



การศึกษาคิดตามการปรับตัวของผู้ป่วยมายาฮีเนีย กราวิส
 หลังจากได้รับการสอนและการพยาบาลในคลินิกประสาทวิทยา โรงพยาบาลรามธิบดี
 (A Follow Up Study of Myasthenic Patient's Adaptability After
 Receiving Planned Instruction and Nursing Care
 in Neurology Clinic, Ramathibodi Hospital)

โดย

นางสาว วารณี คีร์ณวัฒนากุล



LIBRARY
 FACULTY OF SCIENCE
 MAHIDOL UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วฟ

พ.ศ. 2526

จ 4867

2526

ฉ. 2

อธิบดีมหาวิทยาลัย

จาก

นางสมิตาภะวิทวัสสภัสสร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หน้าเสนอ

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาคิดตามการปรับตัวของผู้ป่วยมายาอาสรีเนีย กราวิส
หลังจากได้รับการสอนและกวดพยามาในคลินิกประสาทวิทยา โรงพยาบาลรามารับดี

ซึ่งนับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
ได้เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2526

..... วรณี ธีระวัฒน์มณฑล
(นางสาว วรณี ธีระวัฒน์มณฑล)
ผู้เสนอ

..... วรณี ธีระวัฒน์มณฑล
(อาจารย์ วรณี ธีระวัฒน์มณฑล)
อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

..... วรณี ธีระวัฒน์มณฑล
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ปริศา พัวประสิทธิ์)
อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

..... วรณี ธีระวัฒน์มณฑล
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ เลิศมาลีวงศ์)
อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

..... วรณี ธีระวัฒน์มณฑล
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มันตรี จุลสมัย)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

..... วรณี ธีระวัฒน์มณฑล
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ทวี บุญโชติ)
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี



หน้าอนุมัติ

คณะกรรมการได้ทำการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาติดตามการปรับตัวของผู้ป่วยมาลาเรียเนีย กราวิส
หลังจากได้รับการสอนและการพยาบาลในคลินิกประสาทวิทยา โรงพยาบาลรามาริมที

โดย

นางสาว วารุณี ตีรณวัฒนากุล

เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2526 เห็นสมควรอนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
(อาจารย์ วัลลา ตันตโยทัย)

ประธานกรรมการ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ปริศนา พัวประดิษฐ์)

กรรมการ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์มาลี เลิศมาลีวงศ์)

กรรมการ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เขาวัดเกษม เล่าหะจินดา)

กรรมการ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนินันท์)

กรรมการ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มันตรี จุลสมัย) (รองศาสตราจารย์สมจิต หนูเจริญกุล)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

เรื่อง การศึกษาติดตามการปรับตัวของผู้ป่วยมายาอสีเนีย กราวิส
 หลังจากได้รับการสอนและการพยาบาลในคลินิกประสาทวิทยา
 โรงพยาบาลรามาริปตี

ผู้วิจัย นางสาว วารุณี ตีรณวัฒนากุล

ระดับปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

ภาควิชา พยาบาลศาสตร์

คณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริปตี

ผู้ควบคุมการวิจัย อาจารย์ วัลลา ตันตโยทัย

วันเดือนปีที่สอบ 30 กันยายน 2526

บทคัดย่อ

การให้ความรู้และติดตามช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมายาอสีเนีย กราวิส สามารถปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม เป็นกิจกรรมพยาบาลที่มีความสำคัญอย่างหนึ่ง การวิจัยครั้งนี้จึงได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของการปรับตัวต่อสภาพโรคที่เป็นอยู่ ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน ตลอดจนภาวะของโรคของผู้ป่วยมายาอสีเนีย กราวิส ภายหลังได้รับการสอนและการพยาบาล ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับภาวะของโรค ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับการปรับตัว ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของโรคและการปรับตัวของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาล และศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังได้รับการสอนและการพยาบาล ข้อมูลที่นำมาศึกษาได้จากผู้ป่วยมายาอสีเนีย กราวิส จำนวน 24 ราย ที่มารับบริการจากคลินิกประสาทวิทยา โรงพยาบาลรามาริปตี ตั้งแต่วันที่ 14 เมษายน - 4 กันยายน 2526 โดยเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ในการศึกษาได้วัดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนของผู้ป่วย 2 ครั้ง คือ เมื่อก่อนสอนและในเดือนที่ 3 หลังได้รับการ

สอนและการพยาบาล และได้ติดตามประเมินภาวะของโรค ตลอดจนสัมภาษณ์และ
ประเมินการปรับตัวและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งให้คำแนะนำ
สนับสนุน และให้กำลังใจในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นทุก 1 เดือน เป็นเวลา 3 เดือน

ผลการวิจัยพบว่า (1) หลังได้รับการสอนและการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถ
ปรับตัวต่อสภาพโรคที่เป็นอยู่ และมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนที่ขึ้นอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 (2) ในเดือนที่ 1 และ 3 ภายหลัง
ได้รับการสอนและการพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะของโรคที่ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 ส่วนในเดือนที่ 2 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 (3) ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับภาวะ
ของโรคของผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาล (4) ไม่มีความ
สัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับการปรับตัวก่อนได้รับการสอน
แต่มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเดือนที่ 3 หลัง
ได้รับการสอนและการพยาบาล (5) มีความสัมพันธ์กันทางบวกระหว่างภาวะของโรค
กับการปรับตัวทั้งก่อนและหลังได้รับการสอน และการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 (6) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังได้รับการสอนและ
การพยาบาล พบว่าในเดือนที่ 1 และ 3 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจมีจำนวนมาก
ที่สุด ส่วนในเดือนที่ 2 ผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะของโรคเลวลงมีจำนวนมากที่สุด



Thesis Title : A Follow Up Study of Myasthenic Patient's
Adaptability After Receiving Planned
Instruction and Nursing Care in Neurology
Clinic, Ramathibodi Hospital

Author : Miss Warunee Teronavatanakul

Degree : Master of Science

Department : Department of Nursing

Faculty : Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital

Major Advisor : Mrs. Valla Tantayotai

Date of Graduation : September 30, 1983

Abstract

Patient education and nursing care aimed at promoting patients' adaptation are the important part of quality nursing care of patients with myasthenia gravis. The purposes of this study were (1) to evaluate the adaptability to the illness, the knowledge and the state of the disease in myasthenic patients before and after receiving planned instruction and nursing care (2) to study the relationship between the knowledge and the state of the disease, the relationship between the knowledge and the adaptability to the illness and the relationship between the state of the disease and the adaptability to the illness in myasthenic patients before and after receiving planned instruction and nursing care (3) to assess

the related problems of adaptation after receiving planned instruction and nursing care. Twenty four myasthenic outpatients of Neurology Clinic, Ramathibodi Hospital were selected by the purposive sampling technique. The Knowledge about myasthenia gravis was assessed twice, before and on the 3rd month after the instruction and nursing care. The condition of the myasthenic gravis, the adaptability to the illness and the patients' problems were assessed monthly for a period of three months. The present study showed that (1) after receiving planned instruction and nursing care, the adaptability of the patients to the illness as well as the patients' knowledge about myasthenia gravis had improved ($P < .05$, $.01$ and $.001$) (2) on the 1st and 3rd month after the instruction and nursing care, a number of the patients showed improvement of the myasthenic symptoms and signs ($P < .05$), but the change was not significant on the 2nd month ($P > .05$) (3) there was no significant correlation between the patients' knowledge and the state of the disease, both before and after the instruction and nursing care (4) there was no significant correlation between the patients' knowledge and the patients' adaptability before the instruction, but there was statistically significant positive correlation on the 3rd month after the instruction and nursing care ($P < .05$) (5) there was statistically significant positive correlation between the state of the disease and the

patients' adaptability, both before and after the instruction and nursing care ($P < .05$) (6) on the 1st and 3rd month after the instruction and nursing care, the related problems of adaptation which found most was economic problem, and the deterioration of patients' clinical condition was found most on the 2nd month.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาว วารุณี คีรณวัฒนากุล
สถานที่เกิด จังหวัดลำปาง
ประวัติการศึกษา ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2522



กิติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความอนุเคราะห์จากหลายท่าน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ วลดา คันทโยทัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มาลี เลิศมาลีวงศ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ ปรีดา พัวประดิษฐ์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำให้กำลังใจ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และช่วยแก้ไขข้อบกพร่องของการวิจัยครั้งนี้จนลุล่วงไปด้วยดี

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์ อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ ประเสริฐ บุญเกิด ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง รวิพรรณ วิฑูรพัฒนชัย รองศาสตราจารย์ สมจิต หนูเจริญกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศรี บุญทอง อาจารย์ ดร. กอบกุล พันธเจริญวรกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธ์ รวมทั้ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศรี ระเบียบ ที่กรุณาช่วยตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอกราบขอบพระคุณ หัตถ์แพทย์หญิง เจือจันทน์ คงศักดิ์ หัวหน้าแผนกทันตกรรม ที่กรุณาให้ใช้ห้องประชุมของแผนกทันตกรรมในการสอนผู้ป่วย

ขอขอบพระคุณ คุณอำไพ ยุติธรรม คุณสุรางค์ สิงหนาท คุณกุลชลธิ์ ไชยนันตา คุณมาลี สุจิรพัฒน์พงษ์ คุณมัลลิกา ตั้งเจริญ เจ้าหน้าที่หน่วยศึกษาศาสตร์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่แผนกตรวจอายุรกรรม และเจ้าหน้าที่หน่วยประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ได้มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับทุนอุดหนุนจากรายได้ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วารุณี ตีรณวัฒนากุล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
ประวัติส่วนตัว	ด
กิจกรรมประกาศ	ช
สารบัญตาราง	ช
บทที่	
1 บทนำ	1
2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	51
5 อภิปรายผล	73
6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	85
บรรณานุกรม	89
ภาคผนวก	100

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

1	แสดงถึงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การรักษาพยาบาล ชนิดของมายาสีนิเีย กราวิส ระยะเวลาที่ เป็นโรค โรคอื่นที่มีร่วมด้วย การรักษาที่ได้รับและยาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน.....	52
2	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับ ตัวโดยส่วนรวมและในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่างระหว่าง ก่อนได้รับการสอนและในเคเอนที่ 1 หลังได้รับการสอน และการพยาบาล.....	56
3	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับ ตัวโดยส่วนรวมและในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่างระหว่าง ก่อนได้รับการสอนและในเคเอนที่ 2 หลังได้รับการสอนและ การพยาบาล.....	58
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับ ตัวโดยส่วนรวมและในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่างระหว่าง ก่อนได้รับการสอนและในเคเอนที่ 3 หลังได้รับการสอนและ การพยาบาล.....	60

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่

หน้า

- 5 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีคะแนนการปรับตัวเปลี่ยนแปลง
ไปจากเมื่อก่อนได้รับการสอนและในเคสที่ 1,2 และ 3
หลังได้รับการสอนและการพยาบาลด้วยแมคนีมาร์..... 61
- 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้
เรื่องโรคและการปฏิบัติตนทั้งหมด และในแต่ละเรื่องของ
กลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนได้รับการสอนและหลังได้รับการ
สอนและการพยาบาลในเคสที่ 3..... 63
- 7 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะของโรคทั้งหมด
เปลี่ยนไปจากเมื่อก่อนได้รับการสอน และในเคสที่ 1,2
และ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาลด้วยแมคนีมาร์..... 64
- 8 แสดงถึงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วย ที่มีการเปลี่ยนแปลง
ชนิดและขนาดของยาที่ใช้รักษาจากเมื่อก่อนได้รับการสอน
ในเคสที่ 1,2 และ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล..... 65
- 9 แสดงถึงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วย ที่มีการเปลี่ยนแปลง
ชนิดและขนาดของยาที่ใช้รักษาเมื่อก่อนได้รับการสอน ในเคส
ที่ 1,2 และ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล โดย
จำแนกตามการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภาวะของโรคมายาส
ธีเนีย กราวิส..... 67

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่

หน้า

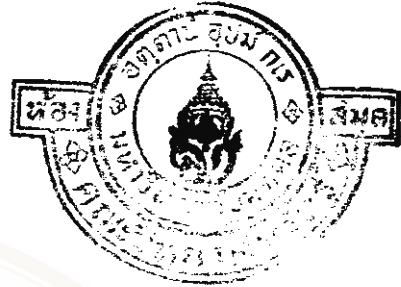
10	แสดงถึงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน คะแนนภาวะของโรคและคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วย ทั้งเมื่อก่อนได้รับการสอนและในตอนที่ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล.....	68
11	แสดงถึงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนระหว่างคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน คะแนนภาวะของโรคและคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วย เมื่อก่อนได้รับการสอนและการพยาบาล.....	69
12	แสดงถึงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนระหว่างคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน คะแนนภาวะของโรคและคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วย ในตอนที่ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล.....	70
13	แสดงถึงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีและไม่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว ในตอนที่ 1 2 และ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล.....	72
14	แสดงถึงคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งวัดเมื่อก่อนได้รับการสอน และในตอนที่ 1 2 และ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล.....	129

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
15	แสดงถึงคะแนนการปรับตัวด้านสรีรวิทยาของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งวัดเมื่อก่อนได้รับการสอน และในเดือนที่ 1 2 และ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล.....	130
16	แสดงถึงคะแนนการปรับตัวด้านมโนทัศน์แห่งตนของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งวัดเมื่อก่อนได้รับการสอน และในเดือนที่ 1 2 และ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล.....	131
17	แสดงถึงคะแนนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งวัดเมื่อก่อนได้รับการสอนและการพยาบาล.....	132
18	แสดงถึงคะแนนการปรับตัวด้านความสัมพันธ์เกี่ยวกับผู้อื่น ซึ่งวัดเมื่อก่อนได้รับการสอน และในเดือนที่ 1 2 และ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล.....	133
19	แสดงถึงคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งวัดเมื่อก่อนได้รับการสอน และในเดือนที่ 1 2 และ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล.....	134
20	แสดงถึงคะแนนภาวะของโรคของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งวัด เมื่อก่อนได้รับการสอน และในเดือนที่ 1 2 และ 3 หลัง ได้รับการสอนและการพยาบาล.....	135

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มายาสซีเนีย กราวิส (Myasthenia Gravis) เป็นโรคที่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ โดยมีลักษณะเฉพาะคือ มีระยะที่โรคสงบ (Remission) และระยะที่โรคกำเริบ (Relapse or Exacerbation) เป็นระยะ ๆ ซึ่งช่วงเวลาของแต่ละระยะก็ไม่แน่นอนอาจจะเป็นเดือนหรือเป็นปี ในปัจจุบันพบว่ามีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคนี้ไม่น้อย ในสหรัฐอเมริกาพบ 1 ใน 10,000 - 40,000 ราย และพบมากในผู้หญิงช่วงอายุ 20-50 ปี ส่วนผู้ชายพบน้อยกว่าและมักพบในอายุมากกว่า 50 ปี¹ ในอังกฤษพบ 1 ใน 20,000 ราย² ส่วนในประเทศไทย จากข้อมูลของสมาคมทีกสถิติผู้ป่วยของแผนกตรวจอายุรกรรมและสมาคมทีกของคลินิกโรคทางระบบประสาทของหน่วยประสาทวิทยา พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการเดือนละประมาณ 16 ถึง 27 ราย ในจำนวนนี้มีบางรายที่มารับบริการเดือนละ 2-3 ครั้ง ส่วนที่แผนกผู้ป่วยใน จากข้อมูลของแผนกเวชสถิติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ คือ จำนวน 12 ราย

¹ Lorraine Judson Carbery, "Myasthenia Gravis : The My. sterious Masquerader," Journal of Practical Nursing, Vol.30, No.10 (October, 1980), 21.

² Joan Sneddon, "Myasthenia Gravis : A Study of Social, Medical and Emotional Problems in 26 Patients," Lancet, Vol.1, No.8167 (March, 1980), 526.

ตั้งแต่ปี 2520 และเพิ่มขึ้นเป็น 43 รายในปี 2524 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยบางรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีละ 2-6 ครั้ง

ด้วยเหตุที่มายาฮาสิเนีย กราวิส เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาให้หายขาดไม่ได้ มีลักษณะการดำเนินโรคที่มีอาการสงบและกำเริบเป็นระยะ ๆ แม้ว่าจะสามารถควบคุมได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ แต่ก็มักไม่ได้อย่างถาวร ประกอบกับลักษณะของโรคที่มีอาการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจไป และบางครั้งก็เป็นการยากที่คนอื่นจะตระหนักและเข้าใจถึงอาการอ่อนแรงและความไม่สุขสบายที่ผู้ป่วยมี เนื่องจากโรคนี้จะมีพยาธิสภาพแต่เฉพาะกล้ามเนื้อโครงร่างเท่านั้น เช่น มีอาการหนังตาตก เห็นภาพซ้อน พูดตะกุกตะกักและไม่ชัด รู้สึกแขนขาหนัก ๆ ยกแขนไม่ค่อยขึ้นและเดินไม่ค่อยไหว แต่สภาพจิตใจและระบบประสาทสัมผัสอื่น ๆ นั้นยังคงปกติทุกอย่าง ดังนั้นจึงต้องมีการปรับตัวอย่างมากเพื่อให้เข้ากับสภาพโรคที่จำกัดและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จากประสบการณ์ที่ผู้วิจัยได้ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมมา 2 ปี และจากการที่ได้ศึกษาและดูแลผู้ป่วยมายาฮาสิเนีย กราวิส 4 รายที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดีระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง กันยายน 2525 พบว่าส่วนมากผู้ป่วยมีปัญหาดังต่อไปนี้

1. ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและวิธีปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการควบคุมโรค ผู้ป่วยบางรายไม่ทราบว่าตนเป็นโรคอะไร และได้รับการรักษาอย่างไร บางรายเลิกรับประทานยาไปเองหรือลดขนาดยาลงเมื่อมียาเหลือไม่พอ และบางรายก็ซื้อยาชุดมารับประทานเองเมื่อเป็นไข้หวัด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อาการของผู้ป่วยเลวลง

2. เกิดปัญหาการติดเชื้อ โดยเฉพาะของระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory failure) และเกิดภาวะวิกฤต (myasthenic crisis) ตามมาบ่อย ๆ

3. ไม่ปฏิบัติตามในเรื่องที่จำเป็นต่อการควบคุมโรคอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การรับประทานยาและมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยบางรายหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ได้

รับคำแนะนำจากแพทย์ ไม่มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และเปลี่ยนแพทย์ที่ทำการรักษาน้อย ๆ

4. ต้องเข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาล เนื่องจากปัญหาการควบคุมโรคไม่ได้ดีหรือมีการติดเชื้อ บางรายต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปีละ 4-6 ครั้ง การเข้าอยู่โรงพยาบาลในแต่ละครั้งมักจะต้องอยู่นานเป็นเวลาหลายวันจนถึงหลายเดือน และบางรายต้องเจาะคอเพื่อช่วยรักษาชีวิตไว้

5. ครอบครัว ซึ่งเป็นระบบเกื้อหนุนคำจูงผู้ป่วยที่สำคัญ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเนื่องจากสามีและบุตร ไม่ยอมให้ผู้ป่วยทำงานอะไรเลยเพราะกลัวโรคจะเลวลง แม้ว่าจะเป็นงานเพียงเล็กน้อยที่ผู้ป่วยเห็นว่าสามารถจะทำได้ และให้ผู้ป่วยไปอาศัยอยู่กับเพื่อนสนิทเพื่อให้หลีกเลี่ยงจากสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียบทบาทของความเป็นมารดา ภรรยาและแม่บ้านไป ซึ่งบทบาทเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ได้พัฒนาความเป็นตัวของตัวเองในการที่จะมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น¹ ดังนั้นเมื่อเกิดความขัดแย้งในบทบาทขึ้น ย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจขึ้น และผู้ป่วยบางรายก็มีปัญหาเนื่องจากสามีไม่ยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ต้องการการการนอนพักเป็นระยะ ๆ และไม่สามารถทำงานหนักในระยะเวลาสั้นได้

6. การปรับตัวกับสภาพโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยบางรายรู้สึกเบื่อหน่ายตนเองที่มีข้อจำกัดในการทำงาน และไม่สามารถรับผิดชอบงานได้เช่นเดิม ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายต่อแท่นในชีวิตและรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไม่เป็นที่ต้องการของสังคม และผู้ป่วยบางรายก็รู้สึกคับข้องใจที่ไม่สามารถแสดงบทบาทได้เช่นเดิม เนื่องจากข้อจำกัดจากโรคที่เป็นอยู่

¹Frances, Monet Carter. Psychosocial Nursing (2nd ed. New York : Macmillan Publishing Co. Inc., 1976), p.68.

7. มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากยาที่ใช้รักษามีราคาแพง ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ และไม่สามารถเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการตรวจและการรักษาได้ด้วยตนเอง จึงต้องพึ่งหน่วยงานที่ช่วยเหลือของโรงพยาบาลอยู่บ่อย ๆ ซึ่งในบางครั้งหน่วยงานนี้ก็ขาดความเข้าใจในปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดความท้อถอย เลิกมารับการรักษากลางคันหรือเปลี่ยนไปรักษาเองด้วยวิธีที่ไม่ถูกต้อง เช่น หมอหรือพระกลางบ้าน เพราะเสียค่าใช้จ่ายถูกกว่า

ปัญหาดัง ๆ ดังกล่าวนี้น่าจะมีสาเหตุเนื่องมาจากปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ผู้วิจัยคิดว่าบริการด้านการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน อาจจะยังไม่ครอบคลุมในสิ่งจำเป็นสำหรับช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับโรคเรื้อรังและจำกัดนี้ได้อย่างเหมาะสม และจากประสบการณ์ที่ผู้วิจัยได้พบเห็นบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยมาขอปรึกษา กราฟิสิกส์ได้รับนั้น พบว่าส่วนใหญ่มักจะให้บริการตามปัญหาและเหตุการณ์เฉพาะหน้าของผู้ป่วย และมีวิธีแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และแต่ละสถานที่ที่ให้บริการนั้น ส่วนเรื่องการสอนและติดตามให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวกับโรคที่เกิดขึ้นนั้น พบว่า

ในแผนกผู้ป่วยในพยาบาลประจำการมักจะไม่มีเวลาสำหรับการสอนและติดตามปัญหาของผู้ป่วย และถ้ามีการสอนเกิดขึ้นก็มักจะเป็นกิจกรรมหลังกิจกรรมอื่น ๆ และเป็นแบบไม่เป็นทางการ ไม่มีการวางแผนเนื้อหาการสอนและติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยที่แน่นอน และแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับระดับความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ในการทำงานตลอดจนความสามารถและทักษะของพยาบาลแต่ละคน นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายที่มีบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาลในหอผู้ป่วย พยาบาลในหน่วยประสานงานระหว่างบ้านและโรงพยาบาล นักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาแพทย์ มาให้การดูแล อาจจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือที่แตกต่างกัน ตามระดับความรู้ความเข้าใจ ความสามารถและ

ทักษะของเจ้าหน้าที่แต่ละคน ซึ่งอาจจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และเกิดความเข้าใจที่แตกต่างกัน และอาจทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติขึ้นได้

ในแผนกผู้ป่วยนอก ยังไม่มีการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนที่เหมาะสม และไม่มีการติดตามให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัว การสอนที่เกิดขึ้นในบางครั้งนั้นอาจจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด และอาจจะมีการให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตนตามปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น ซึ่งในบางครั้งก็ยังไม่ชัดเจนละเอียดในส่วนที่จำเป็น ส่วนการประเมินปัญหาอื่น ๆ ของผู้ป่วยนั้นก็น้อยมาก และแพทย์เองก็มีเวลาสำหรับให้คำแนะนำหรือให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ น้อย

การที่ผู้ป่วยจะสามารถเผชิญต่อภาวะเครียดได้นั้น จะต้องอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 อย่างคือ การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง มีระบบเกื้อหนุน คำจุนที่เพียงพอ และมีกลไกในการปรับตัวที่เหมาะสม¹ การสอนผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคที่เป็นอยู่อย่างถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ลดความกลัวและความวิตกกังวลจากสิ่งที่ยังผู้ป่วยคิดเอาเองโดยไม่ถูกต้อง และให้ความร่วมมือต่อการรักษาพยาบาล พยาบาลเป็นผู้หนึ่งที่มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่ได้ โรวาทซ์ (Hrovath)² สนับสนุนว่าการที่พยาบาลมีความรู้ความสามารถและทักษะในการสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ

¹สมจิต หนูเจริญกุล, "การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตของชีวิต," วารสารพยาบาล, ปีที่ 29, ฉบับที่ 2 (เมษายน, 2523), 99.

²Monica Hrovath, "Myasthenia Gravis : A Nursing Approach," Journal of Neurosurgical Nursing, Vol.14, No.1 (February, 1982), 11-12.

โรคที่เป็นอยู่อย่างถูกต้องตามระดับความเข้าใจของผู้ป่วยแต่ละรายแล้ว ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและสามารถเผชิญกับสภาพโรคที่จำกันี้ได้อย่างเหมาะสมและดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นบุคคลสำคัญหนึ่งในระบบเกื้อหนุนคำจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะเครียดและผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้โดยการประเมินและค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วย ให้คำปรึกษา แนะนำและชี้แนะแนวทางในการแก้ปัญหา ตลอดจนสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างเข้มแข็ง อีกทั้งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้วิธีการตอบสนองต่อภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม และการที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ย่อมจะช่วยลดภาวะเครียดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในที่สุดจะมีผลให้ภาวะของโรคดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ พี่พวูงอื่นน้อยลงและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ไวส์แมน (Weisman)¹ ได้ทำการศึกษาติดตามผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ขอรายละเอียดเพิ่มขึ้น พูดคุยกับผู้อื่นเพื่อระบายความเครียดที่มีอยู่ ยอมรับสภาพของตนเองและพยายามหางานที่ชอบทำ หาแนวทางที่จะปฏิบัติจากผู้รู้กว่า และพยายามทำตาม มักจะมีความสามารถที่จะเผชิญกับสภาพของโรคที่เป็นอยู่ได้ดี จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในด้านการปรับตัว ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน ตลอดจนภาวะของโรค หลังจากได้รับการสอนและติดตามให้การพยาบาล ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติให้สามารถเผชิญต่อภาวะเครียดและสามารถปรับตัวกับสภาพโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม

¹ Avery D. Weisman, "Coping with Illness," Handbook of General Hospital Psychiatry, Edited by Hackett and Cassem (Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1978), p.264-275.

วัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อศึกษาถึง

1. ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยมายาอาสซีเนีย กราวิส ทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาล
 2. ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยมายาอาสซีเนีย กราวิส ทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาล
 3. ภาวะของโรคของผู้ป่วยมายาอาสซีเนีย กราวิส ทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาล
 4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับภาวะของโรค ทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาล
 5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับการปรับตัว ทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาล
 6. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของโรคกับการปรับตัว ทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาล
 7. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว ภายหลังได้รับการสอนและการพยาบาล
- สมมติฐานในการวิจัย

1. หลังได้รับการสอนและการพยาบาลแล้ว
 - 1.1 คะแนนการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งโดยส่วนรวมและในแต่ละด้านจะสูงกว่าก่อนได้รับ
 - 1.2 จำนวนผู้ป่วยที่มีการปรับตัวดีขึ้นมีมากกว่าผู้ป่วยที่มีการปรับตัวเลวลง
 - 1.3 ผู้ป่วยจะมีความรู้เรื่องโรคทั้งหมดและในแต่ละเรื่อง สูงกว่าก่อนได้รับ
 - 1.4 จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคดีขึ้น จะมีมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคเลวลง

2. มีความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับภาวะของโรคของผู้ป่วยมายาสีห์เนีย กราวิส ทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาล

3. มีความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับการปรับตัวของผู้ป่วยมายาสีห์เนีย กราวิส ทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาล

4. มีความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างภาวะของโรคกับการปรับตัวของผู้ป่วยมายาสีห์เนีย กราวิส ทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพได้ทราบถึงปัญหาในการปรับตัวกับโรคที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยมายาสีห์เนีย กราวิส

2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพในการให้ความรู้และคำแนะนำที่ควรปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมได้อย่างเหมาะสม

3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการประเมินปัญหาการปรับตัวของผู้ป่วยมายาสีห์เนีย กราวิส และวางแผนการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม

4. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยมายาสีห์เนีย กราวิส และโรคเรื้อรังต่าง ๆ ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาคิดตามการปรับตัวของผู้ป่วยมายาสีห์เนีย กราวิส หลังจากได้รับการสอนและการพยาบาล ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เนื้อหาสำหรับสอนผู้ป่วยเรื่องโรคและการปฏิบัติตนแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน เกณฑ์ประเมินภาวะของโรคและเกณฑ์

ประเมินการปรับตัวขึ้นมาเอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกประสาทวิทยา โรงพยาบาลรามารับดี ระหว่างเดือนเมษายน ถึงกันยายน 2526 จำนวน 24 ราย

ความไม่สมบูรณ์ของการวิจัย

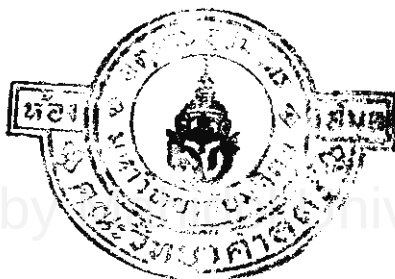
1. ผู้วิจัยไม่อาจควบคุมการสอนหรือการแนะนำผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่พบผู้ป่วยได้
2. การที่กำหนดเวลาในการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยหลังจากได้รับการตรวจจากแพทย์ ผู้ป่วยอาจมีความพร้อมของสภาพร่างกายและจิตใจไม่เท่ากัน

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. คำตอบที่ได้จากผู้ป่วยในแบบทดสอบและสัมภาษณ์ เป็นคำตอบที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย
2. การปรับตัวสามารถวัดได้ด้วยการสัมภาษณ์ตามเกณฑ์ประเมินที่สร้างขึ้น
3. ข้อความที่บันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นหรือบ่งบอกถึงสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย

คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

การปรับตัว หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งภายนอกและภายใน เกี่ยวกับพฤติกรรมปรับตัวตามความต้องการด้านสรีรวิทยา ด้านมโนทัศน์แห่งตน ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้อื่น โดยวัดได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามเกณฑ์ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยมายาอาส-ชีเนีย กราวิส



พฤติกรรมการปรับตัวตามความต้องการด้านสรีรวิทยา หมายถึง พฤติกรรมตอบสนองตามความต้องการปฐมภูมิ ได้แก่ ความต้องการทางด้านการออกกำลังกาย และการพักผ่อน อาหาร การขับถ่าย น้ำและเกลือแร่ ออกซิเจน การไหลเวียนของโลหิต และการรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย

พฤติกรรมการปรับตัวด้านมโนทัศน์แห่งตน หมายถึง พฤติกรรมตอบสนองตามความรู้สึกก็นึกคิดที่ผู้ป่วยมีต่อตนเองเกี่ยวกับด้านร่างกาย (physical self) ด้านส่วนบุคคล (personal self) ซึ่งประกอบด้วยด้านศีลธรรม-จรรยา ด้านความมั่นคงอันเกิดจากความเสมอตนเสมอปลาย ด้านปณิธานและความคาดหวังที่ตนมี และด้านคุณค่าและความสำคัญ

พฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ หมายถึง พฤติกรรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ที่ผู้ป่วยมีต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมในการมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคมและการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น

พฤติกรรมการปรับตัวด้านความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้อื่น หมายถึง พฤติกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัว และ/หรือบุคคลอื่น

การสอนผู้ป่วยมายาสีเนีย กราวิส อย่างมีระบบ หมายถึง การสอนผู้ป่วยมายาสีเนีย กราวิส อย่างเป็นทางการเกี่ยวกับลักษณะ สาเหตุและอาการของโรค การควบคุมรักษาโรคและยา ปัจจัยที่ส่งเสริมให้อาการเลวลง และการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคที่ต้อง โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สอนผู้ป่วยเป็นกลุ่ม ละไม่เกิน 10 คน ในห้องที่เป็นสัดส่วน และใช้เวลาในการสอนประมาณ 25-30 นาที

การพยาบาลผู้ป่วยมายาสีเนีย กราวิส หมายถึง การพบผู้ป่วยเมื่อมารับการตรวจเพื่อประเมินและค้นหาปัญหาในการปรับตัวเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย หลังจากนั้นจะให้คำปรึกษา แนะนำ และชี้แนะแนวทางในการแก้ปัญหา สนับสนุนและให้กำลังใจ

ผู้ป่วยในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งไปขอความช่วยเหลือจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เหมาะสม เช่น แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ หน่วยประสานงานระหว่างบ้านและโรงพยาบาล โดยจะติดตามผู้ป่วยทุกเดือนเป็นจำนวนทั้งหมด 3 ครั้ง

ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน หมายถึง ความรู้ของผู้ป่วยมายาฮัสซีเนีย กราวิส เกี่ยวกับลักษณะ สาเหตุและอาการของโรค การควบคุมรักษาโรคและยาปัจจัยส่งเสริมให้อาการกำเริบขึ้นและการปฏิบัติตนในการควบคุมโรค ซึ่งวัดโดยแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยมายาฮัสซีเนีย กราวิส

ภาวะของโรค หมายถึง สภาพความเจ็บป่วยเนื่องจากโรคมายาฮัสซีเนีย กราวิส ที่มีผลทำให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ โดยประเมินจากความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรม (functional ability) เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การพูด การทำงานและการทำกิจวัตรประจำวัน และกำลังของกล้ามเนื้อ (muscle power) ได้แก่ กล้ามเนื้อขา กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของขา กล้ามเนื้อสเตอร์โนไคลโคมาสคอยด์ กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการกางแขนและกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการงอของสะโพก ซึ่งประเมินจากเกณฑ์ประเมินภาวะของโรคของผู้ป่วยมายาฮัสซีเนีย กราวิส

บททวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มายาอัสทีเนีย กราวิส เป็นโรคของออโตอิมมูน (autoimmune disease) ชนิดหนึ่ง^{1,2} ซึ่งมีการนำสื่อที่ช่องว่างระหว่างปลายประสาทและกล้ามเนื้อผิดปกติ และเชื่อว่าความผิดปกติอยู่ที่ โพล์ ซินแนปติก เมมเบรน (post-synaptic membrane) ซึ่งมี อิมมูรอล อะซีไธลโคลีน รีเซพเตอร์ แอนติบอดี้ (humoral-acetylcholine receptor antibodies) มาเกาะที่อะซีไธลโคลีน รีเซพเตอร์ (acetylcholine receptors)³ และเมื่อไม่นานมานี้มีผู้พบว่า จำนวนอะซีไธลโคลีน รีเซพเตอร์ในกล้ามเนื้อของผู้ป่วยมายาอัสทีเนีย กราวิส มีน้อยกว่าในกล้ามเนื้อคนปกติร้อยละ 70 ถึง 89 ความรู้ดังกล่าวเป็นผลจากการนำเอา แอลฟา บังกาโรทอกซิน (alpha-bungarotoxin) หรือพิษของงูสามเหลี่ยมมาจับยวดยกับมันคาฟรังส์ (¹²⁵I) ซึ่งมีฤทธิ์ไปเกาะที่อะซีไธลโคลีน รีเซพเตอร์ ไปใช้ในการศึกษา⁴ และจากการศึกษาดังกล่าวยังสรุปได้ว่า

¹Andrew S. Wechsler and C. Warren Olanow, "Myasthenia Gravis," Surgical Clinics of North America, Vol.60, No.4 (August, 1980), 931.

