



ปัจจัยคัดสรรทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล
Selected Influencing Factors on Quality of Life of Children with Epilepsy
Perceived by Caregivers

ธัญลักษณ์ ตติยไทรรงค์
Tanyaluk Tatiyatrirong

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Pediatric Nursing)
Prince of Songkla University

2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ปัจจัยคัดสรรทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล
Selected Influencing Factors on Quality of Life of Children with Epilepsy
Perceived by Caregivers

ชัญลักษณ์ ตติยไทรรงค์
Tanyaluk Tatiyatrirong

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Pediatric Nursing)
Prince of Songkla University

2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล
ผู้เขียน นางสาวรัชฎ์ลักษณ์ ตติยไตรรงค์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. บุญกร พันธุ์เมธาฤทธิ)

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ปิยะนุช จิตตบุญนท์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. บุญกร พันธุ์เมธาฤทธิ)

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันธณี วิรุฬห์พานิช)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันธณี วิรุฬห์พานิช)

.....กรรมการ
(ดร.รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. ชีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ

(รองศาสตราจารย์ ดร. บุญกร พันธุ์เมธาฤทธิ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ

(นางสาวชญลักษณ์ ตติยไตรรงค์)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ

(นางสาวรัชฎลักษณ์ ตติยไตรรงค์)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล
 ผู้เขียน นางสาวรัชฎ์ลักษณ์ ตติยไตรรงค์
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก)
 ปีการศึกษา 2558

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล และศึกษาอิทธิพลของความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล และความวิตกกังวลของผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่นมารับการตรวจรักษาที่คลินิกเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 70 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .98, .88 และ .77 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายและสถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า

- 1) คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง
- 2) ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลได้ร้อยละ 8.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .087, F(1,68) = 6.45, p < .05$) และมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ $-.29 (t = -2.54, p < .05)$

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักให้ดีขึ้นต่อไป

Thesis Title	Selected Influencing Factors on Quality of Life of Children with Epilepsy Perceived by Caregivers
Author	Miss Tanyaluk Tatiyatrirong
Major Program	Nursing Science (Pediatric Nursing)
Academic Year	2015

ABSTRACT

This descriptive study aimed to explore the levels of burden fatigue and anxiety of caregivers, and the quality of life of children with epilepsy perceived by caregivers and examine the influences of burden fatigue and anxiety of caregivers on quality of life of children with epilepsy perceived by caregivers. The sample comprised 70 caregivers who took school age children and adolescents with epilepsy to the pediatric clinic at Songklanagarind Hospital. The sample was selected by purposive sampling. The study was initiated after receiving approval from the Research Ethics Committee of the Faculty of Nursing and Medicine, Prince of Songkla University. The data were collected using four questionnaires: demographic data, burden fatigue, anxiety of caregivers and quality of life of children with epilepsy perceived by caregivers. The questionnaires were tested for content validity by three experts and for reliability using Cronbach's alpha coefficient; yielding values for burden fatigue, anxiety of caregivers and quality of life of children with epilepsy perceived by caregivers of .98, .88, and .77, respectively. Descriptive statistics and stepwise multiple regression were used for data analysis.

The results revealed that:

- 1) The mean total scores of burden fatigue, anxiety of caregivers and quality of life of children with epilepsy perceived by caregivers were at a moderate level.
- 2) Stepwise multiple regression analysis showed that 8.7 percent of the variance of the quality of life of children with epilepsy perceived by caregivers was explained by the anxiety of caregivers ($R^2 = .087$, $p < .05$) with regression coefficients equal to $-.29$ ($p < .05$).

The anxiety of caregivers could be used as basic information to develop nursing care to improve the quality of life of children with epilepsy.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดีจากรองศาสตราจารย์ ดร. บุญกร พันธุ์เมธาฤทธิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันธณี วิรุพหัพพานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ที่ให้ความรู้ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ตลอด จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล หัวหน้างานแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าพยาบาลหน่วยคลินิกเด็ก พยาบาลและเจ้าหน้าที่หน่วยคลินิกเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกำลังสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตร่วมรุ่นทุกท่านที่ให้กำลังใจ ช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์เสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้อง ทุกท่านที่คอยห่วงใย เป็นกำลังใจ ให้การสนับสนุนการศึกษาทุกด้านมาโดยตลอด

คุณประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบแด่บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนๆ และคณาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ รวมทั้งผู้ดูแลและเด็กโรคลมชักทุกท่าน

ธัญลักษณ์ ตติยไตรรงค์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(11)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิด.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์การวิจัย.....	11
ขอบเขตของการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	13
โรคลมชัก.....	14
คำจำกัดความ.....	14
ชนิดของโรคลมชัก.....	15
ผลกระทบของโรคลมชัก.....	17
คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น โรคลมชัก.....	18
ความหมายของคุณภาพชีวิต.....	18
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต.....	19
คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่น.....	21
การประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่น.....	25
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่นตามการ รับรู้ของผู้ดูแล.....	29
ความเหนื่อยล้า.....	29

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความหมายของความเหนื่อยล้า.....	29
องค์ประกอบของความเหนื่อยล้า.....	30
ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่น.....	31
การประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่น.....	32
ความวิตกกังวล.....	35
ความหมายของความวิตกกังวล.....	35
องค์ประกอบของความวิตกกังวล.....	36
ความวิตกกังวลของเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่น.....	37
การประเมินความวิตกกังวลของเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่น.....	38
ความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแล ต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่นตามการรับรู้ของผู้ดูแล.....	41
ปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่น.....	42
สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	54
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	55
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	58
ผลการวิจัย.....	58
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็กโรคลมชัก.....	58
ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแลและคุณภาพ ชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล.....	66
ความสามารถในการทำนายความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล ความวิตกกังวล ของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล.....	69

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การอภิปรายผล.....	70
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	82
สรุปผลการวิจัย.....	82
ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของเด็ก โรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล.....	82
ความสามารถในการทำนายความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแล ต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก โรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล.....	83
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	83
เอกสารอ้างอิง.....	85
ภาคผนวก.....	98
ก ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	99
ข จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยและเอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย..	116
ค หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยและใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างสำหรับผู้ปกครอง.....	122
ง การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน.....	127
จ ตารางวิเคราะห์ผลการศึกษาเพิ่มเติม.....	132
ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	152
ประวัติผู้เขียน.....	153

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (<i>M</i>) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (<i>SD</i>) ค่ามัธยฐาน (<i>Md</i>) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (<i>QD</i>) ความเบ้ (Skewness value) และความโด่ง (Kurtosis value) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก (<i>N</i> = 70).....	59
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (<i>M</i>) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (<i>SD</i>) ค่ามัธยฐาน (<i>Md</i>) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (<i>QD</i>) ความเบ้ (Skewness value) และความโด่ง (Kurtosis value) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก (<i>N</i> = 70).....	67
3	ค่าเฉลี่ย (<i>M</i>) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (<i>SD</i>) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ความเบ้ (Skewness value) ความโด่ง (Kurtosis value) และระดับของความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลเด็กโรคลมชักแบ่งตามรายด้านและโดยรวม (<i>N</i> = 70).....	67
4	ค่าเฉลี่ย (<i>M</i>) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (<i>SD</i>) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ความเบ้ (Skewness value) ความโด่ง (Kurtosis value) และระดับของความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก (<i>N</i> = 70).....	68
5	ค่าเฉลี่ย (<i>M</i>) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (<i>SD</i>) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ความเบ้ (Skewness value) ความโด่ง (Kurtosis value) และระดับของคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลแบ่งตามรายด้านและโดยรวม (<i>N</i> = 70).....	68
6	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ระหว่างความวิตกกังวลของผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล (<i>N</i> = 70).....	70
7	การทดสอบความสัมพันธ์กันของตัวแปรอิสระ (multicollinearity) ค่า Tolerance และค่า Variance Inflation Factor.....	131
8	จำนวน และร้อยละของความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลแบ่งตามรายข้อ (<i>N</i> = 70).....	133
9	ค่าเฉลี่ย (<i>M</i>) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (<i>SD</i>) ค่ามัธยฐาน (<i>Md</i>) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (<i>QD</i>) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ความเบ้ (Skewness value) ความโด่ง (Kurtosis value) และระดับของความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลเด็กโรคลมชักแบ่งตามรายข้อ (<i>N</i> = 70).....	135

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
10	จำนวนและร้อยละของความวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักแบ่งตามรายชื่อ ($N = 70$).....	138
11	ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ความเบ้ (Skewness value) ความโด่ง (Kurtosis value) ของความวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักแบ่งตามรายชื่อ ($N = 70$).....	139
12	จำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลแบ่งตามรายชื่อ ($N = 70$).....	140
13	ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (Md) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (QD) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ความเบ้ (Skewness value) ความโด่ง (Kurtosis value) และระดับของคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลแบ่งตามรายชื่อ ($N = 70$).....	147

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	10
2	ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity) ของตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม.....	127
3	การกระจายแบบโค้งปกติของความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล.....	128
4	การกระจายแบบโค้งปกติของความวิตกกังวลของผู้ดูแล.....	129
5	การกระจายแบบโค้งปกติของคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล.....	129
6	การแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรตามบนทุกค่าของตัวแปรอิสระ.....	130
7	ตัวแปรอิสระมีความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนอยู่ในระดับเดียวกัน.....	130

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคลมชักเป็นโรคทางระบบประสาทที่เรื้อรังและมักเกิดอาการชักขึ้น โดยไม่มีปัจจัยใดๆ มากกระตุ้น สร้างความตกใจ วิดกกังวลหรือหวาดกลัวต่อบิดา มารดา ผู้พบเห็น หรือเพื่อนร่วมชั้นเรียน ร้อยละ 10.0 ของประชากรทั่วโลกทุกเพศทุกวัยที่มีปัญหาทางด้านสมองและจิตเวชนั้นมีสาเหตุมาจากโรคลมชัก (World Health Organization [WHO] อ้างตามพญจิต, 2552) ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคลมชักทั่วโลกราว 50 ล้านคน (WHO, 2012) สำหรับอุบัติการณ์ของโรคลมชักในเด็กและวัยรุ่นในแถบยุโรปพบเด็กโรคลมชักประมาณ 900,000 คน หรือประมาณ 4.5 - 5.5 คนต่อประชากรเด็กและวัยรุ่น 1,000 คน (Forsgren, Beghi, Oun, & Sillanpaa, 2005) ประเทศไทยพบอุบัติการณ์เด็กโรคลมชัก 40 คนต่อ 100,000 คนต่อปี (ผกายมาศ, 2550) โรคลมชักในเด็กส่วนใหญ่เริ่มเป็นในวัยเด็กเล็กโดยร้อยละ 18.0 เกิดขึ้นในขวบปีแรก ร้อยละ 33.0 เกิดขึ้นในช่วงอายุ 2 - 5 ปี ร้อยละ 31.0 เกิดขึ้นในช่วงอายุ 6 - 10 ปี และร้อยละ 18.0 เกิดขึ้นในช่วงอายุ 11 - 15 ปี (ผกายมาศ & วันดี, 2550) จากสถิติผู้ป่วยที่คลินิกเด็กโรกระบบประสาท หน่วยผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างปีพ.ศ. 2548 - 2558 พบผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอายุตั้งแต่ 6 - 17 ปี จำนวน 332, 353, 346, 368, 366, 354, 324, 294, 399, 354 และ 361 รายตามลำดับ โดยจะมีทั้งผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักอย่างเดียวและผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอื่นๆ ร่วมด้วย (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2558)

โรคลมชักก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและสังคมของเด็กอย่างมาก ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ อุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเกิดอาการชัก ภาวะพร่องออกซิเจนหากเกิดอาการชัก (ผกายมาศ, 2550; มัยรัชและคณะ, 2553) รวมทั้งการตายฉับพลัน (sudden unexpected death; SUD) (พญจิต, 2552) อาการเหนื่อยล้า (fatigue) และการนอนหลับผิดปกติ (sleep disturbance) อาการชักทำให้เด็กโรคลมชักสูญเสียพลังงานเกิดอาการเหนื่อยล้าตลอดวัน เมื่อร่างกายสูญเสียพลังงานจึงต้องการการพักผ่อนนอนหลับที่มากกว่าปกติ และอาการทางกายอื่นๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมาก ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกเศร้าและซึมเศร้า (depression) ความอาย หงุดหงิด โกรธ ก้าวร้าว อาการชักที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้าทำให้เด็กโรคลมชักเกิดความอาย หงุดหงิด โกรธ ความวิตกกังวลและซึมเศร้า อีกทั้งยังกังวลต่อการสูญเสีย

การควบคุม พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงและส่งผลกระทบต่อการเรียน (Malhi & Singhi, 2005) ซึ่งปัญหาทางด้านจิตใจส่วนหนึ่งเกิดขึ้นจากปัญหาทางด้านสังคม เด็กโรคลมชักจำนวนมากรู้สึกว่าการรังเกียจ เช่น การถูกมองในชั้นเรียน การเข้าร่วมกลุ่มสังคม (Yong, Chengye, & Jiong, 2006) เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นอาจมีความรู้สึกว่ามีปมด้อย หรือเสียคุณค่าในตนเองที่ป่วยเป็น โรคลมชัก เช่น การถูกมองว่าเป็นตัวประหลาด (Alien) (Elliott, Lach, & Smith, 2005) ทำให้เด็กต้องทุกข์ทรมานจากปัญหาสังคมและวัฒนธรรมจากอาการชัก

นอกจากผลกระทบต่อเด็กแล้ว โรคลมชักยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ (ปุชิตา, ชื่นฤดี, อัจฉริยา, 2554) และบทบาทการดำเนินชีวิต ผลกระทบทางด้านร่างกายได้แก่ ความเหนื่อยล้า อาการปวดศีรษะ (Anjum, Chaudhry, & Irfan, 2010; Yusuf, Nuhu, & Olisah, 2013) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล เครียดอย่างมากเพราะไม่รู้ว่าเด็กจะเกิดอาการชักขึ้นมาเมื่อใด (ผกายมาศและวันดี, 2550) อารมณ์แปรปรวน (mood swings) (Anjum et al., 2010; Yusuf et al., 2013) รู้สึกผิด โกรธ คุณค่าในตนเองลดลง สับสน ซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม (ปุชิตา, ชื่นฤดี, อัจฉริยา, 2554) ผลกระทบทางด้านบทบาทการดำเนินชีวิต ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหารเร็วขึ้น นอนหลับพักผ่อนน้อยลง (ปุชิตา, ชื่นฤดี, อัจฉริยา, 2554) ทำให้มีปัญหาการปรับตัว เกิดปัญหาการขัดแย้งกันในครอบครัว และปัญหาทางการเงิน (Yusuf et al., 2013)

ผลกระทบของโรคลมชักทั้งในเด็กโรคลมชักและผู้ดูแล ทำให้เด็กโรคลมชักมีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ซึ่งคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นโรคลมชัก หมายถึง การรับรู้ของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นโรคลมชัก ความรู้สึกพึงพอใจซึ่งเป็นความผาสุกทุกด้านของชีวิต (มณี, 2555; Taylor, Gibson, & Franck, 2008) ขึ้นอยู่กับทัศนคติ ความเชื่อ และสถานะในชีวิตที่แวดล้อมไปด้วยค่านิยมและวัฒนธรรมของสภาพความเป็นอยู่ของบุคคลนั้นๆ ซึ่งจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง ทัศนคติ ความเชื่อและภาระของบุคคลนั้นๆ (Verhey et al., 2009) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Devinsky et al., 1999) เด็กโรคลมชักมีปัญหาคุณภาพชีวิตในทุกๆ ด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติที่ไม่ได้เป็นโรค โดยเฉพาะด้านจิตใจและสังคม (Montanaro, Battistella, Boniver, & Galeone, 2004)

จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชัก พบว่ามีปัจจัยหรือตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลสามารถสรุปได้เป็น 2 ลักษณะ คือ ตัวแปรที่ไม่สามารถจัดกระทำหรือปรับเปลี่ยนได้ (non modifiable factors) และตัวแปรที่สามารถจัดกระทำหรือปรับเปลี่ยนได้ (modifiable factors) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยที่ไม่สามารถจัดกระทำหรือปรับเปลี่ยนได้ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรค
 ลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก คือ อายุที่เริ่มมีอาการชักมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศจีน ($r = .25, p < .00$) (Yong et al.,
 2006) ซึ่งสอดคล้องกับวิลเลียมและคณะ (Williams et al., 2003) ที่พบว่า จำนวนปีที่เด็กได้รับการ
 วินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 ตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศสหรัฐอเมริกา ($r = .31, p < .05$) มัลไฮและสิงไฮ (Malhi &
 Singhi, 2005) พบว่าระยะเวลาในการรักษาโรคลมชัก (Treatment duration) สัมพันธ์กับคุณภาพ
 ชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศอินเดีย ($r = .36, p < .05$) ปัจจัยต่อมาคือ ชนิด
 ของอาการชักมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการ
 รับรู้ของผู้ดูแลในประเทศอินเดีย ($p < .05$ ไม่ได้รายงานค่า r) (Aggarwal et al., 2011; Nadkarni et al.,
 2011) โดยอาการชักทั้งตัวมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าอาการชักเฉพาะที่ (Aggarwal et al., 2011;
 Nadkarni et al., 2011) นอกจากนี้วิลเลียมและคณะ (Williams et al., 2003) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการชัก
 หลายรูปแบบ (mixed seizure) จะมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าเด็กที่มีอาการชักเพียงชนิดเดียว นอกจากนี้
 ยังมีปัจจัยอื่นๆอีกหลายปัจจัย เช่น ที่อยู่อาศัย โดยเด็กโรคลมชักที่อยู่ในชนบทจะมีคุณภาพชีวิตที่แย่
 กว่าเด็กโรคลมชักที่อาศัยอยู่ในเมือง (Nadkarni et al., 2011) อายุของเด็กในปัจจุบัน เด็กโรคลมชักที่
 มีอายุมากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าเด็กโรคลมชักที่มีอายุน้อยกว่า (Aggarwal et al., 2011;
 Nadkarni et al., 2011) เด็กที่มีการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเด็กที่มีการศึกษาน้อย (Yong et al.,
 2006) เป็นต้น

ส่วนปัจจัยที่สามารถจัดกระทำหรือปรับเปลี่ยนได้ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรค
 ลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ปัจจัยแรก คือ ความถี่ของการชัก ยงและคณะ (Yong et
 al., 2008) กล่าวว่า ความถี่ของอาการชักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของมารดาอย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศจีน ($p < .00$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ
 วิลเลียมและคณะ (Williams et al., 2003) ที่กล่าวว่า ความถี่ของอาการชักมีผลทำให้มารดาวิตกกังวล
 ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชัก ซึ่งยงและคณะสนับสนุนเพิ่มเติมว่า เมื่อเด็กมีอาการชักครั้ง
 แรกส่งผลทำให้อารมณ์ของครอบครัวและเด็กแย่ลง เมื่อเด็กเกิดอาการชักหลายๆ ทำให้พฤติกรรม
 และการเรียนรู้ของเด็กลดลงจากตัวเด็กเองและครอบครัวที่วิตกกังวล ปัจจัยที่สอง คือ จำนวนยาถั
 นชักที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของ
 ผู้ดูแลในประเทศจีน ($r = -.32, p < .00$) (Yong et al., 2006) และประเทศอินเดีย ($p < .05$ ไม่ได้
 รายงานค่า r) (Nadkarni et al., 2011) นอกจากนี้ยังสามารถทำนายคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักอย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศสหรัฐอเมริกา ($R^2 = .55, p < .01$ ไม่ได้รายงานค่า β)

(Williams et al., 2003) ปัจจัยอื่นๆ เช่น ความผิดปกติเกี่ยวกับการพักผ่อนนอนหลับ โดยเด็กโรค
 ลมชักมีการหลับตื่นที่ผิดปกติเมื่อเปรียบเทียบกับพี่น้องที่อายุใกล้เคียงกัน (chan et al., 2011;
 Wirrell et al., 2005) ความต้องการการศึกษาพิเศษสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก
 ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ($\beta = .40, p < .01$) (Turkey et al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นใน
 การสำรวจผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ซึ่งผู้ดูแลกลายเป็นผู้ป่วยที่ถูกมองข้าม (Yusuf,
 Nuhu, & Olisah, 2013) จริงๆ แล้วผู้ดูแลเกิดผลกระทบต่างๆ มากมายตามที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น
 โดยเฉพาะความเหนื่อยล้าจากการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลซึ่งส่งผลกระทบต่อ
 คุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของเด็กโดยตรง จากการสำรวจเชิงคุณภาพของ ลั้วว, ไคฮ์ริสสาแมน
 เอซิส, และฟูวัวในประเทศมาเลเซีย (Lua, Khairuzzaman, Aziz, & Foo, 2015) พบว่า ผู้ดูแลจะ
 ละเลยความเป็นอยู่ของตนเองระหว่างดูแลเด็กโรคลมชักเพราะเป็นห่วงความเป็นอยู่ของเด็กโรค
 ลมชักมากกว่าสิ่งอื่นๆ ทำให้สูญเสียพลังงานและเหนื่อยล้า เด็กพี่น้องคนอื่นๆ ที่ไม่เข้าใจจะคิดว่า
 ผู้ดูแลไม่สนใจตัวเองอีกต่อไป ทำให้เกิดปัญหาในการบริหารจัดการดูแลเด็กโรคลมชักและพี่น้อง
 คนอื่นๆ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลต้องแบกรับสถานการณ์เช่นนี้ เกิดความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นและความวิตก
 กังวล บางครอบครัวรู้สึกวิตกกังวลและเศร้าต่อโชคชะตาที่มีลูกไม่ปกติเหมือนกับครอบครัวอื่นๆ
 ทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้ วิตกกังวลต่ออาการชักของเด็ก เนื่องจากไม่สามารถทราบได้ว่า
 เด็กจะมีอาการชักเมื่อไหร่ วิตกกังวลและคณะ (Williams et al., 2003) และยงและคณะ (Yong et al.,
 2006) สนับสนุนเพิ่มเติมว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลว่าอาการชักหรือยากันชักจะทำให้เด็กสูญเสีย
 ความฉลาดหรือเป็นเนื้องอกในสมอง สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิต
 ของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่ายังไม่มีใครศึกษา แต่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอยู่ 1 เรื่อง
 ที่เป็นงานวิจัยเชิงสัมพันธ์ที่กล่าวถึงความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกเหนื่อยล้า
 ในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในด้านคุณภาพชีวิต
 ลดลง (O'hala et al. อ้างตามวิสรธา, 2556) นอกนั้นเป็นงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์และทำนาย
 ของภาระการดูแลกับคุณภาพชีวิตซึ่งภาระการดูแลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าได้แก่ ภาระการ
 ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเทศ
 สหรัฐอเมริกา ($r = -.40, p < .00$) (Karakis, Cole, Montouris, San Luciano, Meador, & Piperidou, 2014)
 และประเทศอินเดีย ($r = -.56, p < .00$) (Sirari, Dhar, Vishwakarma, & Tripathi, 2014) ภาระการดูแล
 สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา
 ($p < .02$ ไม่ได้รายงานค่า β) (Karakis, Tsiakiri, & Piperidou, 2014) โดยภาระการดูแลที่สูงมี
 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ($x^2 = 6.66, p < .05$) และระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน

($\chi^2 = 9.52, p = .009$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศไนจีเรีย (Nuhu et al., 2010) ดังนั้นเด็กโรคลมชักที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยนานและหลายชั่วโมงต่อวันส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระและเกิดอาการเหนื่อยล้า (พิทยาภรณ์, 2548) ส่วนความวิตกกังวลของมารดาสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศจีน ($R^2 = .24, p < .05, p = .00$ ไม่ได้รายงานค่า β) (Yong et al., 2006; Yong et al., 2008) และประเทศสหรัฐอเมริกา ($p < .01$) (Williams et al., 2003) โดยความวิตกกังวลของมารดาที่เพิ่มขึ้นจะทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักลดลง วิลเลียมและคณะ (Williams et al., 2003) และยงและคณะ (Yong et al., 2006) กล่าวเหมือนกันว่าสาเหตุของความวิตกกังวลของมารดานั้นเกิดจากความกลัวว่าเด็กจะตายเมื่อมีอาการชัก ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมการปกป้องคุ้มครองเด็กมากเกินไป และจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวของเด็กมีผลทำให้คุณภาพชีวิตทั้งของเด็กและครอบครัวลดลง

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นปัญหาของผู้ดูแลที่ถูกมองข้าม โดยเฉพาะความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ซึ่งเป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ จากการทบทวนวรรณกรรมตั้งแต่ปี 2540 ถึง 2558 ที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า ยังไม่มีงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักในประเทศไทยตามการรับรู้ของผู้ดูแล ส่วนงานวิจัยจากต่างประเทศไม่สามารถนำมาใช้กับเด็กไทยได้เนื่องจาก มีข้อจำกัดในเรื่องของสภาพอากาศ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน เช่น ลักษณะความเป็นอยู่ของผู้ดูแล การเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล ภาระการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลโดยตรงกับความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตของเด็ก เป็นต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่นตามการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า เด็กโรคลมชักที่มีปัญหาคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น เด็กวัยเรียนเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อ (สุพัตรา, 2542) เป็นช่วงวัยที่ต้องปรับตัวเพื่อให้เข้าสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ เช่น ครู บทเรียน สถานที่ ระเบียบวินัย (สุพัตรา, 2542) เมื่อเด็กวัยเรียนต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยโรคลมชัก และแรงกดดันจากผู้ดูแล ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับวัยรุ่นที่เป็นช่วงไปโรงเรียน ค้นหาสิ่งใหม่ๆ หากต้องเผชิญกับโรคลมชัก แรงกดดันในครอบครัวและอคติทางสังคมที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตตามมาด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกทำการศึกษาเฉพาะตัวแปรหรือปัจจัยคัดสรรที่สำคัญที่สามารถจัดกระทำได้หรือปรับเปลี่ยนได้ 2 ตัวแปร (modifiable factors) คือ ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลของผู้ดูแล เพราะนอกจากผู้ดูแลมักจะถูกมองข้ามตามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมแล้ว การเก็บข้อมูลในเด็กโรคลมชักที่มีปัญหาด้านสมองโดยการให้ตอบแบบสอบถาม

ที่มีความยาวและเนื้อหามาก อาจกระตุ้นให้เด็กเกิดอาการชักได้และได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการสำรวจในผู้ดูแล ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการนำผลวิจัยไปจัดกระทำกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม หากผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแล และสามารถจัดระเบียบการดำเนินชีวิตได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ย่อมทำให้เด็กโรคลมชักมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เป็นภาระของสังคมต่อไปในอนาคตอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาระดับของความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล
2. ทดสอบความสามารถในการทำนายปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

คำถามการวิจัย

1. ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับใด
2. ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลได้หรือไม่

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล และความวิตกกังวลของผู้ดูแลที่มีต่อคุณภาพชีวิตในเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลพบว่า คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียน และวัยรุ่นโรคลมชักเป็นความรู้สึกรังเกียจซึ่งเป็นความผาสุกในทุกด้านของชีวิต (มณี, 2555; Taylor, Gibson, & Franck, 2008) ขึ้นอยู่กับทัศนคติ ความเชื่อ และ

สถานะในชีวิตที่แวดล้อมไปด้วยค่านิยมและวัฒนธรรมของสภาพความเป็นอยู่ของบุคคลนั้นๆ ซึ่งจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง ทัศนคติ ความเชื่อและภาระของบุคคลนั้นๆ (Verhey et al., 2009) ประกอบด้วย 7 ด้าน ตามแนวคิดของคราเมอร์และคณะ (Cramer et al., 1998) คือ 1) ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชัก (seizure worry) 2) ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม (overall QOL) 3) ด้านสุขภาวะทางอารมณ์ (emotional well-being) 4) ด้านพลังกำลังหรือความเหนื่อยล้า (energy, fatigue) 5) ด้านกระบวนการคิดรู้ (cognitive functioning) 6) ด้านผลจากการใช้ยากันชัก (medication effects) และ 7) ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม (social function health status) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 7 ด้านสามารถสรุปเหลือเพียง 4 ด้านคือ 1) ด้านร่างกาย ประกอบด้วย ด้านพลังกำลังหรือความเหนื่อยล้า (energy, fatigue) และด้านผลจากการใช้ยากันชัก (medication effects) ในส่วนผลกระทบต่อร่างกาย 2) ด้านจิตใจ ประกอบด้วย ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชัก (seizure worry) ด้านผลจากการใช้ยากันชัก (medication effects) ในส่วนผลกระทบต่อจิตใจ และด้านกระบวนการคิดรู้ (cognitive functioning) 3) ด้านอารมณ์ ประกอบด้วย ด้านสุขภาวะทางอารมณ์ (emotional well-being) และ 4) ด้านสังคม ประกอบด้วย ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม (social function health status) เด็กโรคลมชักมีปัญหาคุณภาพชีวิตในทุกๆ ด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติที่ไม่ได้เป็นโรค โดยเฉพาะด้านจิตใจและสังคม (Montanaro, Battistella, Boniver, & Galeone, 2004) ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลเด็กและความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของเด็ก เช่น ความวิตกกังวลต่ออาการชักเพิ่มขึ้น สุขภาวะทางอารมณ์แย่ลง เป็นต้น ซึ่งผลกระทบต่อด้านจิตใจส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย นอกจากนี้แรงกดดันและความวิตกกังวลของผู้ดูแลทำให้เด็กรับรู้ได้ถึงความคิดปกติกของตนเองเกิดความเครียด และความรู้สึกอึดอัดในตนเองต่ำ รู้สึกเป็นปมด้อย สูญเสียความเป็นตัวเอง ทำให้มีปัญหาการเข้าสังคม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคม

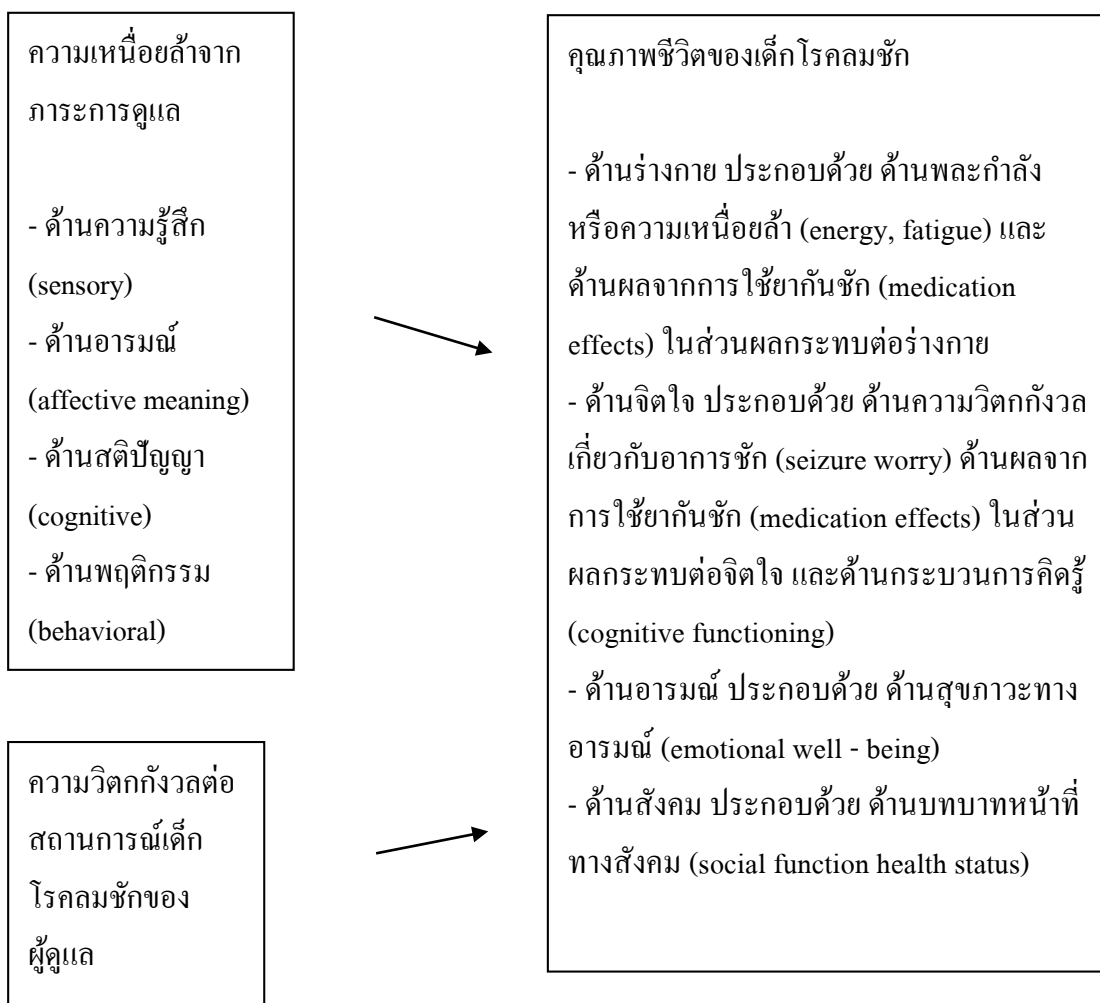
จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากการดูแล พบว่า ผู้ดูแลจะละเลยความเป็นอยู่ของตนเองระหว่างดูแลเด็กโรคลมชักเพราะเป็นห่วงความเป็นอยู่ของเด็กโรคลมชักมากกว่าสิ่งอื่นๆ ทำให้สูญเสียพลังงานและเหนื่อยล้า อีกทั้งต้องบริหารจัดการดูแลพี่น้องคนอื่นๆ ด้วย (Lua et al., 2015) ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าที่เพิ่มขึ้น เกิดอาการทางกายต่างๆ (Anjum et al., 2010; Yusuf et al., 2013) นอนไม่หลับ (Lua et al., 2015) อารมณ์ที่แปรปรวน (mood swings) และขัดแย้งภายในครอบครัว (Anjum et al., 2010; Yusuf et al., 2013) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยเชิงสัมพันธ์ที่กล่าวถึงความเหนื่อยล้า คือ ความรู้สึกเหนื่อยล้าในผู้ดูแลในระดับที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในด้านคุณภาพชีวิตลดลง (O'hala et al. อ้างตามวิริสรา, 2556) ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน

ประเทศสหรัฐอเมริกา ($p < .00$) (Karakis, Cole, Montouris, San Luciano, Meador, & Piperidou, 2014) และประเทศอินเดีย ($p < .00$) (Sirari, Dhar, Vishwakarma, & Tripathi, 2014) ภาวะการดูแลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา ($p < .02$) (Karakis, Tsiakiri, & Piperidou, 2014) เด็กโรคลมชักที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนานทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยนานและหลายชั่วโมงต่อวันส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ และเกิดอาการเหนื่อยล้า (พิทยาภรณ์, 2548) ความเหนื่อยล้าเป็นประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นโรคลมชักที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อยจนทำให้ร่างกายไม่สามารถคงความสมดุลของการสร้างและการใช้พลังงานไว้ได้ ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรงจนกระทั่งหมดกำลัง หากไม่มีการปรับตัวที่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สถานการณ์การใช้ชีวิตหรือการทำงานในแต่ละวัน (Piper et al., 1998) และคุณภาพชีวิต จากแนวคิดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) ได้ทำการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดความเหนื่อยล้า พบว่า ความเหนื่อยล้าสามารถแบ่งได้เป็น 2 มิติ คือ มิติจิตวิสัย (subjective dimension) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้สึก (sensory dimension) เป็นความรุนแรงของความเหนื่อยล้า อาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความเหนื่อยล้าในผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเฉพาะที่หรือเจาะจงส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น เหน็ดเหนื่อยจากการใช้สายตา หรืออาจจะเหน็ดเหนื่อยทั่วร่างกาย เช่น รู้สึกเหนื่อยมาก รู้สึกหมดพลัง อ่อนเพลียและเป็นมิติที่เป็นตัวบ่งบอกความอ่อนแรงของกล้ามเนื้ออีกด้วย 2) ด้านอารมณ์ (affective meaning dimension) เป็นอาการและอาการแสดงที่สะท้อนถึงระดับความรู้สึกทุกข์ หรือการตอบสนองต่อความเหนื่อยล้า เช่น การหงุดหงิด ไม่พอใจ และซึมเศร้า เป็นการให้ความหมายของอารมณ์ต่อความเหนื่อยล้า 3) ด้านสติปัญญา (cognitive dimension) เป็นอาการและอาการแสดงที่สะท้อนถึงผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อความสามารถในการตั้งใจจดจ่อ ความจำ ความคิด และ 4) ด้านพฤติกรรม (behavioral dimension) เป็นอาการและอาการแสดงที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงประสิทธิภาพของร่างกายหรือประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมประจำวัน และมีมิติวัตถุวิสัย (objective dimension) ประกอบด้วยอาการของความเหนื่อยล้าที่แสดงออกทางร่างกาย ชีวเคมี และพฤติกรรมที่แสดงออกมา สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเลือกศึกษาความเหนื่อยล้าเฉพาะที่เป็นมิติจิตวิสัย (subjective dimension) ซึ่งมี 4 ด้านดังกล่าวตามแนวคิดของไปเปอร์และคณะในปี ค.ศ. 1998 (Piper et al., 1998)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในการบริหารจัดการดูแลพี่น้องคนอื่นๆ วิตกกังวลต่อ โชคชะตาที่มีลูกไม่ปกติเหมือนกับครอบครัวอื่นๆ วิตกกังวลเนื่องจากไม่ทราบว่าเด็กจะมีการชักเมื่อไหร่ (Lua et al., 2015) วิตกกังวลว่าอาการชักจะทำให้สูญเสียความฉลาดและเป็นก้อนเนื้อในสมอง (Williams et al., 2003; Yong et al., 2006) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยเชิงสัมพันธ์และทำนายที่กล่าวถึงความวิตกกังวลของ

ผู้ดูแล คือ ความวิตกกังวลของมารดาสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศจีน ($p = .00$) และประเทศสหรัฐอเมริกา ($p < .01$) (Williams et al., 2003) โดยความวิตกกังวลของมารดาที่เพิ่มขึ้นจะทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักลดลง วิลเลียมและคณะและยงและคณะ (Williams et al., 2003; Yong et al., 2006) กล่าวเหมือนกันว่าสาเหตุของความวิตกกังวลของมารดานั้นเกิดจากความกลัวว่าเด็กจะตายเมื่อมีอาการชักซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมการปกป้องคุ้มครองเด็กมากเกินไป และจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวของเด็กมีผลทำให้คุณภาพชีวิตทั้งของเด็กและครอบครัวลดลง ซึ่งผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1973) โดยสปีลเบอร์เกอร์ได้กล่าวถึงทฤษฎีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (State anxiety) ไว้ว่า เป็นความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความวิตกกังวลชั่วคราวขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ที่มาคุกคามนั้นๆ มีลักษณะเป็นปรนัยที่มีความกลัว เครียด และมีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์เป็นระดับที่ตื่นตัวมาก การรับรู้แคบลง กระฉับกระเฉงมากขึ้น หากความวิตกกังวลเป็นระดับรุนแรงจะทำให้การรับรู้แคบลงไปมาก กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ความสามารถในการรับรู้ความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมลดลงหรือหมดไป และหากความวิตกกังวลจนถึงระดับรุนแรงสุดขีด จะทำให้เกิดภาวะตื่นกลัวสุดขีด การรับรู้ การสื่อสารเสียไป ไม่สามารถควบคุมตนเอง อาจกลัวมากจนเกิดความก้าวร้าวรุนแรง มีพลังมหาศาล หรืออาจหมดแรงหรือหมดสติไปเลย

ดังนั้นความเหน็ดเหนื่อยจากภาระการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลคาดว่าจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กตามการรับรู้ของผู้ดูแล ดังภาพ 1



ภาพ 1. กรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

นิยามศัพท์การวิจัย

ปัจจัยคัดสรร หมายถึง ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งเป็นตัวแปรที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาให้ดีขึ้นได้ ประกอบด้วย ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล และความวิตกกังวลของผู้ดูแล

ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล หมายถึง ประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นโรคลมชักที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อยตลอดเวลา จนทำให้ร่างกายไม่สามารถคงความสมดุลของการสร้างและใช้พลังงานไว้ได้ ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรงจนกระทั่งหมดกำลัง หากไม่มีการปรับตัวที่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สถานการณ์การใช้ชีวิตหรือการทำงานในแต่ละวัน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านความรู้สึก (sensory dimension) ด้านอารมณ์ (affective meaning dimension) ด้านสติปัญญา (cognitive dimension) และด้านพฤติกรรม (behavioral dimension) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความเหนื่อยล้าของพญจิต (2552)

ความวิตกกังวล หมายถึง อารมณ์ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่ประกอบด้วยความรู้สึกที่ไม่มีความสุข ไม่สบายใจ ไม่อยู่นิ่ง เกิดความตึงเครียด กังวล กลัวว่าเด็กจะตาย หวาดหวั่น คลุมเครือ ซึ่งเป็นอารมณ์ที่เกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายผู้ดูแลเด็กโรคลมชักต่อสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตราย วัดโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลของบุญเพียรและคณะ (2544)

คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่เป็นการรับรู้และการให้คุณค่าของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตซึ่งเป็นความผาสุกทุกด้านของชีวิต ครอบคลุม 4 ด้านของชีวิต คือ 1) ด้านร่างกาย ประกอบด้วย ด้านพลังกำลังหรือความเหนื่อยล้า (energy, fatigue) และด้านผลจากการใช้ยากันชัก (medication effects) ในส่วนผลกระทบต่อร่างกาย 2) ด้านจิตใจ ประกอบด้วย ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชัก (seizure worry) ด้านผลจากการใช้ยากันชัก (medication effects) ในส่วนผลกระทบต่อจิตใจ และด้านกระบวนการคิดรู้ (cognitive functioning) 3) ด้านอารมณ์ ประกอบด้วย ด้านสุขภาวะทางอารมณ์ (emotional well-being) และ 4) ด้านสังคม ประกอบด้วย ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม (social function health status) วัดโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชักฉบับภาษาไทยของจันทร์ทิพย์ (2549)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น โรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นที่พาเด็กโรคลมชักมารับบริการในคลินิกเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำผลงานวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะช่วยให้พยาบาลได้ตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของเด็ก โรคลมชักและปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก โรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนให้การพยาบาลเด็ก โรคลมชักได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้เด็กโรคลมชักมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก โรคลมชักทั้งในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น หรือวัยอื่นๆ เพื่อให้เกิดการขยายขององค์ความรู้ที่กว้างขึ้นเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก โรคลมชักต่อไป

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักเฉพาะเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น โดยผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังนี้

1. โรคลมชักในเด็ก
 - 1.1 อุดมการณ์
 - 1.2 คำจำกัดความ
 - 1.3 ชนิดของโรคลมชัก
 - 1.4 ผลกระทบของโรคลมชักในเด็ก
2. คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล
 - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 2.3 คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก
 - 2.4 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก
3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล
 - 3.1 ความเหนื่อยล้า
 - 3.2 ความวิตกกังวล
 - 3.3 ความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้าและความวิตกกังวลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล
4. ปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล
5. สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

โรคลมชัก (Epilepsy)

ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคลมชักทั่วโลกราว 50 ล้านคน (WHO, 2012) โดยแถบยุโรปพบประมาณ 4.5 – 5.5 คนต่อประชากรเด็กและวัยรุ่น 1,000 คน (Forsgren, Beghi, Oun, & Sillanpaa, 2005) ประเทศไทยพบอุบัติการณ์เด็กโรคลมชัก 40 คนต่อ 100,000 คนต่อปี (ผกายมาศ, 2550) จากสถิติผู้ป่วยที่คลินิกเด็กโรคระบบประสาท หน่วยผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2548 – 2558 พบผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอายุตั้งแต่ 6 - 17 ปี เฉลี่ย 338.91 คน (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2558)

คำจำกัดความ

โรคลมชัก (epilepsy) หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยเกิดอาการชักเท่ากับหรือมากกว่า 2 ครั้ง โดยไม่มีปัจจัยกระตุ้น (unprovoked seizures) (คัชรินทร์และคณะ, 2555; WHO, 2012) โดยจะต้องเว้นช่วงเวลาห่างระหว่างอาการ 2 ครั้งนั้นอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าในสมอง (WHO, 2012) กลไกการเกิดดังกล่าวเนื่องมาจากความไม่สมดุลระหว่างกระบวนการกระตุ้นและกระบวนการยับยั้งโดยผ่านสารสื่อประสาท โดยอาจจะเกิดจากกระบวนการกระตุ้นเพิ่มมากขึ้น หรือกระบวนการยับยั้งลดลง (คัชรินทร์และคณะ, 2555) สารสื่อประสาทที่ช่วยในกระบวนการกระตุ้นได้แก่ สารกลูตาเมต (glutamate) และสารแอสไพเรต (aspirate) สารสื่อประสาทที่ช่วยในกระบวนการยับยั้งได้แก่ สารแกมมา - กรดอะมิโนบูตาริก (gamma - aminobutyric acid) ก่อให้เกิดอาการชัก (seizures) โดยอาการชัก (seizures) หมายถึง อาการหนึ่งซึ่งแสดงถึงการทำงานของเซลล์ประสาทในสมองที่ปล่อยกระแสไฟฟ้าผิดปกติอย่างทันทีและรุนแรง (ผกายมาศ, 2550) โดยอาการผิดปกติที่แสดงออกมานั้นขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่มีความผิดปกติของกระแสไฟฟ้าในสมอง อาการผิดปกติดังกล่าว แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ อาการชักที่มีการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อ (convulsion) เช่น การชักชนิดเกร็งกระตุกทั่วไป (generalized tonic – clonic seizures) และอาการชักที่ไม่มีการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อ (non - convulsion) เช่น การชักชนิดไม่ปรากฏอาการ (absence seizures) (คัชรินทร์และคณะ, 2555)

ชนิดของโรคลมชัก

ชนิดของโรคลมชักแบ่งออกได้เป็นหลายชนิดขึ้นอยู่กับลักษณะของการแบ่ง คือ

1. แบ่งตามสาเหตุและพยาธิสภาพ

สมาพันธ์ต่อต้านโรคลมชักนานาชาติ (Engel, 1998) ได้แบ่งแยกตามสาเหตุและพยาธิสภาพในสมองเป็น 3 ประเภทดังนี้

1.1 โรคลมชักชนิดไม่มีสาเหตุ (idiopathic epilepsy) หมายถึง โรคลมชักที่ไม่ได้มีสาเหตุจำเพาะชัดเจน แต่มักใช้ในโรคลมชักที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม แต่ไม่มีความผิดปกติอย่างอื่นร่วมด้วย

1.2 โรคลมชักชนิดมีสาเหตุชัดเจน (symptomatic epilepsy) หมายถึง โรคลมชักที่มีสาเหตุชัดเจน เช่น เนื้องอกในสมอง เป็นต้น

1.3 โรคลมชักชนิดหาสาเหตุไม่ได้ (cryptogenic epilepsy) หมายถึง โรคลมชักที่ได้มีการตรวจหาสาเหตุ เช่น การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ แล้วแต่ยังไม่พบสาเหตุที่แน่ชัด เนื่องด้วยวิทยาการในปัจจุบันยังไม่สามารถตรวจพบพยาธิสภาพได้ แต่เชื่อว่ามีสาเหตุมาจากร่างกาย

2. แบ่งตามลักษณะของการชัก

ลักษณะอาการชักมีหลายแบบมากมาย แต่ผู้วิจัยจะขอกล่าวถึงชนิดของโรคลมชักตามลักษณะของการชักในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นเท่านั้นดังนี้

2.1 โรคลมชักชนิดโรแลนดิก (benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes; rolandic seizures) เป็นโรคลมชักที่พบบ่อยที่สุดในเด็กวัยเรียน ส่วนใหญ่เริ่มชักเมื่ออายุ 7 - 10 ปี (คัชรินทร์และคณะ, 2555) พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง โดยลักษณะอาการชักมี 2 ลักษณะ (อนันต์นิตย์, 2554) ดังนี้

2.1.1 ผู้ป่วยที่มีอาการตรงแบบ ส่วนใหญ่มักเกิดอาการขณะหลับหรือกำลังจะตื่น มักเริ่มด้วยรู้อีริก หรือรู้อีริกแปลกๆที่บริเวณปาก เหงือก ลิ้น เพียงซีกเดียว มีอาการขากรรไกรแข็ง ลิ้นขยับไม่ได้ อาจมีอาการพูดไม่ได้ น้ำลายไหล โดยที่รู้อีริกดี บางรายอาจมีอาการกระตุกที่หน้า ปาก ลิ้น (อนันต์นิตย์, 2554; Loddenkemper, 2010) ระยะเวลาในการเกิดอาจสั้นเป็นวินาที หรือเป็นนาทีและมักหายไป 2 - 4 ปีหลังชัก และก่อนอายุ 16 ปี (คัชรินทร์และคณะ, 2555)

2.1.2 ผู้ป่วยที่มีอาการนอกแบบ ผู้ป่วยร้อยละ 50 เกิดอาการชักไม่ตรงกับรูปแบบข้างต้น มักเกิดในเด็กก่อนอายุ 6 ปี ลักษณะอาการชัก เป็นแบบการกระตุกขา ตัวบิด การ

รับความรู้สึกผิดปกติครึ่งซีก ปวดท้อง มองไม่เห็น ไปชั่วขณะ บางคนมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกชั่วคราว (todd's paralysis) เกิดอาการชักได้ทั้งขณะหลับและตื่น (อนันต์นิตย์, 2554)

2.2 โรคลมชักซีเออี (children absence epilepsy; CAE) โรคลมชักชนิดนี้เกิดขึ้นบ่อยในเด็กวัยเรียน โดยเกิดขึ้นมากที่สุดของเด็กวัย 6 - 7 ปี (Wheless, Willmore, & Brumback, 2009) โดยโรคลมชักชนิดนี้เกิดจากพันธุกรรมเป็นส่วนใหญ่ (idiopathic epilepsy) (Allen, 2010) โดยมีลักษณะสำคัญคือ ผู้ป่วยจะหยุดทำกิจกรรมที่กำลังทำอยู่ทันทีทันใด ตาจ้องนิ่ง ไม่รู้ตัว เป็นสั้นๆ 4 - 20 วินาที และหยุดทันทีทันใด (คัชรินทร์และคณะ, 2555) โดยเกิดขึ้นบ่อยมาก 10 - 100 ครั้งต่อวัน (Allen, 2010) โรคลมชักชนิดนี้เกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Wheless, Willmore, & Brumback, 2009) สามารถวินิจฉัยได้โดยทำการทดสอบหายใจเร็วเกินปกติ (hyperventilation test) โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกถี่ๆ นาน 3 - 5 นาที และบันทึกคลื่นสมองระหว่างทำการทดสอบ ผู้ป่วยจะมีอาการชักชนิดเหม่อ (absence seizure) ได้ถึงมากกว่าร้อยละ 90 คลื่นสมองไฟฟ้าที่บันทึกจะพบคลื่นชักลักษณะแหลม (spike - wave) ซึ่งมักมีคลื่นความถี่ 3 เฮิร์ตซ์ (คัชรินทร์และคณะ, 2555; อนันต์นิตย์, 2554)

2.3 โรคลมชักเจเออี (juvenile absence epilepsy; JAE) โรคลมชักชนิดนี้เกิดในช่วงวัยรุ่นหรือเมื่อเข้าสู่วัยหนุ่มสาว (อนันต์นิตย์, 2554) ลักษณะอาการจะคล้ายกับโรคลมชักชนิดซีเออี คือมีอาการชักเหม่อเกิดขึ้นทันทีและเป็นช่วงสั้นๆ ระยะเวลา 4 - 30 วินาที และไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น แต่โรคลมชักชนิดนี้จะพบอาการหนังตากระตุก (eyelid myoclonia) ได้บ่อยกว่าที่พบในโรคลมชักชนิดซีเออี แทบทุกรายจะมีการชักชนิดที่มีการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อ (general tonic - clonic seizures; GTC) ร่วมด้วย เริ่มชักเมื่ออายุ 9 - 13 ปี สามารถวินิจฉัยได้โดยการทดสอบการหายใจเร็วเกินปกติ (hyperventilation test) โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกถี่ๆ นาน 3 - 5 นาที และบันทึกคลื่นสมองระหว่างทำการทดสอบเช่นเดียวกับโรคลมชักชนิดซีเออี คลื่นสมองไฟฟ้าที่บันทึกจะพบคลื่นชักลักษณะแหลม (spike - wave) ซึ่งอาจมีคลื่นความถี่สูงกว่า 3 เฮิร์ตซ์ (คัชรินทร์และคณะ, 2555; อนันต์นิตย์, 2554)

2.4 โรคลมชักชนิดเจเอ็มอี (juvenile myoclonic epilepsy; JME) โรคลมชักชนิดนี้จัดอยู่ในกลุ่มโรคลมชักที่ไม่ทราบสาเหตุ (ideopathic) โดยอาการชักมีการเรียงตามอายุ เมื่ออายุ 5 - 16 ปี จะเริ่มมีอาการชักชนิดเหม่อ (absence) ตามด้วยอาการชักแบบสะตุ้ง (myoclonic jerks) ใน 1 - 9 ปีต่อมา และมีการชักทั้งตัว (GTC) ในอีก 2 - 3 เดือนหลังจากนั้น (คัชรินทร์และคณะ, 2555; อนันต์นิตย์, 2554)

ผลกระทบของโรคลมชัก

โรคลมชักเป็นโรคที่มักเกิดอาการชักขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้าและไม่มีปัจจัยใดๆมากระตุ้น ส่งผลกระทบทันทีต่อผู้ดูแลและเด็กโรคลมชัก ดังนี้

1. ผลกระทบของโรคลมชักต่อผู้ดูแล

1.1 ด้านร่างกาย ผู้ดูแลบางส่วน กล่าวว่า ภาระการดูแลเด็กโรคลมชักมีผลต่อร่างกาย โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้หญิงจะรู้สึกเหนื่อยล้าในการดูแลและสูญเสียพลังงานอย่างชัดเจน (Lua et al., 2015) นอกจากนี้ผู้ดูแลบางส่วนยังมีอาการเหนื่อยล้า ปวดศีรษะ (Anjum et al., 2010; Yusuf et al., 2013) นอนไม่หลับ (Lua et al., 2015) ภาระการดูแลที่หนักจะสัมพันธ์กับอายุของเด็กที่น้อย และระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน (Karakis et al., 2014)

1.2 ด้านจิตใจ ผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลและเครียดอย่างมากเพราะไม่รู้ว่าเด็กจะเกิดอาการชักขึ้นมาเมื่อใด (ศกชายมาศและวันดี, 2550; Lua et al., 2015) อารมณ์แปรปรวน (Yusuf et al., 2013) รู้สึกผิด โกรธ คุณค่าในตนเองลดลง สับสน ซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม (ปฐจิตา, ชื่นฤดี, อัจฉริยา, 2554) วิตถลียมและคณะและขงและคณะ (Williams et al., 2003; Yong et al., 2006) กล่าวเหมือนกันว่าสาเหตุของความวิตกกังวลของมารดานั้นเกิดจากความกลัวว่าเด็กจะตายเมื่อมีอาการชัก ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมการปกป้องคุ้มครองเด็กมากเกินไป และจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหว

1.3 ด้านบทบาทการดำเนินชีวิต ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหารเร็วขึ้น นอนหลับพักผ่อนน้อยลง (ปฐจิตา, ชื่นฤดี, อัจฉริยา, 2554) การเปลี่ยนแปลงบทบาทการดำเนินชีวิตส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว เช่น พี่น้องเกิดความไม่เข้าใจในผู้ดูแลและผู้ป่วย ผู้ดูแลบางส่วนต้องลาออกจากงาน ใช้เงินการรักษาจำนวนมาก (Lua et al., 2015) ก่อให้เกิดปัญหาการขัดแย้งกันในครอบครัว และปัญหาทางด้านการเงิน (Yusuf et al., 2013)

2. ผลกระทบของโรคลมชักต่อเด็กโรคลมชัก

2.1 ด้านร่างกาย ขณะเกิดอาการชักอาจเกิดอุบัติเหตุกระแทกกับวัตถุรอบตัว ฟาดกับของแข็ง ของมีคม อันตรายต่างๆ จากอุบัติเหตุ เช่น จมน้ำ ตกจากที่สูง ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (ศกชายมาศ, 2550; มัชชัชและคณะ, 2553) รวมทั้งการตายฉับพลัน (sudden unexpected death, SUD) (พฐจิต, 2552) ผลทางด้านชีววิทยา เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) ภาวะความเป็นกรดสูง (metabolic acidosis) การสูดสำลัก (aspiration) กระดูกสันหลังหรือกระดูกซี่โครงหัก (fracture spine or rib) การกัตุลัน (มัชชัชและคณะ, 2553) ผลที่เกิดขึ้นระยะยาว หากอาการชักซ้ำๆ ไปเรื่อยๆ ทำให้ส่งผลกระทบต่อสติปัญญาและการคิดรู้ (cognitive impairment) โดยเด็กอาจมีความคิดอ่านและสติปัญญาเสื่อมลง สมองพิการ (มัชชัชและคณะ, 2553; Williams et al., 2003) อาการชักซ้ำๆ

มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไปในชีวิต อาการชักที่เกิดขึ้นมากกว่า 10 นาที มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะสมองบวม อวัยวะล้มเหลว เซลล์ประสาทสมองถูกทำลายในตำแหน่งที่เกิดอาการชักซ้ำๆ (neuronal damage) การเกิดจุดกำเนิดชักเพิ่มขึ้นจากการชักติดต่อกันเป็นเวลายาวนาน (secondary epileptogenesis) (พญจิต, 2552) ผลที่เกิดระหว่างช่วงที่ไม่ชักและภายหลังชัก ได้แก่ ความเหนื่อยล้า เนื่องจากสูญเสียพลังงานในการชัก ความรู้สึกอยากนอนหลับ และความต้องการการพักผ่อนมากกว่าปกติ (Chan et al., 2011; Elliot et al., 2005; Moffat et al., 2009) การบกพร่องในการจำ โดยหลังจากฟื้นจากอาการชักเด็กโรคลมชักมักลืมทุกสิ่งทุกอย่าง ลืมว่าตนเองเคยทำอะไรไป (Elliot et al., 2005)

2.2 ด้านจิตใจ เด็กโรคลมชักมักเกิดความรู้สึกโกรธและอาย เนื่องจากอาการชักเกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้าและสูญเสียการควบคุม (Elliot et al., 2005; Moffat et al., 2009) ความรู้สึกเศร้าและซึมเศร้า ความมีคุณค่าในตนเองลดลง และต่อบิดา มารดา โดยบิดา มารดามักกังวลกลัวว่าเด็กจะตายขณะชัก (Williams et al., 2003; Yong et al., 2008)

2.3 ด้านสังคม จากการสำรวจในสหราชอาณาจักร (U.K.) ของร็อบสัน (Robson as cited in Jacoby & Austin, 2007) พบว่าเด็กส่วนใหญ่เพิกเฉยต่อเด็กโรคลมชักและเกิดอคติขึ้น เนื่องจากไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรหากเด็กโรคลมชักเกิดอาการชักขึ้น เด็กโรคลมชักจำนวนมากรู้สึกว่าการรังเกียจ เช่น การถูกมองในชั้นเรียน การเข้าร่วมกลุ่มสังคม (Yong, Chengye, & Jiong, 2006) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อเด็กโรคลมชักคือ เข้ากับสังคมได้ยาก มีทัศนคติต่อสังคมแย่ทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ ตามมามากมาย

คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นโรคลมชัก

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดที่เป็นการรับรู้และการให้คุณค่ากับชีวิตของบุคคลถึงความพึงพอใจ (มณี, 2555; Moons & Norekval, 2006) ซึ่งเป็นความพึงพอใจของบุคคลในทุกด้านของชีวิต (Malhi & Singhi, 2005) ทั้งทางกาย จิตใจ จิตสังคม (จันทร์ทิพย์, 2006; Aguilar et al., 2004) ที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงได้และแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (มณี, 2555) สามารถประเมินได้จากความรู้สึกและการรับรู้ส่วนบุคคลที่มีต่อสิ่งที่สำคัญกับชีวิตทั้งแง่บวกและแง่ลบ (Moons & Norekval, 2006) ขึ้นอยู่กับทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยมและวัฒนธรรมของสภาพความเป็นอยู่ของบุคคลนั้นๆ ซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวังและภาระของบุคคลนั้นๆ

(Verhey et al., 2009) และเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทุกอย่างของชีวิต (เพ็ญใจ, 2552) ที่บุคคลประสบกับกิจกรรมทางกาย อารมณ์และสังคม (Ronen et al., 2010) เช่น ความสามารถในการปฏิบัติภารกิจตามบทบาทในสังคม (นิภา, 2552) การได้รับการตอบสนองที่บุคคลต้องการ ทั้งทางร่างกาย และจิตใจในครอบครัวที่อบอุ่น มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจอยู่ในสังคมและสภาพแวดล้อมที่ดี มีการพักผ่อนหย่อนใจ มีความพร้อมและสามารถที่จะดำรงสภาพเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมหรือสิ่งรอบตัว ค่านิยมทางสังคมและวัฒนธรรม สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและปัญหาที่สลับซับซ้อนได้ ให้มีความเป็นอยู่ที่ดี หรือกินดี อยู่ดีมีความสุข ในสังคมได้ (สุวัชร, 2551)

ความหมายของคุณภาพชีวิตที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้คือ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดที่เป็น การรับรู้และการให้คุณค่ากับชีวิตของเด็ก โรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความพึงพอใจ ซึ่งเป็นความผาสุกของเด็กโรคลมชักในทุกด้านของชีวิตทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงได้และแตกต่างกันในแต่ละบุคคล สามารถประเมินได้จากความรู้สึกและการรับรู้ส่วนบุคคลที่มีต่อสิ่งที่สำคัญกับชีวิตทั้งแง่บวกและแง่ลบ ขึ้นอยู่กับทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยมและวัฒนธรรมของสภาพความเป็นอยู่ของบุคคลนั้นๆ โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง และเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทุกอย่างของชีวิต ที่เด็กโรคลมชักประสบทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ ขึ้นอยู่กับทัศนคติของแต่ละบุคคลหรือสังคม ซึ่งมีผู้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้หลากหลาย โดยแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีความสำคัญที่แตกต่างกันไป โดยสรุปได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน การรับรู้สุขภาพของตนเอง การเคลื่อนไหว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับพักผ่อน ความสุขสบาย ความเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต (วนัสนันท์, 2553; Kanjanasilp et al., 2004) ความต้องการขั้นพื้นฐานต่างๆ เช่น ความต้องการพักผ่อน ความต้องการด้านอาหาร น้ำ อากาศ เป็นต้น (นิภา, 2552)

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น ความกลัว (Elliott et al., 2005) ความผาสุก (Kanjanasilp et al., 2004) การรับรู้ทางบวกและทางลบที่บุคคลมีต่อตนเอง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงจากการสูญเสียในลักษณะต่างๆ เช่น การสูญเสียภาพลักษณ์

ความภูมิใจในตนเอง ขาดการติดต่อสมาคมกับเพื่อนฝูง จะส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (วันสันทน์, 2553) ความต้องการและต้องการการตอบสนองด้านจิตใจ เช่น ความต้องการความปลอดภัย การปกป้องชีวิตให้รอดพ้นจากอันตรายทั้งปวง และเป็นอิสระจากความกลัวและความยุ่งยากสับสน นอกจากนี้มนุษย์ยังต้องการที่จะได้รับความรัก ความเป็นเจ้าของ ต้องการสัมพันธภาพและเป็นที่ยอมรับจากผู้อื่น จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ความต้องการมีความนับถือตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ต้องการเป็นผู้ที่มีความสามารถแข็งแกร่ง ไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น ต้องการความสนใจและยกย่องชมเชย (นิภา, 2552)

3. ด้านอารมณ์ (emotional domain) คือ การรับรู้สภาพอารมณ์ของตนเอง เช่น ความรู้สึกอาย หงุดหงิด โกรธ (Elliott et al., 2005) โดยเกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากการสูญเสีย เช่นเดียวกับด้านจิตใจ โดยการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์มักจะเกิดขึ้นพร้อมๆ กับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

4. ด้านสังคม (social domain) คือ การรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม (Elliott et al., 2005; Kanjanasilp et al., 2004) ทั้งสัมพันธภาพส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม อุปสรรคในด้านนี้มี 2 องค์ประกอบคือ ความรู้สึกเกิดข้อจำกัดภายในซึ่งเกิดขึ้นจากความรู้สึกว่าแตกต่างจากคนอื่นรวมถึงขาดความมั่นใจและหลีกเลี่ยงสังคม และข้อจำกัดที่เกิดขึ้นภายนอก รวมถึงอคติจากสังคม การถูกปฏิเสธจากเพื่อน (Elliott et al., 2005) บุคคลที่มีความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จะเป็นผู้ที่มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ถึงแม้บุคคลจะมีบทบาทในสังคมน้อยลง แต่บุคคลสามารถแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้งภายในและภายนอกครอบครัวได้ เช่น การเข้าร่วมกลุ่มเพื่อน จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของบุคคล บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ไม่ว่าจะร่วมวัยหรือต่างวัย ไม่ว่าจะในครอบครัวหรือนอกครอบครัว จะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี มีความสุข และสามารถรับรู้ต่อสิ่งเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตได้ดี (วันสันทน์, 2553)

5. ด้านการคิดรู้และการเรียน (cognitive; academic domain) การรับรู้ของตนเองเกี่ยวกับความจำ ความสนใจ สมาธิ (Elliott et al., 2005) เช่น การรับรู้ว่าคุณมีความจำ การเรียนรู้ ความคิด การเรียนรู้ ความจำ และสมาธิ เป็นมุมมองของบุคคลเกี่ยวกับความคิด ความจำ การตัดสินใจ สมาธิ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนเอง รวมไปถึงความเร็วและความชัดเจนของความคิด (Elliott et al.)

6. ด้านสภาพแวดล้อม (environmental domain) คือการรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ระบบการปกครอง การคมนาคม สวัสดิการ และบริการทางสังคม ตลอดจนความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เนื่องจากสังคมเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ดังนั้นสภาพแวดล้อมที่ดีย่อม

ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สภาพแวดล้อมในที่นี้ หมายถึง สภาพที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยในชีวิต บริการทางสังคม สาธารณูปโภค ข่าวสาร มลภาวะและกิจกรรมพักผ่อน นันทนาการ กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อบ้านและชุมชนที่อยู่อาศัย เช่น ความรู้สึกปลอดภัยจากโจรผู้ร้าย มีเพื่อนบ้านที่ดี การได้รับบริการที่ดีด้านสาธารณูปโภคของชุมชน มีกิจกรรมที่เหมาะสม การอาศัยอยู่ในบ้านที่คงทนถาวร มีความสะดวกสบาย มีความสงบและเป็นส่วนตัว ย่อมทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจและเป็นสุขได้ (วันสนันท์, 2553)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย คือ การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสภาพด้านร่างกายของเด็กโรคลมชักที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน การรับรู้สุขภาพของเด็ก การเคลื่อนไหว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสุขสบาย ความเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต
2. ด้านจิตใจ คือ การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสภาพจิตใจของเด็กโรคลมชัก เช่น ความกลัว การรับรู้ทางบวกและทางลบที่มีต่อเด็ก การเปลี่ยนแปลงจากการสูญเสียในลักษณะต่างๆ เช่น การสูญเสียภาพลักษณ์ ความภูมิใจในเด็ก
3. ด้านอารมณ์ คือ การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับอารมณ์ของเด็กโรคลมชัก เช่น หงุดหงิด รำคาญใจ ความรู้สึกโกรธ อาย ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็ก เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ไม่อยู่นิ่ง
4. ด้านสังคม คือ การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับด้านความสัมพันธ์ของเด็กกับบุคคลอื่นในสังคม ทั้งสัมพันธ์ภาพส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม โดยอุปสรรคในด้านนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ความรู้สึกเกิดข้อจำกัดภายในซึ่งเกิดขึ้นจากความรู้สึกว่าแตกต่างจากคนอื่นรวมถึงขาดความมั่นใจและหลีกเลี่ยงสังคม และข้อจำกัดที่เกิดขึ้นภายนอกรวมถึงอคติจากสังคม การถูกปฏิเสธจากเพื่อน

คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่น

โรคลมชักเป็น โรคที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมาก เนื่องจากเด็กมักจะเกิดอาการชักโดยไม่ทราบล่วงหน้า อีกทั้งสังคมส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและมักเกิดอคติขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของเด็กและผู้ดูแลดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของเด็กโรคลมชัก

1.1 ด้านร่างกาย

1.1.1 ขาดพลังงานและเหนื่อยชา โรคลมชักทำให้เด็กมีอาการเหนื่อยชา มีความบกพร่องในการแสวงหาความรู้ทั่วไปที่สัมพันธ์กับอายุของเด็ก เช่น เมื่อเด็กอยู่ที่โรงเรียน เด็ก

ไม่สามารถทำการทดลองได้นาน รู้สึกว่าต้องหยุดพักในขณะที่เด็กคนอื่นๆ ในวัยเดียวกันสามารถทำการทดลองได้นานกว่าเด็กโรคลมชัก เมื่ออยู่ที่บ้าน เด็กจะรู้สึกขี้เกียจมาก ไม่อยากออกไปไหน อยากนั่งอยู่บนที่นอนตลอดเวลาและตลอดไป ในขณะที่เด็กคนอื่นๆ ชอบออกไปวิ่งเล่นและแสวงหาความรู้ (Elliott et al., 2005)

1.1.2 อาการทางกายอื่นๆ มอฟแฟตและคณะ (Moffat et al., 2009) ได้สรุปงานวิจัยไว้ว่า เด็กโรคลมชักจะเกิดอาการปวดศีรษะ ผม่ว้ง การมองเห็นผิดปกติ ชุ่มซำม ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น และมีศีรษะ อาการทางกายที่กล่าวข้างต้น ทำให้เด็กมีความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวัน การเคลื่อนไหวบกพร่อง

1.2 ด้านจิตใจ

1.2.1 อັตมโนทัศน์ในตนเองต่ำ ปมด้อยที่เกิดจากความรู้สึกว่าตนเองไม่เหมือนเพื่อนคนอื่นๆ ความรู้สึกที่เพื่อนแสดงออกต่อเด็ก ส่งผลให้เด็กโรคลมชักมีความภาคภูมิใจในตนเองลดลง และอັตมโนทัศน์ในตนเองต่ำ (Elliott et al., 2005; Malhi & Singhi, 2005)

1.2.2 ความกลัวและกังวลต่ออาการชักที่ไม่ทราบล่วงหน้า ร้อยละ 49 เด็กโรคลมชักมีความกลัวและกังวลกับอาการชักที่จะเกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้า นอกจากนี้อาการชักที่ไม่สามารถควบคุมได้ทำให้เด็กเกิดอาการกังวล เช่น กังวลเกี่ยวกับการบาดเจ็บหากเกิดอาการชักขึ้น กังวลเกี่ยวกับการตาย เด็กโรคลมชักมีอาการตกใจกลัวทุกครั้งที่เกิดอาการชักขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้า เด็กบางคนมีความกังวลเนื่องจากไม่รู้สติ กลัวว่าจะกัดลิ้นตัวเอง หัวกระแทกพื้น บางคนรู้สึกว่าเมื่อมีอาการชักเกิดขึ้นอาจต้องตายเนื่องจากไม่สามารถควบคุมการหายใจ (Elliott et al., 2005)

1.2.3 ความบกพร่องด้านความจำ ร้อยละ 70 ของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นโรคลมชักมีปัญหาด้านความจำและการเรียน เด็กมีสภาพจิตใจไม่พร้อมในการเรียน เมื่อเด็กไปโรงเรียน เด็กมักรู้สึกว่าตัวเองโง่ เนื่องจากเด็กไม่สามารถจดจำในสิ่งที่ตนเองทำในแต่ละวัน ไม่สามารถจำสิ่งต่างๆ ที่โรงเรียน มักลืมของไว้ที่โรงเรียน ลืมทำการบ้าน ลืมสิ่งที่ครูสอนในห้อง (Elliott et al., 2005)

1.2.4 การตัดขาดจากภายนอกชั่วคราว เมื่อเด็กเกิดอาการชักขึ้น เด็กจะลืมหมดทุกอย่าง สิ่งที่กำลังจะพูด ทุกสิ่งที่ทำไป เด็กจะรู้สึกเหมือนว่า สมองว่างเปล่า (Elliott et al., 2005)

1.2.5 ความบกพร่องในการตั้งใจจดจ่อ เมื่อเด็กเกิดอาการชักขึ้น อาการหลังชักคือ เด็กไม่สามารถตั้งใจจดจ่อได้ ยากที่จะตั้งใจฟังในสิ่งที่อาจารย์สอนได้ หากกำลังทำการบ้านจะรู้สึกเหมือนว่า สูญเสียความคิดที่ต่อเนื่องไป (Elliott et al., 2005)

1.3 ด้านอารมณ์

1.3.1 อาการหงุดหงิด และความโกรธ ร้อยละ 67 มีอาการหงุดหงิด โกรธ เด็กโรคลมชักมักมีอาการหงุดหงิดและความโกรธสัมพันธ์กับอาการชักที่เกิดขึ้น (Elliott et al., 2005) โดยเด็กที่สูญเสียการควบคุมตนเองบ่อยๆ ทั้งจากภาวะปกป้องคุ้มครองมากเกินไปของผู้ดูแล และจากอาการชักที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้า ทำให้เด็กเกิดอาการหงุดหงิด โกรธและเศร้า (Elliott et al., 2005; Moffat et al., 2009)

1.3.2 ความอาย เด็กโรคลมชักเกิดความอายและเกิดปมด้อยที่คิดว่าตนเองไม่เหมือนเพื่อนและกลัวว่าเพื่อนจะรังเกียจ สาเหตุนี้ทำให้เด็กเกิดอาการแยกตัวจากเพื่อนและจำกัดการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของตนเอง บางคนพยายามที่จะรักษาอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ความวิตกกังวลและซึมเศร้า (Elliott et al., 2005)

1.4 ด้านสังคม

1.4.1 ข้อจำกัดภายใน (internal constraints) เป็นความรู้สึกที่เกิดจากภายในจิตใจของเด็กเอง เช่น ความรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง ความรู้สึกว่าเป็นตัวประหลาด (alien) หรือรู้สึกแตกต่างไปจากเพื่อนคนอื่นๆ (Elliott et al., 2005; Moffat et al., 2009) เด็กโรคลมชักมักรู้สึกไม่อยากอยู่ในกลุ่มเพื่อนและกลัวจะถูกไล่ออกจากกลุ่มหากเกิดอาการชักขึ้นขณะอยู่ในกลุ่มเพื่อน (Moffat et al., 2009) นอกจากนี้ความอายที่เกิดจากต้องรับประทานยากันชักทำให้เด็กออกห่างจากกลุ่มเพื่อน (Moffat et al., 2009)

1.4.2 ข้อจำกัดภายนอก (external constraints) เป็นความรู้สึกที่เกิดจากเพื่อนหรือบุคคลภายนอกซึ่งส่งผลต่อเด็ก เช่น พฤติกรรมจากเพื่อนที่แสดงออกต่อเด็ก เด็กบอกว่าเพื่อนพูดกับตนเองว่า เธอไม่ควรมาเรียนร่วมกับพวกเรา เธอพิเศษและแตกต่างจากเด็กคนอื่นๆ เพื่อนๆ ทุกๆ คนไม่ยอมเล่นกับฉัน ภาวะปกป้องคุ้มครองมากเกินไปจากผู้ปกครอง ร้อยละ 80 ให้ความเห็นว่าพ่อและแม่เป็นกังวลเกี่ยวกับอาการชักของเด็กมากเกินไป เด็กเกิดความหงุดหงิดเนื่องจากผู้ปกครองเข้มงวดมากจนลูกกล้าความเป็นตัวเองของเด็กและการจำกัดพฤติกรรม ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกไม่เป็นอิสระ (Elliott et al., 2005) สอดคล้องกับงานวิจัยของเวอร์เรลล์, แบล็กแมน, บาร์โลว์, มาทซ์และฮามิวีกา (Wirrell, Blackman, Barlow, Mah, & Hamiwka, 2005) ที่พบว่าเด็กโรคลมชักมีคะแนนเฉลี่ยสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหัวข้อ แยกตัว (withdrawn) และปัญหาทางสังคม (social problems) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมและงานวิจัยของไฟล์วลินเจอร์และคณะ (Freilinger et al., 2006) ที่พบว่า เด็กที่มีอาการชักตั้งแต่อายุน้อย (earlier age of seizure onset) มีปัญหาด้านสังคม รวมไปถึงเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยากันชักหลายชนิด มีปัญหาด้านสังคม และ

งานวิจัยของยงและคณะ (Yong et al., 2006) พบว่าเด็กโรคลมชักจำนวนมากรู้สึกว้าวมองเกี่ยวกับ
เช่น การถูกมองในชั้นเรียน การเข้าร่วมกลุ่มสังคม

2. คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

2.1 ด้านร่างกาย

2.1.1 ขาดพลังงานและเหนื่อยขา อาการชักแบบเฉพาะส่วน (partial epilepsy) ถูกพบว่ามีผลต่อระดับพลังงานในร่างกายของเด็กโรคลมชักรุนแรงกว่าอาการชักแบบทั่วตัว (generalized epilepsy) (Aggarwal et al., 2011) สอดคล้องกับงานวิจัยของอาร์ยา, จีฮ์ลาวัด, เคาว์ซิกค์, และเกห์วาล (Arya, Gehlawat, Kaushik, & Gathwala, 2014) ที่สรุปผลว่า เด็กโรคลมชักที่มีอาการชักแบบทั่วตัว (generalized epilepsy) จะมีคะแนนการทำกิจกรรมทางกายที่ต่ำกว่าอาการชักแบบเฉพาะส่วน (partial epilepsy) ตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศอินเดีย ($p = .028$) เนื่องจากเด็กที่มีอาการชักเฉพาะส่วนจะมีความถี่ในการชักมากกว่า อาการชักที่เกิดขึ้นบ่อย หรือเกิดอาการชักอีกครั้งในระยะเวลาอันสั้นมีผลทางลบต่อการทำกิจกรรมทางกาย เด็กโรคลมชักที่มีอายุน้อยกว่าจะมีระดับพลังงานมากกว่าเด็กโรคลมชักที่อายุไม่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศอินเดีย (Aggarwal et al., 2011)

2.1.2 อาการทางกายอื่นๆ เด็กโรคลมชักมีอาการทางกายต่างๆเรื้อรัง เช่น เป็นแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ ภูมิแพ้ (Fang & Chen., 2006; Tsai et al., 2013) ปวดหลัง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาทางตาและเป็นผื่น (Tsai et al., 2013)

2.2 ด้านจิตใจ

2.2.1 อัตมโนทัศน์ในตนเองต่ำ ค่าคะแนนในหัวข้ออัตมโนทัศน์ในตนเอง (self-esteem) ต่ำที่สุดของคุณภาพชีวิตในทุกหัวข้อ (Arya et al., 2014) โดยเด็กโรคลมชักที่มีอายุยิ่งมากจะมีอัตมโนทัศน์ที่ต่ำกว่าเด็กที่มีอายุน้อย (Aggarwal et al., 2011)

2.5.1 ความบกพร่องในการตั้งใจจดจ่อ เด็กโรคลมชักมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าในหัวข้อปัญหาด้านการใส่ใจจดจ่อ (attention problems) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศแคนาดา ($p < .05$) (Wirrell et al., 2005) และความยากลำบากในการตั้งใจจดจ่อที่โรงเรียน (school attendance difficulty) มีผลลดคะแนนรวมคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศอังกฤษ ($p < .05$) (Reilly et al., 2015)

2.3 ด้านอารมณ์

2.3.1 อาการหงุดหงิด และความโกรธ เด็กโรคลมชักจะมีอารมณ์แปรปรวนบ่อย เอาแต่ใจตนเอง รู้สึกเศร้าและต้องการความช่วยเหลือ ค่าคะแนนความผาสุกด้านอารมณ์

(emotional well - being) ตกลงมาอยู่ในระดับ “เกิดขึ้นบางเวลา” หรือ “เกิดขึ้นเล็กน้อย” ตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศอเมริกา (Clary, Vander Wal, & Titus, 2010)

2.4 ด้านสังคม

สัดส่วนของเด็กโรคลมชักที่มีคะแนนความสามารถทางด้านสังคมต่ำและตกอยู่ในช่วงที่มีความผิดปกติทางคลินิกมีสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับฐานคะแนนข้อมูลของเด็กปกติ ($p < .05$) (Sabaz et al., 2003)

การประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักวัยรุ่นและวัยรุ่น

คุณภาพชีวิตไม่สามารถมองเห็นหรือสัมผัสได้เหมือนคุณภาพสินค้า การประเมินคุณภาพชีวิตจึงมีความยากลำบากในการวัดและประเมินออกมาให้เห็นหรือรับรู้ได้อย่างเป็นปรนัย รวมถึงโรคลมชักเป็นโรคที่ประชากรส่วนใหญ่ไม่เข้าใจอาการและอาการแสดงของโรค ทำให้เกิดการคาดคะเนไปในทางที่ไม่ดีและเกิดอาการรังเกียจเด็กโรคลมชัก เด็กโรคลมชักจึงมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างจากโรคอื่นๆ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักที่มีอยู่ในปัจจุบัน มี 2 เครื่องมือ นอกนั้นอีกเครื่องมือใช้ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชัก ดังนี้

1. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชักคิวโอแอลไออีสามหนึ่ง (Quality of life in epilepsy: QOLIE - 31) พัฒนาในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยคราเมอร์และคณะ (Cramer et al., 1998) เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคลมชักวัยผู้ใหญ่ตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด ประกอบด้วย 7 ด้านรวมข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อคือ 1) ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชัก (seizure worry) 5 ข้อ 2) ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม (overall QOL) 2 ข้อ 3) ด้านสุขภาวะทางอารมณ์ (emotional well - being) 5 ข้อ 4) ด้านพลังกำลังหรือความเหนื่อยล้า (energy, fatigue) 4 ข้อ 5) ด้านกระบวนการคิด (cognitive functioning) 6 ข้อ 6) ด้านผลจากการใช้ยากันชัก (medication effects) 3 ข้อและ 7) ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม (social function health status) 5 ข้อ นอกจากนี้ยังมีข้อคำถามเดี่ยวเป็นการสอบถามถึงภาวะสุขภาพ (health status question) 1 ข้อไม่นำมารวมกับคะแนนรวม แต่ละข้อมีการวัดแต่ละระดับไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับข้อคำถามนั้นๆ การคิดคะแนนจะแปลงคะแนนแต่ละข้อเป็น 0 - 100 และนำมาหาค่าเฉลี่ยรายด้าน จากนั้นนำมาเฉลี่ยเป็นคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอีกครั้งหนึ่ง คะแนนที่สูงหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี แบบสอบถามนี้ถูกตรวจสอบความตรงภายใน (internal consistency) โดยคราเมอร์และคณะ (Cramer et al., 1998) ทำการตรวจสอบแบบสอบถามกับชายและหญิงโรคลมชักจำนวน 304 คน ที่มีความแตกต่างกันของ

