

บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้
ของผู้ดูแล

ธัญลักษณ์ ตติยไตรรงค์* บุษกร พันธเมธาฤทธิ์** วันธนี วิรุฬห์พานิช***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล และ ความวิตกกังวลของผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลที่พาเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่นมารับการตรวจรักษาที่คลินิกเด็ก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 70 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล 3) ความวิตกกังวลของผู้ดูแล และ 4) คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ชุดที่ 2 - 4 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.98, 0.88 และ 0.77 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายและสถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลาง ความวิตกกังวลของผู้ดูแล สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักได้ ร้อยละ 8.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ -0.29 ($p < 0.05$) ส่วนภาระการดูแล ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักได้ ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ดูแลในการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างโปรแกรมหรือแนวทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักให้ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล; ความวิตกกังวล; คุณภาพชีวิต; เด็กโรคลมชัก; ผู้ดูแล

* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ผู้เขียนหลัก: jajunum1@hotmail.com

** รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า เป็นโรคทางระบบประสาทที่เรื้อรังและมักเกิดอาการซ้ำขึ้นโดยไม่มีปัจจัยใดๆ มากกระตุ้น สร้างความตกใจ วิตกกังวลหรือหวาดกลัวต่อบิดา มารดาผู้พบเห็น หรือเพื่อนร่วมชั้นเรียน ร้อยละ 10.0 ของประชากรทั่วโลก ทุกเพศทุกวัยที่มีปัญหาทางด้านสมองและจิตเวชนั้น มีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า¹ จากสถิติองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2016 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกกว่า 50 ล้านคน ประเทศไทยพบอุบัติการณ์เด็กโรคซึมเศร้า 40 คนต่อ 100,000 คนต่อปี โรคซึมเศร้าในเด็กส่วนใหญ่เริ่มเป็นในวัยเด็กเล็ก โดย ร้อยละ 18.0 เกิดขึ้นในช่วงปีแรก ร้อยละ 33.0 เกิดขึ้นในช่วงอายุ 2 - 5 ปี ร้อยละ 31.0 เกิดขึ้นในช่วงอายุ 6 - 10 ปี และร้อยละ 18.0 เกิดขึ้นในช่วงอายุ 11 - 15 ปี² จากสถิติผู้ป่วยที่คลินิกเด็กโรคระบบประสาท หน่วยผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2548 - 2558 พบผู้ป่วยเด็กโรคซึมเศร้าอายุตั้งแต่ 6 - 17 ปี จำนวนเฉลี่ย 338.91 คน โดยจะมีทั้งผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างเดียวและผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอื่นๆ ร่วมด้วย³

โรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและเด็ก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ⁴ และบทบาทการดำเนินชีวิต ผลกระทบทางด้านร่างกายต่อผู้ดูแล ได้แก่ ความเหนื่อยล้า อาการปวดศีรษะ⁵ ต่อเด็ก ได้แก่ อุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้นภาวะพร่องออกซิเจน⁶ เมื่อเกิดอาการซ้ำขึ้น ผลกระทบทางด้านจิตใจต่อผู้ดูแล ได้แก่ วิตกกังวล เครียดอย่างมาก เพราะไม่รู้ว่าเด็กจะเกิดอาการซ้ำขึ้นมาเมื่อใด² อารมณ์แปรปรวน (mood swings)⁵ รู้สึกผิด โกรธ คุณค่าในตนเองลดลง สับสน ซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม⁴ ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจของเด็กเช่นเดียวกับผู้ดูแล ผลกระทบทางด้านบทบาทการดำเนินชีวิต ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหารเร็วขึ้นนอนหลับพักผ่อนน้อยลง⁴ ทำให้มีปัญหาการปรับตัว เกิดปัญหาการขัดแย้งกันในครอบครัว และปัญหาทางการเงิน⁵ ต่อเด็ก ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนผิดปกติ ส่งผลต่อความรู้สึกเหนื่อยล้าตลอดทั้งวัน พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงและส่งผลกระทบต่อการศึกษา⁶ ซึ่งผลกระทบของโรคซึมเศร้าทั้งในเด็กโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล ทำให้เด็กโรคซึมเศร้ามีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตของเด็กโรคซึมเศร้า หมายถึง การรับรู้ของเด็กโรคซึมเศร้า ความรู้สึกพึงพอใจซึ่งเป็นความพึงพอใจทุกด้านของชีวิต ขึ้นอยู่กับทัศนคติ ความเชื่อและสถานะในชีวิตที่แวดล้อมไปด้วยค่านิยมและวัฒนธรรมของสภาพความเป็นอยู่ของบุคคลนั้นๆ⁷ ซึ่งจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง ทัศนคติ ความเชื่อและการกระทำของบุคคลนั้นๆ⁸ ประกอบด้วย 7 ด้าน⁹ ครอบคลุม 4 ด้านของชีวิต ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยเฉพาะเด็กโรคซึมเศร้าในช่วงวัยเรียนและวัยรุ่น เด็กวัยเรียนเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อ เป็นช่วงวัยที่ต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้เข้าสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ เช่น ครู บทเรียน สถานที่ ระเบียบวินัย เมื่อเด็กวัยเรียนต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยโรคซึมเศร้า และแรงกดดันจากผู้ดูแล ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับวัยรุ่นที่เป็นช่วงไปโรงเรียนค้นหาสิ่งใหม่ๆ หากต้องเผชิญกับโรคซึมเศร้า แรงกดดันในครอบครัวและอคติทางสังคมที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นในการสำรวจผลกระทบต่อเด็กโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้ดูแลกลายเป็นผู้ป่วยที่ถูกมองข้าม⁵ ตามความเป็นจริงแล้ว ผู้ดูแลเกิดผลกระทบต่างๆ มากมายตามที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น โดยเฉพาะความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแล ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของเด็กโดยตรง จากการสำรวจเชิงคุณภาพของ Lua, Khairuzzaman, Aziz, et al.¹⁰ ในประเทศมาเลเซีย พบว่า ผู้ดูแลจะละเลยความเป็นอยู่ของตนเองระหว่างดูแลเด็กโรคซึมเศร้า เพราะเป็นห่วงความเป็นอยู่ของเด็กมากกว่าสิ่งอื่นๆ ทำให้สูญเสียพลังงานและเหนื่อยล้า เด็กพี่น้องคนอื่นๆ ที่ไม่เข้าใจ จะคิดว่าผู้ดูแลไม่สนใจตัวเองอีกต่อไปทำให้เกิดปัญหาในการบริหารจัดการดูแลเด็กโรคซึมเศร้าและพี่น้องคนอื่นๆ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลต้องแบกรับสถานการณ์เช่นนี้ เกิดความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น และความวิตกกังวล บางครอบครัวรู้สึกวิตกกังวลและเศร้าต่อโชคชะตา