²Daniel B. Drachman, "Myasthenia Gravis," The New England Journal of Medicine, Vol.298, No.3 (January, 1978), 136.

³Wechsler and Olanow, Op.cit.

⁴อรุณสิทธิ์ เวชชาชีวะ, "ภาวะแปรปรวนของการนำสื่อที่ช่องว่างระหว่างปลายประสาทและกล้ามเนื้อ," รวมาริบัติเวชสาร, ปีที่ 2, ฉบับที่ 2 (เมษายน - มิถุนายน, 2522), 114.

มีการเสื่อมสลายของโพสซินแนพติก โฟลด์ (postsynaptic folds) และช่องว่างระหว่างรอยต่อ (synaptic space) กว้างขึ้น¹ นอกจากนี้ยังมีการตรวจพบแอนติบอดีที่กีดขวางในผู้ป่วยมายาฮาสิเนีย ชนิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงทั่วไปถึงร้อยละ 85 - 90 และในผู้ป่วยมายาฮาสิเนียที่เป็นเฉพาะตาร้อยละ 75 และจากการศึกษาการตอบสนองของแอนติบอดีต่อการรักษาด้วยการผ่าตัดคอมมิชชัน และยาพวกกลูโคคอร์ติโคสเตียรอยด์ ก็พบว่าระดับแอนติบอดีในซีรัมลดลงเรื่อย ๆ² จากการศึกษาของ จอห์นและคณะ (John, et al)³ ในผู้ป่วย 82 ราย พบว่ามีแอนติบอดีนี้ ในซีรัมของผู้ป่วยมายาฮาสิเนียมากกว่าร้อยละ 80 และระดับแอนติบอดีนี้จะสัมพันธ์กับ HLA-B₈ แอนติเจน โดยจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของโรค แต่จะไม่เพิ่มตามอายุที่เริ่มเป็นโรค และการเกิดเนื้องอกของคอมมิชชัน (thymoma) หรือวิธีการรักษา เขาจึงเชื่อว่ายีนส์ที่อยู่กับส่วนของ HLA-B₈ มีส่วนในการควบคุมการตอบสนองทางฮูมอรัล (humoral) ต่อแอนติเจนที่เกิดขึ้นต่อตนเอง (autoantigens) และยังมีการตรวจพบอิมมูโนโกลบูลิน จี (IgG) และส่วนประกอบของคอมพลีเมนต์ชนิด C₃ ทั้งที่มอเตอร์ เอนเพลท (motor endplate) และบริเวณเนื้อเยื่อของซินแนพติก เคลฟต์ (synaptic clefts)⁴

¹David Grob, "Cause of Weakness in Myasthenia Gravis," The New England Journal of Medicine, Vol.294, No.13 (March, 1976), 722-723.

²Angela Vincent and John Newsom-Davis, "Anti-acetylcholine receptor antibodies," Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, Vol.43, No.7 (July, 1980), 590-598.

³John Keesey, et al, "Arch Receptor Ab Titer and HLA-B₈ Ag in Myasthenia Gravis," Archieve Neurology, Vol.39, No.2 (February, 1982), 73-77.

⁴Stanton B. Elias, "Current Concepts of Pathogenesis and Treatment of Myasthenia Gravis," Medical Clinics of North America, Vol.63, No.4 (July, 1979), 747.

ความผิดปกติทางภูมิคุ้มกันในโรคมาลาเลียเนียไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะทางค่านิยมออรอลเท่านั้น แต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตอบสนองของภูมิคุ้มที่อาศัยเซลล์เป็นสื่อ (cell-mediated immune response) ด้วย โดยการตรวจพบการรวมกลุ่มของเม็ดโลหิตขาว (lymphorrhages) ในกล้ามเนื้อลาย และพบว่ามี ที ลิมโฟไซท์ (T-Lymphocytes) ลดน้อยลง และมีชนิด บี ลิมโฟไซท์ (B-Lymphocytes) เพิ่มขึ้นกว่าปกติ และ บี ลิมโฟไซท์ก็ไปรวมกันอยู่ที่เมดูลลารี ฟอลลิเคิลส์ (medullary follicles)¹ มอร์ริส (Morris)² ได้รายงานไว้ว่า โรคนี้เกิดขึ้นได้กับทุกเชื้อชาติ โดยมีอัตราการเกิดประมาณ 1 : 10,000 ถึง 1 : 20,000 พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายสองเท่า แต่อัตราความถี่ของการเกิดในผู้หญิง : ผู้ชาย จะเปลี่ยนเป็น 4.5 : 1 ในคนอายุน้อยกว่า 30 ปี และเฉลี่ยเท่ากันหรือมีชายมากกว่าเล็กน้อยในคนอายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป ในต่างประเทศพบว่าร้อยละ 5 ของผู้ป่วยโรคนี้มีโรคต่อมธัยรอยด์เป็นพิษร่วมด้วย³ และในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยมาลาเลียเนีย ร้อยละ 10-15 มีโรคต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ และบางรายมีต่อมธัยรอยด์โตแต่ไม่เป็นพิษ⁴

¹อรรถสิทธิ์, เรื่องเดิม, หน้า 114-115.

²Jacqueline Morris, "Thymectomy : A Recommended Procedure for Myasthenia Gravis," Journal of Neurosurgical Nursing, Vol.13, No.5 (October, 1981), 229.

³James B. Wyngaarden and Lloyd H. Smith, Cecil Textbook of Medicine. (16th ed, Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1982), p.2181.

⁴อรรถสิทธิ์, เรื่องเดิม, หน้า 113.

อาการอ่อนแรงผิดปกติของกล้ามเนื้อ พบบ่อยที่สุดที่กล้ามเนื้อตา ซึ่งพบได้ร้อยละ 90 ผู้ป่วยจะมีอาการลืมตาลำบาก มองเห็นภาพเป็นสองและมีอาการตามัว อาการหนังตาตกอาจจะเป็นข้างเดียว สองข้าง หรือเป็นสลับข้างก็ได้ นอกจากนั้น อาจมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้ออื่น ๆ ได้แก่^{1,2}

- กล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าอ่อนแรง ทำให้ใบหน้าดูเศร้า ยิ้มลำบาก
- กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการเคี้ยวและกลืนอาหารอ่อนแรง ทำให้เคี้ยวอาหารลำบาก กลืนอาหารและน้ำลำบาก เกิดอาการสำลักได้ง่าย
- กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการพูดอ่อนแรง ทำให้พูดตะกุกตะกัก มีเสียงขึ้นจมูกและไม่ชัด
- กล้ามเนื้อต้นคอ คอแขนและต้นขาอ่อนแรง ทำให้เงยหน้าและชันศีรษะลำบาก ยกแขนไม่ค่อยขึ้นและเดินไม่ค่อยไหว ซึ่งอาการที่แขนขาจะมีเป็นทั้ง 2 ข้าง แต่ไม่จำเป็นต้องเท่ากัน
- ในรายที่มีอาการรุนแรง กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการหายใจจะอ่อนแรงและเกิดภาวะหายใจล้มเหลวขึ้น

¹Leslie Skirm, "Myasthenia Gravis A Time of Quiet Desperation," The Journal of Practical Nursing, Vol.25, No.12 (December, 1975), 21.

²Wyngaarden and Smith, Op.cit.

ออสเซอร์แมน (Osserman) ได้แบ่งระดับของโรคตามอาการเริ่มแรก และความรุนแรงของโรคออกเป็น 4 ระดับ ดังต่อไปนี้^{1,2,3}

1. เป็นเฉพาะกล้ามเนื้อตา
(Ocular Myasthenia)

- มีอาการอ่อนแรงเฉพาะกล้ามเนื้อตา ทำให้หนังตาตก (ptosis) และเห็นภาพซ้อน (diplopia)
- มีอาการเพียงเล็กน้อย
- การตอบสนองต่อการรักษามักจะไม่ค่อยได้ผลดี
- ไม่มีอัตราการตาย และมีอัตราการหายเองค่อนข้างสูง

¹Joanne V. Hickey, The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing (Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1981), p.448.

²Lawrence H. Winkler and Gerald F. Winkler, "Myasthenia Gravis : Pathogenesis, diagnosis and therapy," Postgraduate Medicine, Vol.66, No.2 (August, 1979), 52-53.

³Anna Belle Kinney and Mary Blount, "Systems Approach to Myasthenia Gravis," Nursing Clinics of North America, Vol.6, No.3 (September, 1974), 440.

2. กล้ามเนื้อทั่วไปอ่อนแรง (Generalized Myasthenia)

ก. กลุ่มที่เป็นเล็กน้อย (Mild Generalized)

- มักจะค่อย ๆ เป็น และเริ่มเกิดกับกล้ามเนื้อตา แล้วค่อย ๆ ลามไปกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการเคี้ยวและกลืนอาหาร และต่อไปถึงกล้ามเนื้อโครงร่าง แต่ไม่เป็นกับกล้ามเนื้อหายใจ
- ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาก่อนข้างดี
- อัตราการตายต่ำ

ข. กลุ่มที่เป็นปานกลาง (Moderate Generalized)

- อาการค่อย ๆ เป็น และมักจะเริ่มเกิดกับกล้ามเนื้อตา และลุกลามเป็นมาก และรุนแรงขึ้นที่กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการเคี้ยวและกลืนอาหาร กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการพูดทำให้มีอาการพูดตะกุกตะกัก เสียงไม่ชัด และกล้ามเนื้อโครงร่างซึ่งพบได้บ่อยกว่ากลุ่มที่เป็นเล็กน้อย แต่ยังไม่เกิดกับกล้ามเนื้อของการหายใจ
- ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาไม่ดีนัก
- ผู้ป่วยจะทำกิจกรรมได้จำกัด
- อัตราการตายต่ำ

ค. กลุ่มที่มีกล้ามเนื้อทั่วไปอ่อนแรงอย่างรุนแรง

1. กลุ่มที่เป็นรุนแรงอย่างเฉียบพลัน (Acute Fulminating)

- กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการเคี้ยวและกลืนอาหาร และกล้ามเนื้อโครงร่างจะมีอาการอ่อนแรงอย่างมากในเวลาอันรวดเร็ว และเริ่มเกิดกับกล้ามเนื้อของการหายใจด้วยโรคจะก้าวหน้าอย่างรวดเร็วภายใน 6 เดือน ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะเป็นเนื้องอกของต่อมธัยมัส (thymoma)

- คอบสนองต่อการรักษาด้วยยาน้อยมาก มีอัตราการเกิดภาวะวิกฤตสูง
- อัตราการตายสูง

2. กลุ่มที่เป็นรุนแรงในระยะหลัง (Late Severe)

- เป็นมายาสาธิตีเนี้ยที่มีอาการรุนแรงเกิดขึ้น หลังจากเริ่มมีอาการของกล้ามเนื้อตาและกล้ามเนื้อโครงร่างทั่วไปเกิดขึ้นอย่างน้อย 2 ปี ความก้าวหน้าของโรคอาจจะค่อย ๆ เป็นไปหรือเกิดขึ้นทันทีทันใด มีอัตราการเกิดเนื้องอกของต่อมธัยมัสรองลงมา
- คอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและการพยากรณ์โรคไม่ดี
- มีอัตราการตายสูง

ซิมสัน (Simpson)¹ ได้แบ่งระยะของโรคออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะที่ 1 หรือ "active stage" เป็นระยะที่มีลักษณะอาการสงบและกำเริบร่วมกับมีความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 50 จะมีระยะที่โรคสงบเป็นเวลา 1 เดือนหรือมากกว่า ระยะที่ 1 นี้อยู่ในช่วง 5-10 ปีที่เป็นโรค และเป็นระยะที่อัตราการตายเป็นผลจากมายาสาธิตีเนี้ยโดยตรง การผ่าตัดต่อมธัยมัสจะเป็นประโยชน์มากในระยะนี้

¹J.A. Simpson, "Myasthenia Gravis : A Personal View of Pathogenesis and Mechanism," Muscle and Nerve, Vol.1 (1978), Cited by Jacqueline Morris, "Thymectomy : A Recommended Procedure for Myasthenia Gravis," Journal of Neurosurgical Nursing, Vol.13, No.5 (October, 1981), 228.

2. ระยะที่ 2 หรือ "inactive stage" เป็นระยะที่มีความรุนแรงของอาการไม่แน่นอน ไม่ค่อยมีระยะของอาการสงบเกิดขึ้น มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่ได้ประโยชน์จากการผ่าตัดต่อมธัยมัส การตายมักจะมีสาเหตุจากการหายใจล้มเหลว อัตราการตายมีน้อยกว่าของระยะที่ 1

3. ระยะที่ 3 หรือ "burned-out stage" เกิดขึ้นใน 14-20 ปีของการเป็นโรค และความรุนแรงของโรคมักจะคงที่หรือลดลง มักจะมีอาการอ่อนแรงและเปลี่ยนของกล้ามเนื้อที่ถาวร การผ่าตัดต่อมธัยมัสมักจะไม่ได้อผลในระยะนี้ และการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาแอนตี้โคลีนเอสเตอเรส (anticholinesterase drug) จะลดลง

การรักษามายาสรีเนีย ในระยะแรกแพทย์ส่วนใหญ่นิยมใช้เมสทินอน (Pyridostigmine bromide or mestinon) ยานี้มักจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่าง ๆ เช่น ปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้อาเจียน มีน้ำลายมากและเหงื่อออกมาก¹ แพรคนิโซโลน มักจะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาพาทแอนตี้โคลีนเอสเตอเรส หรือผ่าตัดต่อมธัยมัสแล้วไม่ได้อผล พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 70-100 จะมีอาการดีขึ้น² การรักษาด้วยเพรคนิโซโลนเริ่มแรกในขนาดยาที่สูง อาจทำให้อาการอ่อนแรงเลวลงไปอีกในระยะแรกของการรักษา ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วย³ โดยเฉพาะภายในระยะหนึ่งสัปดาห์แรก⁴ ปฏิกริยาที่

¹ Joan Luckmann and Karen Creason Sorensen, Medical Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach (Philadelphia: W.B. Saunder Company, 1974), p.504.

² Winkler and Winkler, Op.cit., p.62.

³ Daniel B. Drachman, "Myasthenia Gravis," The New England Journal of Medicine, Vol.298, No.4 (January, 1978), 190.

⁴ Anthony J. Pinching, "Myasthenia Gravis a Frustrating Disability," Nursing Mirror, Vol.147, No.12 (September, 1978), 17.

แท้จริงของสเต็มรอยคั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่ามีบทบาทเกี่ยวกับการกดระบบ
 อิมมูน¹ ยาพวกกดระบบอิมมูน (immunosuppressive drugs) เช่น ไซโตแซน
 (Cytosan) และอะซาไทโอไพรีน (Azathioprine) มักจะใช้รักษาผู้ป่วยที่มีอาการ
 รุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่น หรือมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงจากสเต็ม
 รอย² ส่วนการผ่าตัดต่อมธัยมัส (thymectomy) จะได้ผลดีในผู้ป่วยที่มี thymic
 hyperplasia และไม่เห็นเงาของต่อมธัยมัสจากภาพเอ็กซเรย์³ ปัจจุบันแนวความ
 คิดเกี่ยวกับการผ่าตัดต่อมธัยมัสเป็นที่แพร่หลายมาก จากแนวความคิดที่ว่า การผ่าตัดต่อม
 ธัยมัสออกจะเป็นการกำจัดแหล่งของอะซีไธลโคลีน รีเซพเตอร์ แอนติเจน (Acetyl-
 choline receptor antigen) ซึ่งจะช่วยให้เกิดอาการสงบได้ถึงร้อยละ 57-86
 ของผู้ป่วย และร้อยละ 20-30 จะมีอาการสงบได้อย่างถาวร⁴ จากการศึกษาปัจจัย
 ที่มีผลต่อการตอบสนองด้วยการรักษาแบบการผ่าตัดต่อมธัยมัสโดยรูบินและคณะ (Rubin,
 et al)⁵ พบว่าเกี่ยวข้องกับชนิดของต่อมธัยมัส ระยะเวลาที่เป็นโรค และการทำ
 ผ่าตัดต่อมธัยมัสที่เร็วหรือช้า

¹Brenda Crispell Johanson, Standards for Critical Care
 (St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1981), p.300.

²Morris, Op.cit., p.231.

³กัลยาณิกิติ กิตติยากร, "การรักษาทางศัลยกรรมสำหรับ Myasthenia
 Gravis," ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์,
 2522), หน้า 257.

⁴Wechsler and Olanow, Op.cit., p.938.

⁵Joseph W. Rubin, et al, "Factor affecting response to
 thymectomy for Myasthenia Gravis," Journal of Thoracic and
 Cardiovascular Surgery, Vol.82, No.5 (November, 1981), 720-728.

องค์ประกอบที่มีผลต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยมาฮาสิชิเนีย กราวิส

ภาวะเครียดทางจิตใจและอารมณ์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ¹ สเนดดอน (Sneddon)² ได้ศึกษาผู้ป่วยมาฮาสิชิเนีย กราวิส จำนวน 26 ราย พบว่าอารมณ์ที่ทำให้มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเลวลงที่สำคัญ คือ อารมณ์โกรธ ความคับข้องใจ ความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้า นอกจากนี้การมีอารมณ์และความรู้สึกที่มากเกินไป เช่น ตีใจหรือตื่นเต้นตกใจมาก ก็มีผลทำให้เกิดอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อมากขึ้นเช่นกัน

องค์ประกอบอื่น ๆ ที่ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงมากขึ้น ได้แก่^{3,4,5,6} การติดเชื้อ โดยเฉพาะในระบบทางเดินหายใจ การพักผ่อนไม่เพียงพอ ภาวะโปแตสเซียมใน

¹Eugene Meyer, "Psychological Disturbances in Myasthenia Gravis : A Predictive Study," Annals New York Academy of Sciences, Vol.135, Art.1 (Jan., 1966), 417.

²Joan Sneddon, "Myasthenia Gravis : A Study of Social, Medical and Emotional Problems in 26 Patients," Lancet, Vol.1, No.8167 (March, 1980), 526.

³Engel, W. King, et al, "Myasthenia Gravis," Annals of Internal Medicine, Vol.81, No.2 (August, 1974), 225-246.

⁴Pinching, Op.cit.

⁵M.J. Lange, "Myasthenia Gravis," Nursing Time, Vol.70, No.35 (August, 1974), 1347.

⁶Morris, Op.cit.



เลือกตัวจากการได้รับยาพวกสเตียรอยด์หรือยาขับปัสสาวะ การตั้งครรภ์ แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการดีขึ้นในระยะที่สองและสามของการตั้งครรภ์ ยาปฏิชีวนะกลุ่มอะมิโนไกลโคไซด์ (Aminoglycoside) เช่น เจนตามัยซิน (Gentamicin) โทบรามายซิน (Tobramycin) โพลีมิกซ์ซิน (polymyxin) แบคซิทรากิน (Bacitracin) และโคลิสติน (Colistin) จะรบกวนการนำสื่อที่ช่องว่างระหว่างปลายประสาทและกล้ามเนื้อ โดยทำให้เกิดความผิดปกติในการหลั่งสารอะซีไธลโคลีน (Acetylcholine) ออกจากปลายประสาทแอกซอน (Axon) และพบว่า ยาควินิดีน (Quinidine) และไดแลนติน (Dilantin) จะลดการเฝ้าของเยื่อหุ้ม (Membrane Excitability) นอกจากนี้ในวันแรก ๆ ของรอบเดือนและการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิที่ค่อนข้างมากก็อาจทำให้อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเลวลงได้

การปรับตัวของผู้ป่วยมายาอาศัยีเนีย กราวิส

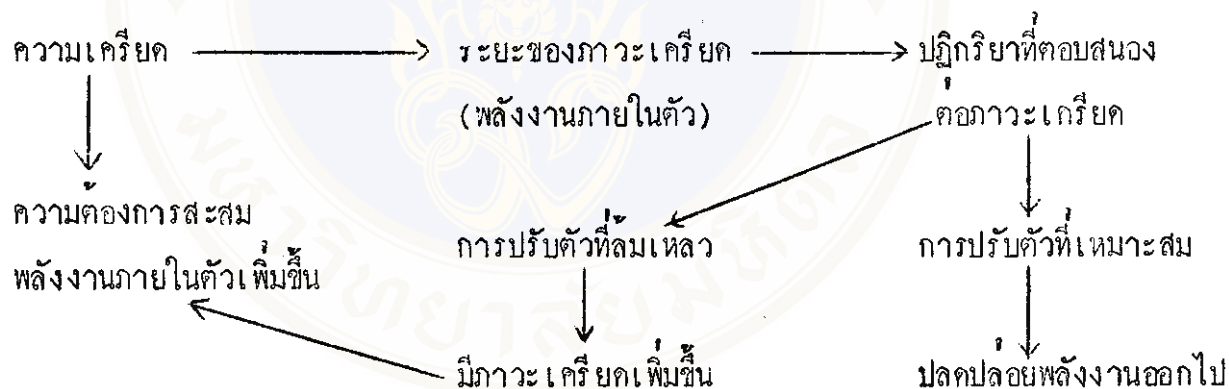
ความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์อย่างหนึ่งของชีวิต และเป็นภาวะเครียดที่รุนแรง ซึ่งต้องการการปรับตัวอย่างมาก การปรับตัวเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของสิ่งมีชีวิตในโลกนี้ ตั้งแต่สัตว์เซลล์เดียว เช่น อะมีบาจนถึงมนุษย์ และเป็นสิ่งที่จะช่วยให้สิ่งมีชีวิตตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดอันตรายได้อย่างเหมาะสม¹ ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีวิธีการจัดการที่เหมาะสม ก็สามารถจะเรียนรู้วิธีการใหม่ที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพจิตดีขึ้น และมีความสามารถในการแก้ปัญหาดีขึ้น แต่ถ้ามีวิธีการที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอแล้วย่อมจะทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจขึ้น² และแม้ว่าผู้ป่วยจะเข้าใจถึง

¹Chellamma Jacob, "Adaptation : A Basic Concept in Nursing," The Nursing Journal of India, Vol.70, No.3 (March, 1979), 54.

²Janice M. Bell, "Stressful Life Events and Coping Methods in Mental Illness and Wellness Behaviors," Nursing Research, Vol.26, No.2 (March-April, 1977), 136.

สภาพโรคของตนเองแตกต่างกันในแต่ละราย การปรับตัวของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับสิ่งสำคัญ 2 ประการ คือ 1) การยอมรับและตระหนักถึงสภาพความสูญเสียจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย และ 2) ผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตลอดจนสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัวผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้วิถีในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป¹ และบุช (Bush)² ก็กล่าวไว้ว่า "เมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียด จะมีระยะของความเครียด (tension state) หรือพลังงานภายในตัว (entropy) เกิดขึ้น เมื่อบุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะเครียดไปในทางปรับตัวที่เหมาะสม ความเครียดนั้นก็จะหมดไป แต่ถ้าหากมีการปรับตัวที่ล้มเหลวก็就会有ความเครียดเพิ่มขึ้น ดังแสดงไว้ในแผนภูมิต่อไปนี้

แผนภูมิที่ 1 แสดงถึงปฏิกิริยาการตอบสนองต่อภาวะเครียดของบุคคล



¹Harry S. Abram, "The Psychology of Chronic Illness," Journal of Chronic Disease, Vol.25, No.12 (December, 1972), 659. 659.

²Karen D. Bush, and Barbara M. Gallo, "Emotional Response to Illness," Critical Care Nursing, edited by Carolyn M. Hudak, et al (Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1982), p.18.

และเนื่องจากสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความแข็งแกร่งให้มนุษย์พัฒนาวิธีการที่จะรักษาความมั่นคงของภาวะสมดุลภายในตนเองควบคู่ไปด้วย วิธีการที่จะช่วยให้มนุษย์มีความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลภายในก็คือ กลไกในการรักษาภาวะสมดุล (homeostatic mechanism) กลไกนี้จะสามารถทำงานได้สำเร็จก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีสุขภาพที่ปกติดี แต่เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น กลไกนี้ย่อมถูกรบกวนกระเทือน ดังนั้นจึงต้องอาศัยการสนับสนุนค่าจุนที่มาจากแพทย์และพยาบาลในอันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรักษาภาวะสมดุลที่ปกติไว้ได้¹ ในโรคมายาสาสึเนียนี้ก็เช่นกัน เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาให้หายขาดไม่ได้ แต่สามารถควบคุมได้ด้วยการรักษาวิธีต่าง ๆ ซึ่งความสำเร็จของการรักษาก็แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย และไม่ใช่ว่าโรคที่สามารถจะควบคุมได้โดยการรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลเพียงครั้งเดียว แม้ว่าแพทย์จะสามารถปรับขนาดยาได้อย่างดีที่สุดแล้ว โดยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากที่สุด และมีฤทธิ์ข้างเคียงของยาน้อยที่สุดแต่ก็อาจจะไม่ได้อย่างถาวร² ทั้งนี้เพราะมีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลต่อการควบคุมโรคดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับลักษณะของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงออกถึงความไวสมรรถภาพของตนเองมีอยู่ และเป็นการยากที่บุคคลอื่นจะตระหนักและเข้าใจถึงอาการอ่อนแรงและความไม่สุขสบายที่ผู้ป่วยมีอยู่ เนื่องจากโรคนี้มีพยาธิสภาพเฉพาะกล้ามเนื้อโครงร่างเท่านั้น แต่สภาพจิตใจและระบบประสาทสัมผัสอื่น ๆ นั้นยังปกติทุกอย่างดังที่พินซิง (Pinching)³ ได้กล่าวถึงบทความบทหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคนี้ว่า

¹ Jacob, Op.cit.

² สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา ศิลารักษ์, "การพยาบาลผู้ป่วย Myasthenia Gravis," การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3, รวบรวมโดย สมจิต หนูเจริญกุล (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2521), หน้า 54.

³ Anthony J. Pinching, "Myasthenia Gravis a frustrating disability," Nursing Mirror, Vol.147, No.12 (September, 1978), 18.