ความรุนแรงของอาการชักและชนิดของอาการชัก และได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) เท่ากับ .77 - .93 แบบสอบถามนี้เป็นที่นิยมใช้ทั่วโลก และถูกแปลหลายภาษา เช่น ภาษาสเปนของทอร์เรส, อาร์โรโย, อารายา, และพาโบล (Torres, Arroyo, Araya, & Pablo, 1999) ผ่านการตรวจสอบความตรงภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) เท่ากับ .92 ภาษาเยอรมันของเมย์, พลาฟฟ์ลิน, และคาร์เมอร์ (May, Pfäfflin, & Cramer, 2001) ผ่านการตรวจสอบความตรงภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) เท่ากับ .76 - .90 ประเทศไทยของจันทร์ทิพย์ (2549) ได้นำมาใช้กับผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชักโดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงภายในของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) เท่ากับ .91 พงุจิต (2552) ได้นำเครื่องมือของจันทร์ทิพย์มาใช้ในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชักผ่านการตรวจสอบความตรงภายในของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) เท่ากับ .85

จุดดีของแบบสอบถามนี้คือ ถูกพัฒนามาอย่างเป็นระบบและถูกต้องตามหลักวิชาการ มีการตรวจสอบความเที่ยงที่น่าเชื่อถือ ส่วนจุดด้อยคือ เป็นแบบสอบถามที่ถูกพัฒนามาแล้วเป็นระยะเวลา ยาวนาน ซึ่งหากนำมาใช้ในปัจจุบันอาจมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม เป็นต้น

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักคิวโอแอลซีอี (The Quality of Life in Childhood Epilepsy Questionnaire: QOLCE) พัฒนาโดยซาเบซและคณะ (Sabaz et al., 2000) ใช้สำหรับประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอายุ 4 - 18 ปีตามการรับรู้ของบิดา มารดา โดยจะประเมินความถี่ของประสบการณ์เฉพาะกับโรคที่เกิดขึ้นใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ด้าน (domains) 16 หัวข้อ (subscales) และข้อเดี่ยว (single item) 2 ข้อ รวมทั้งสิ้น 77 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (physical function) ประกอบด้วย ข้อจำกัดทางกายภาพ (physical restrictions) 10 ข้อ และพลังงานหรือความเหนื่อยล้า (energy, fatigue) 2 ข้อ 2) ด้านการคิดรู้ (cognitive function) ประกอบด้วย ความตั้งใจหรือการจดจ่อ (attention; concentration) 5 ข้อ ความจำ (memory) 6 ข้อ ภาษา (language) 8 ข้อ และการคิดรู้อื่นๆ (other cognitive) 3 ข้อ 3) ด้านอารมณ์และความผาสุก (emotional well - being) ประกอบด้วย ความซึมเศร้า (depression) 4 ข้อ ความวิตกกังวล (anxiety) 6 ข้อ การควบคุมตนเองหรือการช่วยเหลือตนเองได้น้อย (control, helplessness) 4 ข้อ และการนับถือตนเอง (self - esteem) 5 ข้อ 4) ด้านสังคม (social function) ประกอบด้วย ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) 3 ข้อ กิจกรรมทางสังคม (social activities) 3 ข้อ และอคติ (stigma) 1 ข้อและ 5) ด้านพฤติกรรม (behavioral function) ประกอบด้วย พฤติกรรม (behavior) 15 ข้อ สำหรับข้อเดี่ยว (single item) 2 ข้อ ได้แก่ คุณภาพชีวิตจากอาการชัก (seizure quality of life) 1 ข้อและสุขภาพโดยทั่วไป (general health) 1 ข้อ แต่ละข้อวัดด้วยมาตรวัดความพึงพอใจ 5 ระดับ (likert scale) นำมา

แปลงเป็น 0 - 100 คะแนน (1 = 0, 2 = 25, 3 = 50, 4 = 75, 5 = 100) การคิดคะแนนคือ นำคะแนนแต่ละข้อมาเฉลี่ยเป็นคะแนนรวมแต่ละด้านและนำคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านมาหาค่าเฉลี่ยรวม คะแนนแต่ละด้านที่สูงและคะแนนรวมที่สูงบ่งชี้ว่ามีระดับการทำงานของด้านนั้นๆ สูงและคุณภาพชีวิตที่ดี แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงภายใน (internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) ระหว่าง .72 - .93 แบบสอบถามนี้เป็นที่นิยม ถูกแปลหลายภาษาและนำมาใช้กับเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่นหลายประเทศ เช่น งานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตในเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่นประเทศอินเดียของ แอกราวาลและคณะ (Aggrawal et al., 2011) ซึ่งได้ถูกแปลเป็นภาษาฮินดี และผ่านการตรวจสอบความตรงภายในด้วยสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) ระหว่าง .72 - .92 ประเทศเกาหลีของลิม, แคง, และคิม (Lim, Kang, & Kim, 2002) ซึ่งได้ถูกแปลเป็นภาษาเกาหลีและนำไปใช้ในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นโรคลมชักเกาหลี และผ่านการตรวจสอบความตรงภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) ระหว่าง .77 - .94 ประเทศไทยของเอื้อวิชญาแพทย์และคณะ (Auvichayapat et al., 2013) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้กับเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่นในประเทศไทย ไม่ได้รายงานการตรวจสอบความตรงภายใน

จุดดีของเครื่องมือนี้ คือ เครื่องมือนี้สามารถวัดความรู้สึกอ่อนไหวง่าย (sensitive) ต่ออาการชักที่เกิดขึ้นรุนแรง นอกจากนี้ยังวัดภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหลายด้าน ทำให้ได้คะแนนคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมในเด็กโรคลมชัก ส่วนจุดด้อยของเครื่องมือนี้ คือ ข้อคำถามมีจำนวนข้อมากซึ่งทำให้ต้องใช้เวลาในการตอบนาน ทำการวัดในบิดา มารดาหรือผู้ดูแลเพียงอย่างเดียว ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประเมินโดยบิดา มารดาหรือผู้ดูแลเพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอต่อการประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก เนื่องจากบิดา มารดาหรือผู้ดูแลมักประเมินคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเด็กประเมินเอง (Ronen et al., 2010; Verhey et al., 2009)

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักซีเอสอีคิวโอแอลอีสิบห้า (CHEQOL - 25) พัฒนาโดยโรเนน, สเตรเนอร์, และโรเซนบาร์ม (Ronen, Streiner, & Rosenbaum, 2003) ใช้ได้กับเด็กโรคลมชักอายุ 6 - 15 ปีตามการรับรู้ของบิดา มารดาและเด็ก แบบสอบถาม CHEQOL - 25 เป็นแบบประเมินการแสดงออกของคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก ประกอบด้วย 5 ด้าน แต่ละด้านมี 5 ข้อ รวมทั้งหมด 25 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือสังคม (interpersonal, social) 2) ด้านความเข้าใจตนเองหรืออารมณ์ (intrapersonal, emotional) 3) ด้านความกังวลในปัจจุบัน (present worries, concern) 4) ด้านความต้องการในการปกปิดโรค (secrecy) และ 5) ด้านการแสวงหาหนทางที่ทำให้ตนเองเป็นเด็กปกติ (quest for normality) ซึ่งประเมินโดยเด็ก หรือด้านความกังวลในอนาคต (future worries, concerns) ซึ่งประเมินโดยบิดา มารดาของเด็ก แต่ละข้อวัด

4 ระดับ จาก 1 ถึง 4 การแปลผลคะแนนโดยคะแนนที่สูงบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตที่ดี แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงภายใน (internal validity) โดยโรเนนและคณะ (Ronen et al., 2003) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) เท่ากับ .64 - .86 แบบสอบถามนี้ใช้อย่างแพร่หลายกับเด็กโรคลมชักและ/หรือบิดา มารดาในประเทศแคนาดา เช่น งานวิจัยของเวอร์เฮย์และคณะ (Verhey et al., 2009) โรเนนและคณะ (Ronen et al., 2010) มาร์เนอร์และคณะ (Manor et al., 2013) นอกจากนี้ยังถูกแปลเป็นภาษาเซอร์เบีย (Serbian) ในประเทศเซอร์เบียของสตีวาโนวิกและคณะ (Stevanovic et al., 2009) และผ่านการตรวจสอบความตรงภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) เท่ากับ .64 - .86

จุดดีของแบบสอบถามนี้คือ เป็นแบบสอบถามที่ประเมินทั้งในเด็กและบิดา มารดา ทำให้ได้การรับรู้ของทั้งบิดา มารดาและเด็กเพื่อนำมาเปรียบเทียบกัน ส่วนจุดด้อยของแบบสอบถาม คือ การวัดไม่ครอบคลุม ขาดการประเมินคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ทำให้การประเมินเด็กได้ไม่ครอบคลุม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักคิวโอแอลไออีสามหนึ่ง (QOLIE - 31) ฉบับภาษาไทยของจันทร์ทิพย์ (2549) ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักฉบับภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นโรคลมชัก สาเหตุที่เลือกใช้แบบสอบถามนี้เนื่องจาก เป็นแบบสอบถามที่ถูกพัฒนามาเป็นอย่างเป็นทางการและได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงที่น่าเชื่อถือหลายครั้ง และเป็นฉบับแปลภาษาไทยเข้ากับสังคมและวัฒนธรรม ส่วนสาเหตุที่ไม่เลือกแบบสอบถามอื่นๆ ตามที่ได้ทบทวนวรรณกรรมมา เช่น แบบสอบถาม QOLCE เพราะไม่สามารถเข้าถึงแบบสอบถามนี้ และแบบสอบถาม CHEQOL - 25 มีการวัดคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักไม่ครอบคลุมทั้งองค์รวมคือ ขาดด้านร่างกาย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่นตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ความเหนื่อยล้า

ความหมายของความเหนื่อยล้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเหนื่อยล้า (fatigue) หมายถึง ประสบการณ์ของบุคคลที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย (tiredness) (Piper, 2003) สาเหตุเกิดจากทำกิจกรรมจนเหนื่อย (Siniscalchi, Gallelli, Russo, & De Sarro, 2013) หรือทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายามทางร่างกายและจิตใจจนเหนื่อย นอกจากนี้อาจเกิดจากการนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ (Fritchi & Quinn, 2010) อาการเหน็ดเหนื่อยที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนร่างกายไม่สามารถคงความสมดุลของการสร้างและการใช้พลังงานไว้ได้ จะทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรงจนกระทั่งหมดกำลัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ (Hernandez-Ronquillo, Moien-Afshari, Knox, Britz, & Tellez-Zenteno, 2011) ร่างกายจะต้องการการหยุดพักเพื่อป้องกันอันตรายจากอวัยวะทำงานหนักเกินไป โดยคนปกติความเหนื่อยล้าจะลดลงหรือหายเมื่อผ่านระยะเวลาหยุดพักหรือการนอนหลับพักผ่อน (Fritchi & Quinn, 2010) แต่อาการเหนื่อยล้าที่ไม่ลดลงหรือหายช้ากว่าปกติเกิดจากร่างกายพยายามควบคุมระบบอวัยวะให้ปกติแต่ไม่สามารถทำได้หรือทำได้ช้ากว่าปกติแม้จะผ่านระยะเวลาหยุดพักหรือการนอนหลับพักผ่อน (Siniscalchi et al., 2013) ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าตลอดเวลา (Hernandez-Ronquillo et al., 2011) อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นตลอดเวลานี้อาจเกิดจากอาการของโรคหรือผลข้างเคียงจากการรักษา (Dittner, Wessely, & Brown, 2004) และผลข้างเคียงของยาหลายๆ ชนิด นอกจากนี้ความเครียดภาวะซึมเศร้าก็อาจทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ (Siniscalchi et al., 2013) อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นตลอดเวลานอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสถานการณ์การใช้ชีวิตหรือการทำงาน (Landmark, 2008) ในแต่ละวันอีกด้วย

สำหรับความหมายของความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น โรคลมชักที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น โรคลมชักที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อยตลอดเวลา จนทำให้ร่างกายไม่สามารถคงความสมดุลของการสร้างและการใช้พลังงานไว้ได้ ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรงจนกระทั่งหมดกำลัง จนถึงส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและสถานการณ์การใช้ชีวิตหรือการทำงานในแต่ละวัน

องค์ประกอบของความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้าเป็นกลุ่มอาการที่มีหลากหลายมิติ แสดงออกมาเป็นอาการและอาการแสดงที่เป็นผลกระทบบของอาการได้อย่างชัดเจน (Piper, 2003) ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physiological) สะท้อนถึงพื้นฐานของกลไกที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความเหนื่อยล้า เช่น กลไกด้านกายวิภาค ชีวเคมี ยีนส์ การเผาผลาญ ระบบประสาทของกล้ามเนื้อ ร่างกาย และต่อมไร้ท่อ (Piper, 2003) โดยแบ่งได้เป็น 2 แบบ ดังนี้

1.1 ความเหนื่อยล้าแบบเพอริเฟอรัล (Peripheral fatigue) หมายถึง อาการเหนื่อยล้าที่ปรากฏออกมาเนื่องจากร่างกายและโครงสร้างร่างกายหรือกล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่ปกติ และความสามารถของความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงหลังจากถูกกระตุ้นซ้ำๆ เช่น การออกกำลังกายอย่างหนัก นอกจากนี้อาจเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างกล้ามเนื้อ และระบบเผาผลาญ เช่น การทำงานของตับลดลง การสะสมไกลโคเจนของกล้ามเนื้อลดลง การเผาผลาญออกซิเจนลดลง ระหว่างทำกิจกรรม ภาวะพิษในเลือด และระบบกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลงเป็นผลมาจากการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยหรืออายุมากขึ้น (Siniscalchi et al., 2013)

1.2 ความเหนื่อยล้าแบบเซ็นทรัล (Central fatigue) เป็นผลมาจากวงจรของระบบประสาทซับซ้อนที่เชื่อมต่อกับศูนย์ประสานระบบประสาทสั่งการเช่น แกงเกลียงเกเลีย (basal ganglia) ในสมองส่วนหน้าและส่วนกลางไม่สมดุล ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) การอักเสบ บวมแดง (inflammation) การเปลี่ยนแปลงของการหลั่งสารสื่อประสาท เช่น ซีโรโทนิน (serotonin) หรือโดพามีน (dopamine) และการถูกรบกวนของระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) อื่นๆ ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากสมองโดยตรงนี้ ทำให้เกิดความล้มเหลวในการทำสิ่งต่างๆ เช่น การทำงาน การทำกิจกรรมต่างๆ ความเหนื่อยล้าชนิดนี้เป็นได้ทั้งแบบชั่วคราว เช่น การคิดเชื้ไวรัสหรือการถูกรบกวนจากการนอนหลับ และแบบที่เกิดขึ้นตลอดเวลา เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) (Lavidor, Weller, & Babkoff, 2002; Siniscalchi et al., 2013)

2. ด้านเวลา (temporal) เป็นอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับเวลา เกิดเป็นช่วงเวลาของความเหนื่อยล้า อาจเกิดขึ้นระหว่างวัน ระยะห่างเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน รูปแบบของความเหนื่อยล้า (แต่ละวัน ความถี่บ่อย ชั่วคราว ถาวร เฉียบพลัน หรือเรื้อรัง) (Piper, 2003)

3. ด้านความรู้สึก (sensory) เป็นความรุนแรงของความเหนื่อยล้า อาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความเหนื่อยล้าในผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเฉพาะที่หรือเจาะจงส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น เหน็ดเหนื่อยจากการใช้สายตา หรืออาจจะเหน็ดเหนื่อยทั่วร่างกาย เช่น รู้สึกเหนื่อยมาก รู้สึกหมดพลัง อ่อนเพลียและเป็นมิติที่เป็นตัวบ่งบอกความอ่อนแรงของกล้ามเนื้ออีกด้วย (Piper, 2003)

4. ด้านอารมณ์ (emotional) เป็นอาการและอาการแสดงที่สะท้อนถึงระดับความรู้สึกทุกข์หรือการตอบสนองต่อความเหนื่อยล้า เช่น การหงุดหงิด ไม่พอใจ และซึมเศร้า เป็นการให้ความหมายของอารมณ์ต่อความเหนื่อยล้า (Piper, 2003)

5. ด้านสติปัญญา (cognitive) เป็นอาการและอาการแสดงที่สะท้อนถึงผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อความสามารถในการตั้งใจจดจ่อ ความจำ ความคิด (Piper, 2003)

6. ด้านพฤติกรรม (behavioral) เป็นอาการและอาการแสดงที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงประสิทธิภาพของร่างกายหรือประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมประจำวัน

สำหรับองค์ประกอบในการประเมินความเหนื่อยล้าที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) ด้านความรู้สึก (sensory) (2) ด้านอารมณ์ (affective meaning) (3) ด้านสติปัญญา (cognitive) (4) ด้านพฤติกรรม (behavioral) ซึ่งไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) ได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ของแบบประเมินความเหนื่อยล้าในมิติจิตวิสัย (subjective dimension) พบว่า มีเพียง 4 ด้าน คือ ด้านความรู้สึก ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา และด้านพฤติกรรม ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงประเมินความเหนื่อยล้าเพียง 4 ด้านดังกล่าว

ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่น

ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมักมีอาการเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลเด็ก แสดงออกมาเป็นอาการและอาการแสดงที่เป็นผลกระทบของความเหนื่อยล้าได้อย่างชัดเจน เช่น อาการปวดศีรษะ ความเครียด เป็นต้น โดยผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมักเกิดอาการเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physiological) ร้อยละ 49 ของผู้ดูแลมีภาระการดูแลสูง (Anjum et al., 2010) และผู้ดูแลมักจะละเลยความเป็นอยู่ของตนเองเพราะเป็นห่วงความเป็นอยู่ของเด็กมากกว่าสิ่งอื่นๆ (Lua et al., 2015) ส่งผลให้เกิดอาการทางกายต่างๆ มากมาย เช่น อาการเหนื่อยล้า ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อและข้อ (Anjum et al., 2010; Yusuf et al., 2013) นอนไม่หลับ (Lua et al., 2015) ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลเด็กเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดโรคต่างๆ ในผู้ดูแลเพิ่มขึ้น (Karakis et al., 2014)

2. ด้านความรู้สึก (sensory) ผู้ดูแลบางส่วนจะรู้สึกเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลเด็กและสูญเสียพลังงานอย่างชัดเจน ผู้ดูแลบางส่วนต้องเผชิญกับปัญหาในการบริหารจัดการดูแลเด็กโรคลมชักและพี่น้องคนอื่นๆ เช่น ผู้ดูแลท่านหนึ่งกล่าวว่า “ฉันหวังที่จะให้ลูกคนอื่นๆ เข้าใจความเจ็บป่วยของพี่สาว ฉันรู้สึกเหนื่อยมากที่จะต้องแบกรับสถานการณ์เช่นนี้ ฉันต้องการหยุดพักจากทั้งหมด” (Lua et al., 2015)

3. ด้านอารมณ์ (affective or emotional) ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมักจะประสบกับอารมณ์ที่แปรปรวน (mood swings) และขัดแย้งภายในครอบครัว (Anjum et al., 2010; Yusuf et al., 2013) อิทธิพลของระดับอารมณ์ที่ได้รับจากครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลถูกครอบงำจากอารมณ์เหล่านั้น และถูกยกระดับองค์ประกอบหลักของความรู้สึกในแง่ลบในชีวิตของผู้ดูแล กลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลเด็กประจำวัน เพิ่มความเครียดให้กับทั้งผู้ดูแลและเด็ก (Lua et al., 2015)

4. ด้านสติปัญญา (cognitive or mental) ความเหนื่อยล้าจากการดูแลที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการถูกรบกวนด้านสติปัญญา การดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับสถานะทางสติปัญญา (cognitive status) ของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .26, p < .00$) (Chappell, & Reid, 2002)

5. ด้านพฤติกรรมหรือการดำเนินชีวิต (behavioral or functional) ผู้ดูแลถูกรบกวนการนอนหลับจากการนอนหลับที่ผิดปกติของเด็กโรคลมชัก ทำให้อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ต้องการการพักผ่อนส่งผลต่อการดำเนินชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมสนับสนุนข้อความข้างต้น ดังนี้ ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีการนอนหลับที่ผิดปกติและมีอาการเหนื่อยล้าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศสหรัฐอเมริกา ($p < .05$) (Larson et al., 2012) และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหารเร็วขึ้น นอนหลับพักผ่อนน้อยลง (ปุชิตา, ชื่นฤดี, อัจฉริยา, 2554) จากงานวิจัยของเวอร์เรลล์และคณะ (Wirrell et al., 2005) พบว่า เด็กโรคลมชักมีการหลับตื่นที่ผิดปกติเมื่อเปรียบเทียบกับพี่น้องที่อายุใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของชานและคณะ (Chan et al., 2011) ที่สรุปผลงานวิจัยว่า เด็กโรคลมชักมีรูปแบบการนอนหลับที่คล้ายคลึงกับเด็กปกติแต่เด็กโรคลมชักมีการหลับตื่นที่ผิดปกติ โดยเฉพาะเด็กโรคลมชักที่มีอาการชักไม่เด่นชัด (อาการชักในแต่ละวันไม่แน่นอนและเกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้า) ในส่องกล้องตามการรับรู้ของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) คุณภาพการนอนหลับของเด็กสามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของแม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคุณภาพการนอนหลับของมารดาสามารถทำนายความเหนื่อยล้าของมารดาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Meltzer & Mindell, 2007)

การประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่น

ในการประเมินความเหนื่อยล้า ควรมีการประเมินในหลายมิติของความเหนื่อยล้า เช่น ประเมินการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามความรู้สึกของผู้ป่วย ความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นหรือลดลง รวมทั้งอาการแสดงอื่นๆ ที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า

(Piper, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบแบบสอบถามที่ใช้วัดความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคลมชักแต่มีแบบสอบถามความเหนื่อยล้าที่นิยมใช้ในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ดังนี้

1. แบบสอบถามความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Revised piper fatigue scale; PFS) พัฒนาโดยไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) ไปเปอร์ได้สร้างแบบสอบถามความเหนื่อยล้าขึ้นในปี ค.ศ. 1987 ประกอบด้วยข้อคำถาม 41 ข้อ และได้ปรับปรุงใหม่ในปี ค.ศ. 1998 เหลือข้อคำถามเพียง 22 ข้อ ใช้สำหรับประเมินความเหนื่อยล้าตามความรู้สึกของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ ฉบับปี ค.ศ. 1998 ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้สึก (sensory) 5 ข้อ 2) ด้านอารมณ์ (affective meaning) 5 ข้อ 3) ด้านสติปัญญา (cognitive) 6 ข้อ และ 4) ด้านพฤติกรรม (behavioral) 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีการวัด 10 ระดับ (0 - 10) คะแนนความเหนื่อยล้าที่มาก บ่งชี้ว่าผู้ถูกประเมินมีความเหนื่อยล้ามาก แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) โดยทำการทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 2,250 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) เท่ากับ .97 ส่วนในประเทศไทยมีการแปลเป็นภาษาไทยโดยปิยาภรณ์ (2544) ซึ่งได้แปลและตรวจสอบความเที่ยงกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ติดเชื้อเอชไอวี ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) เท่ากับ .95 เพียงใจ (2545) ได้ดัดแปลงเครื่องมือของปิยาภรณ์ (2544) และตรวจสอบความเที่ยงกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) เท่ากับ .97 นอกจากนี้ พงษ์จิต (2552) ได้นำแบบสอบถามฉบับแปลภาษาไทยของเพียงใจ (2545) มาดัดแปลงใช้กับผู้ป่วยโรคลมชักวัยผู้ใหญ่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) เท่ากับ .94 จุดดี คือแบบสอบถามนี้สามารถประเมินความเหนื่อยล้าได้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้สึก พฤติกรรม จิตใจ และสติปัญญา และสามารถประเมินความเหนื่อยล้าได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ส่วนข้อด้อยคือ ไปเปอร์ได้พัฒนาแบบสอบถามนี้มาใช้ในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคมะเร็ง ซึ่งหากนำมาใช้ในผู้ดูแล วัยเด็ก วัยสูงอายุ หรือผู้ป่วยโรคอื่นๆ อาจมีความแตกต่างในด้านความเหนื่อยล้าจากอวัยวะที่เสื่อมลงแตกต่างกันและผลกระทบของความเหนื่อยล้าจากโรคหากนำไปใช้กับผู้ป่วย

2. แบบสอบถามความเหนื่อยล้าเพดส์คิวแอล (PedsQL Multidimensional Fatigue Scale) พัฒนาโดยวารันนิ, เบอร์วินเคอว์, และสเซอร์ (Varmi, Burwinkle, & Szer, 2004) สำหรับวัดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยเด็กโรครุนมาติคอายุ 2 – 18 ปีตามการรับรู้ของบิดา มารดาและเด็กโดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเดอะเพดส์คิวแอลวีดีจุดศูนย์ (The pedsQL.v.4.0) ของวารันนิและคณะ (Varmi et al., 2001) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 3 ด้าน ทั้งหมดมีข้อคำถาม 18 ข้อ คือ 1) ด้านการประเมินความเหนื่อยล้าทั่วไป (general fatigue scale) 6 ข้อ 2) ด้านการประเมินความเหนื่อยล้าจากการนอนหลับหรือการหยุดพัก (sleep, rest fatigue scale) 6 ข้อ และ 3) ด้านการประเมิน

ความเหนื่อยล้าจากการคิดรู้ (cognitive fatigue scale) 6 ข้อ แต่ละข้อวัด 5 ระดับ (0 - 4) การคิดคะแนนจะแปลงเป็น 0 - 100 คะแนน (0 = 100, 1 = 75, 2 = 50, 3 = 25, 4 = 0) คะแนนมากบ่งชี้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความเหนื่อยล้าน้อย แบบสอบถามนี้ได้มีการตรวจสอบความเชื่อถือได้โดยวารันิและคณะ (Varni et al., 2004) ในผู้ป่วยเด็กโรครูมาติก (rheumatic) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .95 แบบสอบถามนี้ถูกแปลเป็นภาษาไทยเพื่อใช้วัดความเหนื่อยล้าในเด็กปกติและเป็นโรคเรื้อรัง ตรวจสอบความตรงภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .64 - .93 (Gordijn, Cremers, Kaspers, & Gemke, 2011) ข้อดีของเครื่องมือนี้คือ มีการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของเครื่องมือหลายครั้งในผู้ป่วยหลายโรค ทำให้ได้ค่าความเชื่อถือของเครื่องมือที่เชื่อถือได้ สามารถนำไปใช้ได้จริง ส่วนข้อด้อยของเครื่องมือคือ ไม่ได้ออกแบบมาเฉพาะกับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ถ้าหากนำไปใช้อาจมีความแตกต่างด้านผลกระทบของการดูแลหรือโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล

3. แบบสอบถามความรุนแรงของความเหนื่อยล้า (Fatigue Severity Scale; FSS) พัฒนาโดยครู๊ปปี้, ลาร็อคคา, เมียร์ - แนช, และสเตรนเบิร์ก (Krupp, LaRocca, Muir-Nash, & Steinberg, 1989) ใช้ประเมินความเหนื่อยล้าในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) และโรคแพ้ภูมิตัวเอง (systemic lupus erythematosus) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เช่น คุณมีความเหนื่อยล้าง่าย ความเหนื่อยล้ารบกวนชีวิตประจำวัน ประเมิน 7 ระดับ จาก 1 เท่ากับไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งไปจนถึง 7 เท่ากับเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนที่สูงบ่งชี้ว่ามีความเหนื่อยล้ามาก แบบสอบถามนี้ถูกตรวจสอบความเชื่อถือได้โดยครู๊ปปี้และคณะ (Krupp et al., 1989) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .81 และถูกแปลเป็นภาษาสวีดิช (Swedish) เพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตัวเองวัยผู้ใหญ่ ตรวจสอบความตรงภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .94 (Mattsson, Möller, Lundberg, Gard, & Boström, 2008) จุดดีของแบบสอบถามนี้คือ มีมาตรวัดความเหนื่อยล้า 7 ระดับ ซึ่งสามารถประเมินความเหนื่อยล้าได้ละเอียดตรงตามความรู้สึกของผู้ป่วย ส่วนจุดด้อยของแบบสอบถามคือ มีจำนวนข้อคำถามน้อย อาจทำให้วัดค่าความเหนื่อยล้าได้ไม่ครอบคลุมทุกด้าน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามความเหนื่อยล้าของพฐจิต (2552) ซึ่งพฐจิต นำมาจากเพียงใจ (2545) โดยเพียงใจดัดแปลงมาจากปียาภรณ์ (2544) และปียาภรณ์เป็นต้นฉบับชุดแปลภาษาไทยมาจากแบบสอบถามความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (piper fatigue scale) โดยผู้วิจัย นำมาดัดแปลงก่อนนำไปใช้ สาเหตุที่เลือกใช้แบบสอบถามนี้เนื่องจากเป็นแบบสอบถามประเมินความเหนื่อยล้าฉบับแปลภาษาไทยทำให้ลดปัญหาเรื่องความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังถูกนำมาใช้และตรวจสอบความตรงภายในหลายครั้ง แบบสอบถามจึงน่าเชื่อถือและถูกพัฒนามาอย่างเป็นระบบถูกต้องตามหลักวิชาการ แต่เนื่องจากไม่ได้ออกแบบมาเพื่อผู้ดูแลเด็กวัยเรียนและ

วัยรุ่นโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้วิจัยนำมาตัดแปลงอีกครั้งหนึ่ง และสาเหตุที่ไม่เลือกใช้แบบสอบถามอื่นๆ ตามที่ได้พบทวนวรรณกรรมมา เนื่องจากแบบสอบถามความเหนื่อยล้าเพดส์คิวแอล (PedsQL Multidimensional Fatigue Scale) ไม่ได้ ออกแบบมาเพื่อผู้ดูแลเด็กโรคซึมเศร้าโดยตรง และแบบสอบถามมุ่งเน้นไปที่การวัดความเหนื่อยล้าในเด็ก หากนำไปใช้อาจมีความแตกต่างในเรื่องความเหนื่อยล้าจากอวัยวะที่เชื่อมโยงแตกต่างกัน ส่วนแบบสอบถามความรุนแรงของความเหนื่อยล้า (Fatigue Severity Scale; FSS) มีข้อคำถามจำนวนน้อย แบบสอบถามที่เลือกใช้จึงสามารถประเมินความเหนื่อยล้าได้ละเอียดมากกว่า

ความวิตกกังวล

ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (anxiety) คือ อารมณ์ชนิดหนึ่งซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกที่ไม่มีความสุข ไม่สบายใจ ไม่อยู่นิ่ง เกิดความตึงเครียด กังวล กลัวว่าจะตาย (Spielberger อ้างตาม นาดยา, 2545) หวาดหวั่น คลุมเครือ (Chaiyawat & Brown, 2000) ซึ่งอารมณ์ที่เกิดขึ้นนี้เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตราย ความวิตกกังวลที่ยิ่งใหญ่ที่สุดเกิดจากความไม่รู้ ทำให้เกิดการคาดคะเนสิ่งที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า (Beland & Passoes, 1975) และเกิดความคลุมเครือ ไม่มั่นใจ และไม่สามารถเข้าใจเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ทั้งหมด เช่น เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความปวด เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วโดยไม่ทราบเหตุการณ์ล่วงหน้า เป็นกระบวนการความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเอง ทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมโดยกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ เพื่อให้ร่างกายเกิดการหลีกหนีหรือต่อสู้ เช่น ความซึมเศร้า การยอมจำนน การร้องไห้ การต่อต้าน (นาดยา, 2545) โดยความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์เป็นระดับที่ตื่นตัวมาก การรับรู้แคบลง กระทบกระเจิงมากขึ้น หากความวิตกกังวลเป็นระดับรุนแรงจะทำให้การรับรู้แคบลง ไปมาก กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ ความสามารถในการรับรู้ความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมลดลงหรือหมดไป และหากความวิตกกังวลจนถึงระดับรุนแรงสุดขีด จะทำให้เกิดภาวะตื่นกลัวสุดขีด การรับรู้ การสื่อสารเสียไป ไม่สามารถควบคุมตนเอง อาจกลัวมากจนเกิดความก้าวร้าวรุนแรง มีพลังมหาศาล หรืออาจหมดแรงหรือหมดสติไปเลย ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจนกลายเป็นอุปนิสัยส่วนตัว หรือบุคลิกภาพวิตกกังวล (personality trait anxiety) จะเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงในการประสบกับสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตราย ซึ่งบุคคลที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูง จะแสดงอาการวิตกกังวลได้มากกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลต่ำ (Spielberger et al. อ้างตาม

นาตยา, 2545) อาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน จะมีอาการหงุดหงิด ไม่ค่อยอยู่นิ่ง ย้ำทำซ้ำๆ ผื่นร้าย นอนไม่หลับ ระมัดระวังตัวมากเกินไป ความจำบกพร่อง (แจ่มจันทร์, เกศรา, เสาวนีย์, และ ภาวนา, 2550)

ความหมายของความวิตกกังวลที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ หมายถึง อารมณ์ของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น โรคซึมเศร้าที่ประกอบด้วยความรู้สึกที่ไม่มีความสุข ไม่สบายใจ ไม่อยู่นิ่ง เกิดความตึงเครียด กังวล กลัวว่าเด็กจะตาย หวาดหวั่น คลุมเครือ ซึ่งเป็นอารมณ์ที่เกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายผู้ดูแลเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น โรคซึมเศร้าต่อสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตราย

องค์ประกอบของความวิตกกังวล

องค์ประกอบของความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับลักษณะของการแบ่งดังนี้

1. แบ่งตามองค์ประกอบของร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม (แจ่มจันทร์, เกศรา, เสาวนีย์, และภาวนา, 2550) ดังนี้

1.1 ด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลที่พบบ่อย คือ เหงื่อออก มือเย็น หน้าแดง รู้สึกหนาวๆ ร้อนๆ หายใจเร็วและแรง ถอนหายใจ ปวดท้อง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปากแห้ง ท้องเสีย ท้องผูก ปัสสาวะบ่อย ขาดความสนใจ

1.2 ด้านจิตใจ มักจะเกิดความคิดในทางลบต่อสิ่งที่วิตกกังวล โดยความวิตกกังวลนั้นอาจปรากฏภาพหรือเป็นสถานการณ์น่ากลัว ซึ่งล้วนมาจากประสบการณ์ที่เคยเรียนรู้หรือได้รับมาก่อน ซึ่งการคิดในลักษณะนี้ทำให้มีผลต่อการรับรู้ข้อมูลและเกิดการคาดการณ์ล่วงหน้า ซึ่งผลที่ตามมาคือการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง หรือเข้าใจข้อมูลแตกต่างไปจากความจริง

1.3 ด้านพฤติกรรมและการแสดงทางอารมณ์ ความวิตกกังวลทำให้บุคคลส่วนใหญ่พยายามหลีกเลี่ยงหนีจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัว พฤติกรรมที่พบบ่อยได้แก่ ความโกรธ ทำร้ายตัวเอง พฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมถดถอย เช่น การช่วยเหลือตัวเองลดลง

2. แบ่งตามลักษณะที่แสดงออก (Spielberger et al. อ้างตามนาตยา, 2545) คือ

2.1 ภาวะวิตกกังวล (state anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย เช่น การได้รับข่าวว่าบุคคลอันเป็นที่รักได้รับอุบัติเหตุหรือเสียชีวิต เป็นต้น

2.2 ความวิตกกังวลจากอุปนิสัยส่วนตัว (trait anxiety) เป็นความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ทั่วไป ที่เกิดขึ้นจนกลายเป็นอุปนิสัยส่วนตัว หรืออีกอย่างหนึ่งคือ บุคลิกภาพวิตกกังวล (personality trait anxiety) ซึ่งจะเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของการประสบกับเหตุการณ์วิตก

กังวล (state anxiety) บุคคลที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงจะแสดงภาวะวิตกกังวลได้มากกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลต่ำ

3. แบ่งตามการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล (Gorman, Sultan, & Raines, 1989)

3.1 ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นแบบปกติ (normal anxiety) เป็นการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลอย่างถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ความวิตกกังวลในลักษณะนี้บุคคลจะสามารถเตรียมพร้อมเพื่อต่อสู้หรือเผชิญกับภาวะคุกคามหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้อย่างถูกต้อง

3.2 ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นแบบผิดปกติ (abnormal anxiety) เป็นการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเบี่ยงเบนไปไม่ตรงตามความเป็นจริง ทำให้บุคคลตอบสนองได้ไม่ถูกต้อง มีพฤติกรรมปรับตัวไม่เหมาะสม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้อุปกรณ์ประกอบความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger et al. อ้างตามนาคยา, 2545) เฉพาะส่วนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (state anxiety) เนื่องจากมีการวัดความวิตกกังวลได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และการแสดงอารมณ์ อีกทั้งการวัดที่เจาะจงต่อสถานการณ์ทำให้สามารถวัดความวิตกกังวลในขณะนั้นๆ ได้อย่างดี

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงความวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก พบว่าผู้ดูแล (บิดา มารดา) เด็กโรคลมชักมีความวิตกกังวลร้อยละ 21.67 และมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ดูแล (บิดา มารดา) ที่มีบุตรปกติที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศจีน ($p < .00$) (Lv et al., 2009) มารดาเด็กโรคลมชักมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (state anxiety) มากกว่ามารดาที่มีเด็กปกติที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของมารดาในประเทศตุรกี ($p = .001$) (Akay et al., 2011) โดยผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลาว่า เด็กจะเกิดอาการชักขึ้นเพราะไม่ทราบได้ว่า เด็กจะมีอาการชักขึ้นเมื่อไหร่ วิตกกังวลเกี่ยวกับการบริหารจัดการดูแลพี่น้อง ผู้ดูแลท่านหนึ่งกล่าวว่า “มีอยู่ครั้งหนึ่งเมื่อลูกชายฉัน โกรธฉันเพราะฉันดูแลน้องชายที่ป่วยมากกว่าเขา และกล่าวหาว่าฉันจะไม่ใส่ใจเขาอีกต่อไป” (Lua et al., 2015) วิตกกังวลว่าเด็กจะตายเมื่อเกิดอาการชักขึ้น วิตกกังวลว่าอาการชักหรือยากันชักจะทำให้เด็กสูญเสียความฉลาดและเป็นก้อนเนื้อในสมอง (Williams et al., 2003; Yong et al., 2006) นอกจากนี้ในเด็กโรคลมชักที่ควบคุมได้ยาก (มีอาการชักอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 3 เดือน) ผู้ดูแล

เด็กโรคลมชักมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักปกติ (มีอาการชักน้อยกว่า 1 ครั้งใน 3 เดือน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .00$) (Lv et al., 2009) ผู้ดูแลเหล่านี้จะถูกจำกัดบทบาท (role restriction) ซึ่งทำให้ผู้ดูแลถูกจำกัดอิสรภาพ สิ่งที่ตนเองสนใจและการพบปะเพื่อนฝูง เด็กโรคลมชักที่ควบคุมอาการชักได้ยากจะมีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ ความใส่ใจและการคิดรู้ และผู้ดูแลในกลุ่มนี้จะรู้สึกว่าการครอบครัวยกออกจากสังคม เกิดความรู้สึกเป็นตราบาป (stigma) เพราะไม่สามารถควบคุมเด็กโรคลมชักได้ ความรู้สึกซึ่งสิ่งเหล่านี้เพิ่มความวิตกกังวลให้กับผู้ดูแลตลอดเวลา (Lv et al., 2009; Wirrell, Wood, Hamiwka, & Sherman, 2008)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นตลอดเวลา แต่ความวิตกกังวลในผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมักจะถูกมองข้าม (Baki, Erdogan, Kantarci, Akisik, Kayaalp, & Yalcinkaya, 2004; Anjum et al., 2010; Yusuf et al., 2013) เนื่องจากคนในครอบครัวมักจะให้ความสนใจกับผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก โดยคนในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกกลัวว่าเด็กจะเกิดอาการชักขึ้น กลัวการบาดเจ็บที่จะเกิดขึ้นกับเด็กโรคลมชัก (Baki et al., 2004; Lua et al., 2015) กลัวว่าเด็กจะตายเมื่อเกิดอาการชักขึ้น (Williams et al., 2003; Yong et al., 2006) และความหวุดหวิดบางอย่างที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลก็เป็นสาเหตุให้คนในครอบครัวเกิดความวิตกกังวล อิทธิพลของระดับอารมณ์ที่ได้รับจากครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลถูกครอบงำจากอารมณ์เหล่านี้และถูกยกระดับองค์ประกอบหลักของความรู้สึกในแง่ลบในชีวิตของผู้ดูแล กลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลเด็กประจำวัน เพิ่มความวิตกกังวลให้กับทั้งผู้ดูแลและเด็ก (Lua et al., 2015) ความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นของผู้ดูแลส่งผลต่อเด็กต่างๆ เช่น เกิดพฤติกรรมปกป้องคุ้มครองเด็กโรคลมชักมากเกินไป (over protection) และจำกัดการเคลื่อนไหวของเด็ก (Williams et al., 2003; Yong et al., 2006) ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งครอบครัว ผู้ดูแลและเด็กโรคลมชักลดลง

การประเมินความวิตกกังวลของเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่น

มนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะเป็นวัยใด มักมีความวิตกกังวล ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเป็นแรงขับเคลื่อนให้บุคคลตื่นตัว คิดอย่างมีเหตุผลและสามารถจัดการกับปัญหาได้ แต่เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์ของชีวิต เช่น ภาวะเจ็บป่วย ทำให้บุคคลถูกคุกคามทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ความวิตกกังวลนี้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หากประเมินได้และได้รับการช่วยเหลือยอมทำให้ชีวิตของบุคคลนั้นดำเนินไปได้ตามปกติ แบบสอบถามความวิตกกังวลที่ใช้ในงานวิจัยอย่างแพร่หลายและได้รับความนิยมใช้มีดังนี้

