

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักภาคใต้



นางสาวพญจิต วังสโรจน์

# ศูนย์วิทยทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN EPILEPSY PATIENTS IN SOUTHERN  
REGION, THAILAND



Miss Patuchit Wangsaroj

ศูนย์วิทยทรัพยากร

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

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักภาคใต้

โดย

นางสาวพญิจิต วังสโรจน์

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้แก่นักศึกษานี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

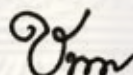


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน ชังสุโรจน์)

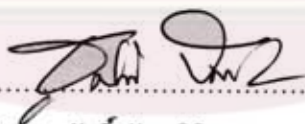
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย)



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



..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. สุศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พญจิต วงศ์โรจน์ : ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักภาคใต้.  
(FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN EPILEPSY PATIENTS IN  
SOUTHERN REGION, THAILAND) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผู้ช่วย  
ศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 118 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักที่รักษาด้วยการรับประทานยาเกินหนึ่งปีและไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 150 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .80, .93, .83 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สถิติ t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนจำแนกทางเดียว ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชักอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 65.49$ , S.D. = 16.24)
2. ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.3) ว่างาน (ร้อยละ 30.0) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท (ร้อยละ 42.0) รูปแบบการชักเป็นแบบชักทั่วตัว (ร้อยละ 59.3) ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชักต่ำกว่า 10 ปี (ร้อยละ 59.3) ทั้งนี้ไม่มีอาการชักเกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ (ร้อยละ 72.7) และ 12 เดือน (ร้อยละ 45.3) ไม่มีภาวะง่วงนอนที่ผิดปกติ (ร้อยละ 64.7) ผู้ป่วยโรคลมชักครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีความเหนื่อยล้าเล็กน้อย และส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 54.0)
3. เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\eta = 1.000$ ) ในขณะที่ระดับการศึกษา รูปแบบของการชัก ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ( $\eta = .987, .997$  ตามลำดับ) ความถี่ของการชักช่วง 2 สัปดาห์ และ 12 เดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ( $\eta = .1000$  และ .998 ตามลำดับ) อายุที่เริ่มชักและระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ( $r = .124$  และ  $-.150$  ตามลำดับ) ทั้งนี้ภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติในเวลากลางวัน ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.253, -.546$  และ  $-.585$  ตามลำดับ)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา.....2552

ลายมือชื่อนิสิต พญจิต วงศ์โรจน์  
ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

## 5077665536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : quality of life / epilepsy

PATUCHIT WANGSAROJ : FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN  
EPILEPSY PATIENTS IN SOUTHERN REGION, THAILAND.THESIS  
ADVISOR : ASST. PROF.CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 118 pp.

The purpose of this study was to investigate quality of life, factors related to quality of life in epilepsy patients in southern region, Thailand. The sample consisted of 150 epilepsy patients who had diagnosis, take antiepileptic drug and no epilepsy surgery. The instruments were questionnaires regarding demographic, sleepiness scale, fatigue scale, depression scale and quality of life in epilepsy. All questionnaires were tested for content validity and reliability with Cronbach's Alpha Coefficients, which were .80, .93, .83 and .90, respectively. Statistical methods of frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation, t-test and One-way ANOVA were used to analyze the data. The major findings were as followed:

1. Quality of life in epilepsy patients was at medium level ( $\bar{X} = 65.49$ )
2. Most of the epilepsy patients were male gender(63.3%), unemployed (30.0%), having the average income per month of the parents between 5,001 - 10,000 baht(42.0%), Generalized epilepsy(59.3%) duration of epilepsy was <10 years(59.3%), seizure-free was 2 weeks(72.7%) and 12 months(45.3%), were depression(54.0%), no excessive daytime sleepiness(64.7%), 50% had low fatigue.
3. Sex correlated to quality of life at p-value < .05( $\eta=1.000$ ). Educational level and Type of Epilepsy ( $\eta=.987$  and  $.997$ respectively) Seizure frequency were correlated to quality of life. ( $\eta=.1.000$  and  $.998$ , respectively) Age at diagnosis and Duration of epilepsy were no correlated to quality of life( $r=.124$  and  $-.150$ , respectively). Excessive daytime sleepiness, Fatigue and Depression were positively correlated to quality of life at p-value < .05( $r=-.253,-.546$  and  $-.585$ , respectively).

Field of Study : Nursing Science.....

Student's Signature Patuchit W.

Academic Year : 2009

Advisor's Signature er.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอิงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญชรัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำและเป็นທີ່ปรึกษาในการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ ที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ และที่สำคัญคือ ผู้ป่วยโรคลมชักทุกท่าน ที่ได้ให้ความกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น เจ้าหน้าที่ทุกท่าน ในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ น้องๆ และกัลยาณมิตร ผู้ที่คอยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
โรคลมชัก.....	10
ความหมายของโรคลมชัก.....	10
สาเหตุของโรคลมชัก.....	11
ประเภทของโรคลมชัก.....	12
การรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก.....	13
ผลกระทบของโรคลมชัก.....	19
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก.....	20
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก.....	23
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	23
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต.....	26
การประเมินคุณภาพชีวิต.....	29
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก.....	32
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก.....	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	54
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	74
สรุปผลการวิจัย.....	75
อภิปรายผลการวิจัย.....	76
ข้อเสนอแนะ.....	83
รายการอ้างอิง.....	85
ภาคผนวก.....	95
ภาคผนวก ก จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือใน การเก็บข้อมูลการวิจัย.....	96
ภาคผนวก ข เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารการพิทักษ์ สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	101
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	107
ภาคผนวก ง คู่มือการคำนวณคะแนนคุณภาพชีวิตของแบบประเมินคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก.....	115
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	118



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	58
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า.....	62
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต.....	63
4	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตแบ่งตามรายชื่อ.....	64
5	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก.....	67
6	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามระดับการศึกษา .....	68
7	การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามระดับการศึกษา.....	68
8	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดอาการชักในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก.....	69
9	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามจำนวนครั้งของการเกิดอาการชักในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา.....	70
10	การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามจำนวนครั้งของการเกิดอาการชักในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา.....	70
11	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามจำนวนครั้งของการเกิดอาการชักในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา .....	71
12	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามรูปแบบการชัก.....	72
13	การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามจำนวนครั้งของการเกิดอาการชักในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา .....	72

- 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างอายุที่เริ่มชัก ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก  
ระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า กับ  
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก..... 73



# ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคลมชักเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและมักก่อให้เกิดความกังวลใจแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างมาก ซึ่ง 10 % ของประชากรทั่วโลกที่มีปัญหาด้านสมองและด้านจิตเวช นั้น มีสาเหตุมาจากโรคลมชัก และผู้ป่วยเหล่านี้มักเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือเกิดความพิการ (World Health Organization/WHO, 2009) ทั้งนี้โรคลมชักยังเกิดตามหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคบางโรค เช่น โรคความดันโลหิต โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นต้น (Senol, Soyuer, Arman and Ozturk, 2007; Canuet et al., 2009) โรคลมชัก คือ อาการที่ผู้ป่วยเกิดอาการชักมากกว่า 2 ครั้งซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าในสมอง ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคลมชักทั่วโลกราว 50 ล้านคนหรือราว 4-10 คนต่อ 1, 000 ประชากร (WHO, 2009) และคาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นปีละ 181,000 คน พบว่าในสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยที่ยังมีอาการชักประมาณ 2.5 ล้านคน (Xu, Brandenburg, McDermott and Bazil, 2006) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคลมชัก 1.66 % ของประชากรทั่วไปในประเทศ (Satishchandra, 2001) ซึ่งหมายถึงจะมีผู้ป่วยโรคลมชักกว่า 6 แสนคนในประเทศไทย

ผู้ป่วยโรคลมชักมักมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งผลกระทบทางด้านร่างกายนั้น ได้แก่ การใช้ชีวิตประจำวัน(Daily functional) สามารถประเมินได้จากสมรรถภาพทางกาย(Physical functional) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL/Activity of Daily Living) ความรุนแรงของอาการชัก(Seizure severity) ความถี่ของการชัก(Seizure frequency) ผลข้างเคียงจากยากันชัก (Adverse drug effects) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ ความรู้สึก(Emotional) และการคิดรู้(Cognitive) ซึ่งแสดงออกให้เห็นทางสุขภาวะทางอารมณ์ (Emotional well-being) ความภูมิใจในตนเอง (Self-esteem and happiness control) ความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า (Anxiety/Depression) ระดับของอารมณ์(Emotional state) ภาวะทางอารมณ์ของผู้นั้นเมื่อเริ่มเจ็บป่วย ทั้งนี้ผลกระทบต่อผู้ป่วยอีกด้านหนึ่งคือ ผลกระทบทางสังคม ได้แก่ อาชีพ ความสัมพันธ์ทางสังคมและครอบครัว ซึ่งแสดงให้เห็นได้จากการทำกิจกรรมทางสังคม (Social functioning) (Baker, 2001) เช่น ถูกจำกัดอาชีพ จำกัดการขับขีรถ เป็นต้น (UCB Pharma., 2008) บทบาทหน้าที่ทางสังคมลดลง ซึ่งผลกระทบนี้มักส่งผลต่อผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน (Petersen, Walker, Runge and Kessler, 1998) การ

ประสบความสำเร็จในการแต่งงานมีครอบครัว(Fulfillment in marriage) การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว(Family support) การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม(Social support) ความรู้สึกมีปมด้อยและได้รับแรงกดดัน (Stigma and impact) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก (Baker, 2001)

จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้

### 1. ปัจจัยด้านบุคคล

1.1 เพศ พบว่าในเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำ ผู้ป่วยลมชักเพศหญิงมีความอ่อนไหวต่อการเกิดปมด้อย ขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก ความสามารถทั่วไปและความสามารถในการปรับตัวลดลง ทั้งนี้เพศหญิงจะรับรู้และคำนึงถึงผลของการชักมากกว่าเพศชาย (Stevanovic, 2007) อีกทั้งมีความกังวลกับการชักครั้งต่อไปมากกว่าเพศชาย ซึ่งความวิตกกังวลนี้จะทำให้ชักถี่ขึ้น และหากความถี่ของการชักมากขึ้น จะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตยิ่งต่ำลง (Canuet et al., 2009) ทั้งนี้ระดับความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลงอีกด้วย (Mosaku, Fatoye, Komolafe, Lawal and Ola, 2006)

1.2 การศึกษา เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความเสื่อมถอยหลายอย่าง (Senol, Soyuer, Arman and Ozturk, 2007) เช่น ความจำลดลง การตัดสินใจช้า (UCB Pharma., 2008) สูญเสียสมรรถภาพทางกาย และมีความเสื่อมถอยในด้านกระบวนการความคิดรู้ (Senol, Soyuer, Arman and Ozturk, 2007; Jacoby and Baker, 2008) ทำให้ไม่ได้รับโอกาสทางการศึกษา (Jacoby and Baker, 2008) ถูกกีดกันและถูกมองว่าไร้ความสามารถ (Sample, Ferguson, Wagner, Pickelsimer and Selassie, 2006) เมื่อผู้ป่วยได้รับการศึกษาน้อย จะทำให้ไม่สามารถเข้าใจการดำเนินโรคและแนวทางการรักษาโรคได้เท่าที่ควร (Velissaris, Wilson, Saling, Newton and Berkovic, 2007) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาสูงจะมีการปรับตัวได้ดี และสามารถเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น จะช่วยให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้(Pulsipher, Seidenberg, Jones and Hermann, 2006)

## 2. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

2.1 อายุที่เริ่มชักครั้งแรก ถ้าผู้ป่วยชักตั้งแต่อายุน้อย จะส่งผลเสียต่อสมรรถภาพทางกาย (Physical functional) และกระบวนการคิดรู้ (Cognitive functional) ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลเรื้อรังต่อการเกิดการชัก (Senol, Soyuer, Arman and Ozturk, 2007) ทั้งนี้โรคลมชักที่เริ่มเกิดในวัยรุนมีโอกาสดเกิดการชักซ้ำมากที่สุด ในขณะที่โรคลมชักที่เริ่มขึ้นในวัยเด็กมีโอกาสมหาขาดได้มากที่สุด (กัลยาณั ธิระวิบูลย์, สุรางค์ เจียมจรรยา และอนันต์นิตย วิสุทธิพันธ์, 2549)

2.2 ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก พบว่าในผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักมานานมากกว่า 10 ปี จะมีความเสื่อมถอยในด้านกระบวนการความคิดรู้ (Senol, Soyuer, Arman and Ozturk, 2007) ผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักมายาวนานมักประสบปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับสังคม ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชักจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall QOL) ของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างชัดเจน (Canuet et al., 2009)

2.3 ความถี่ของการชัก ผู้ป่วยโรคลมชักแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันในด้านความถี่ของการชัก หลังเกิดการชักแต่ละครั้ง ผู้ป่วยจะสูญเสียพลังงาน รู้สึกอ่อนเพลีย ผู้ป่วยมักวิตกกังวลกลัวว่าจะเกิดอาการชักครั้งต่อไปขึ้นอีก (Canuet et al., 2009) เมื่อเกิดการชักถี่ขึ้นหรือซ้ำๆ จะทำให้เกิดความเป็นพิษในระบบร่างกายและระบบประสาท ได้แก่ การสูญเสียกระบวนการคิดรู้ (Cognitive impairment) เซลล์ประสาทสมองถูกทำลายในตำแหน่งที่เกิดการชักซ้ำๆ (Neuronal damage) การเกิดจุดกำเนิดชักเพิ่มขึ้นจากการชักติดต่อกันเป็นเวลายาวนาน (Secondary epileptogenesis) เป็นต้น (กัลยาณั ธิระวิบูลย์, สุรางค์ เจียมจรรยา และอนันต์นิตย วิสุทธิพันธ์, 2549; ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2546) ผู้ป่วยโรคลมชักชนิดชักบางส่วนที่มีการชักถี่มากขึ้น อาจทำให้โรคมมีการพัฒนาไปสู่การเป็นโรคลมชักชนิดชักเกร็งกระตุกทั้งตัวหรือโรคลมชักชนิดบางส่วนที่ซับซ้อน และอาจเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ในผู้ป่วยที่มีการชักอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจะชักถี่ขึ้น หากควบคุมปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการชักไม่ได้ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การอดนอน เป็นต้น (Cramer, 1993) จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคลมชักที่อยู่ในระยะที่ยังมีอาการชักและรับประทานยากันชัก หรือผู้ป่วยที่มีอาการชักในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 75 จะมีอาการชักอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยที่เพิ่งเกิดอาการชักจะมีภาวะสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ในช่วงกลางวัน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดอาการชัก (Kobau, Zahran, Grant,

Thurman, Price and Zack, 2007) จะเห็นได้ว่า ความถี่ของการชักส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคลมชัก (Senol, Soyuer, Arman and Ozturk, 2007)

2.4 รูปแบบของการชัก ซึ่งมีหลายรูปแบบและแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ทั้งนี้รูปแบบของการชักแต่ละแบบจะมีความรุนแรงแตกต่างกัน เช่น ชักแบบเกร็งกระดูกทั้งตัว (Generalized seizure) ผู้ป่วยจะหมดสติทันที เกร็ง กัดฟัน ตาเหลือก ตามด้วยกระดูกทั้งตัว ซึ่งมักเกิดอุบัติเหตุ บาดเจ็บ หรือเกิดการสำลัก ผู้ป่วยที่มีรูปแบบของการชักแบบมีพฤติกรรมที่ไม่รู้ตัว เช่น อาการหยุดนิ่งไม่รับรู้สิ่งแวดล้อมภายนอกหรือมีการเคลื่อนไหวแบบไม่รู้ตัว หรือมีการชักแบบเหม่อ ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการเหม่อหนึ่งทันที และหายไปอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาอันสั้นไม่ถึงนาที (ศิริวรรณ ฤทธิชนะชจร, 2546) จะไม่เกิดผลกระทบรุนแรงเท่ากับการชักแบบเกร็งกระดูกทั้งตัว แต่จะส่งผลเสียด้านบุคลิกภาพ อับอาย เกิดปมด้อย (Wheless, 2006; Paschal, 2007; Jacoby and Baker, 2008; Canuet et al., 2009) ทั้งนี้พบว่าโรคลมชักที่ทราบสาเหตุ (Remote symptomatic epilepsy) มีโอกาสชักซ้ำได้มากกว่าชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ (Cryptogenic epilepsy) โรคลมชักชนิดที่มีโอกาสเกิดชักซ้ำมาก ได้แก่ Juvenile myoclonic epilepsy, Lennox-Gastaut syndrome เป็นต้น โรคลมชักชนิดที่มีโอกาสหายขาดสูง ได้แก่ Benign Rolandic epilepsy (Benign childhood epilepsy with centro-temporal spike) ผู้ป่วยโรคลมชักที่เกิดความผิดปกติของสมองส่วน Temporal Lobes (Temporal Lobe Epilepsy/TLE) มีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ (Canuet et al., 2009)

2.5 ภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติในเวลากลางวัน ความง่วงเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยพบและส่งผลกระทบมากที่สุด โดยเฉพาะภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติในตอนกลางวัน (Excessive daytime sleepiness) ซึ่งส่วนใหญ่ยากันชักจะส่งผลต่อวงจรการนอนและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติ (Xu, Brandenburg, McDermott and Bazil, 2006) ทำให้ความสามารถในการทำงานให้สำเร็จนั้นลดลง หรือความสามารถในขณะเรียนลดลง มีความยากลำบากในการคิดวิเคราะห์ ซึ่งส่งผลต่อกิจวัตรในช่วงกลางวันและกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก (Baker, Jacoby, Buck, Stalgis and Monnet, 1997; Guilleminault and Brooks, 2001)

2.6 ความเหนื่อยล้า ผู้ป่วยโรคลมชักมักเกิดความเหนื่อยล้า เนื่องจากหลังมีอาการชักจะสูญเสียพลังงานและอ่อนเพลีย (Senol, Soyuer, Arman, and Ozturk, 2007) ความเหนื่อยล้าที่สะสมอยู่นานจะทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ กว่าครึ่งของผู้ป่วยโรคลมชักมี

ความรู้สึกเหนื่อยล้าในระดับสูงมาก และพบว่าผู้ที่มีความเหนื่อยล้ามากมักมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Ettinger, Weisbrot, Krupp, Coyle, Jandorf and Devinsky, 1998)

2.7 ภาวะซึมเศร้า เป็นผลกระทบต่อจิตใจที่ผู้ป่วยโรคลมชักได้รับ ซึ่งแสดงออกให้เห็นทางด้านสุขภาพทางอารมณ์ (Baker, 2001) อีกทั้งผู้ป่วยโรคลมชักจะมีระดับของโรคซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น (Brand, Burton, Schaffer, Alper, Devinsky and Barr, 2009) ผู้ป่วยโรคลมชักที่รับประทานยากันชักที่มากกว่า 1 ชนิดขึ้นไป มีระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่คุมอาการชักได้ดี และมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูงกว่าผู้ที่คุมอาการชักไม่ได้ (Petersen, Walker, Runge and Kessler, 1998) และพบว่าอาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง (Mosaku, Fatoye, Komolafe, Lawal and Ola, 2006)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคลมชักเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Stevanovic, 2007) มีความกังวลกับการชักครั้งต่อไปมากกว่าเพศชาย ซึ่งความวิตกกังวลนี้จะทำให้ชักถี่ขึ้น (Canuet et al., 2009) ผู้ป่วยเริ่มเป็นโรคลมชักตั้งแต่อายุน้อย จะส่งผลเสียต่อสมรรถภาพทางกาย (Physical functional) และกระบวนการคิดรู้ (Cognitive functional) ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลเรื้อรังต่อการเกิดการชัก จะมีความเสื่อมถอยในด้านกระบวนการการคิดรู้ (Senol, Soyuer, Arman and Ozturk, 2007) ผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักมายาวนานมักประสบปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างชัดเจน (Canuet et al., 2009) ความถี่ของอาการชักส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคลมชัก (Senol, Soyuer, Arman and Ozturk, 2007) รูปแบบของการชักซึ่งมีหลายรูปแบบและแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (ศิริวรรณ ฤทธิธนะขจร, 2546) เช่น ผู้ป่วยโรคลมชักที่เกิดความผิดปกติของสมองส่วน Temporal นั้นจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ (Canuet et al., 2009) พบว่ายากันชักส่งผลต่อวงจรการนอนและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติ (Xu, Brandenburg, McDermott and Bazil, 2006) ซึ่งส่งผลต่อกิจวัตรในช่วงกลางวัน และอาจทำให้ความสามารถในการทำงานให้สำเร็จนั้นลดลง ความสามารถในขณะเรียนลดลง (Guilleminault and Brooks, 2001) กว่าครึ่งของผู้ป่วยโรคลมชักมีความรู้สึกเหนื่อยล้าในระดับสูงมาก และพบว่าผู้ที่มีความเหนื่อยล้ามากมักมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Ettinger, Weisbrot, Krupp, Coyle, Jandorf and Devinsky, 1998) อาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง (Mosaku, Fatoye, Komolafe, Lawal and Ola, 2006) ดังนั้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักจึงอยู่ในระดับต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักน้อยมาก และเป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักหลังผ่าตัดเท่านั้น (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2548; รัศรินทร์ กาสลัก, 2548) ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีบทบาทหนึ่งในการดูแล ป้องกัน และส่งเสริม ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข สามารถลดการเกิดภาวะต่อสังคมและประเทศชาติ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล (ได้แก่ เพศ การศึกษา) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ (ได้แก่ อายุที่เริ่มชัก ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก ความถี่ของการชัก รูปแบบของการชัก ภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติในเวลากลางวัน ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า) ของผู้ป่วยโรคลมชัก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล (ได้แก่ เพศ การศึกษา) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ (ได้แก่ อายุที่เริ่มชัก ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก ความถี่ของการชัก รูปแบบของการชัก ภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติในเวลากลางวัน ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า) ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาเกินหนึ่งปีและไม่ได้ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 150 คน ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ประเทศไทย

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย เพศ การศึกษา อายุที่เริ่มชัก ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก ความถี่ของการชัก รูปแบบของการชัก ภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติในเวลากลางวัน ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วง 18 มกราคม 2553 ถึง 26 กุมภาพันธ์ 2553



## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักเกี่ยวกับความเป็นปกติสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่ผู้ป่วยโรคลมชักสามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเองต่อสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักนั้น สามารถแบ่งระดับคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ฉบับภาษาไทย ของจันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ (Jantip Kanjanasilp, Sayarn Khaewichit, Richards and Yupaporn Preechagoon, 2004) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ฉบับภาษาอังกฤษ (RAND, 1993) ประกอบด้วยคำถาม 31 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น แบบวัดระดับด้วยสายตา (Visual Analogue Scale/VAS) จำนวน 2 ข้อ และแบบประมาณค่า จำนวน 29 ข้อ คำนวณผลคะแนนตามคู่มือ QOLIE-31: Scoring Manual ของ RAND (1993) ซึ่งจะได้ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0-100 คะแนน ทั้งนี้ระดับคุณภาพชีวิตจะแบ่งเป็นระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ระดับปานกลาง และระดับต่ำ (RAND, 1993)

2. เพศ หมายถึง ข้อมูลส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าเป็นชายหรือหญิง โดยแบ่งออกเป็น เพศชายและเพศหญิง

3. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาชั้นสูงสุดของผู้ป่วยโรคลมชัก แบ่งเป็นไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา สูงกว่ามัธยมศึกษา

4. อายุที่เริ่มชัก หมายถึง จำนวนปีเต็มที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชัก

5. ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก หมายถึง ช่วงเวลานับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม คิดเป็นจำนวนปีเต็มในวันตอบแบบสอบถาม

6. ความถี่ของการชัก หมายถึง จำนวนครั้งของการชักในช่วง 2 สัปดาห์ และ 12 เดือนที่ผ่านมา โดยแบ่งจำนวนครั้งออกเป็น 0 ครั้ง, 1-5 ครั้ง, 6-20 ครั้ง และมากกว่า 20 ครั้ง ในช่วง 2 สัปดาห์ และ 12 เดือนที่ผ่านมา (Piazzini et al., 2008)

7. รูปแบบของการชัก หมายถึง ลักษณะของการชักของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งจำแนกตามเกณฑ์การจำแนกอาการชักและโรคลมชัก แบ่งเป็น การชักเฉพาะส่วน การชักทั่วตัว มีการชักทั้งสองแบบ และการชักอื่นๆ (Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, 1989)

8. ภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติในเวลากลางวัน หมายถึง ภาวะความง่วงที่ผิดปกติซึ่งเกิดขึ้นในสถานการณ์และช่วงเวลาที่ไม่ควรง่วง ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันของ วรณศิริ ปราณิธรรม (2546) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันของจอห์น แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ผลคะแนนแบ่งระดับความง่วงเป็น 3 ระดับ คือ ไม่มีภาวะง่วงผิดปกติ มีภาวะง่วงที่ผิดปกติในระดับปานกลาง และมีภาวะง่วงที่ผิดปกติ (Smyth, 2007)

9. ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึกเหนื่อย รู้สึกว่าอ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย อิดโรย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง อาจมีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม ด้านความรู้สึก ด้านการรับรู้ ด้านสติปัญญา และอารมณ์ร่วมด้วย ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าของเพิงใจ ดาโลปการ (2545) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper Fatigue Scale) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล (2544) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดระดับด้วยสายตา (Visual Analogue Scale) ผลคะแนนแบ่งความความเหนื่อยล้าดังนี้ เหนื่อยล้ามาก เหนื่อยล้าปานกลาง เหนื่อยล้าเล็กน้อย และไม่มี ความเหนื่อยล้า (เพิงใจ ดาโลปการ, 2545; Piper, Dibble, Dodd, Weiss, Slaughter and Paul, 1998)

10. ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกเศร้าเสียใจเมื่อบุคคลสูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีความสำคัญต่อตนเอง มีความรู้สึกทุกข์ทรมานกับประสบการณ์ต่างๆในแต่ละวัน ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ มลฤดี บุราณ (2548) ที่ดัดแปลงมาจากเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธรและคณะ ผลคะแนนแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า (มลฤดี บุราณ, 2548)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักได้อย่างเหมาะสม



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

#### 1. โรคลมชัก

- 1.1 ความหมายของโรคลมชัก
- 1.2 สาเหตุของโรคลมชัก
- 1.3 ประเภทของโรคลมชัก
- 1.4 การรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก
- 1.5 ผลกระทบของโรคลมชัก
- 1.6 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก

#### 2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
- 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
- 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
- 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก
- 2.5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. โรคลมชัก

##### 1.1 ความหมายของโรคลมชัก

โรคลมชัก คือ อาการที่ผู้ป่วยเกิดอาการชักมากกว่า 2 ครั้งซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าในสมอง (WHO, 2009) ซึ่งจะเกิดขึ้นพร้อมๆกันทันทีและควบคุมไม่ได้ อาจจะพบพยาธิสภาพในสมองหรือไม่ก็ได้ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2542) ทั้งนี้อาการชัก คือ อาการที่เกิดจากภาวะที่การทำงานของเซลล์สมองมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลัน โดยมีการปลดปล่อย