"ถ้าคุณคิดว่าผู้ป่วยไม่ได้พยายาม ก็แสดงว่าคุณไม่ได้คิด (if you think the patient isn't trying, then you aren't thinking) และผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ไม่เพียงแต่จะมีปัญหาเฉพาะโรคที่เป็นอยู่เท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบจากสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมเหล่านี้มีความสำคัญมากต่อพฤติกรรม การตอบสนองของผู้ป่วย¹ จากการศึกษาของแมคเคนซีและคณะ (Mackenzie, et al)² ในผู้ป่วยมายาอาสรีเียกราวีส จำนวน 25 ราย พบว่าผู้ป่วย 11 ราย (ร้อยละ 44) มีปัญหาสำคัญเกี่ยวกับการปรับตัวต่อโรคที่เป็นอยู่ และส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่อายุก่อนวัยหนุ่ม และจากการศึกษาของสเนดดอน (Sneddon)³ ในผู้ป่วย 26 ราย พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาดังต่อไปนี้

- เกี่ยวกับลักษณะของโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยหญิงที่อายุก่อนวัยหนุ่มมีปัญหาในการดำรงชีวิตกับโรคที่จำกัดก่อนวัยมาก ผู้ป่วยหญิง 7 รายที่อายุต่ำกว่า 44 ปีมีความตึงเครียดในชีวิตสมรสเนื่องจากโรคที่เป็นอยู่ และในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 2 รายที่เกิดการหย่าร้างขึ้น ไม่มีผู้ป่วยหญิงรายใดที่มีปัญหาอาการอ่อนแรงจากการมีสัมพันธ์ทางเพศ ผู้ป่วย 14 รายมีความรู้สึกวุ่นวายที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เขาเป็นอยู่ อาจจะคิดว่าเขาแก่ลง และมีผู้ป่วย 17 รายที่มีความรู้สึกลำบากใจในการพบปะกับบุคคลแปลกหน้าเนื่องจากมีปัญหากล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าอ่อนแรง และไม่สามารถแสดงออกโดยการยิ้มได้

¹Daniel J. Feldman, "Chronic Disabling Illness : A Holistic View," Journal of Chronic Disease, Vol.27, No.6 (1974), 287.

²K. Roy Mackenzie, et al, "Myasthenia Gravis : Psychiatric Concomitants," Canadian Medical Association Journal, Vol.700, No.2 (June, 1969), 988-991.

³Sneddon, Op.cit., p.526-527.

- เกี่ยวกับการรับประทานยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบว่ายาจะไม่สามารถช่วยให้อาการของเขากลับคืนสู่ได้เช่นปกติ ผู้ป่วย 17 รายเปลี่ยนการรับประทานยาตามความรู้สึกของตนเอง มี 9 รายที่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเข้มงวด ผู้ป่วย 18 รายไม่เคยลืมรับประทานยาเลย และมี 2 รายกล่าวว่าอาการของเขาดีขึ้นให้เขาคงรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ในการศึกษาของชาวพซ์และคาฮิล (Schwartz and Cahill)¹ ในผู้ป่วยมาฮาสิรีเนีย 17 ราย พบว่ามี 8 ราย (ร้อยละ 48) มีปัญหาทางจิตใจและปัญหาคอนข้างรุนแรงที่พบในผู้ป่วยมาฮาสิรีเนียส่วนใหญ่ ได้แก่ ความรู้สึกกลัวในการที่จะพบปะสนทนากับคนแปลกหน้า และกลัวอาการจะเป็นมากขึ้นในที่ชุมชน ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งตนเอง (independent personalities) จะมีความยากลำบากในการปรับตัวกับวิถีการดำเนินชีวิต เขามักจะปฏิเสธความช่วยเหลือและมักจะมีอาการเกิดขึ้นบ่อยและต้องเรียนรู้ที่จะรับความช่วยเหลือ ส่วนผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งผู้อื่นมาก (Overdependent personalities) มีแนวโน้มที่จะใช้โรคที่เป็นอยู่เป็นแนวทางในการดำรงชีวิตโดยพึ่งผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา

เกณฑ์ในการประเมินการปรับตัว

ทินคอลล (Tindall)² ได้กล่าวถึงลักษณะการปรับตัวที่ดีไว้ 6 ประการคือ

¹Melvin L. Schwartz and Robert Cahill, "Psychopathology Associated with Myasthenia Gravis and Its Treatment by Psychotherapeutically Oriented Group Counselling," Journal of Chronic Disease, Vol.24, No.9 (April, 1971), 549-551.

²R.H. Tindall. Relationship Among Measures of Adjustment Reading in the Psychology of Adjustment (McGraw-Hill Co, 1959), p.76.

1. รักษาและคงไว้ซึ่งบุคลิกภาพ โดยอาศัยความสามารถในการผสมผสานความต้องการของคนกับพฤติกรรมที่แสดงออก เพื่อสนองความต้องการนั้น โดยที่พฤติกรรมดังกล่าวต้องเข้ากันได้กับสิ่งแวดล้อม

2. การปฏิบัติตามปทัสฐาน (Norm) ของสังคม

3. การยอมรับสภาพความเป็นจริง

4. มีความมั่นคง

5. มีวุฒิภาวะ

6. มีอารมณ์ในลักษณะที่เป็นปกติเสมอ คือ สามารถควบคุมอารมณ์ไม่ให้พุ่งชนไปกับสิ่งแวดล้อมภายนอก กล่าวคือ เมื่อพบความลำบากก็ไม่เสียใจจนหมกมุ่นกังวลใจที่จะต่อสู้อุปสรรคเมื่อประสบความเศร้าก็ไม่ได้ใจจนลืมหวน

เครท (Crate)¹ ได้อ้างถึงคำกล่าวของอิงเกล (Engel) ว่า "ความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังที่จะมีชีวิตอยู่อย่างสุขสบายหรือกำหนดความเป็นอยู่เฉพาะตนในฐานะบุคคลใดด้วยตนเองย่อมแสดงถึงความสำเร็จของการปรับตัวในบุคคลนั้น ๆ"

ซิสเตอร์ คาลิสตา รอย (Sister Callista Roy)² ได้กล่าวว่า มนุษย์ประกอบด้วย จีวรจิต สังคม (biopsychosocial being) ที่จะต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่ตลอดเวลา สิ่งกระตุ้นเหล่านี้ต้องการการตอบสนอง ซึ่งอาจจะเป็นการปรับตัวได้ (adaptive) หรือปรับตัวไม่ได้ (maladaptive) และรอยได้วิเคราะห์ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ตามหลักของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy needs) ซึ่งเชื่อว่ามนุษย์ต้องปรับตัว เพื่อคงไว้ซึ่งความ

¹Marjorie A. Crate, "Nursing Functions in Adaptation to Chronic Illness," American Journal of Nursing, Vol.65, No.10 (October, 1965), 72.

²Sister Callista Roy, Introduction to Nursing : An Adaptation Model (New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1976), p.11-17.

ต้องการพื้นฐานที่เป็นตัวบ่งชี้ถึงความมั่นคงของชีวิต มาเป็นแนวทางในการทำความเข้าใจ
ธรรมชาติการปรับตัวของมนุษย์ ที่ว่าความมั่นคงของชีวิต จะพิจารณาได้จาก การที่บุคคลนั้น
มีความมั่นคงทางกาย (Physiologic integrity) ความมั่นคงทางจิตใจ
(Psychic integrity) และความมั่นคงทางสังคม (Social integrity)
ทั้งนี้เนื่องจากมนุษย์ประกอบด้วยชีวิต จิตใจและสังคม และวิถีทางที่มนุษย์ปรับตัวนั้นจะ
แสดงออกในพฤติกรรม 4 ประเด็น คือ

1. พฤติกรรมการปรับตัวตามความต้องการด้านสรีรวิทยา (Physiological needs) มีพื้นฐานมาจากความต้องการความมั่นคงทางกาย โดยพิจารณาได้จาก
พฤติกรรมตอบสนองความต้องการปฐมภูมิ (Basic primary needs) ซึ่งมนุษย์จะขาด
ไม่ได้ ได้แก่ ความต้องการการออกกำลังกายและการพักผ่อน อาหาร การขับถ่าย น้ำ
และเกลือแร่ ออกซิเจน การไหลเวียน การรักษาภาวะสมดุลของร่างกายและระบบ
ต่อมไร้ท่อ

2. พฤติกรรมการปรับตัวด้านมโนทัศน์แห่งตน (Self-concept) เนื่องจาก
จากมนุษย์จำเป็นต้องมีความมั่นคงทางจิตใจเช่นกัน รอยได้แบ่งมโนทัศน์แห่งตนออกเป็น

2.1 มโนทัศน์แห่งตนด้านร่างกาย (Physical self)

2.2 มโนทัศน์แห่งตนด้านส่วนบุคคล (Personal self) ซึ่งประกอบ
ด้วยมโนทัศน์แห่งตนด้านศีลธรรม-จรรยา (Moral-ethical self) มโนทัศน์แห่งตน
ด้านความมั่นคงอันเกิดจากความเสมอต้นเสมอปลาย (Self-consistency) มโนทัศน์
แห่งตนด้านปณิธานและความคาดหวังที่มี (Self-ideal/self expectation)
และมโนทัศน์แห่งตนด้านคุณค่าและความสำคัญ (Self esteem)

3. พฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function) เกี่ยวกับ
บทบาทหน้าที่ในสังคมในการมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม และทำงานร่วมกับคนอื่น ทั้งนี้
เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม

4. พฤติกรรมการปรับตัวด้านความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้อื่น (Interdependence relations) การที่เราต้องมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้อื่นซึ่งกันและกัน ก็เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคมเช่นกัน ความพอเหมาะพอสมระหว่างพึ่งตนเอง (Independence) การพึ่งผู้อื่น (dependence) และการให้ผู้อื่นได้พึ่งพาตน มีส่วนช่วยให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจและสังคม

กิลสัน (Gilson)¹ ได้สร้างแบบประเมินการวัดระดับของภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยโดยวัดความสามารถของบุคคลใน 14 ด้าน จำนวน 235 ข้อ ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ได้แก่ ด้านคิดตัดสินใจ การเคลื่อนไหว การพักผ่อนนอนหลับ อาหาร งานบ้าน งานอาชีพ งานอดิเรก นันทนาการ ความสามารถทางสติปัญญา อารมณ์ ความรู้สึกและสุนทรีย์ ส่วนเกอร์แลนด์และคณะ (Gurland, et al)² ได้สร้างเกณฑ์ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วย โดยวัดการปรับตัวในชีวิต 5 ด้าน คือ ในด้านการทำงาน ด้านสังคม ด้านครอบครัว ด้านชีวิตสมรสและด้านเพศ โดยประเมินพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป ความขัดแย้งกับบุคคลอื่น และความไม่สุขสบายของผู้ป่วยในแต่ละด้าน และตอมาสเคิร์นและคณะ (Stern, et al)³ ได้นำเกณฑ์

¹Betty S. Gilson, "The Sickness Impact Profile : Development of an Outcome Measure of Health Care," American Journal of Public Health, Vol.65, No.12 (December, 1975), 1304.

²Barry J. Gurland, et al, "The Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment (SSIAM)," Archives of General Psychiatry, Vol.27, No.2 (August, 1972), 259.

³Melvin J. Stern, et al, "Life Adjustment Postmyocardial Infarction," Archives of Internal Medicine, Vol.137, No.12 (December, 1977), 1680-1685.

ดังกล่าวมาใช้ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 68 ราย พบว่ามีผู้ป่วยหญิงหลายรายรู้สึกวุ่นวายตนเองแยกตัวออกจากสังคม เฉยเมย (apathy) และต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวมากกว่าก่อนเกิดโรค ความวิตกกังวลมักจะเกิดร่วมกับอารมณ์ซึมเศร้า และทำให้เกิดความขัดแย้งในการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relationships) เกิดขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าองค์ประกอบที่ใช้ในการประเมินความสามารถและการปรับตัวของบุคคลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวความคิดของรอยท์กล่าวว่า มนุษย์ต้องมีการปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมดังกล่าว

บทบาทของพยาบาลที่จะช่วยในการปรับตัวของผู้ป่วย

เนื่องจากการพยาบาลนั้นมุ่งประคับประคองผู้ป่วยเป็นบุคคลทั้งคนที่ต้องผ่านเข้าสู่ระบบความต่อเนื่องของสุขภาพและความเจ็บป่วยในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของชีวิต ดังนั้นแนวความคิดเกี่ยวกับการพยาบาลจึงมีเป้าหมาย ดังนี้คือ การสนับสนุนและส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยมีส่วนประกอบสำคัญคือ ประการแรกการประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) เพื่อให้ได้ปัญหาของผู้ป่วยตามภาวะความเจ็บป่วย โดยประเมินสิ่งกระทบที่มีผลต่อการปรับตัว ความสามารถและวิธีการในการปรับตัวของผู้ป่วย และประการที่สอง คือ การให้การพยาบาล (Nursing Intervention) เพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย¹

เฟลด์แมน (Feldman)² ได้กล่าวไว้ว่า "ปัจจุบันนี้เราควรจะมาพิจารณาถึงแนวความคิดใหม่ในการรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งควรจะให้การรักษาผู้ป่วยในฐานะบุคคล

¹ Sister Callista Roy, "Adaptation : A Conceptual Framework for Nursing," Nursing Outlook, Vol.18, No.3 (March, 1970), 43.

² Daniel J. Feldman, "Chronic Disabling Illness : A Holistic View," Journal of Chronic Disease, Vol.27 (1974), 291.

คนหนึ่ง โดยจะต้องเน้นถึงความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพโรคที่เป็นอยู่ และการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมของผู้ป่วยเป็นหลัก" การช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละราย ปรับตัวกับโรคที่เกิดขึ้นและสามารถพึ่งตนเองได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยกิจกรรมพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งต้องประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่จะนำไปสู่จุดมุ่งหมายอันเดียวกัน การสร้างความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในตัวพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริม และการดำรงไว้ซึ่งความสมดุลทางสรีรวิทยา ตลอดจนการสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย¹ เกรท (Crate)² กล่าวว่า บทบาทของพยาบาลไม่ใช่ที่จะพยายามเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย แต่เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตไปในแนวทางที่เหมาะสม โดยพยาบาลมีหน้าที่ที่จะรับฟังให้ความเข้าใจ สนับสนุนและให้กำลังใจ และปรับการให้การพยาบาลตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย และแต่ละระยะของการปรับตัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ขบวนการของการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

กระบวนการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้นั้นจะต้องประกอบด้วยพื้นฐานของกระบวนการแก้ปัญหาของผู้ป่วยตามขั้นตอน และตามลำดับความสำคัญของแต่ละปัญหา กระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีของรอย³ แบ่งออกได้เป็นขั้นตอน ดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย (Assessment of Patient Behavior) เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย โดยใช้พฤติกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน คือ การปรับตัวตามความต้องการด้านสรีระ

¹Sally A. Lawrence and Rena M. Lawrence, "A Model of Adaptation to the Stress of Chronic Illness," Nursing Forum, Vol.18, No.1 (1979), 40-41.

²Crate, Op.cit.

³Roy, Op.cit., p.24-37.

การปรับตัวตามมโนทัศน์แห่งตน การปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวตามความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้อื่น เป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูล สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ การสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องทดลองต่าง ๆ ประกอบกัน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาพิจารณาตัดสินว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวเหมาะสม (Adaptive) หรือมีปัญหาในการปรับตัว (Maladaptive) โดยต้องคำนึงถึงผู้ป่วยเฉพาะรายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น วัฒนธรรมนิยมประเพณีหรืออายุ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย (Assessment of Influencing Factors) โดยการค้นหาสาเหตุที่มาของพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออก ได้แก่

1. การประเมินสิ่งเร้าเฉพาะหรือสิ่งเร้าโดยตรง (Identifying Focal Stimuli) การค้นหาสาเหตุโดยตรงของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
2. การประเมินสิ่งเร้าร่วมหรือสิ่งเร้าเกี่ยวข้อง (Identifying Contextual Stimuli) ส่วนใหญ่จะเป็นสาเหตุร่วมที่สัมพันธ์กับสาเหตุโดยตรงของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
3. การประเมินสิ่งเร้าเจือปน (Identifying Residual Stimuli) การค้นหาสาเหตุที่มาจากภายในตัวผู้ป่วย เช่น เจตนคติที่มีต่อโรงพยาบาล ตัวพยาบาล หรือประสบการณ์เดิมที่เคยได้รับ

ขั้นตอนที่ 3 การแยกแยะปัญหา (Problem Identifying) เป็นขั้นตอนของการวินิจฉัยการพยาบาล โดยการนำพฤติกรรมที่เป็นปัญหามาลำดับความสำคัญก่อนหลัง โดยมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความสำคัญของปัญหา ดังนี้

1. ปัญหาที่คุกคามชีวิต ความมั่นคงปลอดภัยของผู้ป่วยและครอบครัว
2. ปัญหาที่คุกคามการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของผู้ป่วยและครอบครัว
3. ปัญหาที่มีผลกระทบกระเทือนต่อขั้นพัฒนาการและการเจริญเติบโตของผู้ป่วยและครอบครัว



ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดเป้าหมายในการให้การพยาบาล (Goal Setting) ซึ่งเป้าหมายทั่วไปของการพยาบาลตามแนวทางของรอย คือ การปรับพฤติกรรมที่มีปัญหา (Maladaptive behavior) ไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม (Adaptive behavior)

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกวิธีการให้การพยาบาล (Intervention : Selection of Approach) โดยนำข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมดมาเลือกวิธีการให้การพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้การพยาบาลบรรลุตามเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผล (Evaluation) คือ การประเมินประสิทธิผลของการพยาบาล โดยพิจารณาได้จากพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในทางบวกหรือปรับตัวได้ และมีพลังงานอิสระ (Free energy) ที่จะตอบสนองต่อปัญหาต่าง ๆ แต่ถาผู้ป่วยยังมีปัญหาการปรับตัว พยาบาลต้องค้นหาสาเหตุ และวางแผนการช่วยเหลืออีกต่อไป

เนื่องจากความเจ็บป่วยเป็นภาวะเครียดของบุคคลที่อาจจะก่อให้เกิดภาวะวิกฤต (situational crisis) ขึ้นได้ พยาบาลจึงควรประเมินถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่จะช่วยให้บุคคลได้เผชิญกับภาวะเครียดและสามารถแก้ปัญหาได้ เพื่อให้เกิดความสมดุลย์และหาทางช่วยเหลือผู้ป่วย ดังต่อไปนี้¹

1. การรับรู้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในโรคที่เกิดขึ้นมากน้อยและถูกต้องเพียงใด มีความคิดและรู้สึกอย่างไรในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายรู้สึก และเข้าใจต่อภาวะที่เกิดขึ้น การที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้ความเป็นจริง จะทำให้ลดความกลัวและวิตกกังวลจากสิ่งที่ตนเองไม่ทราบและคิดเอาเองโดยไม่

¹สมจิต หนูเจริญกุล, "การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตของชีวิต," วารสารพยาบาล, ปีที่ 29, ฉบับที่ 2 (เมษายน, 2523), 99-100.

ถูกต้อง ได้ตามความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวจากความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะได้ทราบว่าผู้ป่วยและญาติมีความคาดหวังที่เป็นจริงได้หรือไม่ หรืออาจจะค้นพบบางสิ่งบางอย่างที่ผู้ป่วยเข้าใจผิด ครีฟ (Krupp)¹ กล่าวว่า "ความยากลำบากอันคับแค้นในการปรับตัวของมนุษย์ คือ การยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ดังนั้นการยอมรับจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย การที่แพทย์และพยาบาลให้ความนับถือ ให้ข้อมูลและเหตุผลที่จำเป็นเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือต่อการรักษาพยาบาล นอกจากนี้การปฏิเสธหรือไม่ยอมรับต่อสภาพความเป็นจริงของสามีหรือภรรยา หรือสมาชิกอื่นในครอบครัวก็มีผลกระทบอย่างมากต่อการปรับตัวของผู้ป่วย"

2. ระบบเกื้อหนุนคำจุนของผู้ป่วย (Situational Support) หมายถึง บุคคลหรือสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนผู้ป่วยให้เผชิญกับภาวะเครียดหรือปัญหาต่าง ๆ ได้ และเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในชีวิตผู้ป่วยก่อนการเจ็บป่วย ซึ่งมักจะเป็นสามี ภรรยา บุตรหรือบิดา มารดา เป็นต้น พยาบาลจะต้องประเมินถึงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับบุคคลเหล่านี้ และความรู้สึกของบุคคลเหล่านี้ต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย จาก็อบ (Jacob)² กล่าวว่า "พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญอีกคนหนึ่งในระบบเกื้อหนุนคำจุนให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการที่ต้องถูกตัดขา (amputation) แม้ว่าจะไม่สามารถป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยถูกตัดขาได้ และแม้ว่าพยาบาลจะไม่สามารถแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย แต่ก็สามารถที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะปัญหาที่เกิดขึ้นและแนะวิธีการปรับตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย"

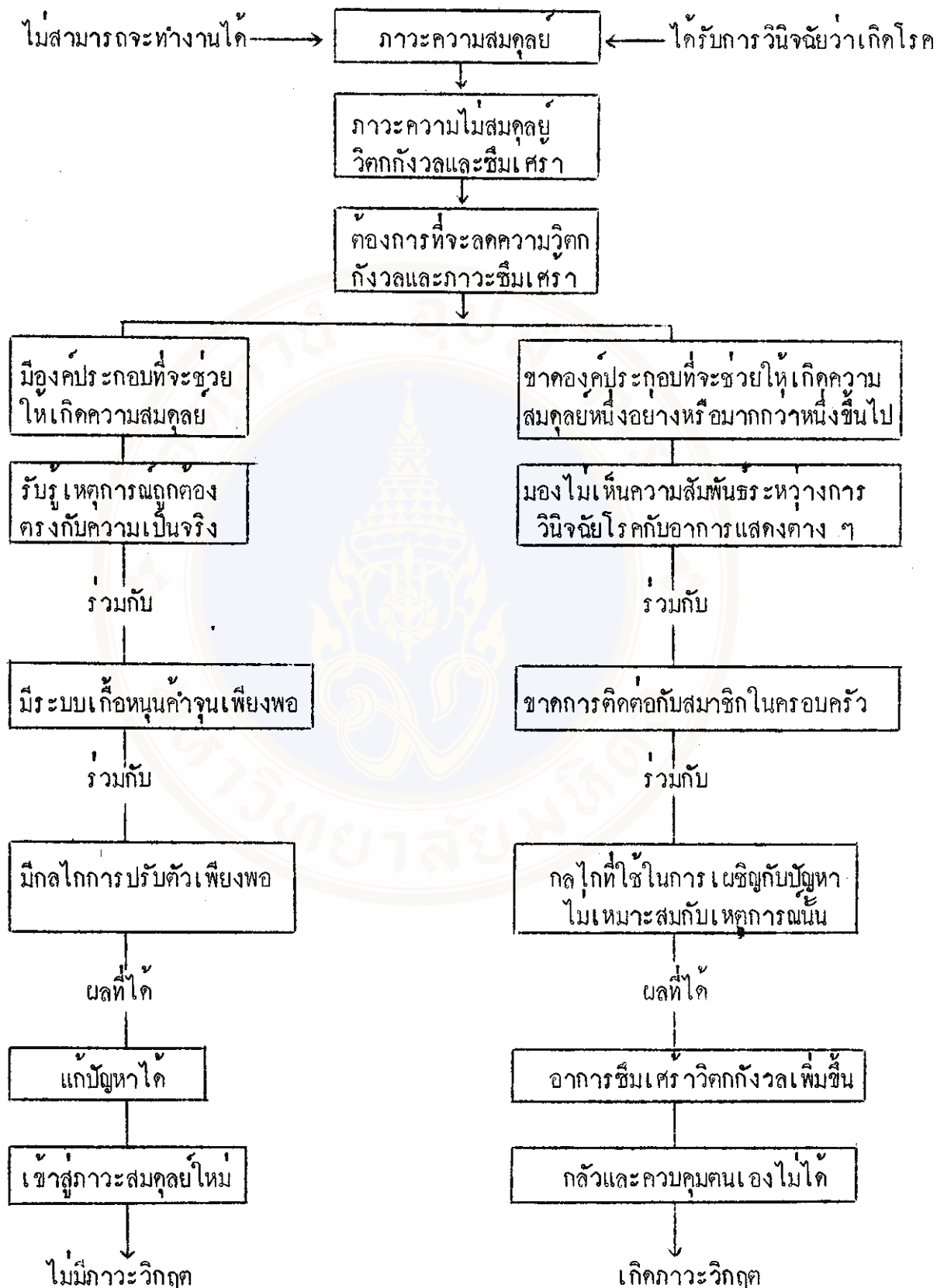
¹ Neal E. Krupp, "Adaptation to chronic illness," Postgraduate Medicine, Vol.60, No.5 (November, 1976), 122.

² Jacob, Op.cit., p.56.

3. การใช้กลไกในการปรับตัวของผู้ป่วย (Coping mechanism) เป็นวิธีการจัดการหรือลดภาวะเครียดของแต่ละบุคคลซึ่งได้พัฒนามาแล้ว เช่น วิธีเศร้าโศกร้องไห้และระบายความรู้สึกกับบุคคลในครอบครัวหรือมิตรสหาย แต่บางคนอาจจะใช้กลไกป้องกันตนเอง (defense mechanism) โดยปฏิเสธความเป็นจริง ซึ่งการใช้วิธีหลังนี้ จะไม่สามารถลดความวิตกกังวลไปได้ เพราะเป็นการบิดเบือนความจริง

ถ้าหากขาดองค์ประกอบดังกล่าวอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าก็จะเกิดภาวะวิกฤตขึ้น ดังแผนภูมิต่อไปนี้¹

¹ Aquilera, D. Messick J. and Farrell M. Crisis Intervention Theory and Methodology (St. Louis : C.V. Mosby, 1970), cited by Kay Corman Kintzel. Advanced Concepts in Clinical Nursing (Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1977), p.45.



หลักการสอนผู้ป่วย

บาร์เรต และชวอต (Barrett and Schwartz)¹ ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยทั่วไป จำนวน 15 คนถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ พบว่าผู้ป่วยทุกคนต้องการทราบชื่อโรค และสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค และส่วนใหญ่ต้องการทราบถึงผลของโรคต่อร่างกายของตนเอง ตลอดจนวิธีการและผลของการตรวจรักษาต่าง ๆ ซึ่งเจ้าหน้าที่ระดับวิชาชีพในทีมสุขภาพทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการสอนผู้ป่วย แต่การเรียนรู้นั้นผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องเข้าฟังการสอนหลายเรื่องและหลายครั้ง ไครเซน (Krysan)² จึงมีความเห็นว่า พยาบาลเป็นบุคคลระดับวิชาชีพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและนานที่สุด ดังนั้นจึงเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและดำเนินงานด้านการสอนให้มีอยู่ตลอดไป ฮีโรวาทซ์ (Hrovath)³ ก็กล่าวว่า จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องมีความเข้าใจในโรคของเขาอย่างเพียงพอ เพื่อให้เขาสามารถที่จะตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสามารถเพียงพอที่จะประเมินและสอนตามระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย และคอยกระตุ้นให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เพราะความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเป็นอย่างดีนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและกระตุ้นให้มีขบวนการปรับตัวเกิดขึ้น ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระด้วยตนเองและเผชิญกับโรคที่จำกันั้นได้อย่าง

¹ Nancy Barrett and Marc D. Schwartz, "What Patients Really want to Know," American Journal of Nursing, Vol.81, No.9 (September, 1981), 1642.

² Germaine S. Krysan, "How Do We Teach Four Million Diabetes ?" American Journal of Nursing, Vol.65, No.11 (November, 1965), 107.

³ Monica Hrovath, "Myasthenia Gravis : A Nursing Approach," Journal of Neurosurgical Nursing, Vol.14, No.1 (February, 1982), 11-12.

มีคุณภาพ และฮีลลีย์ (Healy)¹ ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เมื่อเปรียบเทียบระยะพักฟื้น การใช้จ่ายค่าปวด ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มที่สอนและกลุ่มที่ไม่สอน โดยแบ่งตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 181 คน กลุ่มนี้จะได้รับการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมารับการผ่าตัด ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 140 คนเป็นผู้ป่วยที่รับไว้ผ่าตัดฉุกเฉิน และไม่ได้รับคำแนะนำก่อนผ่าตัด ผลการวิจัยปรากฏว่ากลุ่มทดลองมีระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล การใช้จ่ายค่าปวดหลังผ่าตัด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

วินสโลว์ (Winslow)² ได้รวบรวมปัจจัยต่าง ๆ ที่พยาบาลบอกว่าเป็นอุปสรรคต่อการสอนผู้ป่วย ได้แก่ 1) ไม่มีเวลา งานหนักและกำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ 2) ขาดความรู้ 3) ถูกเตรียมสำหรับการทำหน้าที่สอนไม่ดีพอ 4) ขาดการสนับสนุนจากหน่วยบริการพยาบาล 5) การติดขัดระหว่างสมาชิกในทีมสุขภาพไม่ดี 6) มีความเชื่อว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจะทำให้อำนาจของพยาบาลลดลง 7) ผู้ป่วยไม่ซักถามหรือเรียกร้อง และ 8) แพทย์ไม่อนุญาตให้พยาบาลสอนผู้ป่วย

ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ของตนเอง และหน่วยงานก็ควรส่งเสริมและให้กำลังใจแก่พยาบาลในการจัดระเบียบของการทำงานให้มีการสอนผู้ป่วย สอดแทรกอยู่ในหน้าที่ประจำ ทั้งนี้เพราะการสอนผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อวิชาชีพ

¹Kathryn M. Healy, "Does Preoperative Instruction Make a Differences," American Journal of Nursing, Vol.68, No.1 (January, 1968), 62-67.

²Elizabeth Hahn Winslow, "The Role of the nurse in Patient Eduation Focus : The Cardiac Patient," Nursing Clinics of North America, Vol.11, No.2 (June, 1976), 217-218.

และเป็นงานที่อิสระของพยาบาล โดยไม่ต้องรอคำสั่งจากแพทย์ พยาบาลก็สามารถจะให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยและอื่น ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจในการที่จะนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเอง¹ และสามารถดำรงชีวิตกับโรคที่จำกันั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับวิธีการสอนผู้ป่วยนั้น เพเลคซันสกี และไรลลี่ (Peleczunski and Reilly)² ได้สอนผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลตนเองไว้ว่า ควรจะมีโปรแกรมการสอนอย่างมีระบบที่เข้าใจง่าย และออกแบบมาสำหรับช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวหรือปฏิบัติต่อโรคเรื้อรังของตนเองได้ เพื่อจะได้แน่ใจว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนสามารถเรียนรู้ทุกสิ่งที่เป็นไปได้ในเวลาอันสั้น การสร้างโปรแกรมการสอนเพื่อเป็นแนวทางในการสอนจะมีประสิทธิภาพดีกว่าการไม่ได้สร้างโปรแกรมการสอน³ โอเวนส์และคณะ (Owens, et al)⁴ ได้ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการสอน ผลวิจัยสรุปได้ว่า โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิม โดยเฉพาะหลังสอนแล้วผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา อาการที่ควรจะมาพบแพทย์แตกต่างจากก่อนสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วิธีการสอนเป็นกลุ่มจะให้

¹Ibid.

²Linda Peloczunski and Ann Reilly, "Helping Your Diabetes Patients Help Themselves : A Plan for Inpatient Education," Nursing 81, Vol.11, No.5 (May, 1981), 24-29.

³Winslow, Op.cit., p.219.

⁴Jan F. Owens, et al, "Cardiac Rehabilitation : A Patient Education Program," Nursing Research, Vol.27, No.1 (May-June, 1978), 148-150.