1. แบบสอบถามความวิตกกังวลสำหรับผู้ใหญ่ (State - Trait Anxiety Inventory; STAI) พัฒนาโดยสปีลเบอร์กเกอร์, กอร์ซัส, ลูเชนนี, แวกก์, และจาคอบส์ (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) ใช้ได้กับวัยผู้ใหญ่ อายุ 18 - 60 ปี ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (state anxiety) 20 ข้อ วัดด้วยมาตรวัดความพึงพอใจ 4 ระดับ (4 likert's scale) คือ ไม่เลย มีบ้าง มีค่อนข้างมาก และมีมากที่สุด และแบบสอบถามความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพของเด็ก (trait anxiety) 20 ข้อ วัดด้วยมาตรวัดความพึงพอใจ 4 ระดับ (4 likert's scale) คือ เกือบจะไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อยๆ และเกือบจะตลอดเวลา คะแนนสูงบ่งชี้ว่ามีความวิตกกังวลมาก การตรวจสอบความตรงภายในปรากฏอยู่ในคู่มือทดสอบ (Spielberger, 1983) โดยสปีลเบอร์กเกอร์ทำการทดสอบกับเด็กมัธยมปลายและเด็กมหาวิทยาลัย โดยส่วนที่ 1 แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ทำการทดสอบกับเด็กมหาวิทยาลัยหลังจากดูภาพยนตร์เรื่องเศร้า (distressing film) และให้รายงานถึงความรู้สึกขณะดูภาพยนตร์ ตรวจสอบความตรงภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) เท่ากับ .94 และส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพของเด็กทำการทดสอบกับเด็กมัธยมปลายและเด็กมหาวิทยาลัยปกติ ตรวจสอบความตรงภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) เท่ากับ .86 แบบสอบถามนี้เป็นที่นิยมใช้และถูกแปลหลายภาษา เช่น ภาษากรีก (Fountoulakis et al., 2006) โดยทำการทดสอบกับประชาชนสุขภาพดีอายุ 27.22 +/- 10.61 ปี และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 29.48 +/- 9.28 ปี ตรวจสอบความตรงภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) เท่ากับ .93 (state anxiety) และ .92 (trait anxiety) ภาษาโปรตุเกส (Andrade, Gorenstein, Vieira Filho, Tung, & Artes, 2001) ทำการทดสอบกับเด็กนักเรียนมหาวิทยาลัยหญิงจำนวน 845 คน นักเรียนมหาวิทยาลัยชาย 235 คน ตรวจสอบความตรงภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) เท่ากับ .81 - .84 (trait anxiety) ภาษาไทย (บุญเพียร, นงลักษณ์, พรทิพย์, วาสนาและMelnyk, 2544) ทำการทดสอบกับมารดาที่มีบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 40 ราย เปรียบเทียบกับมารดาปกติ 29 ราย ตรวจสอบความตรงภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) เท่ากับ .89 (state anxiety) และมีผู้นำแบบสอบถามมาใช้มากมาย นอกจากนี้ยังมีชุดแปลภาษาไทยโดยนิตยา, สายฤดี และมาลี (2526) ซึ่งมีผู้นำแบบสอบถามมาใช้มากมายเช่นกัน จุดดีของแบบสอบถามนี้คือ มี 2 ส่วน ทำให้สามารถประเมินได้ครอบคลุมทั้งต่อสถานการณ์และบุคลิกภาพของเด็กเอง ส่วนจุดด้อยคือ มีข้อคำถามที่ทำให้สับสนระหว่างความกลัวและความวิตกกังวล

2. แบบสอบถามความวิตกกังวลเอ็มเอเอสซี (Multidimensional Anxiety Scale for Children; MASC) แบบสอบถามนี้พัฒนาโดยมาร์ท, พาร์กเกอร์, เซาลิแวน, สดอลลิง, และคอนเนอร์ (March, Parker, Sullivan, Stallings, & Conners, 1997) ใช้ได้ดีในเด็กที่มีความวิตกกังวลและสมาธิสั้น

(ADHD) อายุ 8 - 18 ปีตามการรับรู้ของเด็ก ประกอบด้วย 4 ด้าน 39 ข้อ คือ 1) ด้านอาการทางกาย (physical symptoms) 12 ข้อ 2) ด้านการหลีกเลี่ยงอันตราย (harm avoidance) 9 ข้อ 3) ด้านความวิตกกังวลทางสังคม (social anxiety) 9 ข้อ และ 4) ด้านความวิตกกังวลจากภาวะแยกจาก (separate anxiety) 9 ข้อ ประเมินด้วยมาตรวัดลิเคิร์ต (likert scale) 4 ระดับ (0 - 3) เริ่มจาก 0 ไม่เคยมีผลกับฉัน (never applies to me) จนถึง 3 มีผลกับฉันบ่อยๆ (often applies to me) คะแนนที่สูงบ่งชี้ว่ามีความวิตกกังวลสูง โดยมาร์ทและคณะ (March et al., 1997) ได้ทำการทดสอบความเชื่อถือได้ของแบบสอบถามกับเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นที่มีความวิตกกังวลและสมาธิสั้น (ADHD) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (intraclass correlation coefficient) ครั้งที่ 1 เท่ากับ .785 ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ และ .933 ในระยะเวลา 3 เดือน จากนั้นได้ทำการทดสอบอีกครั้งกับเด็กนักเรียนเกรด 4-12 (อายุ 8 - 18 ปี) โดยมาร์ท, ซาลิแวน, และปาร์กเกอร์ (March, Sullivan, & Parker, 1999) ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (intraclass correlation coefficient) เท่ากับ .88 แบบสอบถามนี้เป็นที่นิยมใช้และถูกแปลเป็นหลายภาษา เช่น ภาษาสวีดิชโดยอิวาร์สัน (Ivarsson, 2006) ตรวจสอบความตรงภายในกับเด็กวัยรุ่นได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) เท่ากับ .87 ภาษาจีนตรวจสอบความตรงภายในกับเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .91 (Yao, Zou, Zhu, Abela, Auerbach, & Tong, 2007) จุดดีของแบบสอบถามนี้คือ วัตถุประสงค์กังวลในเด็กได้ละเอียดและตรงจุด สามารถแยกภาวะวิตกกังวลกับภาวะผิดปกติอย่างอื่น ๆ ได้ชัดเจน ส่วนจุดด้อยคือ วัตถุประสงค์กังวล โดยเอนเอียงไปทางการคัดแยกโรควิตกกังวล ซึ่งเป็นการวัดภาวะวิตกกังวลที่เป็นโรค จึงไม่เหมาะสมที่จะนำมาวัดความวิตกกังวลในระยะแรกเริ่ม หรือเป็นความวิตกกังวลจากสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตราย

3. แบบสอบถามความวิตกกังวลอาร์ซีเอ็มเอเอส (The Revised Children's Manifest Anxiety Scale; RCMAS) พัฒนาโดยเรโนลด์และริชมอนด์ (Reynolds & Richmond, 1979) ใช้สำหรับประเมินความวิตกกังวลในเด็กนักเรียนอายุ 6 - 19 ปีตามการรับรู้ของเด็ก ประกอบด้วย 3 ด้านจำนวน 37 ข้อ คือ 1) ด้านความวิตกกังวลที่แสดงออกทางกายอย่างเด่นชัด (physiological manifestations of anxiety) 9 ข้อ 2) ด้านความกังวลและความรู้สึกไวเกิน (worry and oversensitivity) 10 ข้อและ 3) ด้านปัญหาต่อความกลัวและความตั้งใจ (problems with fear/concentration) 9 ข้อ นอกจากนี้ยังมีข้อคำถามเรื่องการโกหก (lie scale) หรืออคติ (bias) ในเด็กที่ได้รับการดูแลที่ไม่ดีหรือมีปัญหาทางด้านสังคม 9 ข้อ ซึ่งจะไม่นำมารวมกับคะแนนจาก 28 ข้อ ข้อคำถามเป็นการตอบแบบถูกหรือผิด ดังนั้นคะแนนรวมจึงมีค่าเท่ากับ 0 - 28 คะแนน คะแนนที่สูงบ่งชี้ว่ามีความวิตกกังวลสูง ตรวจสอบความเชื่อถือได้กับเด็กนักเรียนอเมริกันจำนวน 329 คน อายุ 6 - 19 ปีโดยเรโนลด์และริชมอนด์ (Reynolds & Richmond, 1979) ด้วยวิธีคูเดอริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) เท่ากับ .60 - .65

แบบสอบถามนี้ถูกแปลเป็นภาษาสเปนิช และตรวจสอบความตรงภายในเชื่อถือได้กับเด็กนักเรียน อูรุกวัยจำนวน 1,423 คน (Richmond, Rodrigo, & de Rodrigo, 1988) ข้อดีของแบบสอบถามนี้คือ ทำการตรวจสอบความเที่ยงกับเด็กจำนวนมาก ทำให้ได้ค่าความเที่ยงที่เชื่อถือได้ สามารถนำมาใช้ และได้ค่าความคลาดเคลื่อนน้อย ส่วนข้อด้อยคือ เป็นการประเมินเพียงแค่ 2 ระดับคือ ถูกหรือผิด ทำให้ประเมินได้ยากว่าเด็กมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับใด และมีข้อคำถามที่อาจจะใช้ไม่ได้ใน สถานที่ที่มีความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) ฉบับแปลภาษาไทยโดยบุญเพียรและคณะ (2544) เฉพาะส่วนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (state anxiety) สาเหตุที่เลือกใช้แบบสอบถามนี้เนื่องจาก มีความครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และการแสดงอารมณ์ อีกทั้งการวัดที่เจาะจงต่อสถานการณ์ทำให้สามารถวัดความวิตกกังวลในขณะนั้นๆ ได้พอดี และสาเหตุที่เลือกฉบับแปลภาษาไทยเพื่อให้มีความแตกต่างทางด้าน วัฒนธรรมน้อยที่สุด และสาเหตุที่ไม่เลือกแบบสอบถามอื่นๆ ตามที่ได้พบทวนวรรณกรรมมา เนื่องจากแบบสอบถามเอ็มเอเอสซี (Multidimensional Anxiety Scale for Children; MASC) เป็น แบบสอบถามที่โอนเอียงไปทางการแยกโรควิตกกังวล ซึ่งไม่เหมาะกับการวัดความวิตกกังวล เบื้องต้นในผู้ดูแลเด็ก โรคซึมเศร้า ส่วนแบบสอบถามอาร์ซีเอ็มเอเอส (The Revised Children's Manifest Anxiety Scale; RCMAS) มีการประเมินเพียง 2 ระดับถูกหรือผิด ทำให้ยากต่อการประเมิน ระดับความวิตกกังวล

ความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลต่อ คุณภาพชีวิตของเด็กโรคซึมเศร้าวัยเรียนและวัยรุ่นตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคซึมเศร้าวัยเรียนและวัยรุ่นตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลที่มากทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กโรคซึมเศร้าลดลงมากเช่นกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคซึมเศร้าวัยเรียนและวัยรุ่น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่ายังไม่มีใครศึกษา แต่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอยู่ 1 เรื่องที่เป็นงานวิจัยเชิงสัมพันธ์ที่กล่าวถึงความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายในระดับที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในด้านคุณภาพชีวิตลดลง (O'hala et al. อ้างตามวิสรธา, 2556) นอกนั้นเป็นงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์และทำนายของภาวะการดูแลกับคุณภาพชีวิตซึ่งภาวะการดูแลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าได้แก่ ภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา ($r = -.40, p < .00$) (Karakis et al., 2014) และประเทศอินเดีย ($r = -.56, p < .00$) (Sirari et al., 2014) และภาวะการดูแลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา ($p < .02$, ไม่ได้รายงานค่า β) (Karakis, Tsiakiri, & Piperidou, 2014) โดยภาวะการดูแลที่สูงมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ($x^2 = 6.66, p < .05$) และระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน ($x^2 = 9.52, p = .009$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศไนจีเรีย (Nuhu et al., 2010)

2. ความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลของผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักวัยรุ่นและวัยรุ่น

ยงและคณะ (Yong et al., 2006; Yong et al., 2008) ได้สรุปผลงานวิจัยว่าความวิตกกังวลของมารดาสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศจีน ($R^2 = .24, p < .05; F = 18.1, p = .00$ ตามลำดับ ไม่ได้รายงานค่า β) และประเทศสหรัฐอเมริกา ($R^2 = .50, p < .01$ ไม่ได้รายงานค่า β) (Williams et al., 2003) โดยความวิตกกังวลของมารดาที่เพิ่มขึ้นจะทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักลดลง

ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักวัยรุ่นและวัยรุ่น

จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชัก พบว่ามีปัจจัยหรือตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักมากมาย สามารถสรุปได้เป็น 2 ลักษณะ คือ ตัวแปรที่ไม่สามารถจัดกระทำได้หรือปรับเปลี่ยนได้ (non modifiable factors) และตัวแปรที่สามารถจัดกระทำได้หรือปรับเปลี่ยนได้ (modifiable factors) โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กตามการรับรู้ของบิดา มารดาหรือผู้ดูแลหลัก มีดังนี้

1. ปัจจัยที่สามารถจัดกระทำหรือปรับเปลี่ยนได้ (modifiable factors)

1.1 ความถี่ของอาการชักของเด็กโรคลมชัก

จากงานวิจัยของเนดคานิและคณะ (Nadkarni et al., 2011) พบว่า ความถี่ของอาการชักมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศอินเดีย ($p < .05$ ไม่ได้รายงานค่า r) และประเทศจีน ($r = -.32,$

$p < .00$) (Yong et al., 2006) นอกจากนี้วิลเลียมและคณะ (Williams et al., 2003) ได้สรุปผลงานวิจัยคล้ายกันว่า การควบคุมอาการชักที่ไม่ดีสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศสหรัฐอเมริกา ($R^2 = .55, p < .01$ ไม่ได้รายงานค่า β)

ยงและคณะ (Yong et al., 2008) กล่าวว่า ความถี่ของอาการชักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศจีน ($r = 0.18, p < .00$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิลเลียมและคณะ (Williams et al., 2003) ที่กล่าวว่า ความถี่ของอาการชักมีผลทำให้มารดาวิตกกังวลซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น ซึ่งยงและคณะสนับสนุนเพิ่มเติมว่า เมื่อเด็กมีอาการชักครั้งแรกส่งผลให้อารมณ์ของครอบครัวและเด็กแย่ลง เมื่อเด็กเกิดอาการชักหลายๆ ทำให้พฤติกรรมและการเรียนรู้ของเด็กลดลงจากตัวเด็กเองและครอบครัวที่วิตกกังวล

1.2 จำนวนยากันชักที่ได้รับ

จำนวนยากันชักที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศจีน ($r = -.42, p < .00$) (Yong et al., 2006) และประเทศอินเดีย ($p < .05$ ไม่ได้รายงานค่า r) (Nadkarni et al., 2011) นอกจากนี้ยังสามารถทำนายคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศสหรัฐอเมริกา ($R^2 = .57, p < .01$ ไม่ได้รายงานค่า β) (Williams et al., 2003)

จากงานวิจัยของชานและคณะ (Chan et al., 2011) พบว่าเด็กโรคลมชักส่วนใหญ่ร้อยละ 89.0 ได้รับยากันชักอย่างน้อย 1 ชนิด และร้อยละ 55.0 ได้รับยากันชักชนิดโซเดียมวาลโปรเอต (sodium valproate) ซึ่งยากันชักชนิดนี้มีความสัมพันธ์ต่อการหลับคืนของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศฮ่องกง ($p < .01$ ไม่ได้รายงานค่า r) และสัมพันธ์ต่อการตื่นในเวลากลางคืน (Night waking) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ ไม่ได้รายงานค่า r) ร้อยละ 8.0 ได้รับยากันชักชนิดโคลบาแซม (clobazam) ยากันชักชนิดนี้สัมพันธ์ต่อการหายใจที่ผิดปกติขณะนอนหลับ (sleep - disordered breathing) ของเด็กโรคลมชัก ($p < .05$ ไม่ได้รายงานค่า r) โดยชานและคณะสนับสนุนเพิ่มเติมว่า ผลข้างเคียงของยากันชักทำให้เด็กโรคลมชักมีอาการเหนื่อยล้า ง่วงนอน ปัญหาความจำ และปัญหาการตั้งใจจดจ่อ

1.3 พัฒนาการด้านจิตใจ

พัฒนาการด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศจีน ($r = .14, p < .05$) (Yong et al., 2006) เด็กโรคลมชักส่วนใหญ่มีพัฒนาการด้านจิตใจต่ำ (Malhi & Singhi, 2005)

พัฒนาการด้านจิตใจ คือ ปัญหาความวิตกกังวล ซึมเศร้า อึดอัดในตนเองต่ำ ปัญหาพฤติกรรม และมีปัญหาเกี่ยวกับการเรียน (Malhi & Singhi, 2005) จากการสำรวจพบว่าเด็กโรคซึมเศร้าที่สามารถปรับตัวและพัฒนาจิตใจได้ตามปกติจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเด็กโรคซึมเศร้าที่มีการปรับตัวและพัฒนาการด้านจิตใจไม่ดี และครอบครัวที่มีภาวะสุขภาพที่ดีกว่าเด็กโรคซึมเศร้าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเด็กโรคซึมเศร้าที่ครอบครัวมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี (Yong et al., 2006)

1.4 トラบาปทางสังคม (stigma)

การรับรู้ตราบาปทางสังคมของบิดา มารดา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของเด็กโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเทศเกาหลี ($r = .16, p < .05$) สะท้อนถึงความสำคัญของการมีสภาพแวดล้อมในครอบครัวที่ทำให้เด็กรับรู้ตราบาป โดยครอบครัวมักจะปกปิดโรคซึมเศร้าของเด็กไม่ให้เพื่อนบ้านหรือคนรู้จัก ซึ่งสาเหตุนี้ทำให้เด็กรับรู้ตราบาปทางสังคมอย่างมาก (Ryu et al., 2015) จากผลการสำรวจของจาโคบีและออสติน (Jacoby & Austin, 2007) พบว่า เด็กโรคซึมเศร้ามักประสบกับประสบการณ์ที่ไม่ดีและเกิดตราบาปขึ้นทางสังคมซึ่งพบได้ทั้ง 3 ระดับคือ เกิดขึ้นภายในตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระหว่างองค์กรหรือสังคมที่เป็นอยู่ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเอง คือ เด็กรู้สึกว่าเป็นตัวประหลาดและแตกต่างไปจากเพื่อนคนอื่นๆ (Elliot et al., 2005; Moffat et al., 2009) เด็กโรคซึมเศร้าที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าจะมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการสนับสนุนทางสังคม โดยเซอร์ฟาร์โนกลูและคณะ (Hirfanoglu et al., 2009) พบว่า เด็กที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าน้อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการขาดการสนับสนุนทางสังคม ($r = -.16, p < .01$) และมีตราบาปทางสังคมเพิ่มมากขึ้นตามการรับรู้ของเด็กโรคซึมเศร้าในตุรกี ($r = -.18, p < .00$) นอกจากนี้การรับรู้เกี่ยวกับตราบาปที่เพิ่มขึ้นของเด็กโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกอคติต่อโรคซึมเศร้า ($r = .19, p < .00$) และสัมพันธ์กับอึดอัดในตนเองที่ลดลงของเด็กโรคซึมเศร้าตามการรับรู้ของเด็กโรคซึมเศร้าในประเทศตุรกี ($r = -.18, p < .00$) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กในทุกๆด้านตามความรุนแรงของตราบาปที่เพิ่มขึ้นของเด็ก

1.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพักผ่อนนอนหลับ

เด็กโรคซึมเศร้าต้องการการพักผ่อนที่มากกว่าเมื่อเทียบกับเด็กปกติ และต้องการการนอนหลับระหว่างวัน (Elliot et al., 2005; Moffat et al., 2009) เด็กโรคซึมเศร้าต้องการการนอนหลับ 2 - 3 ชั่วโมงหลังเลิกเรียน เด็กปกติเข้านอนตอน 22.00 น. แต่เด็กโรคซึมเศร้าเข้านอนตั้งแต่ 20.30 น. ในเวลากลางคืนเด็กจะนอนหลับในรถทุกครั้งแต่เพื่อนไม่หลับ (Elliot et al., 2005) สอดคล้องกับงานวิจัยของเวอรัลล์และคณะ (Wirrell et al., 2005) ซึ่งสรุปผลงานวิจัยว่า เด็กโรคซึมเศร้ามีการหลับคืนที่ผิดปกติเมื่อเปรียบเทียบกับพี่น้องที่อายุใกล้เคียงกันและการหลับคืนที่ผิดปกติสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของ

ผู้ดูแลในประเทศแคนาดา ($p < .05$ ไม่ได้รายงานค่า β) สอดคล้องกับงานวิจัยของชานและคณะ (Chan et al., 2011) ที่สรุปผลงานวิจัยว่า เด็กโรคลมชักมีรูปแบบการนอนหลับที่คล้ายคลึงกับเด็กปกติแต่เด็กโรคลมชักมีการหลับตื่นที่ผิดปกติ โดยเฉพาะเด็กโรคลมชักที่มีอาการชักไม่เด่นชัด (อาการชักในแต่ละวันไม่แน่นอนและเกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้า) ตามการรับรู้ของผู้ดูแลในฮ่องกง ($p < .01$ ไม่ได้รายงานค่า r)

ยากันชักจะส่งผลต่อวงจรการนอนหลับและเป็นสาเหตุให้่วงนอนง่ายผิดปกติ (Xu, Brandenburg, McDermott, & Bazil อ้างตามพญจิต, 2552) ทำให้ความสามารถในการเรียนลดลง มีความยากลำบากในการคิดวิเคราะห์ ซึ่งส่งผลต่อกิจกรรมในช่วงกลางวันและกระทบกับคุณภาพชีวิต (พญจิต, 2552)

1.6 การศึกษาพิเศษ

ความต้องการได้รับการศึกษาพิเศษสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กทั้งตามการรับรู้ของผู้ดูแล ($\beta = .40, p < .01$) และตามการรับรู้ของเด็กวัยรุ่นโรคลมชักในสหราชอาณาจักร ($\beta = -.34, p < .05$) (Turky et al., 2008)

2. ปัจจัยที่ไม่สามารถจัดกระทำได้หรือปรับเปลี่ยนได้ (non modifiable factors)

2.1 ระยะเวลาในการเป็นโรคลมชัก

อายุที่เริ่มมีอาการชักมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศจีน ($r = .25, p < .00$) (Yong et al., 2006) ซึ่งสอดคล้องกับวิลเลียมและคณะ (Williams et al., 2003) ที่พบว่า จำนวนปีที่เด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศสหรัฐอเมริกา ($r = .31, p < .05$) และมัลไฮและสิงห์ (Malhi & Singhi, 2005) ที่พบว่าระยะเวลาในการรักษาโรคลมชัก (Treatment duration) สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศอินเดีย ($r = .36, p < .05$)

เด็กที่เริ่มมีอาการชักและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักตั้งแต่อายุยังน้อยรวมทั้งมีระยะเวลาการรักษาโรคลมชักที่มากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าเด็กที่มีอาการชักและระยะเวลาการรักษาที่น้อยกว่า (Aguilar et al., 2004; Yong et al., 2006)

2.2 ชนิดของอาการชัก

ชนิดของอาการชักมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศอินเดีย ($p < .05$ ไม่ได้รายงานค่า r) (Aggarwal et al., 2011; Nadkarni et al., 2011) โดยอาการชักทั้งตัวมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าอาการชักเฉพาะที่ (Aggarwal et al., 2011; Nadkarni et al., 2011) แต่ก็ยังมีงานวิจัยที่ให้ผลขัดแย้ง คือชนิดของอาการ

ชักไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก (Montanaro et al., 2004; Williams et al., 2003; Yong et al., 2006; Yong et al., 2008) นอกจากนี้วิลเลียมและคณะ (Williams et al., 2003) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการชักหลายรูปแบบ (Mixed seizure) จะมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าเด็กที่มีอาการชักเพียงชนิดเดียว

2.3 สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ยงและคณะ (Yong et al., 2006) พบว่าสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว (familial economic) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศจีน ($R^2 = .60, p < .00$ ไม่ได้รายงานค่า β) ส่วนอากริลลาและคณะ (Aguilar et al., 2004) พบว่า เด็กโรคลมชักที่มาจากครอบครัวที่มีสถานะทางสังคมต่ำจะมีระบบร่างกาย การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมที่โรงเรียนต่ำด้วย ($p < .05$ ไม่ได้รายงานค่า r)

2.4 ที่อยู่อาศัย

แนดคานีและคณะ (Nadkarni et al., 2011) พบว่า ที่อยู่อาศัย (ชนบทและในเมือง) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศอินเดีย ($p < .00$ ไม่ได้รายงานค่า r) โดยเด็กโรคลมชักที่อาศัยอยู่ในชนบทจะมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าเด็กโรคลมชักที่อาศัยอยู่ในเมือง

2.5 อายุของเด็กในปัจจุบัน

อายุของเด็กมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศอินเดีย (Aggarwal et al., 2011; Nadkarni et al., 2011) โดยเด็กโรคลมชักที่มีอายุมากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าเด็กโรคลมชักที่มีอายุน้อยกว่า แต่ก็ยังมีงานวิจัยที่ให้ผลขัดแย้ง คือ อายุของเด็กโรคลมชักไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศจีน (Yong et al., 2006) และประเทศสหรัฐอเมริกา (Williams et al., 2003)

2.6 การศึกษาของเด็กในปัจจุบัน

การศึกษาของเด็กในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศจีน ($r = .39, p < .00$) (Yong et al., 2006) ซึ่งสอดคล้องกับแอกกราโวลและคณะ (Aggarwal et al., 2011) ที่พบว่าระดับการคิดรู้ ความจำ ภาษา ของเด็กโรคลมชักมีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก

ยงและคณะ (Yong et al., 2006) ทำการสำรวจเด็กโรคลมชักตั้งแต่ไม่ได้รับการศึกษาจนถึงเรียนชั้นประถมหรือมากกว่า พบว่า เด็กที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเด็กที่มีการศึกษาต่ำกว่า ส่วนแอกกราโวลและคณะ (Aggarwal et al., 2011) พบว่าเด็กที่มีระดับการคิดรู้ ความจำ ภาษาที่ดีกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

2.7 โรควินิจฉัยร่วม

วิลเลียมและคณะ (Williams et al., 2003) พบว่า เด็กโรคลมชักที่มีอาการชักบ่อยๆ หรือการควบคุมอาการชักที่ไม่ดีทำให้เด็กมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติจากโรคอื่นๆ ร่วม เช่น ความพิการทางสมอง ความรุนแรงของโรคที่ปรากฏร่วมกับโรคลมชักสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศสหรัฐอเมริกา ($R^2 = .39, p < .01$ ไม่ได้รายงานค่า β) (Williams et al., 2003) สอดคล้องกับงานวิจัยของเตอร์กีและคณะ (Turky et al., 2008) ที่พบว่า การบกพร่องทางการคิด (cognitive impairment) และความถี่ของอาการชักที่สูงสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลในสหราชอาณาจักร ($R^2 = .33, \beta = .31, p < .00$) และตามการรับรู้ของเด็กวัยรุ่น ($R^2 = .39, \beta = -.46, p < .01$) โดยการบกพร่องทางการคิดและความถี่ของอาการชักที่สูงจะเพิ่มคะแนนคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล และลดคะแนนคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของเด็ก นอกจากนี้บ้ากำ, วิกรี่, คาแพลน, วาสซาร์, และเบอร์ก (Baca, Vickrey, Caplan, Vassar, & Berg, 2011) พบว่า เด็กโรคลมชักที่มีโรควินิจฉัยร่วมทั้งอาการทางจิต (psychiatric) เช่น โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) โรคย้ำคิด ย้ำทำ (Obsessive - compulsive disorder) และอาการทางกาย เช่น โรคหอบหืด โรคเบาหวาน โรคภูมิแพ้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักทั้งที่มารดาและเด็กประเมิน โดยเด็กที่เป็นโรคลมชักและมีอาการของโรควินิจฉัยร่วมมาก จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำมากด้วย

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคลมชักเกิดในเด็กวัยรุ่นและวัยเรียนเป็นจำนวนไม่น้อย ซึ่งโรคลมชักเป็นโรคที่เด็กโรคลมชักเกิดอาการชักเท่ากับหรือมากกว่า 2 ครั้ง โดยไม่มีปัจจัยกระตุ้นและไม่ทราบล่วงหน้า ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยผลกระทบของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย เช่น ความรู้สึกเฉื่อยชา ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างคล่องแคล่ว อาการทางกายอื่นๆ เช่น อาการปวดศีรษะ ทำให้ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ผลกระทบของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกกลัว ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำเนื่องจากรู้สึกว่าตนเองไม่เหมือนเพื่อนคนอื่นๆ ผลกระทบของคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ เช่น ความรู้สึกโกรธและอายเนื่องจากอาการชักที่เกิดขึ้นไม่ทราบล่วงหน้า ผลกระทบของคุณภาพชีวิตด้านสังคม เช่น การเกิดปมด้อย ไม่กล้าเข้าสังคม นอกจากนี้จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชัก พบว่ามีปัจจัยหรือตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักมากมาย สามารถสรุปได้เป็น 2 ลักษณะ คือ ปัจจัยที่ไม่

สามารถจัดกระทำได้หรือปรับเปลี่ยนได้ (non modifiable factors) และปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้หรือปรับเปลี่ยนได้ (modifiable factors) ปัจจัยหรือตัวแปรที่ไม่สามารถจัดกระทำได้หรือปรับเปลี่ยนได้ตามการรับรู้ของบิดามารดาหรือผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการเป็นโรคลมชัก ชนิดของอาการชัก สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ที่อยู่อาศัย อายุของเด็กในปัจจุบัน การศึกษาของเด็กในปัจจุบัน และโรควินิจฉัยร่วม ส่วนปัจจัยหรือตัวแปรที่สามารถจัดกระทำได้หรือปรับเปลี่ยนได้ตามการรับรู้ของบิดามารดาหรือผู้ดูแล ได้แก่ ความถี่ของอาการชัก จำนวนยากันชักที่ได้รับ พัฒนาการด้านจิตใจ トラบาปทางสังคม ความผิดปกติเกี่ยวกับการพักผ่อนนอนหลับ และการศึกษาพิเศษ

จากปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวข้างต้นจะพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่เด็กโรคลมชัก ทำให้ผู้ดูแลกลายเป็นผู้ป่วยที่ถูกมองข้าม ซึ่งจริงๆ แล้วผู้ดูแลเกิดผลกระทบมากมาย เช่น ความเหนื่อยล้า อาการปวดศีรษะ ความรู้สึกผิด โกรธ อาย เครียด วิตกกังวล อารมณ์แปรปรวน สับสน ซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม ฯลฯ โดยเฉพาะความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล และความวิตกกังวลของผู้ดูแลส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของเด็ก ซึ่งเป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ตามการรับรู้ของผู้ดูแล และสามารถนำมาจัดกระทำต่อไปในอนาคต เช่น โปรแกรมการพยาบาล เพื่อลดความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลเด็ก โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ดูแล เพื่อประโยชน์ในการลดความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลและความวิตกกังวลในผู้ดูแลต่อไปในอนาคต เด็กโรคลมชักมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลที่พาเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่นที่มีอายุ 6 - 17 ปี จำนวน 70 คน มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เนื่องจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นพบว่า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นโรงพยาบาลที่มีเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่นเข้ามาใช้บริการจำนวนมากเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นๆ ในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างที่เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กโรคลมชักและอยู่ร่วมครอบครัวเดียวกับเด็กโรคลมชักมาอย่างน้อย 1 เดือน ได้แก่ บิดา มารดาหรือญาติ เนื่องจากเป็นระยะเวลาานพอต่อการได้รับประสบการณ์ในฐานะผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก และเพียงพอต่อการรับรู้ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล และความวิตกกังวล
2. สามารถสื่อสาร ฟังและโต้ตอบภาษาไทยได้
3. ดูแลเด็กโรคลมชักที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยากันชัก ไม่เคยได้รับการผ่าตัดรักษาโรคลมชัก และมีอาการชักอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 1 ปีที่ผ่านมา
4. ดูแลเด็กโรคลมชักที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคลมชักที่รุนแรง เช่น อาการพิการทางสมอง ภาวะผิดปกติของสมองขั้นรุนแรงจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ เป็นต้น
5. ดูแลเด็กโรคลมชักที่ไม่มีโรคเรื้อรังอย่างอื่นร่วมด้วยทั้งอาการทางกายและอาการทางจิต เช่น ออทิสติก สมาธิสั้น โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคหอบ โรคปอดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคธาลัสซีเมีย ไทรอยด์

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่พบและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยไม่มีการจำกัดจำนวนในแต่ละวัน จนครบ 70 ราย การศึกษาครั้งนี้ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression) เพื่อทดสอบอำนาจการทำนายของปัจจัยอิสระที่คาดว่าจะมีผลต่อตัวแปรตาม โดยการใช้การคำนวณจากตัวแปรอิสระ 1 ตัวต่อกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย แล้วเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเข้าไปในขั้นสุดท้ายอีก 50 ราย หรือเขียนเป็นสูตร $N = 10k + 50$ เมื่อ N คือขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และ k คือจำนวนตัวแปรต้น (Thomdike, อ้างตาม รัชชัย, 2532) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระจำนวน 2 ตัว ได้แก่ ความเหนื่อยล้าจากการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้สูตรได้ดังนี้

$$N = 10 (2) + 50 = 70$$

ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 70 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด (ภาคผนวก ก) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ดูแลเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งแบบสอบถามทั้งหมดประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ผลกระทบด้านการเงิน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัว ประสบการณ์การดูแลเด็กรายอื่น ระยะเวลาในการดูแลเด็ก จำนวนชั่วโมงที่ดูแลเด็ก โรคลมชักต่อวัน บุตรหลานคนอื่นๆ ที่ต้องเลี้ยงดู และภาวะสุขภาพของฉันทันในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก โรคลมชัก ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับบุตร ศาสนา อายุเมื่อเริ่มชัก อายุและวัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคลมชัก มีอาการชักกี่ครั้งต่อปี จำนวนครั้งที่มา

พบแพทย์ และเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ชนิดของโรคลมชัก ระยะเวลาเฉลี่ยของอาการชักแต่ละครั้ง อาการชักในช่วง 1 และ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โรคประจำตัวอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคลมชัก

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความเหนื่อยล้าของพรูจิต (2552) ประกอบด้วย 4 ด้าน ข้อคำถาม 22 ข้อ คือ 1) ด้านความรู้สึก (sensory) 5 ข้อ 2) ด้านอารมณ์ (affective meaning) 5 ข้อ 3) ด้านสติปัญญา (cognitive) 6 ข้อ และ 4) ด้านพฤติกรรม (behavioral) 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีลักษณะคำตอบแบบวัดด้วยระดับสายตา (Visual Analogue Scale) ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร เป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 - 10 ปลายเส้นตรงแต่ละด้านกำกับด้วยวลีที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการวัด โดยมีความหมายที่ตรงข้ามกัน ให้คะแนนเป็น 0 - 10 คะแนนในแต่ละข้อ การคิดคะแนนคือ นำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ จะได้คะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้าแล้วนำมาแปลผล ซึ่งสามารถแบ่งระดับความเหนื่อยล้าได้ดังนี้ (พรูจิต, 2552)

00.00 คะแนน	หมายถึง ไม่มีความเหนื่อยล้า
0.01 -3.99 คะแนน	หมายถึง มีความเหนื่อยล้าเล็กน้อย
4.00 - 6.99 คะแนน	หมายถึง มีความเหนื่อยล้าปานกลาง
7.00 – 10.00 คะแนน	หมายถึง มีความเหนื่อยล้ามาก

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา สำหรับแบบสอบถามที่ปรับปรุงโดยเพียงใจ (2545) ได้ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ในการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยเพียงใจ (2545) ซึ่งพรูจิต (2552) ได้นำแบบสอบถามของเพียงใจมาใช้ ไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแต่ได้ตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยากันชักและไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มีการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ตรัง จำนวน 150 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha) เท่ากับ .94

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก (State-Trait Anxiety Inventory; STAI) เฉพาะความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (state subscale) ของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger et al., 1983) แปลเป็นภาษาไทยโดยบุญเพียรและคณะ (2544) แบบสอบถามนี้มีจำนวน 20 ข้อ จำแนกเป็นคำถามเชิงลบจำนวน 10 ข้อ คือ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 ซึ่งคะแนนจะเรียงจากน้อยไปหามาก 1, 2, 3, 4 และคำถามเชิงบวกจำนวน 10 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 ซึ่งคะแนนจะเรียงจากมากไปหาน้อย การคิดคะแนนได้จากการนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนโดยรวมมีค่าระหว่าง 20 - 80 คะแนนรวมสูงหมายถึง มีความวิตกกังวลสูง

คะแนนรวมต่ำหมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ แปลความหมายของค่าคะแนนแบ่งความวิตกกังวลเป็น 3 ระดับ (Speiberger, Gorsuch, & Lushene อ้างตามเอื้องพร, จุฑาไล, สุกัญญาและอรทัย, 2554)

คะแนนต่ำกว่า	$M - SD$	ความวิตกกังวลต่ำ
คะแนนอยู่ในช่วง	$M \pm SD$	ความวิตกกังวลปานกลาง
คะแนนสูงกว่า	$M + SD$	ความวิตกกังวลสูง

การตรวจสอบความตรงภายในของแบบสอบถามนี้ บุญเพียร, นงลักษณ์, พรทิพย์, วาสนา และเมเลนิก (2544) ทำการทดสอบกับมารดาที่มีบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 40 ราย เปรียบเทียบกับมารดาปกติ 29 ราย ตรวจสอบความตรงภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alphas) เท่ากับ .89 (state anxiety)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักฉบับภาษาไทยของจันทร์ทิพย์ (2549) ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก (QOLIE: 31) ฉบับภาษาอังกฤษ (Cramer et al., 1998) มาดัดแปลงเพื่อให้เข้ากับผู้ดูแลเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นโรคลมชัก แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ด้าน จำนวน 31 ข้อ คือ 1) ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชัก (seizure worry) 5 ข้อ 2) ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม (overall QOL) 2 ข้อ 3) ด้านสุขภาวะทางอารมณ์ (emotional well - being) 5 ข้อ 4) ด้านพลังกำลังหรือความเหนื่อยล้า (energy, fatigue) 4 ข้อ 5) ด้านกระบวนการคิดรู้ (cognitive functioning) 6 ข้อ 6) ด้านผลจากการใช้ยากันชัก (medication effects) 3 ข้อ และ 7) ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม (social function health status) 5 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามทั้ง 7 ด้านนี้ สามารถวัดให้ครอบคลุมคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์และด้านสังคม ดังที่ได้กล่าวไว้ในนิยามศัพท์การวิจัย โดยมีรายละเอียดของข้อคำถาม ดังนี้

ข้อคำถามที่ 1 ลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดระดับด้วยสายตา (Visual Analogue Scale) มีรูปหน้าคนประกอบ โดยเป็นตัวเลขตั้งแต่ 10 - 0 โดยด้านซ้ายกำกับด้วยวลี “ดีมากที่สุด” และทางขวากำกับด้วยวลี “แย่มากที่สุด”

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

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

ข้อคำถามที่ 15, 21, 23 และ 24 ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ แต่ละคำถามให้ผู้ดูแลให้คะแนนจาก 1, 2, 3 หรือ 4 ในระดับที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณมีความรู้สึกละอายในระดับใด

ข้อคำถามที่ 22 ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ แต่ละคำถามให้ผู้ดูแลให้คะแนนจาก 1, 2 หรือ 3 ในระดับที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณมีความรู้สึกละอายในระดับใด

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

สำหรับแบบสอบถามที่ดัดแปลงโดยจันทรทิพย์ (2549) ได้ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ในการศึกษาเรื่อง เกณฑ์จลนศาสตร์ของประชากรและการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาเพนิโตอิน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงกับผู้ป่วยโรคลมชักวัยผู้ใหญ่จำนวน 89 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติคือ ไม่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดรักษา และไม่ได้เป็นโรคพิการทางสมองได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .91

เกณฑ์การแปลคะแนน กำหนดตามคู่มือคิวโอแอลไอโอไอสามหนึ่ง (QOLIE – 31; Scoring manual) (ภาคผนวก ก) (Cramer et al., 1993) โดยนำคะแนนทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อในแต่ละด้าน และนำคะแนนแต่ละด้านมาคูณกับน้ำหนักในแต่ละด้านตามคู่มือ ได้คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 100 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับที่ดี คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ แปลความหมายของค่าคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ (RAND อ้างตามพฤษจิต, 2552)

1.00 – 50.00 คะแนน	หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ
50.01 – 75.00 คะแนน	หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
75.01 – 100.00 คะแนน	หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย การตรวจสอบด้านความตรงตามเนื้อหา (content validity) และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) ดังนี้

การตรวจหาความตรงของเครื่องมือ (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็ก และคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียน และวัยรุ่นโรคลมชักฉบับดัดแปลงไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กโรคลมชักจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้ชำนาญการเกี่ยวกับเด็กโรคลมชัก จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล

จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญด้านการดูแลเด็กโรคลมชัก จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ส่วนแบบสอบถามความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลและแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแล้ว ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามนี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบว่ามีความเหมาะสมกับเด็กโรคลมชักหรือไม่ หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมกับเด็กโรคลมชัก ได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความชัดเจนของเนื้อหา และความเหมาะสมกับเด็กโรคลมชัก โดยเพิ่มข้อความจันรับรู้ว่า... นั้นรับรู้ว่าเด็ก... หน้าทุกข้อในแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

การตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมด ได้แก่ แบบสอบถามความเหนื่อยล้า แบบสอบถามความวิตกกังวลและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นโรคลมชัก ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่นที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจของภาษาและระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามและความเที่ยงของเครื่องมือ หลังจากนั้น นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .98, .88 และ .77 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้สำหรับเครื่องมือเก่าและเครื่องมือที่ดัดแปลง (มากกว่า .80 และ .70 ตามลำดับ) (วิจิตร, 2552)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาแล้วให้คณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ (ศช 0521.1.05/711) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะแพทยศาสตร์ (REC: 58-073-19-9) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ภาคผนวก ข) เพื่อตรวจสอบด้านจริยธรรมในการวิจัยและทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการ

2.1 เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าคลินิกเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยสำรวจคุณสมบัติของผู้ดูแลและเด็ก โรคลมชักที่ต้องการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.3 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ในการวิจัย และแจ้งสิทธิในการปฏิเสธหรือขอรับการเข้าร่วมในการวิจัย ด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายว่า การศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่านและบุตรของท่านที่จะเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ ท่านและบุตรของท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ตลอดจนสามารถขอหยุดพักการตอบแบบสอบถามหากเกิดความต้องการพักหรือเหนื่อยล้า โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาและการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อขอความร่วมมือ และลงนามในคำยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิ์การเข้าร่วมวิจัย

2.4 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการให้ผู้ดูแลเด็ก โรคลมชักที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณคนละ 1 ชั่วโมง

2.5 ตรวจสอบสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุด ถ้าพบว่า ข้อมูลไม่สมบูรณ์จะขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างให้ตอบเพิ่มเติมจนครบทุกข้อคำถาม

2.6 ดำเนินการตามข้อ 2.2 - 2.5 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 70 คน จึงนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ (ศร 0521.1.05/711) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ (REC: 58-073-19-9) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ภาคผนวก ข) ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่บังคับ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นทำการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์การวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้งการอธิบายให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการให้บริการพยาบาลแต่อย่างใด ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมวิจัย จะมีเอกสารใบพิทักษ์สิทธิ์

(ภาคผนวก ข) ให้เซ็นยินยอมโดยไม่มีการบังคับใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ไม่เกี่ยวข้อง และจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และผู้ดูแลสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ หากผู้ดูแลเกิดการเหน็ดเหนื่อยหรือต้องการขอหยุดพักจากการตอบแบบสอบถาม ผู้ดูแลสามารถแจ้งขอหยุดพักการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ การขอข้อมูลครั้งนี้จะพยายามให้เป็นการรบกวนกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด และระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยก็สามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยทำการทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ มีการตรวจสอบคุณสมบัติตามข้อตกลง ดังนี้

1.1 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีระดับการวัดมาตราช่วง (interval scale)

1.2 ทดสอบการแจกแจงปกติ (normality) ของตัวแปรที่ศึกษาและค่าคลาดเคลื่อน

1.3 ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ระหว่างตัวแปรอิสระ (x) และตัวแปรตาม (y) และทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างค่าคลาดเคลื่อนและตัวแปรตาม

1.4 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity)

1.5 ทดสอบความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อน (autocorrelation)

1.6 ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน (homoscedasticity)

2. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็ก วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละกับข้อมูลที่เท่ากับและต่ำกว่าระดับเรียงอันดับ (ordinal data) และใช้คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกับข้อมูลที่เท่ากับหรือสูงกว่าระดับอันดับ (interval data)

2.2 คะแนนความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นนโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล วิเคราะห์เป็นรายด้านและโดยรวม โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแบ่งระดับคะแนนเป็นรายด้านและโดยรวมตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนส่วนความวิตกกังวลของผู้ดูแลวิเคราะห์โดยรวม

2.3 ทดสอบความสามารถในการทำนายของความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น โรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็กโรคลมชัก
2. ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล
3. ความสามารถในการทำนายของความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล และความวิตกกังวลของผู้ดูแล ต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็กโรคลมชัก

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 72.9) เกือบครึ่งหนึ่งมีอายุ 31 - 40 ปี (ร้อยละ 47.1) ($M = 39.26, SD = 7.32$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.6) มากกว่าครึ่งหนึ่งนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 64.3) หนึ่งในสี่ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 25.7) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 30.0) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001 - 20,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 30.0) ($Md = 20,888.00, QD = 14,125.00$) เกือบครึ่งหนึ่งมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 47.1) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตร 30 บาท (ร้อยละ 60.0) ส่วนใหญ่ไม่มีผลกระทบต่อการเงินครอบครัว (ร้อยละ 81.4) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1 - 5 คน (ร้อยละ 81.4) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 70.0) ผู้ดูแลทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคลมชักรายอื่น (ร้อยละ 100) มีระยะเวลาในการดูแลเด็กโรคลมชัก 3 - 5 ปี (ร้อยละ 40.0) ($Md = 3.10, QD = 1.50$)

มากกว่าครึ่งหนึ่งมีบุตรหลานคนอื่นที่ต้องดูแล (ร้อยละ 57.1) และส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพแข็งแรง (ร้อยละ 91.4) (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (Md) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (QD) ความเบ้ (*Skewness value*) และความโค้ง (*Kurtosis value*) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ($N = 70$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก		
บิดา	15	21.4
มารดา	51	72.9
ญาติฝ่ายบิดา	1	1.4
ญาติฝ่ายมารดา	3	4.3
อายุผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก (ปี)		
น้อยกว่าหรือเทียบเท่า 20 ปี	2	2.9
21 – 30 ปี	7	10.0
31 – 40 ปี	33	47.1
41 – 50 ปี	24	34.3
51 – 60 ปี	4	5.7
$(M = 39.26, SD = 7.32, Skewness\ value = -1.29, Kurtosis\ value = 1.39, Min = 18.00,$		
$Max = 56.00)$		
สถานภาพสมรส		
โสด	4	5.7
คู่	55	78.6
หม้าย	2	2.8
หย่า/แยกกันอยู่	9	12.9
ศาสนา		
พุทธ	45	64.3
คริสต์	1	1.4
อิสลาม	24	34.3

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	9	12.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	18.6
เกษตรกร	11	15.7
รับจ้าง	16	22.8
ค้าขาย	18	25.7
อิสระ	3	4.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	17	24.3
มัธยมศึกษา	21	30.0
อาชีวศึกษา	1	1.4
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	10	14.3
ปริญญาหรือเทียบเท่า	20	28.6
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.4
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเทียบเท่า 10,000 บาท	14	20.0
10,001 - 20,000 บาท	21	30.0
20,001 – 30,000 บาท	13	18.6
30,001 – 40,000 บาท	5	7.1
40,001 – 50,000 บาท	9	12.9
มากกว่า 50,000 บาท	8	11.4
$(Md = 20,888.00, QD = 14,125.00, Skewness\ value = 17.06, Kurtosis\ value = 55.60,$		
Min = 3,000.00, Max = 300,000.00)		
ความเพียงพอของรายได้		
เหลือเก็บ	24	34.3
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	33	47.1
ไม่เพียงพอ	13	18.6
(วิธีแก้ไข ยืมญาติพี่น้อง, ญาติ)		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษาพยาบาล		
เบิกค่ารักษาพยาบาล	20	28.6
จ่ายค่ารักษาเอง	6	8.6
บัตร 30 บาท	42	60.0
สิทธิต่างๆ	2	2.8
ผลกระทบต่อการเงินของครอบครัว		
ไม่มีเลย	57	81.4
บ้างเล็กน้อย	9	12.9
ปานกลาง	3	4.3
มาก	1	1.4
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 – 5 คน	57	81.4
6 – 10 คน	13	18.6
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	49	70.0
ครอบครัวขยาย	21	30.0
(ส่วนใหญ่ประกอบด้วย บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย)		
ประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคลมชักรายอื่น		
ไม่เคย	70	100.0
ระยะเวลาที่ดูแลเด็กโรคลมชัก		
0 – 2 ปี	27	38.6
3 – 5 ปี	28	40.0
6 – 8 ปี	12	17.1
9 - 11 ปี	2	2.9
มากกว่า 11 ปี	1	1.4
(Md = 3.10, QD = 1.50, Skewness value = 4.43, Kurtosis value = 3.27, Min = 1 เดือน, Max = 13.00)		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
บุตรหลานคนอื่นๆ ที่ต้องดูแล		
ไม่มี	30	42.9
มี	40	57.1
ภาวะสุขภาพของฉันทันปัจจุบัน		
แข็งแรง	64	91.4
ไม่แข็งแรง	6	8.6
(ประกอบด้วย เชงกรานหัก เบาหวาน ความดัน ภูมิแพ้ ใส้ขาเทียม และโรคเครียด)		

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคลมชัก

ผลการศึกษาค้นพบว่า เด็กที่เป็นโรคลมชักทั้งหมดมี 70 คน มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.9 เป็นเด็กวัยเรียน อายุ 6 - 12 ปี (ร้อยละ 67.1) ($M = 11.01$, $SD = 3.00$) มากกว่าครึ่งหนึ่งกำลังศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 57.1) และเป็นบุตรคนแรก (ร้อยละ 54.3) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 67.1) อายุเมื่อเด็กเริ่มชักอยู่ระหว่าง 6 - 12 ปี (ร้อยละ 65.7) ($M = 7.30$, $SD = 3.39$) อายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักอยู่ระหว่าง 6 - 12 ปี (ร้อยละ 68.6) ($M = 7.34$, $SD = 3.38$) เด็กมีอาการชัก 1 ครั้งใน 1 ปี (ร้อยละ 37.1) ($MD = 2.85$, $QD = 3.00$) มาพบแพทย์ 4 ครั้งต่อปี (ร้อยละ 64.3) ($MD = 3.83$, $QD = 0.13$) ส่วนใหญ่มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง (ร้อยละ 98.6) ไม่เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 62.9) เกือบทั้งหมดรับประทานยากันชักครบตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 95.7) เป็นโรคลมชักชนิดทั้งตัว (ร้อยละ 60.0) ไม่ทราบว่ามีอาการชักครั้งละกี่นาที (ร้อยละ 65.7) ส่วนใหญ่ไม่มีอาการชักใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ณ วันที่เก็บข้อมูล) (ร้อยละ 80.0) และทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคลมชัก (ร้อยละ 100.0) (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (Md) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (QD) ความเบ้ ($Skewness\ value$) และความโค้ง ($Kurtosis\ value$) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ($N = 70$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	37	52.9
หญิง	33	47.1
อายุ		
6 - 12 ปี (วัยเรียน)	47	67.1
13 - 17 ปี (วัยรุ่น)	23	32.9
$(M = 11.01, SD = 3.00, Skewness\ value = - 0.22, Kurtosis\ value = - 1.66, Min = 6.00,$		
$Max = 17.00)$		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	5.7
อนุบาล	5	7.2
ประถมศึกษา	40	57.1
มัธยมศึกษา	21	30.0
ลำดับบุตรคนที่		
1	38	54.3
2	21	30.0
3	7	10.0
4	3	4.3
5	1	1.4
ศาสนา		
พุทธ	47	67.1
อิสลาม	23	32.9

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุเมื่อเด็กเริ่มชัก		
0 – 5 ปี	21	30.0
6 – 12 ปี	46	65.7
13 – 17 ปี	3	4.3
$(M = 7.30, SD = 3.39, \text{Skewness value} = -0.84, \text{Kurtosis value} = -0.76, \text{Min} = 1 \text{ เดือน}, \text{Max} = 15.00)$		
อายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเด็กเป็น โรคลมชัก		
0 – 5 ปี	19	27.1
6 – 12 ปี	48	68.6
13 – 17 ปี	3	4.3
$(M = 7.34, SD = 3.38, \text{Skewness value} = -1.05, \text{Kurtosis value} = -0.67, \text{Min} = 1 \text{ เดือน}, \text{Max} = 15.00)$		
จำนวนครั้งในการชักต่อปี (ครั้ง/ปี)		
1 ครั้ง	26	37.1
2 ครั้ง	8	11.4
3 ครั้ง	6	8.6
4 ครั้ง	11	15.8
มากกว่า 4 ครั้ง	19	27.1
$(Md = 2.85, QD = 3.00, \text{Skewness value} = 5.46, \text{Kurtosis value} = 1.20, \text{Min} = 1.00, \text{Max} = 30.00)$		
จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ (ครั้ง/ปี)		
1 ครั้ง	2	2.9
2 ครั้ง	8	11.4
3 ครั้ง	7	10.0
4 ครั้ง	45	64.3
มากกว่า 4 ครั้ง	8	11.4
$(Md = 3.83, QD = 0.13, \text{Skewness value} = 8.72, \text{Kurtosis value} = 11.46, \text{Min} = 1.00, \text{Max} = 12.00)$		

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
มาพบแพทย์ด้วยโรคลมชัก		
ทุกครั้ง	69	98.6
ไม่ได้มาทุกครั้ง	1	1.4
เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล		
เคย	26	37.1
ไม่เคย	44	62.9
(ส่วนใหญ่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคลมชัก 1 ครั้ง)		
จำนวนครั้งที่เข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (ครั้ง/ปี)		
ไม่เคย	44	62.9
1 – 2	24	34.3
3 – 4	1	1.4
5 – 6	1	1.4
รับประทานยากันชัก		
ครบตามแพทย์สั่ง	67	95.7
ไม่ครบตามแพทย์สั่ง	3	4.3
ชนิดของโรคลมชัก		
ชักเฉพาะส่วน	22	31.4
ชักทั่วตัว	42	60.0
ทั้งสองแบบ	6	8.6
ระยะเวลาในการชักแต่ละครั้ง (นาที)		
0.01 – 3.00	16	22.9
3.01 – 6.00	8	11.4
ไม่ทราบ	46	65.7
ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ณ วันที่เก็บข้อมูล) เด็กมีอาการชัก (ครั้ง)		
ไม่มีอาการชัก	56	80.0
1 ครั้ง	6	8.5
2 ครั้ง	4	5.7
3 ครั้ง	2	2.9

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
4 ครั้งขึ้นไป	2	2.9
ระยะเวลาในการชักแต่ละครั้ง (นาที) ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
ไม่มีอาการชัก	56	80.0
0.01 – 3.00	14	20.0
โรคประจำตัวอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคลมชัก		
ไม่มี	70	100.0

ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

1. ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแล

ผลการศึกษานี้พบว่า ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 4.43, SD = 2.02$) เมื่อพิจารณารายด้านตามลำดับพบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านอารมณ์ (affective meaning) ($M = 5.61, SD = 2.63$) ด้านพฤติกรรม (behavioral) ($M = 4.28, SD = 2.43$) และด้านสติปัญญา (cognitive) ($M = 4.06, SD = 1.92$) ส่วนด้านความรู้สึก (sensory) อยู่ในระดับเล็กน้อย ($M = 3.88, SD = 2.40$) (ตาราง 3)

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ค่าต่ำสุด (*Min*) ค่าสูงสุด (*Max*) ความเบ้ (*Skewness value*) ความโด่ง (*Kurtosis value*) และระดับของความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลเด็ก โรคลมชัก แบ่งตามรายด้านและโดยรวม (*N* = 70)

ความเหนื่อยล้า	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max	Skewness value	Kurtosis value	ระดับ
โดยรวม	4.43	2.02	1.23	9.50	1.38	- 1.24	ปานกลาง
ด้านพฤติกรรม (behavioral)	4.28	2.43	0.33	10.00	2.21	- 0.58	ปานกลาง
ด้านอารมณ์ (affective meaning)	5.61	2.63	0.40	10.00	- 0.50	- 1.90	ปานกลาง
ด้านความรู้สึก (sensory)	3.88	2.40	0.00	9.00	1.06	- 1.12	เล็กน้อย
ด้านสติปัญญา (cognitive)	4.06	1.92	0.83	9.00	1.60	- 0.67	ปานกลาง

2. ความวิตกกังวลของผู้ดูแล

ผลการศึกษานี้พบว่า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 53.19, *SD* = 9.01) (ตาราง 4)

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ค่าต่ำสุด (*Min*) ค่าสูงสุด (*Max*) ความเบ้ (*Skewness value*) ความโด่ง (*Kurtosis value*) และระดับของความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของผู้ดูแลเด็ก โรคลมชัก (*N* = 70)

ความวิตกกังวล	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max	Skewness value	Kurtosis value	ระดับ
ด้านความวิตกกังวลต่อสถานการณ์	53.19	9.01	34.00	75.00	1.20	- 0.25	ปานกลาง

3. คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ผลการศึกษานี้พบว่า คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลโดยรวม (overall score) อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 60.53, SD = 11.15$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้านจากมากไปน้อยตามลำดับพบว่า คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน คือ ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม (social function health status) ($M = 70.67, SD = 19.44$) ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม (overall QOL) ($M = 62.54, SD = 17.25$) ด้านสุขภาวะทางอารมณ์ (emotional well-being) ($M = 62.51, SD = 13.74$) ด้านพลังกำลังหรือความเหนื่อยล้า (energy, fatigue) ($M = 58.64, SD = 15.06$) ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชัก (seizure worry) ($M = 57.24, SD = 21.33$) ด้านผลจากการใช้ยากันชัก (medication effect) ($M = 54.45, SD = 22.50$) และด้านกระบวนการคิดรู้ (cognitive function) ($M = 53.00, SD = 20.04$) (ตาราง 5)

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ความเบ้ ($Skewness$ value) ความโด่ง ($Kurtosis$ value) และระดับของคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล แบ่งตามรายด้านและโดยรวม ($N = 70$)

คุณภาพชีวิต	M	SD	Min	Max	Skewness value	Kurtosis value	ระดับ
โดยรวม (overall score)	60.53	11.15	38.09	85.27	-0.01	-1.44	ปานกลาง
ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชัก (seizure worry)	57.24	21.33	9.00	100.00	-0.93	-0.97	ปานกลาง
ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม (overall QOL)	62.54	17.25	22.50	95.00	-2.29	-0.61	ปานกลาง
ด้านสุขภาวะทางอารมณ์ (emotional well-being)	62.51	13.74	32.00	88.00	-0.58	-0.66	ปานกลาง

ตาราง 5 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max	Skewness value	Kurtosis value	ระดับ
ด้านพลังกำลัง หรือความ เหนื่อยล้า (energy, fatigue)	58.64	15.06	15.00	90.00	-0.82	0.17	ปานกลาง
ด้านกระบวนการ คิดรู้ (cognitive functioning)	53.00	20.04	3.33	93.33	-1.14	-0.31	ปานกลาง
ด้านผลจากการ ใช้ยากันชัก (medication effects)	54.45	22.50	0.00	100.00	-0.08	-0.93	ปานกลาง
ด้านบทบาท หน้าที่ทางสังคม (social function health status)	70.67	19.44	30.00	100.00	-0.96	-1.27	ปานกลาง

ความสามารถในการทำนายของความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแล และความวิตกกังวลของผู้ดูแล ต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ในการศึกษาหาความสามารถในการทำนายของความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแล และความวิตกกังวลของผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนทุกประการ ดังแสดงในภาคผนวก ง ความวิตกกังวลของผู้ดูแลและความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของ

ผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.29, p = .007$; $r = -.23, p = .028$ ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์ที่ใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายความแปรปรวนของค่าคะแนนทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลคือ ความวิตกกังวลของผู้ดูแลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลได้ร้อยละ 8.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .087, F(1,68) = 6.45, p < .05$) และมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ $-.29$ ($t = -2.54, p < .05$) ส่วนความเหนี่ย้อล้าจากภาวะการดูแลไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลได้ (ตาราง 6)

ตาราง 6

ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ระหว่างความวิตกกังวลของผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล ($N = 70$)

ปัจจัย	B	β	t	p
ความวิตกกังวลของผู้ดูแล	-0.36	-.29	-2.54	.013
	$R^2 = .087$	Adjust $R^2 = .073$	$F(1,68) = 6.45, p = .013$	

การอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยคัดสรรทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็กโรคลมชัก 2) ความเหนี่ย้อล้าจากภาวะการดูแล 3) ความวิตกกังวลของผู้ดูแล 4) คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล และ 5) ความสามารถในการทำนายของความเหนี่ย้อล้าจากภาวะการดูแล และความวิตกกังวลของผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็กโรคลมชัก

การศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 72.9) เนื่องจากพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมไทยยังคงคาดหวังให้เพศหญิงทำหน้าที่ดูแลบุตร (จอม, 2541) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี (ร้อยละ 47.1) นับเป็นช่วงอายุที่เหมาะสมต่อการให้การดูแลบุตร เพราะเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะและมีความรับผิดชอบต่อบทบาทในการดูแลครอบครัวสูง (ศรีเรือน, 2540) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.6) ซึ่งสถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้ถึงโอกาสที่จะให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในครอบครัว และอาจส่งผลให้มีการตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ ภายในครอบครัวได้ดี (อิชยา, 2545) ผู้ดูแลส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 64.3) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของ

ประชากรไทยที่พบว่า ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธถึงร้อยละ 92.6 รองลงมานับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 5.3 (สุวิทย์, 2542) ส่วนระดับการศึกษาผู้ดูแลจบชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 30.0) รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 28.6) จึงสามารถเข้าใจสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดี (นันทรัตน์, 2550) และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 25.7) ทำให้มีรายได้ไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับการค้าขายในแต่ละวัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ 10,001 – 20,000 บาท (ร้อยละ 30.0) เมื่อนำรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมาพิจารณาพร้อมกับภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันที่มีภาวะของราคาน้ำมันในตลาดโลกสูงขึ้น สินค้าอุปโภค บริโภคขึ้นราคา ค่าครองชีพสูงขึ้น จะเห็นว่าผู้ดูแลมีรายได้ค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของเด็กโรคลมชักไม่ส่งผลกระทบต่อการเงินของครอบครัว (ร้อยละ 81.4) เนื่องจากผู้ดูแลใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตร 30 บาท (ร้อยละ 60.0) ส่วนใหญ่ยังมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 47.1) สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 1 – 5 คน (ร้อยละ 81.4) ซึ่งเป็นลักษณะครอบครัวแบบครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 70.0) ผู้ดูแลทั้งหมดไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคลมชักรายอื่น (ร้อยละ 100.0) แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้การดูแลเด็กมานานถึง 3 - 5 ปี (ร้อยละ 40.0) การดูแลบุตรในระยะเวลายาวนาน ทำให้มารดามีทักษะและประสบการณ์ในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้น (เพียงใจ, 2540)

เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านเด็ก เด็กโรคลมชักเป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.9) มากกว่าเพศหญิง ซึ่งเทียบเคียงได้กับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กเพศชาย อยู่ในช่วงร้อยละ 50.4 – 67.4 (Ronen et al., 2003; Malhi & Singhi, 2005; Yong et al., 2006) อายุเมื่อเด็กเริ่มชักและอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคลมชักอยู่ในช่วง 6 - 12 ปี (ร้อยละ 65.7 และร้อยละ 68.6 ตามลำดับ) เทียบเคียงได้กับการศึกษาของยงและคณะ (Yong et al., 2006) ที่พบว่า อายุเมื่อเด็กเริ่มชักคือ 4.8 ± 3.5 ปี จากข้อมูลอายุเมื่อเด็กเริ่มชักอยู่ในช่วงวัยเรียน และน่าจะมีการการดูแลตนเองที่ดี เนื่องจาก ผู้ดูแลเอาใจใส่พาเด็กมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง (ร้อยละ 98.6) รับประทานยาเกินชักรับตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 95.7) และไม่มีปัญหาในการเข้าสังคม จากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเรื่อง ความจำกัดในการเข้าสังคมอยู่ในระดับดี จากข้อมูล น่าจะทำให้จำนวนครั้งในการชักต่อปีลดลง ชัก 1 ครั้งในรอบปีมากที่สุด (ร้อยละ 37.1) ส่วนใหญ่ไม่มีอาการชักใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ 80.0) และเนื่องจากเก็บข้อมูลในเด็กที่ยังมีอาการชักอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมา อายุของกลุ่มตัวอย่างจึงอยู่ในช่วงวัยเรียน 6 – 12 ปี (ร้อยละ 67.1) มากกว่าวัยรุ่น และเรียนอยู่ระดับชั้นประถมศึกษา (ตามวัย) (ร้อยละ 57.1) น่าจะเนื่องจากเด็กวัยรุ่นโรคลมชักที่ยังมีอาการชักอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปีมีจำนวนน้อยกว่า

2. ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแล

ผลการศึกษาพบว่า ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเทียบเคียงจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลเด็กโรคลมชัก แต่พบว่าภาวะการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชักอยู่ที่เส้นขอบ (border line) ระหว่างระดับน้อย – ปานกลาง (Karakis et al., 2014) และเมื่อเทียบเคียงกับความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลในโรคอื่นพบว่า อาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่บาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน (พิทยาภรณ์, 2548) สาเหตุที่ทำให้ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ถึงแม้จะมีปัจจัยส่งเสริมความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลเด็กโรคลมชัก แต่ก็มีปัจจัยยับยั้งหรือตัวช่วยจัดการกับความเหนื่อยล้า ดังนี้

2.1 ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแล คือ ผู้ดูแลมีภาระต้องดูแลเด็กโรคลมชักทุกๆ วัน เด็กโรคลมชักมีวงจรการหลับตื่นที่ผิดปกติ (Chan et al., 2011) ทำให้ผู้ดูแลถูกรบกวนการนอนหลับ รู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า (Larson et al., 2012) อีกทั้งไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคลมชักรายอื่น (ร้อยละ 100.0) และมีบุตรหลานคนอื่นๆ ที่ต้องดูแลด้วย (ร้อยละ 57.1)

2.2 ปัจจัยยับยั้งหรือจัดการกับความเหนื่อยล้า คือ เด็กโรคลมชักซึ่งเป็นวัยรุ่นและวัยรุ่นสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีความพิการหรือความบกพร่องในการดูแลตนเอง ความพิการหรือความบกพร่องของผู้ป่วยมีผลต่อความเหนื่อยล้าในการดูแล โดยระดับความพิการของผู้ป่วยจะเป็นตัวบ่งชี้ลักษณะงานและปริมาณงานของผู้ดูแล (พิทยาภรณ์, 2548) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.6) มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี (ร้อยละ 80.0) ผู้ดูแลจึงช่วยกันดูแลบุตร พี่พวาค้ำค้ำกัน สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นันทรัตน์, 2550) สัมพันธภาพ ความรัก ความเอื้ออาทรที่มีต่อกันในครอบครัวจะนำไปสู่ความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นันทรัตน์, 2550) และผู้ดูแลมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง (ร้อยละ 91.4) ทำให้มีทิศทางด้านร่างกาย เช่น กลไกด้านกายวิภาค ชีวเคมี ยีนส์ การเผาผลาญ ระบบประสาทของกล้ามเนื้อร่างกาย และต่อมไร้ท่อมีกระบวนการทำงานที่ดีตามทฤษฎีของไปเปออร์ ไม่บกพร่องจากภาวะเจ็บป่วย (Piper, 2003) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

ด้านพฤติกรรม (behavioral) อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 4.28$, $SD = 2.43$) ถึงแม้ภาระงานจะหนักจากอาชีพของผู้ดูแล คือ ค้าขาย (ร้อยละ 25.7) รับจ้าง (ร้อยละ 22.8) และเกษตรกร (ร้อยละ 15.7) ทำให้รู้สึกว่าความเหนื่อยล้าทำให้ทุกข์และรุนแรงระดับปานกลาง แต่ผู้ดูแลประสบปัญหาในการเข้าร่วมสังคมและงานอดิเรกน้อย ทำให้มีกำลังใจในการดูแลเด็กคือ อธิบายจากคะแนนเฉลี่ยรายข้อ

คือ ความรู้สึกเหนื่อยล้าที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางมี 3 ข้อ คือ ข้อที่ 2 ครอบคลุมความสามารถในการทำงาน ข้อที่ 6 มีความรุนแรง และข้อที่ 1 ความเหนื่อยล้าทุกข์ทรมานและรายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อยมี 2 ข้อคือ ข้อที่ 3 ครอบคลุมการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง และข้อที่ 5 ครอบคลุมความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่สร้างความเพลิดเพลิน (ตาราง 9 ภาคผนวก จ) จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยรวมของด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง จากการพูดคุยกับผู้ดูแลเพิ่มเติม พบปัญหาในผู้ดูแลร้อยละ 5.7 ที่ครอบครัวมีสมาชิก 2 คน คือ ผู้ดูแลและเด็กโรคลมชัก โดยผู้ดูแลมีสีหน้าอึดโรย และบอกว่า นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตหลังจากเด็กเป็นโรคลมชัก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาได้แก่ ผู้ดูแลถูกรบกวนการนอนหลับเนื่องจากการนอนหลับผิดปกติของเด็กโรคลมชัก (Larson et al., 2012) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต (ปฐิตา, ชื่นฤดี, และอัจฉริยา, 2554)

ด้านอารมณ์ (affective meaning) อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 5.61, SD = 2.63$) ถึงแม้ภาระหน้าที่การทำงานจะหนักจากอาชีพของผู้ดูแล และต้องมีภาระการดูแลเด็กในทุกๆ วัน แต่เนื่องจากสภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.6) ครอบครัวมีความรักใคร่กัน ครอบครัว โดยเฉพาะเด็กโรคลมชัก ทำให้คะแนนเฉลี่ยรายข้อทุกข้อของด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 9 ภาคผนวก จ) จากรายข้อผู้ดูแลยอมรับความรู้สึกเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลในระดับปานกลาง ไม่รับรู้ว่าเป็นอันตรายหรือเป็นโทษต่อผู้ดูแลมาก เนื่องจากวัฒนธรรมไทย มีการช่วยเหลือเกื้อกูล มีความจริงใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีความยึดหยุ่น เห็นอกเห็นใจกัน มีสติที่จะกระทำด้วยความรู้สึกถึงความสุขของครอบครัวเป็นหลัก (ประสพและคณะ, 2554) ซึ่งจะแตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเนื่องจากความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม เช่น ผู้ดูแลมักจะอารมณ์แปรปรวนและขัดแย้งกันในครอบครัว (Anjum et al., 2010) ทำให้ถูกครอบงำจากอารมณ์และเกิดความรู้สึกในแง่ลบในชีวิตและกลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลเด็ก รวมถึงเพิ่มความเครียดให้กับผู้ดูแลและเด็ก (Lua et al., 2015) ความเครียดในครอบครัวส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ดูแลและอคติต่อความเหนื่อยล้า

ด้านความรู้สึก (sensory) อยู่ในระดับเล็กน้อย ($M = 3.88, SD = 2.40$) จากคะแนนเฉลี่ยรายข้อ (ตาราง 9 ภาคผนวก จ) ข้อที่ 12, 13, 16 ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ตนเองแข็งแรง ตื่นตัวและกระฉับกระเฉง สอดคล้องกับข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้ดูแลสุขภาพแข็งแรง (ร้อยละ 91.4) มีการช่วยกันดูแลเด็กและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี (ร้อยละ 80.0) ส่วนข้อที่ 14 ความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความมีชีวิตชีวา – เชื่องซึมและข้อที่ 15 ความสดชื่น – เหนื่อยหน่ายมีเท่าๆ กัน โดยผู้ดูแลบอกว่า มีบ้างที่นอนหลับพักผ่อนน้อยเนื่องจากปัจจัยหลายๆ อย่าง เช่น ภาระงาน ความเจ็บป่วยของบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว ทำให้ความมีชีวิตชีวาและสดชื่นลดลง แต่ไม่มีปัญหาการบริหารจัดการในครอบครัว ถึงแม้จะมีบุตรหลานคนอื่นๆ ที่ต้องดูแล (ร้อยละ 57.1) โดยพี่น้องจะเข้าใจความเจ็บป่วยของเด็ก

โรคลมชักและไม่ก่ดคันผู้ดูแล สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยที่ว่า เด็กควรเคารพผู้ใหญ่ตามวัยวุฒิ มีความกตัญญูเป็น ไช้ทอง และผู้ใหญ่มักจะแสดงความรักต่อเด็ก เช่น การกอด อีกทั้งความรัก ความเมตตา และมีน้ำใจเป็นคุณลักษณะนิสัยของคนไทย (ประสพและคณะ, 2554) ซึ่งจะแตกต่างจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา เนื่องจากความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม เช่น ผู้ดูแลต้องเผชิญ ปัญหากับการบริหารจัดการดูแลเด็กโรคลมชักและพี่น้องคนอื่นๆ และรู้สึกเหนื่อยมากที่ต้องรับ สถานการณ์เช่นนี้ (Lua et al., 2015)

ด้านสติปัญญา (cognitive) อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 4.06, SD = 1.92$) สอดคล้องกับ งานวิจัยของพิทยาภรณ์ (2548) ซึ่งพบว่าความเหนื่อยล้าด้านสติปัญญาอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความใจเย็น – ใจร้อน ความผ่อนคลาย – ตึงเครียด ความร่าเริง – ซึมเศร้า และความมีสมาธิ – ไม่มีสมาธิ มีเท่าๆ กัน แต่ความจำและความปลอดภัยของสมองอยู่ใน ระดับเล็กน้อย ซึ่งพิทยาภรณ์ (2548) พบว่า ผู้ดูแลที่มีปัญหาเรื่องหลงลืมร้อยละ 2.8 และคิดอะไร ไม่ออก มีร้อยละ 2.3 ซึ่งเป็นส่วนน้อยเช่นกัน

3. ความวิตกกังวลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์อยู่ในระดับปานกลาง เทียบเคียง กับงานวิจัยที่ผ่านมา คือ ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ดูแลที่มีบุตรปกติอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศจีน ($p < .00$) (Lv et al., 2009) และประเทศตุรกี (Akay et al., 2011) สาเหตุที่ทำให้ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ถึงแม้จะมีปัจจัยส่งเสริมความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เด็กโรคลมชักของผู้ดูแล แต่ก็มี ปัจจัยยับยั้งหรือตัวช่วยจัดการกับความวิตกกังวล ดังนี้

3.1 ปัจจัยส่งเสริมความวิตกกังวลของผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลมีความวิตก กังวลเนื่องจากไม่ทราบว่าเด็กโรคลมชักจะเกิดอาการชักขึ้นอีกเมื่อไหร่ และวิตกกังวลว่าเด็กจะตาย ขณะชัก (ร้อยละ 27.1) จากการพูดคุยเพิ่มเติมกับผู้ดูแล พบว่า บิดา มารดาหรือผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก (ร้อยละ 80.0) เกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างมากเกี่ยวกับอาการชักและยากันชัก เนื่องจากผลการ เรียนของเด็กตกต่ำลง วิตกกังวลว่าอาการชักหรือยากันชักจะทำให้เด็กสูญเสียความฉลาดและเป็น ก้อนเนื้อในสมอง สอดคล้องกับคะแนนเฉลี่ยรายข้อ (ภาคผนวก จ ตาราง 11) คือ ข้อที่ 7 ฉันรู้สึก กังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ($M = 2.72, SD = 0.86$) ผู้ดูแลร้อยละ 5.7 ที่ครอบครัวมีสมาชิก 2 คนคือ ผู้ดูแลและเด็กโรคลมชัก รู้สึกว่าตนเองนั้นถูกจำกัดอิสระภาพจากสิ่งที่ตนเองเคยสนใจและ การพบปะเพื่อนฝูง ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่เด็กมีอาการชักอย่างน้อย 1 ครั้งใน 3 เดือน (ร้อยละ 27.1) จะมีความวิตกกังวลอย่างมากเนื่องจากไม่ทราบว่าเด็กจะเกิดอาการชักขึ้นอีกเมื่อไหร่ วิตกกังวลว่า เด็กจะตายเมื่อเกิดอาการชักขึ้นอีก ทั้งหมดนี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาได้แก่

ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชักและชักกันจะทำให้เด็กสูญเสียความฉลาดและเป็นก้อนเนื้อในสมอง วิตกกังวลว่าเด็กจะตายเมื่อเกิดอาการชักขึ้น (William et al., 2003; Yong et al., 2006) ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักถูกจำกัดบทบาท (role restriction) ทำให้ถูกจำกัดอิสระภาพ สิ่งที่ตนเองสนใจ และการพบปะเพื่อนฝูง เด็กโรคลมชักที่ควบคุมอาการชักได้ยากจะมีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ ความใส่ใจ และการคิดรู้ (Lv et al., 2009; Wirrell et al., 2008) วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชักเนื่องจากไม่สามารถทราบได้ว่า เด็กจะเกิดอาการชักขึ้นเมื่อไหร่ (Luv et al., 2015)

3.2 ปัจจัยยับยั้งหรือจัดการกับความวิตกกังวลของผู้ดูแล คือ ประสิทธิภาพการดูแลเด็กโรคลมชัก ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กอย่างน้อย 1 ปี (ร้อยละ 92.9) มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคลมชักมา 3 - 5 ปี (ร้อยละ 40.0) ทำให้มีข้อมูล ความรู้ การปรับตัว และมีความวิตกกังวลไม่อยู่ในระดับมาก อธิบายจากรายข้อ (ภาคผนวก จ ตาราง 10) คือ ผู้ดูแลตอบมีบ้างในข้อคำถามเชิงลบ ข้อที่ 6 ฉันรู้สึกหงุดหงิด (ร้อยละ 57.1) และข้อที่ 12 ฉันรู้สึกตื่นตื้นง่าย (ร้อยละ 62.8) แต่ผู้ดูแลตอบมีบ้างในข้อคำถามเชิงบวก คือ ข้อที่ 16 ฉันรู้สึกพึงพอใจ (ร้อยละ 47.1) และข้อที่ 10 ฉันรู้สึกสะดวกสบาย (ร้อยละ 57.1) เนื่องจากผู้ดูแลเด็กโรคลมชักเริ่มปรับตัวได้ทำให้มีอาการหงุดหงิด ตื่นตื้นลดลง แต่ยังคงไม่พึงพอใจที่เด็กเป็นโรคลมชัก ไม่รู้สึกสะดวกสบาย รบกวนการพักผ่อน (ข้อ 8 ฉันรู้สึกว่าได้พักผ่อน มีบ้างร้อยละ 54.3) และความรู้สึกแจ่มใส (ข้อที่ 20 ฉันรู้สึกแจ่มใส มีบ้างร้อยละ 48.5) สอดคล้องกับทฤษฎีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของสปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, 1973) โดยเป็นความรู้สึกวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ โดยเกิดการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง มีการหลั่งฮอว์โมน และสารเคมีโคลามีน ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง โดยคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (ภาคผนวก จ ตาราง 11) เช่น ข้อ 12 ฉันรู้สึกตื่นตื้นง่าย ($M=2.23, SD=0.64$) ข้อ 18 ฉันรู้สึกตื่นตระหนก ($M=2.24, SD=0.67$) จะน้อยกว่าข้อคำถามที่เป็นความวิตกกังวลต่อจิตใจ เช่น ข้อ 16 ฉันรู้สึกพึงพอใจ ($M=3.09, SD=0.81$) ข้อ 10 ฉันรู้สึกสะดวกสบาย ($M=3.05, SD=0.65$) และข้อ 19 ฉันรู้สึกร่าเริงเบิกบาน ($M=2.90, SD=0.75$) เนื่องจากผู้ดูแลปรับตัว

4. คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

คุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=60.53, SD=11.15$) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาได้แก่ คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอยู่ในระดับปานกลางตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศอินเดีย (Aggarwal et al., 2011) และโปแลนด์ (Felsmann, Futyma, Felsmann, Humanska, & Haor, 2012) สาเหตุที่ทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ถึงแม้จะมีปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลลดลงแต่ก็มีปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ดังนี้

4.1 ปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลลดลง คือ 1) ความวิตกกังวลของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง 2) การรับประทานยากันชักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก โดยเฉพาะด้านร่างกายและด้านจิตใจ เช่น จากรายช้อ (ภาคผนวก จ ตาราง 13) ข้อที่ 10 ฉันรับรู้ว่าเด็กเหนื่อยอยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่ 29 ผลทางร่างกายของยากันชัก เช่น ทำให้เกิดอาการวิงเวียน ง่วงนอน ปวดท้อง อยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่ 24 กังวลมากกว่ายากันชักจะมีผลไม่ดีเมื่อทานไปนานๆ อยู่ในระดับต่ำ ข้อที่ 15 ปัญหาเรื่องความจำ และข้อที่ 18 ปัญหาเรื่องสมาธิอยู่ในระดับต่ำ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับประทานยากันชักที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตมีงานวิจัยที่สนับสนุนคือ ผลข้างเคียงจากการรับประทานยากันชักทำให้ขาดพลังและหมดแรง เนื่องจากการออกฤทธิ์ของยากันชักมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการหลั่งของสารสื่อประสาทเพื่อยับยั้งอาการชักทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าแบบเซ็นทรัล (Lavidor, Weller, & Babkoff, 2002; Siniscalchi et al., 2013) การรับประทานยากันชักทำให้เด็กโรคลมชักเกิดความเหนื่อยล้าส่งผลต่อความจำและสมาธิในการเรียน (Elliott et al., 2005) การรับประทานยากันชักส่งผลต่อวงจรการนอนหลับเป็นสาเหตุให้ง่วงนอนง่ายผิดปกติ (Xu, Brandenburg, McDermott, & Bazil อ้างตาม พงุจิต, 2552) ทำให้ความสามารถในการเรียนลดลง มีความยากลำบากในการคิดวิเคราะห์ ซึ่งส่งผลต่อกิจกรรมในช่วงกลางวันและกระทบกับคุณภาพชีวิต (พงุจิต, 2552) 3) ความถี่ของอาการชัก เด็กโรคลมชักมีอาการชักมากกว่า 4 ครั้งต่อปี (ร้อยละ 27.1) ความถี่ของอาการชักมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศอินเดีย ($p < .05$ ไม่ได้รายงานค่า r) และประเทศจีน ($r = -.32, p < .00$) (Yong et al., 2006) 4) ระยะเวลาในการรักษาโรคลมชัก จากข้อมูลอายุเมื่อเด็กเริ่มชักและอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ($M = 7.30, SD = 3.39$ และ $M = 7.34, SD = 3.38$ ตามลำดับ) แสดงว่าเด็กโรคลมชักมารับการรักษาหลังจากเกิดอาการชักขึ้นไม่นาน ซึ่งเด็กเป็นโรคลมชักมานานกว่า 1 ปี (ร้อยละ 92.9) และ 3 – 5 ปี (ร้อยละ 38.6) ระยะเวลาในการรักษาโรคลมชักมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศอินเดีย (Malhi & Singhi, 2005)