ที่มีลูกไม่ปกติเหมือนกับครอบครัวอื่นๆ ทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้ วิตกกังวลต่ออาการชัก เนื่องจากไม่สามารถทราบได้ว่า เด็กจะมีอาการชักอีกเมื่อไหร่ ในปี ค.ศ. 2003 Williams, Steel, Sharp, et al.¹¹ และปี ค.ศ. 2008 Li, Ji, Qin, et al.¹² ทำวิจัยเกี่ยวกับความวิตกกังวลของบิดา มารดาต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก พบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลว่าอาการชักหรือยากันชัก จะทำให้เด็กสูญเสียความฉลาดหรือเป็นเนื้องอกในสมอง ความวิตกกังวลของมารดาสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามการรับรู้ของผู้ดูแลในสหรัฐอเมริกา ($p < 0.01$)¹¹ และประเทศจีน ($p = 0.00$)¹² โดยความวิตกกังวลของมารดาที่เพิ่มขึ้น จะทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักลดลง สาเหตุของความวิตกกังวลของมารดาเกิดจากความกลัวว่า เด็กจะตายเมื่อมีอาการชักซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมปกป้องคุ้มครองเด็กมากเกินไป และจำกัดกิจกรรมการเล่นอิสระของเด็ก มีผลทำให้คุณภาพชีวิตทั้งของเด็กและครอบครัวลดลง¹¹⁻¹²

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าและคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่า ยังไม่มีใครศึกษา แต่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอยู่ 1 เรื่อง ที่เป็นงานวิจัยเชิงสัมพันธ์ที่กล่าวถึงความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล กับคุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง¹³ นอกนั้นเป็นงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์และทำนายของภาวะการดูแลกับคุณภาพชีวิต ซึ่งภาวะการดูแลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ได้แก่ ภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา ($r = -0.40$, $p < 0.02$)¹⁴ และประเทศอินเดีย ($r = -0.56$, $p < 0.00$)¹⁵ ดังนั้น เด็กโรคลมชักที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยนาน และหลายชั่วโมงต่อวัน ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระและเกิดอาการเหนื่อยล้า¹⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2558 พบว่า ยังไม่มีงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักในประเทศไทยตามการรับรู้ของผู้ดูแล ส่วนผลวิจัยจากต่างประเทศอาจมีข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้โดยตรงกับเด็กไทย ได้แก่ ข้อจำกัดในเรื่อง วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน เช่น ลักษณะความเป็นอยู่ของผู้ดูแล การเลี้ยงดูเด็ก ภาวะการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแล ซึ่งส่งผลโดยตรงกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก พบว่า เด็กโรคลมชักที่มีปัญหาคุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกทำการศึกษาเฉพาะตัวแปรหรือปัจจัยคัดสรรที่สำคัญที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ 2 ตัวแปร (modifiable factors) คือ ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่นตามการรับรู้ของผู้ดูแล เพราะนอกจากผู้ดูแลมักจะถูกมองข้าม การเก็บข้อมูลในเด็กโรคลมชักที่มีปัญหาด้านสมอง โดยการให้ตอบแบบสอบถามที่มีความยาวและเนื้อหาหนัก อาจกระตุ้นให้เด็กเกิดอาการชักและได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการนำผลวิจัยไปจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม หากผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแล และสามารถจัดระเบียบการดำเนินชีวิตได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ย่อมทำให้เด็กโรคลมชักมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เป็นภาระของสังคมต่อไปในอนาคตอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับของความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล
2. ทดสอบความสามารถในการทำนายปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลและความวิตกกังวลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักวัยเรียนและวัยรุ่นตามการรับรู้ของผู้ดูแล

คำถามการวิจัย

1. ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล อยู่ในระดับใด
2. ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแล สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลได้หรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแล และความวิตกกังวลของผู้ดูแลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา

คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล ใช้แนวคิดของ Cramer, Perrine, Devinsky, et al.¹⁹ ประกอบด้วย 7 ด้าน 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) เด็กโรคลมชักมีปัญหาคุณภาพชีวิตในทุกๆ ด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติที่ไม่ได้เป็นโรค โดยเฉพาะด้านจิตใจและสังคม¹⁷ ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลเด็กและความวิตกกังวลส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของเด็ก เช่น ความวิตกกังวลต่ออาการชักเพิ่มขึ้น สุขภาวะทางอารมณ์แย่ลง เป็นต้น ซึ่งผลกระทบต่อด้านจิตใจส่งผลกระทบท่อด้านร่างกาย นอกจากนี้ แรงกดดันและความวิตกกังวลของผู้ดูแล ทำให้เด็กรับรู้ได้ถึงความผิดปกติของตนเอง เกิดความเครียด และความรู้สึกอึดอัดในตนเองต่ำ รู้สึกเป็นปมด้อย สูญเสียความเป็นตัวเอง ทำให้มีปัญหาการเข้าสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคม¹⁸

ความเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแล ใช้แนวคิดความเหนื่อยล้าของ Piper, Debbie, Dodd, et al.¹⁹ ซึ่งความเหนื่อยล้า แบ่งเป็น 2 มิติ คือ มิติจิตวิสัย (subjective dimension) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้สึก (sensory) 2) ด้านอารมณ์ (affective meaning) 3) ด้านสติปัญญา (cognitive) 4) ด้านพฤติกรรม (behavioral) และมิติวัตถุวิสัย (objective dimension) ประกอบด้วย อาการของความเหนื่อยล้าที่แสดงออกทางร่างกาย ชีวเคมี และพฤติกรรมที่แสดงออกมา สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาความเหนื่อยล้าเฉพาะที่เป็นมิติจิตวิสัย (subjective dimension) ตามการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดความเหนื่อยล้าของ Piper et al.¹⁹

ความวิตกกังวลของผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (state anxiety) ของ Spielberger²⁰ ซึ่งกล่าวว่า เป็นความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ เป็นการตอบสนองต่อความวิตกกังวลชั่วคราวขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ที่มาคุกคามนั้นๆ มีลักษณะเป็นปรนัยที่มีความกลัว เครียด และมีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์เป็นระดับที่ตื่นตัวมาก การรับรู้แคบลง กระฉับกระเฉงมากขึ้น หากความวิตกกังวลเป็นระดับรุนแรง จะทำให้การรับรู้แคบลงไปมาก กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ ความสามารถในการรับรู้ความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมลดลงหรือหมดไป และหากความวิตกกังวลถึงระดับรุนแรงสุดขีด จะทำให้เกิดภาวะตื่นกลัวสุดขีด การรับรู้ การสื่อสารเสียไป ไม่สามารถควบคุมตนเอง อาจกลัวมากจนเกิดความก้าวร้าวรุนแรง มีพลังมหาศาล หรืออาจหมดแรงหรือหมดสติไปเลย²⁰

สำหรับงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์หรือทำนายของความเหนื่อยล้าและความวิตกกังวลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล คือ ความรู้สึกเหนื่อยล้าในผู้ดูแลในระดับที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในด้านคุณภาพชีวิตลดลง¹³ การระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา ($p < 0.00$)¹⁴ และประเทศอินเดีย ($p < 0.00$)¹⁵ ความวิตกกังวลของมารดาสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศจีน ($p = 0.00$)¹² และประเทศสหรัฐอเมริกา ($p < 0.01$)¹¹ ดังนั้น ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแล คาดว่าจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักทั้งหมดในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักอายุ 6 - 17 ปี ที่พาเด็กมารับการรักษาที่คลินิกเด็ก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2558 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ดูแลหลักอยู่ร่วมครอบครัวกับเด็กอย่างน้อย 1 เดือน เนื่องจากเป็นระยะเวลาเพียงพอต่อการได้รับประสบการณ์ในฐานะผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก และเพียงพอต่อการรับรู้ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล และความวิตกกังวล สามารถฟัง อ่านและพูดภาษาไทยได้ เด็กโรคลมชักได้รับการรักษาด้วยยากันชัก ไม่เคยได้รับการผ่าตัด มีอาการชักอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และไม่เป็นโรคร่วมอย่างอื่นร่วมด้วยทั้งอาการทางกายและอาการทางจิต และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณของ ทรอนไดค์ อ้างตาม Worapongsathorn²¹ โดยคำนวณจากตัวแปรอิสระ 1 ตัวต่อกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย แล้วเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเข้าไปในขั้นสุดท้ายอีก 50 ราย หรือเขียนเป็นสูตร $N = 10k + 50$ เมื่อ N คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และ k คือ จำนวนตัวแปรต้น ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรอิสระ จำนวน 2 ตัว ได้แก่ ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล และความวิตกกังวลของผู้ดูแล ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวน 70 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน

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

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับบุตร ศาสนา อายุเมื่อเริ่มชัก อายุและวัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก มีอาการชักกี่ครั้งต่อปี จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ และเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ชนิดของโรคลมชัก ระยะเวลาเฉลี่ยของอาการชักแต่ละครั้ง อาการชักในช่วง 1 และ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โรคประจำตัวอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคลมชัก

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลของผู้ดูแล พัฒนาโดย Wangsaroj¹ โดยใช้ฐานแนวคิดของ Piper et al.¹⁹ ลักษณะคำตอบเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร เป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 - 10 ปลายเส้นตรงแต่ละด้านกำกับด้วยวลีที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการวัด การคิดคะแนน คือ นำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ แล้วนำคะแนนเฉลี่ยมาแปลผล ถ้าได้ 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

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก เฉพาะความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (STAI Form Y-1) ของ Spielberger²⁰ แปลเป็นภาษาไทยโดย Chanwatana, Chintanadilok, Apanakapun, et al.²² แบบสอบถามนี้ มีจำนวน 20 ข้อ จำแนกเป็นคำถามเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ คือ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 ซึ่งคะแนนจะเรียงจากน้อยไปหามาก 1, 2, 3, 4 และคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 ซึ่งคะแนนจะเรียงจากมากไปหาน้อย การคิดคะแนน ได้จากการนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนโดยรวม มีค่าระหว่าง 20 - 80 คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ แปลความหมายของค่าคะแนน แบ่งความวิตกกังวลเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนต่ำกว่า M - SD หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ คะแนนอยู่ในช่วง M $\pm$ SD หมายถึง มีความวิตกกังวลปานกลาง และคะแนนสูงกว่า M + SD หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง²⁰

ชุดที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล ดัดแปลงจาก Kanjanasilp²³ ซึ่งแปลมาจากฉบับภาษาอังกฤษ (QOLIE-31) แบบสอบถามทั้งหมด 31 ข้อ เกณฑ์การแปลคะแนน คำนวณตามคู่มือ (QOLIE - 31; Scoring manual)²⁴ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 100 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับที่ดี คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ถ้าได้ 1.00 - 50.00 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ 50.01 - 75.00 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง 75.01 - 100.00 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชัก ฉบับดัดแปลงไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กโรคลมชัก จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้ชำนาญการเกี่ยวกับเด็กโรคลมชัก อาจารย์พยาบาล และพยาบาลผู้ชำนาญการด้านการดูแลเด็กโรคลมชัก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเหนื่อยล้า แบบสอบถามความวิตกกังวลและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อทดสอบการตอบแบบสอบถามและความเที่ยงของเครื่องมือ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.98, 0.88 และ 0.77 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้สำหรับเครื่องมือเก่า และเครื่องมือที่ดัดแปลง (มากกว่า 0.80 และ 0.70 ตามลำดับ)²⁵

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ (ศร 0521.1.05/711) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์