ประสิทธิภาพดีกว่าการสอนเป็นรายบุคคล¹ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของไครเซน (Krysan)² ที่ว่า การสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่มนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ร่วมกันแล้ว ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรึกษาปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขร่วมกัน มีการสนับสนุน และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และยังเป็นการประหยัดเวลาของเจ้าหน้าที่อีกด้วย และจากการศึกษาของลินเดแมน (Lindeman)³ พบว่า การสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่ม ๓-๑๐ คน จะมีประสิทธิภาพดีกว่าการสอนเป็นรายบุคคล และการสอนนั้นนอกจากจะให้ความรู้โดยการพูด (Verbal) แล้ว ควรใช้สิ่งเร้าที่ไม่ใช่คำพูด (Non Verbal) เช่น ภาพพลิก สไลด์ เพื่อให้สิ่งเร้าผ่านอวัยวะสัมผัสหลายทาง คือ ทางตาและทางหู ซึ่งจะไ้ผลมากกว่าสิ่งเร้าที่ผ่านอวัยวะสัมผัสทางหูอย่างเดียว

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยดังกล่าว จะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นบุคคลที่เหมาะสมและสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมาายอาสวีนีเย กราวิส สามารถปรับตัวและเผชิญกับโรคที่เรื้อรัง ซึ่งมีอาการสงบและกำเริบ และมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาได้อย่างเหมาะสม โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะในการสอน และสนับสนุนส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยเหล่านี้ซึ่งมีประสิทธิภาพ และถ้าหากพยาบาลได้ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรู้ ความเข้าใจ มีความสามารถและมีทักษะดังกล่าวแล้ว ย่อมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบสมบูรณ์เบ็ดเสร็จ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตกับโรคที่มีอยู่ได้ควยติ และพร้อมที่จะเผชิญกับโรคที่อาจจะกำเริบขึ้นเมื่อใดก็ได้

¹ Winslow, Op.cit.

² Krysan, Op.cit.

³ Carole A. Lindeman, "Nursing Intervention with the Presurgical Patients : Effectiveness and Efficiency of Group and Individual Preoperative Teaching-Phase Two," Nursing Research, Vol.21, No.3 (May-June, 1972), 196-209.

วิธีดำเนินการวิจัย

ลักษณะตัวอย่างและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมายาฮาสิเนีย กราวิส ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกประสาทวิทยา โรงพยาบาลรามารับดี ในช่วงเดือนเมษายน-กันยายน 2526 โดยเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งจะต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีอายุระหว่าง 15-60 ปี
2. รู้สึกตัวดี รับรู้ต่อสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ได้ดี
3. ไม่มีโรคอื่น ๆ ที่ยังควบคุมไม่ได้ดี เช่น ต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ เบาหวาน โรคติดเชื้อ และไม่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์
4. การได้ยินดี ฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ และสามารถมองเห็นภาพต่าง ๆ ได้ชัดเจน
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และสามารถให้ข้อมูลได้
6. สามารถมาพบผู้วิจัยได้ทุกเดือน เป็นเวลา 3 เดือนติดต่อกัน

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

1. เนื้อหาและอุปกรณ์การสอนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน ผู้วิจัยได้รวบรวมขึ้นจากหนังสือ เอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคมายาฮาสิเนีย กราวิส เนื้อหาที่สร้างขึ้นนี้ครอบคลุมถึงสิ่งที่จำเป็นที่ผู้ป่วยควรทราบและปฏิบัติ ได้แก่

1. ลักษณะ สาเหตุ และอาการของโรค
2. วิธีการควบคุมรักษาโรคและยา

3. ปัจจัยส่งเสริมให้อาการกำเริบขึ้น

4. การปฏิบัติตนในการควบคุมโรค

ผู้วิจัยได้เลือกใช้คำอธิบายเนื้อหาที่เข้าใจง่าย และโครงสร้างภาพสไลด์สี ประกอบ จำนวน 30 ภาพ เพื่อช่วยดึงดูดความสนใจในการเรียน และช่วยให้ผู้ปวย เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น ทั้งรายละเอียดในภาคผนวกหน้า 105

ก่อนนำเนื้อหาไปใช้สอนผู้ปวย ผู้วิจัยได้เสนอให้อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทางโรคมายาสีเนีย กราวิส 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้เรื่องโรค และมีประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ปวยมายาสีเนีย กราวิส อย่างดี 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นได้แก้ไขแล้วผู้วิจัย ได้นำเนื้อหาไปทดลองสอนผู้ปวยมายาสีเนีย กราวิส เป็นกลุ่มจำนวน 2 คน 1 ครั้ง ปรากฏว่าใช้เวลาในการสอน 25 นาที ผู้ปวยฟังเนื้อหาที่สอนได้รู้เรื่องดี

2. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน ผู้วิจัยได้สร้างแบบ ทดสอบเพื่อวัดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนของผู้ปวยตามเนื้อหาที่สอน ลักษณะ ของแบบทดสอบจะเป็นข้อคำถามซึ่งให้ผู้ปวยเลือกตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบ จำนวน 30 ข้อ ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ได้ได้ 0 คะแนน แบ่งเป็นจำนวนข้อทดสอบในแต่ละเรื่องดังต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องลักษณะ สาเหตุ และอาการของโรค	4 ข้อ
2. วิธีการควบคุมรักษาโรคและยา	14 ข้อ
3. ปัจจัยส่งเสริมให้อาการกำเริบขึ้น	4 ข้อ
4. การปฏิบัติตนในการควบคุมโรค	8 ข้อ

เมื่อสร้างแบบทดสอบเสร็จแล้ว ผู้วิจัยได้เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้ตรวจ สอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาที่ใช้สอน เป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยง ตรงของข้อทดสอบ ปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเห็นด้วยกับข้อทดสอบที่ใช้เป็นส่วนใหญ่ มีส่วนที่ต้องแก้ไขเพิ่มเติมเพียงเล็กน้อย

หลังจากปรับปรุงแก้ไขข้อทดสอบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้นำข้อทดสอบดังกล่าวไปตรวจหาค่าของความเชื่อมั่น โดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยมายาอาส-
ธีเนีย กราวิส ที่มารับบริการจากคลินิกประสาทวิทยา โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน
15 ราย แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นแบบคูเคอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ 0.88
หลังจากนั้นได้แก้ไขข้อความในข้อทดสอบบางข้อที่ผู้ป่วยอ่านแล้วเข้าใจยากให้กระจ่าง
ชัดยิ่งขึ้น ดังรายละเอียดในภาคผนวกหน้า 113

3. เกณฑ์ประเมินภาวะของโรค

ผู้วิจัยได้สร้างเกณฑ์ประเมินภาวะของโรค โดยอาศัยความรู้ที่ได้จาก
การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ โดยจะประเมินความสามารถ
ในการปฏิบัติกิจกรรม (functional ability) เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร
การพูด การทำงานและการทำกิจวัตรประจำวัน และประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ
(muscle power) ได้แก่ กล้ามเนื้อตา (orbiculi muscles) กล้ามเนื้อ
เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของตา (extraocular muscles) กล้ามเนื้อสเตอร์โน-
ไคลโดมาสคอยด์ (sternocleidomastoid muscle) กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการกาง
แขน (shoulder abduction) และกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการงอของสะโพก (hip
flexors)

การประเมินกำลังของกล้ามเนื้อนั้น เนื่องจากยังไม่มีผู้ใดศึกษาวิธีการตรวจ
กำลังของกล้ามเนื้อที่เหมาะสมที่สุดที่จะใช้ตรวจผู้ป่วยมายาอาสธีเนีย กราวิส ดังนั้นผู้วิจัย
จึงได้ใช้สเกลการวัดของ เมดิกอล รีเซิร์ช เคาน์ซิล (Medical Research Council
Scale) มาเป็นเกณฑ์พิจารณา ดังต่อไปนี้¹

¹ John N. Walton. Disorders of Voluntary Muscle (1st ed.
London : J. & A. Churchill LTD, 1969), p.432.

- เกรต 0 ไม่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ (อัมพาต)
- เกรต 1 เคลื่อนไหวไม่ได้ แต่เห็นหรือคลำพบการหดตัวของกล้ามเนื้อเพียงเล็กน้อย
- เกรต 2 กล้ามเนื้ออ่อนแรง ลากไปตามบนพื้นแนวราบได้ แต่ยกขึ้นต้านแรงถ่วงของโลกไม่ได้
- เกรต 3 สามารถเคลื่อนไหวต้านแรงถ่วงของโลกได้ แต่ต้านแรงกดไม่ได้เลย
- เกรต 4 สามารถเคลื่อนไหวต้านแรงถ่วงของโลกได้ตามปกติ แต่ยังต้านแรงกดได้ไม่เต็มที่
- เกรต 5 สามารถเคลื่อนไหวต้านแรงถ่วงของโลกได้ตามปกติและสามารถต้านแรงกดได้อย่างเต็มที่

เกณฑ์ประเมินภาวะของโรคดังกล่าว แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จำนวน 4 ข้อ และส่วนที่ 2 ประเมินกำลังของกล้ามเนื้อต่าง ๆ จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยได้ให้คะแนนแต่ละข้อเป็น 4 ระดับคือ 3 2 1 และ 0 และเมื่อความคะแนนทั้งหมดแล้ว คะแนนภาวะของโรคจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 27 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าภาวะของโรคยิ่งดี คะแนนยิ่งน้อยแสดงว่าภาวะของโรคยิ่งเลว

เมื่อสร้างเกณฑ์ประเมินภาวะของโรคเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้เสนอเกณฑ์ประเมินนี้ให้อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคทางระบบประสาท ซึ่งคุ้นเคยกับผู้ป่วยโรคมาลาเซียเนีย กราวิส เป็นอย่างดี 4 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสม ปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกันว่าสามารถใช้เกณฑ์ดังกล่าวประเมินภาวะของโรคของผู้ป่วยมาลาเซียเนีย กราวิส ได้ โดยมีส่วนที่ต้องดัดแปลงแก้ไขและเพิ่มเติมบ้างเพียงบางส่วน

หลังจากปรับปรุงแก้ไขเกณฑ์ประเมินภาวะของโรคตามข้อเสนอแนะของผู้ทรง
คุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำเกณฑ์ประเมินดังกล่าวไปตรวจหาค่าของความเชื่อมั่น โดยนำ
ไปประเมินผู้ป่วยมายาฮาสนีเนีย กราวิส ที่มารับบริการที่คลินิกประสาทวิทยา
โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 15 ราย แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์
ความแปรปรวนแบบของ ฮอยท์ (Hoyt's Analysis of Variance) ได้ 0.58
หลังจากนั้นได้แก้ไขข้อความในเกณฑ์ประเมินบางข้อให้กระจ่างชัดขึ้น ดังรายละเอียด
ในภาคผนวกหน้า 116

4. เกณฑ์ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยมายาฮาสนีเนีย กราวิส ผู้วิจัยได้
สร้างขึ้น โดยดัดแปลงจากทฤษฎีการปรับตัวของรอย (The Roy's Adaptation
Theory) มีจำนวนทั้งหมด 47-49 ข้อ และเมื่อรวมคะแนนทั้งหมดแล้ว คะแนนการ
ปรับตัวจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0-141 และ 0-147 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าการ
ปรับตัวยิ่งดี คะแนนยิ่งน้อยแสดงว่าการปรับตัวยิ่งเลว ผู้วิจัยได้แบ่งเกณฑ์ประเมินนี้
ออกเป็น 2 ส่วน โดยประเมินถึงพฤติกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้านตามแนวทฤษฎีของรอย
ได้แก่

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามซึ่งถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและความ
รู้สึกของผู้ป่วยในด้านการปรับตัวตามความต้องการด้านสรีรวิทยา ในช่วงระยะ 1 เดือน
ที่ผ่านมา จำนวน 16 ข้อ (48 คะแนน) แต่ละข้อมีคะแนน 4 ระดับ คือ ดีมาก = 3
ดี = 2 ปานกลาง = 1 และเลว = 0 ดังรายละเอียดในภาคผนวกหน้า 119

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามซึ่งถามเกี่ยวกับการปฏิบัติและความรู้สึก
ของผู้ป่วยตามพฤติกรรมการปรับตัวด้านต่าง ๆ ได้แก่

1. พฤติกรรมการปรับตัวตามมโนทัศน์แห่งตน 16 - 18 ข้อ
(48 - 54 คะแนน)

16 ข้อ สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรค

18 ข้อ สำหรับผู้ป่วยที่แต่งงานและยังมีชีวิตคู่ร่วมกันอยู่

2. พฤติกรรมการปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ 8 ข้อ

(24 คะแนน)

3. พฤติกรรมการปรับตัวตามความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้อื่น 7 ข้อ

(21 คะแนน)

ข้อคำถามในส่วนนี้ประกอบด้วยคำถามทั้งทางบวกและทางลบ ดังรายละเอียด
ในภาคผนวกหน้า 122

ข้อที่มีคำถามในทางบวก จะพิจารณาให้คะแนน ดังนี้

ไม่ใช่	=	0
ใช้บางเวลา	=	1
ใช้บ่อย ๑ ครั้ง	=	2
ใช้ตลอดเวลา	=	3

ข้อที่มีคำถามในทางลบ จะพิจารณาให้คะแนน ดังนี้

ไม่ใช่	=	3
ใช้บางเวลา	=	2
ใช้บ่อย ๑ ครั้ง	=	1
ใช้ตลอดเวลา	=	0

ดังรายละเอียดในภาคผนวกหน้า 136

เมื่อสร้างเกณฑ์ประเมินการปรับตัวเสร็จ ผู้วิจัยได้เสนอให้อาจารย์พยาบาล
ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา ปรากฏ
ว่าผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกันว่าสามารถใช้เกณฑ์ดังกล่าวนี้ประเมินการ
ปรับตัวของผู้ป่วยมายาฮาสิเนีย กราวิส โดยมีส่วนที่ต้องดัดแปลงแก้ไขและเพิ่มเติมใน
บางส่วน

หลังจากปรับปรุงแก้ไขเกณฑ์ประเมินการปรับตัวตามข้อเสนอแนะของผู้ทรง
คุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำเกณฑ์ประเมินดังกล่าวไปตรวจหาค่าของความเชื่อมั่น โดยนำ
ไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยมายาอาสรีเนีย กราวิส ที่มารับบริการที่คลินิกประสาทวิทยา
โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 8 ราย แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์
ความแปรปรวนแบบของฮอยท์ (Hoyt's Analysis of Variance) ได้ 0.91
หลังจากนั้นได้แก้ไขข้อความในเกณฑ์ประเมินบางข้อให้กระจ่างชัดยิ่งขึ้น ดังรายละเอียด
ในภาคผนวกหน้า 119

5. แบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วนคือ
1) บันทึกเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย 2) บันทึกคะแนนความรู้เรื่องโรคและการ
ปฏิบัติตนของผู้ป่วย 3) บันทึกคะแนนภาวะของโรคของผู้ป่วย 4) บันทึกคะแนน
การปรับตัวของผู้ป่วย และ 5) บันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วย ดังรายละเอียด
ในภาคผนวกหน้า 125

6. เครื่องฉายสไลด์และจอสำหรับฉายสไลด์

7. เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ซึ่งมีความเที่ยงและเป็นเครื่องเดิม
ที่ผู้ป่วยใช้อยู่ตลอดการศึกษา

ขั้นตอนในการเก็บและรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แล้วผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวม
ข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน ดังนี้

1. แนะนำตนเอง เพื่อขอความร่วมมือและถามความสมัครใจของผู้ป่วย
เมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย ก็ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยที่คัดเลือกเป็นกลุ่ม
ตัวอย่าง



2. บันทึกข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย เพศ อายุ ศาสนา สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ชนิดของมาลาเรีย เนื้อมะพร้าวแห้ง ระยะเวลาที่เป็นโรค โรคอื่นที่มีร่วมด้วย การรักษาที่ได้รับ และยาที่ได้รับในปัจจุบัน ลงในแบบฟอร์มของการเก็บข้อมูลส่วนที่ 1

3. ให้ผู้ป่วยแต่ละราย ทำแบบทดสอบเพื่อวัดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน สำหรับผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ออกหรืออ่านได้ไม่คล่อง ผู้วิจัยและผู้ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลซึ่งมีความเข้าใจในแบบทดสอบเป็นอย่างดีจะอ่านให้ผู้ป่วยฟัง โดยใช้เวลาตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย

4. ผู้วิจัยจะประเมินภาวะของโรคของผู้ป่วยแต่ละรายตามแบบประเมินที่สร้างไว้

5. ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์และประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละรายตามเกณฑ์ประเมินที่สร้างไว้

6. หลังจากผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์ตามปกติเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะเป็นผู้สอนผู้ป่วยเรื่องโรคและการปฏิบัติตนตามเนื้อหาที่เตรียมไว้ โดยใช้ห้องประชุมขนาดเล็กซึ่งมีสัดส่วนที่พอเหมาะ และจุคนได้ประมาณ 10-15 คน การสอนจะเป็นวิธีการบรรยายประกอบการฉายสไลด์ ในการสอนแต่ละครั้งจะสอนผู้ป่วยและญาติเป็นกลุ่มครั้งละ 2-6 ราย ระหว่างการสอนและหลังจากสอนเสร็จจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ โดยใช้เวลาในการสอนรวมทั้งการซักถามปัญหาต่าง ๆ ประมาณ 1 ชั่วโมง - 1.30 ชั่วโมง

7. นักผู้ป่วยมาพบผู้วิจัยทุกเดือน

เมื่อพบผู้ป่วยทุกเดือน ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ชั่งน้ำหนักตัวผู้ป่วย

2. ประเมินภาวะโรคของผู้ป่วยตามแบบประเมินที่สร้างขึ้น

3. สัมภาษณ์และประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยตามเกณฑ์ประเมินที่สร้างไว้ และซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วย

4. ให้คำปรึกษา แนะนำ สนับสนุนให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อข้องใจต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และการรักษาที่ได้รับ เช่น การจัดเวลารับประทานยาให้เหมาะสม และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเหมาะสม ระยะเวลาที่ผู้วิจัยพบผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นอยู่กับลักษณะปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งวิธีการที่ใช้เพื่อแก้ไขปัญหานั้น ๆ

5. ในเดือนที่ 3 หลังจากประเมินภาวะโรคของผู้ป่วย สัมภาษณ์และประเมินการปรับตัว ตลอดจนซักถามปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหานั้น ๆ ตามความเหมาะสมแล้ว จะให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบเพื่อวัดความรู้ เรื่องโรคและการปฏิบัติตนอีกครั้งหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย โดยจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ชนิดของมาลาเรียเนีย กราวิส ระยะเวลาที่เป็นโรค โรคอื่นที่มีร่วมด้วย การรักษาที่ได้รับและยาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวม และในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนได้รับการสอนและในเดือนที่ 1, 2 และ 3 หลังได้รับการสอนและติดตามช่วยเหลือ โดยทดสอบด้วยค่าที สำหรับตัวอย่างที่เป็นคู่ (t-test for paired sample) และเนื่องจากจำนวนข้อและคะแนนเต็มของเกณฑ์ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยไม่เท่ากัน ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ ประกอบกับผู้วิจัยต้องการเปรียบเทียบและจัดอันดับคะแนนการปรับตัวในแต่ละเรื่องด้วย ผู้วิจัยจึงนำคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมและในแต่ละด้านของผู้ป่วยทุกรายมาคำนวณเป็นร้อยละแล้วจึงนำไปวิเคราะห์ด้วยค่าที

3. วิเคราะห์จำนวนของผู้ป่วยที่มีคะแนนการปรับตัวเปลี่ยนแปลงไปจาก ก่อนได้รับการสอนและในเงื่อนไข 1,2 และ 3 หลังได้รับการสอนและติดตามช่วยเหลือ โดยจำแนกเป็นคะแนนการปรับตัว เพิ่มขึ้น คงเดิม และลดลง และนำจำนวนผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการปรับตัวที่เพิ่มขึ้นและลดลงมาทดสอบความมีนัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงแบบแมคนีมาร์

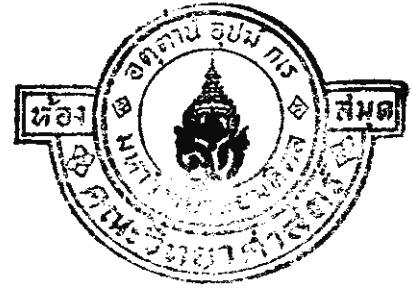
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคของผู้ป่วย ระหว่างก่อนได้รับการสอนและในเงื่อนไข 3 หลังได้รับการสอนและติดตามช่วยเหลือ โดยทดสอบด้วยค่า t สำหรับตัวอย่างที่เป็นคู่ (t -test for paired sample) และเนื่องจากผู้วิจัยต้องการเปรียบเทียบและจัดอันดับคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนในแต่ละเรื่อง ดังนั้นจึงนำคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนในแต่ละเรื่องของผู้ป่วยทุกรายมาคำนวณเป็นร้อยละแล้วหาค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

5. วิเคราะห์จำนวนของผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะของโรคเปลี่ยนแปลงไปจาก ก่อนได้รับการสอนและในเงื่อนไข 1,2 และ 3 หลังได้รับการสอนและติดตามช่วยเหลือ โดยจำแนกเป็นคะแนนภาวะของโรค เพิ่มขึ้น คงเดิม และลดลง และนำจำนวนผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภาวะของโรคที่เพิ่มขึ้นและลดลงมาทดสอบความมีนัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงแบบแมคนีมาร์

6. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน ภาวะของโรคและการปรับตัวของผู้ป่วย ทั้งก่อนและในเงื่อนไข 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient) หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละคู่แล้วนำค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ได้มาหาค่าสหสัมพันธ์บางส่วน โดยการควบคุมตัวแปรที่ละตัว (Partial Correlation Coefficient)

7. วิเคราะห์จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีและไม่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวในเงื่อนไข 1,2 และ 3 หลังได้รับการสอนและให้การพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล



1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยมายาอาสรีเนีย กราวิส ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ 25 ราย มีทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 18-56 ปี แต่เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ปรากฏว่ามีผู้ป่วยที่มาพบผู้วิจัยตามกำหนดไม่ได้ 1 ราย จึงเหลือผู้ป่วยที่นำมาศึกษาได้เพียง 24 ราย

ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดนั้น พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และมีอายุอยู่ระหว่าง 15-35 ปีมากที่สุด และน้อยที่สุดคือ 36-56 ปี ส่วนสถานภาพสมรสและโสด มีจำนวนใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยทุกรายนับถือศาสนาพุทธ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีจำนวนมากที่สุด ส่วนมัธยมศึกษาและอุดมศึกษามีจำนวนเท่ากัน ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้างมีจำนวนมากที่สุด และน้อยที่สุดคืออาชีพทำนา ผู้ป่วยส่วนมากมีรายได้อยู่ระหว่าง 2,000 - 4,000 บาท ผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด มีจำนวนมากที่สุด รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่จ่ายได้เองทั้งหมดและให้สังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือซึ่งมีจำนวนเท่ากัน และในผู้ป่วยมายาอาสรีเนีย กราวิส ที่ทำการรักษาทั้ง 24 รายนี้ มีผู้ป่วยที่เป็นชนิดกล้ามเนื้อทั่วไปอ่อนแรง (Generalized) มากที่สุด ผู้ป่วยส่วนมากมีระยะเวลาที่เป็นโรคมามากกว่า 5 ปี กลุ่มที่มีระยะเวลาเป็นโรคมามากกว่า 3-5 ปีมีจำนวนน้อยที่สุด กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย ส่วนโรคที่พบร่วมมากที่สุดคือ วัณโรคเป็นพิษ รองลงมาคือต่อมไทรอยด์โต ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วยยา และผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกและที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกมีจำนวนใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาเมสคินอนและเพรคินโซโลนร่วมกัน รองลงมาคือกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมสคินอนอย่างเดียว ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพรคินโซโลนอย่างเดียวมีน้อยที่สุด

ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ชนิดของ
มายอาสึเนีย กราวิส ระยะเวลาที่เป็นโรค โรคอื่นที่มีร่วมด้วย
การรักษาที่ได้รับและยาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
รวมจำนวนทั้งหมด	24	100.0
เพศและอายุ		
หญิง		
อายุ 15 – 35 ปี	12	50.0
อายุ 36 – 56 ปี	3	12.5
ชาย		
อายุ 15 – 35 ปี	8	33.33
อายุ 36 – 56 ปี	1	4.17
สถานภาพสมรส		
แต่งงาน	11	45.83
โสด	12	50.00
แยกกันอยู่	1	4.17
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	16	66.66
มัธยมศึกษา	4	16.67
อุดมศึกษา	4	16.67

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
รวมจำนวนทั้งหมด	24	100.0
อาชีพ		
นักเรียน นักศึกษา	2	8.33
แม่บ้านหรืออยู่บ้านเฉย ๆ	4	16.67
ทำนา	1	4.17
รับจ้าง	11	45.83
ค้าขาย	4	16.67
รับราชการ	2	8.33
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	8	33.33
2,000 - 4,000 บาท	12	50.00
มากกว่า 4,000 บาท	4	16.67
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
จ่ายตัวเองทั้งหมด	7	29.16
สังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือ	7	29.16
เบิกตัวเองทั้งหมด	9	37.51
เบิกใ้ครึ่งหนึ่ง	1	4.17
ชนิดของมายาสรีเเนีย กราวิส		
เป็นเฉพาะกล้ามเนื้อตา	4	16.67
กล้ามเนื้อทั่วไปอ่อนแรง	20	83.33

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
รวมจำนวนทั้งหมด	24	100.0
ระยะเวลาที่เป็นโรค		
1 – 3 ปี	7	29.17
3 – 5 ปี	4	16.67
มากกว่า 5 ปี	13	54.16
โรคอื่นที่มีร่วมด้วย		
ชัยรอยค้เป็นพิษ	4	16.67
ต่อมชัยรอยค้โตแต่ไม่เป็นพิษ	2	8.33
โรคหัวใจ	1	4.17
ไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย	17	70.83
การรักษาที่ได้รับ		
รับประทานยา	24	100.00
ทำผ่าตัดต่อมชัยมัสดอก	11	45.83
ไม่ได้ทำผ่าตัดต่อมชัยมัสดอก	13	54.17
ยาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน		
เมสทินอน	9	37.50
เพรคินิโซโลน	4	16.67
เมสทินอนและเพรคินิโซโลน	11	45.83

2. การเปลี่ยนแปลงของการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากได้รับการสอนและการพยาบาล

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมและในแต่ละค่านของกลุ่มตัวอย่างเมื่อก่อนได้รับการสอน พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมเท่ากับร้อยละ 82.86 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวในแต่ละเรื่องอยู่ระหว่างร้อยละ 78.03 – 89.58 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวที่สูงที่สุด คือ การปรับตัวด้านสรีรวิทยา ส่วนที่ต่ำที่สุดคือ การปรับตัวด้านมโนทัศน์แห่งตน

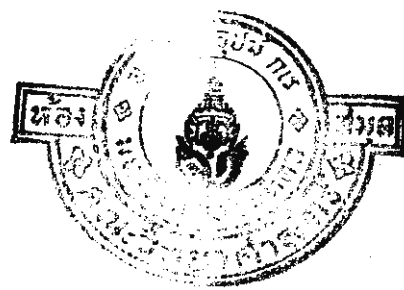
เมื่อวัดคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมและในแต่ละค่าน ในเดือนที่ 1 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.99 และในแต่ละค่านเพิ่มขึ้นอยู่ระหว่าง 86.30 – 91.82 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวที่สูงที่สุด คือ การปรับตัวด้านสรีรวิทยาและส่วนที่ต่ำที่สุดคือ การปรับตัวด้านมโนทัศน์แห่งตน

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมและในแต่ละค่านของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเมื่อก่อนได้รับการสอนและในเดือนที่ 1 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนดังกล่าวในเดือนที่ 1 หลังได้รับการสอนและการพยาบาลสูงกว่าเมื่อก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมและในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนได้รับการสอน ($\bar{X}_1$) และในเดือนที่ 1 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล ($\bar{X}_2$) ($N = 24$)

การปรับตัว	ก่อนได้รับการสอน		ในเดือนที่ 1 หลังได้รับการสอน		t
	$\bar{X}_1$	SD_1	$\bar{X}_2$	SD_2	
การปรับตัวโดยส่วนรวม	82.86	11.38	88.99	8.80	5.21***
การปรับตัวด้านสรีรวิทยา	89.58	8.73	91.82	6.27	2.41*
การปรับตัวด้านมโนทัศน์แห่งตน	78.03	15.11	86.30	11.01	4.16***
การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่	82.52	15.63	89.24	13.40	4.18***
การปรับตัวด้านความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับผู้อื่น	78.97	16.31	88.89	12.22	4.33***

*** $P < .001$, * $P < .05$



เมื่อวัดคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมและในแต่ละด้าน ในเดือนที่ 2 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวม เพิ่มขึ้นจากเมื่อก่อนได้รับการสอนเป็นร้อยละ 93.45 และในแต่ละด้านเพิ่มขึ้นอยู่ระหว่าง 91.82 – 94.62 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวที่สูงที่สุด คือ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และส่วนที่ต่ำที่สุด คือ การปรับตัวด้านมนุษยสัมพันธ์

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมและในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนได้รับการสอนและในเดือนที่ 2 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนดังกล่าวในเดือนที่ 2 หลังได้รับการสอนและการพยาบาลสูงกว่าเมื่อก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมและในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนได้รับการสอน ($\bar{X}_1$) และในเดือนที่ 2 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล ($\bar{X}_3$) ($N = 24$)

การปรับตัว	ก่อนได้รับการสอน		ในเดือนที่ 2 หลังได้รับการสอน		t
	$\bar{X}_1$	SD_1	$\bar{X}_3$	SD_3	
การปรับตัวโดยส่วนรวม	82.86	11.38	93.45	5.79	6.55***
การปรับตัวด้านสรีรวิทยา	89.58	8.73	94.06	5.95	3.58**
การปรับตัวด้านมโนทัศน์ของตน	78.03	15.11	91.82	8.48	6.64***
การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่	82.52	15.63	94.62	8.10	5.20***
การปรับตัวด้านความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับผู้อื่น	78.97	16.31	93.45	7.27	4.94***

*** $P < .001$, ** $P < .01$

เมื่อวัดคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมและในแต่ละด้าน ในเดือนที่ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมเพิ่มขึ้นจากเมื่อก่อนได้รับการสอนเป็นร้อยละ 96.70 และในแต่ละด้านเพิ่มขึ้นอยู่ระหว่าง 96.35 – 97.74 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวที่สูงที่สุด คือ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และส่วนที่ต่ำที่สุด คือ การปรับตัวด้านสรีรวิทยา

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมและในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนได้รับการสอนและในเดือนที่ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนดังกล่าวในเดือนที่ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาลสูงกว่าเมื่อก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมและในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนได้รับการสอน ($\bar{X}_1$) และในเดือนที่ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล ($\bar{X}_4$) ($N = 24$)

การปรับตัว	ก่อนได้รับการสอน		ในเดือนที่ 3 หลังได้รับการสอน		t
	$\bar{X}_1$	SD ₁	$\bar{X}_4$	SD ₄	
การปรับตัวโดยส่วนรวม	82.86	11.38	96.70	3.29	6.98***
การปรับตัวด้านสรีรวิทยา	89.58	8.73	96.35	3.32	4.36***
การปรับตัวด้านโน้ตชนแห่งตน	78.03	15.11	96.39	4.86	6.97***
การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่	82.52	15.63	97.74	5.35	5.66***
การปรับตัวด้านความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับผู้อื่น	78.97	16.31	97.02	4.40	5.98***