คลื่นไฟฟ้าที่ผิดปกติ (Epileptiform activity) ออกมาจากเซลล์สมองจำนวนมากพร้อมๆกัน จากตำแหน่งหนึ่งกระจายไปสู่สมองส่วนอื่นๆ (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2545; กัลยาณิ ธีระวิบูลย์, สุรางค์ เจียมจรรยา และอนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์, 2549) ในกรณีผู้ป่วยชักครั้งแรกพร้อมกับคลื่นสมองผิดปกติแบบ Epileptiform discharge หรือมีรอยโรคในสมอง จะมีโอกาสชักซ้ำสูง ผู้ป่วยที่มีอาการชักจากความเจ็บป่วยปัจจุบัน เช่น ความผิดปกติทางเมตาบอลิก จากยา หรือ ใช้สูงในเด็ก โดยที่ไม่ได้มีพยาธิสภาพที่สมองชัดเจน จัดเป็นการชักที่มีปัจจัยชักนำ (Provoked seizure) จะไม่ถือว่าเป็นโรคลมชัก (กัลยาณิ ธีระวิบูลย์, สุรางค์ เจียมจรรยา และอนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์, 2549)

## 1.2 สาเหตุของโรคลมชัก (รัศริน กาสลัก, 2548)

### 1.2.1 โรคทางพันธุกรรม พบประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย

### 1.2.2 เกิดจากรอยโรคหรือแผลเป็นในสมอง ได้แก่

#### 1.2.2.1 การติดเชื้อในสมอง

1.2.2.2 สมองพิการแต่กำเนิด ซึ่งอาจเกิดความผิดปกติตั้งแต่มารดาตั้งครรภ์ เช่นการติดเชื้อของมารดา การตกเลือด ขาดสารอาหาร ได้รับรังสีหรือสารเสพติด

1.2.2.3 สมองถูกกระทบกระเทือนระหว่างอยู่ในครรภ์มารดาหรือแรกคลอด

#### 1.2.2.4 สมองได้รับความกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุ

1.2.2.5 การชักขณะใช้สูงในวัยเด็กติดต่อกันเป็นเวลานานหลายครั้ง ซึ่งอาจก่อให้เกิดแผลเป็นในสมองส่วนที่ไวต่อการขาดออกซิเจน

1.2.2.6 เส้นโลหิตในสมองอุดตัน ซึ่งทำให้เกิดแผลเป็นขึ้น และเป็นจุดปล่อยกระแสไฟฟ้าที่ทำให้เกิดอาการชัก

#### 1.2.2.7 สมองขาดออกซิเจนด้วยสาเหตุอื่น

### 1.2.3 เกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่ขยายโตขึ้น ในสมองส่วนใดส่วนหนึ่ง ได้แก่

#### 1.2.3.1 เนื้องอกสมอง

#### 1.2.3.2 ฝีในสมอง

#### 1.2.3.3 พยาธิในสมอง

#### 1.2.3.4 เส้นเลือดขดในสมอง

#### 1.2.4 เกิดจากการติดเชื้อในสมอง ได้แก่

##### 1.2.4.1 สมองอักเสบ

##### 1.2.4.2 เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง

#### 1.2.5 มีโรคทางกาย ได้แก่

##### 1.2.5.1 โรคเบาหวานที่ไม่ได้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์

ปกติ

##### 1.2.5.2 โรคตับ โรคไต

##### 1.2.5.3 ภาวะเกลือโซเดียมในร่างกายสูง หรือต่ำกว่าปกติ

1.2.6 กลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ พบได้ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งในสมองมีบริเวณที่ปล่อยกระแสไฟฟ้าที่ผิดปกติ

### 1.3 ประเภทของโรคลมชัก

กัลยาณ์ ธีระวิบูลย์, สุรางค์ เจียมจรรยา และอนันต์นิติย์ วิสุทธิพันธ์ (2549) จำแนกประเภทโรคลมชักตาม International League Against Epilepsy classification of epilepsies and epileptic syndromes 1989 เป็นการจำแนกโรคลมชักตามลักษณะของการชักและความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมองเป็นหลัก ร่วมกับลักษณะทางคลินิกอื่นๆ เช่น อายุที่เริ่มเกิดการชัก สถิติปัญหาของผู้ป่วย การตรวจร่างกายทางระบบประสาท และสาเหตุของโรคลมชักในผู้ป่วยมาช่วยประกอบ สามารถจำแนกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. Localization related (focal) epilepsy ได้แก่ กลุ่มโรคลมชักที่มีอาการชักเป็นแบบชักบางส่วน มีคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติ เริ่มจากสมองส่วนใดส่วนหนึ่ง

2. Generalized epilepsy ได้แก่ กลุ่มโรคลมชักที่มีอาการชักเป็นแบบ ทั่วตัว มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมองจาก cortical area ทั้ง 2 ซีกของสมองพร้อมกันตั้งแต่เริ่มแรกขณะที่มีอาการชัก

3. Undetermined epilepsy ได้แก่ กลุ่มโรคลมชักที่ยังไม่สามารถจำแนกได้ชัดเจนว่าอยู่ในกลุ่ม localization related epilepsy หรือ generalized epilepsy

4. Special syndrome ได้แก่ กลุ่มโรคลมชักอื่นๆ ที่มีลักษณะและการพยากรณ์โรคที่จำเพาะกับกลุ่มอาการนั้นๆ

นอกจากนี้ยังมีการจำแนกกลุ่มโรคลมชักแต่ละประเภท ตามสาเหตุของการชักและพยาธิสภาพในสมองได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. Idiopathic หมายถึง กลุ่มโรคลมชักที่ผู้ป่วยไม่ได้มีพยาธิสภาพในสมองและน่าจะเกิดสาเหตุมาจากปัจจัยทางพันธุกรรม

2. Symptomatic หมายถึง กลุ่มโรคลมชักที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพในสมองซึ่งทำให้เกิดอาการชักในผู้ป่วยรายนั้น เช่น เนื้องอกในสมอง

3. Cryptogenic หมายถึง กลุ่มโรคลมชักที่น่าจะมีพยาธิสภาพในสมองแต่การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการด้วยวิทยาการในปัจจุบันยังไม่สามารถตรวจพบพยาธิสภาพได้

การจำแนกประเภทโรคลมชักโดยละเอียดตาม International League Against Epilepsy classification of epilepsies and epileptic syndromes ปี ค.ศ. 1989 นั้น นอกจากมีประโยชน์ในการพิจารณาเลือกชนิดยากันชักแล้ว ยังมีประโยชน์ในการทราบสาเหตุ การดำเนินโรค และพยากรณ์โรคอีกด้วย (กัลยาณัฏฐ์ ธีระวิบูลย์, สุรางค์ เจียมจรรยา และอนันต์นิธย์ วิสุทธิพันธ์, 2549)

#### 1.4 การรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก

ชัยชน โลว์เจริญกุล (2545) ได้กล่าวถึงเป้าหมายของการรักษาไว้ว่า คือ การมีการควบคุมอาการชักได้อย่างสมบูรณ์ (complete control of seizure) นั่นคือไม่มีอาการชักอีกเลย (seizure free) หรือให้มีอาการชัคน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยมีอาการข้างเคียงจากยากันชัคน้อยที่สุด และราคาถูกที่สุดเท่าที่ทำได้ ผู้ป่วยยังมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด และสามารถดูแลตัวเองได้ (Independent) ซึ่งหลักการรักษาโรคลมชัก มีดังนี้

1. ให้ยากันชัก เพื่อควบคุมอาการชัก
2. รักษาสาเหตุของการชัก ในผู้ป่วยที่สามารถทราบสาเหตุของอาการชัก
3. หลีกเลี่ยงและควบคุมสิ่งกระตุ้น
4. ดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตสังคม

## 5. พิจารณาการให้การรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากันชัก

การรักษาโดยการให้ยากันชัก เป็นวิธีการหลักที่สำคัญที่สุดในการควบคุมอาการชักที่ให้ผลดีแก่ผู้ป่วยจำนวนมาก โดยมีค่าใช้จ่ายน้อย สามารถทำได้สะดวกแม้ในสถานพยาบาลที่ห่างไกล แต่ควรพิจารณาถึงประโยชน์ที่ได้ในการควบคุมการชัก โดยเปรียบเทียบ ระหว่างโอกาสในการเกิดผลข้างเคียงจากยา กับโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีอาการชักซ้ำหรือผลกระทบของการชักซ้ำต่อคุณภาพชีวิต อาการชักที่เกิดจากมีปัจจัยกระตุ้นจะมีโอกาสชักซ้ำประมาณร้อยละ 50 ในทุกอายุ และมักเกิดในปีแรก หลังจากชักครั้งที่ 2 ความเสี่ยงที่จะชักซ้ำจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80 ดังนั้นหากผู้ป่วยเกิดอาการชักครั้งที่ 2 และวินิจฉัยได้แน่นอนว่าเป็นโรคลมชัก แพทย์จึงควรพิจารณาเริ่มให้ยากันชัก(ชัยชน โฉวเจริญกุล, 2545; กัลยาณิ ธีระวิบูลย์, สุรางค์ เจียมจรรยาและอนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์, 2549) การให้ยากันชักระยะยาวต่อเนื่องกัน สามารถทำให้ไม่มีอาการชักเลยต่อเนื่องกันอย่างน้อย 2-5 ปี ได้ถึงร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วย เป็นผลให้สามารถลดความพิการทางจิตสังคม การสูญเสียอาชีพการงานและการศึกษา รวมทั้งอาจช่วยลดอัตราและป้องกันการเกิดจุดกำเนิดชักเพิ่มขึ้น(Secondary epileptogenesis)จากการชักติดต่อกันเป็นเวลายาวนาน (รัศริน กาสลัก, 2548)

ทั้งนี้สามารถสรุปแนวทางการบริหารยากันชักได้ดังนี้ (ชัยชน โฉวเจริญกุล, 2546; กัลยาณิ ธีระวิบูลย์, สุรางค์ เจียมจรรยา และอนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์, 2549)

1. ต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคลมชักจริง ในบางรายที่แพทย์ยังไม่มั่นใจ ประวัติความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยแจ้ง ควรพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนที่จะเริ่มยากันชักให้กับผู้ป่วย

2. เลือกใช้ให้เหมาะสมกับชนิดของอาการชัก โดยเลือกกลุ่มยาหลักก่อนที่จะใช้กลุ่มยารองหรือยาเสริม ถ้าผู้ป่วยมีอาการชักหลายชนิดร่วมกันให้เลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์ครอบคลุมได้กว้าง (broad spectrum AEDs)

### 3. การเริ่มและการปรับยากันชัก

- 3.1 เริ่มต้นด้วยยากันชักชนิดเดียว (monotherapy) ผู้ป่วยร้อยละ 60-70 อาการชักจะตอบสนองดีต่อการให้ยากันชักเพียงชนิดเดียว ประโยชน์ของการรักษาด้วยยาชนิดเดียวนั้น นอกจากจะมีอาการข้างเคียงและปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interaction) น้อยกว่าการ



รับประทานยาหลายชนิดพร้อมกันแล้ว ผู้ป่วยยังสามารถรับประทานยากันชักได้ต่อเนื่องและสม่ำเสมอดีกว่า และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า

3.2 การปรับยากันชัก ในระยะเริ่มต้นของการรักษา ควรเริ่มยากันชักในขนาดต่ำ เพื่อให้ผู้ป่วยปรับสภาพร่างกายเพื่อทนต่อผลข้างเคียงที่พบได้ในยากันชักทั่วไป เช่น อาการง่วง ซึม เดี๋ยวเซ หลังจากนั้นก็ค่อยๆ เพิ่มขนาดของยากันชักขึ้น จนกระทั่งคุมอาการชักได้ โดยไม่มีอาการข้างเคียง (maximal tolerated dose) การเริ่มให้ยากันชักทางปากขนาดสูง (oral loading dose) นั้นไม่มีหลักฐานทางวิชาการชัดเจน ถ้าสงสัยว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการชักต่อเนื่อง (Status epilepticus) ให้ใช้ยากันชักทางหลอดเลือดดำ

4. การรับประทานยากันชักควรจะมีอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จนกว่า จะคุมอาการชักได้อย่างน้อย 2 ปี จึงพิจารณาลดขนาดลงอย่างช้า ๆ

5. บริหารยากันชักตามคุณสมบัติทางเภสัชวิทยา อาทิ phenytoin, phenobarbital มีค่าครึ่งชีวิตยา (half life,  $T_{1/2}$ ) นานตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป สามารถให้ได้วันละ 1 ครั้งในผู้ใหญ่ หรือ carbamazepine, sodium valproate มี  $T_{1/2}$  สั้น ควรให้วันละ 2-3 ครั้ง เป็นต้น ทั้งนี้ควรพิจารณาถึง Steady state ด้วย ซึ่ง Steady state คือระยะเวลาที่ยาได้ระดับคงที่ในเลือด หลังจากได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งการบริหารยาทางปากนั้น มีระยะเวลาถึง steady state จะนานประมาณ 5 เท่าของ  $T_{1/2}$  ดังนั้นการประเมินผลการควบคุมอาการชักรวมทั้งการเจาะระดับยาในเลือด ควรกระทำเมื่อยาถึง steady state แล้ว และการที่จะประเมินว่ายากันชักชนิดใดชนิดหนึ่งได้ผลหรือไม่ จำเป็นต้องให้ยากันชักชนิดนั้นในขนาดที่เหมาะสมเป็นระยะเวลาที่นานเพียงพอ

6. การตรวจระดับยากันชักในเลือด ทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ดังนี้

6.1 เพื่อใช้ประเมินว่ายากันชักนั้นควบคุมอาการชักไม่ได้

6.2 เพื่อใช้ประเมินอาการผิดปกติทางคลินิกที่เกิดจากระดับยากันชักสูงเกิน

6.3 ฝ้าดูระดับยาในผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายชนิดที่อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา

6.4 ฝ้าดูระดับยากันชักในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับโปรตีนในเลือดเช่น การตั้งครรภ์ โรคตับ โรคไต เป็นต้น

6.5 เพื่อประเมินดูความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย

7. ประเมินประสิทธิภาพของยา (efficacy) ประเมินได้จากการตอบสนองต่อยากันชักของผู้ป่วย แพทย์ควรแนะนำให้ผู้ป่วยบันทึก จำนวนครั้งของการชัก ความรุนแรง ระยะเวลา

ของอาการชัก ระยะเวลาไม่รู้สึกรู้สีกตัวหลังชัก และรูปแบบของการชักเพื่อประกอบการรักษา โดยทั่วไปเป้าหมายของการรักษา คือไม่มีอาการชักเลย (seizure free) โดยจะพยายามควบคุมอาการชักให้ได้เร็วที่สุด

นอกจากนี้ควรมีการประเมินผลการรักษาโดยรวม (Global assessment) เป็นการดูประสิทธิผล (effectiveness) ของยาระหว่างการควบคุมอาการชักกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นต่อคุณภาพชีวิตและสภาวะทางจิตสังคม (psychosocial) ของผู้ป่วย ตลอดจนค่ารักษาและเศรษฐฐานะ ซึ่งประเมินโดยผู้รักษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย

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

8.1 อาการเป็นพิษ (Toxicity) เกิดขึ้นในผู้ป่วยทุกคนหากได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไป อาจแตกต่างกันในความไวของการเกิดอาการ อาการจะหายไปเมื่อลดยาลง และไม่มี ความจำเป็นต้องเปลี่ยนชนิดยากันชักถ้าควบคุมได้

8.2 อาการแพ้ (Idiosyncrasy) เกิดขึ้นในผู้ป่วยบางคน ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ ตัวอย่างเช่นผื่น มักเกิดเมื่อเริ่มใช้ยาไม่นานโดยเฉพาะภายใน 3 สัปดาห์แรก เมื่อเกิดขึ้นแล้วจำเป็นต้องหยุดยาทันที และไม่ควรเริ่มยากันชักชนิดใหม่จนกว่าผื่นหาย หากมีอาการ ชักซ้ำระหว่างนี้ควรพิจารณาการใช้ยากลุ่ม benzodiazepine เป็นการชั่วคราว

8.3 อาการข้างเคียงต่อทารกในครรภ์ (Teratogenicity) เกิดได้ในมารดาที่ใช้ยากันชักบางชนิด หรือมีภาวะขาดสารโฟเลต

9. การเปลี่ยนชนิดของยากันชัก เมื่อให้การรักษาด้วยยากันชักตัวแรกไประยะหนึ่งแล้ว ผู้ป่วยยังคงมีอาการชักอยู่ควรคำนึงถึงสาเหตุและปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้ควบคุมอาการชักไม่ได้ก่อนได้แก่

9.1 วินิจฉัยผิด โดยเฉพาะอาการผิดปกติที่เกิดเป็นพักๆ (Paroxysmal disorders) เช่น syncope, tics, abnormal movements, breath holding spell, hyperventilation syndrome เป็นต้น

9.2 มีสาเหตุที่ยังไม่ได้รับการรักษา เช่น มีก้อนเนื้อออก หรือ มีรอยโรคของสมองซึ่งมักไม่ค่อยตอบสนองต่อการให้ยา

9.3 ให้ยาที่ไม่เหมาะสมกับอาการชักของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการชักแบบเหม่อที่เป็นชนิด Absence seizure แต่ให้ยากันชัก carbamazepine หรือ phenytoin ซึ่งยาทั้งสองชนิดนี้ไม่สามารถควบคุมอาการชักชนิดนี้ได้ ควรเปลี่ยนให้เป็น sodium valproate

9.4 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้ระดับยากันชักไม่เพียงพอต่อการป้องกันอาการชัก

9.5 ขนาดยาที่ใช้อาจจะยังไม่เพียงพอ ถ้าผู้ป่วยยังไม่มีอาการข้างเคียงจากยา ควรจะเพิ่มขนาดของยาจนถึงขนาดที่แนะนำ หรือจนเริ่มมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น ถ้าอยู่ในสถานที่ที่สามารถตรวจระดับยาได้ ควรตรวจระดับยาก่อนจะเปลี่ยนชนิดของยา

9.6 มีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการชัก เช่น การอดนอน ภาวะเครียด ซึ่งในผู้ป่วยบางรายถ้าไม่หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเหล่านี้ ถึงแม้จะรับประทานยากันชักสม่ำเสมอก็ยังมีอาการชักเกิดขึ้นได้

หากยังควบคุมอาการชักของผู้ป่วยไม่ได้ แม้ว่าจะได้กำจัดสาเหตุและปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว ควรพิจารณาเปลี่ยนยากันชักตัวใหม่ ซึ่งอาจจะทำได้โดย เปลี่ยนยาเป็นยาชนิดที่สอง ที่ยังคงเป็นยาหลัก (First line drug) สำหรับอาการชักชนิดนั้นๆ ก่อนซึ่งอาจจะมีหลายวิธี ซึ่งวิธีที่นิยมปฏิบัติได้แก่

วิธีที่ 1 คือ ให้ยากันชักชนิดที่ 2 พร้อมกับยากันชักชนิดแรก จนควบคุมอาการชักได้ดีแล้ว จึงพิจารณาลดขนาดยากันชักชนิดแรกลงอย่างช้าๆ ข้อดีของการปฏิบัติแบบนี้คือ ผู้ป่วยยังคงมีระดับยาอยู่ใน therapeutic range แต่อาจจะมีปัญหาเรื่องปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug interaction)

วิธีที่ 2 คือ ลดยาชนิดแรกลงช้าๆ ในขณะที่ปรับยากันชักชนิดที่สองขึ้น จนกระทั่งถึงระดับที่คิดว่าควบคุมอาการชักได้ ข้อดีของการปฏิบัติเช่นนี้คือ จะไม่ค่อยมีปัญหาในเรื่อง ปฏิกิริยาระหว่างยา แต่ควรระวังอาการชักที่อาจจะเกิดขึ้นบ่อยในขณะที่ปรับเปลี่ยนยา

ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีอาการชักเมื่อเปลี่ยนชนิดของยากันชักในยาหลัก (First line drug) ไปแล้ว การรักษาขั้นต่อไปคือ การใช้ยาร่วมระหว่างยาหลักและยาเสริม กรณีนี้ควรจะทำเมื่อจำเป็นเท่านั้น เนื่องจากจะมีปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาได้สูงกว่าการใช้ยากันชักชนิดเดียว

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

## 11. แนวทางการหยุดยากันชัก

ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชักเป็นระยะเวลานานไม่น้อยกว่า 2 ปี จะสามารถหยุดรับประทานยากันชักได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจเกิดการชักซ้ำหลังหยุดยา โดยเฉพาะในระยะเวลาหนึ่งถึงสองปีแรกที่หยุดยา หรืออาจเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้แม้โอกาสจะลดลงไปเรื่อยๆ ก็ตาม การชักซ้ำนั้นอาจก่อให้เกิดผลเสียขึ้น เช่น อาจเกิดอุบัติเหตุจากการชัก เป็นต้น ดังนั้นการหยุดยากันชักจึงควรให้ผู้ป่วยและญาติร่วมในการตัดสินใจ โดยพิจารณาปัจจัยต่างๆ ในการพยากรณ์โอกาสเกิดอาการชักซ้ำ และวางแผนป้องกันและแก้ไขผลต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นหากชักซ้ำ รวมทั้งพิจารณาวิธีการหยุดยาร่วมกัน ทั้งนี้วิธีลดยากันชัก ควรลดขนาดลงครั้งละน้อยๆ ในระยะเวลาที่เหมาะสมโดยยึดหลักการต่อไปนี้

11.1 ให้ลดขนาดยากันชักลงอย่างช้าๆ ทุก 4-8 สัปดาห์ต่อยากันชักหนึ่งชนิดต่อครั้ง จนกว่าจะหมด

11.2 กรณีที่รับประทานยากันชักหลายชนิด แนะนำให้หยุดยากันชักทีละชนิด โดยมีแนวทางปฏิบัติคือ หยุดยาเสริมก่อนยาหลัก หยุดยาที่มีผลข้างเคียงสูงหรือยาที่มีราคาแพงก่อน

11.3 หากเกิดอาการชักระหว่างลดยาหรือหยุดยา ควรพิจารณาเลือกยาเดิมที่เคยใช้ได้ผลในขนาดต่ำสุดก่อนในช่วงที่ลดหรือหยุดยากันชัก

ปัจจัยที่ช่วยในการพยากรณ์โอกาสเกิดชักซ้ำหลังหยุดยากันชัก ได้แก่

### 1. ประเภทของกลุ่มอาการชัก ได้แก่

1.1 โรคลมชักชนิดที่มีโอกาสเกิดชักซ้ำมาก ได้แก่ Juvenile myoclonic epilepsy, Lennox-Gastaut syndrome เป็นต้น

1.2 โรคลมชักชนิดที่มีโอกาสหายขาดสูง ได้แก่ Benign Rolandic epilepsy (Benign childhood epilepsy with centro-temporal spike)

2. สาเหตุของโรคลมชัก โรคลมชักที่ทราบสาเหตุ (Remote symptomatic epilepsy) มีโอกาสชักซ้ำได้มากกว่าชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ (Cryptogenic epilepsy)

3. ความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมอง ผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าสมองผิดปกติมีความเสี่ยงเกิดชักซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าสมองปกติ

4. อายุที่เริ่มเกิดโรคลมชัก ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าโรคลมชักที่เริ่มเกิดในวัยรุ่นมีโอกาสเกิดการชักซ้ำมากที่สุด ในขณะที่โรคลมชักที่เริ่มขึ้นในวัยเด็กมีโอกาสหายขาดได้มากที่สุด

ปัจจัยในการพยากรณ์ดังกล่าวมีน้ำหนักไม่เท่ากัน ปัจจัยที่มีความเสี่ยงมาก ได้แก่ ประเภทของโรคลมชักและโรคลมชักที่มีสาเหตุ ยังมีปัจจัยเสี่ยงมากเท่าใดยังมีโอกาสชักซ้ำมากขึ้นเท่านั้น

สำหรับปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคลมชัก ได้แก่ ประวัติเคยมีภาวะชักต่อเนื่อง (Status epilepticus) ระยะเวลาที่มีอาการชัก จำนวนของอาการชักทั้งหมดก่อนหยุดยา ระยะเวลาที่เริ่มยาจนกระทั่งปลอดจากการชัก ประวัติเคยชักซ้ำหลังหยุดยา ประวัติเคยไม่ตอบสนองต่อยาเกินชักชนิดต่างๆ ต้องใช้ยากันชักมากกว่าหนึ่งชนิด ทั้งนี้ปัจจัยเหล่านี้ยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอนว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดชักซ้ำหลังหยุดยา หากผู้ป่วยไม่มีอาการชักติดต่อกัน 5 ปีหลังหยุดยา ให้ถือว่าหายขาดจากโรคลมชัก

### 1.5 ผลกระทบของโรคลมชัก

1.5.1 ผลที่เกิดขึ้นในระหว่างการชัก ได้แก่ ผลทางด้านชีววิทยา (Biology) ต่างๆ เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ภาวะความเป็นกรดสูง (Metabolic acidosis) การสูดสำลัก (Aspiration) กระดูกสันหลังและ/หรือซี่โครงหัก (Fracture spine and/or rib) การกัดลิ้น (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2545) ภัยอันตรายต่างๆ อุบัติเหตุ เช่น การตกจากที่สูง จมน้ำ อุบัติเหตุบนท้องถนน ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2544) รวมทั้งการตายฉับพลัน (Sudden unexpected death/SUD) ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากกระแสไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ (Cardiac arrhythmia) และภาวะหัวใจหยุดเต้นและหยุดหายใจ (Cardio-respiratory arrest) (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2545)

1.5.2 ผลที่เกิดจากการชักซ้ำ ได้แก่ การสูญเสียกระบวนการคิดรู้ (Cognitive impairment) เซลล์ประสาทสมองถูกทำลายในตำแหน่งที่เกิดการชักซ้ำๆ (Neuronal damage) การเกิดจุดกำเนิดชักเพิ่มขึ้นจากการชักติดต่อกันเป็นเวลายาวนาน (Secondary epileptogenesis) การเกิดปรากฏการณ์ชักจากการถูกกระตุ้น (Kindling phenomenon) ทั้งนี้เชื่อว่าอาการชักจากไข้ (Febrile seizure) ที่เกิดซ้ำๆจะนำไปสู่การชักชนิด Temporal lobe ที่ดื้อต่อยา (Mesial temporal sclerosis/MTS) ซึ่งมักเกิดก่อนช่วงวัยรุ่น และ Temporal lobe epilepsy (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2545)

1.5.3 ผลที่เกิดระหว่างช่วงที่ไม่ชักและภายหลังการชัก ได้แก่ อาการทางด้านจิตสังคม (Psychosocial) เช่น ภาวะผิดปกติทางจิตที่เกิดหลังมีอาการชักหรือในขณะที่มีอาการชัก (Postictal and Interictal psychosis) บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง การสูญเสียความสามารถทางจิตสังคม อาทิ เกิดปัญหาทางการเรียน การทำงาน การขับรถ เกิดปมด้อยทางจิตใจ นอกจากนี้ยังพบว่า มีอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสูง (Canuet, 2009; Jacoby and Baker, 2008; ชัยชน โฉวเจริญกุล, 2545)

#### 1.6 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก

ศิริวรรณ ฤทธิธนะขจร (2546) กล่าวถึงสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก คือ ต้องให้คำแนะนำผู้ป่วยถึงปัจจัยกระตุ้นต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยง เป็นการส่งเสริมให้การรักษาได้ผลยิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนินทร์ อัศววิเชียรจินดา (2542) ที่พบว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีผลต่ออาการชัก มีความรู้เรื่องของการรักษาและการใช้ยากันชักพอสมควร จึงสรุปได้ว่าพยาบาลควรเน้นถึงความสำคัญในเรื่องดังต่อไปนี้