(REC: 58-073-19-9) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่บังคับ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นทำการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์การวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้ง การอธิบายให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการให้บริการพยาบาลแต่อย่างใด ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมวิจัย จะมีเอกสารใบพิทักษ์สิทธิให้เซ็นยินยอมโดยไม่มีการบังคับใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม ผู้ดูแลสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ และหากผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้าหรือต้องการหยุดพักจากการตอบแบบสอบถาม สามารถแจ้งขอหยุดพักการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ การขอข้อมูลครั้งนี้จะพยายามให้เป็นการรบกวนกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด และระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยก็สามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาแล้วให้คณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ (ศธ 0521.1.05/711) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ (REC: 58-073-19-9) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อตรวจสอบด้านจริยธรรมในการวิจัย และทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าคลินิกเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้ง รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยสำรวจคุณสมบัติของผู้ดูแลและเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นโรคลมชักที่ต้องการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.3 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ในการวิจัย และแจ้งสิทธิในการปฏิเสธหรือยอมรับการเข้าร่วมในการวิจัยด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายว่า การศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ดูแลและเด็กโรคลมชักที่จะเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ ผู้ดูแลและเด็กโรคลมชัก สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ตลอดจน สามารถขอหยุดพักการตอบแบบสอบถามหากเกิดความต้องการพักหรือ เหนื่อยล้า โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาและการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อขอความร่วมมือและลงนามในคำยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัย

2.4 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการให้ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณคนละ 1 ชั่วโมง

2.5 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุด ถ้าพบว่า ข้อมูลไม่สมบูรณ์ จะขอความร่วมมือผู้ดูแลเด็กโรคลมชักให้ตอบเพิ่มเติมจนครบทุกข้อคำถาม

2.6 ดำเนินการตามข้อ 2.2 - 2.5 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 70 คน จึงนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสามารถในการทำนายความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) ภายหลังการทดสอบและผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของแต่ละสถิติแล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็กโรคลมชัก

ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 72.9) และสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.6) เกือบครึ่งหนึ่งมีอายุ 31 - 40 ปี (ร้อยละ 47.1) ($M = 39.26$, $SD = 7.32$) นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (ร้อยละ 64.3) หนึ่งในสี่ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 25.7) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 30.0) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001 - 20,000 บาท (ร้อยละ 30.0) ($Md = 20,888.00$, $QD = 14,125.00$) เกือบครึ่งหนึ่งมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 47.1) สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตร 30 บาท (ร้อยละ 60.0) ส่วนใหญ่ไม่มีผลกระทบต่อการเงินครอบครัว และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1 - 5 คน (ร้อยละ 81.4) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 70.0) ผู้ดูแลทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคลมชักรายอื่น (ร้อยละ 100) มีระยะเวลาในการดูแลเด็กโรคลมชัก 3 - 5 ปี (ร้อยละ 40.0) ($Md = 3.10$, $QD = 1.50$) มีบุตรหลานคนอื่นที่ต้องดูแล (ร้อยละ 57.1) และเกือบทั้งหมดมีภาวะสุขภาพแข็งแรง (ร้อยละ 91.4)

เด็กที่เป็นโรคลมชัก เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 52.9) เป็นเด็กวัยเรียน อายุ 6 - 12 ปี (ร้อยละ 67.1) ($M = 11.01$, $SD = 3.00$) ครึ่งหนึ่งกำลังศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 57.1) และเป็นบุตรคนแรก (ร้อยละ 54.3) นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (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) ($Md = 3.83$, $QD = 0.13$) เกือบทั้งหมดมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง (ร้อยละ 98.6) ไม่เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 62.9) เกือบทั้งหมดรับประทานยากันชักครบตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 95.7) เป็นโรคลมชักชนิดทั้งตัว (ร้อยละ 60.0) ไม่ทราบว่ามีอาการชักครั้งละกี่นาที (ร้อยละ 65.7) และส่วนใหญ่ไม่มีอาการชักใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ณ วันที่เก็บข้อมูล) (ร้อยละ 80.0)

2. ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 4.43$, $SD = 2.02$) 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 1)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด (min) ค่าสูงสุด (max) ความเบ้ (skewness value) ความโด่ง (kurtosis value) และระดับของความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลเด็กโรคลมชัก แบ่งตามรายด้านและโดยรวม (N = 70)

ความเหนื่อยล้า	M	SD	Min	Max	Skewness value	Kurtosis value	ระดับ
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
โดยรวม	4.43	2.02	1.23	9.50	1.38	-1.24	ปานกลาง

3. ความวิตกกังวลของผู้ดูแล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (M = 53.19, SD = 9.01) (ตาราง 2)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด (min) ค่าสูงสุด (max) ความเบ้ (skewness value) ความโด่ง (kurtosis value) และระดับของความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก (N = 70)

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

4. คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า 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) ด้านพละกำลังหรือความเหนื่อยล้า (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) และด้านกระบวนการคิด (cognitive function) (M = 53.00, SD = 20.04) (ตาราง 3)

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด (min) ค่าสูงสุด (max) ความเบ้ (skewness value) ความโด่ง (kurtosis value) และระดับของคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล แบ่งตามรายด้านและโดยรวม (N = 70)

ความวิตกกังวล	M	SD	Min	Max	Skewness value	Kurtosis value	ระดับ
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
ด้านพลังงานหรือความเหนื่อยล้า (energy, fatigue)	58.64	15.06	15.00	90.00	-0.82	0.17	ปานกลาง
ด้านกระบวนการคิด (cognitive functioning)	53.00	20.04	3.33	93.33	-1.14	-0.31	ปานกลาง
ด้านผลจากการใช้ยากันชัก (medication effects)	54.45	22.50	00.00	100.00	-0.08	-0.93	ปานกลาง
ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม (social function health status)	70.67	19.44	30.00	100.00	-0.96	-1.27	ปานกลาง
โดยรวม (overall score)	60.53	11.15	38.09	85.27	-0.01	-1.44	ปานกลาง

5. ความสามารถในการทำนายความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล และความวิตกกังวลของผู้ดูแล ต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ก่อนทำการวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม พบว่า ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.29, p = 0.007$; $r = -0.23, p = 0.028$ ตามลำดับ) ส่วนผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน โดยนำตัวแปรความวิตกกังวลเข้าสมการก่อน พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายความแปรปรวนของค่าคะแนนทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล คือ ความวิตกกังวลของผู้ดูแลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลได้ ร้อยละ 8.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.087, F_{(1,68)} = 6.45, p < 0.05$) และมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ -0.29 ($t = -2.54, p < 0.05$) ส่วนความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลได้ (ตาราง 4)

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล (N = 70)