*** $P < .001$

เมื่อนับจำนวนผู้ป่วยที่มีคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมเปลี่ยนไปจากเมื่อก่อนได้รับการสอน พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนการปรับตัวเพิ่มขึ้น มีจำนวนมากที่สุดในเดือนที่ 3 คือ 22 ราย และมีจำนวนน้อยที่สุดในเดือนที่ 1 คือ 20 ราย มีผู้ป่วยรายเดียวเท่านั้นที่มีคะแนนการปรับตัวคงเดิมในเดือนที่ 2 และ 3 ส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนนการปรับตัวลดลง มีจำนวนมากที่สุดในเดือนที่ 1 คือ 4 ราย และมีจำนวนน้อยที่สุดในเดือนที่ 3 คือ 1 ราย

ในทุก 1 เดือนตลอดช่วงเวลาที่ทำการศึกษาติดตามการปรับตัวของผู้ป่วย พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีคะแนนการปรับตัวเพิ่มขึ้น มีมากกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมเปลี่ยนไปจากเมื่อก่อนได้รับการสอน ในเดือนที่ 1 2 และ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล ด้วยแมคนีมาร์ (N = 24)

เดือนที่	การเปลี่ยนแปลงของคะแนนการปรับตัว			χ^2
	เพิ่มขึ้น	คงเดิม	ลดลง	
1	20	—	4	12.04***
2	21	1	2	17.39***
3	22	1	1	21.04***

*** P < .001

3. ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาล

ในการวัดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อก่อนได้รับการสอน พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 61.40 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในแต่ละเรื่องอยู่ระหว่างร้อยละ 57.50 – 64.57 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ที่สูงที่สุดคือ ความรู้เรื่องการควบคุมรักษาโรคและยา ส่วนที่ต่ำที่สุด คือ ความรู้เกี่ยวกับลักษณะ สาเหตุและอาการของโรค

เมื่อวัดความรู้เรื่องโรคของกลุ่มตัวอย่าง ในเดือนที่ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคทั้งหมดและในแต่ละเรื่องสูงกว่าเมื่อก่อนได้รับการสอน โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 89.03 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในแต่ละเรื่องอยู่ระหว่าง 86.50–91.75 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ที่สูงที่สุด คือ ความรู้เรื่องปัจจัยส่งเสริมให้อาการกำเริบขึ้น ส่วนที่ต่ำที่สุดคือ ความรู้เกี่ยวกับลักษณะสาเหตุ และอาการของโรค

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคทั้งหมดและในแต่ละเรื่องของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเมื่อก่อนได้รับการสอนและในเดือนที่ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนดังกล่าวในเดือนที่ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาลสูงกว่าเมื่อก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 6



ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตนทั้งหมด และในแต่ละเรื่องของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่าง ก่อนได้รับการสอนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาลในเคื่องที่ 3 (N = 24)

เรื่อง	ก่อนได้รับการสอน		หลังได้รับการสอน		t
	$\bar{X}_1$	SD ₁	$\bar{X}_2$	SD ₂	
ความรู้เรื่องโรคทั้งหมด	61.40	5.62	89.03	3.14	8.36***
ลักษณะ สาเหตุ และอาการ ของโรค	57.50	0.82	86.50	0.59	6.83***
การควบคุมรักษาโรคและยา	64.57	3.06	87.50	1.51	6.56***
ปัจจัยส่งเสริมให้อาการ กำเริบขึ้น	62.5	1.10	91.75	0.48	5.45***
การปฏิบัติตนในการควบคุมโรค	58.36	1.79	90.63	1.29	6.14***

*** P < .001

4. การเปลี่ยนแปลงของภาวะของโรคของผู้ป่วยแต่ละราย ภายหลังได้รับการสอนและการพยาบาล

เมื่อนับจำนวนผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะของโรคทั้งหมดเปลี่ยนแปลงไปจากเมื่อก่อนได้รับการสอนและการพยาบาล พบว่าในเคสที่ 1 2 และ 3 ผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะของโรคเพิ่มขึ้นมีจำนวนมากที่สุด ในเคสที่ 3 คือ 14 ราย และมีจำนวนน้อยที่สุดในเคสที่ 1 คือ 9 ราย ผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะของโรคคงเดิมมีจำนวนมากที่สุด ในเคสที่ 1 คือ 13 ราย และมีจำนวนน้อยที่สุดในเคสที่ 2 คือ 7 ราย ส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนนของภาวะของโรคลดลง มีจำนวนมากที่สุด ในเคสที่ 2 คือ 6 ราย และมีจำนวนน้อยที่สุดในเคสที่ 1 และ 2 คือ 2 รายเท่ากัน

ในเคสที่ 1 2 และ 3 ภายหลังได้รับการสอนและการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะของโรคเพิ่มขึ้น มีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เฉพาะในเคสที่ 1 และ 3 ภายหลังได้รับการสอนและการพยาบาล ส่วนเคสที่ 2 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะของโรคทั้งหมดเปลี่ยนไปจากเมื่อก่อนได้รับการสอน และในเคสที่ 1 2 และ 3 ภายหลังได้รับการสอนและการพยาบาลด้วยแมคนีมาร์ (N = 24)

เคสที่	การเปลี่ยนแปลงของคะแนนภาวะของโรค			χ^2
	เพิ่มขึ้น	คงเดิม	ลดลง	
1	9	13	2	5.82 *
2	11	7	6	2.12 ^{ns}
3	14	8	2	10.56 *

* $P < .05$

เมื่อนับจำนวนผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงชนิดและขนาดของยาที่ใช้รักษาจากเดิมก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการสอนและการพยาบาลแล้ว พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาชนิดและขนาดเดิมมีมากที่สุดในเดือนที่ 1 คือ 14 รายหรือร้อยละ 58.33 และลดลงเป็น 7 รายหรือร้อยละ 29.17 ในเดือนที่ 3 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยาชนิดเดิมแต่ลดขนาดนั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 7 รายหรือร้อยละ 29.17 ในเดือนที่ 1 เป็น 13 รายหรือร้อยละ 54.17 ในเดือนที่ 3 และมีผู้ป่วยที่ได้รับยาชนิดเดิมแต่เพิ่มขนาดน้อยที่สุดคือ 3 รายหรือร้อยละ 12.5 ในเดือนที่ 1 และมีจำนวน 4 รายหรือร้อยละ 16.66 ในเดือนที่ 2 และ 3 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงชนิดและขนาดของยาที่ใช้รักษาจากเมื่อก่อนได้รับการสอน ในเดือนที่ 1 2 และ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล (N = 24)

การเปลี่ยนแปลงชนิด และขนาดของยา	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยในเดือนที่		
	1	2	3
ชนิดและขนาดเดิม	14 (58.33)	10 (41.67)	7 (29.17)
ชนิดเดิมแต่เพิ่มขนาด	3 (12.5)	4 (16.66)	4 (16.66)
ชนิดเดิมแต่ลดขนาด	7 (29.17)	10 (41.67)	13 (54.17)



เมื่อนับจำนวนผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงชนิดและขนาดของยาที่ใช้รักษา โดยจำแนกตามการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภาวะของโรค พบว่าในเคสที่ 1 2 และ 3 ผู้ป่วยที่ได้รับยาชนิดและขนาดเดิมส่วนใหญ่ คือ 4 – 8 รายหรือร้อยละ 16.66-33.33 มีคะแนนภาวะของโรคคงเดิม มีเพียง 1 รายหรือร้อยละ 4.17 ที่มีคะแนนภาวะของโรคลดลง ผู้ป่วยที่ได้รับยาชนิดเดิมแต่เพิ่มขนาดนั้น ในเคสที่ 1 มีผู้ป่วยที่ยังคงมีคะแนนภาวะของโรคคงเดิมเพียง 1 รายหรือร้อยละ 4.17 ผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะของโรคเพิ่มขึ้นมีจำนวนมากที่สุดในเคสที่ 3 คือ 3 ราย หรือร้อยละ 12.5 สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาชนิดเดิมแต่ลดขนาดนั้น พบว่ามีจำนวน 3 – 8 รายหรือร้อยละ 12.5 – 33.33 ที่มีคะแนนภาวะของโรคเพิ่มขึ้น และมีเพียง 4 รายหรือร้อยละ 16.66 ที่มีคะแนนภาวะของโรคลดลงในเคสที่ 2 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย ที่มีการเปลี่ยนแปลงชนิดและขนาดของยา ที่ใช้รักษาจากเมื่อก่อนได้รับการสอน ในเดือนที่ 1 2 และ 3 หลัง ได้รับการสอนและการพยาบาล โดยจำแนกตามการเปลี่ยนแปลงของ คะแนนภาวะของโรคมายาฮีเนีย กราวิส (N = 24)

การเปลี่ยนแปลงชนิด และขนาดของยา	การเปลี่ยนแปลงของ คะแนนภาวะของโรค	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย ในเดือนที่		
		1	2	3
ชนิดและขนาดยาเดิม	เพิ่มขึ้น	6 (25)	5 (20.83)	3 (12.5)
	คงเดิม	8 (33.33)	4 (16.66)	4 (16.66)
	ลดลง	1 (4.17)	1 (4.17)	1 (4.17)
ชนิดเดิมแต่เพิ่มขนาด	เพิ่มขึ้น	—	1 (4.17)	3 (12.5)
	คงเดิม	1 (4.17)	—	—
	ลดลง	1 (4.17)	3 (12.5)	1 (4.17)
ชนิดเดิมแต่ลดขนาด	เพิ่มขึ้น	3 (12.5)	3 (12.5)	8 (33.33)
	คงเดิม	4 (16.66)	3 (12.5)	4 (16.66)
	ลดลง	—	4 (16.66)	—

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน ภาวะของโรคและการปรับตัวของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาล

เมื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน คะแนนภาวะของโรค และคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมของผู้ป่วยทั้งหมด ทั้งเมื่อก่อนได้รับการสอนและในเดือนที่ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล พบว่าเมื่อก่อนได้รับการสอน ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับคะแนนภาวะของโรคและคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวม แต่มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางระหว่างคะแนนภาวะของโรคกับคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในเดือนที่ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับคะแนนภาวะของโรค และคะแนนภาวะของโรคกับคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวม แต่มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางระหว่างคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน (X) คะแนนภาวะของโรค (Y) และคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวม (Z) ของผู้ป่วยทั้งก่อนได้รับการสอนและในเดือนที่ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล

	ก่อนได้รับการสอน			เดือนที่ 3 หลังได้รับการสอน		
	ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน (X)	ภาวะของโรค (Y)	การปรับตัว (Z)	ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน (X)	ภาวะของโรค (Y)	การปรับตัว (Z)
ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน (X)	—	—	—	—	—	—
ภาวะของโรค (Y)	-0.24 ^{ns}	—	—	-0.16 ^{ns}	—	—
การปรับตัว (Z)	0.11 ^{ns}	0.42*	—	0.39*	0.33 ^{ns}	—

*P < .05

เมื่อนำค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน
คะแนนภาวะของโรคและคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมของผู้ป่วย เมื่อก่อนได้รับการ
สอนและการพยาบาลมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วน โดยการควบคุมตัวแปรแต่ละตัว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับ
คะแนนภาวะของโรค และคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวม แต่มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางระหว่างคะแนนภาวะ
ของโรคกับคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
ตารางที่ 11

ตารางที่ 11 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนระหว่างคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน (X) คะแนนภาวะของโรค (Y) และคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวม (Z) ของผู้ป่วยเมื่อก่อนได้รับการสอนและการพยาบาล

หมวดความสัมพันธ์	ตัวแปรที่ถูกควบคุม		
	ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน (X)	ภาวะของโรค (Y)	การปรับตัว (Z)
ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับภาวะของโรค (r_{XY})	—	—	-0.32 ^{ns}
ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับการปรับตัว (r_{XZ})	—	0.24 ^{ns}	—
ภาวะของโรคกับการปรับตัว (r_{YZ})	0.47*	—	—

* $P < .05$

เมื่อนำค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน
คะแนนภาวะของโรค และคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมของผู้ป่วยในเดือนที่ 3 หลังได้
รับการสอนและการพยาบาล มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วน โดยการควบคุมตัว
แปรแต่ละตัว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน
กับคะแนนภาวะของโรค แต่มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางระหว่างคะแนน
ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวม และคะแนนภาวะ
ของโรคกับคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดัง
ตารางที่ 12

ตารางที่ 12 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนระหว่างคะแนนความรู้เรื่องโรคและการ
ปฏิบัติตน (X) คะแนนภาวะของโรค (Y) และคะแนนการปรับตัว
โดยส่วนรวม (Z) ของผู้ป่วยในเดือนที่ 3 หลังได้รับการสอนและ
ติดตามให้การพยาบาล

หมวดความสัมพันธ์	ตัวแปรที่ถูกควบคุม		
	ความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตน (X)	ภาวะของโรค (Y)	การปรับตัว (Z)
ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน กับภาวะของโรค (r_{XY})	—	—	-0.33 ^{ns}
ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน กับการปรับตัว (r_{XZ})	—	0.47*	—
ภาวะของโรคกับการปรับตัว (r_{YZ})	0.43*	—	—

* $P < .05$

6. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยมายาสรีเนีย กราวิส ภายหลังได้รับการสอนและการพยาบาล

จากการติดตามประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละราย พบว่าในเคสที่ 1 2 และ 3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ จำนวน 14 – 16 ราย หรือ ร้อยละ 58.33 – 66.67 ไม่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว ในเคสที่ 1 และ 3 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจมีจำนวนมากที่สุด คือ 5 และ 4 รายหรือร้อยละ 20.53 และ 16.67 ตามลำดับ ส่วนในเคสที่ 2 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องภาวะของโรคเลวลง มีจำนวนมากที่สุด คือ 6 รายหรือร้อยละ 25.00 ผู้ป่วยที่มีปัญหาครอบครัวไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ขาดการช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจมีจำนวนเท่ากันทุกเคส คือ เคสนะ 3 รายหรือร้อยละ 12.5 ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีและไม่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว
ในเดือนที่ 1 2 และ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล
(N = 24)

รายการ	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย ในเดือนที่		
	1	2	3
ไม่มีปัญหา	16 (66.67)	14 (58.33)	16 (66.67)
มีปัญหา* ได้แก่			
ภาวะของโรคเลวลง	2 (8.33)	6 (25)	2 (8.33)
ด้านเศรษฐกิจ	5 (20.83)	4 (16.67)	4 (16.67)
ครอบครัวไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค ของผู้ป่วย ขาดการช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจ	3 (12.5)	3 (12.5)	3 (12.5)
มีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น	—	2 (8.33)	2 (8.33)
มีความเครียดเกี่ยวกับปัญหา ในครอบครัว	—	2 (8.33)	—

*ผู้ป่วยบางรายมีมากกว่า 1 ปัญหา

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุอยู่ระหว่าง 15 - 35 ปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสเคิร์ม (Skirm)¹ ที่พบว่าโรคมาลาเซียเนีย กราวิส จะพบได้บ่อยในผู้หญิงอายุระหว่าง 15 - 30 ปี นอกจากนี้ในกลุ่มตัวอย่างยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 16.67 มีโรคต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ และร้อยละ 8.33 มีต่อมธัยรอยด์โตแต่ไม่เป็นพิษร่วมด้วย ในประเทศไทยเคยมีรายงานไว้ว่าประมาณร้อยละ 10 - 15 ของผู้ป่วยไทยที่เป็นโรคมาลาเซียเนีย กราวิส จะมีโรคของต่อมธัยรอยด์ร่วมด้วย² และเมื่อพิจารณาถึงการปรับตัวในแต่ละด้านก่อนได้รับการสอนและติดตามช่วยเหลือ พบว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านสรีรวิทยาสูงที่สุด มีการปรับตัวด้านความสัมพันธ์เกี่ยวกับผู้อื่นค่อนข้างต่ำ และมีการปรับตัวด้านมโนทัศน์แห่งตนต่ำที่สุด (ดูตารางที่ 2) ที่เป็นเช่นนี้อาจสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะของโรคอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง (ดูตารางที่ 20) และผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับก็เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวทางด้านสรีรวิทยาได้ค่อนข้างดี สำหรับด้านความสัมพันธ์เกี่ยวกับผู้อื่น

¹Leslie Skirm, "Myasthenia Gravis A Time of Quiet Desperation," The Journal of Practical Nursing, Vol.25, No.12 (December, 1975), 21.

²อรณลสิทธิ์ เวชชาชีวะ, "ภาวะแปรปรวนของการนำสื่อที่ช่องว่างระหว่างปลายประสาทและกล้ามเนื้อ," รวมารับดีเวชสาร, ปีที่ 2, ฉบับที่ 2 (เมษายน - มิถุนายน, 2522), 113.

และค่านมโนทัศน์แห่งคนที่พบว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวในค่านเหล่านี้ค่อนข้างต่ำ อาจเนื่องมาจากลักษณะของโรคมายาสาธิเนีย กราวิส ที่ทำให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อเกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงไม่สามารถจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ สภาพโรคที่จำกัดเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายตนเองที่มีข้อจำกัดในการทำงานและไม่สามารถรับผิดชอบงานได้เช่นเดิม ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายต่อตนเองในชีวิต และรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไม่เป็นที่ต้องการของครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยบางรายยังคงมีอาการหงุดหงิดและแสดงสีหน้าโดยการยิ้มได้ไม่เต็มที่ แม้ว่าแพทย์จะพยายามปรับขนาดยาที่ให้อย่างดีที่สุดแล้ว จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกลำบากใจที่จะพบปะสนทนากับผู้อื่น และหลีกเลี่ยงไม่เข้าสมาคมกับคนอื่นเหมือนเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชาวหซ์ และคาฮิล (Schwartz and Cahill)¹ ที่พบว่าผู้ป่วยมายาสาธิเนีย กราวิส จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 48) ในจำนวน 17 ราย มีปัญหาที่ค่อนข้างรุนแรงเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวในการที่จะพบปะสนทนากับคนแปลกหน้าและกลัวอาการจะเป็นมากขึ้นในที่ชุมชน ซึ่งหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนและการพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวในทุกด้านดีขึ้น โดยผลการนับจำนวนผู้ป่วยที่มีการปรับตัวเปลี่ยนไปจากเมื่อก่อนได้รับการสอน (ดูตารางที่ 5) พบว่าในทุกเดือนหลังได้รับการสอนและติดตามช่วยเหลือ ผู้ป่วยที่มีการปรับตัวดีขึ้นมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยที่มีการปรับตัวเลวลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือผู้ป่วยที่มีการปรับตัวดีขึ้นมีจำนวน 20 — 22 ราย ส่วนผู้ป่วยที่มีการปรับตัวเลวลงมีจำนวน 1 — 4 ราย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในช่วงเวลาที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ

¹ Melvin L. Schwartz and Robert Cahill, "Psychopathology Associated with Myasthenia Gravis and Its Treatment by Psychotherapeutically Oriented Group Counselling," Journal of Chronic Disease, Vol.24, No.9 (April, 1971), 549-551.

กรรมเวลล์และคณะ (Cromwell, et al)¹ ที่กล่าวว่า ความวิตกกังวลมักจะเป็นผลจากการที่บุคคลไม่เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ดังนั้นการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เขาเป็นอยู่ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นต่อตนเองและช่วยลดความวิตกกังวล ซึ่งจะมีผลช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพโรคที่เกิดขึ้น และเป็นแนวทางที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการที่จะเผชิญกับสภาพโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม และจากการศึกษาของเอ็กซ์เบิร์กและคณะ (Egbert, et al)² ก็พบว่า การให้ความรู้ คำแนะนำ สนับสนุนและให้กำลังใจในเรื่องที่จำเป็นและเหมาะสมต่อผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดจำนวน 46 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคำแนะนำจำนวน 51 ราย และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนสามารถที่จะปรับตัวต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดได้ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนนั้น พบว่าหลังได้รับการสอนและการพยาบาลแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคทั้งหมด และในแต่ละเรื่องสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดูตารางที่ 6) คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคทั้งหมดเพิ่มจากร้อยละ 61.40 เป็นร้อยละ 89.03 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในแต่ละเรื่องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.50 - 64.57 เป็น 86.50-91.75

¹RL Gromwell, et al, Acute Myocardial Infarction : Reaction and Recovery (St. Louis : Mosby, 1977), cited by Mary Ellen Olbrisch and Stan W. Ziegler, "Psychological Adjustment to Inflammatory Bowell Disease : Informational Control and Private Self - Consciousness," Journal of Chronic Disease, Vol.35, No.7 (1982), 574.

²Lawrence D. Egbert, et al, "Reduction of Postoperative Pain by Encouragement and Instruction of Patients," The New England Journal of Medicine, Vol.270, No.16 (April, 1964), 825-827.

การเปลี่ยนแปลงของความรู้เรื่องโรคดังกล่าวนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลลา คันทโยทัย¹ ที่ได้สร้างโปรแกรมการสอนและติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ ที่ควบคุมโรคไม่ได้จำนวน 55 ราย และพบว่าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคทั้งหมดและในแต่ละเรื่องดีขึ้น ส่วนเหตุผลที่ทำให้ผลการวิจัยออกมาในลักษณะดังกล่าวนี้ อาจจะเป็น เพราะ

1. การสอนครั้งนี้ สอนตามเนื้อหาที่รวบรวมจากเอกสารและหนังสือ เกี่ยวกับโรคมายาสาธีเนีย กราวิส โดยครอบคลุมถึงสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยควรทราบ และปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โบเวน ริชและชลอตเฟลด์ (Bowen, Rich and Schlotfeldt)² ที่ได้ทดลองใช้โปรแกรมการสอนที่มีเนื้อหาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 23 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการสอนตามโปรแกรมที่สร้างขึ้น แต่ได้รับการแจกเอกสารและให้คำแนะนำแก้ไขความเข้าใจผิด พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสอนโดยการใช่โปรแกรม จะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และทักษะที่เปลี่ยนแปลงไปสูงกว่าอีกกลุ่มหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

¹วัลลา คันทโยทัย, "การศึกษาคิดตามความรู้เรื่องโรคและภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมโรคไม่ได้ หลังได้รับการสอนและติดตามช่วยเหลืออย่างมีระบบ," (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525), 53 - 54.

²Rhoda G. Bowen, Rosenmary Rich and Rozella M. Schlotfeldt, "Effect of Organized Instruction for Patients with the Diagnosis of Diabetes Mellitus," Nursing Research, Vol.10, No.3 (Summer, 1961), 152-155.



2. การสอนแต่ละครั้งทำเป็นกลุ่มเล็ก ๆ และกระทำในห้องที่เป็นสัดส่วน จึงสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยทุกคนเข้าใจเนื้อหาได้อย่างทั่วถึง และอภิปรายปัญหาต่าง ๆ ได้สะดวก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลินเดแมน (Lindeman)¹ ที่พบว่าการสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 2 - 10 คน มีประสิทธิภาพดีกว่าการสอนเป็นรายบุคคล

3. วิธีการสอนใช้คำอธิบายที่เข้าใจง่ายและมีภาพสไลด์ประกอบ ซึ่งช่วยให้เกิดความสนใจและทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น

4. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยเอง และส่วนใหญ่ต้องการทราบเกี่ยวกับเรื่องโรคที่ตนเป็นอยู่

5. ผู้วิจัยติดตามแนะนำผู้ป่วยทุก 1 เดือน ถ้าผู้ป่วยไม่ทราบและไม่เข้าใจในเรื่องใดก็ให้คำแนะนำเพิ่มเติมอีก

เมื่อพิจารณาความรู้เรื่องโรคในแต่ละเรื่องของกลุ่มตัวอย่าง (ดูตารางที่ 6) จะเห็นได้ว่าเมื่อก่อนได้รับการสอน กลุ่มตัวอย่างทำคะแนนความรู้ในเรื่องลักษณะ สาเหตุ และอาการของโรคได้ต่ำที่สุด คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับร้อยละ 57.5 และทำคะแนนความรู้เรื่องการควบคุมรักษาโรคและการใช้ยาได้สูงที่สุด ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าส่วนใหญ่แพทย์และพยาบาลมักจะสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาโดยการให้ยาเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากโรคนี้น่าเป็นที่ยังที่ต้องใช้ยาเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงมากขึ้น และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเรียนรู้ด้วยตนเองถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากการขาดยาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สำหรับเรื่อง ลักษณะ สาเหตุและอาการของโรคนี้นักจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องนั้นน้อย เพราะอธิบายให้เข้าใจได้ยากเนื่องจากโรคนี้น่ามีกลไกการเกิดอาการและสาเหตุค่อนข้างซับซ้อน และในตอนที่ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างยังคงทำ

¹Lindeman, Carole A., "Nursing Intervention with the Presurgical Patient : Effectiveness and Efficiency of Group and Individual Preoperative Teaching-Phase Two," Nursing Research, Vol.21, No.3 (May-June, 1972), 196-209.

คะแนนความรู้เรื่องนี้ได้ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับความรู้ในเรื่องอื่น ๆ คือมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับร้อยละ 86.50 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนำมาใช้ในการปฏิบัติตนกับโรคที่เป็นอยู่ทุกวัน จึงทำให้มีความสนใจในเรื่องนี้น้อย

ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงภาวะของโรคของผู้ป่วยนั้น จากผลการนับจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคเปลี่ยนไปจากเมื่อก่อนได้รับการสอน (ดูตารางที่ 7) พบว่าในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคดีขึ้นมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคเลวลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคดีขึ้นมีจำนวน 9 - 14 ราย ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคเลวลงมี 2 ราย แสดงให้เห็นว่าในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะของโรคไปในทางที่ดีขึ้น สำหรับเหตุผลที่ทำให้ผลการวิจัยออกมาในลักษณะดังกล่าวนี้ อาจจะเป็นเพราะว่า

1. ผลจากการสอนและติดตามให้คำแนะนำ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้สอดคล้องกับสภาพโรคที่จำกัดได้อย่างเหมาะสม เช่น การจัดเวลาให้เหมาะสม กับการทำกิจกรรมของผู้ป่วย จึงช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะของโรคดีขึ้น ดังจะเห็นได้จากกรณีที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการลดขนาดยาลงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.17 ในเดือนที่ 1 เป็นร้อยละ 54.17 ในเดือนที่ 3 และมีผู้ป่วยที่ได้รับการยาเพิ่มขนาดมีจำนวนน้อยที่สุด ดังตารางที่ 8 และในแต่ละเดือนผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็มีคะแนนภาวะของโรคเพิ่มขึ้น คือร้อยละ 12.5 - 33.33 ของผู้ป่วยที่ได้รับการลดขนาดยาและร้อยละ 12.5 - 25 ของผู้ป่วยที่ได้รับการยาขนาดเดิม เป็นผู้ที่มีคะแนนภาวะของโรคเพิ่มขึ้น มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 4.17 - 12.5 ที่มีคะแนนภาวะของโรคลดลงทั้ง ๆ ที่ได้รับการเพิ่มขนาดของยา ดังตารางที่ 9 ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสโตน (Stone)¹

¹ Daniel B. Stone, "A Study of the Incidence and Causes of Poor Control in Patient with Diabetes Mellitus," The American Journal of the Medical Sciences, Vol.241, No.4 (April, 1961), 436-437.

ที่ได้ติดตามประเมินภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 160 คน เป็นเวลา 22 - 28 เดือนหลังได้รับการสอน ให้ความแนะนำ และการรักษา และพบว่าผู้ป่วยมีภาวะการควบคุมโรคเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และวัลลา ตันตโยทัย¹ ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมโรคไม่ได้ดี จำนวน 55 ราย หลังจากรับการสอนและติดตามช่วยเหลือเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งก็พบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะการควบคุมโรคไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ลักษณะการดำเนินโรคของผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจเข้าสู่ระยะที่มีอาการค่อนข้างสงบ โดยจะเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาได้ดี และลดขนาดยาลงได้

3. ผลจากการรักษาด้วยการทำผ่าตัดต่อมธัยมัสออก โดยจะเห็นได้ว่าจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมด มีผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดต่อมธัยมัสออกถึงร้อยละ 45.83 ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของรูบินและคณะ (Rubin et al)² ที่ได้ศึกษาผลของการทำผ่าตัดต่อมธัยมัสออกในผู้ป่วยมายาฮาสิเนีย กราวิส จำนวน 22 ราย แล้วพบว่า ผู้ป่วย 10 รายไม่มีอาการของโรคกำเริบขึ้นอีก (complete remission) และไม่ต้องรับการรักษาด้วยยา ผู้ป่วย 10 รายมีอาการเพียงเล็กน้อยและได้รับการลดขนาดยาได้เรื่อย ๆ และมีผู้ป่วยเพียง 2 รายที่มีอาการกำเริบบ้าง โดยยังต้องอาศัยยารักษาเหมือนเมื่อก่อนได้รับการผ่าตัด

¹วัลลา ตันตโยทัย, เรื่องเดิม, หน้า 58.

²Joseph W. Rubin, et al, "Factors affecting response to thymectomy for myasthenia gravis," Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Vol.82, No.5 (November, 1981), 721-724.

ส่วนจากผลการวิจัยที่พบว่า ในเคสที่ 2 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล มีผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะของโรคลดลงเพิ่มขึ้นจากในเคสที่ 1 โดยเพิ่มจาก 2 รายเป็น 6 รายนั้น อาจจะเป็นเพราะว่า

1. ลักษณะการดำเนินของโรคมายาฮัสซีเนีย กราวิส เองที่มีความรุนแรงของอาการไม่แน่นอนในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการสงบเกิดขึ้นได้เอง¹ และในผู้ป่วยบางรายก็มีความรุนแรงของอาการในแต่ละวันไม่เหมือนกัน²
2. เกณฑ์ประเมินภาวะของโรคมายาฮัสซีเนีย กราวิส ที่นำมาใช้ศึกษาครั้งนี้ ยังไม่ดีพอ โดยเฉพาะการใช้วิธีการตรวจกำลังของกล้ามเนื้อในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ซึ่งกำลังของกล้ามเนื้อนั้นจะเปลี่ยนแปลงตามเวลาของการรับประทานยา และการทำกิจกรรมในแต่ละวัน และผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความรุนแรงของอาการไม่แน่นอนในแต่ละวัน ดังกล่าว ดังนั้นการตรวจวิธีนี้อาจจะบ่งบอกสภาพภาวะของโรคได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร

นอกจากนี้อาจจะมีผลกระทบจากปัจจัยหรือสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ ความเครียดทางจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยบางรายมีเรื่องวิตกกังวลและคิดมากเกี่ยวกับปัญหาในครอบครัวและปัญหาทางเศรษฐกิจ และมีผู้ป่วยบางรายเกิดปัญหาความไม่เข้าใจและทะเลาะกับสามี บางรายก็มีเรื่องทะเลาะกับบิดาและเกิดความเศร้าเสียใจว่าบิดาไม่เข้าใจและไม่รักตนเช่นเดิม และมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากนอนไม่ค่อยหลับ

¹ Andrew S. Wechsler and C. Warren Olanow, "Myasthenia Gravis," Surgical Clinics of North America, Vol.60, No.4 (August, 1980), 931.

² Joan Luckmann and Karen Creason Sorensen, Medical Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach, (Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1974), p.504.

นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายก็มีโรคแทรกซ้อนบางอย่าง เช่น โรคหัวใจ เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ดังตารางที่ 13

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับภาวะของโรค ทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาล พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่ผลการวิจัยออกมาในลักษณะดังกล่าวนี้ อาจจะเป็นเพราะภาวะของโรคนั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับความรู้ในเรื่องโรคและการปฏิบัติตนเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะการดำเนินของโรคมายาฮิสเนีย กร วิสเอง และเกณฑ์ประเมินภาวะของโรคมายาฮิสเนีย กร วิสที่นำมาใช้ศึกษาครั้งนี้ยังไม่ดีพอ นอกจากนี้ยังอาจจะมีผลกระทบจากปัจจัยหรือสาเหตุบางอย่างดังที่กล่าวแล้วข้างต้น สำหรับความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ยังไม่มีผู้ศึกษาในผู้ป่วยมายาฮิสเนีย กร วิสมาก่อน แต่ได้เคยมีผู้ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน โดยวัตกินส์และคณะ (Watkins, et al)¹ ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติตนกับโรคที่เป็นอยู่กับภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน 60 ราย และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน โดยผู้ป่วยที่มีภาวะการควบคุมโรคที่ค่อนข้างเลวกลับมีความรู้เรื่องโรคค่อนข้างดีกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะการควบคุมโรคดี

ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับการปรับตัวนั้น พบว่าเมื่อก่อนได้รับการสอนนั้นไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ แต่ในเคสที่ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาลแล้ว พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดูตารางที่ 12) ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนที่สูงในช่วงก่อนได้รับการสอนนั้น ไม่ทราบถึง

¹ Julia D. Watkins, et al, "A Study of Diabetes Patients at Home," American Journal of Public Health, Vol.57, No.3 (March, 1967), 452-457.

แนวทางหรือไม่เห็นความสำคัญของการนำความรู้ที่มีอยู่มาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ให้เข้ากับสภาพโรคที่จำกัดได้อย่างเหมาะสม และไม่มีผู้ชี้แนะแนวทางในการนำมาปฏิบัติ ให้เข้ากับสภาพโรคที่เป็นอยู่ แต่หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการสอนและคอยติดตามให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการนำความรู้ไปใช้ในการดำเนินชีวิตกับสภาพโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนช่วย สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยทุกเดือนแล้ว ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ดังกล่าวไปปฏิบัติได้ดี และสอดคล้องกับสภาพโรคจำกัดที่เป็นอยู่ ทำให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพโรคที่เป็นอยู่และทำให้ ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับสภาพโรคที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โอลบริช และไซเกลส์ (Olbrish and Ziegler)¹ ที่ได้ทำการวิจัยในผู้ป่วยโรคทางระบบ ทางเดินอาหารอักเสบ (Inflammatory bowel disease) จำนวน 143 ราย และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่กับการปรับตัวใน การดำเนินชีวิตกับสภาพโรคที่เป็นอยู่ แต่มีความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับของผู้ป่วย ถึงประโยชน์ทั้งทางการปฏิบัติและทางจิตใจของความรู้ที่ผู้ป่วยมีอยู่กับการปรับตัวกับ โรคที่เป็นอยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วยที่คิดว่าความรู้ที่ตนมีอยู่นั้นมีประโยชน์ ในการช่วยให้เขาเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่นั้น จะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ทราบว่าความรู้ ที่ตนมีนั้น มีประโยชน์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพโรคที่ตนเองเป็นอยู่ได้ อย่างเหมาะสม

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของโรคและการปรับตัว ซึ่งพบว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งเมื่อก่อนได้รับ

¹ Mary Ellen Olbrish and Stan W. Ziegler, "Psychological Adjustment to Inflammatory Bowel Disease : Informational Control and Private Informational Control and Private Self-Consciousness," Journal of Chronic Disease, Vol.35, No.7 (1982), 573-579.

การสอนและในเดือนที่ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล (ดูตารางที่ 11 และ 12) ย่อมแสดงให้เห็นว่า ภาวะของโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วย แม้ว่าจากผลการวิจัยครั้งนี้จะพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับภาวะของโรค ทั้งนี้เพราะภาวะของโรคของผู้ป่วยโรคนี้จะมีผลกระทบจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ลักษณะการดำเนินโรคของผู้ป่วย ปัจจัยหรือสาเหตุต่าง ๆ ที่จะทำให้อาการของโรคเลวลงดังได้กล่าวแล้วข้างต้น แต่จากผลการวิจัยครั้งนี้ก็พบว่าหลังได้รับการติดตามให้ความรู้และการพยาบาลแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนการปรับตัวสูงขึ้น โดยมีคะแนนภาวะของโรคสูงขึ้นเช่นกันและมีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของโรคและการปรับตัวทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงคิดว่า การที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องจะช่วยลดภาวะเครียดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และทำให้ผู้ป่วยมีภาวะของโรคดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยลง และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งย่อมจะมีผลช่วยให้ผู้ป่วยสามารถที่จะปรับตัวเผชิญกับโรคเรื้อรังนี้ได้ดีขึ้น

สำหรับผลการศึกษาคัดตามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยในทุก
1 เดือน ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษานี้ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะของโรคเลวลงมีจำนวนลดลง โดยลดลงจากจำนวน 6 รายหรือร้อยละ 25 เป็น 2 รายหรือร้อยละ 8.33 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติให้เข้ากับสภาพโรคที่เป็นอยู่ได้ดี จึงทำให้ภาวะของโรคดีขึ้น และเกี่ยวกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจนั้น ผู้ป่วย 1 รายได้รับการกระตุ้นให้สามารถช่วยเหลือตนเองในเรื่องการหางานได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีรายได้มากขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่ยังคงมีปัญหาด้านนี้อยู่ ผู้วิจัยได้ช่วยเหลือผ่านทางสังคมสงเคราะห์ ซึ่งก็ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ส่วนปัญหาด้านครอบครัวไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยขาดการช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจ ซึ่งแม้ว่าจะยังคงมีอยู่ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา แต่การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน

ให้กำลังใจรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยความจริงใจ และชี้แนะแนวทางที่เหมาะสมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น และเกี่ยวกับปัญหาคำนโรคแทรกซ้อนนั้น ส่วนใหญ่เป็นโรคหวัค และมีเพียงรายเดียวที่มีโรคนีวในท่อไตซึ่งมีอาการไม่มาก ดังนั้นย่อมไม่มีผลมากต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและสำหรับผู้ป่วยที่มีความเครียดจากปัญหาในครอบครัวเกิดขึ้นนั้น จากการที่ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและได้รับการช่วยเหลือในการปรับความเข้าใจกับครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น สนับสนุนและให้กำลังใจแล้ว ปรากฏว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาเหล่านี้อีก

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาติดตามการเปลี่ยนแปลงการปรับตัวกับสภาพโรคที่เป็นอยู่และความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน ตลอดจนภาวะของโรคของผู้ป่วยมายาศรีเนีย กราวิส ภายหลังได้รับการสอนและการพยาบาล ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับภาวะของโรค ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับการปรับตัว และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของโรคกับการปรับตัวของผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาล และศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังได้รับการสอนและการพยาบาล

ข้อมูลที่น่าสนใจได้จากผู้ป่วยมายาศรีเนีย กราวิส ที่มารับบริการจากคลินิกประสาทวิทยา โรงพยาบาลรามารบิต ตั้งแต่วันที่ 14 เมษายน - 4 กันยายน 2526 โดยเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้ 24 ราย

ผู้วิจัยและผู้ช่วยเหลือวิจัยจะวัดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยทุกรายด้วยแบบทดสอบที่สร้างขึ้นก่อนสอน แล้วผู้วิจัยจะประเมินภาวะของโรคและสัมพันธภาพและประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละรายตามเกณฑ์ประเมินที่สร้างขึ้น ต่อจากนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้สอนผู้ป่วยเรื่องโรคและการปฏิบัติตนเป็นกลุ่มตามเนื้อหาที่สร้างขึ้น หลังจากสอนเสร็จแล้วผู้วิจัยจะติดตามประเมินภาวะของโรค สัมพันธภาพและประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คำปรึกษา แนะนำสนับสนุนให้กำลังใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนและการปรับตัวของผู้ป่วย โดยนัดผู้ป่วยมาพบทุก 1 เดือนเป็นเวลา 3 ครั้ง และในเดือนที่ 3 ผู้วิจัยจะทำการวัดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยทุกรายอีกครั้งหนึ่ง

ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังได้รับการสอนและการพยาบาล คะแนนการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งในส่วนรวมและแต่ละ ด้านสูงกว่าเมื่อก่อนได้รับการ สอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05, .001 และ .01 และ .001 ในเดือนที่ 1, 2 และ 3 ตาม ลำดับ
2. หลังได้รับการสอนและการพยาบาล จำนวนผู้ป่วยที่มีการปรับตัวดีขึ้น มีมากกว่าผู้ป่วยที่มีการปรับตัวเลวลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
3. ในเดือนที่ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ เรื่อง โรคและการปฏิบัติตนทั้งหมด และในแต่ละเรื่อง สูงกว่าก่อนได้รับการสอนอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
4. ในเดือนที่ 1 และ 3 ภายหลังได้รับการสอนและการพยาบาล จำนวน ผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคดีขึ้น มีมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคเลวลงอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ส่วนในเดือนที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05
5. ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับภาวะ ของโรคของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาล
6. ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับการปรับ ตัวของผู้ป่วยก่อนได้รับการ สอน แต่มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางในเดือน ที่ 3 หลังได้รับการสอนและการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
7. มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางระหว่างภาวะของโรคกับ การปรับตัวของผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05
8. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังได้รับการสอนและการ พยาบาล ที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 ส่วนใน เดือนที่ 2 มีปัญหาเรื่องภาวะของ โรคเลวลงมากที่สุด

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล

จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะเห็นว่า การติดตามให้ความรู้และการพยาบาลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ เรื่องโรคดีขึ้นและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมกับสภาพโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะของโรคดีขึ้นและสามารถปรับตัวที่จะเผชิญกับโรคที่เรื้อรังนี้ได้ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ผู้บริหาร ควรมีนโยบายที่จะส่งเสริมให้มีบริการรักษาพยาบาลในด้านการติดตามให้ความรู้และการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังนี้อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นที่จะพัฒนาและใช้พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถทางคลินิก เพื่อปฏิบัติงานกับผู้ป่วยประเภทนี้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งควรส่งเสริมพยาบาลผู้ชำนาญการให้พัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ ติดตามให้ความรู้ คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างต่อเนื่อง ทั้งในช่วงที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและมาติดตามการรักษาที่แผนกตรวจอายุรกรรม

การสอนผู้ป่วย ควรใช้เนื้อหาและอุปกรณ์ที่เหมาะสม และควรจะสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่ม เนื้อหาที่สอนนั้นควรจะเน้นถึงเรื่อง ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบและสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ คือ ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค การควบคุมรักษาโรค ปัจจัยส่งเสริมให้โรคกำเริบขึ้น และวิธีปฏิบัติตนในการควบคุมโรค ส่วนเรื่องสาเหตุของโรคนั้นควรจะพิจารณาสอนตามระดับความรู้ความเข้าใจและความต้องการของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. เกณฑ์ประเมินการปรับตัวที่ใช้ในการศึกษานี้ มีเนื้อหาในข้อคำถามบางข้อที่ซ้ำซ้อนกับข้ออื่น จึงควรปรับปรุงข้อคำถามให้มีเนื้อหาที่ชัดเจนและไม่ซ้ำซ้อน และดัดแปลงให้เหมาะสมที่จะใช้ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยในครั้งต่อไป

2. ถ้าจะทำการวิจัยในลักษณะนี้ควรปรับปรุงเกณฑ์ประเมินภาวะของโรคมายาฮาสิเนีย กราวิสใหม่ โดยควรประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ผ่านมา ทั้งนี้เพราะการประเมินกำลังของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยมาตรวจอาจจะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาของการรับประทานยา และการพักผ่อนไม่เพียงพอของผู้ป่วย โดยจะเห็นได้จากการที่ค่าความเชื่อมั่นของ เกณฑ์ประเมินภาวะของโรคที่ใช้ในการศึกษานี้มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.58 ซึ่งค่อนข้างต่ำ

3. กลุ่มตัวอย่างที่จะนำมาศึกษา ควรจะศึกษาแยกกลุ่มผู้ป่วยมายาฮาสิเนีย กราวิส ที่เป็นชนิดกล้ามเนื้อหัวใจไปออนแรงและที่เป็นเฉพาตา ซึ่งมีอาการทางคลินิกที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะอาจจะมีผลทำให้ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยเหล่านี้แตกต่างกัน

4. ควรจะศึกษาการปรับตัวกับสภาพโรคที่เป็นอยู่ในผู้ป่วยมายาฮาสิเนีย กราวิส ที่เริ่มเป็น เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่เป็นโรคนานแล้ว

5. ควรจะศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นานเท่าที่จะสามารถทำการศึกษาได้

6. ควรจะศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยที่จะต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตจากการได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดตัดมดลูก

บรรณานุกรม

กัลยาณกิติ์ กิตติยากร และคณะ. ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2522.

ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เจริญผล, 2525.

การณิ สายะวัน. "วิกฤตการณ์ในชีวิต." วารสารพยาบาล, ปีที่ 29, ฉบับที่ 2 (เมษายน, 2523), 93-94.

ประคอง กรณสุต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พระนคร : ภาควิชาการศึกษาคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.

วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. พระนคร : กองวิจัยการศึกษาสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2524.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ และบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. พระนคร : คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521.

สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา ศิลารักษ์. "การพยาบาลผู้ป่วย Myasthenia Gravis," การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3. เรียบเรียงโดย สมจิต หนูเจริญกุล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2521.

สมจิต หนูเจริญกุล. "การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตของชีวิต." วารสารพยาบาล, ปีที่ 29, ฉบับที่ 2 (เมษายน, 2523), 96-113.

อรุณสิทธิ์ เวชชาชีวะ. "ภาวะแปรปรวนของการนำสื่อที่ช่องว่างระหว่างปลายประสาท
และกล้ามเนื้อ." รามาธิบดีเวชสาร, ปีที่ 2, ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน,
2522), 109-115.

อารี วัลยะเสวี และคณะ. โรคโกลาหล เล่ม 2. พระนคร : คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2520.

Abram Harry S. "The Psychology of Chronic Illness." Journal
of Chronic Disease, Vol.25, No.12 (December, 1972),
659-663.

Barrett, Nancy and Schwartz, Mate D. "What Patients Really
Want to Know." American Journal of Nursing, Vol.81,
No.9 (September, 1981), 1642.

Borenstein, S. and Desmedt, John E. "Temperature and Weather
Correlates of Myasthenic Fatigue." Lancet, Vol.2,
No.7872 (July, 1974), 63-66.

Bowen, Rhoda G., Rich, Rosemary and Schlotfelat, Rozella M.
"Effects of Organized Instruction for Patients with
the Diagnosis of Diabetes Mellitus." Nursing Research,
Vol.10, No.3 (Summer, 1961), 152-155.

Brolley, Maria and Hollender, Marc H. "Psychosocial Problems
of Patients with Myasthenia Gravis." Journal of Nervous
and Mental Disease, Vol.122, No.2 (August, 1955),
178-184

- Bush, D. Karen. "Emotional Response to Illness." Critical Care Nursing, Edited by Carolyn M., et al. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1982, 17-25.
- Carbary, Lorraine Judson. "Myasthenia Gravis : The Mysterious Masquerader." The Journal of Practical Nursing. Vol.30, No.10 (October, 1980), 21-23.
- Chafetz, Morris E. "Psychological Disturbances in Myasthenia Gravis." Annals New York Academy of Sciences, Vol.135 (January, 1966), 424-427.
- Check, W. "A Revamped View of Myasthenia Gravis." JAMA, Vol.238, No.13 (September, 1977), 1338-1343.
- Crate Marjorie A. "Nursing Functions in Adaptation to Chronic Illness." American Journal of Nursing, Vol.65, No.10 (October, 1965), 72-76.
- Daniels, Lucille. Muscle Testing. 3rd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1972.
- Dau, Peter C. and Others. "Plasmapheresis and Immunosuppressive Drug Therapy in Myasthenia Gravis." The New England Journal of Medicine, Vol.297, No.21 (November, 1977), 1134-1140.
- Downie, N.M. and Health, R.W. Basic Statistical Methods. 4th ed. New York : Harper & Raw Publishers, 1974.

Drachman, Daniel B. "Myasthenia Gravis." The New England Journal of Medicine, Vol.298, No.3 (January, 1978), 136-141.

Drachman, Daniel B. "Myasthenia Gravis." The New England Journal of Medicine, Vol.298, No.4 (January, 1978), 186-192.

Egbert, Lawrence D. and others. "Reduction of Postoperative Pain by Encouragement and Instruction of Patients." The New England Journal of Medicine, Vol.270, No.16 (April, 1964), 825-827.

Elias, Stanton B. and Appel, Stanley H. "Current Concepts of Pathogenesis and Treatment of Myasthenia Gravis." Medical Clinics of North America, Vol.63, No.4 (July, 1979), 745-746.

Engel, W. King and others. "Myasthenia Gravis." Annals of Internal Medicine, Vol.81, No.2 (August, 1974), 225-246.

Feldman, Daniel J. "Chronic Disabling Illness : A Holistic View." Journal of Chronic Disease, Vol.27, No.6 (1974), 287-291.



- Gilson, Betty S. "The Sickness Impact Profile : Development of an Outcome Measure of Health Care." American Journal of Public Health, Vol.65, No.12 (December, 1975), 1304.
- Grob, David. "Cause of Weakness in Myasthenia Gravis." The New England Journal of Medicine, Vol.294, No.13 (March, 1976), 722-723.
- Gurland Barry J. and others. "The Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment (SSIAM)." Archives of General Psychiatry, Vol.27, No.2 (August, 1972), 259.
- Harrison, Tinsley Randolph et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. Tokyo : McGraw-Hill Kogakusha LTD, 1980.
- Havard CWH. "Progress in Myasthenia Gravis." British Medical Journal, Vol.3, No.5877 (August, 1973), 437-440.
- Healy, Kathryn M. and others. "Does Preoperative Instruction Make a Differences.?" American Journal of Nursing, Vol.68, No.1 (January, 1968), 62-67.
- Hickey, Joanne V. The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1981.

- Hrovath, Monica. "Myasthenia Gravis : A Nursing Approach."
Journal of Neurosurgical Nursing. Vol.14, No.1
 (February, 1982), 7-12.
- Hyman, Ruth Bernstein and Woog, Pierre. "Stressful Life Events
 and Illness Onset : A Review of Crucial Variables."
Research in Nursing and Health, Vol.5, No.3 (September,
 1982), 155-163.
- Jacob, Chellamma. "Adaptation, A Basic Concept in Nursing."
The Nursing Journal of India, Vol.70, No.3 (March,
 1979), 54-56.
- Johanson, Brenda Crispell. Standards for Critical Care.
 (St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1981), 300.
- Johnson, Jerry W. "More About Stress and Some Management
 Techniques." Journal of School Health, Vol.51, No.1
 (January, 1981), 36-42.
- Keesey, John and others. "Arch Receptor Antibody Titer and
 HLA-B8 Antigen in Myasthenia Gravis." Archives of
 Neurology, Vol.39, No.2 (February, 1982), 73-77.
- King, Engel W. and others. "Myasthenia Gravis." Annals of
 Internal Medicine, Vol.81, No.2 (August, 1974),
 225-246.



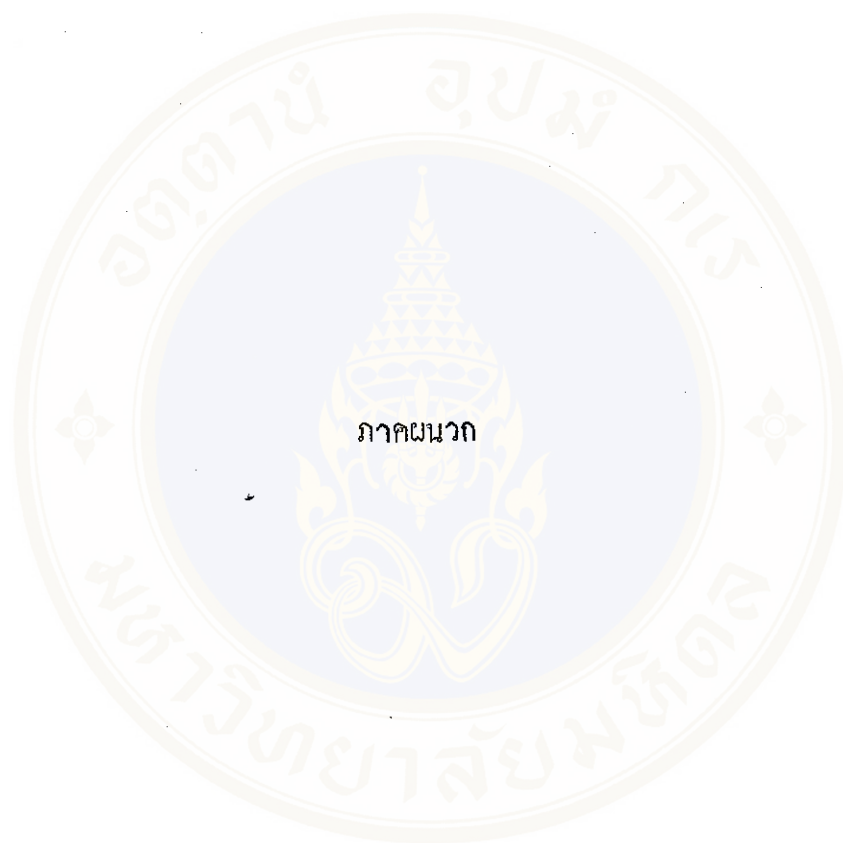
- Kinney, Anna Belle and Blount, Mary. "Systems Approach to Myasthenia Gravis." Nursing Clinics of North America, Vol.6, No.3 (September, 1971), 435-452.
- Kintzel, Kay Corman. Advanced Concepts in Clinical Nursing. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1977.
- Krupp, Neal E. "Adaptation to Chronic Illness." Postgraduate Medicine, Vol.60, No.5 (November, 1976), 122-125.
- Krysan, Germaine S. "How Do We Teach Four Million Diabetes ?" American Journal of Nursing, Vol.65, No.11 (November, 1965), 105-107.
- Lange, M.J. "Myasthenia Gravis." Nursing Time, Vol.70, No.35 (August, 1974), 1345-1347.
- Lawrence, Sally A. and Lawrence Rena M. "A Model of Adaptation to the Stress of Chronic Illness." Nursing Forum, Vol.18, No.1 (1979), 40-41.
- Levine, Lowell S. "Patient Education and Self-Care : How Do They Differ ?" Nursing Outlook, Vol.26, No.3 (March, 1978), 170-175.
- Lindeman, Carole A. "Nursing Intervention with the Presurgical Patient : Effectiveness and Efficiency of Group and Individual Preoperative Teaching Phase Two." Nursing Research, Vol.21, No.3 (May-June, 1972), 196-209.

- Luckmann, Joan and Sorensen, Karen Creason. Medical Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach. Philadelphia : W.B. Saunder Company, 1974.
- Mackenzie K.R., Martin M.J. and Howard F.M. "Myasthenia Gravis: Psychiatric Concomitants." Canadian Medical Association Journal, Vol.100, No.21 (June, 1969), 988-991.
- Matthews, W.B. "Myasthenia Gravis." Nursing Time, Vol.71, No.46 (November, 1975), 1807-1809.
- Meyer, Eugene. "Psychological Disturbances in Myasthenia Gravis: A Predictive Study." Annals New York Academy of Sciences, Vol.435 (January, 1966), 417-423.
- Morris, Jacqueline. "Thymectomy : A Recommended Procedure For Myasthenia Gravis." Journal of Neurosurgical Nursing, Vol.13, No.5 (October, 1981), 226-233.
- Mowery, Lilliam. Basic Nutrition and Diet Therapy for Nurses. 3rded. Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1966.
- Orem, Dorothea E. Nursing : Concept of Practice. 2nded. New York : McGraw-Hill Book Company, 1980.
- Owens, Jan F. and others. "Cardiac Rehabilitation : A Patient Education Program." Nursing Research, Vol.27, No.1 (May-June, 1978), 148-150.

- Pelezunski, Linda and Reilley, Ann. "Helping Your Diabetic Patient Help Themselves : A Plan for Inpatient Education." Nursing 81, Vol.11, No.5 (May, 1981), 24-29.
- Pinching, Anthony J. "Myasthenia Gravis a frustrating disability." Nursing Mirror, Vol.147, No.12 (September, 1978), 16-18.
- Redman, Barbara K. "Patient Education as a Function of Nursing Practice." Nursing Clinics of North America, Vol.6, No.4 (December, 1971), 573-580.
- Roy, Sister Callista. Introduction to Nursing : An Adaptation Model. New Jersey : Pretice-Hall Inc., 1976.
- Roy, Sister Callista. "Adaptation : A Conceptual Framework for Nursing." Nursing Outlook, Vol.18, No.3 (March, 1970), 42-45.
- Rubin, Joseph W. and others. Factors affecting response to thymectomy for myasthenia gravis." Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Vol.82, No.5 (November, 1981), 720-728.
- Schwartz, Melvin L. and Cahill, Robert. "Psychopathology Associated with Myasthenia Gravis and its Treatment by Psychotherapeutically Oriented Group Counselling." Journal of Chronic Disease, Vol.24, No.9 (1971), 543-552.

- Shontz, Franklin C. "Psychological Adjustment to Physical Disability : Trends in Theories." Archives of Physical and Medical Rehabilitation, Vol.59 (June, 1978), 251-254.
- Siegel, Sidney. Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences. Tokyo : McGraw-Hill Kogakusha, 1956.
- Skirm, Leslie. "Myasthenia Gravis : A Time of Quiet Desperation." The Journal of Practical Nursing, Vol.25, No.12 (December, 1975), 21-23.
- Sneddon, Joan. "Myasthenia Gravis the difficult diagnosis." British Journal of Psychiatry, Vol.136, No.1 (January, 1980), 92-93.
- Sneddon, Joan. "Myasthenia Gravis : A Study of Social, Medical and Emotional Problems in 26 Patients." The Lancet, Vol.1, No.8167 (March, 1980), 526-528.
- Stern, Melvin J. and others. "Life Adjustment Postmyocardial Infarction." Archives of Internal Medicine, Vol.137, No.12 (December, 1977), 1680-1685.
- Stone, Daniel B. "A Study of the Incidence and Causes of Poor Control in Patient with Diabetes Mellitus." The American Journal of the Medical Science, Vol.241, No.4 (April, 1961), 436-437.

- Vincent, Angela and Davis, John Newsom. "Anti-acetylcholine receptor antibodies." Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, Vol.43, No.7 (July, 1980), 590-598.
- Watkins, Julia D. and others. "A Study of Diabetic Patients at Home." American Journal of Public Health, Vol.57, No.3 (March, 1967), 452-457.
- Wecksler, Andrew S. and Olanou, C. Warren. "Myasthenia Gravis." Surgical Clinics of North America, Vol.60, No.4 (August, 1980), 931-944.
- William, Suc. Nutrition and Diet Therapy. 3rd ed. Saint Louis: The C.V. Mosby Company, 1977.
- Winkler, L. and Winkler G. "Myasthenia Gravis : Pathogenesis Diagnosis and Therapy." Postgraduate Medicine, Vol.66, No.2 (August, 1979), 50-63.
- Winslow, Elizabeth Hahn. "The Role of the Nurse in Patient Education." Nursing Clinics of North America, Vol.11, No.2 (June, 1976), 213-220.
- Wyngaarden, James B. and Smith, Lloyd H. Cecil Textbook of Medicine. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1982.



สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การหาความเชื่อมั่นแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson)

สูตร¹ KR-20

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right\}$$

เมื่อ n คือ จำนวนข้อของแบบทดสอบ
 p คือ สัดส่วนของผู้ทำถูกในข้อหนึ่ง ๆ
 q คือ สัดส่วนของผู้ทำผิดในข้อหนึ่ง ๆ
 S_t^2 คือ ความแปรปรวนของคะแนนของผู้ถูกทดสอบทั้งหมด
 (หรือแทนด้วย σ_{t2})

2. การหาความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบของฮอยท์ (Hoyt's Analysis of Variance)

สูตร²

$$r_{tt} = 1 - \frac{S_e^2}{S_p^2}$$

เมื่อ S_e^2 ความแปรปรวนคลาดเคลื่อน (Error Variance)
 S_p^2 ความแปรปรวนระหว่างบุคคล (Variance among individual)

¹ประคอง กรรณสูตร, สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ (กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524), หน้า 55.

²เรื่องเดียวกัน, หน้า 64.

3. การทดสอบความมีนัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงแบบแมคนีมาร์ (The McNemar test for the significant of changes)

สูตร¹

		หลัง	
		-	+
ก่อน	+	A	B
	-	C	D

$$\chi^2 = \frac{(|A-D|-1)^2}{A+D}$$

เปิดตาราง χ^2 ด้วย $df = 1$

4. การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวอย่างที่เป็นคู่ควยค่าที่ (t-test for paired sample)

สูตร²

$$t = \frac{\text{mean difference}}{\text{standard error of the mean difference}}$$

$$= \frac{\bar{D}}{S_{\bar{D}}}$$

เปิดตาราง t ด้วย $df = n-1$

¹ Sidney Siegel, Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences (Tokyo : McGraw-Hill Kogakusha, 1956), p. 64.

² N.M. Downie, and R.W. Heath, Basic Statistical Methods (4th ed.; New York : Harper & Row Publishers, 1974) p. 176-178.

5. การหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (The Pearson Product-Moment Correlation Coefficient)

สูตร การคำนวณจากคะแนนดิบ¹

$$r = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2] [N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

หานัยสำคัญด้วยสูตร²

$$t = \frac{r \sqrt{N - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

¹ชูศรี วงศ์รัตน์, เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เจริญผล, 2525), หน้า 226 .

²Downie, Op.cit., p.226.

6. การหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วน (Partial Correlation Coefficient)

สูตร¹

$$r_{ij.k} = \frac{r_{ij} - (r_{ik})(r_{jk})}{\sqrt{(1 - r_{ik}^2)(1 - r_{jk}^2)}}$$

หาค่าสำคัญด้วยสูตร²

$$t = \frac{r_{ij.k} \sqrt{N - m - 1}}{\sqrt{1 - r_{ij.k}^2}}$$

¹วิเชียร เกตุสิงห์, สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย (กรุงเทพมหานคร : กองวิจัยการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2524), หน้า 45.

²เรื่องเดียวกัน, หน้า 46.

การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 1

.80 - 1.00	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
.60 - .79	มีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง
.40 - .59	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
.20 - .39	มีความสัมพันธ์กันน้อย
.01 - .19	มีความสัมพันธ์กันน้อยมาก

การพิจารณาว่าตัวแปร 2 ตัวนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างไร พิจารณาจากเครื่องหมายซึ่งมีอยู่ 2 กรณี คือ²

1. ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก แสดงว่าตัวแปร 2 ตัวนี้มีความสัมพันธ์ทางบวก นั่นคือ ถ้าใครได้คะแนนสูงในตัวแปรที่หนึ่งจะได้คะแนนสูงในตัวแปรที่สองด้วย
2. ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ แสดงว่าตัวแปร 2 ตัวนี้มีความสัมพันธ์ทางลบ นั่นคือ ถ้าใครได้คะแนนสูงในตัวแปรที่หนึ่งจะได้คะแนนต่ำในตัวแปรที่สอง

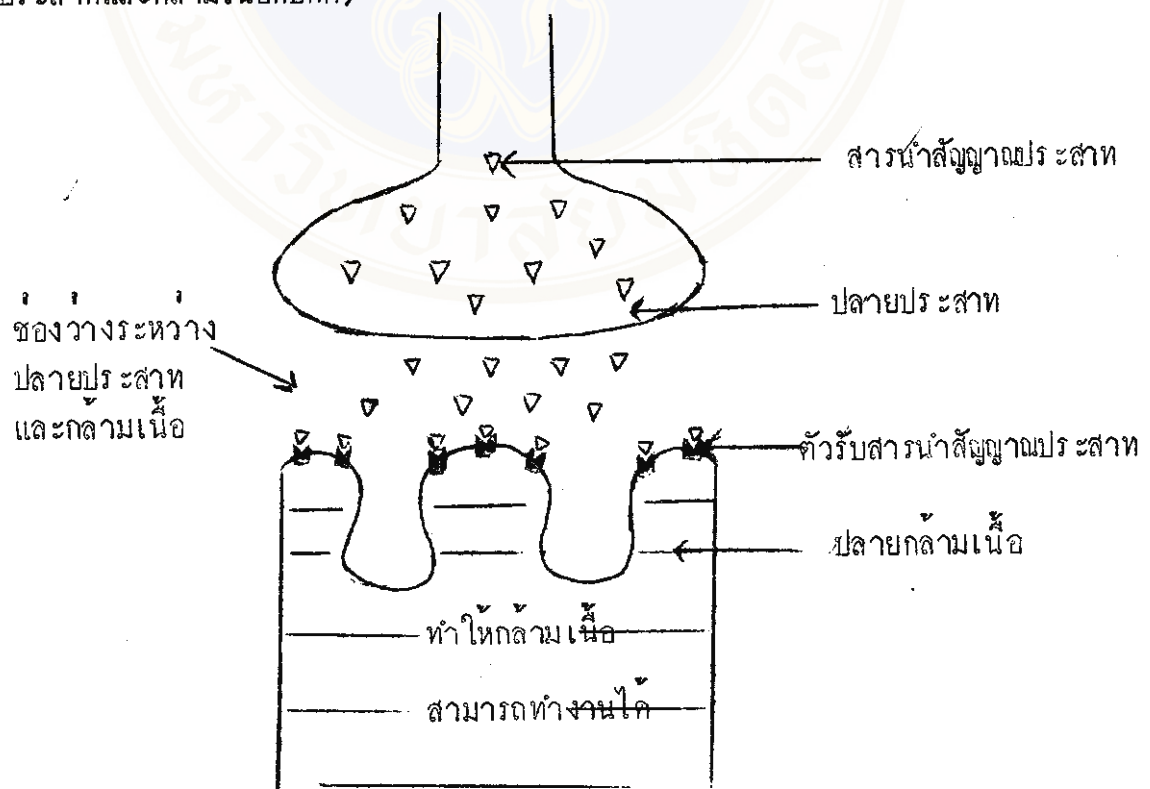
¹สุภาพ วาดเขียน, เครื่องมือวิจัยทางสังคมศาสตร์ ลักษณะที่ดี ชนิด และวิธีหาคูณภาพ (กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิชจำกัด, 2525), หน้า 59.

²ชูศรี, เรื่องเดิม, หน้า 229.

เนื้อหาสำหรับสอนผู้ป่วย มายอาสธีเนีย กราวิส

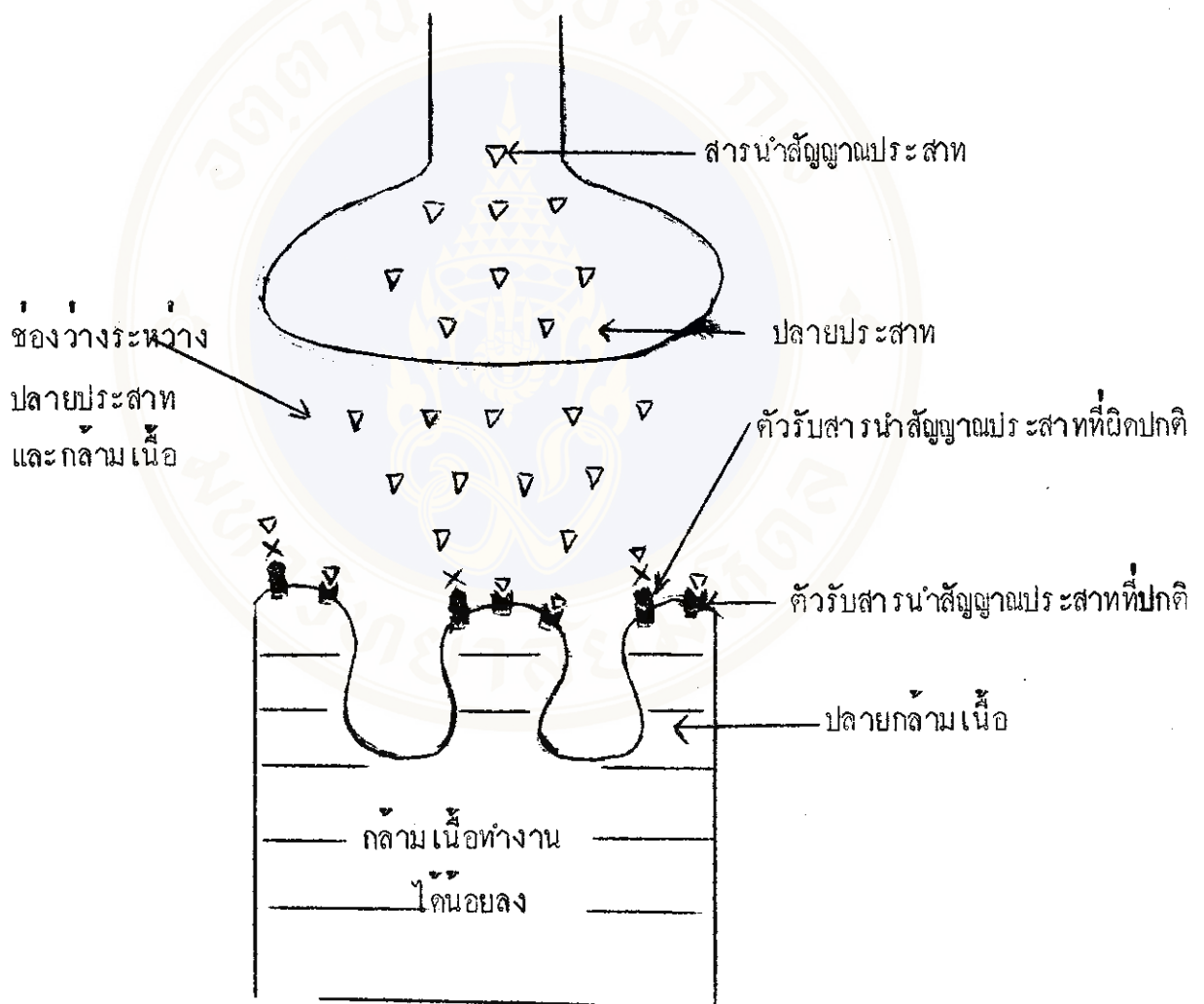
1. ลักษณะสาเหตุและอาการของโรค

มายอาสธีเนีย กราวิส เป็นโรคที่กล้ามเนื้ออ่อนแรง เนื่องจากมีความผิดปกติของการส่งสารนำสัญญาณประสาทไปยังกล้ามเนื้อ โดยมีลักษณะเฉพาะ คือ อาการอ่อนแรงจะเป็นมากขึ้นเมื่อออกกำลังกายและดีขึ้นหลังจากได้พัก โดยปกติกล้ามเนื้อจะทำงานได้นั้นจะต้องมีการส่งสารนำสัญญาณประสาทไปยังกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อทำงานได้ โดยสารนำสัญญาณประสาทจะถูกส่งออกจากปลายประสาทมายังกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อทำงานได้ โดยสารนำสัญญาณประสาทจะถูกส่งออกจากปลายประสาทมายังตัวรับที่ปลายกล้ามเนื้อซึ่งมีลักษณะที่มีส่วนเว้าเข้าไปเป็นร่อง และเกิดการส่งสัญญาณประสาทขึ้นทำให้กล้ามเนื้อสามารถทำงานได้ (สไลด์รูปที่ 1 แสดงรูปการนำสัญญาณประสาทระหว่างรอยต่อของปลายประสาทและกล้ามเนื้อที่ปกติ)



ภาพแสดงการนำสัญญาณประสาทระหว่างรอยต่อของปลายประสาทและกล้ามเนื้อที่ปกติ

แต่ในผู้ป่วยมายาฮาซึนิเยะ กราวิส ตัวรับสารเหล่านี้บางส่วนจะถูกทำลายไป จึงเกิด
ความผิดปกติและไม่สามารถรับสารนำสัญญาณประสาทได้ ดังนั้นการรับสารนำสัญญาณ
ประสาทก็น้อยลง ก็จะมีผลทำให้กล้ามเนื้อทำงานได้น้อยลง และเกิดอาการอ่อนแรง
ของกล้ามเนื้อตามมา (สไลด์รูปที่ 2 แสดงรูปการนำสัญญาณประสาทระหว่างรอยต่อ
ของปลายประสาทและกล้ามเนื้อที่ผิดปกติ)



ภาพแสดงการนำสัญญาณประสาทระหว่างรอยต่อของปลายประสาทและกล้ามเนื้อที่ผิดปกติ

สำหรับสาเหตุของโรคนี้ เชื่อว่ามีความผิดปกติภายในตัวท่านเอง โดยเกี่ยวข้องกับความคิดของคอมรัยมีส ที่อยู่บริเวณเหนือหัวใจหลังกระดูกหน้าอก ซึ่งทำให้มีการสร้างสารชนิดหนึ่งขึ้นมาทำลายตัวรับสารนำสัญญาณประสาทที่อยู่บริเวณปลายกล้ามเนื้อ การรับสัญญาณประสาทน้อยลง จึงเกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อตามมา (สไลด์รูปที่ 3 แสดงตำแหน่งและลักษณะของคอมรัยมีส)

อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงอาจพบได้ทั่วร่างกาย ที่พบบ่อยที่สุดคือ กล้ามเนื้อคออ่อนแรงทำให้หงายคาง กลอกตาไม่ได้ดี ทำให้มองเห็นภาพซ้อน อาการดังกล่าวนี้อาจเป็นเฉพาะตาข้างเดียวหรือทั้งสองข้างก็ได้ (สไลด์รูปที่ 4 แสดงรูปผู้ป่วยที่มีอาการหงายคาง) กล้ามเนื้ออ่อนแรงในส่วนอื่น ๆ ที่พบได้แก่

- กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการเคี้ยวและกลืนอาหารอ่อนแรง ทำให้เคี้ยวอาหารลำบาก เคี้ยวของแข็ง ๆ ไม่ไหว กลืนอาหารและน้ำลำบาก เกิดอาการสำลักได้ง่าย ซึ่งบางครั้งก็สำลักได้แม้แต่น้ำลายของตนเอง

- กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการพ่นลมอ่อนแรง ทำให้มีอาการพ่นไม่ชัด ตะกุกตะกัก เสียบแถบและเสียงขึ้นจมูก

- กล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าอ่อนแรง ทำให้ใบหน้าดูเศร้า ยิ้มลำบาก (สไลด์รูปที่ 5 แสดงลักษณะการแสดงออกทางใบหน้าของผู้ป่วย)

- กล้ามเนื้อคอ คอ แขน และต้นขาอ่อนแรง ทำให้ยกศีรษะไม่ขึ้น (สไลด์รูปที่ 6 แสดงรูปผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อคออ่อนแรง) รู้สึกแขนขาหนัก ๆ ยกแขนไม่ค่อยขึ้นและเดินไม่ค่อยไหว อาการที่แขนขามักจะเป็นทั้งสองข้าง แต่ไม่จำเป็นต้องเท่ากัน

- ในรายที่มีอาการรุนแรง จะมีกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการหายใจอ่อนแรง ทำให้มีอาการหายใจไม่ค่อยออก แน่นหน้าอกและเหนื่อย หายใจไม่ค่อยพอ ซึ่งเป็นอันตราย ต้องได้รับการช่วยเหลือจากแพทย์ โดยการใช้เครื่องช่วยหายใจจึงจะพ้นภาวะอันตรายได้ (สไลด์รูปที่ 7 แสดงรูปผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ)

ผู้ป่วยมายาสรีรีเนีย กราวิส บางรายอาจมีอาการอ่อนแรงเฉพาะกล้ามเนื้อเท่านั้น บางรายก็มีอาการหลายส่วน อาการอ่อนแรงเหล่านี้มักจะเกิดขึ้นในตอนเช้าและเพิ่มมากขึ้นในตอนสาย ๆ และในแต่ละวันอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อเหล่านี้จะมีความรุนแรงแตกต่างกันออกไป อาการมักจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อออกกำลังกาย และเมื่อได้พักผ่อนอาการจะดีขึ้น ในบางรายอาการอาจหายไปเองได้เป็นระยะเวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี และในรายที่มีอาการอ่อนแรงนาน ๆ กล้ามเนื้อบางมัดอาจลีบได้

2. การควบคุมรักษาโรคและยา

จุดประสงค์ เนื่องจากโรคนี้ทำให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ดังนั้นการรักษาที่มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้กล้ามเนื้อมีแรงมากขึ้น สามารถทำงานได้ตามปกติ แม้ว่าจะไม่สามารถทำได้ดีเหมือนเดิม ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การรักษาด้วยยาที่จะช่วยให้กล้ามเนื้อทำงานดีขึ้น ได้แก่

ยาเมสทินอน เป็นยาที่ออกฤทธิ์โดยจะไปทำให้สารนำสัญญาณประสาทเหล่านี้มีมากขึ้น ดังนั้นแม้ว่าตัวรับสารจะน้อยลงเนื่องจากถูกทำลาย แต่จำนวนสารนำสัญญาณประสาทที่มีมากขึ้นจะมาเกาะที่ตัวรับได้เกือบตลอดเวลา การนำสัญญาณประสาทก็ย่อมมีมากขึ้น จึงมีผลทำให้กล้ามเนื้อสามารถทำงานได้มากขึ้น (สไลด์รูปที่ 8 แสดงรูปการนำสัญญาณประสาทระหว่างรอยต่อของปลายประสาทและกล้ามเนื้อที่ผิดปกติ) ยานี้จะทำให้มีอาการข้างเคียงที่สำคัญ คือ ปวดท้องและท้องเสีย ดังนั้นการรับประทานยาเมสทินอนที่ถูกต้อง ควรรับประทานร่วมกับนมสดหรือไอวาล์ดหรือของว่างอื่น ๆ หรือหลังอาหารทันที ซึ่งจะช่วยป้องกันอาการปวดท้องได้ นอกจากนี้ควรรับประทานยาตรงตามเวลาและขนาดที่แพทย์ให้ และในรายที่มีปัญหาเรื่องสำคัญ ควรรับประทานก่อนอาหารประมาณ 1 ชั่วโมง ห้ามลดขนาดของยาลงหรือหยุดรับประทานยาเองเมื่อเห็นว่าตนเองมีอาการดีขึ้นหรือเพิ่มขนาดของยาขึ้นเอง นอกจากในรายที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ (สไลด์รูปที่ 9 แสดงรูปยาเมสทินอน) ในรายที่มีอาการปวดท้องและท้องเสียมาก แพทย์อาจจะให้ยาคาร์บอนหรือโพรแบนทีน ซึ่งจะช่วยลดอาการปวดท้องและท้องเสีย (สไลด์รูปที่ 10 แสดงรูปยาคาร์บอนและโพรแบนทีน)

ข้อสังเกต

ถ้าหากได้รับยาเมสคินอนมากเกินไป จะทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร มีน้ำลายมาก คลื่นไส้ เรอ อาเจียน มีการกระตุกของกล้ามเนื้อขา ใบหน้า กอ และแขนขา หรือมีกล้ามเนื้อหัวใจไปอ่อนแรง เหงื่อออกมาก คามัว มองเห็นภาพไม่ชัด อาการมักจะ เป็นหลังรับประทานยาไปแล้วประมาณ 1 ชั่วโมง (สไลด์รูปที่ 11 แสดงอาการที่เกิด จากได้รับยาเมสคินอนมากเกินไป) แต่ถ้าได้รับยาไม่พอจะทำให้มีอาการ หนึ่งตาตก กลอกตาไม่ค่อยได้ เคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก แขนขาอ่อนแรงและหายใจไม่พอมากขึ้น และอาการมักจะเกิดก่อนเวลาที่จะรับประทานยาต่อไปประมาณ 30 นาที - 1 ชั่วโมง เมื่อมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้น ควรปรึกษากับแพทย์ที่รักษาทันที

ยาเพรศนิโซโลน มีฤทธิ์ไปกดคอมมัยส์ไม่ให้สร้างสารขึ้นมาทำลายตัวรับสาร นำสัญญาณประสาทที่ปลายกล้ามเนื้อ ดังนั้นตัวรับสารนำสัญญาณประสาทที่ปกติก็จะมีมากขึ้น การนำสัญญาณประสาทก็ย่อมมีมากขึ้นซึ่งจะมีผลทำให้กล้ามเนื้อทำงานได้มากขึ้น (สไลด์ รูปที่ 12 แสดงรูปการนำสัญญาณประสาทระหว่างรอยต่อของปลายประสาทและกล้ามเนื้อ ที่นิคอปติ) แพทย์จะให้ยานี้ก่อนเมื่อรักษาด้วยยาเมสคินอนแล้วไม่ได้ผล หรือในรายที่ทำ ผ่าตัดคอมมัยส์ออกแล้วมีอาการไม่ดีขึ้นหรือกำเริบขึ้นอีก หรือในรายที่มีอาการ ค่อนข้าง รุนแรง (สไลด์รูปที่ 13 แสดงรูปยาเพรศนิโซโลน) ทั้งนี้เพราะเป็นยาที่มีอาการ ข้างเคียงค่อนข้างมาก ที่สำคัญคือ ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารและปวกท้อง นอก จากนี้ยังทำให้ร่างกายมีความต้านทานต่ำลง ติดเชื้อโรคต่าง ๆ เช่น เป็นหวัดหรือเกิด แผลตามตัวได้ง่าย มีไข้ขึ้น มีอาการบวมบริเวณใบหน้าและตามตัว น้ำหนักขึ้นและ กระดูกนุ่ม เป็นต้น (สไลด์รูปที่ 14 แสดงอาการข้างเคียงของยาเพรศนิโซโลน) ดังนั้นจึงควรรับประทานยาลดอาหารเข้าทันที และรับประทานยาเคลือบกระเพาะตาม ที่แพทย์สั่ง เพื่อป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร และควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปใกล้ คนที่เป็นโรคติดต่อ เช่น หวัด หรือวัณโรค หลีกเลี่ยงการเข้าไปในที่ชุมชนแออัดในระยะ ที่มีโรคติดต่อระบาด และพยายามรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ (สไลด์รูปที่ 15 แสดงข้อควรปฏิบัติของผู้ป่วยที่รับประทานยาเพรศนิโซโลน) โดยทั่วไปแพทย์มักจะให้

รับประทานยานี้วันเว้นวัน ซึ่งยานี้จะมีผลคลุมไปถึงวันที่ไม่ได้รับประทานยาด้วย ดังนั้นจึงไม่ต้องกลัวว่าจะเกิดอาการมากขึ้นหรือกำเริบขึ้นในวันที่ไม่ได้รับประทานยา นอกจากนี้ยาเพรศนิโซโลนอาจทำให้อาการเลวลงในระยะ 1-2 อาทิตย์แรกที่ได้รับยา จนอาจทำให้เกิดอันตรายจากกล้ามเนื้อหัวใจไม่มีแรงได้ ดังนั้นในระยะเริ่มแรกที่รักษาค่ายยานี้แพทย์มักจะนัดท่านมาพบบ่อยครั้งขึ้น เพื่อจะได้ปรับขนาดยาที่ให้ได้อย่างเหมาะสม

2.2 การผ่าตัดคอมพิวเตอร์ นอกจากจะรักษาค่ายยาทั้งกล่าวแพทย์อาจจะพิจารณาทำผ่าตัดคอมพิวเตอร์ซึ่งอยู่บริเวณหลังกระดูกหน้าอกและเหนือหัวใจ ซึ่งเป็นแหล่งที่ทำให้มีการสร้างสารขึ้นมาทำลายตัวรับสัญญาณประสาทที่ปลายกล้ามเนื้ออก และส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคอมพิวเตอร์ ประมาณร้อยละ 80-85 จะมีอาการดีขึ้น แต่อาจจะต้องรับประทานยาเมสทินอน และ/หรือเพรศนิโซโลนต่อไปอีก และคอย ควบคุมขนาดของยาลงเรื่อย ๆ และหยุดยาเมื่ออาการของโรคสงบ

จะเห็นได้ว่าโรคนี้สามารถควบคุมไม่ให้มีอาการมากขึ้นหรือกำเริบขึ้นได้ ถ้าสามารถปรับขนาดและเวลารับประทานยาได้เหมาะสม และท่านรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีสาเหตุหลายอย่างที่สามารถทำให้อาการของโรคกำเริบขึ้น

3. ปัจจัยหรือสาเหตุที่ส่งเสริมให้อาการกำเริบขึ้น ที่สำคัญได้แก่

ก. มีไข้ คิดเชื้อโรคบางอย่าง ที่พบบ่อย คือ เป็นหวัด ปอดบวม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีอาการหายใจไม่พอ และเป็นอันตรายที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือจากแพทย์โดยการใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ เช่น คอมพิวเตอร์เป็นพิษ

ข. ร่างกายได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ

ค. มีความเครียดทางจิตใจ เช่น มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ วิตกกังวล หรือมีเรื่องคิดมาก

ง. รับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือหยุดรับประทานยาเอง

นอกจากนี้ยังมีสาเหตุส่งเสริมอื่น ๆ อีก ได้แก่ ในระยะวันแรก ๆ ของรอบเดือน เพราะร่างกายต้องเผชิญกับความเครียดหลายอย่าง เช่น ความเจ็บปวด การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และการที่ร่างกายต้องเสียเลือดไปบางส่วน ในระหว่างการตั้งครรภ์ แต่ในบางรายอาการจะดีขึ้น ซึ่งผู้ป่วยโรคนี้สามารถตั้งครรภ์ได้ตามปกติ แต่จะต้องมาติดตามการรักษาจากแพทย์โดยใกล้ชิดอย่างสม่ำเสมอ และในระยะหลังคลอดบุตร (สไลด์รูปที่ 16 แสดงถึงสาเหตุส่งเสริมให้โรคกำเริบขึ้น)

สาเหตุส่งเสริมเหล่านี้จะทำให้อาการของโรคกำเริบขึ้น โดยจะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต่าง ๆ ดังกล่าวแล้วเกิดขึ้นหรือเพิ่มมากขึ้น

4. การปฏิบัติตนในการควบคุมโรคที่ถูกต้อง มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยป้องกันไม่ให้อาการของโรคเลวลงหรือกำเริบขึ้นบ่อยครั้ง ได้แก่

4.1 ระวังป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะทางเดินหายใจ เช่น หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้คนที่ เป็นโรคติดต่อ เช่น หวัด วัณโรค ไม่ควรเข้าไปในที่แออัดในระยะที่มีการระบาดของไข้หวัด พยายามรักษาสุขภาพให้แข็งแรง โดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม และผักผลไม้ต่าง ๆ ควรเป็นอาหารที่สุกใหม่ ๆ และรักษาร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ (สไลด์รูปที่ 17 แสดงการระวังป้องกันการติดเชื้อ)

4.2 พยายามทำจิตใจให้สบาย ถ้ามีอาการเครียดก็หาทางผ่อนคลายบ้าง เช่น ไปเที่ยวตามที่ต่าง ๆ ฟังทำสมาธิ หรือไปวัด เป็นต้น (สไลด์รูปที่ 18-19 แสดงภาพสถานที่ ที่น่าเที่ยว)

4.3 พักนอนให้เพียงพอ ควรจะนอนหลับให้เพียงพอ โดยไม่ควรต่ำกว่า 8 ชั่วโมงในแต่ละวัน กลางวันถ้ามีโอกาสควรนอนพักบ้าง (สไลด์รูปที่ 20 แสดงรูปคนนอนหลับ)

4.4 การรับประทานยาถูกต้องตามขนาดและตรงเวลาที่แพทย์สั่ง ไม่ควรเพิ่มหรือลด หรือหยุดยาเอง (นอกจากจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์) (สไลด์รูปที่ 21 แสดงรูปยาเมสทินอนและเพรคนิโซโลน)

4.5 การทำกิจกรรมต่าง ๆ แม้ว่าจะมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง แต่เมื่อควบคุมภาวะของโรคได้ ท่านก็สามารถมีกิจกรรมต่าง ๆ ได้พอสมควร โดยมีหลักปฏิบัติดังต่อไปนี้

- งานที่ค่อนข้างหนักซึ่งต้องออกแรงมาก ควรทำในตอนเช้า
- ควรทำกิจกรรมหลังรับประทานยาเมสทินอน และ/หรือเพรคนิโซโลน แล้วประมาณ 1 ชั่วโมง
- ควรจะพักผ่อนเป็นระยะ ๆ โดยการนอนพักในระหว่างช่วงเวลาที่ทำงาน ไม่ควรทำงานติดต่อกันไปเรื่อย ๆ จนมีอาการเหนื่อยแล้วจึงหยุด

4.6 การรับประทานอาหาร ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ทุกประเภท และควรเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไข่ นม ผักและผลไม้ (สไลด์รูปที่ 22 แสดงถึงอาหารประเภทที่มีประโยชน์) แต่ท่านมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการเคี้ยวและกลืนอาหาร ควรพิจารณาเลือกชนิดของอาหารที่สามารถเคี้ยวได้ง่าย ไม่ควรรับประทานอาหารที่ต้องออกแรงเคี้ยวมาก (สไลด์รูปที่ 23-24 แสดงถึงอาหารอ่อน และอาหารประเภทที่เคี้ยวยาก) และควรรับประทานอาหารหลังจากได้ยาเมสทินอนแล้วประมาณ 1 ชั่วโมง

4.7 การระวังอุบัติเหตุ ควรหลีกเลี่ยงทำงานในขณะที่ตนเองมีอาการอ่อนเพลียและไม่ค่อยมีแรง ไม่ควรทำงานประเภทที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (สไลด์รูปที่ 25 แสดงการระวังระมัดระวังอุบัติเหตุ)

4.8 การตั้งครุฑและการคุมกำเนิด เมื่อโรคของท่านควบคุมได้ท่านก็สามารถตั้งครุฑและมีบุตรได้ โดยควรที่จะอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด แต่ไม่ควรให้มีบุตรหลายคนและตั้งครุฑถี่จนเกินไป ดังนั้นจึงควรปรึกษาแพทย์เพื่อคุมกำเนิดอย่างชั่วคราวเพื่อไม่ให้ตั้งครุฑถี่จนเกินไป ถ้ามีบุตรเพียงพอแล้วก็ควรคุมกำเนิดอย่างถาวรโดยการทำหมัน (สไลด์รูปที่ 26-30 แสดงรูปคนตั้งครุฑ การคุมกำเนิดอย่างชั่วคราวและถาวร)

4.9 ควรมาติดตามการรักษาเป็นระยะ ๆ ตามที่แพทย์นัด



แบบทดสอบความรู้ เรื่อง โรคและการปฏิบัติตน

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขประจำตัว.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถ้าท่านคิดว่าข้อความใดถูก ให้ทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความนั้น ข้อใดผิดให้ทำ
เครื่องหมาย (x) หน้าข้อความนั้น ข้อใดที่ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายใด ๆ

- 1. ท่านเป็นโรคมายอัสซีเนีย กราวิส
- 2. โรคที่ท่านเป็น เกี่ยวข้องกับการทำงานของต่อมธัยมัสที่ผิดปกติ
- 3. อาการที่สำคัญของโรคนี้ คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการอ่อนแรงมักจะ
จะเป็นมากขึ้นเมื่อออกกำลังกาย และดีขึ้นหลังได้นอนพักผ่อน
- 4. ถ้าท่านมีอาการอะไรเกิดขึ้น ต้องนึกไว้เสมอว่าเกิดเนื่องจากโรคของท่าน
- 5. โรคนี้ไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยการรับประทานยาและปรับขนาดยาตามที่
แพทย์สั่ง
- 6. ถ้าอาการของโรคไม่ดีขึ้น ท่านควรจะไปเปลี่ยนแพทย์ที่รักษาไปเรื่อย ๆ
- 7. การผ่าตัดต่อมธัยมัสออก เป็นวิธีการรักษาโรคของท่านวิธีหนึ่ง
- 8. ส่วนใหญ่แพทย์มักจะรักษาด้วยยาเมสทินอน ซึ่งจะช่วยให้กล้ามเนื้อ
มีแรงมากขึ้น
- 9. ยาเมสทินอนอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่สำคัญคือ ปวดท้องและท้องเสีย
- 10. ยาเมสทินอนควรรับประทานร่วมกับนมสดหรือไอวาลคินหรือหลังอาหารทันที
- 11. ถ้ามีปัญหาคลื่นไส้อาเจียนหรือสำคัญ ควรรับประทานยาเมสทินอนก่อนอาหาร
ประมาณ 1 ชั่วโมง

- 12. ถ้ารับประทานยาเมสทินอนมากเกินไป จะทำให้เกิดอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออกมาก มีน้ำลายมาก ตามัวมองเห็นภาพไม่ชัด มีการกระตุกของกล้ามเนื้อตา หน้า คอและแขนขา หรือมีกล้ามเนื้อทั่วป้ออนแรง
- 13. อาการที่แสดงว่าไดยาเมสทินอนไม่พอ คือ อาการหนึ่งตาตก ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน กลืนลำบากและส้าล็ก แขนขาไม่มีแรง เหนื่อย หายใจไม่พอ และมักจะเป็นไค้เวลาที่จะรับประทานยาต่อไป
- 14. เพรคินโซโลนเป็นยาอีกชนิดหนึ่งที่แพทย์นิยมใช้รักษาเมื่อใช้ยาเมสทินอนแล้วไม่ไค้ผล เพื่อช่วยไค้กล้ามเนื้อมีแรงมากขึ้น
- 15. ใน 1-2 อาทิตยแรกหลังเริ่มรับประทานยาเพรคินโซโลน อาจทำไค้ อาการของท่านเลวลงกว่าไค้
- 16. ยาเพรคินโซโลนมักจะทำไค้เกิดอาการข้างเคียงที่สำคัญ คือ เกิดแผลในกระเพาะอาหารและปวดท้อง ดังนั้นจึงต้องรับประทานหลังอาหาร เข้าทันที และรับประทานยาเคลือบกระเพาะตามที่แพทย์สั่ง
- 17. บางครั้งแพทย์อาจจะให้ยาคาร์บอนหรือโพรแบนทิน เพื่อลดอาการปวดท้องและท้องเสียจากอาการข้างเคียงของยาเมสทินอน
- 18. โรคนี้สามารถควบคุมไม่ไค้ อาการเป็นมากขึ้นหรือกำเริบขึ้นไค้โดยการรับประทานยาสม่ำเสมอ
- 19. การติดเชื้อของทางเดินหายใจ เช่น เป็นหวัดหรือปอดบวม เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำได้ โรคของท่านเลวลง
- 20. ความรู้สึกเศร้าเสียใจ วิตกกังวล หรือมีเรื่องคิดมาก ไม่มีส่วนทำไค้โรคของท่านเลวลง
- 21. การนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน จะทำไค้อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นมากขึ้น
- 22. การขาดยาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่มีส่วนทำไค้โรคของท่านเลวลง

- 23. ท่านควรจะทำหน้าที่ค่อนข้างหนักในตอนเช้า และควรจะทำหลังจาก
รับประทานยาเมสทินอน และ/หรือ เพรคนิโซโลนไปแล้วประมาณ
1 ชั่วโมง
- 24. ช่วงเวลาที่ทำงานในตอนกลางวัน ท่านไม่จำเป็นจะต้องหยุดพักผ่อน
เป็นระยะ ๆ
- 25. ท่านควรหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้คนที่ เป็นโรคติดต่อ เช่น หวัด
เพื่อป้องกันการติดเชื้อของทางเดินหายใจ
- 26. การรักษาร่างกายให้อบอุ่น และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์
จะช่วยป้องกันการติดเชื้อได้
- 27. นอกจากการระวังป้องกันการติดเชื้อแล้ว การทำจิตใจให้สบาย
การพักผ่อนให้เพียงพอ และการรับประทานยาสม่ำเสมอตามที่แพทย์สั่ง
เป็นสิ่งที่ช่วยให้ท่านสามารถควบคุมโรคได้ดี
- 28. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ทุกประเภท ไม่มีอาหารแสลงใด ๆ
สำหรับโรคของท่าน
- 29. ผู้ป่วยโรคนี้ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้เลย
- 30. ผู้ป่วยโรคนี้ควรที่จะคุมกำเนิดอย่างชั่วคราวเพื่อไม่ให้ตั้งครรภ์ถึงจนเกินไป
และถ้ามีบุตรเพียงพอแล้วควรที่จะคุมกำเนิดอย่างถาวร เช่น ทำหมัน

เกณฑ์ประเมินภาวะของโรค

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง น้ำหนัก.....กิโลกรัม วันเดือนปี.....
 ประเมินเมื่อ ☐ ก่อนสอน ☐ หลังสอนเดือนที่.....