4.2 ปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น คือ 1) เด็กโรคลมชักสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ร้อยละ 100) ไม่มีความพิการหรือบกพร่อง ความพิการทางสมอง ความรุนแรงของโรคที่ปรากฏร่วมกับโรคลมชักสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศสหรัฐอเมริกา ($R^2 = .39, p < .01$ ไม่ได้รายงานค่า β) (Williams et al., 2003) 2) เด็กมีกำลังใจจากครอบครัวที่ดี บิดา มารดามีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.6) มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี (ร้อยละ 80.0) สัมพันธภาพ ความรัก ความเอื้ออาทรที่มีต่อกันในครอบครัวจะนำไปสู่ความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว (นันทรัตน์, 2550) 3) เด็กมีกำลังใจจากเพื่อนที่ดี ไม่เกิดตราบาปหรืออคติทาง

สังคม จากรายด้าน ด้านบทบาททางสังคมอยู่ในระดับปานกลางแต่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ และรายชื่อเรื่อง ความจำกัดในการเข้าสังคมอยู่ในระดับดี การรับรู้เกี่ยวกับตราบาปที่เพิ่มขึ้นของเด็กโรคลมชักมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกอกตित่อโรคลมชัก ($r = .19, p < .00$) และสัมพันธ์กับอัตราโน้ตที่ลดลงของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของเด็กโรคลมชักในประเทศตุรกี ($r = -.18, p < .00$) (Hirfanoglu et al., 2009) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชัก (seizure worry) อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 57.24, SD = 21.33$) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาได้แก่ คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชักอยู่ในระดับปานกลางตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศอินเดีย (Aggarwal et al., 2011) โรคลมชักเป็นโรคที่เกิดอาการชักขึ้นโดยไม่มีปัจจัยใดๆ มากระตุ้น (WHO, 2012) เมื่อเด็กเกิดอาการชักขึ้นจะสูญเสียการควบคุม (Elliot et al., 2005; Moffat et al., 2009) ซึ่งทำให้เด็กมีความมีคุณค่าในตัวเองลดลง (Williams et al., 2003, Yong et al., 2008) จากทฤษฎีของฟรอยด์ (Freud, 1964) ในเรื่องกลไกการป้องกันตัวเอง เมื่อเกิดความต้องการตามพลังงานที่ติดตัวมาแต่กำเนิด (id) คือ ความไม่ยอมเกิดอาการชักเพราะจะสูญเสียการควบคุม อีโก้ (ego) คือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ไม่เพียงพอทำให้เด็กโรคลมชักวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชัก หรือซูเปอร์อีโก้ (superego) คือ ความคิดในส่วนคุณธรรมกับอีโก้ไม่สมดุลทำให้เด็กเกิดความวิตกกังวลได้เช่นกัน เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่พอ (ego) ถูกปลุกฝังว่าต้องเชื่อผู้ดูแล (superego) ไม่อยากชักแต่ไม่ยอมเชื่อผู้ดูแล (id) สอดคล้องกับคะแนนเฉลี่ยรายชื่อ (ภาคผนวก จ ตาราง 13) คือ ข้อ 25 อาการชักมีผลกระทบต่อเด็กระดับปานกลาง ข้อ 21 เด็กกลัวว่าจะมีอาการชักในเดือนหน้าระดับปานกลางและข้อ 11 เด็กวิตกกังวลว่าจะมีอาการชักอีกระดับปานกลาง แต่เนื่องจากเด็กมีกำลังใจจากบิดา มารดาและเพื่อนที่ดีสอดคล้องกับคะแนนเฉลี่ยรายชื่อในครั้งนี้คือ ข้อ 28 ความจำกัดในการเข้าสังคมอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตในด้านนี้จึงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจะแตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา เช่น ความรู้สึกรู้ว่าเป็นปัญหาทางสังคม (social problems) (Freilinger et al., 2006; Wirrell et al., 2005) เนื่องจากวัฒนธรรมที่ต่างกัน

ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม (overall QOL) อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 56.86, SD = 27.06$) สอดคล้องกับงานวิจัยของอากราวาลและคณะ (Aggarwal et al., 2011) และแนคคานีและคณะ (Nadkarni et al., 2011) ซึ่งพบว่าด้านคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยคะแนนเฉลี่ยรายชื่อ ข้อที่ 1 คุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กในขณะนี้อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 56.86, SD = 27.06$) สาเหตุที่ด้านนี้อยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องจากสาเหตุจากการรับประทานยากันชักดังที่ได้อธิบายในคุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้าน และข้อที่ 14 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาฉันรับรู้ว่า

ภาพรวมของชีวิตเด็กเป็นอย่างไร ($Md = 75.00$, $SD = 3.13$) ซึ่งคะแนนค่อนข้างดีอาจเนื่องจากเด็กโรคลมชักมีปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ กำลังใจจากครอบครัวและจากเพื่อนที่ดี และไม่มีอาการชักใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ 80.0)

ด้านสุขภาพทางอารมณ์ (emotional well - being) อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 62.51$, $SD = 13.74$) สอดคล้องกับงานวิจัยของเฟลส์แมนและคณะ (Felsmann et al., 2012) ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลางเช่นกันตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศโปแลนด์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เด็กโรคลมชักจะมีอาการหงุดหงิด โกรธ วิดกกังวล และซึมเศร้า เนื่องจากสูญเสียการควบคุมจากอาการชัก (Elliott et al., 2005) เทียบเคียงกับคะแนนเฉลี่ยรายข้อ (ภาคผนวก จ ตาราง 13) คือ ข้อที่ 3 ฉันรู้ว่าเด็กมีความวิตกกังวลสูง ($M = 54.57$, $SD = 26.79$) ข้อที่ 5 ฉันรู้ว่าเด็กมีความสุขและสงบ ($Md = 60.00$, $QD = 10.00$) ข้อที่ 9 ฉันรู้ว่าเด็กเป็นคนที่มีความสุขดี ($M = 61.71$, $SD = 19.48$) แต่เนื่องจากวัฒนธรรมไทยที่อยู่ด้วยกันแบบพึ่งพาอาศัยกันมากกว่าบางวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นในการเอาตัวรอด ทำให้คะแนนเฉลี่ยข้อที่ 7 ฉันรู้ว่าเด็กเศร้า หดหู่ ท้อแท้ ท้อใจ ($M = 65.14$, $SD = 23.27$) และข้อที่ 9 ฉันรู้ว่าเด็กเศร้าลงอย่างกะทันหันและไม่มีอะไรที่จะทำให้เด็กมีกำลังใจดีขึ้น ($M = 70.57$, $SD = 26.09$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดหมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีใน 2 ข้อนี้ ทำให้คุณภาพชีวิตในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านพลังกำลังหรือความเหนื่อยล้า (energy, fatigue) อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 58.64$, $SD = 15.06$) สอดคล้องกับงานวิจัยของแอกกราวัลและคณะ (Aggarwal et al., 2011) และ เฟลส์แมนและคณะ (Felsmann et al., 2012) ซึ่งพบว่าด้านพลังกำลังหรือความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน สาเหตุที่ด้านนี้อยู่ในระดับปานกลางน่าจะมาจากความถี่ในการชัก ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลพบว่า จำนวนครั้งในการชักต่อปี 1 ครั้ง (ร้อยละ 37.1) และมากกว่า 4 ครั้ง (ร้อยละ 27.1) ($Md = 2.85$, $QD = 3.00$, $Min = 1$ ครั้ง, $Max = 30$ ครั้ง) สรุปได้ว่า เด็กที่มีอาการชักนานๆ ครั้ง กับเด็กที่มีอาการชักบ่อยหรือควบคุมอาการชักไม่ได้ (มากกว่า 1 ครั้งใน 3 เดือน) มีจำนวนต่างกันไม่มาก อาการชักที่เกิดขึ้นบ่อย หรือเกิดอาการชักอีกครั้งในระยะเวลาอันสั้นมีผลทางลบต่อการทำกิจกรรมทางกาย (Aggarwal et al., 2011) โดยอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทำให้เด็กเป็นทุกข์ ทำกิจกรรมร่วมกับสังคมลำบาก (Elliott et al., 2005) ทำให้คะแนนเฉลี่ยรายข้อ (ภาคผนวก จ ตาราง 13) ทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง และเนื่องจากเด็กโรคลมชักส่วนใหญ่ไม่มีอาการชักใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ 80.0) ทำให้คะแนนเฉลี่ยข้อที่ 6 เด็กมีพลังในการทำสิ่งต่างๆ ($M = 61.71$, $SD = 20.07$) สูงที่สุด

ด้านกระบวนการคิดรู้ (cognitive functioning) อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 53.00$, $SD = 20.04$) แต่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำถึง 3 ข้อ (ภาคผนวก จ ตาราง 13) คือ ข้อที่ 15 ใน 1 เดือนที่ผ่านมาฉันรู้ว่าเด็กมีปัญหาเรื่องความจำ ($M = 49.00$,

$SD = 32.58$) ข้อที่ 17 ค้นพบว่าเด็กมีปัญหาเรื่องสมาธิในการอ่าน ($M = 46.00, SD = 27.53$) และข้อที่ 18 ค้นพบว่าเด็กมีปัญหาเรื่องสมาธิในการทำอะไรต่างๆ ($M = 47.71, SD = 26.44$) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการชักและยากันชักทำให้เด็กเกิดความเหนื่อยล้าและส่งผลกระทบต่อความจำ ความตั้งใจทำสิ่งต่างๆ (Elliott et al., 2005) สาเหตุที่ผู้ดูแลรู้ว่าเด็กมีปัญหาความจำและสมาธิ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลบอกว่า เด็กโรคลมชักมีผลการเรียนตกต่ำลง (ร้อยละ 80.0) และผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในเรื่องนี้มาก สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมคือ ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชักและยากันชักจะทำให้เด็กสูญเสียความฉลาดและเป็นก้อนเนื้อในสมอง (William et al., 2003; Yong et al., 2006) แต่เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยแวดล้อม คือ ข้อที่ 16 มีคนบอกว่าฉันมีปัญหาเรื่องความจำ ($M = 63.71, SD = 29.74$) ข้อที่ 26 ความบกพร่องเรื่องความจำเช่น หลงๆ ลืมๆ ($M = 59.29, SD = 28.29$) และข้อที่ 12 ความยากลำบากในการหาเหตุผลหรือแก้ปัญหาต่างๆ (เช่น การวางแผน การตัดสินใจ การเรียนรู้ใหม่ๆ) ($M = 52.29, SD = 23.41$) พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 10 คะแนนถึง 2 ข้อ ทำให้ภาพรวมของด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง และเด็กอาจจะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำและสมาธิในระดับต่ำ เนื่องจากเด็กไม่มีภาวะบกพร่องทางสมอง เทียบเคียงได้กับงานวิจัยของเฟลล์แมนน์และคณะ (Felsmann et al., 2012) ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยในเรื่องความตั้งใจจดจ่อ ($M = 64.07$) ความจำ ($M = 58.53$) และความสามารถในการวางแผนหรือการแก้ไขปัญหาต่างๆ ($M = 59.11$) อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านผลจากการใช้ยากันชัก (medication effect) อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 54.45, SD = 22.50$) สาเหตุที่ด้านนี้อยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากคะแนนเฉลี่ยรายข้อ (ภาคผนวก จ ตาราง 13) มีข้อที่อยู่ในระดับต่ำ 1 ข้อคือ ข้อที่ 24 ค้นพบว่าเด็กกังวลว่ายากันชักที่ทานจะมีผลไม่ดีเมื่อทานไปนานๆ ($M = 40.50, SD = 37.25$) นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในด้านนี้คือ ข้อที่ 29 ผลทางร่างกายของยากันชัก เช่น ทำให้เกิดอาการวิงเวียน ง่วงนอน ปวดท้อง เป็นต้น ($M = 69.29, SD = 30.15$) ซึ่งจากภาคผนวก จ ตาราง 12 พบว่าผู้ดูแลตอบว่าไม่รบกวนมากที่สุด (ร้อยละ 38.6) แสดงว่าเด็กโรคลมชักส่วนใหญ่มีผลข้างเคียงทางกายพอควร แต่มีผลทางจิตใจมากกว่า คือ ข้อที่ 24 มีความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยากันชักไปนานๆ ($M = 40.50, SD = 37.25$) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ และข้อที่ 30 ผลทางจิตใจของยากันชัก เช่น วิตกกังวลว่าจะมีอาการข้างเคียงจากยาที่กิน เป็นต้น ($M = 53.56, SD = 32.77$) ซึ่งผู้ดูแลส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 2.9) บอกว่าหยุดการให้ยากันชักและยอมให้เด็กเกิดอาการชัก เนื่องจากวิตกกังวลว่าเด็กจะสูญเสียความฉลาดจากการรับประทานยากันชัก สอดคล้องกับงานวิจัยของวิลเลียมและคณะและยงและคณะ (William et al., 2003; Yong et al., 2006) ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับยากันชักจะทำให้เด็กสูญเสียความฉลาดและเป็นก้อนเนื้อในสมอง

ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม (social function health status) อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 70.67$, $SD = 19.44$) แต่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ โดยผู้ดูแลทั้งหมดบอกว่า โรคนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้จึงไม่มีปัญหาเรื่องอคติหรือตราบาปทางสังคม เมื่อเทียบเคียงกับงานวิจัยอื่นๆ พบว่า ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะหัวข้ออคติหรือตราบาปทางสังคม ($M = 83.82$) ซึ่งผู้ดูแลบอกว่า โรคลมชักที่เด็กเป็นไม่มีปัญหาในการเข้าสังคม (Felsmann et al., 2012) แต่จาโคบีและออสติน (Jacoby & Austin, 2007) พบว่า เด็กโรคลมชักมักประสบกับประสบการณ์ที่ไม่ดีและเกิดตราบาปขึ้นทางสังคมซึ่งพบได้ทั้ง 3 ระดับคือ เกิดขึ้นภายในตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระหว่างองค์กรหรือสังคมที่เป็นอยู่ เด็กเกิดความอายและเกิดปมด้อยคิดว่าตัวเองไม่เหมือนเพื่อนและแยกตัว (Elliott et al., 2005) สาเหตุที่ทำให้ด้านนี้อยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องจากข้อที่ 27 (ภาคผนวก จ ตาราง 13) ความจำกัดในการทำงานเช่น ทำงานอะไรไม่ค่อยได้ มีคะแนนต่ำสุด ($M = 62.14$, $SD = 30.02$) เด็กที่เป็นโรคลมชักจะส่งผลกระทบต่อสมองโดยตรงทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงจากเมื่อไม่เป็นโรค แต่ข้อที่ 28 ความจำกัดทางการเข้าสังคมมีคะแนนสูงสุด อยู่ในระดับดี ($M = 77.14$, $SD = 23.60$) เด็กไม่อาจหากจะต้องชักต่อหน้าเพื่อน เมื่อนำคะแนนในด้านนี้มาเฉลี่ยรวมกันจึงทำให้อยู่ในระดับปานกลาง

5. ความสามารถในการทำนายความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล และความวิตกกังวลของผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลได้ร้อยละ 8.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เช่น วิตกกังวลเกี่ยวกับยากันชักและอาการชักว่ามีผลต่อความฉลาดและก้อนเนื้อในสมอง วิตกกังวลว่าเด็กจะตายเมื่อเกิดอาการชักขึ้น (William et al., 2003; Yong et al., 2006) ซึ่งส่งผลมาถึงเด็กโรคลมชัก ทำให้เด็กมีอาการวิตกกังวล หงุดหงิด โกรธ อารมณ์แปรปรวน เอาแต่ใจตัวเอง (Clary, Vander Wal, & Titus, 2010) โดยส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักลดลง แต่เนื่องจากวัฒนธรรมไทย มีการช่วยเหลือเกื้อกูล มีความจริงใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีความยึดหยุ่น เห็นอกเห็นใจกัน มีสติที่จะกระทำด้วยความรู้สึกถึงความเป็นสุขของครอบครัวเป็นหลัก (ประสพและคณะ, 2554) เช่น ช่วยกันดูแลเด็กโรคลมชักในครอบครัว ทำให้เด็กโรคลมชักมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นกับตัวแปรตามอยู่ในระดับต่ำ เมื่อมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ จึงทำนายได้เพียงร้อยละ 8.7 ส่วนความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามทางร่างกายและจิตใจจนเหนื่อย เช่น ต้องปฐมพยาบาลเด็กโรคลมชักหรือนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากกังวลว่าเด็กโรคลมชักจะเกิดอาการชักขึ้น (Fritchi & Quinn, 2010) ทำให้ร่างกายไม่สามารถคงความสมดุลของ

การสร้างและการใช้พลังงานไว้ได้ เกิดความรู้สึกอ่อนเพลียจนส่งผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล (Hernandez-Ronquillo, Moien-Afshari, Knox, Britz, & Tellez-Zenteno, 2011) แต่เนื่องจากผู้ดูแลมีสุขภาพแข็งแรง (ร้อยละ 91.4) ทำให้ความเหนื่อยล้าจากการดูแลสามารถหายได้ตามปกติเมื่อพักผ่อน ซึ่งผู้ดูแลไม่เกิดอาการเหนื่อยล้าตลอดเวลาเหมือนกับความวิตกกังวล (เหนื่อยล้าเฉพาะบางเวลา) ทำให้ความเหนื่อยล้าจากการดูแลไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ นอกจากนี้ น่าจะมีปัจจัยตัวอื่นๆ ที่ไม่ได้ศึกษาที่น่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล เช่น การดูแล ซึ่งพบว่า การดูแลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา ($p < .02$) (Karakis, Tsiakiri, & Piperidou, 2014) พัฒนาการด้านจิตใจ (คือ ปัญหาความวิตกกังวล ซึมเศร้า อึดมโนทัศน์ในตนเองต่ำ ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาการเรียน) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศจีน ($r = .14, p < .05$) (Yong et al., 2006) เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมา ไม่พบว่ามีการวิจัยที่ศึกษาปัจจัยทำนายทั้ง 2 ตัวดังกล่าวร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก แต่มีการวิจัยทำนายปัจจัยเพียงตัวเดียว ซึ่งพบว่า มีอำนาจการทำนายสูงกว่าในการวิจัยครั้งนี้ กล่าวคือ ความวิตกกังวลของมารดาสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศสหรัฐอเมริกา ($R^2 = .50, p < .01$ ไม่ได้รายงานค่า β) (Williams et al., 2003) และในประเทศจีน ($R^2 = .24, p < .05; F = 18.1, p = .00$ ไม่ได้รายงานค่า β) (Yong et al., 2006; Yong et al., 2008)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาเด็กโรคลมชักที่มีอายุ 6 - 17 ปี มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรกระบบประสาทเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็กโรคลมชัก 2) ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแล 3) ความวิตกกังวลของผู้ดูแลและ 4) คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณหาความสามารถในการทำนายของความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแล และความวิตกกังวลของผู้ดูแลที่มีต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

สรุปผลการวิจัย

ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

1. ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแล

คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลเด็กโรคลมชักโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 4.43, SD = 2.02$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้านเรียงตามลำดับจากมากไปน้อยพบว่า ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลางมี 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ (affective meaning) ($M = 5.61, SD = 2.63$) ด้านพฤติกรรม (behavioral) ($M = 4.28, SD = 2.43$) และด้านสติปัญญา (cognitive) ($M = 4.06, SD = 1.92$) ส่วนด้านความรู้สึก (sensory) อยู่ในระดับเล็กน้อย ($M = 3.88, SD = 2.40$)

2. ความวิตกกังวลของผู้ดูแล

คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 53.19, SD = 9.01$)

3. คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลโดยรวม (overall score) อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 60.53$, $SD = 11.15$) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม (social function health status) ($M = 70.67$, $SD = 19.44$) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านกระบวนการคิดรู้ (cognitive functioning) ($M = 53.00$, $SD = 20.04$)

ความสามารถในการทำนายของความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล และความวิตกกังวลของผู้ดูแล ต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลได้ร้อยละ 8.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .087$, $F(1,68) = 6.45$, $p < .05$) และมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ $-.29$ ($t = -2.54$, $p < .05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. นำผลวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางให้แก่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การดูแลผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในเรื่องความวิตกกังวลของผู้ดูแล เช่น แนวทางในการดูแลผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชักและยากันชัก

2. นำผลวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางให้แก่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การดูแลเด็กโรคลมชักที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กให้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะในด้านกระบวนการคิดรู้และผลจากการใช้ยากันชัก เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มแสดงความรู้สึกระหว่างผู้ดูแลและเด็กโรคลมชัก โดยใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นพื้นฐาน

ด้านการวิจัย

1. ทำวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการหาแนวทางลดความวิตกกังวลในผู้ดูแล หรือการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก

2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักเพิ่มเติม เช่น ภาวะการดูแล ภาวะซึมเศร้า อึดอัดในตนเองต่ำในเด็กโรคลมชัก ทั้งนี้เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ให้กว้างขวาง เพิ่มขึ้นต่อไป

3. เพิ่มการศึกษาในกลุ่มอื่นๆ เช่น ในกลุ่มเด็กโรคลมชักที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ กลุ่มเด็กโรคลมชักที่ควบคุมอาการชักได้ยาก เป็นต้น เพื่อสามารถพัฒนาแนวปฏิบัติ/รูปแบบการดูแล/โปรแกรม ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลและเด็กโรคลมชักมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- คัชรินทร์ ภูนิคม, นันทพรรณ ชัยนิรันดร์, ณรงค์ เอื้อวิชาแพทย์, วรินทร์ พุทธรักษ์, ศิริพร เทียมเก่า, ศิริลักษณ์ ใจเชื้อ,... อัจฉราวรรณ โศภางาม. (2555). *แนวทางการรักษาโรคลมชัก: สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและทีมสหสาขา*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- จอม สุวรรณ โณ. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาล*, 47(3), 147-157.
- จิราภรณ์ บุตรทอง. (2551). *ผลของโปรแกรมการจัดการความเหนื่อยล้าร่วมกับโยคะต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์. (2549). *เภสัชจลนศาสตร์ของประชากรและการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาเฟนิโทอิน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร, เกศรา แสนงาม, เสาวนีย์ สารดิษฐ์, และภาวนา อำนวยตระกูล. (2550). *ผลของการให้ข้อมูลประกอบภาพการ์ตูน และการสร้างสถานการณ์จำลองต่อความวิตกกังวลของเด็กวัยเรียนจากการเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ*. เอกสารต้นฉบับไม่ได้ตีพิมพ์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ธวัชชัย วรพงศธร. (2532). *ข้อพิจารณาการใช้สถิติการถดถอยพหุสำหรับงานวิจัย*. *วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์*, 3(2), 55-62.
- นาคยา พิงสว่าง. (2545). *ผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านการ์ตูนตัวแบบต่อระดับความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- นิภา อัยยสานนท์. (2552). *การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยการฟอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้องอย่างถาวร*. (สารนิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศิลปากร). ค้นจาก http://www.thapra.lib.su.ac.th/thesis/showthesis_th.asp?id=0000003590
- นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจ โภคาทร, และมาลี นิสสัยสุข. (2526). *แบบประเมินความวิตกกังวล (อัดสำเนา)*.

- นันทรัตน์ พิทักษ์บุตร. (2550). *อิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะการดูแลต่อ พฤติกรรมการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาดิกล, พรทิพย์ อาปนพันธ์, วาสนา แฉล้มเขตร, และ Melnyk, M. B. (2544). ผลของการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรต้อง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์*, 1(2), 26-36.
- ปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคลินิก ปัจจัยส่วนบุคคลและความเหนื่อยล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- ประสพ รัตนากร, ชนิกา คูจินดา, เกษม ตันติผลาชีวะ, กุลยา ตันติผลาชีวะ, สุพัตรา สุภาพ, พรรณ พิมล วิบุลากร,...สุนันท์ ดวงจันทร์. (2554). *สายใยรัก สายใยครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- บุษิตา ทำเนา, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และอัจฉริยา ปทุมวัน. (2554). ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 17(2), 218-231.
- ผกายมาศ กิตติวิทยากุล. (2550). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก*. ค้นจาก http://medinfo.psu.ac.th/pr/pr2008/Epilepsy_in_Children.pdf
- ผกายมาศ กิตติวิทยากุล, และวันดี ชุณหวิภิต. (2550). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความต้องการ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(4), 339-347.
- พิทยาภรณ์ นวลสีทอง. (2548). *อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พรุจิต วังสโรจน์. (2552). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2546). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพียงใจ คาโลปการ. (2545). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

- เพียงใจ ตีรไพรวงศ์. (2540). *สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เพ็ญใจ จิตรนำทรัพย์. (2552). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในโรงพยาบาลศิริราช*. (สารนิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศิลปากร). ค้นจาก http://www.thapra.lib.su.ac.th/thesis/showthesis_th.asp?id=0000003542
- มณี แสงแก้ว. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์). ค้นจาก <http://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/8829/1/360910.pdf>
- มัชฌ สามเสน, พงษ์ศักดิ์ วิสุทธิพันธ์, กัลยาณี ชีระวิบูลย์, ชัยชน โฉวเจริญกุล, สมชาย ไทฉะบุตร, สุรางค์ เขียมจรรยา,...พรรณี วาสิกนันทน์. (2553). *แนวทางการรักษาโรคลมชักสำหรับแพทย์*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา.
- โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2556). *หน่วยเวชสถิติ งานเวชระเบียนโรงพยาบาลสงขลานครินทร์*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาล: หลักการและแนวปฏิบัติ*. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินต์ติ้ง.
- วันสนันท์ แสดำ. (2553). *การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วิรสรา ลูวิระ. (2556). *การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(2), 266-270.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย แนวคิดเชิงทฤษฎี-วัยเด็กตอนกลาง*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุพัตรา สุภาพ. (2542). *สังคมและวัฒนธรรม ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. (2542). *การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุวัชร หวันทา. (2551). *การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม: กรณีศึกษา เขตอุตสาหกรรมกบินทร์ จังหวัดปราจีนบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,

มหาวิทยาลัยศิลปากร). ค้นจาก http://www.thapra.lib.su.ac.th/thesis/showthesis_th.asp?id=0000002817

- อนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์. (2554). *ตำราโรคลมชักในเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- อิชยา เขื่อนม่น. (2545). *สุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลบุตรที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก*. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- Aggarwal, A., Datta, V., & Thakur, L. C. (2011). Quality of life in children with epilepsy. *Indian Pediatrics, 48*(11), 893-896.
- Aguilar, B., Blanquez, C. M., Rubio, E. A., & Rey, J. M. (2004). Quality of life of adolescents suffering from epilepsy living in the community. *Journal of Pediatric Child Health, 40*(3), 110-113.
- Akay, A. P., Kurul, S. H., Ozek, H., Cengizhan, S., Emiroglu, N., & Ellidokuz, H. (2011). Maternal reactions to a child with epilepsy: Depression, anxiety, parental attitudes and family functions. *Epilepsy Research, 95*(3), 213-220.
- Allen, R., Childhood absence epilepsy. In Werz, M. A., & Pita, I. L. (2010). *Epilepsy syndromes*. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier.
- Andrade, L., Gorenstein, C., Vieira Filho, A. H., Tung, T. C., & Artes, R. (2001). Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: Factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 34*(3), 367-374.
- Anjum, W., Chaudhry, H. R., & Irfan, M. (2010). Burden of care in caregivers of patients with schizophrenia and epilepsy. *Journal of Pakistan Psychiatric Society, 7*(2), 79-83.
- Arya, V., Gehlawat, V. K., Kaushik, J. S., & Gathwala, G. (2014). Assessment of parent reported quality of life in children with epilepsy from Northern India: A cross-sectional study. *Journal of Pediatric Neurosciences, 9*(1), 17.
- Auvichayapat, N., Rotenberg, A., Gersner, R., Ngodklang, S., Tiamkao, S., Tassaneeyakul, W., & Auvichayapat, P. (2013). Transcranial direct current stimulation for treatment of refractory childhood focal epilepsy. *Brain Stimulation, 6*(4), 696-700.

- Baca, C. B., Vickrey, B. G., Caplan, R., Vassar, S. D., & Berg, A. T. (2011). Psychiatric and medical comorbidity and quality of life outcomes in childhood-onset epilepsy. *Pediatrics, 128*(6), e1532–e1543.
- Baki, O., Erdogan, A., Kantarci, O., Akisik, G., Kayaalp, L., & Yalcinkaya, C. (2004). Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers. *Epilepsy & Behavior, 5*(6), 958-964.
- Beland, I. L., & Passos, J. Y. (1975). *Clinical nursing: Pathophysiological & psychological approaches*. New York: Macminllan.
- Chaiyawat, W., & Brown, J. K. (2000). Psychometric properties of the Thai versions of state-trait anxiety inventory for children and child medical fear scale. *Research in Nursing & Health, 23*(5), 406-414.
- Chan, B., Cheong, E. Y. K., Ng, S. F. G., Chan, Y. C., Lee, Q. U., & Chan, K. Y. (2011). Evaluation of sleep disturbances in children with epilepsy: A questionnaire-based case-control study. *Epilepsy & Behavior, 21*(4), 437-440.
- Chappell, N. L., & Reid, R. C. (2002). Burden and well-being among caregivers: Examining the distinction. *The Gerontologist, 42*(6), 772-780.
- Clary, L. E., Vander Wal, J. S., & Titus, J. B. (2010). Examining health-related quality of life, adaptive skills, and psychological functioning in children and adolescents with epilepsy presenting for a neuropsychological evaluation. *Epilepsy & Behavior, 19*(3), 487-493.
- Cramer, J. A., Devinsky, O., Hays, R. D., Hermann, B. P., Meader, K. J., Perrine, K. R., & Vickrey, B. G. (1993). *Quality of life in epilepsy QOLIE-31 (version 1.0): Scoring manual*. Retrieved from C:\Users\Administrator\Desktop\qolie31_scoring.pdf
- Cramer, J. A., Perrine, K. R., Devinsky, O., Bryant-Comstock, L., Meador, K. J., & Hermann, B. P. (1998). Development and cross-cultural translations of a 31-item quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia, 39*(1), 81-88.
- Devinsky, O., Westbrook, L., Cramer, J., Glassman, M., Perrine, K., & Camfield, C. (1999). Risk factors for poor health-Related quality of life in adolescents with epilepsy. *Epilepsia, 40*(12), 1715-1720.
- Dittner, A. J., Wessely, S. C., & Brown, R. G. (2004). The assessment of fatigue: A practical guide for clinicians and researchers. *Journal of Psychosomatic Research, 56*(2), 157-170.

- Elliott, I. M., Lach, L., & Smith, M. L. (2005). I just want to be normal: A qualitative study exploring how children and adolescents view the impact of intractable epilepsy on their quality of life. *Epilepsy & Behavior*, 7(4), 664-678.
- Engel, J. (1998). Classifications of the International League Against Epilepsy: Time for reappraisal. *Epilepsia*, 39(9), 1014-1017.
- Fang, P. C., & Chen, Y. J. (2006). Using the child behavior checklist to evaluate behavioral problems in children with epilepsy. *Acta paediatrica Taiwanica*, 48(4), 181-185.
- Felsmann, M., Futyma, B., Felsmann, M. Z., Humanska, M. A., & Haor, B. (2012). Quality of life in children with epilepsy, evaluated by the parents on the basis of qolce questionnaire. *Medical and Biological Sciences*, 26(1), 99-105.
- Forsgren, L., Beghi, E., Oun, A., & Sillanpää, M. (2005). The epidemiology of epilepsy in Europe—a systematic review. *European Journal of Neurology*, 12(4), 245-253.
- Fountoulakis, K. N., Papadopoulou, M., Kleanthous, S., Papadopoulou, A., Bizeli, V., Nimatoudis, I., ... & Kaprinis, G. S. (2006). Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the state-trait anxiety inventory form Y: Preliminary data. *Annals General Psychiatry*, 5(2), 1-10.
- Freilinger, M., Reisel, B., Reiter, E., Zelenko, M., Hauser, E., & Seidl, R. (2006). Behavioral and emotional problems in children with epilepsy. *Journal of Child Neurology*, 21(11), 939-945.
- Freud, S. (1964). *Group psychology and the analysis of the ego Sigmund Freud*. New York: Bantam Books.
- Friis, M. L., Kristensen, O., Boas, J., Dalby, M., Deth, S. H., Gram, L., ... & Jensen, P. K. (1993). Therapeutic experiences with 947 epileptic out-patients in oxcarbazepine treatment. *Acta Neurologica Scandinavica*, 87(3), 224-227.
- Fritschi, C., & Quinn, L. (2010). Fatigue in patients with diabetes: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(1), 33-41.
- Garson, G. D. (2010). *Testing of assumptions: Statnotes, from North Carolina State University, public administration program*. Retrived from <http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pA765/assumpt.htm>

- Gordijn, M. S., Cremers, E. M., Kaspers, G. J., & Gemke, R. J. (2011). Fatigue in children: Reliability and validity of the Dutch PedsQLTM Multidimensional Fatigue Scale. *Quality of Life Research, 20*(7), 1103-1108.
- Gorman, L. M., Sultan, D., & Luna-Raines, M. (1989). *Psychosocial nursing handbook for the nonpsychiatric nurse*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hernandez-Ronquillo, L., Moien-Afshari, F., Knox, K., Britz, J., & Tellez-Zenteno, J. F. (2011). How to measure fatigue in epilepsy? The validation of three scales for clinical use. *Epilepsy Research, 95*(1), 119-129.
- Hirfanoglu, T., Serdaroglu, A., Cansu, A., Soysal, A. S., Derle, E., & Gucuyener, K., (2009). Do knowledge of, perception of, and attitudes toward epilepsy affect the quality of life of Turkish children with epilepsy and their parents? *Epilepsy & Behavior, 14*(1), 71-77.
- Ivarsson, T. (2006). Normative data for the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) in Swedish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry, 60*(2), 107-113.
- Jacoby, A., & Austin, J. K. (2007). Social stigma for adults and children with epilepsy. *Epilepsia, 48*(9), 6-9.
- Kanjanasilp, J., Khaewwichit, S., Richards, R. M., & Preechagoon, Y. (2004). Thai version of the quality-of-life in epilepsy inventory: Comparison between the QOLIE-31 and the QOLIE-10. *Chiang Mai University Journal, 3*(1), 35.
- Karakis, I., Cole, A. J., Montouris, G. D., San Luciano, M., Meador, K. J., & Piperidou, C. (2014). Caregiver burden in epilepsy: Determinants and impact. *Epilepsy Research and Treatment, 2014*(2014).
- Karakis, I., Tsiakiri, A., & Piperidou, C. (2014). Caregiver burden in epilepsy in greece. *Eaahnikh Neypoaotikh Etaipeia, 23*(5), 29-36.
- Krupp, L. B., LaRocca, N. G., Muir-Nash, J., & Steinberg, A. D. (1989). The fatigue severity scale: Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of Neurology, 46*(10), 1121.
- Landmark, C. J. (2008). Antiepileptic drugs in non-epilepsy disorders. *CNS Drugs, 22*(1), 27-47.
- Larson, A. M., Ryther, R. C., Jennesson, M., Geffrey, A. L., Bruno, P. L., Anagnos, C. J., ... & Thiele, E. A. (2012). Impact of pediatric epilepsy on sleep patterns and behaviors in children and parents. *Epilepsia, 53*(7), 1162-1169.

- Lavidor, M., Weller, A., & Babkoff, H. (2002). Multidimensional fatigue, somatic symptoms and depression. *British Journal of Health Psychology*, 7(1), 67-75.
- Lim, K., Kang, H. C., & Kim, H. D. (2002). Validation of a Korean version of the quality of life in childhood epilepsy questionnaire (K-QOLCE). *Journal of Korean Epilepsy Society*, 6(1), 32-44.
- Loddenkemper, T., Benign focal epilepsy of childhood with centrotemporal spikes. In Werz, M. A., & Pita, I. L. (2010). *Epilepsy syndromes*. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier.
- Lua, P. L., Khairuzzaman, N. K. W., Aziz, Z. A., & Foo, J. L. K. (2015). The needs and problems in epilepsy caregiving: A qualitative exploration. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 16(1), 116-126.
- Lv, R., Wu, L., Jin, L., Lu, Q., Wang, M., Qu, Y., & Liu, H. (2009). Depression, anxiety and quality of life in parents of children with epilepsy. *Acta Neurologica Scandinavica*, 120(5), 335-341.
- Malhi, P., & Singhi, P. (2005). Correlates of quality of life with epilepsy. *Indian Journal of Pediatrics*, 72(2), 131-135.
- Manor, L., Streiner, D. L., Yam, W. K., Rosenbaum, P. L., Verhey, L. H., Lach, L., & Ronen, G. M. (2013). Age-related variables in childhood epilepsy: How do they relate to each other and to quality of life?. *Epilepsy & Behavior*, 26(1), 71-74.
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The multidimensional anxiety scale for children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 554-565.
- March, J. S., Sullivan, K., & Parker, J. (1999). Test-retest reliability of the multidimensional anxiety scale for children. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(4), 349-358.
- Mattsson, M., Möller, B., Lundberg, I. E., Gard, G., & Boström, C. (2008). Reliability and validity of the fatigue severity scale in Swedish for patients with systemic lupus erythematosus. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 37(4), 269-277.
- May, T. W., Pfäfflin, M., & Cramer, J. A. (2001). Psychometric properties of the German translation of the QOLIE-31. *Epilepsy & Behavior*, 2(2), 106-114.

- Meltzer, L. J., & Mindell, J. A. (2007). Relationship between child sleep disturbances and maternal sleep, mood, and parenting stress: A pilot study. *Journal of Family Psychology, 21*(1), 67.
- Mikaeloff, Y., Saint-Martin, A. D., Mancini, J., Peudenier, S., Pedespan, J. M., Vallée, L., ... & Chiron, C. (2003). Topiramate: Efficacy and tolerability in children according to epilepsy syndromes. *Epilepsy Research, 53*(3), 225-232.
- Moffat, C., Dorris, L., Connor, L., & Espie, C. A. (2009). The impact of childhood epilepsy on quality of life: A qualitative investigation using focus group methods to obtain children's perspectives on living with epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 14*(1), 179-189.
- Montanaro, M., Battistella, A. P., Boniver, C., & Galeone, D. (2004). Quality of life in young Italian patients with epilepsy. *Neurological Sciences, 25*(5), 264-273.
- Moons, P., & 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 Psychiatry in Medicine, 36*(4), 469-481.
- Nadkarni, J., Jain, A., & Dwivedi, R. (2011). Quality of life in children with epilepsy. *Annals of Indian Academy of Neurology, 14*(4), 279-282.
- Nuhu, F., Yusuf, A., Akinbiyi, A., Babalola, O., Fawole, J., Sulaiman, Z., & Ayilara, O. (2010). The burden experienced by family caregivers of patients with epilepsy attending the government psychiatric hospital, Kaduna, Nigeria. *Pan African Medical Journal, 5*(1).
- Pender, N. J., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. Trenton, NJ: Upper Saddle River.
- Piper, B. F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, R. E., & Paul, S. M. (1998). The revised Piper Fatigue Scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 25*(4), 677-684.
- Piper, B. F. (2003). Fatigue. In V. K. Carrieri, A. M., Lindsey, & C. M. West. (Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing* (pp. 209-234). Philadelphia: Saunders.

- Reilly, C., Atkinson, P., Das, K. B., Chin, R. F., Aylett, S. E., Burch, V., ... & Neville, B. G. (2015). Factors associated with quality of life in active childhood epilepsy: A population-based study. *European Journal of Paediatric Neurology*, *19*(3), 308-313.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1979). Factor structure and construct validity of 'What I think and feel': The revised children's manifest anxiety scale. *Journal of Personality Assessment*, *43*(3), 281-283.
- Richmond, B. O., Rodrigo, G., & de Rodrigo, M. (1988). Factor structure of a Spanish version of the revised children's manifest anxiety scale in Uruguay. *Journal of Personality Assessment*, *52*(1), 165-170.
- Ronen, G. M., Streiner, D. L., & Rosenbaum, P. (2003). Health related quality of life in children with epilepsy: Development and validation of self report and parent proxy measures. *Epilepsia*, *44*(4), 598-612.
- Ronen, G. M., Streiner, D. L., Verhey, L. H., Lach, L., Boyle, M. H., Cunningham, C. E., & Rosenbaum, P. L. (2010). Disease characteristics and psychosocial factors: Explaining the expression of quality of life in childhood epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, *18*(1), 88-93.
- Rosenfeld, W. E., Benbadis, S., Edrich, P., Tassinari, C. A., & Hirsch, E. (2009). Levetiracetam as add-on therapy for idiopathic generalized epilepsy syndromes with onset during adolescence: Analysis of two randomized, double-blind, placebo-controlled studies. *Epilepsy research*, *85*(1), 72-80.
- Ryu, H. U., Lee, S. A., Eom, S., Kim, H. D., & Korean QoL in Epilepsy Study Group. (2015). Perceived stigma in Korean adolescents with epilepsy: Effects of knowledge about epilepsy and maternal perception of stigma. *Seizure*, *24*, 38-43.
- Sabaz, M., Cairns, D. R., Bleasel, A. F., Lawson, J. A., Grinton, B., Scheffer, I. E., & Bye, A. M. E. (2003). The health related quality of life of childhood epilepsy syndromes. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *39*(9), 690-696.
- Sabaz, M., Cairns, D. R., Lawson, J. A., Nheu, N., Bleasel, A. F., & Bye, A. M. E. (2000). Validation of a new quality of life measure for children with epilepsy. *Epilepsia*, *41*(6), 765-774.