ปัจจัย	B	β	t	p
ความวิตกกังวลของผู้ดูแล	-0.36	-0.29	-2.54	0.013
$R^2 = 0.087$ Adjust $R^2 = 0.073$ $F_{(1,68)} = 6.45, p = 0.013$				

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความเหนื่อยล้าจากการดูแล

ความเหนื่อยล้าจากการดูแลโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เทียบเคียงจากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากการดูแลเด็กโรคลมชัก แต่พบว่า การดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชักอยู่ที่เส้นขอบ (border line) ระหว่างระดับน้อย - ปานกลาง¹⁴ สาเหตุที่ทำให้ความเหนื่อยล้าจากการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ถึงแม้จะมีปัจจัยส่งเสริมความเหนื่อยล้าจากการดูแลเด็กโรคลมชัก แต่ก็มีปัจจัยยับยั้งความเหนื่อยล้า ดังนี้

1.1 ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแล คือ 1) ผู้ดูแลมีภาระต้องดูแลเด็กโรคลมชัก ทุกๆ วัน 2) เด็กโรคลมชักมีวงจรหลับตื่นที่ผิดปกติ ทำให้ผู้ดูแลถูกรบกวนการนอนหลับ รู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า 3) ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคลมชักรายอื่น (ร้อยละ 100.0) และ 4) มีบุตรหลานคนอื่นๆ ที่ต้องดูแลด้วย (ร้อยละ 57.1)

1.2 ปัจจัยยับยั้งความเหนื่อยล้าจากการดูแล คือ 1) เด็กโรคลมชักซึ่งเป็นวัยเรียนและวัยรุ่น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีความพิการหรือความบกพร่องในการดูแลตนเอง ความพิการหรือความบกพร่องของผู้ป่วยมีผลต่อความเหนื่อยล้าในการดูแล โดยระดับความพิการของผู้ป่วยจะเป็นตัวบ่งชี้ลักษณะงานและปริมาณงานของผู้ดูแล¹⁶ 2) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสอยู่ (ร้อยละ 78.6) และมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี (ร้อยละ 80.0) ผู้ดูแลจึงช่วยกันดูแลบุตร พี่พวาค้ำยันกัน สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁶ สัมพันธภาพ ความรัก ความเอื้ออาทรที่มีต่อกันในครอบครัวจะนำไปสู่ความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁶ และ 3) ผู้ดูแลมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง (ร้อยละ 91.4) สะท้อนกลไกด้านกายวิภาค ชีวเคมี ยีนส์ การเผาผลาญ ระบบประสาทของกล้ามเนื้อ ร่างกายและต่อมไร้ท่อมีกระบวนการทำงานที่ดีตามทฤษฎีของ Piper et al. ไม่บกพร่องจากภาวะเจ็บป่วย¹⁹ เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า

1.2.1 ด้านพฤติกรรม (behavioral) ผู้ดูแลมีสื่อน้ำอึดโรย และบอกว่านอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ (ร้อยละ 5.7) เนื่องจาก ครอบครัวมีสมาชิกเพียง 2 คน คือ ผู้ดูแลและเด็กโรคลมชัก สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา

1.2.2 ด้านอารมณ์ (affective meaning) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา คือ ผู้ดูแลมักจะอารมณ์แปรปรวนและขัดแย้งกันในครอบครัว ทำให้ถูกครอบงำจากอารมณ์และเกิดความรู้สึกในแง่ลบในชีวิตและกลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลเด็ก รวมถึง เพิ่มความเครียดให้กับผู้ดูแลและเด็ก¹⁰ ความเครียดในครอบครัวส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ดูแลและอคติต่อความเหนื่อยล้า ซึ่งผลการวิจัยไม่เกิดปัญหานี้ น่าจะเนื่องจากความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม เช่น การช่วยเหลือเกื้อกูล มีความจริงใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีความยืดหยุ่น เห็นอกเห็นใจกัน มีสติที่จะกระทำด้วยความรู้สึกถึงความเป็นสุขของครอบครัวเป็นหลัก²⁷

1.2.3 ด้านความรู้สึก (sensory) จากการทบทวนวรรณกรรม คือ ผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาการบริหารจัดการดูแลเด็กโรคลมชักและพี่น้องคนอื่นๆ และรู้สึกเหนื่อยมากที่ต้องรับสถานการณ์เช่นนี้¹⁰ ซึ่งผลการวิจัยไม่เกิดปัญหานี้ น่าจะเนื่องจากความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมเช่นกัน ได้แก่ เด็กควรเคารพผู้ใหญ่ตามวัยวุฒิ มีความกตัญญูเป็นข้อทอง และผู้ใหญ่มักจะแสดงความรักต่อเด็ก เช่น การกอด อีกทั้งความรัก ความเมตตา และมีน้ำใจเป็นคุณลักษณะนิสัยของคนไทย²⁷

1.2.4 ด้านสติปัญญา (cognitive) ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความใจเย็น - ใจร้อน ความผ่อนคลาย - ตึงเครียด ความร่าเริง - ซึมเศร้า และความมีสมาธิ - ไม่มีสมาธิ มีเท่าๆ กัน แต่ความจำและความปลอดโปร่งของสมองอยู่ในระดับเล็กน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nualsritong et al.¹⁶ ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาเรื่อง หลงลืม (ร้อยละ 2.8) และคิดอะไรไม่ออก (ร้อยละ 2.3) ซึ่งเป็นส่วนน้อยเช่นกัน

2. ความวิตกกังวลของผู้ดูแล

ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง เทียบเคียงกับงานวิจัยที่ผ่านมา คือ ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ดูแลที่มีบุตรปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศจีน ($p < 0.00$)²⁸ สาเหตุที่ทำให้ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางอธิบายได้ว่า ถึงแม้จะมีปัจจัยส่งเสริมความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เด็กโรคลมชักของผู้ดูแล แต่ก็มีปัจจัยยับยั้งความวิตกกังวล ดังนี้

