต้องรักษาด้วยยากันชักเพียงระยะเวลาไม่นาน 3-6 เดือน หรือใช้ยากันชักในช่วงเวลาที่มีอาการชักเท่านั้น ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้⁵ ปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยากันชักสามารถพบได้ประมาณร้อยละ 30-50 และหากปัญหาดังกล่าวไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลต่อการควบคุมอาการชักของผู้ป่วยได้⁶ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยากันชักมีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ส่งผลให้ต้องปรับเปลี่ยนแผนการรักษา เช่น เปลี่ยนขนาดของยาที่ใช้ เปลี่ยนชนิดยาที่ใช้ และเพิ่มยาที่ใช้ในการควบคุมอาการชัก นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการชักได้นั้นจะนำไปสู่อาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น และเสียชีวิตได้⁷

แนวคิดความร่วมมือในการใช้ยา ของ Osterberg และ Blaschke⁷ กล่าวถึงอุปสรรคในความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่พบได้บ่อย มีสาเหตุดังนี้ 1) ด้านตัวผู้ป่วย เช่นปัญหาทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ความบกพร่องทางความรู้สึกนึกคิด การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว สังคม 2) ด้านบุคลากรทางการแพทย์ สาเหตุเกิดจากการรักษาที่ซับซ้อน ขาดการอธิบายถึงประโยชน์และผลข้างเคียงของการใช้ยา การไม่ปรับเปลี่ยนการใช้ยาให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย 3) ด้านระบบบริการสุขภาพ มีสาเหตุมาจากการจำกัดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ จำกัดการจ่ายยา เปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่น ค่ายามีราคาแพง และอาการข้างเคียงของยา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมปัจจัย คืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และด้านผู้ป่วย ได้แก่การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น การศึกษานี้จึงมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด

ศัลยกรรมระบบประสาทสมอง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

คำถามการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรับประทานยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดระบบประสาทและสมอง เป็นอย่างไร
2. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยากันชักของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดระบบประสาทและสมองหรือไม่ อย่างไร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดระบบประสาทและสมองที่ได้รับการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Thorndike $n = 10k + 50$ เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา (6 ตัวแปร) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 110 ราย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดระบบประสาทและสมอง และได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยากันชัก
2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
3. มีระดับความรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale 15 คะแนน
4. ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่ต้องรับประทานยาเป็นประจำ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบประเมิน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดที่มีตัวเลือกให้ผู้ป่วยเลือกตอบ และแบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย จำนวน 9 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และการรักษาที่ได้รับโดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้วิจัยใช้ The brief illness perception questionnaire ของ Broadbent ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของเกื้อกุล โอฬารวัฒน์⁸ จำนวน 9 ข้อคำถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 10 ระดับ การคิดคะแนนใช้คะแนนรวม เกณฑ์การแปลผล คะแนนดังนี้คือ คะแนนที่มากแปลว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยว่าเป็นภาวะคุกคามในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการจัดการตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการจัดการตนเอง epilepsy self-management scale ESMS ของ Dilorio และคณะ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ Talchue⁹ ลักษณะมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ การคิดคะแนนใช้คะแนนรวม เกณฑ์การแปลผล คะแนนดังนี้คือ คะแนนที่มาก หมายถึงผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน center for epidemiologic studies depression scale (CED-S ฉบับภาษาไทยของ Talchue⁹) จำนวนข้อคำถาม 20 ข้อคำถาม ลักษณะมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ การคิดคะแนนใช้คะแนนรวม เกณฑ์การแปลผล คะแนนดังนี้คือ ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ถ้าคะแนนต่ำกว่า 16 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

The adverse event profile for persons with epilepsy ของ Martin และคณะ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Chuaichum¹⁰ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ลักษณะมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ การคิดคะแนนใช้คะแนนรวม เกณฑ์การแปลผล คะแนนดังนี้คือคะแนนสูง หมายถึงผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามาก

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสอบถาม The enriched social support questionnaire ฉบับภาษาไทยของ Buran¹¹ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อคำถาม ข้อคำถามที่ 1-6 เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามที่ 7 เป็นแบบเลือกตอบซึ่งไม่นำมาคิดคะแนน การคิดคะแนนใช้คะแนนรวม เกณฑ์การแปลผล คะแนนดังนี้คือคะแนนสูงหมายถึงผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาฉบับภาษาไทยของ Chuaichum¹⁰ มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อคำถาม ลักษณะของข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิด มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก การคิดคะแนนใช้คะแนนรวม เกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้คือ คะแนนรวมน้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนรวม 6-7 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวมมากกว่า 7 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง

แบบประเมินทุกฉบับได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.73, 0.70, 0.75, 0.90, 0.94 และ 0.78 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล (เลขที่ IRB COA.MURA2020/1640 และ No. 64001) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้สำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมองและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนอกเป็นผู้แจ้งผู้ป่วยแต่ละคนว่ามีโครงการวิจัย หากผู้ป่วยสนใจจะเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจึงเข้าไปแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดต่าง ๆ ในใบชี้แจง (patient/participant information sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องการเข้าร่วมโครงการ จึงให้ลงลายมือชื่อยินยอมลงในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง (informed consent form) หลังจากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเอง หากกลุ่มตัวอย่างคนใดไม่สามารถทำแบบสอบถามด้วยตนเองได้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างตอบแบบสอบถามสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 64 ราย (ร้อยละ 58.2) มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 40 – 49 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 32.7) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 40) สถานภาพโสด (ร้อยละ 55.5) รายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 70) และมีผู้ดูแล (ร้อยละ 98.2)

คุณลักษณะของข้อมูลด้านการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกสมอง (ร้อยละ 50.9) ตำแหน่งของพยาธิสภาพของโรคที่พบมากที่สุดคือตำแหน่ง Temporal lobe (ร้อยละ 43.6) การผ่าตัดที่ได้รับมากที่สุดคือ Craniotomy (ร้อยละ 66.4) ยาต้านชักที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเป็นยากันชักชนิดเดียว (ร้อยละ 58.2) ระยะเวลาที่ใช้ยากันชักมีระยะเวลามากกว่า 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 99.1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านชักของกลุ่มตัวอย่าง (N=110)

ระดับคะแนน	จำนวน (ร้อยละ)	ระดับของความร่วมมือในการใช้รับประทานยาต้านชัก
น้อยกว่า 6 คะแนน	(5.5) 6	ระดับไม่ดี
6-7 คะแนน	(17.3) 19	ระดับปานกลาง
มากกว่า 7 คะแนน	85 (77.3)	ระดับดี

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านชักอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 77.3) มีเพียงส่วนน้อยที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านชักในระดับไม่ดี (ร้อยละ 5.5)

ตารางที่ 2 แสดงค่าคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม (N=110)

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

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนค่าเฉลี่ยของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาน้อย และค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดีตามลำดับ

จากตารางที่ 3 พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านชักของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ส่วนการจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยการจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรับประทานยาต้านชักของกลุ่มตัวอย่าง (N=110)

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

* $p < .05$ ** $p < .01$

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.3) มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านชักอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากยากันชักที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเป็นยากันชักชนิดเดียว จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกไม่ยุ่งยากในการทานยา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป ที่บุคลากรสุขภาพ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาแก่ผู้ป่วยในทุกครั้งที่ผู้ป่วยไปรับยาตามนัดทำให้คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านชักอยู่ในระดับดี ผลการศึกษาในครั้งนี้ อาจไม่สามารถเปรียบเทียบกับการศึกษาของผู้อื่นได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านชักในผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมองมาก่อน มีเพียงการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยโรคลมชัก¹⁰ พบว่าความร่วมมือ

ในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยโรคลมชักอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 53.04) และในการศึกษาของ Sweilieh และคณะที่พบว่าความร่วมมือในการใช้ยากันชักของผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.3)¹² ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคลมชักต้องได้ยากันชักรานประมาณ 2 ปีหรือมากกว่า นอกจากนี้ยังมีผลข้างเคียงมากกว่า เช่น ภาวะมีนิ้ง เวียนศีรษะ ง่วงซึมเนื่องจากยาออกฤทธิ์ที่เชลลสมอง ผลกระทบต่อการทำงานของตับและไตเสื่อมลง ผลกระทบด้านความคิด ความจำ สมาธิ ผลด้านน้ำหนักตัวพบทั้งน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือลดลงกว่าปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคลมชัก พบว่าปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากถึงร้อยละ 58.47 อาการที่พบมากที่สุด คือ เหนื่อยอึดอัด คิดเป็นร้อยละ 60.28 ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ¹³

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ อธิบายได้ว่าบุคคลจะตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเมื่อถูกคุกคามจากภาวะความเจ็บป่วยโดยอาศัยประสบการณ์พื้นฐานของแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่จะเผชิญปัญหาหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลที่ได้รับมาจากการสังเกตจากการมีอาการ และข้อมูลที่ได้รับจากบริบททางสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ หลังจากนั้นจะมีการสร้างภาพความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยออกมา 2 แบบ คือ การรับรู้มโนภาพความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด และด้านอารมณ์ ซึ่งจะเกิดควบคู่กันไป¹⁴ เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานที่สำคัญของบุคคล เป็นการตอบสนองในด้านความคิด ความเข้าใจ การตีความหมาย และการตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกต่ออาการชักรวมทั้งการดำเนินชีวิตร่วมกับอาการชัก ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นถึงความสำคัญในการรักษารับประทานยากันชักอย่างถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ใช้รับประทานยาเมื่อมีอาการชัก หรือหยุดรับประทานยาเองเมื่อไม่มีอาการชัก¹⁵ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้ยากันชักเป็นเวลานาน ซึ่งยากันชักแต่ละชนิดมีคุณสมบัติที่ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อร่างกายแตกต่างกัน และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยากันชักไม่สม่ำเสมอเนื่องจากไม่สามารถทนต่ออาการที่เกิดขึ้นได้ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยานี้สามารถเกิดได้กับทุกระบบของร่างกายโดยการออกฤทธิ์ของยาจะขึ้นอยู่กับขนาดและความเข้มข้นของระดับยาในกระแสเลือดอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อย เช่น เวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เป็นต้น¹⁶ ซึ่งหากมีอาการรุนแรง ย่อมส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

การจัดการตนเองไม่มีความความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ การจัดการตนเองเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่สัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วย และสามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง และรวมถึงอารมณ์และสังคมที่เกิดขึ้นจากภาวะการเจ็บป่วยนั้นได้ด้วยตนเอง ตามแนวทางที่ได้รับการรู้จากทีมสุขภาพ ทำให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Smithson และคณะที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการจัดการตนเองดี จะมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง¹⁷ ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ บางครั้งผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองต้องเผชิญกับอาการทางร่างกาย เช่น ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว ความผิดปกติในการสื่อสาร ความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายลดลง อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า¹⁸ ซึ่งจะนำไปสู่ความไม่สม่ำเสมอของการรับประทานยากันชักได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชัก ผลการศึกษพบว่าภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา¹⁹ การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยากันชักของผู้ป่วย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ การสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดความรักใคร่ผูกพันกันระหว่างบุคคล ทำให้ความสัมพันธ์เป็นไปในทางที่ดี²⁰ จะส่งผลให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสภาวะของโรค และให้ความร่วมมือในการรักษาได้ ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยากันชัก คนในครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งเพื่อนจะคอยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา²¹

สรุป

ผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดศัลยกรรมระบบประสาทและสมองมีความร่วมมือในการรับประทานยากันชักอยู่ในระดับดี ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยากันชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ส่วนภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยากันชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