รายการประเมิน	คะแนน	หมายเหตุ
ส่วนที่ 1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ (functional ability) 1. การรับประทานอาหาร รับประทานอาหารและน้ำได้ตามปกติ 3 มีอาหารเคี้ยวลำบากหรือมีอาหารสำลักน้ำเป็นบางครั้ง 2 มีอาหารเคี้ยวลำบากและมีอาหารสำลักน้ำเป็นบางครั้ง 1 มีอาหารเคี้ยวลำบากและมีอาหารสำลักน้ำบ่อยครั้ง 0 2. กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการพูด พูดได้เป็นปกติ 3 พูดเสียงเปลี่ยนไปและไม่ชัดเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 2 พูดเสียงเปลี่ยนไปและไม่ชัดปานกลางบ่อยครั้ง 1 พูดเสียงเปลี่ยนไปและไม่ชัดมากเกือบตลอดเวลา 0 3. ความสามารถในการทำงาน ทำได้ตามปกติ 3 ทำงานได้น้อยลงและต้องหยุดพักเป็นครั้งคราว 2 ทำงานได้น้อยลงและต้องหยุดพักบ่อยครั้ง 1 ทำงานปกติเกือบไม่ได้เลย 0		

รายการประเมิน	คะแนน	หมายเหตุ
4. ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ทำได้ตามปกติ 3 ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง 2 ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงและต้องอาศัยคนช่วย เป็นบางครั้ง 1 ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงและต้องอาศัยคนช่วยบ่อยครั้ง 0		
ส่วนที่ 2 การตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ (muscle power)		
1. อาการหนังตาตก ไม่มี 3 หนังตาตกสูงกว่าครึ่งหนึ่งของตาคำ 2 หนังตาตกถึงครึ่งตาคำ 1 หนังตาตกต่ำกว่าครึ่งของตาคำ 0		
2. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อตา ปกติ 3 อ่อนแรงเล็กน้อย (100% แต่ไม่น้อยกว่า 80%) 2 อ่อนแรงปานกลาง (80% แต่ไม่น้อยกว่า 60%) 1 อ่อนแรงมาก (60% และต่ำกว่า) 0		
3. กล้ามเนื้อสเตอร์โนไคลโดมาสทอยด์ (sternodeidomastoid muscle) เกรด 5 3 เกรด 4 2 เกรด 3 1 เกรด 0-2 0		

รายการประเมิน	คะแนน	หมายเหตุ
4. กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการกางแขน		
(shoudler abduction)		
เกรด 5	3	
เกรด 4	2	
เกรด 3	1	
เกรด 0-2	0	
5. กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการงอของสะโพก		
(hip flexors)		
เกรด 5	3	
เกรด 4	2	
เกรด 3	1	
เกรด 0-2	0	

เกณฑ์ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วย นายอัสวีเนียบ กราวิส

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่ทั่วไป.....

ประเมินเมื่อ ☐ ก่อนสอน ☐ หลังสอนสัปดาห์ที่.....

คำชี้แจง เกณฑ์ประเมินนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 เกณฑ์ประเมินตอนนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม ซึ่งถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและความรู้สึกของผู้ป่วยในด้านการปรับตัวตามความต้องการด้านสรีรวิทยา ในช่วงระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

การปรับตัวตามความต้องการด้านสรีรวิทยา	ดีมาก 3	ดี 2	ปานกลาง 1	เลว 0
1. การทำกิจกรรมและการพักผ่อน				
1.1 การทำกิจกรรม	ช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ	ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง	ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงและต้องอาศัยคนช่วยเป็นบางครั้ง	ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงและต้องอาศัยคนช่วยบ่อยครั้ง
1.2 การนอนหลับ	ปกติ	นอนหลับยาก และตื่นนอนแต่เช้า	นอนหลับยากและตื่นขึ้นบ่อยครั้งในตอนกลางคืน	นอนไม่หลับ ต้องใช้ยานอนหลับเป็นประจำ
2. อาหาร				
2.1 ปริมาณอาหารที่รับประทาน	รับประทานอาหารได้ตามปกติ	รับประทานอาหารได้น้อยลงเป็นบางครั้ง	รับประทานอาหารได้น้อยลงบ่อยครั้ง	รับประทานอาหารทุกมื้อเกือบไม่ได้เลย
2.2 คลื่นไส้และอาเจียน	ไม่มี	มีอาการคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน	มีอาการคลื่นไส้และอาเจียนนาน ๆ ครั้ง	มีอาการคลื่นไส้และอาเจียนบ่อยครั้ง

การปรับตัวตามความ ต้องการคานสรีรวิทยา	ดีมาก 3	ดี 2	ปานกลาง 1	เลว 0
2.3 อาการเบื่อ อาหาร 2.4 น้ำหนัก(__ กก) (สูง __ ซม)	ไม่มี 90-110% มาตรฐาน	มีเป็นบางครั้ง สูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์ เกิน 10% แต่ไม่ เกิน 15%	มีบ่อยครั้ง สูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์ ปกติเกิน 15% แต่ ไม่เกิน 20%	มีตลอดเวลา สูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์ ปกติเกิน 20%
3. การขับถ่าย 3.1 การเคลื่อนไหว	ไม่มีอาการ ท้องอืด	มีอาการท้องอืดเรอ เป็นบางครั้ง	มีอาการท้องอืดเรอ บ่อยครั้ง	มีอาการท้องอืดเรอ มากบ่อยครั้ง ,ต้อง ใช้ยาระบายช่วย เป็นประจำ
3.2 การขับถ่าย อุจจาระ	ปกติ	ท้องผูกและ/หรือ ท้องเสียนาน ๆ ครั้ง	ท้องผูกและ/หรือ ท้องเสียบ่อยครั้ง	ท้องผูกและ/หรือ ท้องเสียบ่อยครั้ง ต้องให้ยาระบายเป็น ประจำ
3.3 การขับถ่าย ปัสสาวะ	ปกติ	มีอาการกลั้น , ปัสสาวะไม่อยู่ หรือปัสสาวะลำบาก บางครั้ง	มีอาการกลั้น , ปัสสาวะไม่อยู่ หรือปัสสาวะลำบาก บ่อยครั้ง	มีอาการกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่หรือปัสสาวะ ลำบากตลอดเวลา และ/หรือมีการติดเชื้อ ของทางเดิน ปัสสาวะ
4. การได้รับน้ำ 4.1 ปริมาณน้ำดื่ม	ดื่มได้ตามปกติ 6-8 แก้ว/วัน	กระหายน้ำและดื่มน้ำ มากขึ้นหรือดื่มน้ำน้อย ลงเป็นบางครั้ง	กระหายน้ำและดื่มน้ำ มากขึ้นหรือดื่มน้ำน้อย ลงบ่อยครั้ง	กระหายน้ำและดื่มน้ำ มากมากขึ้นหรือดื่มน้ำ น้อยลงเกือบตลอด เวลา

การปรับตัวตามความ ต้องการคานส์รวิทยา	ดีมาก 3	ดี 2	ปานกลาง 1	เลว 0
4.2 อากาการบวม	ไม่มี	มีอากาการบวมบริเวณ หน้าและตามตัวเป็น บางครั้ง	มีอากาการบวมบริเวณ หน้าและตามตัวบ่อย ครั้ง	มีอากาการบวมบริเวณ หน้าและตามตัว ตลอดเวลา
4.3 จำนวนครั้ง ของการถ่าย ปัสสาวะ	ปกติ	ปัสสาวะบ่อยครั้งขึ้น หรือน้อยลงเป็นบาง ครั้ง	ปัสสาวะบ่อยครั้งขึ้น หรือน้อยลงบ่อยครั้ง	ปัสสาวะบ่อยครั้งขึ้น หรือน้อยลงเกือบ ตลอดเวลา
5. ออกริเจนและการ ไหลเวียนของเลือด				
5.1 หน้ามืดและ เวียนศีรษะ	ไม่มี	มีอากาการหน้ามืดและ/ หรือเวียนศีรษะเวลา ลุกนั่งหรือยืนเป็นบาง ครั้ง	มีอากาการหน้ามืดและ/ หรือเวียนศีรษะเวลา ลุกนั่งหรือยืนบ่อยครั้ง	มีอากาการหน้ามืดและ/ หรือเวียนศีรษะและ ใจหวิวจะเป็นลม เวลาลุกนั่งหรือยืน เกือบตลอดเวลา
5.2 ลักษณะการ หายใจ	ปกติ	รู้สึกหายใจไม่พอและ มีอากาการเหนื่อยเป็น บางครั้ง	รู้สึกหายใจไม่พอและ มีอากาการเหนื่อยบ่อย ครั้ง	รู้สึกหายใจไม่พอ ลำบากและมีอากาการ เหนื่อยเกือบตลอด เวลา
6. การควบคุม				
6.1 ไช	ไม่มี	รู้สึกมีไชเป็นบางครั้ง	รู้สึกมีไชบ่อยครั้ง	รู้สึกมีไชตลอดเวลา และบางครั้งต้องไช ยาลดไช
6.2 ปวดศีรษะ	ไม่มี	มีเล็กน้อยเป็นบาง ครั้ง	มีปานกลางหรือ ต้องระงับด้วยยา แก้ปวดชนิดกินเป็น บางครั้ง	ปวดมากต้องระงับ ด้วยยาแก้ปวดชนิด กินหรือฉีดยาบ่อยครั้ง

ตอนที่ 2 เกณฑ์ประเมินตอนนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม ซึ่งถามเกี่ยวกับการปฏิบัติและความรู้สึก
ที่ผู้ป่วยมีต่อโรคที่เป็นอยู่ในด้านการปรับตัวตามความต้องการตามโน้ตส่นแห่งตน,
บทบาทหน้าที่ และความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้อื่น ในช่วงระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา
โดยให้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง ใช่ และเครื่องหมาย (×) ลงในช่อง
ไม่ใช่

ข้อความ	ไม่ใช่	ใช่		
		บางเวลา	บ่อย ๆ ครั้ง	ตลอดเวลา
ด้านมโนทัศน์แห่งตน 1. ท่านคิดว่าท่านเป็นคนเหลวไหล 2. ท่านรู้สึกพอใจในรูปร่างและลักษณะของท่านดังที่เป็นอยู่ 3. ท่านรู้สึกกลัวและกังวลใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 4. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีประโยชน์ 5. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นปัญหาต่อครอบครัว 6. ท่านรู้สึกเศร้าเสียใจเมื่อนึกถึงโรคที่ท่านเป็นอยู่ 7. ท่านพยายามแก้ไขปัญหาด่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน และ หรือ/หรือสมาชิกภายในครอบครัวท่าน 8. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายตนเองที่มีความสามารถในการ ทำงานน้อยลงกว่าเดิม 9. ท่านรู้สึกอยากทำและพอใจกับงานต่าง ๆ อยู่เสมอ 10. ท่านมีสมาธิในการทำงานน้อยลงกว่าเดิม 11. ท่านคิดว่าตนเองมีความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ งานใหม่ได้เหมือนเดิม 12. ท่านมีความรู้สึกไวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ต่าง ๆ เพิ่มขึ้น				

ข้อความ	ไม่ใช่	ใช่		
		บางเวลา	บ่อย ฝรั่ง	ตลอดเวลา
13. ท่านมีความสามารถที่จะหาเหตุผลในการตัดสินใจได้เหมือนเดิม 14. ท่านสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ 15. ท่านรู้สึกโกรธและหือใจง่ายขึ้นกว่าเดิม 16. ท่านรู้สึกหงุดหงิดและกระวนกระวายใจเมื่ออยู่ตามลำพัง 17. ท่านวิตกกังวลและกลัวว่าสามีหรือภรรยาท่านจะไม่ได้รับความสุขทางเพศเหมือนเดิม 18. ท่านมีความต้องการทางเพศลดลง				
ท่านพบภาพหน้าที่ 1. ท่านรู้สึกกังวลที่จะต้องเป็นภาระต่อครอบครัว 2. ท่านไปร่วมงานสังสรรค์ และร่วมทำกิจกรรมกับคนอื่นเหมือนเดิม 3. ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถแสดงบทบาทของความเป็นพ่อ หรือแม่ หรือสามี หรือภรรยา หรือลูก ดังที่ท่านเคยเป็นอยู่ได้อย่างเต็มที่ 4. ท่านรู้สึกเบื่อที่จะต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง 5. ท่านมีความคิดไม่อยากที่จะมาติดตามการรักษาจากแพทย์ตามนัด 6. ท่านสนใจที่จะรับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลในเรื่องโรคที่ท่านเป็นอยู่				

ข้อความ	ไม่ใช่	ใช่		
		บางเวลา	บ่อย ฝรั่ง	ตลอดเวลา
7. ท่านมักจะทะเลาะกับสามีหรือภรรยาหรือสมาชิกในครอบครัวท่าน 8. ท่านสนใจเรื่องราวที่เกิดขึ้นกับสมาชิกภายในครอบครัวของท่านอย่างสม่ำเสมอ ท่านความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้อื่น 1. ท่านรู้สึกกลัวว่าจะไม่ได้รับความสนใจจากผู้อื่น 2. ท่านรู้สึกลำบากใจที่จะพบกับคนแปลกหน้าและพุดจากับคนอื่นน้อยลง 3. ท่านรู้สึกไม่สบายใจที่จะต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น 4. ท่านรู้สึกว่าเหงาและโดดเดี่ยว แม้ว่าจะมีคนอื่นอยู่ด้วย 5. ท่านรู้สึกกังวลใจที่จะต้องพึ่งผู้อื่นมากขึ้น 6. ท่านต้องการให้สมาชิกครอบครัวสนใจและเอาใจใส่ท่านมากขึ้น 7. ท่านรู้สึกกลัวและวิตกกังวลว่าตนไม่ได้เป็นที่ต้องการของใคร ๆ				



แบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูล

วันที่บันทึกข้อมูล.....

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่ทั่วไป.....

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ.....ปีศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์
☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ ระบุ.....สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่
☐ หม้าย ☐ หย่าหรือแยกกันอยู่ระดับการศึกษา ☐ ประถมศึกษาและต่ำกว่า ☐ มัธยมศึกษา
☐ อุดมศึกษา ☐ อื่น ๆ ระบุ.....อาชีพปัจจุบัน ☐ นักเรียน นักศึกษา ☐ แม่บ้านหรืออยู่บ้านเฉย ๆ
☐ ทานา ทำสวน ทำไร่ ☐ รับจ้าง
☐ ค้าขาย ☐ รับราชการ
☐ อื่น ๆ ระบุ.....รายได้ต่อเดือน ☐ ต่ำกว่า 1000 บาท ☐ 1000-2000 บาท
☐ 2000-3000 บาท ☐ 3000-4000 บาท
☐ 4000-5000 บาท ☐ มากกว่า 5000 บาทการรักษายาบาล ☐ จ่ายตัวเองทั้งหมด ☐ สังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือ
☐ เบิกตัวเองทั้งหมด ☐ เบิกได้ครึ่งหนึ่ง

ชนิดของมายาสีเนีย กราวิส

- ☐ เป็นเฉพาะกล้ามเนื้อตา (Ocular Myasthenia)
- ☐ กล้ามเนื้อทั่วไปอ่อนแรงเล็กน้อย (Mild Generalized)
- ☐ กล้ามเนื้อทั่วไปอ่อนแรงปานกลาง (Moderate Generalized)
- ☐ กล้ามเนื้อทั่วไปอ่อนแรงรุนแรงอย่างเฉียบพลัน (Acute Fulminating)
- ☐ กล้ามเนื้อทั่วไปอ่อนแรงรุนแรงในระยะหลัง (Late Severe)

ระยะเวลาที่เป็นโรค

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ น้อยกว่า 1 ปี | ☐ 1-3 ปี |
| ☐ 3-5 ปี | ☐ มากกว่า 5 ปี |

โรคอื่นที่มีร่วมด้วย

- | | |
|---|----------------------------------|
| ☐ วัณโรคเป็นพิษ | ☐ เบาหวาน |
| ☐ อื่น ๆ ระบุ..... | |

การรักษาที่ได้รับ

- | | |
|---|--|
| ☐ รับประทานยา | ☐ ไม่ได้รับประทานยา |
| ☐ ทำผ่าตัดต่อมธัยมัสออก เมื่อ..... | |
| ☐ ฉายแสง เมื่อ..... | |

ยาที่ได้รับอยู่ปัจจุบัน

- | | |
|--|---------------|
| ☐ เมสคินอน ขนาด..... | มิลลิกรัม/วัน |
| ☐ เพรดนิโซโลน ขนาด..... | มิลลิกรัม/วัน |
| ☐ คาร์บอน ขนาด..... | มิลลิกรัม/วัน |
| ☐ อื่น ๆ ระบุ..... | |

2. คะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน

เนื้อหา	คะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน	
	ก่อนสอน	เดือนที่ 3
ความรู้เรื่องโรคทั้งหมด ลักษณะสาเหตุและอาการของโรค วิธีการควบคุมรักษาโรคและยา ปัจจัยส่งเสริมให้อาการกำเริบขึ้น การปฏิบัติตนในการควบคุมโรค		

3. คะแนนภาวะการควบคุมโรค

หลังสอนในเดือนที่ ก่อนสอน	1	2	3

4. คะแนนการปรับตัวของผู้ป่วย

หลังสอนในเดือนที่ ก่อนสอน	1	2	3

5. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วย เดือนที่.....

1. ด้านเศรษฐกิจ เกี่ยวกับ.....

.....

2. มีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น.....

.....

3. มีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่.....

.....

4. ภาวะของโรคเลวลง.....

.....

5. ต้องเปลี่ยนงานใหม่.....

.....

6. ครอบครัวไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย.....

.....

7. ขาดการสนับสนุนช่วยเหลือ และให้กำลังใจจากครอบครัว.....

.....

8. อื่น ๆ ระบุ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ตารางที่ 14 แสดงถึงคะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวมของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งวัดเมื่อ
ก่อนได้รับการสอน และในเงื่อนไขที่ 1 2 และ 3 หลังได้รับการสอน
และติดตามช่วยเหลือ

ผู้ป่วยรายที่	คะแนนการปรับตัวโดยส่วนรวม (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)			
	ก่อนได้รับการสอน	1	2	3
1	80.85	90.78	94.33	97.87
2	98.64	97.96	97.96	96.60
3	63.12	69.50	79.43	85.82
4	86.52	87.94	90.78	95.04
5	78.91	75.51	85.03	92.52
6	69.50	85.11	92.20	99.29
7	84.40	87.23	92.20	95.74
8	61.70	73.05	86.52	92.91
9	84.40	82.98	84.40	93.62
10	76.60	85.82	90.07	95.74
11	98.58	99.29	99.29	99.29
12	95.24	100	100	100
13	92.20	98.58	98.58	99.29
14	97.96	95.92	97.29	97.96
15	90.48	95.24	99.32	100
16	93.62	97.16	98.58	98.58
17	92.91	100	100	100
18	76.87	89.12	98.64	99.32
19	65.31	80.27	89.12	94.56
20	73.76	78.72	90.78	95.74
21	80.27	91.84	94.56	96.60
22	93.88	94.56	100	100
23	78.72	89.36	89.94	96.45
24	74.15	89.80	93.88	97.96

ตารางที่ 15 แสดงถึงคะแนนการปรับตัวด้านสรีรวิทยาของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งประเมิน
 เมื่อก่อนได้รับการสอน และในเดือนที่ 1 2 และ 3 หลังได้รับการ
 สอนและติดตามช่วยเหลือ

ผู้ป่วยรายที่	คะแนนการปรับตัวด้านสรีรวิทยา (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)			
	ก่อนได้รับการสอน	1	2	3
1	97.92	95.83	95.83	97.92
2	100	95.83	93.75	89.58
3	85.42	91.67	93.75	95.83
4	100	100	100	100
5	83.33	83.33	87.5	93.75
6	91.67	93.75	97.92	97.92
7	95.83	97.92	97.92	95.83
8	75	79.17	93.75	95.83
9	81.25	81.25	83.33	91.67
10	97.92	89.58	95.83	97.92
11	95.83	97.42	97.92	97.92
12	95.83	100	100	100
13	93.75	95.83	95.83	97.92
14	100	93.75	97.92	97.92
15	89.53	91.67	97.92	100
16	89.58	95.83	95.83	95.83
17	100	100	100	100
18	81.25	89.58	97.92	92
19	75	85.42	85.42	93.75
20	72.92	83.33	87.5	89.58
21	89.58	93.75	91.67	93.75
22	93.75	95.83	100	100
23	79.17	83.33	77.08	91.67
24	85.42	89.58	97.92	100

ตารางที่ 16 แสดงถึงคะแนนการปรับตัวกานบโนทัศน์แห่งตนของผู้อยู่แต่ละราย
ซึ่งประเมินเมื่อก่อนได้รับการสอน และในเงื่อนไข 1 2 และ 3
หลังได้รับการสอนและติดตามช่วยเหลือ

ผู้อยู่รายที่	คะแนนการปรับตัวกานบโนทัศน์แห่งตน (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)			
	ก่อนได้รับการสอน	1	2	3
1	70.83	87.5	93.75	100
2	96.30	98.15	100	100
3	47.92	54.17	66.67	81.25
4	79.17	81.25	89.58	89.58
5	79.63	75.93	83.33	90.74
6	58.33	81.25	87.5	100
7	79.17	79.17	87.5	93.75
8	56.25	79.17	81.25	89.58
9	83.33	77.08	83.33	91.67
10	64.58	83.33	83.33	97.92
11	100	100	100	100
12	96.30	100	100	100
13	89.58	100	100	100
14	96.30	96.30	96.30	98.15
15	88.89	94.44	100	100
16	91.67	95.83	100	100
17	89.58	100	100	100
18	81.48	83.33	98.15	100
19	53.70	81.48	88.89	94.44
20	72.92	72.92	89.58	97.92
21	66.67	85.19	96.30	96.30
22	92.30	92.30	100	100
23	72.92	85.42	87.50	97.92
24	64.81	87.04	90.74	94.44

ตารางที่ 17 แสดงถึงการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งประเมินเมื่อก่อนได้รับการสอน และในเดือนที่ 1 2 และ 3 หลังได้รับการสอน และติดตามช่วยเหลือ

ผู้ป่วยรายที่	คะแนนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)			
	ก่อนได้รับการสอน	1	2	3
1	83.33	87.5	95.83	95.83
2	100	100	100	100
3	50	58.33	70.83	75
4	75	79.17	79.17	95.83
5	70.83	66.67	91.67	95.83
6	62.5	83.33	95.83	100
7	83.33	87.5	87.50	100
8	58.33	66.67	79.17	95.83
9	91.67	91.67	91.67	95.83
10	54.17	79.17	91.67	91.67
11	100	100	100	100
12	91.67	100	100	100
13	91.67	100	100	100
14	100	100	100	100
15	100	100	100	100
16	100	100	100	100
17	87.5	100	100	100
18	75	95.83	100	100
19	79.17	83.33	95.83	100
20	62.5	66.67	91.67	100
21	91.67	100	100	100
22	100	95.83	100	100
23	87.5	100	100	100
24	83.33	100	100	100



ตารางที่ 18 แสดงถึงการปรับตัวด้านความสัมพันธ์เกี่ยวกับผู้อื่นของผู้ป่วยแต่ละราย
ซึ่งประเมินเมื่อก่อนได้รับการสอน และในเงื่อนไข 1 2 และ 3
หลังได้รับการสอนและติดตามช่วยเหลือ

ผู้ป่วยรายที่	คะแนนการปรับตัวด้านความสัมพันธ์เกี่ยวกับผู้อื่น (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)			
	ก่อนได้รับการสอน	1	2	3
1	61.90	90.48	90.48	95.24
2	100	100	100	100
3	61.90	66.67	85.71	85.71
4	85.71	85.71	85.71	95.24
5	76.19	66.67	76.19	90.48
6	52.38	76.19	85.71	100
7	71.43	80.95	95.24	95.24
8	47.62	71.43	90.48	90.48
9	85.71	90.48	80.95	100
10	80.95	90.48	90.48	90.48
11	100	100	100	100
12	95.24	100	100	100
13	95.24	100	100	100
14	95.24	95.24	95.24	95.24
15	85.71	100	100	100
16	100	100	100	100
17	90.48	100	100	100
18	57.14	95.24	100	100
19	57.14	61.90	90.48	90.48
20	90.48	95.24	100	100
21	80.95	95.24	90.48	100
22	80.95	85.71	100	100
23	80.95	100	100	100
24	61.90	85.71	85.71	100

ตารางที่ 19 แสดงถึงคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งวัดเมื่อก่อนได้รับการสอน และในเดือนที่ 3 หลังได้รับการสอนและติดตามช่วยเหลือ

ผู้ป่วยรายที่	คะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)	
	ก่อนได้รับการสอน	ในเดือนที่ 3
1	50	83.33
2	66.67	76.67
3	53.33	60
4	70	80
5	93.33	90
6	20	76.67
7	36.67	90
8	63.33	86.67
9	76.67	96.67
10	83.33	100
11	30	66.67
12	36.67	90
13	60	100
14	63.33	90
15	70	93.33
16	76.67	93.33
17	73.33	96.67
18	66.67	93.33
19	70	93.33
20	53.33	96.67
21	43.33	90
22	93.33	100
23	70	100
24	53.33	93.33

ตารางที่ 20 แสดงถึงคะแนนภาวะของโรคของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งประเมินเมื่อก่อน
ได้รับการสอน และในเงื่อนไข 1 2 และ 3 หลังได้รับการสอนและ
คิดตามช่วยเหลือ

ผู้ป่วยรายที่	คะแนนภาวะของโรค (คะแนนเต็ม 27 คะแนน)			
	ก่อนได้รับการสอน	ในเงื่อนไข		
		1	2	3
1	24	25	25	26
2	26	26	26	26
3	24	25	25	25
4	25	25	23	25
5	24	24	23	26
6	27	27	27	27
7	22	22	22	22
8	21	21	23	23
9	22	22	21	22
10	15	17	17	18
11	27	27	27	27
12	26	26	25	27
13	26	27	27	27
14	24	22	22	19
15	27	27	27	27
16	25	25	25	25
17	26	27	27	27
18	26	26	27	27
19	24	21	23	22
20	21	23	21	24
21	23	24	24	24
22	26	26	27	27
23	24	26	25	27
24	26	27	27	27

คำเฉลย

เกณฑ์ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยมายาฮิสึเนีย กราวิส ตอนที่ 2

ข้อที่เริ่มต้นควยคะแนน 3 จะเป็นข้อที่มีคำถามในทางลบ

ข้อที่เริ่มต้นควยคะแนน 0 จะเป็นข้อที่มีคำถามในทางบวก

1. คำนวณโน้ตค้นแห่งตน

ลำดับข้อ	ไม่ใช่	ใช่		
		บางเวลา	บ่อย ๆ ครั้ง	ตลอดเวลา
1	3	2	1	0
2	0	1	2	3
3	3	2	1	0
4	0	1	2	3
5	3	2	1	0
6	3	2	1	0
7	0	1	2	3
8	3	2	1	0
9	0	1	2	3
10	3	2	1	0
11	0	1	2	3
12	3	2	1	0
13	0	1	2	3
14	0	1	2	3
15	3	2	1	0
16	3	2	1	0
17	3	2	1	0
18	3	2	1	0

2. คำนวณหาพื้นที่

ลำดับข้อ	ไม่ใช้	ใช้		
		บางเวลา	บ่อย ๕ ครั้ง	ตลอดเวลา
1	3	2	1	0
2	0	1	2	3
3	3	2	1	0
4	3	2	1	0
5	3	2	1	0
6	0	1	2	3
7	3	2	1	0
8	0	1	2	3

3. คำนวณความสัมพันธ์เกี่ยวกับผู้อื่น

ลำดับข้อ	ไม่ใช้	ใช้		
		บางเวลา	บ่อย ๕ ครั้ง	ตลอดเวลา
1	3	2	1	0
2	3	2	1	0
3	3	2	1	0
4	3	2	1	0
5	3	2	1	0
6	3	2	1	0
7	3	2	1	0

คำเฉลย

แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน

- | | |
|---------|---------|
| 1. ถูก | 16. ถูก |
| 2. ถูก | 17. ถูก |
| 3. ถูก | 18. ผิด |
| 4. ผิด | 19. ถูก |
| 5. ผิด | 20. ผิด |
| 6. ถูก | 21. ถูก |
| 7. ถูก | 22. ผิด |
| 8. ถูก | 23. ถูก |
| 9. ถูก | 24. ผิด |
| 10. ถูก | 25. ถูก |
| 11. ถูก | 26. ถูก |
| 12. ถูก | 27. ถูก |
| 13. ถูก | 28. ถูก |
| 14. ถูก | 29. ผิด |
| 15. ถูก | 30. ถูก |