2.1 ปัจจัยส่งเสริมความวิตกกังวลของผู้ดูแล คือ 1) ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลอย่างมากเนื่องจากไม่ทราบว่าการเกิดโรคลมชักจะเกิดอาการชักขึ้นอีกเมื่อไหร่ และวิตกกังวลว่าเด็กจะตายขณะชัก¹¹⁻¹² จากการวิจัยครั้งนี้ พบในผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่เด็กมีอาการชักอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 3 เดือน (ร้อยละ 27.1) 2) วิตกกังวลว่าอาการชักหรือยากันชักจะทำให้เด็กสูญเสียความฉลาดและเป็นก้อนเนื้อในสมอง¹¹⁻¹² จากการพูดคุยเพิ่มเติมกับผู้ดูแล พบว่าบิดา มารดาหรือผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก (ร้อยละ 80.0) เกิดความวิตกกังวลอย่างมากเกี่ยวกับอาการชักและยากันชักเนื่องจากผลการเรียนของเด็กตกต่ำลง เทียบเคียงกับคะแนนเฉลี่ยรายข้อ คือ จินตรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ($M = 2.72$, $SD = 0.86$) 3) วิตกกังวลเนื่องจากรู้สึกว่าตนเองนั้นถูกจำกัดอิสรภาพจากสิ่งที่ตนเองเคยสนใจและการพบปะเพื่อนฝูง²⁸ จากการวิจัยครั้งนี้ พบในครอบครัวที่มีสมาชิก 2 คน คือ ผู้ดูแลและเด็กโรคลมชัก (ร้อยละ 5.7) ทั้งหมดนี้ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา

2.2 ปัจจัยยับยั้งความวิตกกังวลของผู้ดูแล คือ 1) ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคลมชักอย่างน้อย 1 ปี (ร้อยละ 92.9) และ 3 - 5 ปี (ร้อยละ 40.0) ทำให้มีข้อมูลความรู้ การปรับตัว และมีความวิตกกังวลไม่อยู่ในระดับมาก อธิบายจากรายข้อ คือ ผู้ดูแลตอบมีบ้างในข้อรู้สึกหงุดหงิด (ร้อยละ 57.1) และรู้สึกตื่นเต้นง่าย (ร้อยละ 62.8) แต่ผู้ดูแล ร้อยละ 47.1 รู้สึกพึงพอใจน้อย และร้อยละ 57.1 รู้สึกสะดวกสบายน้อยเช่นกัน เนื่องจากผู้ดูแลเด็กโรคลมชักเริ่มปรับตัวได้ ทำให้มีอาการหงุดหงิด ตื่นเต้นลดลง แต่ยังคงไม่พึงพอใจที่เด็กเป็นโรคลมชักไม่รู้สึกสะดวกสบาย ระบายการพักผ่อน (ผู้ดูแลตอบมีบ้าง ร้อยละ 54.3) และความรู้สึกแจ่มใส (ผู้ดูแลตอบมีบ้าง ร้อยละ 48.5) สอดคล้องกับทฤษฎีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของ Spielberger²⁰ โดยเป็นความรู้สึกวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ โดยเกิดการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง มีการหลั่งฮอร์โมน และสารแคทีโคลามีน ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง โดยคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น จินตรู้สึกตื่นเต้นง่าย ($M = 2.23$, $SD = 0.64$) จินตรู้สึกตื่นตระหนก ($M = 2.24$, $SD = 0.67$) จะน้อยกว่าข้อคำถามที่เป็นความวิตกกังวลต่อจิตใจ เช่น จินตรู้สึกพึงพอใจ ($M = 3.09$, $SD = 0.81$) จินตรู้สึกสะดวกสบาย ($M = 3.05$, $SD = 0.65$) และจินตรู้สึกร่าเริงเบิกบาน ($M = 2.90$, $SD = 0.75$) เนื่องจากผู้ดูแลปรับตัว (คะแนนความวิตก

กังวลแปรผันตามความวิตกกังวลของผู้ดูแล)

3. คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ได้แก่ คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอยู่ในระดับปานกลางตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศโปแลนด์²⁹ สาเหตุที่ทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ถึงแม้จะมีปัจจัยยับยั้งคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล แต่ก็มีปัจจัยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก ดังนี้

3.1 ปัจจัยยับยั้งคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล คือ 1) ความวิตกกังวลของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ดูแลส่งผลกระทบมาถึงเด็กโรคลมชัก เช่น ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชักอยู่ในระดับปานกลาง 2) การรับประทานยากันชักส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก โดยเฉพาะด้านร่างกายและด้านจิตใจ เช่น ด้านผลจากการใช้ยากันชักอยู่ในระดับปานกลาง จากรายข้อฉันรับรู้ว่าเด็กเหนื่อยระดับปานกลาง ผลทางร่างกายของยากันชัก เช่น ทำให้เกิดอาการวิงเวียน ง่วงนอน ปวดท้อง ระดับปานกลาง กังวลมากกว่ายากันชักจะมีผลไม่ดีเมื่อทานไปนานๆ ระดับต่ำ ปัญหาเรื่องความจำ และปัญหาเรื่องสมาธิระดับต่ำ ด้านกระบวนการคิดอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ ผลข้างเคียงจากการรับประทานยากันชักทำให้ขาดพลังและหมดแรง เกิดความเหนื่อยล้าส่งผลกระทบต่อความจำและสมาธิในการเรียน การรับประทานยากันชักส่งผลกระทบต่อวงจรการนอนหลับ เป็นสาเหตุให้ง่วงนอนง่ายผิดปกติ ทำให้ความสามารถในการเรียนลดลง มีความยากลำบากในการคิดวิเคราะห์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อกิจกรรมในช่วงกลางวันและกระทบกับคุณภาพชีวิต³ 3) ความถี่ของอาการชัก มากกว่า 4 ครั้งต่อปี (ร้อยละ 27.1) ความถี่ของอาการชัก มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศจีน ($p < 0.00$)¹² โดยเฉพาะด้านร่างกาย เช่น ด้านพลังกำลังหรือความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง 4) ระยะเวลาในการรักษาโรคลมชัก จากข้อมูลอายุเมื่อเด็กเริ่มชักและอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ($M = 7.30$, $SD = 3.39$ และ $M = 7.34$, $SD = 3.38$ ตามลำดับ) แสดงว่า เด็กมาได้รับการรักษาหลังจากเกิดอาการชักขึ้นไม่นาน ซึ่งเด็กเป็นโรคลมชักมานานกว่า 1 ปี (ร้อยละ 92.9) และ 3 - 5 ปี (ร้อยละ 38.6) ระยะเวลาในการรักษาโรคลมชักมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศอินเดีย⁶

3.2 ปัจจัยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล คือ 1) เด็กโรคลมชักสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ร้อยละ 100) ไม่พบความพิการ ความพิการทางสมองหรือความรุนแรงของโรคที่ปรากฏร่วมกับโรคลมชัก สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศสหรัฐอเมริกา ($R^2 = 0.39$, $p < 0.01$ ไม่ได้รายงานค่า β)¹¹ 2) เด็กมีกำลังใจจากครอบครัวที่ดี บิดา มารดามีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.6) มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี (ร้อยละ 80.0) สัมพันธภาพ ความรัก ความเอื้ออาทรที่มีต่อกันในครอบครัวจะนำไปสู่ความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว²⁶ 3) เด็กมีกำลังใจจากเพื่อนที่ดี ไม่เกิดตราบาปทางสังคม จากรายด้าน ด้านบทบาททางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ และรายข้อเรื่อง ความจำกัดในการเข้าสังคมอยู่ในระดับดี การรับรู้ตราบาปที่เพิ่มขึ้นของเด็กโรคลมชัก มีความสัมพันธ์กับความรูสึกอคติต่อโรคลมชัก ($r = 0.19$, $p < 0.00$) และสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ที่ลดลงของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของเด็กโรคลมชักในประเทศตุรกี ($r = -0.18$, $p < 0.00$)³⁰

4. ความสามารถในการทำนายความเหนื่อยล้าจากการดูแล และความวิตกกังวลของผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ในการวิจัยครั้งนี้ มีเพียงปัจจัยความวิตกกังวลของผู้ดูแลที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก

ตามการรับรู้ของผู้ดูแลได้เพียง ร้อยละ 8.7 อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เช่น วิตกกังวลเกี่ยวกับยากันชัก และอาการชักว่า มีผลต่อความฉลาดและก้อนเนื้อในสมอง วิตกกังวลว่าเด็กจะตายเมื่อเกิดอาการชักขึ้น¹¹⁻¹² ซึ่งส่ง ผลมาถึงเด็กโรคลมชัก ทำให้เด็กมีอาการวิตกกังวล หงุดหงิด โกรธ อารมณ์แปรปรวน เอาแต่ใจตัวเอง โดยส่งผล ให้คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักลดลง แต่เนื่องจากวัฒนธรรมไทย มีการช่วยเหลือเกื้อกูล มีความจริงใจ ให้เกียรติ ซึ่งกันและกัน มีความยึดหยุ่น เห็นอกเห็นใจกัน มีสติที่จะกระทำด้วยความรู้สึกถึงความเป็นสุขของครอบครัวเป็นหลัก²⁷ เช่น ช่วยกันดูแลเด็กโรคลมชักในครอบครัว ทำให้เด็กโรคลมชักมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงทำให้ความสัมพันธ์และ การทำนายของตัวแปรต้นกับตัวแปรตามอยู่ในระดับต่ำ ส่วนความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล ไม่สามารถทำนาย คุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามทางร่างกายและจิตใจจนเหนื่อย เช่น ต้องปฐมพยาบาลเด็กโรคลมชักหรือนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากกังวลว่าเด็กโรคลมชักจะเกิดอาการชักขึ้น ทำให้ร่างกายไม่สามารถทนความสมดุลของการสร้างและการใช้พลังงานไว้ได้ เกิดความรู้สึกอ่อนเพลียจนส่งผลต่อ ร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล แต่เนื่องจากผู้ดูแลมีสุขภาพแข็งแรง (ร้อยละ 91.4) ทำให้ความเหนื่อยล้าจากภาระ การดูแลสามารถหายได้ตามปกติเมื่อพักผ่อน ซึ่งผู้ดูแลไม่เกิดอาการเหนื่อยล้าตลอดเวลาเหมือนกับความวิตกกังวล ทำให้ความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ นอกจากนี้ น่าจะมีปัจจัยตัวอื่นๆ ที่ไม่ได้ศึกษา ที่น่าจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักตามการรับรู้ของผู้ดูแล เช่น ภาระการดูแล ซึ่งพบว่า ภาระการดูแล สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา ($p < 0.02$)¹⁴ พัฒนาการด้านจิตใจ (คือ ปัญหาความวิตกกังวล ซึมเศร้า อึดอัดในตนเองต่ำ ปัญหาพฤติกรรมและปัญหา การเรียน) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลใน ประเทศจีน ($r = 0.14, p < 0.05$)¹² เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมา ไม่พบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัย ทำนายทั้ง 2 ตัวดังกล่าวร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กโรคลมชัก แต่มีงานวิจัยทำนายปัจจัยเพียงตัวเดียว ซึ่ง พบว่า มีอำนาจการทำนายสูงกว่าในการวิจัยครั้งนี้ กล่าวคือ ความวิตกกังวลของมารดา สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ของเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามการรับรู้ของผู้ดูแลในประเทศสหรัฐอเมริกา ($R^2 = 0.50, p < 0.01$ ไม่ได้รายงานค่า β)¹¹ และในประเทศจีน ($R^2 = 0.24, p < 0.05; F = 18.1, p = 0.00$ ไม่ได้รายงานค่า β)¹²

สรุปข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ผลวิจัยที่ได้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางให้แก่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้การดูแล ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในเรื่อง ความวิตกกังวลของผู้ดูแลและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กให้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะใน ด้านกระบวนการคิดรู้และผลจากการใช้ยากันชัก ส่วนในด้านการวิจัย สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการทำวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการหาแนวทางลดความวิตกกังวลในผู้ดูแล หรือการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก โรคลมชัก ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชักเพิ่มเติม เช่น ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า อึดอัดในตนเองของเด็กโรคลมชัก และเพิ่มการศึกษาในกลุ่มอื่นๆ เช่น ในกลุ่มเด็กโรคลมชักที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ กลุ่มเด็ก โรคลมชักที่ควบคุมอาการชักได้ยาก เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Wangsaroj P. Factors related to quality of life in epilepsy patients in southern region, Thailand [Thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2009. 118 p.