1.6.1 อธิบายถึงความจำเป็นของการที่ต้องรับประทานยา รวมทั้งผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทายาท ดีสุดจิต (2544) กล่าวถึงอาการข้างเคียงที่สำคัญในระยะแรกที่เริ่มใช้ยา คือ อาการง่วงนอน เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งยาที่ทำให้เกิดอาการง่วงนอนน้อยที่สุดในระยะเริ่มใช้ คือ Phenytoin อาการข้างเคียงที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ อาการผื่นแพ้ยา มักเกิดในระยะสามเดือนแรก ควรอธิบายการเฝ้าดูอาการแพ้ยา รวมไปถึงการสังเกตอาการ Steven-Johnson syndrome

1.6.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยา ต้องค้นหาสาเหตุ เช่น ผู้ป่วยเบื่อยา อยากหยุดยา อยากลองว่าไม่รับประทานยาจะชักหรือไม่ (Wheless, 2006) กรณีนี้ต้องหาวิธีแก้ไขร่วมกัน

1.6.3 ดูแลเรื่องการรับประทานยาร่วมกับมื้ออาหาร ป้องกันการระคายต่อระบบทางเดินอาหาร

1.6.4 แนะนำเรื่องอาการข้างเคียงของยา เช่น หากได้รับยา Dilantin® อาจทำให้เกิดอาหารเห็งอกบวม ถ้าเกิดอาการเช่นนี้ไม่จำเป็นต้องหยุดยา ควรดูแลความสะอาดช่องปากและฟันเป็นพิเศษและนวดเหงือกพร้อมด้วย จะช่วยบรรเทาอาการได้ และควรตรวจฟันเป็นประจำทุกปี

1.6.5 กรณีผู้ป่วยมีอาการชักซ้ำบ่อยๆ ควรดูแลให้มีอาการชักน้อยที่สุด ซึ่งสมศักดิ์ เทียมเก่า (2544) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคลมชักมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้มากกว่าคนปกติ โดยอุบัติเหตุที่พบบ่อยได้แก่ การล้ม อุบัติเหตุต่อศีรษะ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และอุบัติเหตุทางการจราจร จึงควรป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายจากการชัก ปลอดภัยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งภายหลังจากการชัก ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง หลับ (Johnson, 1982: 68-71; ศิริวรรณ ฤทธิชนะขจร, 2546) จึงควรดูแลดังนี้

- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในที่สงบและปลอดภัย ถ้าผู้ป่วยอยู่บนเตียง ควรกั้นเตียงป้องกันการตกเตียง (Johnson, 1982: 68-71; ศิริวรรณ ฤทธิชนะขจร, 2546) เนื่องจากบางรายอาจ สับสน แขนขาอ่อนแรง หลับ

- ดูแลเกี่ยวกับการหายใจ และป้องกันการสูดสำลัก (Johnson, 1982: 68-71; ศิริวรรณ ฤทธิชนะขจร, 2546)

- ตรวจสอบสัญญาณชีพหลังชัก

- บันทึกเกี่ยวกับอาการขณะชัก ลักษณะของการชักและการเคลื่อนไหว เช่น การเคลื่อนไหวของศีรษะ แขนขา ตา และระดับความรู้สึกตัว รวมไปถึงระยะเวลาของการชัก ความรุนแรงและอาการแทรกซ้อนจากการชัก ทั้งนี้การเคลื่อนไหวของอวัยวะที่เกิดขึ้นเป็นส่วนแรก จะเป็นสิ่งสำคัญที่ควรต้องสังเกต เนื่องจากจะสามารถบอกชนิดของการชักได้ (Johnson, 1982: 68-71)

1.6.6 การคงไว้ซึ่งสุขภาพกายและจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านจิตใจ ควรต้องกระตุ้นและส่งเสริมให้ออกกำลังกาย ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในครอบครัว และยอมรับในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ที่เป็นโรคลมชักมักท้อแท้ จึงควรปลอบโยนผู้ป่วย ชี้ให้เห็นว่าไม่ได้เป็นสิ่งที่น่าอับอาย แต่เป็นโรคที่สามารถควบคุมได้ ผู้ที่มีอาการชักบ่อยจะรู้สึกเป็นปมด้อย (Wheless, 2006; Paschal et al., 2007) มองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จนอาจทำให้ไม่ร่วมมือในการดูแลรักษาและการดูแลตนเอง

1.6.7 ส่งเสริมการดูแลตนเอง (ศิริวรรณ ฤทธิชนะขจร, 2546; Austin, Carr and Hermann, 2006) เพื่อสนองความต้องการ ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ในเรื่องดังต่อไปนี้

1.6.7.1 ดูแลเรื่องรับประทานยา

1.6.7.2 แนะนำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยและญาติ (อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย, 2549)

1.6.7.3 กรณีที่มีการชักถี่มากและล้มลงบ่อย ควรสวมหมวกนิรภัย ป้องกันการกระแทกที่ศีรษะ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2544)

1.6.7.4 ดูแลเรื่องอาหาร โดยเฉพาะการชักที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ควรแนะนำอาหารที่มีพลังงานมากและมีประโยชน์

1.6.7.5 การขับถ่าย อย่าปล่อยให้ท้องผูกหรือเกิดอาการท้องเสีย เนื่องจากจะทำให้เกิดภาวะ Electrolyte imbalance

1.6.7.6 รักษาความสะอาดทั่วไป เช่น ช่องปากและฟัน

1.6.7.8 การพักผ่อน ไม่ควรปล่อยให้เครียดจนนอนไม่หลับ หรืออดนอน

1.6.7.9 การออกกำลังกาย ควรมีกิจกรรมต่างๆบ้าง เช่น

- การทำงาน โดยหลีกเลี่ยงการทำงานในที่สูง งานที่ปฏิบัติกับเครื่องจักรกล

- การขับรถ ถ้าสามารถควบคุมอาการชักได้อย่างน้อย 6 เดือน (ชัยชน โฉวเจริญกุล, 2549) ถึง 1 ปี ก็ขับได้ แต่หากยังไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ก็ควรงดการขับรถ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2544; ศิริวรรณ ฤทธิธนะขจร, 2546)

- การเล่นกีฬา สามารถเล่นร่วมกับผู้คนทั่วไปได้โดยไม่ต้องแบ่งแยก (ศิริวรรณ ฤทธิธนะขจร, 2546) แต่ไม่ควรเล่นกีฬาที่มีการปะทะ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2544)

- การปรับตัวด้านอารมณ์และจิตใจ เนื่องจากความเครียดจะกระตุ้นให้เกิดอาการชักได้ ผู้ป่วยควรหาทางเรียนรู้และแก้ไข เช่น เล่นกีฬา เข้าวัดฟังธรรม หาผู้รับฟังในการระบายความรู้สึก

- หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น ความเครียด การอดนอน การทำงานเหนื่อยและหนักเกินไป (ศิริวรรณ ฤทธิธนะขจร, 2546; ชัยชน โฉวเจริญกุล, 2549) การหยุดยากะทันหันโดยไม่ปรึกษาแพทย์ (Wheless, 2006)

- การแต่งงาน สามารถทำได้ แต่ควรปรึกษาแพทย์เพื่อวางแผนครอบครัวและทราบถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้

- การมาตรวจตามนัด เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อที่จะได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง



1.6.7.8. การฝึกอาชีพ เป็นการทำงานให้อยู่ในกลุ่มเพื่อนหรือมีคนอยู่ข้างเคียงด้วย โดยพิจารณาดังนี้

- ทัศนคติและความกดดัน ว่าเหมาะสมกับผู้ป่วยหรือไม่ รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่จะกระตุ้นให้เกิดอาการชัก ทั้งนี้ควรพิจารณาว่าอาชีพนั้น ผู้ป่วยควรระมัดระวังอะไรบ้าง

- ลักษณะการทำงาน เช่น ต้องอยู่ในท่าหนึ่ง-ยืน เนื่องจากผู้ป่วยต้องมีความระมัดระวังเป็นพิเศษ อาจต้องจัดให้มีเก้าอี้เฉพาะ หรืออุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวก โดยคำนึงถึงการเกิดผลต่อโรคหรือการชักน้อยที่สุด

## 2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก

โรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังที่มีลักษณะเฉพาะคือการเกิดอาการที่ไม่แน่นอนหรือคาดเดาไม่ได้ (Baker, 2001) ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านกาย จิต สังคม(Canuet et al., 2009) แม้ว่าการเกิดอาการชักในผู้ป่วยโรคลมชักเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่เป้าหมายสำคัญในการรักษาคือการควบคุมการชักให้ได้ หรือลดการเกิดอาการชักให้น้อยที่สุด(Baker, 2001; ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2545) การชักที่ไม่สามารถคาดเดาได้และสาเหตุของการชักเป็นปัจจัยสำคัญที่จะก่อให้เกิดผลเสียต่อจิตใจ ซ้ำยังก่อให้เกิดปมด้อยหรือเกิดความอับอาย (Baker, 2001) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่นในผู้ป่วยโรคลมชักแบบเหม่อที่อยู่ในระยะที่ยังควบคุมไม่ได้(Absence of active seizure) เป็นต้น (Canuet et al., 2009) ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ทั่วโลกมีทัศนคติต่อการเป็นโรคลมชักในเชิงลบ ปัจจุบันผู้ป่วยลมชักมักถูกกีดกันจากสังคม มีเพียงบางสังคมเท่านั้นที่พยายามเข้าใจและให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่น การใช้วิธีจิตบำบัด การพัฒนาโครงการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยหลายปีที่ผ่านมา เกิดองค์กรที่มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยลมชัก พบว่าในเบื้องต้นได้ทำการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักไว้เป็นข้อมูลพื้นฐานซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ(Baker, 2001)

### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก(WHO, 2009) ได้ให้คำนิยามของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้ เป็นการรับรู้ส่วนบุคคลถึงด้านบวกของชีวิต ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่ที่บุคคล

อาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของบุคคลนั้น

Zhan (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจการมีคุณค่าในชีวิต ความสุขในการดำรงชีวิต การรับรู้ถึงสุขภาวะ ความสามารถในการทำหน้าที่ และความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศาสนา สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม รวมไปถึงการรับรู้และความเข้าใจความหมายของคุณภาพชีวิต ทั้งนี้การประเมินคุณภาพชีวิตซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์พื้นฐานชีวิตของแต่ละบุคคล

Baker (2001) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว เป็นความรู้สึกที่อยู่ระหว่างสถานการณ์จริงและความคาดหวัง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถและความต้องการของบุคคล

Bullinger (2003) กล่าวถึงความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความพึงพอใจในชีวิต การรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี รวมไปถึงความสามารถในการแสดงบทบาทหรือการทำหน้าที่ทั่วไปได้ดี

Cramer (1993) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความสมดุลของความรู้สึกระหว่างการได้รับและความต้องการ

Cella and Nowinski (2002) กล่าวถึงความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง ความสามารถในการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขสบาย และการมีคุณค่าในตนเอง ณ เวลาใดเวลาหนึ่งของชีวิต

Schipper et al. (1990 อ้างถึงใน Baker, 2001) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้คุณภาพชีวิตสามารถวัดและประเมินได้ โดยขึ้นอยู่กับช่วงเวลา สภาพจิตใจ ความรู้สึกของบุคคล และสภาพแวดล้อมขณะนั้น

Helde, Bovim, Brathen and Brodtkorb (2005) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าคือ ความพึงพอใจและการเกิดผลดีต่อชีวิต

Moons and Norekval (2006) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่าหมายถึง ระดับความพึงพอใจในสภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งสามารถประเมินได้จากความรู้สึกและการรับรู้ส่วนบุคคลที่

มีต่อสิ่งที่สำคัญกับชีวิตทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ไม่ว่าจะสถานการณ์นั้นจะเกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้คุณภาพชีวิตอาจเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพหรือความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละช่วงเวลา แต่จะไม่เปลี่ยนแปลงไปจากระดับเดิมมากนัก โดยรวมแล้วการประเมินคุณภาพชีวิตจะโน้มเอียงไปในด้านคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพมากที่สุด

Sucheera Phattharayuttawat (2008) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็น ความแตกต่างส่วนบุคคลในการรับรู้และมีมุมมองถึงเรื่องต่างๆ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าของตน ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ สถานะภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ส่วนบุคคล

พรรณทิพา ศักดิ์ทอง (2007) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง ความพึงพอใจหรือความสุขในชีวิต บุคคลที่อยู่ในสังคมที่แตกต่างกันก็จะให้ความสำคัญของสิ่งต่างๆ ในชีวิตที่แตกต่างกันด้วย

วรุณศิริ ปราณีธรรม (2546) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตเกี่ยวกับความเป็นปกติสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม หรือความรู้สึกผาสุก ที่บุคคลสามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเองต่อสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน

จากการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตทั้งหมด สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต โดยบุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขในสภาพแวดล้อมขณะนั้น

## 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

Cella and Nowinski (2002) กล่าวว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย สภาพร่างกาย สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม สุขภาพจิต และสภาวะของชีวิต โดยรวม

Moons and Norekval (2006) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตไว้ว่า มีองค์ประกอบดังนี้ การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ สภาวะสุขภาพ การรับรู้ สภาวะการดำรงชีวิต พฤติกรรม ความสุขสบาย วิธีการดำเนินชีวิต และอาการแสดง

Nanta Auamkul (2008) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ โดยแบ่งเป็น 6 ด้าน คือ ด้านสภาวะสุขภาพ ด้านสาธารณสุขอุปโภค ด้านการศึกษาและความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ด้านเศรษฐกิจ ด้านการมีคุณค่าในตนเอง และด้านการมีสัมพันธภาพ

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิวรรธน์ ต้นติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ และ ราณี พรหมานะจรัสกุล (2545) ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) มาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก โดยแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพายาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่อในเรื่องอื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงใน

ชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่ามีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักตามองค์ประกอบข้างต้น จึงสรุปได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคลมชักได้รับผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีความผิดปกติของสมรรถภาพทางกายและกระบวนการคิดรู้ ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าหลังเกิดการชักแต่ละครั้ง ผู้ป่วยจะสูญเสียพลังงาน รู้สึกอ่อนเพลีย (Canuet et al., 2009) เมื่อเกิดการชักถี่ขึ้นหรือซ้ำๆ จะทำให้เกิดความเป็นพิษในระบบร่างกายและระบบประสาท ได้แก่ การสูญเสียกระบวนการคิดรู้ เซลล์ประสาทสมองถูกทำลายในตำแหน่งที่เกิดการชักซ้ำๆ การเกิดจุดกำเนิดชักเพิ่มขึ้นจากการชักติดต่อกันเป็นเวลายาวนาน เป็นต้น ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีการชักถี่มากขึ้น จะทำให้โรคมักมีการพัฒนาไปสู่การเป็นโรคลมชักที่รุนแรงมากขึ้นและอาจเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ทั้งนี้วิธีการหลักที่สำคัญที่สุดในการควบคุมอาการชักที่ให้ผลดี คือการรักษาโดยการให้ยากันชัก (กัลยาณัฏฐ์ ธีระวิบูลย์, สุรางค์ เจียมจรรยา และอนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์, 2549; ชัยชน โฉวเจริญกุล, 2546) ซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสได้รับผลข้างเคียงจากยากันชักอย่างแน่นอน (Mosaku, Fatoye, Komolafe, Lawal and Ola, 2006) ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นนั้น ได้แก่ อาการทางระบบประสาท ปวดศีรษะ สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ สูญเสียหน้าที่ของระบบความจำ (Senol, Soyuer, Arman and Ozturk, 2007) เกิดอาการกระวนกระวาย ตื่นกลัว ผม่วง เห็นภาพซ้อน คลื่นไส้ มีปัญหาเกี่ยวกับเหงือกและฟัน มือสั่น น้ำหนักเพิ่ม มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ การนอนหลับถูกรบกวน มีความยากลำบากในการคิดวิเคราะห์ พุดไม่ชัด สมาธิสั้น ความตั้งใจลดลง และมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ (Baker, Jacoby, Buck, Stalgis and Monnet, 1997) แม้ว่าการรักษาโดยการให้ยากันชักจะหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นไม่ได้ แต่พบว่าการรักษาด้วยยากันชักจะสามารถลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีอาการชักซ้ำ และลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักได้ จึงควรพิจารณาถึงประโยชน์ที่ได้ในการควบคุมการชัก โดยเปรียบเทียบระหว่างโอกาสในการเกิดผลข้างเคียงจากยากับโอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดการชักซ้ำ โดยการพิจารณาใช้แนวทางการบริหารยากันชักที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย (กัลยาณัฏฐ์ ธีระวิบูลย์, สุรางค์ เจียมจรรยา และอนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์, 2549; ชัยชน โฉวเจริญกุล, 2546)

2. ด้านจิตใจ นอกจากการชักจะส่งผลเสียต่อร่างกายแล้ว ยังส่งผลเสียต่อผู้ป่วยในด้านบุคลิกภาพ เนื่องจากการเกิดการชักที่ไม่สามารถคาดเดาได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะก่อให้เกิดผลเสียต่อจิตใจ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Baker, 2001; Canuet et al., 2009) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย เกิดปมด้อย ซึ่งขึ้นอยู่กับความแตกต่างของรูปแบบของการชักและความรุนแรงของการชักที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล (Wheless, 2006; Paschal, 2007; Jacoby and Baker, 2008; Canuet, 2009) ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการเรื้อรังมักเกิดความเหนื่อยล้า (Senol, Soyuer, Arman, and Ozturk, 2007) และความเหนื่อยล้าที่สะสมอยู่นานจะทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ พบว่าผู้ที่มีความเหนื่อยล้ามากมักมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Ettinger, Weisbrot, Krupp, Coyle, Jandorf and Devinsky, 1998) อีกทั้งผู้ป่วยโรคลมชักจะมีระดับความวิตกกังวลและระดับภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น (Brand, Burton, Schaffer, Alper, Devinsky and Barr, 2009) พบว่าผู้ที่คุมอาการชักไม่ได้จะมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Petersen, Walker, Runge and Kessler, 1998) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง (Mosaku, Fatoye, Komolafe, Lawal and Ola, 2006)

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักมายาวนานมักประสบปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับสังคม ทำให้บทบาทหน้าที่หรือกิจกรรมทางสังคมลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างชัดเจนและเป็นระยะเวลายาวนาน (Petersen, Walker, Runge and Kessler, 1998; Canuet et al., 2009) ซึ่งได้แก่ ภาวะผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นหลังมีอาการชักหรือในขณะมีอาการชัก (Postictal and Interictal psychosis) บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง การสูญเสียความสามารถทางด้านจิตสังคม อันเนื่องมาจากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีปมด้อยและได้รับแรงกดดัน อาทิ เกิดปัญหาทางการเรียน ถูกจำกัดอาชีพ การทำงาน การจำกัดการขับรถ การแต่งงานมีครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เป็นต้น ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักทั้งสิ้น (Petersen, Walker, Runge and Kessler, 1998; Baker, 2001; Canuet, 2009; Jacoby and Baker, 2008; UCB Pharma., 2008; ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2545)

4. ด้านสิ่งแวดล้อม ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ทั่วโลกมีทัศนคติต่อการเป็นโรคลมชักในเชิงลบ ปัจจุบันผู้ป่วยลมชักมักถูกกีดกันจากสังคม มีเพียงบางสังคมเท่านั้นที่พยายามเข้าใจและให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่น การใช้วิธีจิตบำบัด การพัฒนาโครงการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยหลายปีที่ผ่านมา เกิดองค์กรที่มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

ลมชัก พบว่าในเบื้องต้นได้ทำการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักไว้เป็นข้อมูลพื้นฐานซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ (Baker, 2001)

### 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การสำรวจคุณภาพชีวิต เป็นสิ่งสำคัญที่ควรศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งควรเจาะลึกในผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านของการทำหน้าที่ด้านกายภาพ การทำหน้าที่ด้านสังคม ระดับสุขภาพจิตหรืออารมณ์ ความรุนแรงของอาการ และความรู้สึกต่อสุขภาวะ (Sense of well-being) (Baker, 2001) ทั้งนี้เป้าหมายหลักในการประเมินคุณภาพชีวิต คือ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกด้าน ซึ่งจะต้องปรับเปลี่ยนไปตามสภาพสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน (Baker, 2001; Leone, Beghi, Righini, Apolone and Mosconi, 2005) เนื่องด้วยความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมความเป็นอยู่ในแต่ละภูมิภาค จึงควรมีแบบสอบถามที่ปรับใช้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยในแต่ละประเทศ (Baker, 2001)

การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถแบ่งได้เป็น การประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป และแบบเฉพาะกับโรคหรือภาวะสุขภาพใดภาวะหนึ่ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Bullinger, 2003; พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2007)

1. การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบทั่วไป (Generic HRQOL) ซึ่งจะใช้เครื่องมือวัดแบบทั่วไป (generic instrument) ซึ่งไม่จำกัดอายุ เพศ หรือภาวะโรคที่เป็น พบว่าข้อดีของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป คือสามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อชีวิตในมิติต่าง ๆ และสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆได้ แต่มีข้อเสียคือ อาจเพราะการที่ความไว (responsiveness) ต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือสุขภาพค่อนข้างต่ำ เนื่องจากเครื่องมือเหล่านี้ไม่เฉพาะต่อโรคใดโรคหนึ่งหรือสภาวะใดสภาวะหนึ่ง ตัวอย่างของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายทั่วโลกคือ Short Form Health Survey (SF-36)

Short Form Health Survey (SF-36) ประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อโดยแยกเป็นมิติทางสุขภาพ 8 มิติคือ การทำหน้าที่ทางกายภาพ(physical function) ปัญหาสุขภาพทางด้านกายภาพ (role limited by physical problems) อาการเจ็บปวด (bodily pain) ภาวะสุขภาพทั่วไป (general health) พลังกำลัง(vitality) บทบาทหน้าที่ทางด้านสังคม(social-functioning) ปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจ(role limited by emotional problems) และสภาวะสุขภาพจิต

(mental health) โดยแต่ละข้อจะมีตัวเลือกให้เป็นแบบมาตราวัดแบบ Likert-type scale คือ เรียงขนาดของคำตอบจากน้อยไปมาก

นอกจากแบบสอบถาม SF-36 แล้วยังมีเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปอื่น ๆ เช่น Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile (ประเมินระดับสภาวะสุขภาพทั่วไป ทั้งทางด้านกาย สังคมและอารมณ์ โดยแบ่งเป็น 6 ด้าน คือ พละกำลัง ความเจ็บปวด ปฏิกริยาทางอารมณ์ การนอนหลับ การถูกแยกจากสังคม และความพิการ), WHOQOL-BREF (เป็นแบบประเมินที่ถูกแปลไว้หลายภาษา เพื่อให้เหมาะกับวัฒนธรรมหรือสภาพแวดล้อมของแต่ละภูมิภาค (Bullinger, 2003) ประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อ ครอบคลุมการประเมิน 4 ด้านคือ สภาวะสุขภาพกาย จิต สังคม และสภาพแวดล้อม), Quality of Well-Being, Health Utility Index และ EuroQOL

2. การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบเฉพาะ (Specific instrument) เช่น เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรค (Disease-specific instrument) ข้อดีของเครื่องมือประเภทนี้ คือ จะวัดต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือปัญหาทางสุขภาพแต่ก็อาจไม่ครอบคลุมหลายมิติของชีวิต และไม่สามารถนำคะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้มาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโรคได้ นอกจากเปรียบเทียบผลของการรักษาหรือการเปลี่ยนแปลงในโรคเดียวกันเอง

ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบเฉพาะนั้น ได้แก่ โรคมะเร็งสามารถใช้ Functional Assessment of Cancer-FACT-G โรคลมชักใช้ Quality of Life in epilepsy (ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 7 ด้าน) เป็นต้น เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะอายุ(Age-specific instrument) เช่น Pediatric Asthma Quality of Life ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 23 ข้อแยกเป็น 3 มิติ ได้แก่ การจำกัดกิจกรรม(activity limitations), อาการ(symptoms) และด้านอารมณ์ (emotional function) โดยที่แต่ละคำถามจะถาม 2 เรื่อง คือ ระดับของการรบกวน (level of bothersome) และความถี่ของการรบกวน (frequency of bothersome) ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และคำตอบเป็นตัวเลือกที่มี 7 คำตอบเรียงจาก 1 (มีอาการมาก) ไปจนถึง 7 (ไม่มีอาการเลย) นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือที่เฉพาะต่อการทำงานของร่างกาย เช่น sexual function และเครื่องมือที่เฉพาะต่อปัญหา เช่น ความปวด(pain)

สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักนั้น สามารถแบ่งระดับคุณภาพชีวิต โดยการใช้แบบสอบถามหรือเครื่องมือซึ่งมีใช้อยู่ในปัจจุบันหลากหลายชนิด (Baker,



2001) แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่มีความเหมาะสมในการนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคลมชักนั้น จะต้องได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย มีความตรง และมีความเฉพาะเจาะจง (validation, diffusion of use, and specificity of domains) ทั้งนี้การเลือกใช้แบบประเมินแต่ละชนิดนั้นจะต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์ในการใช้ของแต่ละแบบประเมิน และเหมาะสมกับผู้ตอบแบบประเมิน (Selai and Trimble, 1995) ซึ่งได้แก่แบบประเมินดังต่อไปนี้ WPSI, ESI-55, QOLIE-89, QOLIE-31, QOLIE-10, Liverpool quality-of-life Batteries (Leone, Beghi, Righini, Apolone and Mosconi, 2005)

Washington psychosocial seizure inventory (WPSI) เป็นแบบประเมินสภาพจิตใจและสังคมในผู้ป่วยโรคลมชักที่นิยมใช้กันโดยทั่วไป (Selai and Trimble, 1995; Kugoh, 1996) ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ คือ ประวัติครอบครัว การปรับตัวทางด้านอารมณ์ การเกิดปัญหาด้านมนุษยสัมพันธ์ การปรับตัวในการประกอบอาชีพ สถานะภาพทางเศรษฐกิจ การปรับตัวเมื่อเป็นโรคลมชัก การรักษาและการใช้ยา การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ทางด้านจิตสังคม ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลเชิงปรนัยหรือเป็นรูปธรรม (Selai and Trimble, 1995)

Epilepsy surgery inventory (ESI-55) ใช้ในการประเมินผู้ป่วยผ่าตัดรักษาโรคลมชัก (Baker, 2001) สร้างขึ้นโดยอิงจากแบบประเมิน Short Form Health Survey (SF-36) นำมาปรับให้เหมาะสม ด้วยการเพิ่มการประเมินผลลัพธ์จากการรักษาโรคลมชักด้วยการผ่าตัด ซึ่งแบบประเมิน ESI-55 ประกอบด้วย 11 หัวข้อย่อย คือ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ พละกำลังหรือความเหนื่อยล้า สุขภาวะทางอารมณ์ คุณภาพชีวิตโดยรวม บทบาทหน้าที่ทางสังคม การทำหน้าที่ของกระบวนการคิดรู้ และการถูกจำกัดอันเนื่องมาจากการเกิดปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาเกี่ยวกับความจำ ปัญหาสุขภาพทางกาย รวมถึงการทำหน้าที่ทางกายภาพและความเจ็บปวด (Selai and Trimble, 1995)

Quality of Life in epilepsy (QOLIE) ถูกแปลเป็นหลายภาษา มีเนื้อหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 7 ด้าน คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการชัก คุณภาพชีวิตโดยรวม สุขภาวะทางอารมณ์ พละกำลัง/ความเหนื่อยล้า กระบวนการคิดรู้ ผลจากการใช้ยากันชัก และบทบาทหน้าที่ทางสังคม (Leone, Beghi, Righini, Apolone and Mosconi, 2005; Canuet, 2009) แบบประเมิน QOLIE มีทั้งหมด 3 ฉบับ คือ QOLIE-89, QOLIE-31 และ QOLIE-10 ซึ่ง QOLIE -89 เป็นแบบประเมินฉบับเต็ม (Selai and Trimble, 1995) ประกอบด้วย 17 หัวข้อหลัก และ 89 ข้อคำถาม (Devinsky, 2000) ส่วน QOLIE-31 เป็นแบบประเมินฉบับรองลงมา สามารถนำไปใช้ได้ทันทีที่มี