- Siniscalchi, A., Gallelli, L., Russo, E., & De Sarro, G. (2013). A review on antiepileptic drugs-dependent fatigue: Pathophysiological mechanisms and incidence. *European Journal of Pharmacology*, 718(1), 10-16.
- Sirari, S., Dhar, D., Vishwakarma, R., & Tripathi, S. (2014). Association between quality of life, depression and caregiver burden in epileptic patients in Haldwani, Uttarakhand, India. *International Journal of Current Science*, 10, 54-60.
- Spielberger, C. D. (1973). *Preliminary manual for the state-trait anxiety inventory for children ("How I Feel Questionnaire")*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory: STAI (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Stevanovic, D., Tepavcevic, D. K., Jovic-Jakubi, B., Jovanovic, M., Pekmezovic, T., Lakic, A., & Ronen, G. M. (2009). Health-related quality of life measure for children with epilepsy (CHEQOL-25): Preliminary data for the Serbian version. *Epilepsy & Behavior*, 16(4), 599-602.
- Taylor, R. M., Gibson, F., & Franck, L. S. (2008). A concept analysis of health-related quality of life in young people with chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*, 17(14), 1823-1833.
- Torres, X., Arroyo, S., Araya, S., & Pablo, J. (1999). The Spanish Version of the Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE-31): Translation, validity, and reliability. *Epilepsia*, 40(9), 1299-1304.
- Tsai, F. J., Liu, S. T., Lee, C. M., Lee, W. T., Fan, P. C., Lin, W. S., ... & Gau, S. S. F. (2013). ADHD-related symptoms, emotional/behavioral problems, and physical conditions in Taiwanese children with epilepsy. *Journal of the Formosan Medical Association*, 112(7), 396-405.
- Turky, A., Beavis, J. M., Thapar, A. K., & Kerr, M. P. (2008). Psychopathology in children and adolescents with epilepsy: An investigation of predictive variables. *Epilepsy & Behavior*, 12(1), 136-144.

- Varni, J. W., Burwinkle, T. M., & Szer, I. S. (2004). The PedsQL Multidimensional Fatigue Scale in pediatric rheumatology: Reliability and validity. *The Journal of Rheumatology*, *31*(12), 2494-2500.
- Varni, J. W., Seid, M. & Kurtin, P. S. (2001). PedsQL 4.0TM: Reliability and validity of the pediatric quality of life inventory TM version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Medical Care*, *39*(8), 800-812.
- Verhey, L. H., Kulik, D. M., Ronen, G. M., Rosenbaum, P., Lach, L., & Streiner, D. L. (2009). Quality of life in childhood epilepsy: What is the level of agreement between youth and their parents? *Epilepsy & Behavior*, *14*(2), 407-410.
- Werz, M. A., & Pita, I. L. (2010). *Epilepsy syndromes*. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier.
- Wheless, J. W., Willmore, J., & Brumback, R. A. (2009). *Advanced Therapy in Epilepsy*. Shelton, CT: People's Medical Publishing House.
- Williams, J., Steel, C., Sharp, G. B., DelosReyes, E., Phillips, T., Bates, S., ... & Griebel, M. L. (2003). Parental anxiety and quality of life in children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, *4*(5), 483-486.
- Wirrell, E., Blackman, M., Barlow, K., Mah, J., & Hamiwka, L. (2005). Sleep disturbances in children with epilepsy compared with their nearest-aged diblings. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *47*(11), 1936-1942.
- Wirrell, E. C., Wood, L., Hamiwka, L. D., & Sherman, E. M. (2008). Parenting stress in mothers of children with intractable epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, *13*(1), 169-173.
- World Health Organization. (2012). *Epilepsy: Fact sheet* (Online). Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/index.html>
- Yao, S., Zou, T., Zhu, X., Abela, J. R., Auerbach, R. P., & Tong, X. (2007). Reliability and validity of the Chinese version of the Multidimensional Anxiety Scale for Children among Chinese secondary school students. *Child Psychiatry and Human Development*, *38*(1), 1-16.
- Yong, L., Chengye, J., & Jiong, Q. (2006). Factors affecting the quality of life in childhood epilepsy in China. *Acta Neurologica Scandinavica*, *113*(3), 167-173.
- Yong, L., Chengye, J., Jiong, Q., & Zhang, Z. X. (2008). Parental anxiety and quality of life of epileptic children. *Biomedical and Environmental Sciences*, *21*(3), 228-232.

Yusuf, A. J., Nuhu, F. T., & Olisah, V. O. (2013). Emotional distress among caregivers of patients with epilepsy in Katsina State, Northern Nigeria. *African Journal of Psychiatry, 16*(1), 41-44.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยคัดสรรทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 4 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็ก ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคลมชัก จำนวน 18 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล จำนวน 22 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นน

โรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงมากที่สุดและขอขอบคุณ
ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็กโรคลมชัก

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย X ลงในช่อง () และเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

1. ความเกี่ยวข้องกับฉันกับเด็ก

() 1. บิดา () 2. มารดา

() 3. ญาติฝ่ายบิดา ระบุความสัมพันธ์กับเด็ก.....

() 4. ญาติฝ่ายมารดา ระบุความสัมพันธ์กับเด็ก.....

2. ฉันเป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลเด็ก โรคลมชักในทุกๆ วัน อยู่ร่วมครอบครัวเดียวกับเด็ก โรคลมชักอย่างน้อย 1 เดือน และไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ในการดูแลเด็ก

() 1. ใช่ () 2. ไม่ใช่ ระบุ

3. อายุ.....ปี

4. สถานภาพสมรส

() 1. โสด () 2. คู่

() 3. หม้าย () 4. หย่า/แยกกันอยู่

5. ศาสนา

() 1. พุทธ () 2. คริสต์

() 3. อิสลาม () 4. อื่นๆ ระบุ.....

6. อาชีพ

() 1. แม่บ้าน/พ่อบ้าน () 2. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

() 3. เกษตรกร () 4. รับจ้าง

() 5. ค้าขาย () 6. อื่นๆ ระบุ

7. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษาปีที่

() 3. มัธยมศึกษาปีที่

() 4. อาชีวศึกษาระดับ

() 5. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า () 6. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

() 7. สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ

() 8. อื่นๆ ระบุ

8. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนบาท

9. ความเพียงพอของรายได้

- () 1. เหลือเก็บ () 2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ
 () 3. ไม่เพียงพอ วิธีแก้ไข

10. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

- () 1. เบิกค่ารักษาพยาบาล () 2. จ่ายค่ารักษาเอง
 () 3. ตั้งคสมสงเคราะห์ () 4. บัตร 30 บาท
 () 5. ประกันสังคม () 6. พรบ.
 () 7. อื่นๆ

11. ความเจ็บป่วยและการรักษาของเด็กก่อให้เกิดผลกระทบต่อเกี่ยวกับการเงินในครอบครัวมากน้อยเพียงใด

- () 1. ไม่เลย () 2. บ้างเล็กน้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก

12. จำนวนสมาชิกในครอบครัว คน

13. ลักษณะของครอบครัว

- () 1. ครอบครัวเดี่ยว (หมายถึง อาศัยอยู่ในบ้านที่มีเฉพาะบิดา มารดา และบุตร)
 ประกอบด้วย
- () 2. ครอบครัวขยาย (หมายถึง อาศัยอยู่ในบ้านที่มีปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา บิดา มารดา บุตร ฯลฯ) ประกอบด้วย

14. ประสบการณ์การดูแลเด็กโรคลมชักรายอื่น

- () 1. เคย ระบุความสัมพันธ์กับเด็กที่ดูแล ระยะเวลา.....
 () 2. ไม่เคย

15. ระยะเวลาในการดูแลเด็กรายนี้ (นับตั้งแต่เด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก) ปีเดือน

16. จำนวนชั่วโมงที่ดูแลเด็กโรคลมชักต่อวัน.....ชั่วโมง

17. ในขณะนี้ฉันมีบุตรหลานคนอื่นๆ ที่ต้องรับการดูแลหรือต้องเลี้ยงดูหรือไม่
- () 1. ไม่มี
- () 2. มีจำนวน คน ระบุอายุ ปี ระบุชั่วโมงในการดูแลบุตรหลานคนอื่นๆ โดยรวมต่อวัน ชั่วโมง
18. ภาวะสุขภาพของฉันในปัจจุบัน
- () 1. แข็งแรง
- () 2. ไม่แข็งแรง ระบุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคลมชัก

1. เพศ
- () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุปีเดือน
3. ระดับการศึกษา
- () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษาปีที่.....
- () 3. มัธยมศึกษาปีที่..... () 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. ลำดับบุตรคนที่
- () 1. บุตรคนแรก () 2. บุตรคนที่ 2
- () 3. บุตรคนที่ 3 () 4. บุตรคนที่ 4
- () 5. บุตรคนที่ 5 () 6. อื่นๆ ระบุ
5. ศาสนา
- () 1. พุทธ () 2. คริสต์
- () 3. อิสลาม () 4. อื่นๆ ระบุ.....
6. อายุเมื่อเริ่มชักปี.....เดือน
7. อายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคลมชักปีเดือน
8. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
- () 1. มีอาการชัก 1 ครั้ง () 2. มีอาการชัก 2 ครั้ง
- () 3. มีอาการชัก 3 ครั้ง () 4. มีอาการชัก 4 ครั้ง
- () 5. อื่นๆ ระบุ

9. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาได้พบแพทย์ด้วยโรคลมชัก
- () 1. 1 ครั้ง () 2. 2 ครั้ง
 () 3. 3 ครั้ง () 4. 4 ครั้ง
 () 5. อื่นๆ ระบุ
10. มาพบแพทย์ตามนัดด้วยโรคลมชักทุกครั้งหรือไม่
- () 1. ทุกครั้ง
 () 2. ไม่ได้มา ระบุเหตุผล.....
11. เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่
- () 1. เคย (ให้ตอบข้อ 12 ต่อ)
 () 2. ไม่เคย (ให้ข้ามไปตอบข้อ 13)
12. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล.....ครั้ง โดยระบุว่าเป็น
- 12.1 โรค..... จำนวน.....ครั้ง เมื่อไร.....
 12.2 โรค..... จำนวน.....ครั้ง เมื่อไร.....
 12.3 โรค..... จำนวน.....ครั้ง เมื่อไร.....
13. รับประทานยากันชัก
- () 1. รับประทานแพทย์สั่ง
 () 2. ไม่รับประทานแพทย์สั่ง โปรดระบุชนิดของยาที่ขาด (ถ้าทราบ) พร้อมระบุ
 เหตุผล.....
14. เด็กเป็นโรคลมชักชนิดใด (ถ้าไม่ทราบให้ข้ามข้อนี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บเอง)
- () 1. ชักเฉพาะส่วน () 2. ชักทั่วตัว
 () 3. ทั้งสองแบบ () 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....
15. ใน 1 ปีที่ผ่านมา มีระยะเวลาโดยเฉลี่ยของอาการชักแต่ละครั้ง
- () 1. ก่อนกินยากันชักนาที.....วินาที
 () 2. หลังกินยากันชักนาที.....วินาที
 () 3. หลังปรับยากันชัก.....นาที.....วินาที
 () 4. ไม่ทราบ
16. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- () 1. ไม่มีอาการชัก () 2. มีอาการชัก 1 ครั้ง
 () 3. มีอาการชัก 2 ครั้ง () 4. มีอาการชัก 4 ครั้ง
 () 5. อื่นๆ ระบุ

17. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีระยะเวลาโดยเฉลี่ยของอาการชักแต่ละครั้ง.....นาที
.....วินาที
18. โรคประจำตัวอื่นๆที่ไม่ใช่โรคลมชัก
- () ไม่มี
 - () มี โปรดระบุ.....

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแล

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้มีจำนวน 22 ข้อแต่ละข้อถามถึงความรู้สึกของนักเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลเด็กโรคลมชัก โดยความรู้สึกของนักในแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 10 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้อ่านข้อความที่จุดเริ่มต้นทางด้านซ้ายมือและจุดสุดท้ายทางด้านขวามือแล้วทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลขที่ตรงกับตำแหน่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของนักมากที่สุดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแล หมายถึง ประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อยตลอดเวลา จนทำให้ร่างกายไม่สามารถคงความสมดุลของการสร้างและการใช้พลังงานไว้ได้ ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรงจนกระทั่งหมดกำลังจากการดูแลเด็กโรคลมชัก จนถึงส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและสถานการณ์การใช้ชีวิตหรือการทำงานในแต่ละวัน

ตัวอย่าง

ความรู้สึกเหนื่อยล้าทำให้นักมีความสุขในระดับใด



ไม่มีความสุขเลย

มีความสุขมากที่สุด

ถ้า กากบาทระดับนี้แสดงว่าความเหนื่อยล้าทำให้นักมีความสุขน้อย

มิติด้านพฤติกรรม (behavioral)

1. ความรู้สึกเหนื่อยล้าทำให้นั้นมีความทุกข์ทรมานในระดับใด



ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย

มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด

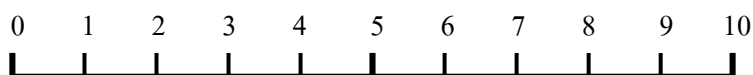
2. ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีผลรบกวนความสามารถในการทำงานของฉันทันในระดับใด



ไม่มีผลเลย

มีผลมากที่สุด

22.



สมองปลอดโปร่ง

สมองไม่ปลอดโปร่ง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ดูแล

คำอธิบาย: ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ฉันใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวของตนเอง เมื่อนึกถึง การที่เด็กในปกครองของฉันเป็นโรคลมชัก โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย กากบาท X ในช่องซึ่งอยู่ด้านขวาของข้อความซึ่งฉันพิจารณาว่าตรงกับ ความรู้สึก ของฉันใน ขณะนี้ ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด ดังนั้นโปรดอย่าใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบข้อ หนึ่งข้อใดนานเกินควร แต่งเลือกคำตอบที่ฉันคิดว่าบรรยายความรู้สึกของฉันในขณะนี้ได้ชัดเจน ที่สุด

ความวิตกกังวล หมายถึง อารมณ์ของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น โรคลมชักที่ประกอบด้วย ความรู้สึกที่ไม่มีความสุข ไม่สบายใจ ไม่อยู่นิ่ง เกิดความตึงเครียด กังวล กลัวว่าเด็กจะตาย หวาดหวั่น คลุ้มเครือ ซึ่งเป็นอารมณ์ที่เกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายผู้ดูแลเด็กวัยเรียนและ วัยรุ่น โรคลมชักต่อสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตราย เช่น วิตกกังวลเนื่องจากไม่ทราบว่าเด็กโรคลมชักจะ มีอาการชักเกิดขึ้นเมื่อไหร่ วิตกกังวลว่าเด็กจะตายเมื่อเกิดอาการชักขึ้น วิตกกังวลว่าอาการชักจะทำ ให้เด็กพิการทางสมอง เป็นต้น

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เลย	มีบ้าง	มี ค่อนข้างมาก	มีมาก ที่สุด
ฉันรู้สึกกระวนกระวายใจ			X	

ถ้ากากบาทช่องนี้แสดงว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับเด็กโรคลมชักทำให้ฉันมีความรู้สึกกระวน กระวายใจค่อนข้างมาก

ข้อความ	ไม่เคย	มีบ้าง	มี ค่อนข้างมาก	มีมาก ที่สุด
1. ฉันรู้สึกสงบ				
2. ฉันรู้สึกมั่นคงในชีวิต				
3. ฉันรู้สึกดีเกี่ยวกับ*				
4.				
5.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
20. ฉันรู้สึกแจ่มใส				

*ข้อความที่เป็นลบ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล
คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักในปกครองของฉันทน์ กรุณาตอบทุกข้อโดยการกากบาท X ที่ตัวเลขหรือช่องที่ฉันต้องการเลือก ถ้าฉันไม่แน่ใจว่าจะตอบอย่างไร กรุณาเลือกคำตอบที่ฉันคิดว่าดีที่สุด ถ้าฉันต้องการความช่วยเหลือในการอ่านคำถามหรือทำเครื่องหมายในแบบสอบถาม กรุณาสอบถามเพื่อความชัดเจนในการตอบแบบสอบถาม อย่างไรก็ตาม แต่ละลักษณะการตอบมีตัวอย่างประกอบความเข้าใจ

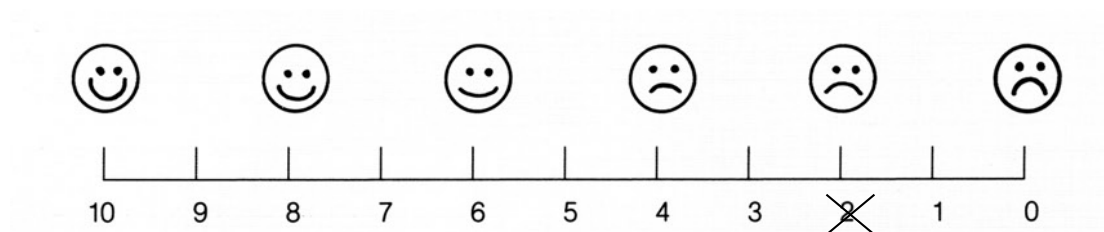
คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่เป็นการรับรู้และการให้คุณค่าของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตซึ่งเป็นการมีความสุขทุกด้านของชีวิต ครอบคลุม 4 ด้านของชีวิต คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์และด้านสังคม

แบบสอบถามจะประกอบด้วย 7 ด้าน 31 ข้อ คือ

- 1) ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชัก (seizure worry) 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11, 21, 22, 23, 25
- 2) ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม (overall QOL) 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 14
- 3) ด้านสุขภาวะทางอารมณ์ (emotional well-being) 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5, 7, 9
- 4) ด้านพลังกำลังหรือความเหนื่อยล้า (energy; fatigue) 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 6, 8, 10
- 5) ด้านกระบวนการคิดรู้ (cognitive functioning) 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12, 15, 16, 17, 18, 26
- 6) ด้านผลจากการใช้ยากันชัก (medication effects) 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 24, 29, 30
- 7) ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม (social function health status) 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13, 19, 20, 27, 28

ตัวอย่างที่ 1

ฉันรู้ว่าภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังจากเกิดอาการชักขึ้น ชีวิตของเด็ก โรคลมชักในปกครองของฉันเป็นอย่างไร (กากบาทเลือกตัวเลขตามรูปข้างล่าง)

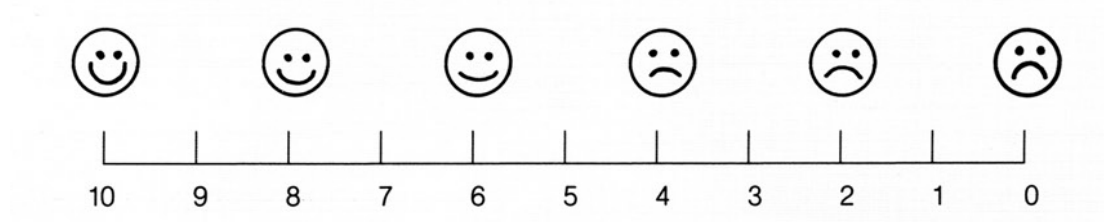


ดีมากที่สุด

แย่มากที่สุด

ถ้าฉันกากบาทในระดับนี้แสดงว่าภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังจากเกิดอาการชักขึ้น ฉันรู้ว่าชีวิตของเด็กโรคลมชักเกือบจะแย่มากที่สุด

1. ฉันรู้ว่าในภาพรวม ชีวิตของเด็ก โรคลมชักในปกครองของฉันเป็นอย่างไร (กากบาทเลือกตัวเลขตามรูปข้างล่าง)



ดีมากที่สุด

แย่มากที่สุด

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการรับรู้ของฉันท่อความรู้สึบบางอย่างของเด็กโรคลมชักในปกครองของฉันทันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา สำหรับแต่ละคำถาม ขอให้เลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับการรับรู้ของฉันท่อความรู้สึบบางอย่างของเด็กโรคลมชักในปกครองของฉันทันมากที่สุด (กากบาทในช่องที่ต้องการเลือก)

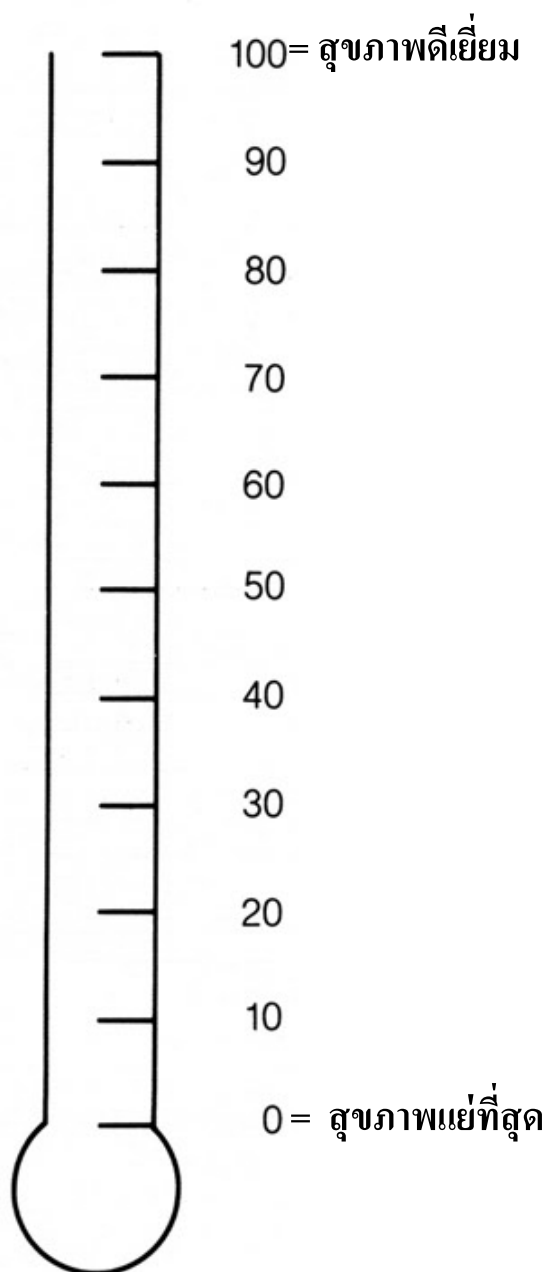
ตัวอย่างที่ 2

คำถาม	ตลอดเวลา (1)	ส่วนมาก (2)	พอควร (3)	เป็นบ้าง (4)	เล็กน้อย (5)	ไม่มี (6)
ฉันรู้ว่าเด็กไม่มีความสงบ		×				

ถ้ากากบาทที่ช่องนี้แสดงว่า ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันรู้ว่าเด็กโรคลมชักไม่มีความสงบเป็นส่วนมาก

คำถาม	ตลอดเวลา (1)	ส่วนมาก (2)	พอควร (3)	เป็นบ้าง (4)	เล็กน้อย (5)	ไม่มี (6)
2. ฉันรู้ว่าเด็กมีความกล้าหรือกระตือรือร้นที่จะทำสิ่งต่างๆ (มีชีวิตชีวา)						
3. ฉันรู้ว่าเด็กมีความวิตกกังวลสูง						
4.						
5.						
6.						
7.						
.						
.						
.						
.						

31. ฉันรับรู้ว่าคุณภาพของเด็กในภาพรวมดีหรือแย่อย่างไร โดยคิดว่าสุขภาพดีที่สุด คือ 100 และแย่ที่สุดคือ 0 กรุณากากบาทตัวเลขที่แสดงถึงสุขภาพที่ฉันรับรู้ต่อสุขภาพของเด็ก และคิดว่าการซักเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพของเด็กเมื่อตอบคำถาม



ข้อเสนอแนะอื่นๆ (ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

QOLIE-31 SCORING FORM

Scale/Item Numbers	Response						Subtotal	Final Score, 0-100 point scale
	1	2	3	4	5	6		
Seizure Worry								
11.	0	20	40	60	80	100	_____	
21.	0	33.3	66.7	100	—	—	_____	
22.	0	50	100	—	—	—	_____	
23.	0	33.3	66.7	100	—	—	_____	
25.	100	75	50	25	0	—	_____	
							TOTAL: _____	÷ 5 = _____
Overall Quality of Life								
1.	(multiply response by 10)						_____	
14.	100	75	50	25	0	—	_____	
							TOTAL: _____	÷ 2 = _____
Emotional Well-Being								
3.	0	20	40	60	80	100	_____	
4.	0	20	40	60	80	100	_____	
5.	100	80	60	40	20	0	_____	
7.	0	20	40	60	80	100	_____	
9.	100	80	60	40	20	0	_____	
							TOTAL: _____	÷ 5 = _____
Energy/Fatigue								
2.	100	80	60	40	20	0	_____	
6.	100	80	60	40	20	0	_____	
8.	0	20	40	60	80	100	_____	
10.	0	20	40	60	80	100	_____	
							TOTAL: _____	÷ 4 = _____
Cognitive								
12.	0	20	40	60	80	100	_____	
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	_____	
26.	100	75	50	25	0	—	_____	
							TOTAL: _____	÷ 6 = _____
Medication Effects								
24.	0	33.3	66.7	100	—	—	_____	
29.	100	75	50	25	0	—	_____	
30.	100	75	50	25	0	—	_____	
							TOTAL: _____	÷ 3 = _____
Social Function								
13.	0	20	40	60	80	100	_____	
19.	0	25	50	75	100	—	_____	
20.	0	25	50	75	100	—	_____	
27.	100	75	50	25	0	—	_____	
28.	100	75	50	25	0	—	_____	
							TOTAL: _____	÷ 5 = _____

FORMULA FOR CALCULATING QOLIE-31 OVERALL SCORE

QOLIE-31 Scale	Final Scale Score		Weight	=	Subtotal
Seizure worry	_____	×	.08	=	_____ (a)
Overall quality of life	_____	×	.14	=	_____ (b)
Emotional well-being	_____	×	.15	=	_____ (c)
Energy/fatigue	_____	×	.12	=	_____ (d)
Cognitive functioning	_____	×	.27	=	_____ (e)
Medication effects	_____	×	.03	=	_____ (f)
Social functioning	_____	×	.21	=	_____ (g)
OVERALL SCORE: Sum subtotals (a) through (g) =					_____

ที่มา : http://www.rand.org/health/surveys_tools/qolie.html

RAND > RAND Health > Surveys and Tools >

Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE-89 and QOLIE-31)

Permissions Information

All of the surveys from RAND Health are public documents, available without charge.

Translations

Many of the surveys listed are available in other

QOLIE-31 Survey Instrument

 [Survey instrument](#)

QOLIE-31 Scoring Manual

 [Scoring instructions](#)

ภาคผนวก ข

จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยและเอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เลขที่	128
วันที่	16 มี.ค. 57
เวลา	15-00

ที่ ศธ 0512.11/ 4558

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรพรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๖ พฤศจิกายน 2556

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

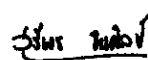
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ ศธ 0521.1.05/2794 ลงวันที่ 29 ตุลาคม 2556
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่า นางสาวธัญลักษณ์ ตติยไตรรงค์ รหัสนักศึกษา 5410420028 นักศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "อิทธิพลของความเหนื่อยล้าและความ
วิตกกังวลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นโรคลมชัก" มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย
คือ แบบประเมินความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคลินิก
ปัจจัยส่วนบุคคลและความเหนื่อยล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี" ของ นางสาวปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล นั้น
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีและอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้ผู้ใช้แจ้ง
ผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงเครื่องมือให้คณะพยาบาลศาสตร์ทราบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร อนตศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1129 โทรสาร. 0-2218-1130

ส. นันทศึกษา
ส. น.



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๒๐๗๖

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ.คอหงส์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๑๒

๑๗ กรกฎาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วยนางสาวธัญลักษณ์ ตติยไธยรงค์ รหัสนักศึกษา ๕๔๑๐๔๒๐๐๒๘ นักศึกษาหลักสูตร
พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรค
ลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล” โดยมี รศ.ดร.บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความ
ประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย “แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety
Inventory Form Y-1 Thai Version) ของ รศ.บุญเพียร จันทวัฒน์ และคณะ จากวิทยานิพนธ์เรื่อง
“ผลของการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรต้องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล”
ปีพ.ศ.๒๕๔๔ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้นางสาวธัญลักษณ์
ตติยไธยรงค์ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว เพื่อนำไปประกอบการศึกษาค้นคว้าในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมพร ปญโญโสพรรณ)
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ
โทรศัพท์ (๐๗๔) ๒๘๖๔๕๖
โทรสาร (๐๗๔) ๒๘๖๔๒๑

Re: ขออนุญาตใช้เครื่องมือ

ผศ.ดร.จันท์ทิพย์ กาญจนศิลป์ (juntip.k@msu.ac.th)

เพิ่มในรายชื่อผู้ติดต่อ

27/9/2556

ถึง: tanyaluk tatiyatrirong

อนุญาตค่ะ แต่ตอนนี้อยู่ต่างประเทศ อาทิตย์หน้าถึงกลับค่ะ อีกประเด็นคือใช้ในเด็กได้ไหม ลองดูนะค่ะ

> On 22 กันยายน 2556, 12 นาฬิกา 40 นาที, "tanyaluk tatiyatrirong"

<jajunum1@hotmail.com> wrote:

> กราบเรียน ผศ . ดร . จันท์ทิพย์ กาญจนศิลป์ ที่เคารพ

> ดิฉันนางสาว

> รัชฎักษณ์ ตติยไตรรงค์ รหัสนักศึกษา 5410420028 หลักสูตรปริญญาโท

> สาขาการพยาบาลเด็ก (ภาคปกติ) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังดำเนินการวิจัยเรื่องอิทธิพลของความเหนื่อยล้าและความวิตกกังวลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น โรคลมชัก

> โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักคือ ผศ . ดร . มยุรี นภาพรรณสกุล ในการนี้

> ดิฉันมีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยชื่อ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักฉบับแปลภาษาไทยมาจาก RAND, 1993 เพื่อประกอบการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอรบกวนอาจารย์ช่วยส่งแบบประเมินฉบับที่แปลภาษาไทยฉบับเต็มให้ด้วย

จะเป็นพระคุณอย่างสูง

> ด้วยความเคารพอย่างสูง รัชฎักษณ์ ตติยไตรรงค์

AF/03-05/01.1



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

รหัสโครงการ: REC: 58-073-19-9
 ชื่อโครงการ (ภาษาไทย): ปัจจัยคัดสรรทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล
 ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ): The Selected Influencing Factors on Quality of Life among Children with Epilepsy Perceived by Caregivers

ผู้วิจัยหลัก: น.ส. ธัญลักษณ์ ดิฉัยไตรรงค์ สังกัด: การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 ผู้ร่วมวิจัย: รศ.ดร.บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ สังกัด: การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 ผู้ร่วมวิจัย: ผศ.ดร. วันธนี วิรุฬห์พานิช สังกัด: การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารที่รับรอง:

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 ฉบับวันที่ 20 กรกฎาคม 2558
2. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เวอร์ชัน 2.0 ฉบับวันที่ 20 กรกฎาคม 2558
3. เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร เวอร์ชัน 2.0 ฉบับวันที่ 20 กรกฎาคม 2558
4. เอกสารแสดงเจตนายินยอมของอาสาสมัคร เวอร์ชัน 2.0 ฉบับวันที่ 20 กรกฎาคม 2558
5. แบบบันทึกข้อมูล
6. ประวัติผู้วิจัย

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ในการประชุมคณะกรรมการ วันที่ 3 เมษายน 2558 วาระที่ 4.2.03) โดยยึดหลักเกณฑ์ตามประกาศ เฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (The International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP) โดยขอให้รายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยทุก 12/ เดือน

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์บุญสิน ตั้งตระกูลวนิช)
 ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง: 7 สิงหาคม 2558

วันหมดอายุ: 6 สิงหาคม 2559

สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 15 ถ.กาญจนาภิเษก อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
 90110 โทรศัพท์ 0-7445-1149, 0-7445-1157
 โทรสาร 0-7421-2900



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑๐๕ / ๗๑๑

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ตู้ ปณ.๙ ปทผ.คอหงส์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๑๒


หนังสือฉบับนี้ ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นางสาวธัญลักษณ์ ดติยไธยรงค์ รหัสนักศึกษา ๕๔๑๐๔๒๐๐๒๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “อิทธิพลของความเหนื่อยล้าและความวิตกกังวลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่น” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย และสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านเมื่อวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๖ แล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุณฺณโสพรรณ)
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ภาคผนวก ค

**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ดูแลและ
ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างสำหรับผู้ปกครอง**

	Informed Consent Form	
	หมายเลขโครงการวิจัย (สำหรับเจ้าหน้าที่) Version/date (สำหรับเจ้าหน้าที่)	Page 1 of 3

**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับบิดา/มารดา/ผู้ดูแล
(Informed Consent Form)**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย /นาง /นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี อยู่
 บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 เป็นบิดา /มารดา /ผู้ดูแลของ (ด.ญ. /ด.ช.)อายุ.....ปี

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรค
 ลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล (The Selected Influencing Factors on Quality of Life among Children
 with Epilepsy Perceived by Caregivers)

โดยข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารคำอธิบายโครงการวิจัยและ/หรือได้รับฟังคำอธิบายจากนางสาวธัญลักษณ์
 ตติยไตรรงค์ และได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย
 ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าและเด็กโรคลมชักในปกครองของ
 ข้าพเจ้าจะได้รับ ความไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ


และข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและเด็กโรคลมชักในปกครองของข้าพเจ้าที่
 ได้รับจากการวิจัย โดยให้นำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยนั้นแต่จะไม่เผยแพร่ ต่อสาธารณะเป็น
 รายบุคคล ทั้งนี้ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวหรือขอเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์
 ใดๆ ในการรับบริการและการรักษาพยาบาลที่เด็กโรคลมชักในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปใน
 อนาคต

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยจากการวิจัยกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ
 นางสาวธัญลักษณ์ ตติยไตรรงค์ได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่อยู่ 15 ถ.กาญจนา
 นิช ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112 โทรศัพท์ 0818720068 หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้
 ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่สำนักงาน
 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 0-7445-1157
 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ medpsu.ec@gmail.com



**คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**

นักวิจัยต้องมอบสำเนาเอกสารฉบับนี้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย/ผู้ปกครอง เก็บไว้ 1 ชุดด้วย

	Informed Consent Form	
	หมายเลขโครงการวิจัย (สำหรับเจ้าหน้าที่) Version/date (สำหรับเจ้าหน้าที่)	Page 2 of 3

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อผู้ดูแล

(.....)

(เกี่ยวข้องเป็น.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อผู้อธิบาย/ ผู้ขอความยินยอม


(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นักวิจัยต้องมอบสำเนาเอกสารฉบับนี้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย/ผู้ปกครอง เก็บไว้ 1 ชุดด้วย

	Informed Consent Form	
	หมายเลขโครงการวิจัย (สำหรับเจ้าหน้าที่) Version/date (สำหรับเจ้าหน้าที่)	Page 3 of 3

กรณีอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้

ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย คือ

ได้ลงลายมือชื่อไว้ในฐานะพยาน ว่าอาสาสมัครเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ

ลงชื่อ วันที่.....

(.....) (ว/คด/ปปปป)

พยาน (ผู้อ่านข้อความให้อาสาสมัครฟัง)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่าน เขียนหนังสือได้ แต่มีผู้อ่านข้อความในแบบคำยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี

ข้าพเจ้าจึงพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในแบบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือขวา ของ นาย/นาง/นางสาว.....(อาสาสมัครผู้ร่วมวิจัย)

ลงชื่อ วันที่.....

(.....) (ว/คด/ปปปป)

พยานคนที่ 1

ลงชื่อ วันที่.....