2. Kittivitayakul P, Chunhawiksit W. The needs and related factors of caregivers when caring for epileptic children. *Songkla Med J.* 2008; 26(4): 339-47. Thai.
3. Medical Record Division Songklanagarind Group. Statistical patient's neurological clinic. Songkhla: Medical Record Division, Songklanagarind Hospital; 2015. Thai.
4. Thamnaw P, Kongsaktrakul C, Patoomwan A. Predictive factors for adaptation among caregivers of children with epilepsy. *Rama Nurs J.* 2011; 17(2): 218-31. Thai.
5. Yusuf AJ, Nuhu FT, Olisah VO. Emotional distress among caregivers of patients with epilepsy in Katsina State, Northern Nigeria. *Afr J Psychiatry.* 2013; 16(1): 41-4.
6. Malhi P, Singhi P. Correlates of quality of life with epilepsy. *Indian J Pediatr.* 2005; 72(2): 131-35.
7. Taylor RM, Gibson F, Franck LS. A concept analysis of health-related quality of life in young people with chronic illness. *J Clin Nurs.* 2008; 17(14): 1823-33.
8. Verhey LH, Kulik DM, Ronen GM, et al. Quality of life in childhood epilepsy: What is the level of agreement between youth and their parents? *Epilepsy Behav.* 2009; 14(2): 407-10.
9. Cramer JA, Perrine K, Devinsky O, et al. Development and cross-cultural translations of a 31-item quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia.* 1998; 39(1): 81-8.
10. Lua PL, Khairuzzaman NW, Aziz ZA, et al. The needs and problems in epilepsy caregiving: a qualitative exploration. *Asian J Psychiatry.* 2015; 16(1): 116-26.
11. Williams J, Steel C, Sharp GB, et al. Parental anxiety and quality of life in children with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2003; 4(5): 483-86.
12. Li Y, Ji CY, Qin J, et al. Parental anxiety and quality of life of epileptic children. *Biomed Environ Sci.* 2008; 21(3): 228-32.
13. Luvira V. Health care for caregivers of patients with terminal illness. *Srinagarind Med J.* 2013; 28(2): 266-70. Thai.
14. Karakis I, Cole AJ, Montouris GD, et al. Caregiver burden in epilepsy: determinants and impact. *Epilepsy Res Treat.* 2014; 2014: 1-9.
15. Sirari S, Dhar D, Vishwakarma R, et al. Association between quality of life, depression and caregiver burden in epileptic patients in Haldwani, Uttarakhand, India. *Int J Curr Sci.* 2014; 10: 54-60.
16. Nualsrithong P, Songwathana P, Hirunchunha S. Fatigue and fatigue management among caregivers of hospitalized patients with head injuries. *Songkla Med J.* 2006; 24(3): 153-61. Thai.
17. Montanaro M, Battistella PA, Boniver C, et al. Quality of life in young Italian patients with epilepsy. *Neurol Sci.* 2004; 25(5): 264-73.

18. Elliott IM, Lach L, Smith ML. 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 Behav.* 2005; 7(4): 664-78.
19. Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, et al. The revised Piper fatigue scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum.* 1998; 25(4): 677-84.
20. Spielberger CD. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y-1). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
21. Worapongsathorn T. Considerations in using multiple regression for research. *J Health Res.* 1989; 3(2): 55-62.
22. Chanwatana B, Chintanadilok N, Apanakapun P, et al. Effect of information intervention on mothers' anxiety level during their children's hospitalization. *Thai J Pediatr Nurs.* 2001; 1(2): 26-36. Thai.
23. Kanjanasilp J. Population pharmacokinetics and pharmaceutical care for patients taking phenytoin [Thesis]. [Chiang Mai]: Chiang Mai University; 2006. 166 p.
24. Cramer JA, Devinsky O, Hays RD, et al. Quality of life in epilepsy QOLIE-31 (version 1.0): Scoring manual [Internet]. Santa Monica (CA): RAND; 1993 [cited 2016 Mar 25]. Available from: https://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/surveys_tools/qolie/qolie31_scoring.pdf
25. Srisuphan W. Nursing research: principles and practice guideline. 4 th ed. Chiang Mai: Nantaphan Printing; 2009. Thai.
26. Pitakbud N. The influences of family relationship and burden on child care behaviors of mothers having autistic children [Thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2007. 109 p.
27. Rattanakorn P, Tujinda C, Tuntipalacheewa K, et al. Lovelink familylink. Bangkok: National Office of Buddhism; 2011. Thai.
28. Lv R, Wu L, Jin L, et al. Depression, anxiety and quality of life in parents of children with epilepsy. *Acta Neurol Scand.* 2009; 120(5): 335-41.
29. Felsmann M, Futyma B, Felsmann MZ, et al. Quality of life in children with epilepsy, evaluated by the parents on the Basis of Qolce Questionnaire. *Med Biol Sci.* 2012; 26(1): 99-105.
30. Hirfanoglu T, Serdaroglu A, Cansu A, et al. Do knowledge of, perception of, and attitudes toward epilepsy affect the quality of life of Turkish children with epilepsy and their parents? *Epilepsy Behav.* 2009; 14(1): 71-77.

The Influence of Selected Factors on Quality of Life of Children with Epilepsy Perceived by Caregivers

Tanyaluk Tatiyatrirong* Busakorn Punthmatharith** Wantanee Wiroonpanich***

Abstract

This predictive study aimed to examine the influence of selected factors (e.g., burden fatigue and anxiety of caregivers) on quality of life of children with epilepsy perceived by caregivers. Purposive sampling was used to select 70 caregivers who took school age children and adolescents with epilepsy to the pediatric clinic at a hospital in Southern, Thailand. The data were collected using 4 questionnaires: 1) demographic data, 2) burden fatigue, 3) anxiety of caregivers and 4) quality of life of children with epilepsy perceived by caregivers. The forth questionnaire was tested for content validity by experts. The second to forth questionnaires were tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient; yielding values of 0.98, 0.88, and 0.77, respectively. Descriptive statistics and stepwise multiple regression were used for data analysis.

The results revealed that 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. Eight point seven percent of the variance of the quality of life of children with epilepsy perceived by caregivers was explained by the anxiety of caregivers ($R^2 = 0.087$, $p < 0.05$) with regression coefficients equal to -0.29 ($p < 0.05$). Burden fatigue could not predict the quality of life of children with epilepsy. The anxiety of caregivers in this study could be used as basic information to develop a program or nursing care to improve the quality of life of children with epilepsy.

Keywords: burden fatigue; anxiety of caregiver; quality of life; children with epilepsy; caregivers

* Master Degree student (Pediatric Nursing), Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand: Corresponding author: jajunum1@hotmail.com

** Associate Professor Ph.D., Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

*** Assistant Professor Ph.D., Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.