ความแตกต่างทางวัฒนธรรม (Selai and Trimble, 1995) ได้รับความนิยมและเหมาะกับการนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคลมชักในกลุ่มอายุต่ำกว่า 65 ปี แบบประเมิน QOLIE-31 ถูกสร้างขึ้นโดยการปรับจากแบบประเมิน QOLIE-89 ซึ่งทั้ง 2 ฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่นและความตรงทางโครงสร้างสูง และสามารถประเมินสภาวะทางจิตได้ดีกว่า QOLIE-10 (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2007; Devinsky, 2000) QOLIE-31 ประกอบด้วย 17 หัวข้อหลัก และ 31 ข้อคำถาม คะแนนรวม 1-100 คะแนน ซึ่งคะแนนสูงสุดหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Canuet, 2009; Kanitpong Phabphal, Alan Geater, Kitti Limapichart, Pornchai Satirapunya and Suwanna Setthawatcharawanich, 2009; Devinsky, 2000) QOLIE-10 เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชักฉบับย่อ (Selai and Trimble, 1995) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ทั้งนี้แบบประเมิน Quality of Life in epilepsy (QOLIE) ถูกออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดรักษาโรคลมชัก (Devinsky, 2000) ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก (QOLIE-31) ฉบับภาษาไทย ของจันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ (Jantip Kanjanasilp, Sayarm Khaewwichit, Richards and Yupaporn Preechagoon, 2004) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ฉบับภาษาอังกฤษ (RAND, 1993)

Liverpool quality-of-life Batteries เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Baker, 2001) ได้แก่ สภาวะสุขภาพกาย สภาวะสุขภาพจิต สุขภาวะทางสังคม แบบประเมินสร้างขึ้นโดยอิงจากคำจำกัดความของคุณภาพชีวิตที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ไว้ โดยประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วย ความถี่ของการชัก ความรุนแรงของการชัก สภาวะสุขภาพทั่วไป ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเกิดปัญหาทางสังคม อารมณ์ และการปรับตัว (ความเชื่อมั่นในตนเอง และความสามารถในการเรียนรู้) (Selai and Trimble, 1995)

#### 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก

โรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคลมชักจะถูกจำกัดความสามารถทางด้านกายภาพ อารมณ์ และการดำเนินชีวิตในสังคม อันจะส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งทางลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพ (Christensen, Vestergaard, Mortensen, Sidenius and Agerbo, 2007; Senol, Soyuer, Arman, and Ozturk (2007) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ดังนี้

### ปัจจัยด้านบุคคล คือ

1. เพศ พบว่าในประเทศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำ ผู้ป่วยลมชักเพศหญิงมีความอ่อนไหวต่อการเกิดปมด้อย ขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก ความสามารถทั่วไปและความสามารถในการปรับตัวลดลง ทั้งนี้เพศหญิงจะรับรู้และคำนึงถึงผลของการชักมากกว่าเพศชาย (Stevanovic, 2007)

2. การศึกษา การไม่ได้รับโอกาสทางการศึกษา (Jacoby and Baker, 2008) ถูกกีดกันและถูกมองว่าไร้ความสามารถ (Sample, Ferguson, Wagner, Pickelsimer and Selassie, 2006) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก เนื่องจากมีความเสื่อมถอยหลายอย่าง (Senol, Soyuer, Arman and Ozturk, 2007) เช่น ความจำลดลง การตัดสินใจช้า (UCB Pharma., 2008) มีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิดรู้ (Jacoby and Baker, 2008) ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาสูงจะมีการปรับตัวได้ดี และสามารถเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยให้มึระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (Pulsipher, Seidenberg, Jones and Hermann, 2006) ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาน้อยจะไม่สามารถเข้าใจการดำเนินโรคและแนวทางการรักษาโรคได้เท่าที่ควร (Velissaris, Wilson, Saling, Newton and Berkovic, 2007)

### ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ คือ

3. อายุที่เริ่มเป็นโรคลมชัก การเริ่มเป็นโรคลมชักเมื่ออยู่ในช่วงวัยที่กำลังเข้าสู่วัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในหลายๆด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เกิดอุปสรรคขัดขวางพัฒนาการในด้านต่างๆไม่เป็นไปตามปกติที่ควรจะเป็นของวัยนี้ ผู้ป่วยที่ชักตั้งแต่อายุน้อยหรือผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักมานานนั้นจะมีการชักถี่และรุนแรง (Baker, Jacoby, Buck, Stalgis and Monnet, 1997) จะส่งผลต่อสมรรถภาพทางกาย (Physical functional) และกระบวนการคิดรู้ (Cognitive functional) ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลเรื้อรังต่อการเกิดการชัก (Senol, Soyuer, Arman and Ozturk, 2007) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

4. ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก พบว่าในผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักมานานมากกว่า 10 ปี จะมีความเสื่อมถอยในด้านกระบวนการความคิดรู้ (Senol, Soyuer, Arman and Ozturk, 2007) จากการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคลมชักมักมีปัญหาทางด้านสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคลมชักที่เรื้อรัง (Baker, Jacoby, Buck, Stalgis and Monnet, 1997) จนทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างคนปกติทั่วไปได้ (รัศริน กาสลัก, 2548) และก่อให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่าย

ในการดูแลรักษาที่สูงตามมา (McAuley, McFadden, Elliott and Shneker, 2008) ผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักมายาวนานมักประสบปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับสังคม ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชักจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall QOL) ของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างชัดเจน (Canuet et al., 2009)

5. ความถี่ของการชัก ความถี่ของการชักมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก (Baker, Jacoby, Buck, Stalgis and Monnet, 1997) ผู้ป่วยโรคลมชักที่อยู่ในระยะที่ยังมีอาการชัก (Active epilepsy) คือ การมีอาการชักในช่วง 3 เดือน (Kobau, Zahran, Grant, Thurman, Price, Zack, 2007) ถึง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชักในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาจะได้รับผลกระทบน้อยและมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูง (Baker, Jacoby, Buck, Stalgis and Monnet, 1997) ผู้ป่วยโรคลมชักแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันในด้านความถี่ของการชัก หลังเกิดอาการชักแต่ละครั้ง ผู้ป่วยจะสูญเสียพลังงาน รู้สึกอ่อนเพลีย ผู้ป่วยมักวิตกกังวลกลัวว่าจะเกิดอาการชักครั้งต่อไปขึ้นอีก ผู้ที่มีโรคร่วมจะมีความเสี่ยงในการเกิดการชักถี่มากขึ้น เกิดการแยกตัวหรือไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม การเกิดอาการชักที่ถี่ขึ้นจะทำให้เกิดความเป็นพิษในระบบร่างกายและระบบประสาท ผู้ป่วยโรคลมชักชนิดชักบางส่วนที่มีอาการชักถี่ขึ้น จะทำให้โรคลมชักพัฒนาไปสู่การเป็นโรคลมชักชนิดชักเกร็งกระตุกทั้งตัว หรือโรคลมชักชนิดบางส่วนที่ซับซ้อน และอาจเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ในผู้ป่วยที่มีการชักอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยจะชักถี่ขึ้น หากควบคุมปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการชักไม่ได้ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การอดนอน เป็นต้น (Cramer, 1993) ความถี่ของอาการชักส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคลมชัก (Senol, Soyuer, Arman and Ozturk, 2007) ผู้ป่วยที่มีอาการชักบ่อยจะรู้สึกว่ามีปมด้อย (Baker, Jacoby, Buck, Stalgis and Monnet, 1997) มีความวิตกกังวล เกิดภาวะซึมเศร้า (Baker, Nashef and Hout, 1997) ซีดจำกัดทางด้านกายภาพและทางอารมณ์ลดลง ส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ทางสังคม (Baker, Nashef and Hout, 1997; Baker, Jacoby, Buck, Stalgis and Monnet, 1997) ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันหรือทำกิจกรรมต่างๆทางสังคมได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลง (Pulsipher, Seidenberg, Jones and Hermann, 2006; รัศริน กาสลัก, 2548) ผู้ที่ปลอดจากการชักสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาการชักเดือนละครั้งหรือมากกว่า โดยสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ มีการวางแผนชีวิตในอนาคต มีสัมพันธภาพกับเพื่อน และรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง (Baker, Nashef and Hout, 1997)

6. รูปแบบของการชัก ซึ่งมีหลายรูปแบบที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล พบว่ารูปแบบของการชักเป็นปัจจัยแรกที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของการชัก (Cramer, 1993) ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีการชักชนิดชักบางส่วน (Simple partial seizure) จะไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ สูญเสียความสามารถในการพูดหรือแสดงความรู้สึกนึกคิด (Aphasia) การชักบางส่วนแบบซับซ้อน (Complex partial seizure) จะสูญเสียความรู้สึกตัว อาจปลัดตกหกล้ม ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและร่างกาย ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคลมชักชนิดชักเกร็งกระตุกทั่วตัว จะมีปัสสาวะ อุจจาระราด และเกิดอุบัติเหตุรุนแรงได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย (Cramer, 1993) ทั้งนี้ในโรคลมชักที่เกิดความผิดปกติของสมองส่วน Temporal Lobes (Temporal Lobe Epilepsy/TLE) มีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ (Canuet et al., 2009) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วย TLE ชนิดเรื้อรัง มักจะมีโรคร่วมทั้งทางกายและทางจิตใจ (Pulsipher, Seidenberg, Jones and Hermann, 2006) รูปแบบของการชักจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกแง่มุมของการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการชักหลายรูปแบบจะได้รับผลกระทบมากกว่าผู้ที่มีอาการชักชนิดเดียว พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการชักหลายรูปแบบและมีการชักบ่อยจะเกิดการบาดเจ็บขณะชักได้บ่อยครั้ง เช่น ถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ การบาดเจ็บบริเวณช่องปาก และการบาดเจ็บอื่นๆ (Baker, Jacoby, Buck, Stalgis and Monnet, 1997) สรุปได้ว่ารูปแบบของการชักนั้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหลายด้าน ทั้งด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านอัตมโนทัศน์

7. ภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติในเวลากลางวัน จากการศึกษาเกี่ยวกับการรบกวนการนอนและโรคลมชัก พบว่าความง่วงเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยพบและส่งผลกระทบมากที่สุด โดยเฉพาะภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติในตอนกลางวัน (Excessive daytime sleepiness) ซึ่งการรบกวนการนอนและโรคลมชักนั้นมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน โดยการชักขณะหลับจะขัดขวางและรบกวนการนอนหลับ อีกทั้งยากันชักส่วนใหญ่จะส่งผลกระทบต่อวงจรการนอน และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติ ซึ่งในการรักษาโรคลมชักนั้น จะไม่สามารถแยกผลข้างเคียงของยากันชักออกจากการควบคุมการชักด้วยการใช้ยากันชักได้ (Xu, Brandenburg, McDermott and Bazil, 2006) เนื่องจากการรักษาโดยการใช้ยากันชักนั้น จะเกิดประโยชน์ในการควบคุมการชัก ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์ที่ได้กับการเกิดผลข้างเคียงจากยากันชัก พบว่าหากผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยากันชัก จะมีโอกาสที่ผู้ป่วยจะชักซ้ำและเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2545) ทั้งนี้ภาวะง่วงนอนมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่งผลต่อกิจวัตรในช่วงกลางวัน (Daytime functioning) และมีอิทธิพลต่อการควบคุมการชักด้วย (Baxter,

2005) อาจทำให้ความสามารถในการทำงานให้สำเร็จนั้นลดลง ความสามารถในการเขียนลดลง เนื่องจากภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติจะทำให้เกิดความผิดปกติด้านสมาธิ ความจำ และอารมณ์ (Guilleminault and Brooks, 2001)

8. ความเหนื่อยล้า ผู้ป่วยโรคลมชักมักเกิดความเหนื่อยล้า เนื่องจากหลังมีอาการชักจะสูญเสียพลังงานและอ่อนเพลีย (Senol, Soyuer, Arman, and Ozturk, 2007) อยู่ในสภาวะไร้ความสามารถชั่วคราว (Baker, Jacoby, Buck, Stalgis and Monnet, 1997) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยยิ่งอ่อนแอลง ความถี่ของการกำเริบของอาการชักจะเพิ่มมากยิ่งขึ้น เกิดภาวะอารมณ์แปรปรวน ทั้งนี้ความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงจากการใช้ยากันชักที่พบได้บ่อยที่สุด (Baker, Jacoby, Buck, Stalgis and Monnet, 1997) ความรู้สึกเหนื่อยล้าเป็นสาเหตุหลักของการขาดยา เริ่มแยกตัว และปฏิเสธการดูแลสุขภาพ (Velissaris, Wilson, Saling, Newton and Berkovic, 2007) ความเหนื่อยล้าที่สะสมอยู่นานจะทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง (Dilorio, Shafer, Letz, Henry, Schomer and Yeager, 2006) เกิดอารมณ์หดหู่ รู้สึกเศร้าโศก หงุดหงิด ครุ่นคิด และความเชื่อมั่นในตนเองลดลง กว่าครึ่งของผู้ป่วยโรคลมชักมีความรู้สึกเหนื่อยล้าในระดับสูงมาก และพบว่าผู้ที่มีความเหนื่อยล้ามากมักมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Ettinger, Weisbrot, Krupp, Coyle, Jandorf and Devinsky, 1998)

9. ภาวะซึมเศร้า เป็นผลกระทบต่อบุคคลที่ผู้ป่วยโรคลมชักได้รับ ซึ่งแสดงออกให้เห็นทางด้านสุขภาพทางอารมณ์ (Baker, 2001) อีกทั้งผู้ป่วยโรคลมชักจะมีระดับของโรคซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น (Brand, Burton, Schaffer, Alper, Devinsky and Barr, 2009) ผู้ป่วยโรคลมชักที่รับประทานยากันชักที่มากกว่า 1 ชนิดขึ้นไป มีระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่คุมอาการชักได้ดี และมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูงกว่าผู้ที่คุมอาการชักไม่ได้ (Petersen, Walker, Runge and Kessler, 1998) และพบว่าอาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง (Mosaku, Fatoye, Komolafe, Lawal and Ola, 2006) การควบคุมอาการชักไม่ได้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคลมชักจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคลิกภาพและการดำเนินชีวิต จึงต้องมีการปรับตัว ทำความเข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับการควบคุมอาการชัก ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งจะกระตุ้นให้ชักถี่ขึ้น (Velissaris, Wilson, Saling, Newton and Berkovic, 2007) มีระดับของภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น (Brand, Burton, Schaffer, Alper, Devinsky, and Barr, 2009) ส่งผลให้

ความถี่ของการชักสูงและรุนแรงมากยิ่งขึ้น อีกทั้งหลังเกิดอาการชักผู้ป่วยจะฟื้นคืนสภาพเดิมได้ยาก (Harden et al., 2007)

## 2.5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก

คุณภาพชีวิตนั้นเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งขึ้นอยู่กับความแตกต่างเฉพาะบุคคล(Canuet et al., 2009) รวมไปถึงความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมความเป็นอยู่ในแต่ละภูมิภาค (Baker, 2001) ผู้ป่วยมักอยู่ในภาวะไร้ความสามารถและต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วย (Canuet et al., 2009)

ผู้ป่วยที่เริ่มเป็นโรคลมชักตั้งแต่อายุน้อยมักได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเป็นระยะเวลายาวนาน หากอาการบรรเทาจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี (Sillanpaa, Haataja and Shinnar, 2004) การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักให้มีอาการบรรเทาหรือลดลง โดยมีอาการชักเพียง 1-2 ครั้ง และสามารถใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติในระยะเวลา 2 ปี เกิดความพึงพอใจในสุขภาพ ได้รับผลกระทบน้อย ส่งผลให้มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูง และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Baker, Jacoby, Buck, Stalgis and Monnet, 1997; Petersen, Walker, Runge and Kessler, 1998; Jacoby and Baker, 2008; รัศริน กาสลัก, 2548) ผู้ป่วยที่คุมอาการชักได้ดีจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูงกว่าผู้ที่คุมอาการชักไม่ได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักมายาวนานมักประสบปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับสังคม พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคลมชักจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall QOL) ของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างชัดเจน (Canuet et al., 2009) ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำ ว่างานสูง รายได้ต่ำ และต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้โรคลมชักยังส่งผลกระทบต่อความรู้สึกและการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (วิริยา เชื้อลี, สมศักดิ์ เทียมเก่า และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2548) ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชักจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall QOL) ของผู้ป่วยโรคลมชักวัยสูงอายุอย่างชัดเจน (Canuet et al., 2009) เนื่องจากผู้ป่วยที่ชักบ่อยหรือมีอาการเรื้อรัง จะรู้สึกว่ามึนปมด้อย (Baker, Jacoby, Buck, Stalgis and Monnet, 1997) สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Baker, Nashef and Hout, 1997; McAuley, McFadden, Elliott and Shneker, 2008) เกิดความวิตกกังวลถึงการชักครั้งต่อไป สูญเสียการทำงานที่ทางสังคม ทั้งนี้หากความถี่ของการชักมากขึ้นระดับคุณภาพชีวิตจะยิ่งต่ำลง อีกทั้งระยะเวลาที่เป็นโรคลมชักจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักรู้สึกมีปมด้อยเป็นอย่างมาก ซึ่งความรู้สึกมีปมด้อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (Kumari, Ram, Nizamie and Goyal, 2009) ในเพศหญิงมี

คุณภาพชีวิตต่ำ เนื่องจากเหตุนี้มีความอ่อนไหวต่อการเกิดปมด้อย ขาดความมั่นใจในตนเอง ความสามารถทั่วไปและความสามารถในการปรับตัวลดลง (Stevanovic, 2007) ความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้ไม่ได้รับโอกาสทางการศึกษา ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก (Senol, Soyuer, Arman and Ozturk, 2007) พบว่ารูปแบบของการชักจะแตกต่างกันไปเฉพาะในแต่ละบุคคล ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากทำให้เสียบุคลิกภาพ ส่งผลต่อการจ้างงาน (Jacoby and Baker, 2008) ทั้งนี้การชักที่ไม่สามารถคาดเดาได้และสาเหตุของการชักเป็นปัจจัยสำคัญที่จะก่อให้เกิดผลเสียต่อจิตใจ ซ้ำยังก่อให้เกิดปมด้อยหรือเกิดความอับอาย (Baker, 2001) อีกทั้งเมื่อเกิดอาการชัก ผู้ป่วยจะสูญเสียพลังงานและอ่อนเพลีย (Senol, Soyuer, Arman, and Ozturk, 2007) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่นในผู้ป่วยโรคลมชักแบบเหม่อที่อยู่ในระยะที่ยังควบคุมไม่ได้ (Absence of active seizure) เป็นต้น (Canuet, 2009) ความเหนื่อยล้าที่สะสมอยู่นานจะทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ กว่าครึ่งของผู้ป่วยโรคลมชักมีความรู้สึกเหนื่อยล้าในระดับสูงมาก และพบว่าผู้ที่มีความเหนื่อยล้ามากมักมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Ettinger, Weisbrot, Krupp, Coyle, Jandorf and Devinsky, 1998)

## 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

Baker, Jacoby, Buck, Stalgis and Monnet (1997) ได้ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักในกลุ่มผู้ป่วยชาวยุโรป พบว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านสังคมและสุขภาพทางจิตโดยเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีขีดจำกัดในด้านกายภาพ พละกำลัง และการรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพ กว่าครึ่งของผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากันชัก แต่กลับพบว่าการควบคุมการชักยังไม่ดีเท่าที่ควร และต้องปรับเปลี่ยนชนิดของยากันชัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความวิตกกังวล เหนื่อยล้า มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ ไม่มีสมาธิ ง่วงนอน มีความยากลำบากในการคิดวิเคราะห์ มีอาการประหม่าหรือตื่นกลัว รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-esteem) มีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นลดลงและมักแยกตัวออกจากสังคม จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เริ่มชักตั้งแต่อายุน้อยหรือเป็นโรคลมชักมานานนั้นจะมีการชักถี่ ผู้ป่วยที่มีอาการชักหลายรูปแบบและเกิดการชักบ่อยจะได้รับบาดเจ็บจากการชักได้บ่อย สรุปได้ว่า ความรุนแรง ความถี่ของการชักและรูปแบบของการชักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย



Baker, Nashef and Hout (1997) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักใน 3 เรื่องหลัก คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษา คุณภาพชีวิต และการเสียชีวิตฉบับล้นที่ไม่สามารถคาดเดาได้ โดยศึกษาใน 3 ประเทศ (ได้แก่ ฝรั่งเศส เยอรมัน และอังกฤษ) ผลการศึกษาพบว่า ในประเทศอังกฤษ ผู้ป่วยที่ช้กบ่ยรุนแรง หรือไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ มักต้องมีการปรับเปลี่ยนยากันชัก ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง คุณภาพชีวิตลดลง มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น และพบว่าผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบหลายด้าน เช่น การดำเนินชีวิตและการปฏิบัติกิจกรรมในสังคม การมีรายได้จากการประกอบอาชีพ ความสนใจในตนเอง การวางแผนอนาคต การดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน มีขีดจำกัดทางด้านกายภาพและทางอารมณ์ มีความวิตกกังวล เกิดภาวะซึมเศร้า และรู้สึกว่าการมีปมด้อย ซึ่งจะส่งผลต่อผู้ป่วยในด้านจิตสังคม ส่วนผู้ป่วยที่ปลอดจากอาการชักมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่ต่ำ สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ มีการวางแผนชีวิตในอนาคต มีสัมพันธภาพกับเพื่อน รู้สึกเป็นตัวของตัวเอง มีความสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม และมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาการชักเดือนละครั้งหรือมากกว่า

Ettinger, Weisbrot, Krupp, Coyle, Jandorf and Devinsky (1998) ศึกษาความเหนื่อยล้าและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก ที่เข้ารับการรักษาในศูนย์การรักษาโรคลมชักประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเปรียบเทียบกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้มีสุขภาพดี พบว่า ในผู้ป่วยโรคลมชักจะเกิดภาวะเหนื่อยล้าได้บ่อย ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับผลข้างเคียงจากยากันชัก ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ศึกษาประเมินภาวะเหนื่อยล้าด้วยแบบประเมิน Fatigue Severity Scale (FSS) ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน Center for Epidemiological Studies-Depression scale (CES-D) และประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมิน Quality of Life in Epilepsy (QOLIE-10) scale โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคลมชักจำนวน 89 ราย พบว่า ร้อยละ 44 มีภาวะเหนื่อยล้าในระดับรุนแรง ซึ่งความเหนื่อยล้ามักเกิดร่วมกับการเกิดอารมณ์หดหู่ รู้สึกเศร้า โศก หมดหวัง หงุดหงิด และเชื่อมั่นในตนเองลดลง จนทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 52 มีภาวะซึมเศร้า และพบว่าผู้ป่วยโรคลมชักมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไป ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

Petersen, Walker, Runge and Kessler (1998) ทำการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักชนิดชักทั่วตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้แบบประเมิน Quality of Life in Epilepsy inventory (QOLIE-89) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยากันชักมานานกว่า 1 ปีจำนวน 48 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาในศูนย์การรักษาโรคลมชัก ประเทศ

เยอรมัน โดยติดตามประเมินคุณภาพชีวิตซ้ำใน 4 สัปดาห์และ 6 เดือนต่อมา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่คุมอาการชักไม่ได้จะมีชีวิตจำกัดทางด้านสภาพร่างกาย ทั้งนี้ผู้ป่วยที่คุมอาการชักได้ดีจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูงกว่าผู้ที่คุมอาการชักไม่ได้ และพบว่าผู้ป่วยทั้งหมดมีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมการชักและความรุนแรงของอาการที่เกิดหลังชัก ร้อยละ 70 จะปลอดจากอาการชักได้เป็นระยะเวลาสั้นๆเมื่อได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่แรกเริ่ม ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคลมชักรายใหม่ มักเกิดความเครียดและตื่นกลัว มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักมานาน โดยผู้ป่วยมานานกว่าจะตระหนักถึงการใส่ใจในสุขภาพ ระวังระวังในการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการชัก ปรับเปลี่ยนวิถีการดูแลสุขภาพ มีการสังเกตผลข้างเคียงที่ได้รับจากยากันชัก และคำนึงถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมของตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างส่วนบุคคล ผู้วิจัยให้ข้อคิดเห็นไว้ว่า ผู้ป่วยโรคลมชักชนิดชักทั่วตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ นั้น สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นอาการชักและรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังประสบความสำเร็จในการควบคุมอาการชักและสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้

Mosaku, Fatoye, Komolafe, Lawal and Ola (2006) ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่าง 51 ราย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลประจำมหาวิทยาลัย ประเทศไนจีเรีย ได้รับการวินิจฉัยจากอาการแสดงและการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง ผลการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ย 27.7 ปี ส่วนใหญ่ปลอดจากอาการชักมานานกว่า 5 ปี สรุปปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ได้แก่ เพศ ความถี่ของการชัก การรับประทานยากันชักที่มากกว่า 1 ชนิดขึ้นไป มีระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูง และพบว่าอาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง ผู้ป่วยโรคลมชักมีความต้องการที่จะควบคุมอาการชัก และคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมในการดูแลรักษา ซึ่งจะสามารถเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยชาวไนจีเรียได้

Velissaris, Wilson, Saling, Newton and Berkovic (2007) การศึกษานี้ทำการประเมินสถานะทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคลมชักรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคลมชัก ประเทศออสเตรเลีย กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยนอกจำนวน 90 ราย โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีอาการชักครั้งแรกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาและสัมภาษณ์ซ้ำอีก 3 เดือนต่อมา ใช้แบบประเมิน NEWQOL และ COPE ในการประเมินคุณภาพชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคลมชัก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการชักครั้งแรกจะให้ความสนใจในการควบคุมอาการชัก และมีความพยายามในการปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรมของตนเอง การเฝ้าระวังและการจัดการการดูแลรักษาที่ดีจะ

สามารถทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคลิกภาพและการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ป่วยยิ่งอ่อนแอและมีอัตราตายเพิ่มขึ้น ความกลัวการกำเริบของอาการชักจะเพิ่มมากยิ่งขึ้น เกิดภาวะอารมณ์แปรปรวน มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านกระบวนการคิดรู้และพฤติกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการขาดยา เริ่มแยกตัว และปฏิเสธการรักษา พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย จะมีความเสี่ยงที่จะมีความถี่ของการชักเพิ่มขึ้น และยังพบว่าความเครียดจะกระตุ้นให้ชักถี่ขึ้น ผู้ป่วยวัยสูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาน้อยจะไม่สามารถเข้าใจการดำเนินโรคและแนวทางการรักษาโรคได้เท่าที่ควร

Pais-Ribeiro, Martins da Silva, Meneses and Falco (2007) ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงสุขภาวะกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคลมชักจำนวน 200 ราย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลประจำมหาวิทยาลัย เมืองปอร์โต ประเทศโปรตุเกส ผลการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ย 39.6 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ยังคงมีอาการชัก และรับการรักษาด้วยการรับประทานยากันชัก และพบว่ากรมองโลกในแง่ดีจะช่วยให้มีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับสุขภาวะทางกาย สุขภาวะจิต และคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ตัวแปรที่เป็นผลทางบวก คือ ความเชื่อในการมองโลกในแง่ดี การรับรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านการคิดรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาการชัก ทั้งนี้ความเชื่อในการมองโลกในแง่ดี จะสามารถลดการเกิดความเครียดลงได้ อาการชักมีลักษณะเฉพาะอันจะส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่และการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคลมชักซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