พยาบาลควรส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย อธิบาย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และครอบครัวซักถามข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดงที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการรักษาที่ได้รับ และควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ อาการข้างเคียงของยา การรับประทานยา การปฏิบัติตัวเมื่อลืมนับรับประทานยา เก็บรักษายา และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Nuruckke A. Adult and Gerontological Nursing. Bangkok,2010.
2. Pin-on P, Tojinda L. Antiepileptic drugs in neurosurgical patients. Thai J Anesthesiol 2010;38(2):139-158.
3. Tiamkao S. Epilepsy. North-Eastern Thai J of Neurosci 2019;12(3):27-38.
4. Tiamkao S. Antiepileptic drugs in epilepsy. North-Eastern Thai J of Neurosci 2011;6(3):85-98
5. Ferrari CM, de Sousa RM, Castro LH. Factors associated with treatment non-adherence in patients with epilepsy in Brazil. Seizure 2013; 22(5):384-9.
6. Hovinga C, Asato M, Manjunath R, Wheless J, Phelps S, Sheth R, et al. Association of non-adherence to antiepileptic drugs and seizures, quality of life, and productivity: Survey of patients with epilepsy and physicians. Epilepsy Behav 2008;13:316-22.
7. Osterberg L, Blaschke T. Drug therapy: Adherence to medication. N Engl J Med 2005;353(5):487-97.
8. Olanwat K. Selected factors related to depression in patients with acute coronary syndrome. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science in nursing science, Faculty of nursing, Chulalongkorn University, 2018.
9. Talchue R. Relationships among gender, social support, stigma, self-management, medication adherence, self-efficacy, and depression in adult patients with epilepsy. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science in nursing science, Faculty of nursing, Chulalongkorn University, 2011.
10. Chuaichum C. Selected factors related to medication adherence in epileptic patients. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science in nursing science, Faculty of nursing, Chulalongkorn University, 2012.
11. Buran M. Selected factors related to depression in patients with post acute coronary syndromes. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science in nursing science, Faculty of nursing, Chulalongkorn University, 2005.
12. Sweileh WM, Ihbesheh MS, Jarar IS, Taha AS, Sawalha AF, Zyoud SH, Jamous RM, Morisky DE. Self-reported medication adherence and treatment satisfaction in patients with epilepsy. Epilepsy Behav 2011;21(3):301-5.
13. Lertsinaudom S. Drug related problems. North-Eastern Thai J Neurosci 2008;6(3):65-81
14. Diefenbach MA, Leventhal H. The Common-Sense model of illness representation: Theoretical and Practical Considerations. J Soc Distress Homeless 1996;5(1):11-38.
15. Unyime Eshiet BEaSO. Illness perception is a predictor of medication adherence and health related quality of life in patients living with epilepsy. J Adv Med Pharm Sci 2020;22(2):34-40.
16. Pin-on P, Tojinda L. Antiepileptic drugs in neurosurgical patients. Thai J Anesthesiol 2010; 38(2):139-58.
17. Smithson WH, Hukins D, Buelow JM, Allgar V, Dickson J. Adherence to medicines and self-management of epilepsy: a community-based study. Epilepsy Behav 2013;26(1):109-13.
18. Arsanok A. Selected factors related to quality of life in adult patients with brain tumor. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science in nursing science, Faculty of nursing, Chulalongkorn university, 2006.
19. Reisinger EL, Dilorio C. Individual, seizure-related, and psychosocial predictors of depressive symptoms among people with epilepsy over six months. Epilepsy Behav 2009;15(2):196-201.
20. Weinert C, Brandt PA. Measuring social support with the personal resource questionnaire. West J Nurs Res 1987;9(4):589-602.
21. Chinnaiyan S, Narayana S, Nanjappa VP. Adherence to antiepileptic therapy in adults. J Neurosci Rural Pract 2017;8(3):417-20.

SMJ