(.....) (ว/คด/ปปปป)

พยานคนที่ 2

หมายเหตุ (1) ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นเด็กโตอายุ 13 ถึงก่อน 18 ปี สามารถตัดสินใจเองได้ ให้ลง

ลายมือชื่อ ทั้งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (เด็ก) และผู้ปกครองด้วย

(2) พยานต้องไม่ใช่แพทย์ผู้รักษา

(3) ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้อ่านข้อความต้องไม่เป็นแพทย์ผู้รักษาเพื่อป้องกันการเข้าร่วมโครงการด้วย

ความเกรงใจ



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

นักวิจัยต้องมอบสำเนาเอกสารฉบับนี้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย/ผู้ปกครอง เก็บไว้ 1 ชุดด้วย

ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างสำหรับผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เป็นบิดา/มารดา/ผู้ดูแล
หลักของบุตร/เด็กในปกครองของข้าพเจ้า ค.ช./ ค.ญ.ยินยอมเข้าร่วม
เป็นกลุ่มตัวอย่างและให้ข้อมูลการทำวิจัยซึ่งทำโดยนางสาวรัชฎลักษณ์ ตติยไตรรงค์ นักศึกษา
ปริญญาโท สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยมี
รศ. ดร.บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ และ ผศ. ดร. วันธณี วิรุฬห์พานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วัตถุประสงค์
ของการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเหนื่อยล้าจากการดูแลและความวิตกกังวลของ
ผู้ดูแลที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่นตามการรับรู้ของผู้ดูแลได้
หรือไม่ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้ประโยชน์และนำไปเป็นแนวทางในการดูแลเด็ก
โรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่นให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจาก
คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
แล้ว

หากข้าพเจ้าตกลงใจในการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าจะยินยอมตอบแบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด
ซึ่งใช้เวลาในการตอบประมาณ 60 นาที การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ข้าพเจ้าไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ
ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอผลงานทางวิชาการโดย
ภาพรวมเท่านั้น

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะถามข้อสงสัย ขอหยุดพักการตอบแบบสอบถาม หรือถอนตัวออกจาก
การวิจัยได้ทุกเมื่อที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการพยาบาลของเด็ก ข้าพเจ้า
รับทราบว่าการศึกษาครั้งนี้ไม่มีโทษทางด้านการแพทย์ กฎหมายและสังคม การวิจัยครั้งนี้จะมี
ประโยชน์ต่อเด็กโรคลมชักคนอื่นๆ ถ้าข้าพเจ้ามีข้อสงสัยหรือต้องการซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย
ครั้งนี้ สามารถสอบถามนางสาวรัชฎลักษณ์ ตติยไตรรงค์ ได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 081-8720068 หรือ
email : jajunum1@hotmail.com

ลงชื่อ.....(บิดา/มารดา/ผู้ดูแลหลักผู้เข้าร่วมวิจัย)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....(ผู้วิจัย)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ง

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่า

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีระดับการวัดแบบมาตราช่วง (เพชรร้อย, 2546) ในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 3 ตัวแปร ประกอบด้วย ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของเด็ก โรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีระดับการวัดมาตราช่วงทุกตัวแปร แสดงว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

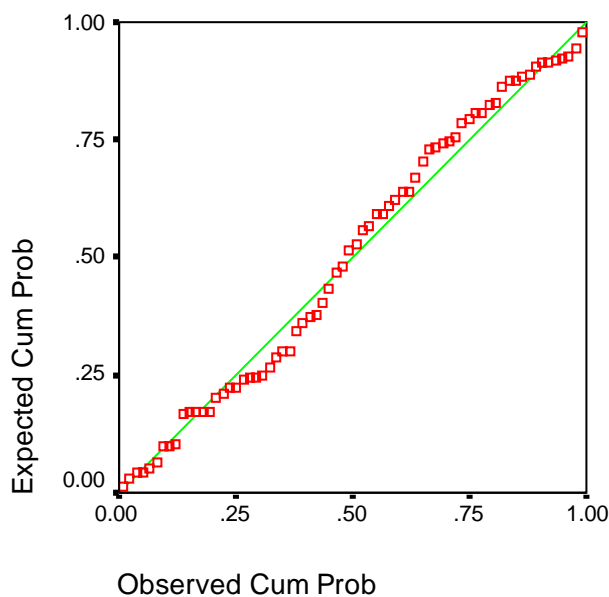
2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันแบบเชิงเส้นตรง โดยทำการทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามว่าเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity) ดังภาพ

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable : quality of life in children with epilepsy

Normal P-P Plot of Regression Stand

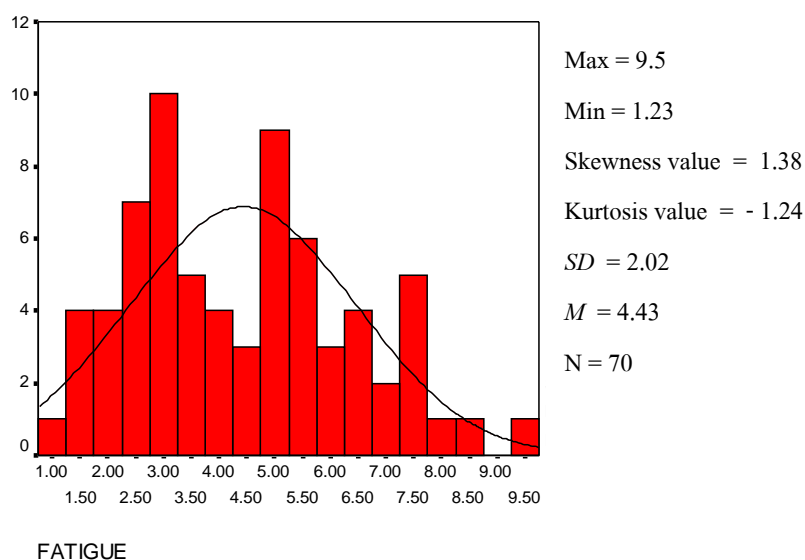
Dependent Variable: QOL



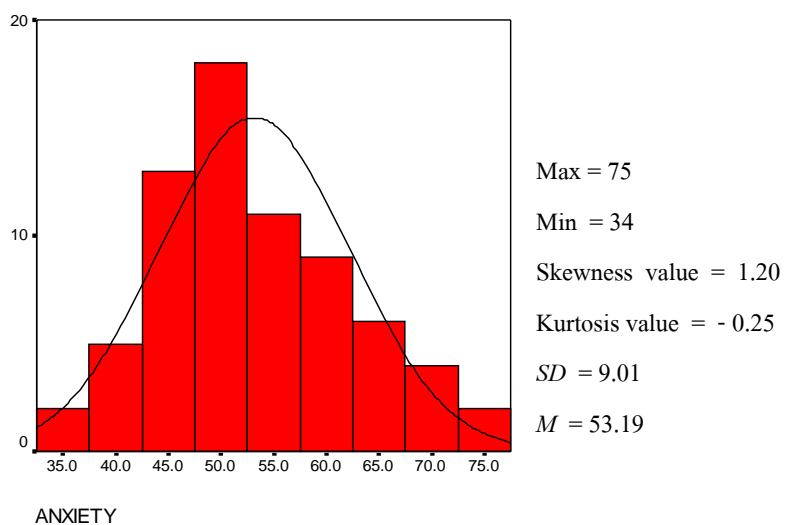
ภาพ 2 ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity) ของตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

จากการทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์โดยดูจากกราฟ Normal Probability (P-P) plot พบว่าค่าที่ได้ส่วนใหญ่อยู่เหนือและใต้เส้นตรง บางค่าอยู่บนเส้นตรง ไม่มีค่าใดที่อยู่ห่างจากค่าอื่นๆ สรุปว่าตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นใกล้เคียงเส้นตรงหรือค่อนข้างสมมาตร ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

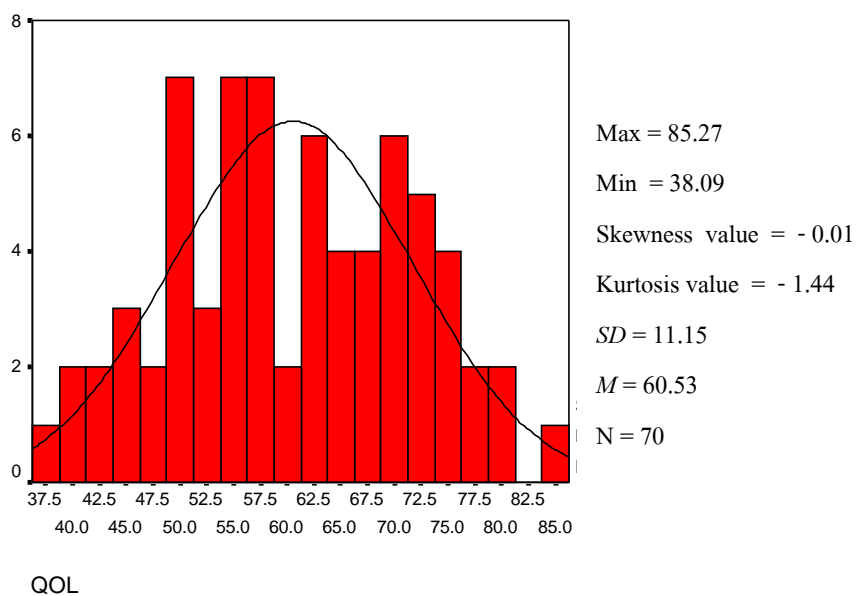
3. ตัวแปรอิสระคือ ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล และความวิตกกังวลของผู้ดูแล ตัวแปรตามคือ คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก มีการกระจายแบบโค้งปกติ และตัวแปรตามบนค่าตัวแปรอิสระ มีการกระจายแบบโค้งปกติ ทำการทดสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรตามบนทุกค่าของตัวแปรอิสระว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normal distribution) โดยการตรวจสอบฮิสโตแกรม (histogram) ดังภาพ



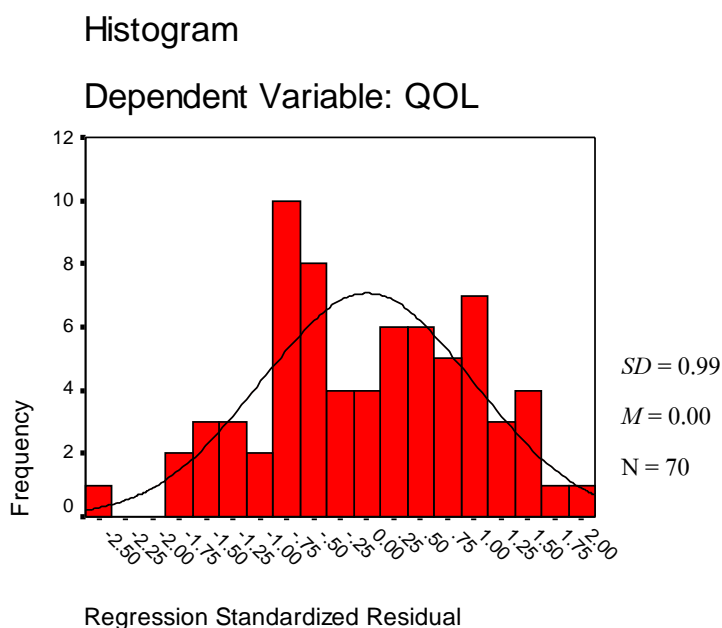
ภาพ 3 การกระจายแบบโค้งปกติของความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล



ภาพ 4 การกระจายแบบโค้งปกติของความวิตกกังวลของผู้ดูแล



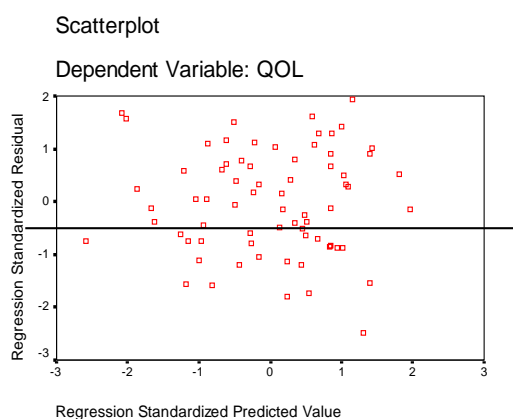
ภาพ 5 การกระจายแบบโค้งปกติของคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล



ภาพ 6 การแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรตามบนทุกค่าของตัวแปรอิสระ

จากการทดสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูล โดยดูจากฮิสโตแกรม พบว่ามีลักษณะใกล้เคียงการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติ (normality) ทุกกราฟ แสดงว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบมาตรฐาน ค่าความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (+3 ถึง -3) ทุกกราฟ (Garson, 2010)

4. ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน (homoscedasticity) คือ ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนอยู่ในระดับเดียวกันในตัวแปรอิสระ ซึ่งจากภาพแสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนอยู่ในระดับเดียวกัน



ภาพ 7 ตัวแปรอิสระมีความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนอยู่ในระดับเดียวกัน

5. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ไม่พบตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูง (มากกว่า .65) นอกจากนี้ค่า Tolerance ไม่เข้าใกล้ 0 และค่า Variance Inflation Factor ไม่มากกว่า 10 (เพชรร้อย, 2546) (ตาราง 7)

ตาราง 7

การทดสอบความสัมพันธ์กันของตัวแปรอิสระ (multicollinearity) ค่า Tolerance และค่า Variance Inflation Factor

ปัจจัย	1	2	Tolerance	VIF
1. ความเหนียวต่ำ	1.00		0.58	1.73
2. ความวิตกกังวล	.65	1.00	1.00	1.00

6. ทดสอบความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อน (autocorrelation) ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเป็นศูนย์ ค่าความแปรปรวนคงที่ ค่าความคลาดเคลื่อนไม่มีความสัมพันธ์กันเอง เนื่องจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.31 (มีค่าระหว่าง 1.5 ถึง 2.5) (เพชรร้อย, 2546) และคุณลักษณะของค่าความคลาดเคลื่อนจากการทำนาย (residuals) ไม่มีความสัมพันธ์กันเองและมีการกระจายแบบโค้งปกติ

ภาคผนวก จ

ตารางวิเคราะห์ผลการศึกษาเพิ่มเติม

ตาราง 8	จำนวนและร้อยละของความเหนียวล้าจากภาระการดูแลของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลแบ่งตามรายข้อ ($N = 70$)
ตาราง 9	ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (Md) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (QD) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ความเบ้ (Skewness value) ความโด่ง (Kurtosis value) และระดับของความเหนียวล้าจากภาระการดูแลเด็กโรคลมชักแบ่งตามรายข้อ ($N = 70$)
ตาราง 10	จำนวนและร้อยละของความวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักแบ่งตามรายข้อ ($N = 70$)
ตาราง 11	ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ความเบ้ (Skewness value) ความโด่ง (Kurtosis value) ของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักแบ่งตามรายข้อ ($N = 70$)
ตาราง 12	จำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลแบ่งตามรายข้อ ($N = 70$)
ตาราง 13	ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (Md) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (QD) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ความเบ้ (Skewness value) ความความโด่ง (Kurtosis value) และระดับของคะแนนคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลแบ่งตามรายข้อ ($N = 70$)

ตาราง 8

จำนวนและร้อยละของความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลของเด็ก โรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล
แบ่งตามรายข้อ (N = 70)

ความเหนื่อยล้า	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	เล็กน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)
ด้านพฤติกรรม (behavioral)				
1. ความรู้สึกเหนื่อยล้าทำให้อันมีความทุกข์ ทรมาณ	2(2.9)	12(17.1)	18(25.7)	38(54.3)
2. ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีผลรบกวน ความสามารถในการทำงานหรือการเรียน หนังสือ	6(8.6)	23(32.9)	22(31.4)	19(27.1)
3. ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีผลรบกวนการพบปะ สังสรรค์กับเพื่อนฝูง	20(28.6)	21(30.0)	17(24.3)	12(17.1)
4. ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีผลรบกวน ความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์	32(45.7)	17(24.3)	10(14.3)	11(15.7)
5. ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีผลรบกวน ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่สร้าง ความเพลิดเพลินให้กับฉัน	21(30.0)	22(31.4)	12(17.2)	15(21.4)
6. ฉันคิดว่าความเหนื่อยล้าที่ฉันรู้สึกมีความ รุนแรง	4(5.7)	23(32.9)	21(30.0)	22(31.4)
ด้านอารมณ์ (affecting meaning)				
7. ความรู้สึกที่มีต่อความเหนื่อยล้าเกี่ยวกับ ความน่าพอใจ – ไม่น่าพอใจ	3(4.3)	15(21.4)	23(32.9)	29(41.4)
8. ความรู้สึกที่มีต่อความเหนื่อยล้าเกี่ยวกับ ยอมรับได้ – ยอมรับไม่ได้	9(12.8)	20(28.6)	18(25.7)	23(32.9)
9. ความรู้สึกที่มีต่อความเหนื่อยล้าเกี่ยวกับ เป็นอันตราย – เป็นอันตราย	3(4.3)	18(25.7)	16(22.9)	33(47.1)
10. ความรู้สึกที่มีต่อความเหนื่อยล้าเกี่ยวกับ เป็นคุณ – เป็นโทษ	0(0.0)	9(12.9)	27(38.6)	34(48.6)

ตาราง 8 (ต่อ)

ความเหนื่อยล้า	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	เล็กน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)
11. ความรู้สึกที่มีต่อความเหนื่อยล้าเกี่ยวกับ ความปกติ – ไม่ปกติ	6(8.6)	16(22.9)	26(37.1)	22(31.4)
ด้านความรู้สึก (sensory)				
12. ความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับ ความแข็งแรง – อ่อนแอ	9(12.9)	26(37.1)	22(31.4)	13(18.6)
13. ความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความตื่นตัว – ง่วงเหงาหาวนอน	12(17.1)	27(38.6)	18(25.7)	13(18.6)
14. ความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความมี ชีวิตชีวา – เชื่องซึม	8(11.5)	21(30.0)	26(37.1)	15(21.4)
15. ความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับ ความมีชีวิตชีวา – เชื่องซึม	6(8.6)	25(35.7)	25(35.7)	14(20.0)
16. ความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความ กระฉับกระเฉง – ไม่มีเรี่ยวแรง	6(8.6)	31(44.3)	22(31.4)	11(15.7)
ด้านสติปัญญา (cognitive)				
17. ความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับ ความใจเย็น – ใจร้อน	2(2.9)	29(41.4)	27(38.6)	12(17.1)
18. ความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความผ่อนคลาย – ความตึงเครียด	3(4.3)	20(28.6)	23(32.9)	24(34.2)
19. ความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับ ความร่าเริง – ความซึมเศร้า	6(8.6)	27(38.6)	22(31.4)	15(21.4)
20. ความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความมี สมาธิ – ไม่มีสมาธิ	6(8.6)	30(42.8)	27(38.6)	7(10.0)
21. ความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับ ทำอะไรได้ดี – ทำอะไรไม่ได้เลย	9(12.9)	34(48.5)	18(25.7)	9(12.9)
22. ความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับ สมองปลอดโปร่ง – สมองไม่ปลอดโปร่ง	6(8.5)	28(40.0)	27(38.6)	9(12.9)

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ค่ามัธยฐาน (*Md*) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (*QD*) ค่าต่ำสุด (*Min*) ค่าสูงสุด (*Max*) ความเบ้ (*Skewness value*) ความโค้ง (*Kurtosis value*) และระดับของความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลเด็กโรคลมชักแบ่งตามรายชื่อ (*N = 70*)

ความเหนื่อยล้า	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	Min	Max	Skewness value	Kurtosis value	ระดับ
ด้านพฤติกรรม								
(behavioral)								
1. ความรู้สึกเหนื่อยล้าทำให้ฉันมีความทุกข์ทรมาน	6.74	3.17	-	0	10	- 1.78	- 1.80	ปานกลาง
2. ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีผลรบกวนความสามารถในการทำงานหรือการเรียน	4.65	3.13	-	0	10	1.05	- 1.59	ปานกลาง
3. ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีผลรบกวนการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง	3.27	3.20	-	0	10	2.61	- 1.00	เล็กน้อย
4. ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีผลรบกวนความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์	-	-	1.00	0	10	3.80	0.03	-
5. ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีผลรบกวนความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่สร้างความเพลิดเพลินให้กับฉัน	3.30	3.32	-	0	10	2.44	1.45	เล็กน้อย
6. ฉันคิดว่าความเหนื่อยล้าที่ฉันรู้สึกมีความรุนแรง	5.17	3.26	-	0	10	0.73	- 2.05	ปานกลาง

ตาราง 9 (ต่อ)

ความเหนื่อยล้า	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i> (<i>QD</i>)	Min	Max	Skewness value	Kurtosis value	ระดับ
ด้านอารมณ์								
(affecting meaning)								
7. ความรู้สึกที่มีต่อความเหนื่อยล้าเกี่ยวกับความน่าพอใจ – ไม่น่าพอใจ	5.88	3.18	-	0	10	- 0.32	- 2.12	ปานกลาง
8. ความรู้สึกที่มีต่อความเหนื่อยล้าเกี่ยวกับยอมรับได้ – ยอมรับไม่ได้	4.79	3.36	-	0	10	0.51	- 2.29	ปานกลาง
9. ความรู้สึกที่มีต่อความเหนื่อยล้าเกี่ยวกับไม่เป็นอันตราย – เป็นอันตราย	5.94	3.22	-	0	10	- 0.67	- 2.28	ปานกลาง
10. ความรู้สึกที่มีต่อความเหนื่อยล้าเกี่ยวกับเป็นคุณ – เป็นโทษ	6.45	2.68	-	1	10	- 1.04	- 1.43	ปานกลาง
11. ความรู้สึกที่มีต่อความเหนื่อยล้าเกี่ยวกับความปกติ – ไม่ปกติ	4.95	2.91	-	0	10	- 0.37	- 1.64	ปานกลาง
ด้านความรู้สึก (sensory)								
12. ความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความแข็งแรง – อ่อนแอ	3.70	2.65	-	0	9	1.26	- 1.62	เล็กน้อย
13. ความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความตื่นตัว – ง่วงเหงาหาวนอน	3.58	2.86	-	0	10	1.84	- 1.27	เล็กน้อย

ตาราง 9 (ต่อ)

ความเหนื่อยล้า	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i> (<i>QD</i>)	Min	Max	Skewness value	Kurtosis value	ระดับ
14. ความรู้สึกที่มีต่อ ตนเองเกี่ยวกับความมี ชีวิตชีวา – เชื่องซึม	4.22	2.72	-	0	10	0.49	- 1.48	ปานกลาง
15. ความรู้สึกที่มีต่อ ตนเองเกี่ยวกับความ สดชื่น – เหนื่อยหน่าย	4.17	2.67	-	0	10	0.91	- 1.39	ปานกลาง
16. ความรู้สึกที่มีต่อ ตนเองเกี่ยวกับความ กระฉับกระเฉง – ไม่มี เรี่ยวแรง	3.70	2.58	-	0	10	1.93	- 0.81	เล็กน้อย
ด้านสติปัญญา (cognitive)								
17. ความรู้สึกที่มีต่อ ตนเองเกี่ยวกับความใจ เย็น - ใจร้อน	4.32	2.39	-	0	10	1.44	- 0.87	ปานกลาง
18. ความรู้สึกที่มีต่อ ตนเองเกี่ยวกับความผ่อน คลาย – ความตึงเครียด	5.15	2.71	-	0	10	- 0.24	- 1.78	ปานกลาง
19. ความรู้สึกที่มีต่อ ตนเองเกี่ยวกับความ ร่าเริง – ความซึมเศร้า	4.00	2.65	-	0	9	0.85	- 1.85	ปานกลาง
20. ความรู้สึกที่มีต่อ ตนเองเกี่ยวกับความ มีสมาธิ – ไม่มีสมาธิ	3.70	2.28	-	0	10	1.75	0.31	ปานกลาง
21. ความรู้สึกที่มีต่อ ตนเองเกี่ยวกับจำอะไร ได้ดี – จำอะไรไม่ได้เลย	3.28	2.37	-	0	9	1.68	- 1.64	เล็กน้อย

ตาราง 9 (ต่อ)

ความเหนื่อยล้า	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i> (<i>QD</i>)	Min	Max	Skewness value	Kurtosis value	ระดับ
22. ความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับสมอง ปลอดโปร่ง – สมองไม่ ปลอดโปร่ง	3.91	2.40	-	0	10	0.87	- 0.88	เล็กน้อย

ตาราง 10

จำนวนและร้อยละของความวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักแบ่งตามรายชื่อ (*N* = 70)

ความวิตกกังวล	ไม่เลย จำนวน (ร้อยละ)	มีบ้าง จำนวน (ร้อยละ)	มีค่อนข้างมาก จำนวน (ร้อยละ)	มีมากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
1. ฉันรู้สึกสงบ	8(11.4)	44(62.9)	18(25.7)	0(0.0)
2. ฉันรู้สึกมั่นคงในชีวิต	6(8.6)	43(61.4)	17(24.3)	4(5.7)
3. ฉันรู้สึกดีเกี่ยวกับ*	4(5.7)	30(42.9)	23(32.9)	13(18.5)
4. ฉันรู้สึกเสียใจ*	5(7.1)	36(51.4)	23(32.9)	6(8.6)
5. ฉันรู้สึกสบายใจ	22(31.4)	30(42.9)	13(18.6)	5(7.1)
6. ฉันรู้สึกหงุดหงิด*	12(17.2)	40(57.1)	17(24.3)	1(1.4)
7. ฉันรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆที่ อาจจะเกิดขึ้น*	4(5.7)	26(37.2)	25(35.7)	15(21.4)
8. ฉันรู้สึกว่าได้พักผ่อน	12(17.1)	38(54.3)	18(25.7)	2(2.9)
9. ฉันรู้สึกวิตกกังวล*	3(4.3)	27(38.6)	24(34.3)	16(22.8)
10. ฉันรู้สึกสะดวกสบาย	17(24.3)	40(57.1)	13(18.6)	0(0.0)
11. ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง	9(12.9)	38(54.2)	21(30.0)	2(2.9)
12. ฉันรู้สึกตื่นตัวง่าย*	6(8.6)	44(62.8)	18(25.7)	2(2.9)
13. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย*	4(5.7)	43(61.5)	22(31.4)	1(1.4)
14. ฉันรู้สึกอึดอัดใจ*	4(5.7)	46(65.7)	17(24.3)	3(4.3)
15. ฉันรู้สึกผ่อนคลาย	11(15.7)	39(55.7)	19(27.1)	1(1.4)
16. ฉันรู้สึกพึงพอใจ	23(32.9)	33(47.1)	11(15.7)	3(4.3)

ตาราง 10 (ต่อ)

ความวิตกกังวล	ไม่เลย	มีบ้าง	มีค่อนข้างมาก	มีมากที่สุด
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
17. ฉันรู้สึกกังวลใจ*	1(1.4)	37(52.8)	23(32.9)	9(12.9)
18. ฉันรู้สึกตื่นตระหนก*	6(8.6)	44(62.8)	17(24.3)	3(4.3)
19. ฉันรู้สึกรำแริงเบิกบาน	15(21.4)	34(48.6)	20(28.6)	1(1.4)
20. ฉันรู้สึกแจ่มใส	13(18.6)	34(48.5)	21(30.0)	2(2.9)

* ข้อคำถามที่เป็นลบ

ตาราง 11

ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ความเบ้ ($Skewness$ value) ความโด่ง ($Kurtosis$ value) ของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็ก โรคคมชักแบ่งตามรายชื่อ ($N = 70$)

ความวิตกกังวล	M	SD	Min	Max	Skewness value	Kurtosis value
1. ฉันรู้สึกสงบ	2.86	0.60	2	4	0.18	- 0.39
2. ฉันรู้สึกมั่นคงในชีวิต	2.70	0.70	1	4	- 2.13	1.01
3. ฉันรู้สึกดีใจ	2.64	0.85	1	4	0.66	- 1.36
4. ฉันรู้สึกเสียใจ*	2.43	0.75	1	4	1.24	- 0.24
5. ฉันรู้สึกสบายใจ	2.99	0.89	1	4	- 2.09	- 0.55
6. ฉันรู้สึกหงุดหงิด*	2.10	0.68	1	4	0.53	- 0.22
7. ฉันรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้น*	2.72	0.86	1	4	0.05	- 1.47
8. ฉันรู้สึกว่าได้พักผ่อน	2.86	0.72	1	4	- 0.83	- 0.17
9. ฉันรู้สึกวิตกกังวล*	2.75	0.85	1	4	0.25	- 1.65
10. ฉันรู้สึกสะดวกสบาย	3.05	0.65	2	4	- 0.21	- 1.09
11. ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง	2.77	0.70	1	4	- 0.54	- 0.16
12. ฉันรู้สึกตื่นตึ่งง่าย*	2.23	0.64	1	4	1.53	1.06
13. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย*	2.86	0.59	1	4	0.89	0.23

ตาราง 11 (ต่อ)

ความวิตกกังวล	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max	Skewness value	Kurtosis value
14. ฉันรู้สึกอึดอัดใจ*	2.27	0.63	1	4	2.62	1.71
15. ฉันรู้สึกผ่อนคลาย	2.86	0.69	1	4	- 0.29	- 0.41
16. ฉันรู้สึกพึงพอใจ	3.09	0.81	1	4	- 2.31	0.13
17. ฉันรู้สึกกังวลใจ*	2.57	0.73	1	4	2.27	- 0.88
18. ฉันรู้สึกตื่นตระหนก*	2.24	0.67	1	4	2.00	1.25
19. ฉันรู้สึกร่าเริงเบิกบาน	2.90	0.75	1	4	- 0.18	- 1.18
20. ฉันรู้สึกแจ่มใส	2.82	0.76	1	4	- 0.37	- 0.81

* ข้อคำถามที่เป็นลบ

ตาราง 12

จำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลแบ่งตามรายข้อ

(N = 70)

ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชัก (seizure worry)

คุณภาพชีวิต	ตลอดเวลา	ส่วนมาก	พอควร	เป็นบ้าง	เล็กน้อย	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
11. ฉันรู้ว่าเด็กวิตกกังวลว่าจะมีการชัก อีก	2(2.9)	18(25.7)	10(14.3)	16(22.8)	17(24.3)	7(10.0)

คุณภาพชีวิต	มาก	บางครั้ง	ไม่เลย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
22. ฉันรู้ว่าเด็กวิตกกังวลว่าจะมีอาการบาดเจ็บขณะชัก	19(27.1)	22(31.4)	29(41.5)

ตาราง 12 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	มากที่สุด	บางครั้ง	เล็กน้อย	ไม่เลย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
21. ฉันรับรู้ว่าเด็กกลัวว่าจะมีอาการชักใน เดือนหน้า	16(22.9)	15(21.4)	22(31.4)	17(24.3)
23. เมื่อเด็กคิดว่าเดือนหน้ามีโอกาสจะชักอีก ฉันรับรู้ว่าคุณกังวลมากแค่ไหนว่าจะอายุคน อื่นหรือมีปัญหาทางสังคมอื่นๆ	6(8.6)	13(18.6)	18(25.7)	33(47.1)

คุณภาพชีวิต	ไม่ รบกวน	รบกวน น้อย	รบกวน ปานกลาง	รบกวน มาก	รบกวน มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
25. อาการชัก	5(7.1)	20(28.6)	27(38.6)	12(17.1)	6(8.6)

ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม (overall QOL)

คุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
1. คุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กในขณะนี้เป็นอย่างไรร		
0 – 3	16	22.8
4 – 6	20	28.6
7 – 10	34	48.6
14. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาฉันรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของเด็ก เป็น อย่างไร		
ดีมาก (ไม่มีอะไรดีกว่านี้อีกแล้ว)	3	4.3
ค่อนข้างดี	50	71.4
ดีและแย่มากๆ กัน	12	17.1
ค่อนข้างแย่	5	7.1
แย่มาก (ไม่มีอะไรแย่กว่านี้อีกแล้ว)	0	0.0

ตาราง 12 (ต่อ)

ด้านสุขภาพทางอารมณ์ (emotional well - being)

คุณภาพชีวิต	ตลอดเวลา จำนวน (ร้อยละ)	ส่วนมาก จำนวน (ร้อยละ)	พอควร จำนวน (ร้อยละ)	เป็นบ้าง จำนวน (ร้อยละ)	เล็กน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)
3. ฉันรับรู้ว่าคุณมีความวิตกกังวลสูง	2(2.9)	15(21.4)	12(17.1)	17(24.3)	19(27.2)	5(7.1)
4. ฉันรับรู้ว่าคุณเศร้าลงอย่างกระทันหัน และไม่มีอะไรที่จะทำให้คุณมีกำลังใจดีขึ้น	0(0.0)	6(8.6)	11(15.7)	14(20.0)	18(25.7)	21(30.0)
5. ฉันรับรู้ว่าคุณมีความสุขและสงบ	0(0.0)	21(30.0)	36(51.5)	8(11.4)	4(5.7)	1(1.4)
7. ฉันรับรู้ว่าคุณเศร้า หดหู่ ท้อแท้ ท้อใจ	1(1.4)	5(7.1)	9(12.9)	25(35.7)	20(28.6)	10(14.3)
9. ฉันรับรู้ว่าคุณเป็นคนที่มีความสุขดี	4(5.7)	15(21.4)	42(60.0)	2(2.9)	6(8.6)	1(1.4)
ด้านพลังกำลังหรือความเหนื่อยล้า (energy, fatigue)						
2. ฉันรับรู้ว่าคุณมีความกล้าหรือกระตือรือร้นที่จะทำสิ่งต่างๆ (มีชีวิตชีวา)	3(4.3)	9(12.9)	32(45.7)	19(27.1)	4(5.7)	3(4.3)
6. ฉันรับรู้ว่าคุณมีพลังในการทำสิ่งต่างๆ	4(5.7)	19(27.1)	32(45.8)	10(14.3)	4(5.7)	1(1.4)
8. ฉันรับรู้ว่าคุณเบื่อหน่าย เหนื่อยหน่าย เหมือนหมดแรงและกำลังที่จะทำอะไรต่อไป	1(1.4)	9(12.9)	10(14.3)	22(31.4)	21(30.0)	7(10.0)
10. ฉันรับรู้ว่าคุณเหนื่อย	0(0.0)	10(14.3)	15(21.4)	21(30.0)	21(30.0)	3(4.3)

ตาราง 12 (ต่อ)

ด้านกระบวนการคิดรู้ (cognitive functioning)

คุณภาพชีวิต	ตลอดเวลา	ส่วนมาก	พอควร	เป็นบ้าง	เล็กน้อย	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
12. ฉันรับรู้ว่าคุณมีความยากลำบากในการหาเหตุผลหรือแก้ปัญหาต่างๆ (เช่น การวางแผน การตัดสินใจ การเรียนรู้สิ่งใหม่)	0(0.0)	14(20.0)	18(25.7)	25(35.7)	7(10.0)	6(8.6)
16. มีคนบอกว่าฉันมีปัญหาเรื่องความจำ	3(4.3)	10(14.3)	8(11.4)	14(20.0)	20(28.6)	15(21.4)
17. ฉันรับรู้ว่าคุณมีปัญหาเรื่องสมาธิในการอ่าน	4(5.8)	21(30.0)	(21.4)	15(21.4)	10(14.3)	5(7.1)
18. ฉันรับรู้ว่าคุณมีปัญหาเรื่องสมาธิในการทำอะไรต่างๆ	2(2.9)	20(28.6)	18(25.7)	14(20.0)	11(15.7)	5(7.1)

คุณภาพชีวิต	มาก	มีบ้าง	เล็กน้อย	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
15. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันรับรู้ว่าคุณมีปัญหาเรื่องความจำหรือไม่	11(15.7)	28(40.0)	18(25.7)	13(18.6)

ตาราง 12 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ไม่รบกวน	รบกวน	รบกวน	รบกวน	รบกวน
		น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
26. ความบกพร่องเรื่องความจำ เช่น หลงๆ ลืมๆ	12(17.1)	22(31.4)	20(28.7)	12(17.1)	4(5.7)

ด้านผลจากการใช้ยากันชัก (medication effect)

คุณภาพชีวิต	มากที่สุด	บางครั้ง	เล็กน้อย	ไม่เลย
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
24. ฉันรับรู้ว่าเด็กกังวลว่ายากัน ชักที่ทานจะมีผลไม่ดีเมื่อทาน ไปนานๆ	26(37.2)	14(20.0)	19(27.1)	11(15.7)

คุณภาพชีวิต	ไม่รบกวน	รบกวน	รบกวน	รบกวน	รบกวน
		น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
29. ผลทางร่างกายของยากันชัก เช่น ทำให้เกิดอาการวิงเวียน ง่วงนอน ปวดท้อง เป็นต้น	27(38.6)	14(20.0)	18(25.7)	8(11.4)	3(4.3)
30. ผลทางจิตใจของยากันชัก เช่น วิตกกังวลว่าจะมีอาการข้างเคียง จากยาที่กิน เป็นต้น	13(18.6)	17(24.2)	16(22.9)	15(21.4)	9(12.9)

ตาราง 12 (ต่อ)

ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม (social function health status)

คุณภาพชีวิต	ตลอดเวลา	ส่วนมาก	พอควร	เป็นบ้าง	เล็กน้อย	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
13. ฉันรับรู้ว่าคุณภาพของเด็กทำให้เด็กมีข้อจำกัดในเรื่องกิจกรรมทางสังคม (เช่น การไปเยี่ยมเยียนญาติสนิทหรือพบปะเพื่อนฝูง)	1(1.4)	4(5.7)	7(10.0)	16(22.9)	8(11.4)	34(48.6)
คุณภาพชีวิต	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มี	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
19. ฉันรับรู้ว่ารบกวนการทำกิจกรรมในเวลาว่างเช่น งานอดิเรก ไปนอกบ้าน	5(7.1)	5(7.1)	19(27.2)	18(25.7)	23(32.9)	
20. ฉันรับรู้ว่ารบกวนการขับรถของเด็ก (รถ หมายถึง รถทุกชนิด เช่น รถจักรยาน รถมอเตอร์ไซด์ รถยนต์) หรือฉันรู้ว่ารบกวนการเดินทางของเด็ก	6(8.6)	7(10.0)	10(14.3)	19(27.1)	28(40.0)	

ตาราง 12 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ไม่รบกวน	รบกวน	รบกวน	รบกวน	รบกวน
	จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
27. ความจำกัดเรื่องการทำงาน เช่น ทำงานอะไรไม่ค่อยได้	17(24.3)	20(28.6)	17(24.3)	12(17.1)	4(5.7)
28. ความจำกัดทางการเข้าสังคม เช่น ไม่อยากพบปะหรือพูดคุยกับ ใคร	30(43.0)	19(27.1)	19(27.1)	1(1.4)	1(1.4)
คุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ			
31. ภาวะสุขภาพของเด็กโดยรวมอยู่ในระดับใด					
0 – 30	3	4.3			
31 – 60	14	20.0			
61 – 70	12	17.1			
71 - 100	41	58.6			

ตาราง 13

ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ค่ามัธยฐาน (*Md*) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (*QD*) ค่าต่ำสุด (*Min*) ค่าสูงสุด (*Max*) ความเบ้ (*Skewness value*) ความโค้ง (*Kurtosis value*) และระดับของคะแนนคุณภาพชีวิตของเด็ก โรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลแบ่งตามรายชื่อ (*N = 70*)

คุณภาพชีวิต	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	Min	Max	Skewness value	Kurtosis value	ระดับ
ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชัก (seizure worry)								
11. ฉันรับรู้ว่ามีเด็กวิตกกังวลว่าจะมีการชักอีก	54.00	28.35	-	0	100	-0.15	-2.06	ปานกลาง
21. ฉันรับรู้ว่ามีเด็กกลัวว่าจะมีอาการชักในเดือนหน้า	52.41	36.67	-	0	100	-0.54	-2.26	ปานกลาง
22. ฉันรับรู้ว่ามีเด็กวิตกกังวลว่าจะมีอาการขาดเจ็บขณะชัก	57.14	41.08	-	0	100	-0.95	-2.59	ปานกลาง
23. เมื่อเด็กคิดว่าเดือนหน้ามีโอกาสจะชักอีก ฉันรับรู้ว่ามีเด็กวิตกกังวลมากแค่ไหนว่าจะอายุคนอื่นหรือมีปัญหาทางสังคมอื่นๆ	70.50	33.41	-	0	100	-2.70	-1.07	ปานกลาง
25. อาการชัก	52.14	26.15	-	0	100	-0.89	-0.61	ปานกลาง
ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม (overall QOL)								
1. คุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กในขณะนี้	56.86	27.06	-	0	100	-2.11	-1.23	ปานกลาง
14. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาฉันรับรู้ภาพรวมชีวิตของเด็ก	-	-	75.00 (3.13)	25	100	-4.26	2.84	-

ตาราง 13 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i> (<i>QD</i>)	Min	Max	Skewness value	Kurtosis value	ระดับ
ด้านสุขภาพทางอารมณ์ (emotional well - being)								
3. ฉันรับรู้ว่ามี ความวิตกกังวลสูง	54.57	26.79	-	0	100	-0.54	-1.80	ปานกลาง
4. ฉันรับรู้ว่ามี ลงอย่างกระตั้นหัน และไม่มีอะไรที่จะทำ ให้เด็กมีกำลังใจดีขึ้น	70.57	26.09	-	20	100	-1.63	-1.63	ปานกลาง
5. ฉันรับรู้ว่ามี ความสุขและสงบ	-	-	60.00 (10.00)	0	80	-3.81	2.67	-
7. ฉันรับรู้ว่ามี หดหู่ ท้อแท้ ท้อใจ	65.14	23.27	-	0	100	-1.62	-0.00	ปานกลาง
9. ฉันรับรู้ว่ามี คนที่มีความสุขดี	61.71	19.48	-	0	100	-2.64	2.87	ปานกลาง
ด้านพลังกำลังหรือความเหนื่อยล้า (energy, fatigue)								
2. ฉันรับรู้ว่ามี ความกล้าหรือ กระตือรือร้นที่จะทำ สิ่งต่างๆ (มีชีวิตชีวา)	56.86	27.06	-	0	100	-2.11	-1.23	ปานกลาง
6. ฉันรับรู้ว่ามี พลังในการทำสิ่ง ต่างๆ	61.71	20.07	-	0	100	-1.85	1.27	ปานกลาง
8. ฉันรับรู้ว่ามี หน่าย เหนื่อยหน่าย เหมือนหมดแรงและ กำลังที่จะทำอะไร ต่อไป	61.14	24.53	-	0	100	-1.40	-0.88	ปานกลาง

ตาราง 13 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i> (<i>QD</i>)	Min	Max	Skewness value	Kurtosis value	ระดับ
10. ฉันรับรู้ว่าคุณ เหนื่อย	57.71	22.47	-	20	100	- 0.74	- 1.54	ปานกลาง
ด้านกระบวนการคิด (cognitive functioning)								
12. ฉันรับรู้ว่าคุณ มีความยากลำบากใน การหาเหตุผลหรือ แก้ปัญหาต่างๆ (เช่น การวางแผน การ ตัดสินใจ การเรียนรู้สิ่งใหม่)	52.29	23.41	-	20	100	1.25	- 0.81	ปานกลาง
15. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันรับรู้ว่าคุณ มีปัญหาเรื่องความจำ หรือไม่	49.00	32.58	-	0	100	0.63	- 1.65	ต่ำ
16. มีคนบอกว่าคุณ มีปัญหาเรื่องความจำ	63.71	29.74	-	0	100	- 1.81	- 1.40	ปานกลาง
17. ฉันรับรู้ว่าคุณ มีปัญหาเรื่องสมาธิใน การอ่าน	46.00	27.53	-	0	100	1.15	- 1.45	ต่ำ
18. ฉันรับรู้ว่าคุณ มีปัญหาเรื่องสมาธิใน การทำอะไรต่างๆ	47.71	26.44	-	0	100	1.29	1.43	ต่ำ
26. ความบกพร่อง เรื่องความจำ เช่น หลงๆลืมๆ	59.29	28.29	-	0	100	- 1.01	- 1.16	ปานกลาง

ตาราง 13 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i> (<i>QD</i>)	Min	Max	Skewness value	Kurtosis value	ระดับ
ด้านผลจากการใช้ยากันชัก (medication effect)								
24. ฉันรับรู้ว่าเด็ก กังวลว่ายากันชักที่ ทานจะมีผลไม่ดีเมื่อ ทานไปนานๆ	40.50	37.25	-	0	100	0.94	- 2.37	ต่ำ
29. ผลทางร่างกาย ของยากันชักเช่น ทำ ให้เกิดอาการวิงเวียน ง่วงนอน ปวดท้อง เป็นต้น	69.29	30.15	-	0	100	- 1.97	- 1.26	ปานกลาง
30. ผลทางจิตใจของ ยากันชัก เช่น วิดก กังวลว่าจะมีอาการ ข้างเคียงจากยาที่กิน เป็นต้น	53.56	32.77	-	0	100	- 0.39	- 1.95	ปานกลาง
ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม (social function health status)								
13. ฉันรับรู้ว่าคุณภาพ ของเด็กทำให้เด็กมี ข้อจำกัดในเรื่อง กิจกรรมทางสังคม (เช่น การไปเยี่ยมเยียน ญาติสนิทหรือพบปะ เพื่อนฝูง)	76.57	27.23	-	0	100	- 2.96	- 0.50	ดี
19. ฉันรับรู้ว่ารบกวน การทำกิจกรรมใน เวลาว่างเช่น งาน อดิเรก ไปนอกบ้าน	67.50	30.20	-	0	100	2.31	- 0.58	ปานกลาง

ตาราง 13 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i> (<i>QD</i>)	Min	Max	Skewness value	Kurtosis value	ระดับ
20. ฉันรับรู้ว่ารบกวน การขับรถของเด็ก (รถ หมายถึง รถทุก ชนิดเช่น รถจักรยาน รถมอเตอร์ไซด์ รถยนต์) หรือฉันรับรู้ ว่ารบกวนการ เดินทางของเด็ก	-	-	75.00 (25.00)	0	100	- 3.03	- 0.66	-
27. ความจำกัดเรื่อง การทำงาน เช่น ทำงานอะไรไม่ค่อย ได้	62.14	30.02	-	0	100	- 1.23	- 1.47	ปานกลาง
28. ความจำกัด ทางการเข้าสังคม เช่น ไม่อยากพบปะหรือ พูดคุยกับใคร	77.14	23.60	-	0	100	- 2.46	- 0.02	ดี
31. ภาวะสุขภาพของ เด็กโดยรวมอยู่ใน ระดับใด	-	-	80.00 (6.25)	20	90	- 4.52	2.83	-

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. อาจารย์นายแพทย์พีพัฒน์ เทวมิตร
กุมารแพทย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันธนี วิรุฬห์พานิช
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. นางผกายมาศ กิตติวิทยากุล
พยาบาลชำนาญการพิเศษ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวรัชฎลักษณ์ ตติยไตรรงค์

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5410420028

วุฒิการศึกษา

วุฒิ
พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ชื่อสถาบัน
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาด
ไทย

ปีที่สำเร็จการศึกษา
2551

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน (ถ้ามี)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