Piazzini, Beghi, Turner, Ferraroni and the LICE Quality of Life Group (2008) ทำการศึกษาถึงภาวะสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในศูนย์การรักษาระดับตติยภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคลมชักชาวอิตาลีจำนวน 815 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีสุขภาวะทางจิตต่ำกว่าเพศชาย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์หรือมีภาวะซึมเศร้า และรู้สึกว่าความเชื่อมั่นในตนเองลดลงมากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยที่มีอาการชักบ่อยมักได้รับยากันชักมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป และได้รับผลกระทบจากผลข้างเคียงของยากันชักอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น กระบวนการคิดรู้ช้าลง มีปัญหาด้านความจำ ไม่มีสมาธิ การใช้ภาษาบกพร่อง เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีสภาวะอารมณ์ผิดปกติไม่มีความ

พึงพอใจในด้านการดำรงชีวิต รู้สึกมีปมด้อยแยกตัวออกจากสังคม และประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก

Auriel et al. (2009) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักที่ปลอดภัยจากการชักด้วยการใช้ยากันชักชนิดเดียว กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยโรคลมชักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 103 ราย ที่รับประทานยากันชักชนิดเดียว ปลอดภัยจากการชักอย่างน้อย 1 ปี โดยศึกษาถึงสถิติประชากร อากาศ และปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 37.75 ปี ได้รับผลข้างเคียงจากยากันชัก และอยู่ในสภาวะว่างงาน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลง และยังพบว่า การได้รับผลข้างเคียงจากการรับประทานยากันชักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ทั้งจากยากันชักชนิดเก่า และชนิดใหม่ ร้อยละ 92.2 เกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานยากันชักอย่างน้อย 1 อากาศ ซึ่งผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นมักส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางมากที่สุด สรุปได้ว่าผลข้างเคียงจากการรับประทานยากันชักเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ปลอดภัยจากการชักมากที่สุด แพทย์จึงควรสอบถามผู้ป่วยถึงการได้รับผลข้างเคียงจากการรับประทานยากันชักเสมอ

Canuet et al. (2009) มุ่งศึกษาถึงผลกระทบที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชัก ทางด้านจิตใจ สังคม และปัจจัยที่เกี่ยวกับการชักโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย กลุ่มประชากรจำนวน 146 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาในแผนกประสาทสมองและจิตเวช เมืองโอซากา ประเทศญี่ปุ่น ทำการประเมินระดับคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบสอบถาม QOLIE-31 ภาคภาษาญี่ปุ่นที่แปลมาจากภาคภาษาอังกฤษ และการประเมินด้านจิตใจ โดยใช้แบบสอบถาม BDI- II ทั้งนี้ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคลมชัก ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน (ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา) อายุเมื่อเริ่มชัก ชนิดของอาการชัก การเกิดอาการชักแบบชักเกร็งกระตุกทั้งตัว ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก จำนวนยากันชักที่รับประทาน ความถี่ของการชักในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และโรคร่วมซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ผลการศึกษาพบว่าความถี่ของการชักจะทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลถึงการชักครั้งต่อไป สูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม หากความถี่ของการชักมากขึ้นระดับคุณภาพชีวิตจะยิ่งต่ำลง ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชักมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม และพบว่าเพศหญิงจะมีความกังวลกับการชักครั้งต่อไปมากกว่าเพศชาย ซึ่งความวิตกกังวลนี้จะทำให้ชักถี่ขึ้น และพบว่าชนิดของโรคลมชัก จะส่งผลกระทบต่อสภาวะทางอารมณ์ พละกำลังและความเหนื่อยล้า พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักชนิด Temporal lobe epilepsy มีคะแนนด้านสภาวะทางอารมณ์และพละกำลังต่ำ ทั้งนี้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจะมี

การปรับตัว โดยการจำกัดกิจกรรมและพละกำลัง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม ทั้งทางอารมณ์ และสังคม ส่งผลให้มีสุขภาวะที่ดีกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

Kanitpong Phabphal, Alan Geater, Kitti Limapichart, Pornchai Satirapunya and Suwana Setthawatcharawanich (2009) ทำการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อคุณภาพชีวิตต่ำในผู้ป่วยโรคลมชักชาวไทย ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าปัจจัยที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตประกอบด้วยความถี่ของการชัก การบาดเจ็บเกี่ยวกับการชัก ซึมเศร้า และวิตกกังวล ส่วนอายุ เพศ ระดับการศึกษา การประกันทางการแพทย์ อาชีพ สถานภาพสมรส และยาไม่มีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิต สรุปได้ว่า ความผิดปกติทางอารมณ์และความถี่ของการชักเป็นตัวทำนายที่เข้มแข็งสำหรับคุณภาพชีวิต

Kumari, Ram, Nizamie and Goyal (2009) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการรักษาด้วยระดับความรู้สึกมีปมด้อยต่อคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรคลมชัก เมืองรันชิ ประเทศอินเดีย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 รายโดยสุ่มจากประชากร 600 ราย และแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 15 ราย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักรายใหม่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และกลุ่มผู้มีสุขภาพดีซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักรู้สึกมีปมด้อยเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ไม่มีความแตกต่างของความรู้สึกมีปมด้อยในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษานานและผู้ป่วยรายใหม่ และพบว่าความรู้สึกมีปมด้อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

วิริยา เชื้ออลี, สมศักดิ์ เทียมเก่า และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2548) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักและรับการรักษาในคลินิกโรคลมชัก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวนทั้งหมด 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนมากเป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี กว่าครึ่งว่างงานและอยู่ในภาวะต้องพึ่งพาหรือมีรายได้มาจากบิดามารดา จากการศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดจากโรคลมชักต่อชีวิตประจำวัน พบว่ามีผลต่องานครอบครัว ต้องพึ่งพาผู้อื่น ขาดความมั่นใจในตัวเอง และมีผลต่อการตั้งเป้าหมายในชีวิต และจากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจที่ต้องอยู่คนเดียวเมื่อเกิดการชัก รู้สึกเสี่ยงต่ออุบัติเหตุระหว่างการทำงาน รู้สึกยากลำบากในการหางานทำและการใช้ชีวิตในสังคม และมีความรู้สึกว่าผู้ปกครองดูแลมากเกินไป ไม่กล้าบอกคนอื่นว่าเป็นโรคลมชัก เกิดอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา เช่น มีปัญหาด้านความจำ ง่วงนอน เหนื่อยอ่อนเพลีย มีปัญหาเรื่องสมาธิ

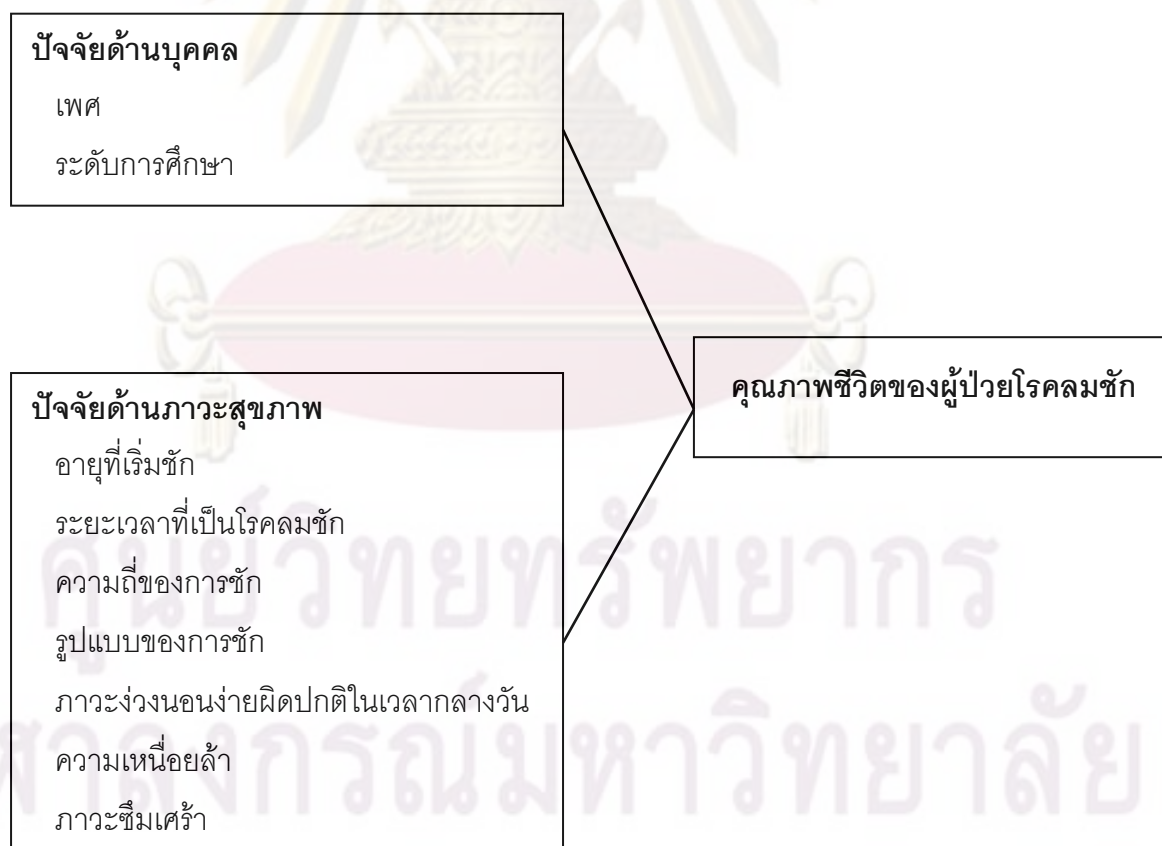
และนอนไม่หลับ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้มีผลต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการรักษาอาการชักมีอาการดีขึ้นและมีความพอใจในการรักษา จากการศึกษาจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำ ว่างานสูง รายได้ต่ำ และต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้โรคลมชัวยังมีผลกระทบต่อความรู้สึกและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

รัศริน กาสลัก (2548) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับการผ่าตัด โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่โครงการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักครบวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้งหมดจำนวน 120 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดและกลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่าตัด จำนวนกลุ่มละ 60 คน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวก ขณะที่ระยะเวลาการเจ็บป่วยและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต โดยการได้รับและไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเป็นปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักได้ ภายหลังได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการชักลดลง มีความพึงพอใจในสุขภาพเพิ่มขึ้น การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นและมีระดับของคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน

ชัยชน โลว์เจริญกุล และคณะ (2548) ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก หลังผ่าตัดหาย ประเมินด้วยการมีอาชีพและรายได้ โดยศึกษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่ทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดโรคลมชัก ที่ได้รับการประเมินก่อนผ่าตัดตามขั้นตอนมาตรฐานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2545 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2547 โดยจัดกลุ่มตามระดับความสามารถในการทำงาน และการมีรายได้เปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัด ระยะเวลาติดตามอย่างต่ำ 6 เดือน ถึงนานที่สุด 3 ปี ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยผ่าตัดโรคลมชักทั้งสิ้น 111 ราย เป็นชาย 54 ราย หญิง 57 ราย อายุเฉลี่ย  $33.7 \pm 9.2$  ปี ส่วนใหญ่เป็นโรคลมชักที่ต้อยาศินิด temporal lobe epilepsy ผู้ป่วยหายขาดจากการชัก (Engel class I) 83.8% ซึ่งหลังการผ่าตัด จำนวนผู้ป่วยเพิ่มจากกลุ่มที่ไม่มีอาชีพ เป็นกลุ่มที่มีอาชีพและรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีงานทำลดลง 62.1% ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาชีพหรือมีเงินเดือนประจำเพิ่มขึ้น 43.4% ส่วนผู้ป่วยที่ยังไม่มีรายได้ พบว่าสามารถช่วยทำงานได้มากขึ้น สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อรายต่อปี พบว่าเพิ่มขึ้นจากก่อนผ่าตัด 45.08% โดยเห็นชัดเจนในรายที่หายขาดจากการชักมากกว่ารายที่ยังเหลืออาการชักอยู่บ้าง สรุปผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่หายชัก สามารถทำงาน มีอาชีพ และมีรายได้เพิ่มขึ้นจากก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ และเน้นให้เห็นความสำคัญของการผ่าตัดโรคลมชัก

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักน้อยมาก อีกทั้งส่วนหนึ่งยังเป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคลมชักหลังผ่าตัดเท่านั้น (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2548; รัศรินทร์ กาสลัก, 2548) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ การศึกษา ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ อายุที่เริ่มชัก ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก ความถี่ของการชัก รูปแบบของการชัก ภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติในเวลากลางวัน ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งได้แก่ปัจจัยด้านบุคคล (ได้แก่ เพศ การศึกษา) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ (ได้แก่ อายุที่เริ่มชัก ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก ความถี่ของการชัก รูปแบบของการชัก ภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติในเวลากลางวัน ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า) ของผู้ป่วยโรคลมชัก

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักที่รับการรักษาด้วยการรับประทานยากันชักและไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคลมชักจำนวน 150 คน ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ตรัง โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยมีขั้นตอนในการเลือกดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของพรอสคอตต์ (Prescott, 1987) คือ  $N \geq 10k+50$  ( $N$  = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง  $k$  = จำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษา) ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาตัวแปรจำนวน 10 ตัวแปร จึงทำการศึกษาในประชากรจำนวน 150 คน

2. สุ่มโรงพยาบาลศูนย์ที่มีคลินิกอายุรกรรมประสาทและคลินิกโรคลมชัก ในเขตภาคใต้ 1 แห่งจาก 5 แห่ง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้โรงพยาบาลศูนย์ตรัง

3. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ที่จะทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยดังนี้

- 3.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชัก

- 3.2 อายุ 18 - 60 ปี



3.3 เป็นผู้ป่วยที่รักษาด้วยการใช้ยากันชัก และไม่ได้รับการผ่าตัดรักษาโรคลมชัก

3.4 สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกผู้ป่วยโรคลมชักซึ่งมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาทและคลินิกโรคลมชัก ในวันและเวลาที่เปิดให้บริการ และเป็นวันที่ได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

4. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) (Tongco, 2007) ที่โรงพยาบาลศูนย์ต้ง เลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่พบและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยไม่มีการจำกัดจำนวนในแต่ละวัน จนครบจำนวน 150 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงระหว่างวันที่ 18 มกราคม 2553 ถึงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553 ในวันและเวลาราชการดังนี้ วันจันทร์ เวลา 8.00-16.00 น. วันพุธ เวลา 13.00 – 16.00 น. และวันศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น. โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองจนได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์เพื่อการวิเคราะห์จริง จำนวน 150 ฉบับ

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ตอน โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ซึ่งแบบสอบถามทั้งหมดประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบประเมินระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน

ตอนที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า

ตอนที่ 4 แบบประเมินภาวะซีมเศร้า

ตอนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งครอบคลุมตัวแปร 6 ตัวแปรคือ เพศ ระดับการศึกษา อายุที่เริ่มชัก ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก และความถี่ของการชัก

ตอนที่ 2 แบบประเมินระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันของ วรณศิริ ปราณิธรรม (2546) ซึ่งแปลและดัดแปลง

มาจากแบบประเมินระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน(The Epworth Sleepiness Scale/ESS) ของจอห์น (Johns, 1991) เป็นแบบประเมินการรับรู้ถึงภาวะความง่วงที่ผิดปกติ ซึ่งเกิดขึ้นในสถานการณ์และช่วงเวลาที่ไม่ควรง่วง ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคย เล็กน้อย ปานกลางและมาก ซึ่งแบบวัดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำแบบวัดไปใช้กับผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .95

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** โดยคิดเป็นคะแนนรวม คะแนนเต็มจะเป็น 24 คะแนน โดยแบ่งระดับความง่วงเป็น 3 ระดับดังนี้ (Smyth, 2007)

ช่วงคะแนน	ระดับของความง่วง
1-6 คะแนน	ไม่มีภาวะง่วงนอนง่ายที่ผิดปกติ
7-8 คะแนน	มีภาวะง่วงนอนง่ายที่ผิดปกติในระดับปานกลาง
9 คะแนนและสูงกว่า	มีภาวะง่วงนอนง่ายที่ผิดปกติมาก

### การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

สำหรับแบบประเมินระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันนี้ได้ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่านแล้ว ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยวรุณศิริ ปราณิธรรม (2546) ที่แปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน (The Epworth Sleepiness Scale/ESS) ของจอห์น ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน (Johns, 1991) จึงไม่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำอีก

#### 2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

นำแบบประเมินระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคลมชักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาทและคลินิกโรคลมชัก ของ

โรงพยาบาลศูนย์ตรัง คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .76 จึงปรับวิธีการเก็บข้อมูลจากเดิมให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง มาเป็นการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย แล้วจึงหาค่าความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคใหม่อีก ครั้งได้เท่ากับ .80 และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 150 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .81

**ตอนที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า** ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าของเพียงใจ ดาโลปการ (2545) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper Fatigue Scale) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล (2544) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดระดับด้วยสายตา (Visual Analogue Scale) เป็นตัวเลขตั้งแต่ 1-10 โดยด้านซ้ายกำกับด้วยวลี “ไม่เลย” และทางด้านขวากำกับด้วยวลี “มากที่สุด” ซึ่งแบบวัดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำแบบวัดไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .97

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** แบบประเมินความเหนื่อยล้าประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 ดังนั้นคะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 220 จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ จะได้คะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้าแล้วจึงนำมาแปลผล ซึ่งสามารถแบ่งระดับความเหนื่อยล้าได้ดังนี้ (เพียงใจ ดาโลปการ, 2545)

ช่วงคะแนน	ระดับของความเหนื่อยล้า
0 คะแนน	ไม่มีความเหนื่อยล้า
0.01-3.99 คะแนน	เหนื่อยล้าเล็กน้อย
4-6.99 คะแนน	เหนื่อยล้าปานกลาง
7-10 คะแนน	เหนื่อยล้ามาก

### การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความเหนื่อยล้า

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

สำหรับแบบประเมินความเหนื่อยล้านี้ ได้ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านแล้ว ในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วย

มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดย เพียงใจดาโลปการ (2545) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper Fatigue Scale) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล (2544) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน จึงไม่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำอีก

## 2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

นำแบบประเมินความเหนื่อยล้าไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาทและคลินิกโรคมะเร็ง ของโรงพยาบาลศูนย์ตั้งจำนวนหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .89 จึงปรับวิธีการเก็บข้อมูลจากเดิมให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง มาเป็นการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย แล้วจึงหาค่าความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคใหม่อีกครั้งได้เท่ากับ .93 และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 150 คน จำนวนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .94

**ตอนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า** ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมลฤดี บุราณ (2548) ที่ดัดแปลงมาจากเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงษ์และคณะ(มลฤดี บุราณ, 2548) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นอีก 2 ข้อ ซึ่งสอบถามว่าเหตุการณ์นั้นๆเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย นานๆครั้ง ค่อนข้างบ่อย และบ่อยครั้ง ซึ่งแบบวัดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำแบบวัดไปใช้กับผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .75

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนนโดยนำคะแนนมารวมกัน ทั้งหมดเต็ม 60 คะแนน โดยค่าคะแนนตั้งแต่ 16 ขึ้นไปถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ค่าคะแนนต่ำกว่า 16 หมายความว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า (มลฤดี บุราณ, 2548)

### การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

สำหรับแบบประเมินภาวะซึมเศร้านี้ ได้ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่านแล้ว ในการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลตำรวจ โดยมีลฤดี บุราณ (2548) ที่ดัดแปลงมาจากเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร(มลฤดี บุราณ, 2548) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน จึงไม่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำอีก

#### 2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคลมชักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาทและคลินิกโรคลมชัก ของโรงพยาบาลศูนย์ตรัง คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .79 จึงปรับวิธีการเก็บข้อมูลจากเดิมให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง มาเป็นการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย แล้วจึงหาค่าความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคใหม่อีกครั้งได้เท่ากับ .83 และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 150 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .84

**ตอนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก** ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ฉบับภาษาไทย ของจันท์ทิพย์ กาญจนศิลป์ (Jantip Kanjanasilp, Sayarm Khaewwichit, Richards and Yupaporn Preechagoon, 2004) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ฉบับภาษาอังกฤษ (RAND, 1993) ซึ่งแบบวัดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำแบบวัดไปใช้กับผู้ป่วยโรคลมชักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .91 แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 31 ข้อ ดังนี้

ข้อคำถามที่ 1 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดระดับด้วยสายตา (Visual Analogue Scale) โดยเป็นตัวเลขตั้งแต่ 10-0 โดยด้านซ้ายกำกับด้วยวลี “ดีมากที่สุด” และทางด้านขวากำกับด้วยวลี “แย่มากที่สุด”

ข้อคำถามที่ 2-13 และ 16-18 ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 6 ระดับ แต่ละคำถามให้ผู้ป่วยให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4, 5 หรือ 6 ในระดับที่ผู้ป่วยคิดว่ามีความรู้ดีที่สุดในระดับใด

ข้อคำถามที่ 14, 19, 20 และ 25-30 ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละคำถามให้ผู้ป่วยให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 หรือ 5 ในระดับที่ผู้ป่วยคิดว่ามีความรู้ดีที่สุดในระดับใด

ข้อคำถามที่ 15, 21, 23 และ 24 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ แต่ละคำถามให้ผู้ป่วยให้คะแนนจาก 1, 2, 3 หรือ 4 ในระดับที่ผู้ป่วยคิดว่ามีความรู้ดีที่สุดในระดับใด

ข้อคำถามที่ 22 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ แต่ละคำถามให้ผู้ป่วยให้คะแนนจาก 1, 2 หรือ 3 ในระดับที่ผู้ป่วยคิดว่ามีความรู้ดีที่สุดในระดับใด

ข้อคำถามที่ 31 มีลักษณะคำตอบเป็นตัวเลขตั้งแต่ 100-0 โดยด้านบนกำกับด้วยวลี “สุขภาพดีเยี่ยม” และทางด้านล่างกำกับด้วยวลี “สุขภาพแย่มากที่สุด”

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** จะคำนวณตามคู่มือ QOLIE-31: Scoring Manual ของ RAND (1993) ซึ่งจะได้ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0-100 คะแนน ทั้งนี้ระดับคุณภาพชีวิตจะแบ่งเป็น ระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ระดับปานกลาง และระดับต่ำ (RAND, 1993) คะแนนรวมที่สูงหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Grudzinski, Hakim, Coons and Labiner, 1998) ซึ่งการให้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายข้อ โดยการประเมินค่าเฉลี่ยกับเกณฑ์ดังนี้ (RAND, 1993)

ช่วงคะแนน	ระดับของคุณภาพชีวิต
1-50.00 คะแนน	มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ
50.01-75.00 คะแนน	มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
75.01-100.00 คะแนน	มีคุณภาพชีวิตระดับที่ดี

#### การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก

##### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

สำหรับแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักนี้ ได้ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านแล้ว ในการศึกษาเรื่อง Thai version of the quality of life in inventory: comparison between the QOLIE-31 and the QOLIE-10 โดย จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ (Jantip Kanjanasilp, Sayarm Khaewwichit, Richards and

Yupaporn Preechagoon, 2004) ได้ทำการแปลมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค  
ลมชัก ฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน (RAND, 1993) จึงไม่ตรวจสอบความตรง  
ตามเนื้อหาซ้ำอีก

## 2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักไปทดลองใช้ (try out) กับ  
ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน ซึ่งมารับ  
การตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาทและคลินิกโรคลมชัก ของ  
โรงพยาบาลศูนย์ตรัง คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient  
alpha) ได้เท่ากับ .85 จึงปรับวิธีการเก็บข้อมูลจากเดิมให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง มาเป็น  
การสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย แล้วจึงหาค่าความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคใหม่อีกครั้ง  
ได้เท่ากับ .91 และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 150 คน คำนวณหาค่า  
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .91

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็น  
ขั้นตอนดังนี้

1. นำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครง  
ร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย พร้อมทั้งใบอนุญาต  
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการของโรงพยาบาลศูนย์ตรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของ  
การวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ธุรการเพื่อขอทราบผล  
การอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. หลังจากผ่านการอนุมัติแล้ว ดำเนินการติดต่อขอชี้แจงวัตถุประสงค์  
รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกับหัวหน้า  
แผนกผู้ป่วยนอก

4. ศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก  
คลินิกอายุรกรรมและคลินิกโรคลมชัก โรงพยาบาลศูนย์ตรัง ในวันที่ได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวม  
ข้อมูล เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่พบและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ในวันจันทร์

เวลา 8.00 -16.00 น. วันพุธ เวลา13.00 – 16.00 น. และวันศุกร์ เวลา 8.00 - 12.00 น. โดยผู้วิจัย  
ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง

5. แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยระหว่างที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจ  
ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิใน  
การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กรณีผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ให้ผู้ป่วยอ่านเอกสาร  
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจ จึงให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการ  
วิจัย

6. หลังจากเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่า  
การตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินปัจจัยที่มี  
ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยแบ่งออกเป็น ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ  
การศึกษา ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ อายุที่เริ่มชัก ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก ความถี่ของการ  
ชัก รูปแบบของการชัก ภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติ ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรค  
ลมชัก โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 - 45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่  
ตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

7. กรณีที่การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างยังไม่เสร็จสมบูรณ์ แต่ถึงคิวเข้ารับการตรวจ  
จะให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจก่อน และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามให้เสร็จ  
สมบูรณ์หลังจากได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้ว โดยทำการสัมภาษณ์ต่อขณะรอรับยาที่ห้องจ่ายยา

8. ดำเนินการตามข้อ 4-7 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่  
กำหนด 150 คนจึงนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูล

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้  
สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสมัคร  
ใจเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่บังคับ โดยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นทำ  
การสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์การวิจัย  
และขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้งการอธิบายให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้า  
ร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการ  
ให้บริการการพยาบาลแต่อย่างใด ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จะมีเอกสารให้เซ็น  
ยินยอมโดยไม่มี การบังคับใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ไม่



มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และผู้ป่วยสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องง้อให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ การขอข้อมูลครั้งนี้จะพยายามให้เป็นการรบกวนกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด และระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยก็สามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / for window (statistical package for the social science / for window) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งการวิเคราะห์ดังนี้
  - 1.1 เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ รูปแบบของการชัก และความถี่ของการชัก วิเคราะห์เป็นค่าความถี่และค่าร้อยละ
  - 1.2 อายุ อายุที่เริ่มชัก ระยะเวลาในการเป็นโรค วิเคราะห์เป็นค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การศึกษาภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติ ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์เป็นค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา อายุที่เริ่มชัก ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก รูปแบบการชัก จำนวนครั้งของการชัก ภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติในเวลากลางวัน ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก แบ่งการวิเคราะห์ดังนี้
  - 3.1 หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ และการเกิดอาการชักในช่วง 2 สัปดาห์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยการหาค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และทดสอบโดยใช้สถิติ t-test
  - 3.2 หาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา การเกิดอาการชักในช่วง 12 เดือน และรูปแบบการชัก กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนจำแนกทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) และการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยรายคู่ตามวิธีของเชฟเฟ่ (Scheffe's Method)
  - 3.3 หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มชัก ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก ภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติในเวลากลางวัน ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product moment

correlation coefficient) ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามเกณฑ์ของมัวร์ (Munro, 1997 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ที่กำหนดดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (+r,-r)	ระดับความสัมพันธ์
0.00 – 0.25	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
0.26 – 0.49	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
0.50 – 0.69	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
0.70 - 0.89	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
0.90 - 1.00	มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ การศึกษา ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ อายุที่เริ่มชัก ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก ความถี่ของการชัก รูปแบบของการชัก ภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติในเวลากลางวัน ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักที่รับการรักษาดูแลด้วยการรับประทานยากันชักและไม่ได้รับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัดที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ตรังจำนวน 150 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง จนได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์เพื่อการวิเคราะห์จริง จำนวน 150 ฉบับ ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 4 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**ตอนที่ 1** การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 1

**ตอนที่ 2** การวิเคราะห์ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 2

**ตอนที่ 3** การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 3-4

**ตอนที่ 4** การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 5-14

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 150)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	95	63.3
หญิง	55	36.7
<b>อายุ (ปี) <math>\bar{X}=38.89</math>, S.D.= 14.107</b>		
ต่ำกว่า 25 ปี	21	14.0
25-35	49	32.7
36-45	36	24.0
46-55	25	16.7
56 ปีขึ้นไป	19	12.7
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	73	48.7
โสด	64	42.7
หม้าย/หย่า/แยก	13	8.7
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	12	8.0
ประถมศึกษา	73	48.7
มัธยมศึกษา	47	31.3
สูงกว่ามัธยมศึกษา	18	12.0

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคลมชักจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 150) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
ว่างงาน	45	30.0
เกษตร/ประมง	38	25.3
รับจ้างทั่วไป	37	24.7
ค้าขาย	18	12.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	8.0
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน</b>		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	53	35.3
5,001 - 10,000	63	42.0
10,001 - 15,000	16	10.7
15,001 - 20,000	9	6.0
มากกว่า 20,000	9	6.0
<b>ช่วงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก <math>\bar{X}=27.35</math>, S.D.= 18.27</b>		
ต่ำกว่า 15 ปี	49	32.7
15-24	26	17.3
25-35	28	18.7
36-45	23	15.3
46-55	10	6.7
56 ปีขึ้นไป	14	9.3
<b>ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก (ปี) <math>\bar{X}=11.58</math>, S.D.= 10.86</b>		
ต่ำกว่า 10 ปี	89	59.3
11-20	29	19.3
21-30	20	13.3
31-40	9	6.0
มากกว่า 40 ปี	3	2.0

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคลมชักจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 150) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>รูปแบบการชัก</b>		
ชักทั่วตัว	89	59.3
ชักเฉพาะส่วน	37	24.7
ทั้งสองแบบ	17	11.3
ชักแบบเหม่อ	7	4.7
<b>จำนวนครั้งของการเกิดอาการชักในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา</b>		
ไม่ชักเลย	109	72.7
1-5 ครั้ง	39	26.0
มากกว่า 20 ครั้ง	2	1.3
<b>จำนวนครั้งของการเกิดอาการชักในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา</b>		
ไม่ชักเลย	68	45.3
1-5 ครั้ง	52	34.7
6-20 ครั้ง	17	11.3
มากกว่า 20 ครั้ง	13	8.7

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63.3 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 36.7 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคลมชัก คือ 38 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 48.7 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 42.7 ผู้ป่วยโรคลมชักมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.7 รองลงมามีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 31.3 ไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 8.0 ผู้ป่วยโรคลมชักเป็นผู้ว่างงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.0 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตร/ประมง คิดเป็นร้อยละ 25.3 และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 24.7 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนของผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000

บาท คิดเป็นร้อยละ 42.0 รองลงมามีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.3 มีรายได้ 10,001 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 10.7 สำหรับครอบครัวที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทมีเพียงร้อยละ 6.0

ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักขณะที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.7 รองลงมาเมื่อมีอายุระหว่าง 25-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.7 และมีอายุระหว่าง 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.3 ช่วงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักโดยเฉลี่ยเท่ากับ 27 ปี ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก ต่ำกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.3 ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.3 และระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.3 สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชัก 31-40 ปี และมากกว่า 40 ปี มีเพียงเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 6.0 และร้อยละ 2.0 เท่านั้น ระยะเวลาของการเป็นโรคลมชักโดยเฉลี่ย 11 ปี รูปแบบของการชักที่พบมากที่สุดคือ ชักทั่วตัว คิดเป็นร้อยละ 59.3 รองลงมาคือชักเฉพาะส่วน คิดเป็นร้อยละ 24.7 และมีผู้ป่วยที่ชักทั้งสองแบบ คือการชักทั่วตัวร่วมกับการชักเฉพาะส่วน คิดเป็นร้อยละ 11.3 สำหรับการชักแบบเหม่อพบเพียงร้อยละ 4.7 เท่านั้น ผู้ป่วยโรคลมชัก ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการชักเกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 72.7 และพบอาการชัก 1-5 ครั้ง ในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 26.0 อาการชักมากกว่า 20 ครั้งในช่วง 2 สัปดาห์ พบเพียงเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 1.3 และเมื่อพิจารณาจำนวนครั้งของการเกิดอาการชัก ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จะพบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการชักเลย คิดเป็น ร้อยละ 45.3 มีอาการชัก 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 34.7 มีอาการชัก 6-20 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.3 และมีอาการชักมากกว่า 20 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8.7

ศูนย์วิทยุโทรพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า (n = 150)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล
<b>ระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน</b> $\bar{X}=5.72$ , S.D.=4.24			
1-6 คะแนน	97	64.7	ไม่มีภาวะง่วงนอนที่ผิดปกติ
7-8 คะแนน	17	11.3	ง่วงที่ผิดปกติในระดับปานกลาง
9 คะแนนและสูงกว่า	36	24.0	ถือว่ามีความง่วงที่ผิดปกติ
<b>ความเหนื่อยล้า</b> $\bar{X}=3.72$ , S.D.=2.03			
0 คะแนน	12	8.0	ไม่มีความเหนื่อยล้า
0.01-3.99 คะแนน	75	50.0	เหนื่อยล้าเล็กน้อย
4-6.99 คะแนน	52	34.7	เหนื่อยล้าปานกลาง
7-10 คะแนน	11	7.3	เหนื่อยล้ามาก
<b>ภาวะซึมเศร้า</b> $\bar{X}=17.43$ , S.D.=8.88			
ต่ำกว่า 16 คะแนน	69	46.0	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
16 คะแนนขึ้นไป	81	54.0	มีภาวะซึมเศร้า

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่ไม่มีภาวะง่วงนอนที่ผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 64.7 มีภาวะง่วงนอนที่ผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 24.0 และมีภาวะง่วงที่ผิดปกติในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 11.3 ผู้ป่วยโรคลมชักครึ่งหนึ่งมีความเหนื่อยล้าเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 50.0 เหนื่อยล้าปานกลางคิดเป็นร้อยละ 34.7 ไม่มีความเหนื่อยล้าคิดเป็นร้อยละ 8.0 และมีความเหนื่อยล้ามากคิดเป็นร้อยละ 7.3 และ ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 54.0 และไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 46.0



### ตอนที่ 3 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต  
(n = 150)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตระดับต่ำ (1 – 50.0)	29	19.3
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (50.01 – 75.00)	69	46.0
คุณภาพชีวิตระดับที่ดี (75.01 – 100.00)	52	34.7
$\bar{X} = 65.49$ , S.D. = 16.24		

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.0 รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 34.7 สำหรับผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำมีเพียง 19 คน คิดเป็นร้อยละ 19.3

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับคุณภาพชีวิตแบ่งตามราย  
ข้อ (n = 150)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
คุณภาพชีวิตโดยรวมในปัจจุบัน	70.33	22.95	ปานกลาง
ความรู้สึกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา			
- การมีสมาธิในการทำงานให้เสร็จในเวลาที่กำหนด	73.87	30.03	ปานกลาง
- ความรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตตนเอง	71.00	21.10	ปานกลาง
- ความรู้สึกว่าเป็นคนที่มีความสุข	70.67	26.58	ปานกลาง
- ความรู้สึกเศร้าลงอย่างกะทันหัน และไม่มีกำลังใจ	69.47	30.18	ปานกลาง
- ความรู้สึกมีความสุขและสงบ	68.53	25.52	ปานกลาง
- ความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดหู่	68.40	27.44	ปานกลาง
- ความรู้สึกว่ามีพลังในการทำสิ่งต่างๆ	68.27	26.84	ปานกลาง
- ความรู้สึกเบื่อหน่าย หหมดเรี่ยวแรง	67.33	28.51	ปานกลาง
- การมีสมาธิในการอ่านหนังสือ	66.93	32.11	ปานกลาง
- การที่ผู้อื่นบอกว่ามีปัญหาเรื่องความจำ	65.33	31.23	ปานกลาง
- ความรู้สึกกระตือรือร้นที่จะทำสิ่งต่างๆ (มีชีวิตชีวา)	63.87	27.19	ปานกลาง
- ความรู้สึกเหนื่อย	62.53	27.54	ปานกลาง
- ความรู้สึกว่ามีความวิตกกังวลสูง	61.87	31.03	ปานกลาง
- ความรู้สึกว่าคุณภาพทำให้มีข้อจำกัดในเรื่อง กิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเยี่ยมเยียนญาติสนิท หรือเพื่อนฝูง	60.80	32.51	ปานกลาง
- ความรู้สึกยุ่งยากในการหาเหตุผลหรือแก้ปัญหา ต่างๆ เช่น การวางแผน การตัดสินใจ การเรียนรู้สิ่ง ใหม่ๆ	58.00	30.27	ปานกลาง
- ความรู้สึกว่าคุณเองมีปัญหาระบบความจำ	56.66	33.40	ปานกลาง
- ความรู้สึกกลัวว่าจะมีการชักอีก	44.40	36.33	ต่ำ

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของคุณภาพชีวิตแบ่งตามรายชื่อ (ต่อ)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
<b>โรคลมชักหรือยากันชักมีผลรบกวนการทำกิจกรรม</b>			
- การทำกิจกรรมในเวลาว่าง (เช่น งานอดิเรก, ไป ข้างนอกบ้าน)	75.50	28.88	สูง
- การเดินทาง	73.32	34.47	ปานกลาง
- การขับรถ (รถ หมายถึง รถทุกชนิดเช่น รถจักรยาน รถมอเตอร์ไซด์ รถยนต์)	70.66	34.99	ปานกลาง
<b>ความรู้สึกเกี่ยวกับอาการชัก</b>			
- ความกังวลเกี่ยวกับการทานยากันชักติดต่อกัน เป็นเวลานาน จะยิ่งทำให้อาการแย่ลง	70.67	34.31	ปานกลาง
- ความกังวลว่าจะอายคนอื่น	58.67	37.39	ปานกลาง
- ความกลัวว่าจะมีอาการชักในเดือนหน้า	53.56	37.23	ปานกลาง
- ความกังวลว่าจะมีการบาดเจ็บขณะชัก	52.67	37.89	ปานกลาง
<b>สิ่งที่รบกวนการดำเนินชีวิต</b>			
- การถูกจำกัดการเข้าสังคม เช่น ไม่อยากพบปะ หรือพูดคุยกับใคร	79.00	32.26	สูง
- ความวิตกกังวลว่าจะมีอาการข้างเคียงจากยาที่กิน	75.00	31.33	ปานกลาง
- ผลกระทบจากยากันชักที่มีต่อร่างกาย เช่นอาการ วิงเวียน ง่วงนอน ปวดท้อง เป็นต้น	71.33	31.25	ปานกลาง
- การถูกจำกัดการทำงาน	70.00	37.21	ปานกลาง
- การมีอาการชัก	55.33	39.56	ปานกลาง
- ความบกพร่องด้านความจำ เช่น หลง ๆ ลืม ๆ	57.83	35.84	ปานกลาง
<b>ระดับภาวะสุขภาพ</b>	69.40	20.89	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายข้อพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวว่าจะมีการชักในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งความรู้สึกกลัวว่าจะมีการชักนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ

สำหรับความรู้สึกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยโรคลมชักมีความรู้สึกที่ทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางนั้น ได้แก่ ความรู้สึกกระตือรือร้นที่จะทำสิ่งต่างๆ (มีชีวิตชีวา) ความรู้สึกว่ามีความวิตกกังวลสูง ความรู้สึกเศร้าลงอย่างกะทันหันและไม่มีกำลังใจ ความรู้สึกมีความสุขและสงบ ความรู้สึกว่ามีพลังในการทำสิ่งต่างๆ ความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดหู่ ความรู้สึกเบื่อหน่าย หมดเร็วแรง ความรู้สึกว่าเป็นคนที่มีความสุข ความรู้สึกเหนื่อย ความรู้สึกยุ่งยากในการหาเหตุผลหรือแก้ปัญหาต่างๆ ความรู้สึกว่าคุณภาพทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องกิจกรรมทางสังคม ความรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตตนเอง

นอกจากนั้นพบว่า ในเรื่องความจำในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ทำให้ผู้ป่วยโรคลมชักมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนเรื่องสมาธิของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งได้แก่ การมีสมาธิในการอ่านหนังสือ การมีสมาธิในการทำงานให้เสร็จในเวลาที่กำหนด การถูกรบกวนการขับรถและการเดินทาง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักสามารถทำกิจกรรมต่างๆข้างต้นได้ โดยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการทำกิจกรรมในเวลาว่างของผู้ป่วยนั้น พบว่าทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

ในส่วนที่เกี่ยวกับอาการชัก ซึ่งได้แก่ ความกลัวว่าจะมีอาการชักในเดือนหน้า ความกังวลว่าจะมีการบาดเจ็บขณะชัก ความกังวลว่าจะอายุคนอื่น ความกังวลเกี่ยวกับการทานยากันชักติดต่อกันเป็นเวลานานจะยิ่งทำให้อาการแย่ลง ทำให้ผู้ป่วยโรคลมชักมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับสิ่งที่รบกวนผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางนั้น ได้แก่ อาการชัก ความบกพร่องด้านความจำ การถูกจำกัดการทำงาน ผลจากยากันชักต่อร่างกาย และผลจากยากันชักต่อจิตใจ แต่เมื่อพิจารณาการเข้าสังคม กลับพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณาระดับของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชัก พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชัก ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก

ตารางที่ 5 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก จำนวน 150 คน (n=150)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต		t	P-Value
	ของผู้ป่วยโรคลมชัก			
	$\bar{X}$	S.D.		
เพศ			2.182	.031*
ชาย	67.66	16.07		
หญิง	61.74	15.98		

\*p<.05

จากตารางที่ 5 พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่เพศชายมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 67.66 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.07) ส่วนเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 61.74 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.98)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามระดับการศึกษา จำนวน 150 คน (n=150)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก	
	$\bar{X}$	S.D.
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	55.48	24.44
ประถมศึกษา	66.33	15.35
มัธยมศึกษา	67.62	15.09
สูงกว่ามัธยมศึกษา	63.18	14.83

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามระดับการศึกษา

ปัจจัย	ระดับการศึกษา	SS	df	MS	F	P
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก	ระหว่างกลุ่ม	1564.64	3	521.547	2.018	.114
	ภายในกลุ่ม	37739.02	146	1564.64		
	<b>รวม</b>	<b>39303.66</b>	<b>149</b>			

จากตารางที่ 6 - 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 55.48 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 24.44) ส่วนผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 66.33 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.35) ผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 67.62 มี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.09) และผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 63.18 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.83) เมื่อทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F=2.018$ ,  $p>.05$ )

ตารางที่ 8 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดอาการชักในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก จำนวน 150 คน (n=150)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก		t	P-Value
	$\bar{X}$	S.D.		
การเกิดอาการชักในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา			2.860	.006**
ไม่มีอาการชัก	67.74	15.94		
มีอาการชัก	59.49	15.67		

\*\*p<.01

จากตารางที่ 8 พบว่า การเกิดอาการชักในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 67.74 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.94) ส่วนผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการชักมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 59.49 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.67)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักจำแนก ตามจำนวนครั้งของการเกิดอาการชักในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 150 คน (n=150)

	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก	
	$\bar{X}$	S.D.
จำนวนครั้งของการเกิดอาการชัก ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่ชักเลย	70.55	14.84
1-5 ครั้ง	62.75	15.77
6-20 ครั้ง	58.31	16.91
มากกว่า 20 ครั้ง	59.34	17.75

\*\*p<.01

ตารางที่ 10 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามจำนวนครั้งของการเกิดอาการชักในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (n=150)

ปัจจัย	จำนวนครั้ง	SS	Df	MS	F	p
คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคลมชัก	ระหว่างกลุ่ม	3501.50	3	1167.17	4.760	.003**
	ภายในกลุ่ม	35802.16	146	245.22		
รวม		39303.66	149			

\*\*p<.01

จากตารางที่ 9 – 10 พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่อาการชักมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 70.55 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.84) ส่วนผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการชัก 1-5 ครั้ง มีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 62.75 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.77) ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการชัก 6-20 ครั้ง มีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 58.31 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.91) และผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการชักมากกว่า 20 ครั้ง มีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 59.34 (ส่วน



เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 17.75) เมื่อทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักที่มีจำนวนครั้งของการเกิดอาการชักในช่วง 12 เดือนต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=4.760$ ,  $p=.003$ ) จึงนำมาทำการทดสอบเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของเซฟเฟ (Scheffe's Method)

ผลการทดสอบเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของเซฟเฟ พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่มีอาการชักเลยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการชัก 6 – 20 ครั้ง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยคู่อื่นๆ ที่เหลือไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังแสดงไว้ในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามจำนวนครั้งของการเกิดอาการชักในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ( $n=150$ ) โดยวิธีของเซฟเฟ

ปัจจัย	แหล่ง ความ แปรปรวน	$\bar{X}$	ไม่ชัก เลย	ไม่ชัก		
				1 - 5 ครั้ง	6 - 20 ครั้ง	> 20 ครั้ง
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคลมชัก	ไม่ชักเลย	70.55	-	7.80	12.24*	11.21
	1 - 5 ครั้ง	62.75	-	-	4.44	3.41
	6 - 20 ครั้ง	58.31	-	-	-	5.77
	> 20 ครั้ง	59.34	-	-	-	-

\* $p<.05$

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักจำแนกตามรูปแบบการชัก จำนวน 150 คน (n=150)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก	
	$\bar{X}$	S.D.
<b>รูปแบบการชัก</b>		
ชักเฉพาะส่วน	68.69	17.58
ชักทั่วตัว	65.18	14.69
ชักเฉพาะส่วนร่วมกับชักทั่วตัว	61.65	18.05
ชักแบบเหม่อ	61.85	23.18

ตารางที่ 13 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามจำนวนครั้งของการเกิดอาการชักในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (n=150)

ปัจจัย	รูปแบบการชัก	SS	Df	MS	F	p
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก	ระหว่างกลุ่ม	731.34	3	243.78	.923	.432
	ภายในกลุ่ม	38572.32	146	264.19		
	<b>รวม</b>	<b>39303.66</b>	<b>149</b>			

จากตารางที่ 12 - 13 พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีการชักเฉพาะส่วนมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 68.69 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 17.58) ส่วนผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการชักทั่วตัวมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 65.18 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.69) ผู้ป่วยโรคลมชักที่ชักเฉพาะส่วนร่วมกับชักทั่วตัวมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 61.65 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 18.05) และผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการชักแบบเหม่อมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 61.85 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 23.18) เมื่อทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักที่มีรูปแบบการชักต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F=.923, p>.05$ )

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างอายุที่เริ่มชัก ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก ระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก จำนวน 150 คน (n=150)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-Value
อายุที่เริ่มชัก	.124	.130
ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก	-.150	.067
ระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน	-.253	.002**
ความเหนื่อยล้า	-.546	.000**
ภาวะซึมเศร้า	-.585	.000**

\*\*p<.01

จากตารางที่ 14 พบว่า ระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระดับความง่วงนอนในเวลากลางวันมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง สำหรับอายุที่เริ่มชักและระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ( $p>.05$ )

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ การศึกษา ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ อายุ ที่เริ่มชัก ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก ความถี่ของการชัก รูปแบบของการชัก ภาวะง่วงนอนง่าย ผิดปกติในเวลากลางวัน ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล (ได้แก่ เพศ การศึกษา) ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ (ได้แก่ อายุที่เริ่มชัก ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก ความถี่ของการชัก รูปแบบของการชัก ภาวะง่วงนอนง่าย ผิดปกติในเวลากลางวัน ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า) ของผู้ป่วยโรคลมชัก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล (ได้แก่ เพศ การศึกษา) ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ (ได้แก่ อายุที่เริ่มชัก ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก ความถี่ของการชัก รูปแบบของการชัก ภาวะง่วงนอนง่าย ผิดปกติในเวลากลางวัน ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า) ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักที่รับการรักษาด้วยการรับประทานยากันชักและไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ตรัง จำนวน 150 คน ในช่วงระหว่างวันที่ 18 มกราคม 2553 ถึงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง จนได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์เพื่อการวิเคราะห์จริง จำนวน 150 ฉบับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตเป็นค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยใช้สถิติ t-test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product moment correlation coefficient) ทดสอบความจำแนกด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way

ANOVA) หากมีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติจะเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยรายคู่ตามวิธีของเซเฟเฟ (Seheffe's Method)

### สรุปผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 65.49$ , S.D.=16.24)

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายข้อ สรุปผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้ ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคลมชักในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ความรู้สึกกระตือรือร้นที่จะทำสิ่งต่างๆ (มีชีวิตชีวา) ความรู้สึกที่มีความวิตกกังวลสูง ความรู้สึกเศร้าลงอย่างกะทันหัน และไม่มีอะไรที่จะทำให้กำลังใจดีขึ้น ความรู้สึกมีความสุขและสงบ ความรู้สึกมีพลังในการทำสิ่งต่างๆ ความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดหู่ ความรู้สึกเบื่อหน่าย หมดเร็วแรง ความรู้สึกเป็นคนที่มีความสุขดี ความรู้สึกเหนื่อย ความรู้สึกยุ่งยากในการหาเหตุผลหรือแก้ปัญหาต่างๆ เช่น การวางแผน การตัดสินใจ การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ความรู้สึกว่าคุณภาพทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเยี่ยมเยียนญาติสนิทหรือเพื่อนฝูง ความรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับข้อที่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ความรู้สึกกลัวว่าจะมีการชักอีก

ในส่วนของปัญหาเรื่องความจำในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การมีปัญหาเรื่องความจำ และการที่มีคนบอกว่าตัวผู้ป่วยโรคลมชักมีปัญหาเรื่องความจำ

ปัญหาเรื่องสมาธิ พบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ไม่มีสมาธิในการอ่านหนังสือ ไม่มีสมาธิในการทำงานให้เสร็จในเวลาที่กำหนด รบกวนการขับ และรบกวนการเดินทาง สำหรับข้อรบกวนการทำกิจกรรมในเวลาว่าง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

สำหรับความกังวลเกี่ยวกับอาการชัก พบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความกลัวว่าจะมีอาการชักในเดือนหน้า ความกังวลว่าจะมีการบาดเจ็บขณะชัก ความกังวลเกี่ยวกับความอายคนอื่น ความกังวลเกี่ยวกับการทานยากันชักติดต่อกันเป็นเวลานาน จะยิ่งทำให้อาการแย่ลง

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในส่วนของสิ่งที่รบกวนผู้ป่วยโรคลมชัก พบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ อาการชัก ความบกพร่องด้านความจำ เช่น หลงๆ ลืมๆ ถูกจำกัดการทำงาน ผลจากยากันชักต่อร่างกาย เช่น ทำให้เกิดอาการวิงเวียน ง่วงนอน ปวดท้อง เป็นต้น ผลจากยากันชักต่อจิตใจ เช่น วิตกกังวลว่าจะมีอาการข้างเคียงจากยาที่กิน เป็นต้น สำหรับข้อถูกจำกัดการเข้าสังคม เช่น ไม่อยากพบปะหรือพูดคุยกับใคร มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

2. ผลการวิจัยปัจจัยด้านบุคคลพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา เป็นผู้ว่างงาน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักในขณะที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยระยะเวลาที่เป็นโรคลมชักต่ำกว่า 10 ปี รูปแบบของการชักที่พบมากที่สุดคือ ชักทั่วตัว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการชักเกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์และ 12 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ทั้งนี้ผลการวิจัยในส่วนของปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่ไม่มีภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติ ผู้ป่วยโรคลมชักครึ่งหนึ่งมีความเหนื่อยล้าเล็กน้อย และส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า

3. เพศ และความถี่ของการชัก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ระดับการศึกษา และรูปแบบการชัก ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ( $p > .05$ ) การเกิดอาการชักในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับความง่วงนอนง่ายผิดปกติ ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระดับความง่วงนอนง่ายผิดปกติมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง สำหรับอายุที่เริ่มชักและระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ( $p > .05$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 65.49$ ,  $SD = 16.24$ ) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kanjanasilp J. (2006), Canuet et al. (2009) และ Kumari, Ram, Nizamie & Goyal (2009) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษามาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้วนั้น จะสามารถปรับตัว เผื่อระวังในการควบคุมอาการชัก เพื่อให้สุขภาพเข้าสู่ภาวะปกติ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความแตกต่างเฉพาะบุคคลเกี่ยวกับความเข้าใจและการรับรู้ถึงเรื่องคุณภาพชีวิตและโรคลมชัก ซึ่งการที่จะรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับการมีสภาวะที่มีสภาพร่างกายและจิตใจที่ดี (Paris-ribeiro, Silva, Meneses & Falco, 2007)

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นรายข้อ พบว่ามีข้อคำถามที่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำจำนวน 1 ข้อ จากข้อคำถามทั้งสิ้น 31 ข้อ คือ ข้อคำถามที่ว่า ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีความรู้สึกกลัวว่าจะมีการชักอีก อธิบายได้ว่า เนื่องจากโรคลมชักเป็นโรคที่คาดเดาการเกิดอาการไม่ได้

ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลกับอาการที่อาจเกิดขึ้น และกลัวจะซ้ำอีก ซึ่งเมื่อเกิดการชัก ผู้ป่วยมักรู้สึกว่าตนเองอ่อนแอหรือมีความผิดปกติมากขึ้น เกิดความท้อแท้ สูญเสียกำลังใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีผู้อื่นเห็นในขณะที่มีอาการชัก จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอายหรือเกิดปมด้อย เนื่องจากรู้สึกว่าความสามารถของตนลดลงและไม่สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น อีกทั้งยังรู้สึกว่าถูกจำกัดกิจกรรมทางสังคม อาทิ การถูกจำกัดการประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับขับรถหรือใช้เครื่องจักรกล เนื่องจากถูกมองว่าเป็นผู้ไร้ความสามารถและอาจเกิดอันตรายขณะทำงาน ถูกปฏิเสธในการทำประกันชีวิต ผู้ป่วยวัยรุ่นไม่สามารถใช้ชีวิตหรือเที่ยวกลางคืนได้ เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะต้องอดนอน อาจทำให้เกิดอาการชักขึ้นได้ เป็นต้น ทั้งนี้ความรู้สึกกลัวว่าจะมีการชักขึ้นอีกนั้น ขึ้นอยู่กับความแตกต่างในแต่ละบุคคล (Jacoby and Baker, 2008)

ในส่วนของผลการศึกษาปัจจัยด้านบุคคลพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ได้รับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก (วิริยา เชื้อลี, สมศักดิ์ เทียมเก่า และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2548) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนมากเป็นเพศชาย มีระดับการศึกษาต่ำ ผู้ป่วยกว่าครึ่งว่างงาน รายได้ต่ำ และอยู่ในภาวะต้องพึ่งพาผู้อื่น อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการศึกษาต่ำกว่าการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, 2553) จะมีโอกาสว่างงานสูง มีรายได้ต่ำ หรือไม่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ มักประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ ทำให้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตลดลง (Baker, Nashef and Hout, 1997; Piazzini, Beghi, Turner, Ferraroni and the LICE Quality of Life Group, 2008)

ในส่วนของผลการศึกษาปัจจัยด้านภาวะสุขภาพพบว่า อายุที่เริ่มชักของผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ อายุต่ำกว่า 15 ปี อธิบายได้ว่า การเป็นโรคลมชักที่เริ่มขึ้นในวัยเด็กนั้น มีโอกาสหายขาดได้มากที่สุด (กัลยาณี ธีระวิบูลย์, สุรางค์ เจียมจรรยา และอนันต์นิตย วิสุทธิพันธ์, 2549) ซึ่งการเกิดการชักตั้งแต่อายุน้อย ผู้ป่วยจะต้องพยายามปรับตัวให้ได้ เพื่อให้อยู่กับโรคเรื้อรังนี้ได้ เป็นระยะเวลายาวนาน ทั้งนี้การเริ่มเป็นโรคลมชักเมื่ออายุมากจะทำให้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในช่วงที่เป็นโรค (Duration) สั้นกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับวัยอื่นๆ อาจได้รับผลกระทบเป็นระยะเวลาที่สั้นกว่าวัยอื่น (Canuet et al., 2009)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคลมชักมาเป็นระยะเวลาต่ำกว่า 10 ปี อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักมานาน จะตระหนักถึงการใส่ใจในสุขภาพ ระวังระวังในการหลีกเลี่ยงสิ่งๆ ที่กระตุ้นให้เกิดอาการชัก ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพ มีการสังเกตผลข้างเคียงที่ได้รับจากยากันชัก เข้า

รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และคำนึงถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมของตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการควบคุมอาการชักและสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้ (Petersen, Walker, Runge and Kessler, 1998)

ความถี่ของการชักพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่มีอาการชักเกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์และ 12 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล อธิบายได้ว่า ความถี่ของการชักเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก (Baker and Jacoby, 2000) ซึ่งเป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษาคือ ควบคุมการชักให้ได้ หรือลดการเกิดการชักให้น้อยที่สุด (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2545; Baker and Jacoby, 2000) การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการชักในช่วง 2 สัปดาห์และ 12 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่แรกเริ่ม ได้รับความรู้และการแนะนำเกี่ยวกับโรคและการรักษา จนผู้ป่วยมีความตระหนักและรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมการชักและความรุนแรงของอาการที่เกิดหลังชัก (Petersen, Walker, Runge and Kessler, 1998) จะสามารถควบคุมอาการชักได้ ความถี่ของการชักรักก็จะลดลง สามารถลดโอกาสที่โรคจะพัฒนารุนแรงขึ้น (Baker, Nashef & Hout, 1997) รวมทั้งช่วยลดอัตราและป้องกันการเกิดจุดกำเนิดชักเพิ่มขึ้นจากการชักติดต่อกันเป็นเวลายาวนาน เป็นผลให้สามารถลดความพิการทางจิต สังคม อาทิ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เกิดปมด้อย การสูญเสียอาชีพการงานและการศึกษา (รัศริน กาสลัก, 2548) ทั้งนี้ผู้ที่ปลอดจากการชักสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาการชักเดือนละครั้งหรือมากกว่า สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ มีการวางแผนชีวิตในอนาคต มีสัมพันธภาพกับเพื่อน และรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง สามารถดำเนินชีวิตประจำวันหรือทำกิจกรรมต่างๆทางสังคมได้ (Baker et al., 1997)

รูปแบบของการชักที่พบบ่อยที่สุด คือ ชักทั่วตัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิริยา เชื้ออลี, สมศักดิ์ เทียมเก่า และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2548) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคลมชักชนิดชักบางส่วนที่มีอาการชักถี่มากขึ้น ทำให้โรคมีการพัฒนาไปสู่การเป็นโรคลมชักชนิดชักเกร็งกระตุกทั้งตัวหรือโรคลมชักชนิดบางส่วนที่ซับซ้อน (Cramer, 1993) จึงทำให้พบว่า การชักทั่วตัวเป็นรูปแบบการชักที่พบบ่อยที่สุด อีกทั้งญาติหรือผู้พบเห็นผู้ป่วยในขณะที่มีอาการชักบางชนิดมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน และไม่สามารถบอกประวัติความเจ็บป่วยได้ครอบคลุม ตรงตามที่มีอาการจริง เช่น การชักแบบมีพฤติกรรมที่ไม่รู้ตัว เช่น อาการหยุดนิ่งไม่รับรู้สิ่งแวดล้อมภายนอก คล้ายคนเหม่อลอยหรือมีการเคลื่อนไหวแบบไม่รู้ตัว เดินไปเดินมา ภูมือ เลียริมฝีปาก เคี้ยวปาก และอาจตามด้วยการชักกระตุกทั้งตัว (ศิริวรรณ ฤทธิชนะขจร, 2546) อาการเหล่านี้อาจทำให้ญาติหรือผู้พบเห็นคาดเดาว่าผู้ป่วยนั้นมีเพียงอาการชักแบบชักทั่วตัว โดยไม่ได้บอกเล่าอาการที่มีพฤติกรรมไม่รู้ตัว เป็นผลให้การวินิจฉัยล่าช้าหรือคลาดเคลื่อน ดังนั้นพยาบาล



จึงควรมีความรู้ ความสามารถ และควรตระหนักถึงความสำคัญของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคลมชัก เนื่องจากประวัติความเจ็บป่วยที่ชัดเจน จะสามารถใช้จ่ายจำแนกโรคตามลักษณะของการชักได้ ซึ่งจะทำให้สามารถทราบสาเหตุ การดำเนินโรค และยังสามารถพยากรณ์โรคได้อีกด้วย ทั้งยังเกิดประโยชน์ในการพิจารณาเลือกยากันชักให้เหมาะสมกับโรคลมชักแต่ละชนิด (กัลยาณี ธีระวิบูลย์, สุรางค์ เจียมจรรยา และอนันต์นิตย วิสุทธิพันธ์, 2549) นำไปสู่เป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษา ซึ่งก็คือการควบคุมอาการชักได้อย่างสมบูรณ์ (complete control of seizure) หรือไม่มีอาการชักอีกเลย (seizure free) หรือให้มีอาการชักน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยมีอาการข้างเคียงจากยากันชักน้อยที่สุด ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ และมีคุณภาพชีวิตดีที่สุด (ชัยชน โฉวเจริญกุล, 2545)

ภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติในเวลากลางวัน พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่ไม่มีภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติ อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการบริหารยากันชัก โดยได้รับการปรับยากันชักให้เหมาะสม จนสามารถคุมอาการชักได้โดยไม่มีผลข้างเคียง เช่น อาการง่วงซึม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นโรคลมชักมาเป็นระยะเวลาในช่วง 1-10 ปี ซึ่งในช่วงเวลาเริ่มต้นของการรักษามาแล้ว ผู้ป่วยจะสามารถปรับสภาพร่างกายเพื่อทนต่อผลข้างเคียงของยากันชักได้ (กัลยาณี ธีระวิบูลย์, สุรางค์ เจียมจรรยา และอนันต์นิตย วิสุทธิพันธ์, 2549; ชัยชน โฉวเจริญกุล, 2546)

ความเหนื่อยล้าพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้า มีเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่ไม่มีความเหนื่อยล้าเลย ผู้ป่วยครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 34.7 มีความเหนื่อยล้าปานกลาง ในขณะที่ร้อยละ 7.3 มีความเหนื่อยล้ามาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Baker, Jacoby, Buck, Stalgis and Monnet (1997) อธิบายได้ว่า ความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงจากการใช้ยากันชักที่พบได้บ่อยที่สุด (Baker, Jacoby, Buck, Stalgis and Monnet, 1997) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการขาดยา เริ่มแยกตัว และปฏิเสธการดูแลรักษา (Velissaris, Wilson, Saling, Newton and Berkovic, 2007) ความเหนื่อยล้าที่สะสมอยู่นานจะทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ทั้งนี้ผู้ที่มีความเหนื่อยล้ามากมักมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Ettinger, Weisbrot, Krupp, Coyle, Jandorf and Devinsky, 1998) พยาบาลจึงควรค้นหาวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ เหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น และก่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษา

ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคลมชักต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคลิกภาพและการดำเนินชีวิต ต้องมีการปรับตัว ทำความ

เข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับการควบคุมอาการชัก ก่อให้เกิดความเครียด เกิดอารมณ์หดหู่ รู้สึกเศร้า โศก หดหวัง หงุดหงิด ครุ่นคิด และความเชื่อมั่นในตนเองลดลง จนทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น (Ettinger, Weisbrot, Krupp, Coyle, Jandorf and Devinsky, 1998; Velissaris, Wilson, Saling, Newton and Berkovic, 2007; Brand, Burton, Schaffer, Alper, Devinsky, and Barr, 2009) พยาบาลจึงควรส่งเสริม สนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย รวมถึงช่วยค้นหาปัญหาหรืออุปสรรคที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด หดหู่ ซึมเศร้า ซึ่งอาจใช้ทักษะการให้คำปรึกษา หรือการจัดกลุ่มสัมพันธ์ให้กับผู้ป่วย ตามความเหมาะสม

ในส่วนของผลการศึกษาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลนั้น ผลการวิจัยพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Stevanovic (2007) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีสุขภาพทางจิตต่ำกว่าเพศชาย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ มีภาวะซึมเศร้า และรู้สึกว่าความเชื่อมั่นในตนเองลดลงมากกว่าเพศชาย (Piazzini, Beghi, Turner, Ferraroni and the LICE Quality of Life Group, 2008) ประกอบกับผู้ป่วยลมชักเพศหญิงมีความอ่อนไหวต่อการเกิดปมด้อย ความสามารถทั่วไปและความสามารถในการปรับตัวลดลง ความกังวลกับการชักครั้งต่อไปมากกว่าเพศชาย ทำให้เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า (Canuet et al., 2009)

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Phabphal, Geater, Limapichart, Satirapunya, & Setthawatcharawanich (2009) อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูล ความรู้ หรือแนวทางเกี่ยวกับการดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ด้วยกลวิธีที่เหมาะสม จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ และเกิดความตระหนักรู้ในการดูแลรักษา ให้สามารถดูแลตนเอง หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นอาการชัก และเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการควบคุมอาการชักและสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นกว่าเดิม ดังนั้นการศึกษาในระดับประถมศึกษา จึงเพียงพอที่ผู้ป่วยจะสามารถทำความเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคลมชักได้ อาทิ การดำเนินโรค หรือแนวทางการรักษา เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพ (Christensen, Vestergaard, Mortensen, Sidenius & Agerbo, 2007; Senol et al., (2007) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ด้วยการให้ทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น การใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย การใช้สื่อการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งอาจต้องพิจารณาเป็นรายบุคคล

อายุที่เริ่มชักไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่เริ่มเป็นโรคลมชักตั้งแต่อายุยังน้อย มักจะได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเป็นระยะเวลา ยาวนาน แต่หากอาการบรรเทาจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี (Sillanpaa, Haataja & Shinnar, 2004) ทั้งนี้ กัลยาณิ ธีระวิบูลย์, สุรางค์ เจียมจรรยา และอนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์ (2549) กล่าวไว้ว่า การเป็นโรคลมชักที่เริ่มขึ้นในวัยเด็กนั้น มีโอกาสหายขาดได้มากที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยที่เป็น โรคลมชักชนิดที่มีพยากรณ์โรคดี ประกอบกับการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและ สามารถปรับตัวได้ โดยสามารถควบคุมการชักไม่ให้เกิดขึ้นได้หรือเกิดการชักน้อยที่สุด อาทิ การที่ ผู้ป่วยที่มีทักษะการจัดการกับการรับประทานยา โดยสามารถรับประทานยากันชักอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องนั้น จะสามารถควบคุมการชักได้ดี มักปลอดภัยจากการชักหรือมีความถี่ ของการชักลดลง (Mosaku et al., 2006; McAuley, McFadden, Elliott & Shneker, 2008) ก็จะสามารถลด ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชักไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Petersen et al., (1998) อธิบายได้ว่า แม้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ป่วย เป็นโรคลมชักมายาวนาน มักจะประสบปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับสังคม จนส่งผลต่อคุณภาพ ชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยสามารถปรับตัวและทำใจยอมรับกับสภาพที่เกิดขึ้นได้ โดย ตระหนักถึงการใส่ใจในสุขภาพ ระวังระมัดระวังในการหลีกเลี่ยงสิ่งทีกระตุ้นให้เกิดอาการชัก ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพ มีการสังเกตผลข้างเคียงที่ได้รับจากยากันชัก และคำนึงถึงคุณภาพ ชีวิตโดยรวมของตนเอง ซึ่งการปรับตัวนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างส่วนบุคคล ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยได้รับ การดูแลรักษาให้มีอาการบรรเทาหรือลดลง สามารถคุมอาการชักได้ดี จนสามารถใช้ชีวิตได้ ใกล้เคียงปกติ ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในสุขภาพ ได้รับผลกระทบน้อย จะส่งผลให้มีคะแนน คุณภาพชีวิตสูง และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Baker et al., 1997; Jacoby & Baker, 2008; รัศริน กาสลัก, 2548)

ความถี่ของการชัก (จำนวนครั้งของการชักในช่วง 2 สัปดาห์ และ 12 เดือน) มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคลมชักโดยส่วนใหญ่ไม่มี อาการชักเกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์และ 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งแสดงว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมการ ชักได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Sillanpaa et al. (2004) อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม สามารถควบคุมปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการชักได้ จนมีอาการบรรเทา หรือลดลง และสามารถใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติในระยะเวลา 2 ปี เกิดความพึงพอใจในสุขภาพ ได้รับผลกระทบน้อย จะส่งผลให้มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูง และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

(Baker, Jacoby, Buck, Stalgis & Monnet, 1997; Petersen et al., 1998; Jacoby & Baker, 2008; รัศรินทร์ กาสลัก, 2548)

รูปแบบของการชัก ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่นั้น เป็นโรคลมชักชนิดชักทั่วตัวเพียงรูปแบบเดียวมากที่สุด (Cramer, 1993; ศิริวรรณ ฤทธิธนะขจร, 2546) ซึ่งจะได้รับผลกระทบน้อยกว่าผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการชักหลายรูปแบบ (Baker et al., 1997) ทั้งนี้รูปแบบของการชัก จะขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล สภาพร่างกายและจิตใจ รวมถึงสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย หากควบคุมปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการชักได้ ความถี่ของการชักจะลดลง (Baker, Nashef & Hout, 1997) สามารถลดโอกาสที่โรคจะพัฒนารุนแรงขึ้น ไปสู่การเป็นโรคลมชักชนิดชักบางส่วนที่ซับซ้อน ชนิดชักเกร็งกระตุกทั้งตัว หรือเกิดการชักต่อเนื่องได้ ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคลมชัก (Senol et al., 2007; Canuet et al., 2009)

ภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติในเวลากลางวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Piperidou, Karlovasitou, Triantafyllou, et al. (2008) อธิบายได้ว่า ความง่วงนอนง่ายผิดปกติ เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยพบและส่งผลกระทบมากที่สุด ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่งผลต่อกิจวัตรในช่วงกลางวัน และมีอิทธิพลต่อการควบคุมการชักด้วย (Baxter, 2005) นอกจากนี้ การชักขณะหลับจะขัดขวางและรบกวนการนอนหลับ ทำให้เกิดภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติในเวลากลางวัน (Excessive daytime sleepiness) ได้ (Xu et al., 2006) เกิดความผิดปกติด้านสมาธิ ความจำ และอารมณ์ ส่งผลให้ความสามารถในการทำงานให้สำเร็จและความสามารถในขณะเรียนนั้นลดลง (Guilleminault & Brooks, 2001)

ความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ettinger et al. (1998) อธิบายได้ว่า หลังมีอาการชักจะสูญเสียพลังงานและอ่อนเพลีย (Senol et al., 2007) อยู่ในสภาวะไร้ความสามารถชั่วคราว การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยยิ่งอ่อนแอลง ความกลัวการกำเริบของอาการชักจะเพิ่มมากยิ่งขึ้น เกิดภาวะอารมณ์แปรปรวน (Baker et al., 1997) ทั้งนี้ความรู้สึกเหนื่อยล้าเป็นสาเหตุหลักของการขาดยา เริ่มแยกตัว และปฏิเสธการดูแลรักษา (Velissaris, Wilson, Saling, Newton & Berkovic, 2007) เมื่อผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้าสะสมอยู่ยาวนาน จะทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ เศร้าโศก หงุดหงิด หมดหวัง และความเชื่อมั่นในตนเองลดลง (Dilorio, Shafer, Letz, Henry, Schomer & Yeager, 2006) ทั้งนี้ ผู้ที่มีความเหนื่อย

ล้ำมากมักมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Ettinger, Weisbrot, Krupp, Coyle, Jandorf and Devinsky, 1998)

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mosaku et al. (2006) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคลมชักจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคลิกภาพและการดำเนินชีวิต จึงต้องมีการปรับตัว ทำความเข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับการควบคุมอาการชัก ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งจะกระตุ้นให้ชักถี่และรุนแรงมากยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและทางด้านจิตใจ (Velissaris et al., 2007; Harden, Maroof, Nikolov, Fowler, Sperling, Liporace, et al., 2007) เมื่อผู้ป่วยโรคลมชักมีระดับของภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น จะทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง (Brand, Burton, Schaffer, Alper, Devinsky & Barr, 2009)

จากผลการวิจัยข้างต้น พยาบาลควรตระหนักถึงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก ส่งเสริมให้การรักษาได้ผลยิ่งขึ้น(ศิริวรรณ ฤทธิธนะขจร, 2546) ซึ่งสิ่งสำคัญ คือ การเฝ้าติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง พยาบาลต้องให้คำแนะนำถึงสิ่งต่างๆที่ผู้ป่วยควรทราบ เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการชัก(ธนินทร์ อัสวีเชียวจินดา, 2542) การดูแลตนเอง และการรับประทานยากันชัก โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นของการรับประทานยากันชัก รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาที่ครอบคลุมไปถึงความรู้ที่เกี่ยวกับผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการข้างเคียงที่สำคัญ การเฝ้าดูอาการแพ้ยา(ทนายาท ดีสุดจิต, 2544) ทั้งนี้หากผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยากันชัก พยาบาลต้องค้นหาสาเหตุและหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน (Wheless, 2006) นอกจากนั้นในผู้ป่วยที่มีการชักซ้ำบ่อยๆควรระมัดระวังอุบัติเหตุ ป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายจากการชัก มีความปลอดภัยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (Johnson, 1982; สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2544; ศิริวรรณ ฤทธิธนะขจร, 2546)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรสนับสนุนให้มีพยาบาลสำหรับดูแลจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคลมชัก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ ซึ่งพยาบาลควรให้การดูแล ให้คำปรึกษา แนะนำส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้การดูแลที่ถูกต้องด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความรู้สึที่ดี และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา เกิดกระบวนการการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ และเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

2. ควรประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตเป็นระยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคลมชักรายใหม่ เพื่อให้การพยาบาลและการสนับสนุนที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

3. ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรในทีมสุขภาพตระหนักถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยให้ผู้ป่วยสามารถใช้แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่มีอยู่ให้คุ้มค่า

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยถึงการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อปรับเปลี่ยนปัจจัยบางประการที่จะสามารถเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักได้ อาทิ ภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติ ในเวลากลางวัน ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า รวมถึงการวิจัยการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก

2. ควรศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก การให้ความสำคัญต่อผู้ดูแลเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยโรคลมชักมีความจำเป็นต้องพึ่งพาและได้รับความดูแลจากผู้ดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน จึงอาจได้รับผลกระทบจากผู้ป่วย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กัลยาณี ธีระวิบูลย์, สุรางค์ เจียมจรรยาและอนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์. (2549). **แนวทางการรักษาโรคลมชักสำหรับแพทย์**. สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย.
- จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2547). ภาวะง่วงง่ายผิดปกติ. **วิชัยยุทธจุลสาร** 28: 70-76.
- จันทร์หา ธีระสมบุญ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. **วารสารกรมสุขภาพจิต** 4: 117-126.
- จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. 2549. การทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค. **ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5**. ณ โรงแรมปรีณซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร.
- ชัยชน โลว์เจริญกุล. (2548). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก หลังผ่าตัดหาย – ประเมินด้วยการมีอาชีพและรายได้. **จดหมายเหตุทางการแพทย์** 88: 207-213.
- ชัยชน โลว์เจริญกุล. (2549). โรคลมชักกับกฎหมาย-ทัศนะนั้น่ารู้. **ข่าวสารมูลนิธิเทียนส่องใจเพื่อคนไข้โรคลมชัก**. โครงการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักครบวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- ชัยชน โลว์เจริญกุล. (2545). อาการชักและโรคลมชัก. **ตำราอายุรศาสตร์** 2. 3,000 เล่ม, พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยชน โลว์เจริญกุล. (2546). Evidence – Based Clinical Practice Guidelineทางอายุรกรรม. 3,000 เล่ม, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทนายท ดีสุดจิต. (2544). **วิทยาการในโรคลมชัก**. กรุงเทพฯ: เอ จี เน็ตเวิร์ค.
- ธนิษฐ์ อัครวิเชียรจินดา. (2542). **การวิจัยและพัฒนาเพื่อควบคุมโรคลมชักในผู้ป่วยที่มารับการรักษในจังหวัดนครราชสีมา**. กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
- ถนอมศักดิ์ ทองมัน. (2547). **การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ จังหวัดลพบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นารา กุลวรรณวิจิตร. (2550). อัตราความชุกของการเกิดความอ่อนล้าขณะขับรถ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพนักงานขับรถโดยสารประจำทางในเส้นทางภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือในสถานีขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพฯ (จตุจักร). [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <http://www.anamai.moph.go.th/occmed/journal.html> [2552, สิงหาคม 4]
- ปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคลินิก ปัจจัยส่วนบุคคล และความเหนื่อยล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง (2007). คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2(3): 327-337.
- เพ็ญใจ ดาโลปการ (2545) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มลฤดี บุราณ (2548) ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัศริน กาสลัก. (2548). การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัดในโครงการรักษาผู้ป่วยลมชักครบวงจร ในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรุณศิริ ปราณีธรรม. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรุณศิริ ปราณีธรรม. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิริยา เชื้อลี, สมศักดิ์ เทียมเก่า และ สุวรรณมา อรุณพงศ์ไพศาล. (2548). A survey on quality of life in epileptic patients. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน 4(1) มกราคม-มีนาคม: 21-27.



- ศิริมา วงศ์แหลมทอง.(2542). **ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริวรรณ ฤทธิธนะขจร. (2546). มุมมองของพยาบาลต่อพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก. **จุลสารชมรมประสาทวิทยาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** 4(2): 10-16.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2542). **อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2544). อุบัติเหตุที่เกิดจากการชัก. **ศรีนครินทร์เวชสาร** 16: 111-114.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิวรรณ ตันติพิวัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ และ ราณี พรหมานะจิงกุล. (2545). **เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) [ออนไลน์]** แหล่งที่มา: <http://www.dmh.moph.go.th/test/whoqol/> [2552, มิถุนายน 8]
- เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล. (2549). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เสาวรส ปริญญาจิตตะ. (2540). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย. (2549). **แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข สำหรับการรักษาผู้ป่วยทั่วไป**. 1,000 เล่ม. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักงานพัฒนาโครงการแนวทางการบริการสาธารณสุข.
- อมรินทร์ หน่อไชยวงศ์. (2545). **ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

#### ภาษาอังกฤษ

- Auriel , E. et al. (2009). Quality of life in seizure-free patients with epilepsy on monotherapy. *Epilepsy & Behavior* 14: 130–133.

- Austin, J. K., Carr, D. A. and Hermann, B. P. (2006). Living Well II: A review of progress since 2003. *Epilepsy & Behavior* 9: 386–393.
- Baker G. A. and Jacoby A. (2000) **Quality of Life in Epilepsy: Beyond Seizure Counts in Assessment and Treatment**. Singapore: Harwood Academic Publishers,
- Baker, G. A. (2001). Assessment of Quality of Life in People with Epilepsy: Some Practical Implications. *Epilepsia* 42(3): 66–69.
- Baker, G. A., Jacoby, A., Buck, D., Stalgis, f. and Monnet, D. (1997). Quality of Life of People with Epilepsy: A European Study. *Epilepsia* 38(3): 353-362.
- Baker, G. A., Nashef, L. and Hout, B. A. (1997) Current Issues in the Management of Epilepsy: The Impact of Frequent Seizures on Cost of Illness, Quality of Life, and Mortality. *Epilepsia* 38(Suppl.1): S1-S8.
- Bautista, R. E. D. and Wludyka, P. (2007). Factors associated with employment in epilepsy patients. *Epilepsy & Behavior* 10: 89–95.
- Baxter, P. (2005). Epilepsy and sleep. *Developmental Medicine and Child Neurology* 47, 11: 723.
- Berger, A. M. (2002). Feasibility of a Sleep Intervention During Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum* 29(10):1431-1441.
- Brand, J. G., Burton, L. A., Schaffer, S. G., Alper, K. R., Devinsky, O., and Barr, W.B. (2009). **Emotional recognition in depressed epilepsy patients**. [Online]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19393764> [2009, June 5]
- Bullinger, M. (2003). Measuring Health Related Quality of Life. *Advances in Experimental Medicine and Biology* 528: 113-122.
- Canuet, L., et al. (2009). Factors associated with impaired quality of life in younger and older adults with epilepsy. *Epilepsy Research* 83(1): 58-65.
- Cella, D. and Nowinski, C. J. (2002). Measuring Quality of Life in Chronic Illness: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Measurement System. *Arch Phys Med Rehabil* 83(Suppl. 2): S10-7.

- Christensen, J., Vestergaard, M., Mortensen, P. B., Sidenius, P. and Agerbo, E. (2007). Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. **The Lancet Neurology** 6(8) August: 693-698.
- Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for Revised Classification of Epilepsies and Epileptic Syndromes. (1989). **Epilepsia** 30(4): 389-399.
- Cramer, J. A. (1993). A Clinimetric Approach to Assessing Quality of Life in Epilepsy. **Epilepsia** 34(4): s8-s13.
- Devinsky, O. (2000). The Meaning of Quality of Life to Patients with Epilepsy. **Epilepsy & Behavior** 1(1) February: S18-S20.
- Dilorio, C., Shafer, P. O., Letz, R., Henry, T. R., Schomer, D. L. and Yeager, K. (2006). Behavioral, social, and affective factors associated with self-efficacy for self-management among people with epilepsy. **Epilepsy & Behavior** 9: 158-163.
- Ettinger, A. B., Weisbrot, D. M., Krupp, L. B., Coyle, P. K., Jandorf, L. and Devinsky, O. (1998). Fatigue and Depression in Epilepsy. **J. Epilepsy** 11: 105-109.
- Grudzinski, A. N., Hakim, Z., Coons, S. J. and Labiner, D. M. (1998). Use of the QOLIE-31 in Routine Clinical Practice. **Journal of Epilepsy** 11(1) January: 34-47.
- Guilleminault, C., and Brooks, S. N. (2001). Excessive daytime sleepiness A challenge for the practising neurologist. **Brain** 124:1482-1491.
- Harden, C. L., et al. (2007). The effect of seizure severity on quality of life in epilepsy. **Epilepsy & Behavior** 11: 208-211.
- Helde, G., Bovim, G., Brathen, G. and Brodtkorb, E. (2005). A structured, nurse-led intervention program improves quality of life in patients with epilepsy: A randomized, controlled trial. **Epilepsy & Behavior** 7: 451-457.
- Hessen, E., Lossius, M. I., Reinvang, I. and Gjerstad, L. (2006). Predictors of neuropsychological impairment in seizure-free epilepsy patients. **Epilepsia** 47:1870-1878.

- Jacoby A. and Baker G. A. (2008). Quality-of-life trajectories in epilepsy: a review of the literature. *Epilepsy & behavior* 12(4): 557-571.
- Jacoby et al. (2008). Meanings of epilepsy in its sociocultural context and implications for stigma: Findings from ethnographic studies in local communities in China and Vietnam. *Epilepsy & Behavior* 12: 286–297.
- James W. Wheless. (2006). Intractable epilepsy: A survey of patients and caregivers. *Epilepsy & Behavior* 8: 756–764.
- Jantip Kanjanasilp, Sayarm Khaewwichit, Richards, R. M. E. and Yupaporn Preechagoon. (2004) Thai Version of the Quality-of-Life in Epilepsy Inventory: Comparison Between the QOLIE-31 and the QOLIE-10. *CMU. Journal* 3(1): 35-41.
- Johns M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 14(6): 540-5.
- Johnson, B. M. 1982. *Nursing Management of Epilepsy*. USA: Aspen Systems.
- Johnson, E. K., Jones, J. E., Seidenberg, M. and Hermann B. P. (2004). The Relative Impact of Anxiety, Depression, and Clinical Seizure Features on Health-related Quality of Life in Epilepsy. *Epilepsia* 45(5): 544–550.
- Kanitpong Phabphal, Alan Geater, Kitti Limapichart, Pornchai Satirapunya and Suwanna Setthawatcharawanich. (2009). Quality of Life in Epileptic Patients in Southern Thailand. *J Med Assoc Thai* 92(6):769-768.
- Kanjanasilp J. (2006). *Population Pharmacokinetics and Pharmaceutical Care for Patients Taking Phenytoin*. PhD dissertation in Pharmacy. Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University, Thailand.
- Kobau, R., Zahran, H., Grant, D., Thurman, D. J., Price, P. H. and Zack, M. M. (2007). Prevalence of active epilepsy and health-related quality of life among adults with self-reported epilepsy in California: California Health Interview Survey, 2003. *Epilepsia* 48: 1904–1913.
- Kugoh, T. (1996). Quality of Life in Adult Patients with Epilepsy. *Epilepsia* 37(3): 37-40.

- Kumari, P., Ram, D., Nizamie, S. H. and Goyal, N. (2009). Stigma and quality of life in individuals with epilepsy: A preliminary report. *Epilepsy & Behavior* 15(3) July: 358-361.
- Leone, M. A., Beghi, E., Righini, C., Apolone, G., and Mosconi, P. (2005) Epilepsy and quality of life in adults: A review of instruments. *Epilepsy Research* 66:23–44.
- Loring, D. W., Meador, K. J. and Lee, G. P. (2004). Determinants of quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav* 5:976–80.
- McAuley, J. W., McFadden, L. S., Elliott, J. O. and Shneker, B. F. (2008). An evaluation of self-management behaviors and medication adherence in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 13: 637 –641.
- Moons, P. and Norekval, T. M. (2006). Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic diseases? A hypothesis. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5: 16 – 20.
- Mosaku, K. S., Fatoye, F. O., Komolafe, M., Lawal, M. and Ola, B. A. (2006). Quality of Life and Associated Factors Among Adults with Epilepsy in Nigeria. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 36(4): 469-481.
- Pais-Ribeiro, J., Martins da Silva, A., Meneses, R.F. and Falco, C. (2007). Relationship between optimism, disease variables, and health perception and quality of life in individuals with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 11: 33–38.
- Paschal, A. M. et al. (2007). Epilepsy patients' perceptions about stigma, education, and awareness: Preliminary responses based on a community participatory approach. *Epilepsy & Behavior* 11: 329–337.
- Petersen, B., Walker, M. L., Runge, U. and Kessler, C. (1998). Quality of Life in Patients with Idiopathic, Generalized Epilepsy. *J. Epilepsy* 11: 306-313.
- Piazzini, A., Beghi, E., Turner, K., Ferraroni, M. and the LICE Quality of Life Group. (2008). Health-related quality of life in epilepsy: Findings obtained with a new Italian instrument. *Epilepsy & Behavior* 13(1) July: 119-126.

- Piper, B. F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, R. E. and Paul, S. M. (1998). The revised Piper Fatigue Scale: psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 25(4): 677-84.
- Piperidou, C., et. al. (2008). Influence of sleep disturbance on quality of life of patients with epilepsy. *Seizure* 17: 588—594.
- Polit, D.F. and Hungler, J. B. (1999). *Nursing research: Principle and methods*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J.B.Lippincott.
- Prescott, P. A. (1987). Multiple regression analysis with small samples: cautions and suggestions. *Nursing research*: 36(2): 130-133.
- Pulsipher, D. T., Seidenberg, M., Jones, J. and Hermann, B. (2006). Quality of life and comorbid medical and psychiatric conditions in temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 9: 510–514.
- RAND. (1993). **QUALITY OF LIFE IN EPILEPSY: QOLIE-31**. [Online]. Available from: [http://www.epilepsy.com/pdfs/qolie\\_31.pdf](http://www.epilepsy.com/pdfs/qolie_31.pdf) [2009, June 1]
- Ring, H., Zia, A., Lindeman, S., & Himlok, K. (2007). Interactions between seizure frequency, psychopathology, and severity of intellectual disability in a population with epilepsy and a learning disability. *Epilepsy & Behavior* 11: 92–97.
- Sample, P. L., Ferguson, P. L., Wagner, J. L., Pickelsimer, E. E. and Selassie, A. W. (2006). Experiences of persons with epilepsy and their families as they look for medical and community care: A focus group study from South Carolina. *Epilepsy & Behavior* 9:649–662.
- Satishchandra, P., Gururaj, G., Mohammed, Q. D., Senanayake, N., & Silpakit, O. (2001). **Epilepsy: Out of the Shadows: From Prejudice to hope**. [Online]. Available from: [http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health\\_and\\_Behaviour\\_WHO-Epilepsy.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_and_Behaviour_WHO-Epilepsy.pdf) [2009, March 19]
- Selai, C. E. and Trimble, M. R. (1995). Quality of Life Assessment in Epilepsy: The State of the Art. *J. Epilepsy* 8: 332-337.

- Senol, V., Soyuer, F., Arman, F., and Ozturk, A. (2007). Influence of fatigue, depression, and demographic, socioeconomic, and clinical variables on quality of life of patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 10: 96–104.
- Sillanpaa, M., Haataja, L. and Shinnar, S. (2004). Perceived impact of childhood-onset epilepsy on quality of life as an adult. *Epilepsia* 45: 971–977.
- Smeets, V. M. J., Lierop, B. A.G., Vanhoutvin, J. P.G., Aldenkamp, A. P. and Nijhuis, F. J.N. (2007). Epilepsy and employment: Literature review. *Epilepsy & Behavior* 10: 354–362.
- Smyth, C. (2007). The Epworth Sleepiness Scale (ESS). *Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults* 6(2): 1-2.
- Stavem, K., Loge, J. H. and Kaasa, S. (2000). Health status of people with epilepsy compared with a general reference population. *Epilepsia* 41:85–90.
- Stevanovic, D. (2007). Health-related quality of life in adolescents with well-controlled epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 10: 571–575.
- Sucheera Phattharayuttawat. (2008). Quality of Life: Assessment in the Thai Context. *Siriraj Medical Journal* 60(4): 210-212.
- Tongco, M. D. C. (2007). Purposive sampling as a tool for informant selection. *Ethnobotany Research & Applications* 5:147-158.
- UCB Pharma.(2008). *Epilepsy and Quality of Life: Fact Sheet* [Online]. Available from: [http://www.ucb.com/\\_up/ucb\\_com\\_news/documents/Epilepsy\\_and\\_Quality\\_of\\_Life.pdf](http://www.ucb.com/_up/ucb_com_news/documents/Epilepsy_and_Quality_of_Life.pdf) [2009, January 23]
- Velissaris, S. L., Wilson, S. J., Saling, M. M., Newton, M. R. and Berkovic, S. F. (2007). The psychological impact of a newly diagnosed seizure: Losing and restoring perceived control. *Epilepsy & Behavior* 10(2): 223-233.
- Vickrey, B. G., Perrine, K. R., Hays, R. D., Hermann, B. P., Cramer, J. A., Meador, K. J. and Devinsky, O. (1993). *QOLIE-31(Version 1.0) Scoring Manual*. [Online]. Available from: [http://www.rand.org/health/surveys\\_tools/qolie/qolie31\\_scoring.pdf](http://www.rand.org/health/surveys_tools/qolie/qolie31_scoring.pdf) [2009, June 1]

Wheless, J. W. (2006). Intractable epilepsy: A survey of patients and caregivers.

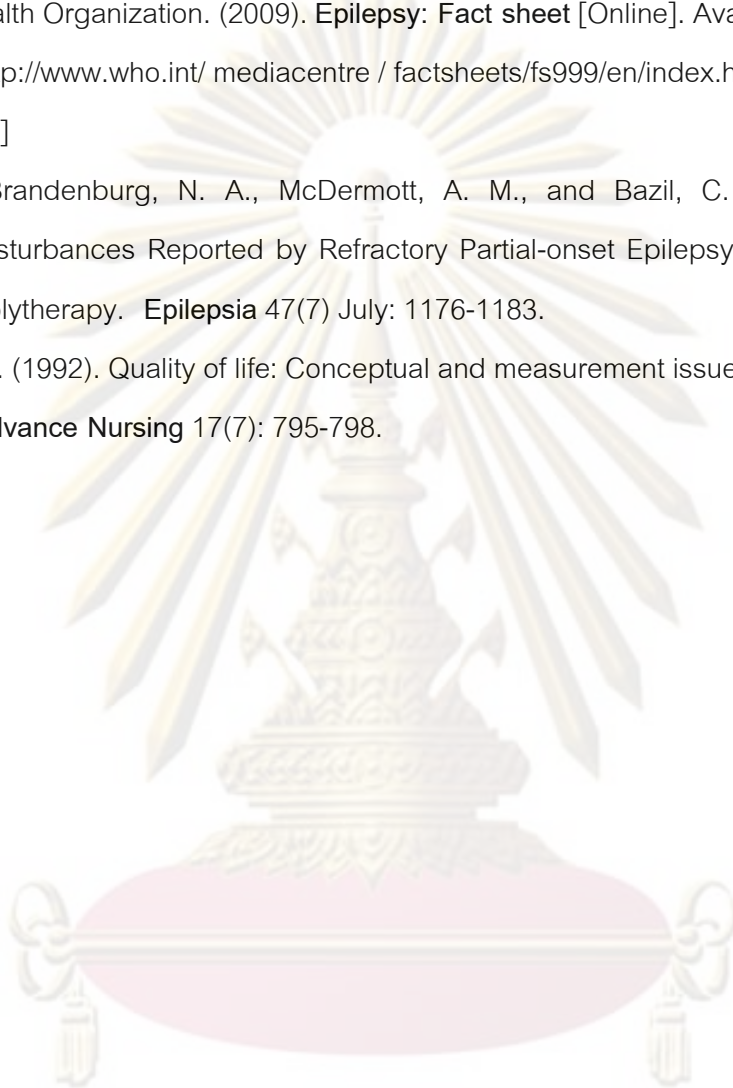
*Epilepsy & Behavior* 8:756–764.

World Health Organization. (2009). **Epilepsy: Fact sheet** [Online]. Available from:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/index.html> [2009, January 23]

Xu, X., Brandenburg, N. A., McDermott, A. M., and Bazil, C. W. (2006). Sleep Disturbances Reported by Refractory Partial-onset Epilepsy Patients Receiving Polytherapy. *Epilepsia* 47(7) July: 1176-1183.

Zhan, L.C. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issue. *Journal of Advance Nursing* 17(7): 795-798.



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก  
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๑180



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๑ พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพชุจิต วงศ์โรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักภาคใต้” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

*ชนกพร*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวพชุจิต วงศ์โรจน์ โทร. 08-1535-2418

ที่ ศธ 0512.11/ ๑๑๘๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๑ พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพญจิต วังสโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักภาคใต้” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ภูมิพัฒน์ ปราบพาล อาจารย์ประจำสาขาวิชาประสาทวิทยา
2. นางสาวมณจิรา วิทยากิตติพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชั้น 6 ห้องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง หน่วยประสาทวิทยา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ภูมิพัฒน์ ปราบพาล  
และนางสาวมณจิรา วิทยากิตติพงษ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวพญจิต วังสโรจน์ โทร. 08-1535-2418



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศช 0512.11/ ๑1๙0

วันที่ 1๖ พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรุจิต วังสโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักภาคใต้” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ศูนย์วิทยทรัพยากร

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

นิสิต

นางสาวพรุจิต วังสโรจน์ โทร. 08-1535-2418

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๑๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๖ พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรี

เนื่องด้วย นางสาวพญจิต วังสโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักภาคใต้” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอกความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาชัก และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพญจิต วังสโรจน์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวพญจิต วังสโรจน์ โทร. 08-1535-2418



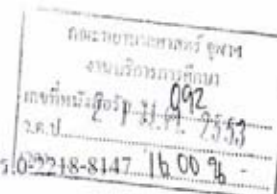
ภาคผนวก ข

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### บันทึกข้อความ



ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุมที่ 1 โทร. 02218-8147

ที่ จว 33 /53

วันที่ 21 มกราคม 2553

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณะคณาจารย์พยาบาลศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบรับรองผลการพิจารณา
  2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
  3. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
  4. แบบสอบถาม

ตามที่ นางสาวพรุฑิต วังสโรจน์ นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัยที่ 150.1/52 เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักภาคใต้ (FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN EPILEPSY PATIENTS IN SOUTHERN REGION, THAILAND) เพื่อให้กรรมการผู้ทบทวนหลัก พิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

การนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลัก ได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ รับรองวันที่ 15 มกราคม 2553

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

กลุ่มสถาบัน ชุมที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



AF 01-11





คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 009/2553

### ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 150.1/ 52 : ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักภาคใต้  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพุดจิต วังสโรจน์ นิสิตระดับมหาบัณฑิต  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice  
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ได้

ลงนาม.....  ลงนาม.....   
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทั่นประคิษฐ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ ชัยชนะวงศาโรจน์)  
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 15 มกราคม 2553

วันหมดอายุ : 14 มกราคม 2554

#### เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย ..... 150.1 / 52  
วันที่รับรอง ..... 15 ม.ค. 2553  
วันหมดอายุ ..... 14 ม.ค. 2554

#### เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ได้รับไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้เอกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการ
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักภาคใต้

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพชิต วังสโรจน์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) ห้องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง โรงพยาบาลตรัง อ.เมือง จ.ตรัง

(ที่บ้าน) 45/22 ถ.รักษัจฉน์ อ.เมือง จ.ตรัง

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 075-218-018 ต่อ 3412

โทรศัพท์มือถือ 081-535-2418

E-mail: patuchit.w@student.chula.ac.th

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของท่าน
2. โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล (ได้แก่ เพศ การศึกษา) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ (ได้แก่ อายุที่เริ่มชัก ระยะเวลาที่เป็นโรคลมชัก ความถี่ของการชัก รูปแบบของการชัก ความสม่ำเสมอของการรับประทานยากันชัก ภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติ ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า) ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก
3. เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าท่านอาจต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที โดยใช้พื้นที่บริเวณหน้าห้องตรวจผู้ป่วยนอก เป็นสถานที่ในการให้ความยินยอมและตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้การตอบแบบประเมิน ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ในแบบสอบถาม โดยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ
4. หลังจากที่ท่านเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว กรุณาตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความง่วงนอนในเวลากลางวัน แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินความซึมเศร้า แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ทั้งนี้ในส่วน ของแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยากันชัก ผู้วิจัยจะสอบถามท่านด้วยตนเอง
5. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลไปใช้สำหรับการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักต่อไป
6. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มจากผู้วิจัยได้ในทันที หรือตามที่อยู่ของผู้วิจัยที่ระบุไว้ด้านบนของเอกสารนี้



เลขที่โครงการวิจัย ..... 150.1/59  
วันที่รับรอง ..... 15 ส.ค. 2553  
วันหมดอายุ ..... 14 ส.ค. 2554

7. ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีสิทธิบอกละทิ้งการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่

8. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ท่านที่เข้าร่วมในการวิจัย

9. จำนวนประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คือ 160 คน ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคลมชักที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาต้านชักและไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด อายุ 18-60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”



เลขที่โครงการวิจัย ..... ๑๕๐.๑/๖๒  
วันที่รับรอง ..... 15 ส.ค. 2553  
วันหมดอายุ ..... 14 ส.ค. 2554

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 05-09

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งภาคใต้

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพจจิตร วังสโรจน์

ที่อยู่ติดต่อ ห้องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง โรงพยาบาลตรัง อ.เมือง จ.ตรัง โทรศัพท์ 081-535-2418

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งภาคใต้ ซึ่งเป็นการตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียว ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น ทั้งนี้จะยังได้รับการรักษาพยาบาลเช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(นางสาวพจจิตร วังสโรจน์)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



เลขที่โครงการวิจัย 150.1/52  
วันที่รับรอง 15 มิ.ย. 2553  
วันหมดอายุ 14 มิ.ย. 2554

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ภาคผนวก ค  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



7. ท่านทราบจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักเมื่อท่านอายุ \_\_\_\_\_ ปี

8. ท่านเป็นโรคลมชักมานาน \_\_\_\_\_ ปี

9. ท่านเป็นโรคลมชักชนิดใด

( ) ชักเฉพาะส่วน ( ) ชักทั่วตัว

( ) ทั้งสองแบบ ( ) อื่นๆ ระบุ

.....

10. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเกิดการชักกี่ครั้ง

( ) ไม่ชักเลย ( ) 1-5 ครั้ง

( ) 6-20 ครั้ง ( ) มากกว่า 20 ครั้ง

11. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเกิดการชักกี่ครั้ง

( ) ไม่ชักเลย ( ) 1-5 ครั้ง

( ) 6-20 ครั้ง ( ) มากกว่า 20 ครั้ง

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตอนที่ 2 แบบแบบประเมินภาวะง่วงนอนง่ายผิดปกติ

**คำชี้แจง :** แบบวัดนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ เพื่อให้ท่านแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อคำถาม ซึ่งเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคะแนนที่ตรงกับสถานการณ์ที่ท่านมักจะเจอหลับหรือตื่นหลับไป โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

ไม่เคย หมายถึง ไม่ปรากฏอาการง่วงนอนเลย  
 เล็กน้อย หมายถึง มีอาการง่วงนอนเล็กน้อย  
 ปานกลาง หมายถึง มีอาการง่วงนอนปานกลาง  
 มาก หมายถึง มีอาการง่วงนอนมาก

สถานการณ์	ระดับความง่วงนอน			
	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
กำลังนั่งและอ่านหนังสือ				
กำลังดูโทรทัศน์				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### ตอนที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า

**คำชี้แจง:** ข้อความต่อไปนี้มีจำนวน 22 ข้อ แต่ละข้อถามถึงความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า โดยความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 10 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความที่จุดเริ่มต้นทางด้านซ้ายมือและจุดสุดท้ายทางด้านขวามือ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงบนตัวเลข ที่ตรงกับตำแหน่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

1. ความรู้สึกเหนื่อยล้าทำให้ท่านมีความทุกข์ทรมานในระดับใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย						มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด				

2. ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีผลรบกวนความสามารถในการทำงานหรือการเรียนหนังสือในระดับใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีผลเลย						มีผลมากที่สุด				

.

.

.

.

.

.

22.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
สมองปลอดโปร่ง						สมองปลอดโปร่ง				

#### ตอนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาว่าข้อใดตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างของแต่ละกิจกรรมที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

กิจกรรม	ไม่เคย ( < 1 วัน / สัปดาห์ )	นานๆ ครั้ง ( 1-2 วัน / สัปดาห์ )	ค่อนข้างบ่อย ( 3-4 วัน / สัปดาห์ )	บ่อยครั้ง ( 5-7 วัน / สัปดาห์ )
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ....				
4. ....				
5. ....				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
20. ....				

### ตอนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก

**คำชี้แจง** แบบวัดนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 31 ข้อ เพื่อให้ท่านบรรยายถึงชีวิตและความ เป็นอยู่ตามการรับรู้หรือความรู้สึกของท่านในขณะนี้ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงบนตัวเลขที่ ตรงกับความรูสึกนึกคิดของท่าน อาจให้ผู้อื่นช่วยอ่านหรือทำเครื่องหมายให้ท่านได้

#### 1. คุณภาพชีวิตโดยรวมของท่านในขณะนี้ เป็นอย่างไร

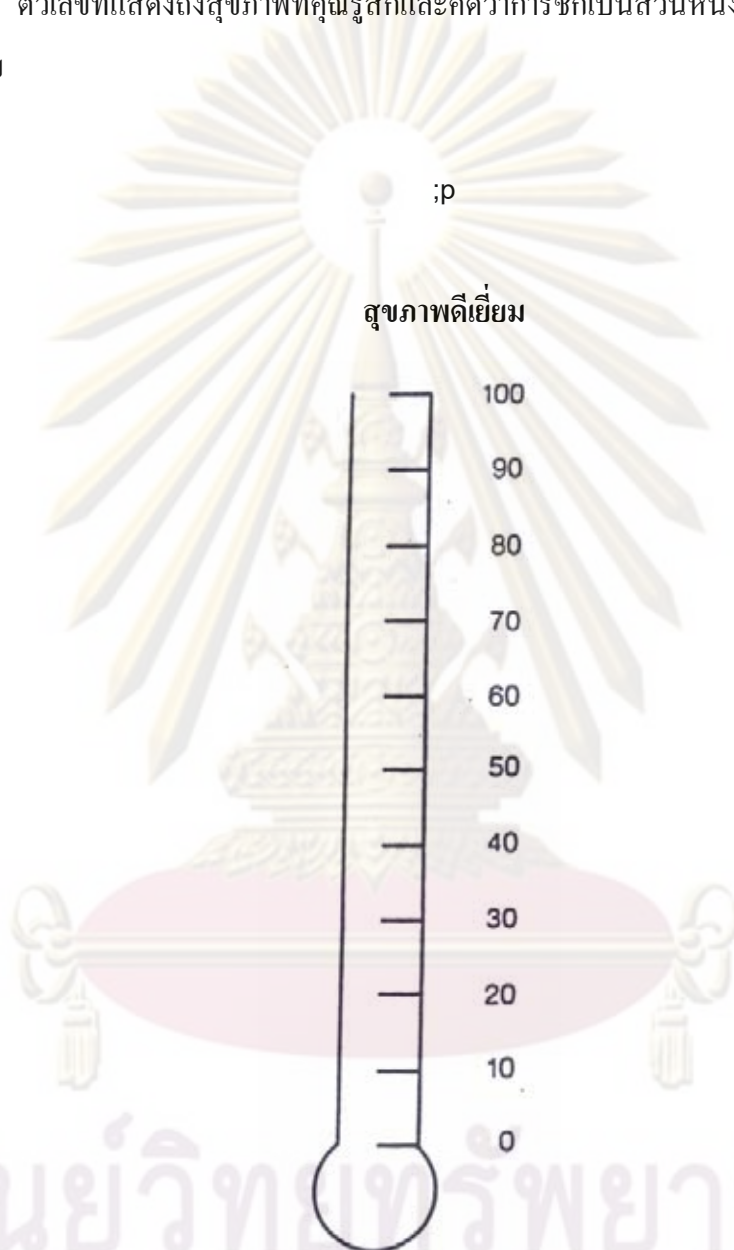


คำถามต่อไปนี้ สอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน **ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา** กรุณาตอบให้ ไกล่เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

คำถาม	ตลอด เวลา	ส่วน มาก	พอควร	เป็น บ้าง	เล็กน้อย	ไม่มี
2. ท่านรู้สึกกระตือรือร้นที่จะทำสิ่งต่างๆ (มีชีวิตรื่นเริง)	1	2	3	4	5	6
3. ท่านรู้สึกว่ามีความวิตกกังวลสูง	1	2	3	4	5	6
4. ....	1	2	3	4	5	6
5. ....	1	2	3	4	5	6
.						
.						
.						
.						
.						

31. ภาวะสุขภาพของท่านอยู่ในระดับใด โดยคิดว่าสุขภาพดีที่สุดคือ 100 และแย่ที่สุดคือ 0

เลือก  ตัวเลขที่แสดงถึงสุขภาพที่คุณรู้สึกและคิดว่าการชักเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพของท่านเมื่อ  
ตอบคำถาม



ศูนย์วิทยุโทรพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง  
คู่มือการคำนวณคะแนนคุณภาพชีวิต  
ของแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คู่มือ QOLIE-31: Scoring Manual

Scale/Item Number	Response						Subtotal	Final Score, 0-100 point scale
	1	2	3	4	5	6		
1.	(multiple response by 10)							
2.	100	80	60	40	20	0	___	
3.	0	20	40	60	80	100	___	
4.	0	20	40	60	80	100	___	
5.	100	80	60	40	20	0	___	
6.	100	80	60	40	20	0	___	
7.	0	20	40	60	80	100	___	
8.	0	20	40	60	80	100	___	
9.	100	80	60	40	20	0	___	
10.	0	20	40	60	80	100	___	
11.	0	20	40	60	80	100	___	
12.	0	20	40	60	80	100	___	
13.	0	20	40	60	80	100	___	
14.	100	75	50	25	0	-	___	
15.	0	33.3	66.7	100	-	-	___	
16.	0	20	40	60	80	100	___	
17.	0	20	40	60	80	100	___	
18.	0	20	40	60	80	100	___	
19.	0	20	40	60	80	100	___	
20.	0	20	40	60	80	100	___	
21.	0	33.3	66.7	100	-	-	___	
22.	0	50	100	-	-	-	___	
23.	0	33.3	66.7	100	-	-	___	
24.	0	33.3	66.7	100	-	-	___	

Scale/Item Number	Response						Subtotal	Final Score, 0-100 point scale	
	1	2	3	4	5	6			
25.	100	75	50	25	0	-	_____		
26.	100	75	50	25	0	-	_____		
27.	100	75	50	25	0	-	_____		
28.	100	75	50	25	0	-	_____		
29.	100	75	50	25	0	-	_____		
30.	100	75	50	25	0	-	_____		
31.	(multiple response by 10)								

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพญจิต วังสโรจน์ เกิดวันที่ 4 กันยายน พ.ศ. 2516 ที่จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง เมื่อปี พ.ศ.2538 เข้ารับราชการโดยปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ตรัง เมื่อปี พ.ศ.2538 และย้ายไปปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ งานห้องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง โรงพยาบาลศูนย์ตรัง เมื่อปี พ.ศ.2548 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2550 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง โรงพยาบาลศูนย์ตรัง จังหวัดตรัง



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย