

ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความ  
ร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่วิทยาศาสตร์

นางสาวราตรี ตาลเชื้อ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

RELATIONSHIPS AMONG GENDER, SOCIAL SUPPORT, STIGMA,  
SELF-MANAGEMENT, MEDICATION ADHERENCE, SELF-EFFICACY, AND DEPERSSION  
IN ADULT PATIENTS WITH EPILEPSY

Miss Ratre Talchue

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2011

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม  
การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา  
สมรรถนะแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชัก

โดย

นางสาวราตรี ตาลเชื้อ

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อาจารย์ ดร. รัชนีกร เกิดโชค

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อาจารย์ ดร. รัชนีกร เกิดโชค)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลจิต)

ราตรี ตาลเชื้อ : ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชัก. (RELATIONSHIPS AMONG GENDER, SOCIAL SUPPORT, STIGMA, SELF-MANAGEMENT, MEDICATION ADHERENCE, SELF-EFFICACY, AND DEPERSSION IN ADULT PATIENTS WITH EPILEPSY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา , อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อาจารย์ ดร.รัชนิกร เกิดโชค, 127 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก ได้แก่ เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยาและสมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคลมชักทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคลมชักโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 90 ราย ที่ได้รับการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ตราบาป แบบสอบถามการจัดการตนเอง แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา แบบประเมินสมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ที่ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงโดยการใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนนาคได้เท่ากับ .83, .89, .78, .71, .89, และ .77 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติไคสแควร์และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ ไบซีเรียล ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ร้อยละ 62.2 ของผู้ป่วยโรคลมชักมีภาวะซึมเศร้า ( $\bar{X}=18.62$ ,  $SD=1.87$ )
2. การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_{pbis}=.359$ )
3. การสนับสนุนทางสังคม ( $r_{pbis}=-.211$ ) และสมรรถนะแห่งตน ( $r_{pbis}=-.405$ ) มีสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. เพศ การจัดการตนเอง และความร่วมมือในการใช้ยา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชักที่ระดับ .05

สาขาวิชา...พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา...2554.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม .....

# # 5377598436: MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : DEPRESSION/ EPILEPSY

RATREE TALCHUE: RELATIONSHIPS AMONG GENDER, SOCIAL SUPPORT, STIGMA, SELF-MANAGEMENT, MEDICATION ADHERENCE, SELF-EFFICACY, AND DEPERSSION IN ADULT PATIENTS WITH EPILEPSY. ADVISOR: ASST. PROF CHANOKPORN JITPANYA, PhD, CO-ADVISOR: RATCHANEKORN KERDCHOK, APN, PhD., 127 pp.

The purpose of this correlational research was to study depression and correlates of depression in patients with epilepsy including gender, social support, stigma, self-management, medication adherence and self-efficacy. The sample consisted of 90 epileptic patients both male and female who attended at epileptic clinic of King Chulalongkorn Memorial Hospital. The research instruments were: a demographic questionnaire, a social support questionnaire, a stigma questionnaire, a self-management questionnaire, a medication adherence questionnaire, a self-efficacy questionnaire, and a depression questionnaire. All instruments were tests for content validity by a panel of experts. The reliability of the instruments tested by Conbach's Alpha were .83, .89, .78, .71, .89, and .77 respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, point biserial correlation, and Chi-square test.

The major findings were as followed:

1. Most (62.2%) of the patients showed depression ( $\bar{X}=18.62$ ,  $SD=1.87$ )
2. Stigma ( $r_{pbis} =.359$ ) was positively significant related to depression at the level of .05
3. Social support ( $r_{pbis} =-.211$ ) and self-efficacy ( $r_{pbis} =-.405$ ) were negatively significant related to depression at the level of .05
4. Gender, self-management, and medication adherence were not significantly related to depression at the level of .05

Field of Study : Nursing Science..... Student's Signature .....

Academic Year : 2011..... Advisor's Signature .....

Co-advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. รัชนีกร เกิดโชค ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย และเป็นกำลังใจอย่างดี ยิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่านเป็นอย่างยิ่ง และกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่า ยิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ให้การสนับสนุนอุดหนุนการวิจัยบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ และที่สำคัญที่สุดผู้ป่วยโรคลมชักทุกท่าน ที่ได้ให้ความกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการทดลองการใช้เครื่องมือ และเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น เจ้าหน้าที่ทุกท่าน ในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ คุณพี่ และเพื่อนๆที่รัก ผู้ที่คอยให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิจกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ซี
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
ผู้ป่วยโรคลมชัก.....	14
ความหมายโรคลมชัก.....	14
ประเภทโรคลมชัก.....	15
การรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก.....	16
ผลกระทบของโรคลมชัก.....	22
บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก.....	22
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซีมีเศร่า.....	25
ภาวะซีมีเศร่าในผู้ป่วยโรคลมชัก.....	27
การประเมินภาวะซีมีเศร่า.....	30
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีมีเศร่าของผู้ป่วยโรคลมชัก.....	33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	66

หน้า	
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	81
สรุปผลการวิจัย.....	82
อภิปรายผลการวิจัย.....	83
ข้อเสนอแนะ.....	86
รายการอ้างอิง.....	88
ภาคผนวก.....	97
ภาคผนวก ก จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บ ข้อมูลการวิจัย.....	98
ภาคผนวก ข เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่าง.....	103
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	108
ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	117
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	127



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ..	70
2	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตาม อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย รายได้.....	73
3	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามระดับภาวะ ซีมีเศร่า.....	74
4	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาวะซีมีเศร่า ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรค ลมชัก จำแนกตามรายชื่อ.....	75
5	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนก ตาม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ทราบไป การจัดการตนเอง ความร่วมมือ ในการใช้ยา และสมรรถนะแห่งตน.....	77
6	ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับภาวะซีมีเศร่าของผู้ป่วยโรคลมชัก.....	78
7	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ทราบไป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนกับภาวะซีมีเศร่า ของผู้ป่วยโรคลมชัก.....	79
8	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่าง การจัดการตนเองรายด้านกับภาวะ ซีมีเศร่าของผู้ป่วยโรคลมชัก.....	80

## บทที่ 1

### บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคลมชักเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นปัญหาที่พบได้ทั้งในประเทศต่างๆทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย พบในทุกเพศทุกวัย โรคลมชักเป็นความผิดปกติของระบบประสาทที่พบบ่อยชนิดหนึ่งโดยพบว่ามีประชากรประมาณ 50 ล้านคนทั่วโลกเป็นโรคลมชัก เกือบ 90 เปอร์เซ็นต์พบในชนบท ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบได้ประมาณ 50-70 รายต่อประชากร 100,000 คนในประเทศกำลังพัฒนา ตัวเลขอาจสูงกว่นี้เนื่องจากปัญหาเรื่องสาธารณสุข การคลอด อาจพบมีการติดเชื้อของระบบประสาทและบาดเจ็บที่ศีรษะมากกว่า (โยธิน ชินวลัญช์ , 2552) และผู้ป่วยเหล่านี้มักเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรืออาจเกิดความพิการเกิดขึ้น (World Health Organization/WHO, 2011) ทั้งนี้โรคลมชักเป็นโรคทางระบบประสาทอันดับที่สองที่พบบ่อยรองลงมาจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ

อุบัติการณ์การเกิดโรคลมชักพบประมาณ 1 เปอร์เซ็นต์ของประชากร โลก (จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, 2550) และพบอุบัติการณ์การเกิดผู้ป่วยโรคลมชักรายใหม่ทั่วโลก 100,000 รายต่อปี (Banerjee, Filippi & Hauser, 2009) สถานการณ์ในยุโรปพบว่ามีการป่วยเป็นโรคลมชักและเป็นวัยผู้ใหญ่ป่วยพบ 1.9 ล้านคนต่อประชากร 1,000 ราย (Forsgren, Beghi, Ounc and Sillanpaa, 2005) ส่วนในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคลมชักประมาณ 2.5 ล้านคน หรือคิดเป็น 1 เปอร์เซ็นต์ ของประชากรในประเทศมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีและมีแนวโน้มว่าจะมีการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆโดยในแต่ละปีพบผู้ป่วยรายใหม่ 200,000 รายต่อปี และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในแต่ละปี ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้งหมดในการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักต่อปี ประมาณ 15.5 ล้านดอลลาร์ (Glance, 2010)

ส่วนในประเทศไทยโรคลมชักถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพบในประชากรไทยประมาณ 1 เปอร์เซ็นต์ ประมาณว่ามีผู้ป่วยโรคลมชักประมาณ 6-7 แสนคน (โยธิน ชินวลัญช์, 2554)

โรคลมชักเป็นโรคที่สังคมมองข้ามมานาน มีทัศนคติผิดว่าผู้ที่เป็นโรคลมชัก เป็นผู้พิการ ไม่สมประกอบ และเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ต้องกินยาไปตลอดชีวิต ซึ่งมีความเข้าใจที่ผิด ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่อย่างทุกข์ทรมาน เป็นภาระแก่สังคมและครอบครัว เป็นปมด้อย และขาดโอกาสที่จะศึกษาและประกอบอาชีพ ทำให้ผู้ป่วยขาดคุณภาพชีวิตที่ดี โรคลมชักมักเกิดในครอบครัวที่ยากจน

แพทย์และสาธารณสุขจำนวนมากยังไม่เข้าใจถึงผู้ป่วย รวมทั้งยังไม่รู้วิธีการรักษาใหม่ๆที่ทำให้ผู้ป่วยหายขาดได้ (ชัยชน โลว์เจริญกุล , 2544) ผู้ที่เป็นโรคลมชัก พบว่ามีความชุกที่จะป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า (depression) เพิ่มขึ้น (Kaplan and Sadock, 1995)

ปัญหาด้านจิตใจโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะโรคร่วมของโรคลมชัก (co-morbidity) (McConnell and Snyder, 1998) จากการศึกษพบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก แตกต่างกันไป โดยเฉลี่ยพบว่ามี 6-80 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย แคนเนอร์ (Kanner, 2003) พบว่ามีผู้ป่วยโรคลมชักที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นโรคร่วม 58 เปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วย temporal epilepsy พบว่ามีอาการของภาวะซึมเศร้าถึง 11 เปอร์เซ็นต์ และผู้ป่วย temporal epilepsy มีอาการวิตกกังวลจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึง 19 เปอร์เซ็นต์ (Kanner, 2003; Miller, Kustra, Vuong, Hammer and Messenheimer, 2008)

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคลมชักในคลินิก ศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยนภาพร อิศระภิญโญ (2536) พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะมีปัญหาด้านจิตใจโดยมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้า 22 เปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้ บุญชัย นวมงคลวัฒนา (2539) ได้ศึกษาปัญหาด้านจิตใจผู้ป่วยโรคลมชักในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาพบว่า กลุ่มอาการภาวะซึมเศร้าพบได้สูงในอันดับที่สองของปัญหาทางด้านจิตใจทั้งหมด โดยมีอัตราความชุกเท่ากับ 31 เปอร์เซ็นต์ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่เป็นโรคลมชักมีภาวะซึมเศร้าได้

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลมชักมีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย โดย พงุจิต วงศ์โรจน์ (2552) ได้ศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ( $r = -.585$ ) ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยโรคลมชักจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคลิกภาพและการดำเนินชีวิตจึงต้องมีการปรับตัว ทำความเข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับการควบคุมอาการชัก ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งจะกระตุ้นให้ชักถี่และรุนแรงมากยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจเมื่อผู้ป่วยโรคลมชักมีระดับภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลงไปตามลำดับ (Cramer, Blum, Reed and Fanning, 2004; Kwon and Park, 2011) และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Jones et al., 2003) ซึ่งพบอัตราการฆ่าตัวตายถึง 40 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยโรคลมชักที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (Kanner, 2006)

สำหรับในประเทศไทยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคลมชักน้อยมาก โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงความถี่ของภาวะซึมเศร้าเท่านั้น โดย Kanitpong, Suwanna, Ponchai and Kitti (2007) ศึกษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นการศึกษาถึงความถี่ของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคลมชัก พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20 และ Samart และคณะ (2007) ศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก ที่คลินิกโรคลมชัก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 38.7

โรคลมชักในวัยผู้ใหญ่จะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ตามมา คือ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ความจำ การตัดสินใจ ความรุนแรงจากอาการชัก ความถี่ของการชัก ผลข้างเคียงจากการใช้ยากันชัก ผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์แปรปรวน ถูกไล่ออกจากงาน ไม่สามารถประกอบอาชีพได้อย่างเต็มที่ ความภูมิใจในตนเองลดลง ด้วย (Baker, Jacoby, Buck, Stalgis and yominique, 1997) และในกรณีที่ ผู้ป่วยที่มีอาการชักบ่อย มีการจัดการกับอาการชักและการดำเนินชีวิตไปในทางที่ไม่ดี ผู้ป่วยมักเกิดความรู้สึกผิดบาปและผลของความรู้สึกผิดบาปนั้นจะทำให้เป็นสาเหตุของความผิดปกติทางด้านอารมณ์ตามมา ผู้ป่วย โรคลมชักจะพบกับการรับรู้ตราบาป เพราะผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของการเกิดอาการชักและไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและความกังวลเกี่ยวกับบุคคลอื่นที่เห็นอาการ ชักของตนเองทำให้เกิดการรับรู้ตราบาปขึ้น (Delorio et al., 2003; de Souza and Salgado, 2006) ผู้ป่วยที่มีอาการชักบ่อยขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ตราบาป สูงขึ้นตามไปด้วย (Baker, Jacoby, Buck, Stalgis and yominique, 1997) หรือมีความคิดความเชื่อของบุคคลถึงความรู้สึกไม่มั่นคงของชีวิต

ผู้ป่วยโรคลมชักเพศชายมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง เพราะผู้ป่วยเพศชายจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชัก ซึ่งจะส่งผลในเรื่องของความสามารถต่างๆไป ทำให้การปรับตัวลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศหญิง (Endermann and Zimmermann, 2009) ทำให้ขาดการสนับสนุนทางสังคม พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน มีความสัมพันธ์ด้านลบกับภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วย โรคลมชักที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยลงและ ความพึงพอใจน้อยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นตามลำดับ (Hermann and Whitman, 1989; Reisinger and Dilrio, 2009) จะส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนในการผ่านความยากลำบากของสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ คือ การเป็นโรคลมชัก ทำให้

บุคคลไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำนั้นจะส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคลนั้นได้ (Robinson et al., 2008 ; Dilrio et al., 2006)

ผู้ป่วยโรคลมชักทุกรายจะได้รับประทานยากันชักอย่างน้อย 1 ชนิดในการควบคุมอาการชักและจะต้องรับประทานยากันชักไปจนกว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการชัก (seizure free) การรับประทานยาจะมีอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทาน (จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ , 2550) ทำให้ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้านี้ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีความร่วมมือในการรับประทานยาได้ไม่ดีตามไปด้วย จะส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก เช่น การจัดการส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับความปลอดภัย การจัดการอาการ ชักของตัวเอง และการดำเนินชีวิต การจัดการกับความเครียด นอนหลับ อาหาร การออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Delorio et al., 2003; Reisinger and Dilrio., 2009) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ซึ่งการศึกษานี้ ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ที่มีบทบาท ด้านการดูแล ส่งเสริม ป้องกัน ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จึงเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคลมชักวัยผู้ใหญ่ เพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินปัญหาทางการแพทย์ การพยาบาลของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำมาสร้างนวัตกรรมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาลในการประเมินปัญหา การวางแผน และให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคลมชักที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข สามารถลดการเกิดภาวะต่อสังคมและประเทศชาติได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก

## คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชักเป็นอย่างไร
2. เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนของบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชักหรือไม่ อย่างไร

## แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะซึมเศร้านั้นเป็นปฏิกิริยาทางด้านจิตใจของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งที่รุนแรงที่มากกระทบจิตใจของบุคคล โดยแสดงออกมาในรูปแบบของอาการทางกายและทางด้านอารมณ์ อันได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเองมากผิดปกติ (ดวงใจ กสานติกุล, 2543) ซึ่งเมื่อบุคคลมีความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ทำให้รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดต่ออัตมโนทัศน์ทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคตได้ ที่มีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Beck, 1967 อ้างถึงในประดิษฐ์ ชัยชนะ, 2546)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชักเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก (Kanner, 2006) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความเข้าใจต่อโรคลมชักว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นผู้พิการไม่สมประกอบ และ ต้องกินยาไปตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่อย่างทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดหวัง มีความคิดต่ออัตมโนทัศน์ทางด้านลบ (รัชนี กาสลัก, 2548) นั้นเป็นปฏิกิริยาทางด้านจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากกระทบจิตใจของบุคคล มีความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ที่จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967 อ้างถึงในประดิษฐ์ ชัยชนะ, 2546)

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก โดยเฉพาะในตำแหน่งของกลีบสมอง (temporal lobe) ซึ่งจะทำให้เกิดแผลเป็น (Sclerosis) ในส่วนของสมองดังกล่าว ทำให้มีการขัดขวางการส่งของกระแสไฟฟ้าในระบบประสาทอัตโนมัติบริเวณเยื่อหุ้มสมองกับ limbic system ซึ่ง limbic system ประกอบไปด้วยสมองส่วน amygdala ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่อยู่ในส่วนของกลีบสมอง (temporal lobe) ซึ่งมีหน้าที่ในการควบคุม อารมณ์ เช่น อารมณ์กลัว โกรธ อารมณ์รัก เป็นต้น ประกอบกับพฤติกรรมทางสังคม เช่น ก้าวร้าว การพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับ ความจำในแง่ของความหวาดกลัว จนทำให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ตามมา (บุรณี กาญจนถวัลย์, 2544) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนมากจะมีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ ต่างจากคนทั่วไป เช่น อารมณ์เย็นชา มีความรู้สึกมึนงง เน้นรายละเอียด ซึ่งบุคลิกภาพดังกล่าวเมื่อเป็นระยะเวลาานาน จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้าน

จิตสังคม อาจเกิดความรู้สึกต่ำต้อย ผลกระทบต่อสิ่งรอบตัว ครอบครัวซึ่งมุ่งหวังต่อความสำเร็จของผู้ป่วย ที่จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า (สมชาย จักรพันธ์, 2554)

จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก โดยมีการค้นหาถึงปัจจัยต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก ใช้คำสำคัญในการค้นหา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคลมชัก ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยคัดสรร พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก ได้แก่ เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตน ซึ่งจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ซึ่งได้แก่ เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชัก เพื่อเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการประเมินปัญหาทางการแพทย์ และการพยาบาลและการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการเจ็บป่วยและดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม โดยมีรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

**เพศ** พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักเพศชายมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง เพราะผู้ป่วยเพศชายจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชัก ซึ่งจะส่งผลในเรื่องของความสามารถต่างๆไป ทำให้การปรับตัวลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศหญิง (Endermann and Zimmermann, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Altshuler และคณะ (1990) พบว่า เพศชายในผู้ป่วยโรคลมชักชนิด เคมโพรล ซ้ำซ้ำมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิง ในกรณีที่จัดกลุ่มแยกผู้ป่วยทั้งเคมโพรลซ้ำซ้ำ และซ้ำซ้ำออกจากกัน พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเพศชายมีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง

**การสนับสนุนทางสังคม** พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักมีอุบัติการณ์สูงที่มีปัญหาทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า โดยมีการศึกษา การสนับสนุน ทางสังคม พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนเป็นปัจจัยในการการรับรู้ทางอารมณ์ และการปรับอารมณ์ของบุคคล การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน มีความสัมพันธ์ด้านลบกับภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยลง เช่นการหย่าร้าง การแยกกันอยู่ เป็นต้นตลอดจน ความพึงพอใจ ด้านการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (Upton, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Reisinger and Dilorio (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคลมชักวัยผู้ใหญ่ พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ได้แก่ ครอบครัวที่เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วย สถานะทางการเงิน แหล่งสนับสนุนทางการเงิน จะทำ

ให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาและปรับได้อย่างเหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของ  
ภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าลดลง

**การรับรู้ตราบาป** พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการชักและการดำเนินของโรคไปในทาง  
ที่ไม่ดีนั้น ผู้ป่วยมักเกิดการรับรู้ตราบาปและผลของการรับรู้ตราบาปนั้นเป็นสาเหตุของความ  
ผิดปกติทางด้านอารมณ์ตามมา ผู้ป่วยโรคลมชักจะพบกับ การรับรู้ตราบาป เพราะผู้ป่วยต้องเผชิญ  
กับความไม่แน่นอนของการเกิดอาการชักและไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วย  
เกิดความกลัวและความกังวลเกี่ยวกับบุคคลอื่นที่เห็นอาการชัก มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วย  
โรคลมชักมีการรับรู้ตราบาป ร่วมด้วยสูงถึง 50 เปอร์เซ็นต์ ผู้ที่มีอาการชักบ่อยและการควบคุม  
อาการชักได้ไม่ดีมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ตราบาป สูงขึ้นตาม ผู้ป่วยโรคลมชักไม่สามารถดำรง  
บทบาททางสังคมได้อย่างเต็มที่ เกิดความเครียดและความวิตกกังวลเมื่อเป็นระยะเวลาานานก็จะ  
ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Leaffer et al, 2011; Reisinger and Dilorio, 2009;  
Delorio et al, 2006)

**การจัดการตนเอง** เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล  
เพื่อให้บุคคลสามารถที่จะควบคุมและกำกับตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยผู้ป่วยโรคลมชักนั้น  
จะมีการจัดการในด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านการรับประทานยา ผู้ป่วยโรคลมชักต้องรับประทานยาอย่าง  
สม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดอาการชัก ต้องมีการวางแผนถึงการรับประทานยา  
อย่างถูกต้อง เพื่อควบคุมอาการชัก ด้านการรับรู้ข้อมูล ผู้ป่วยโรคลมชักต้องมีการติดตามอาการ  
ชักของตนเอง ลักษณะอาการชัก ความถี่ของการชัก อาการข้างเคียงจากการรับประทานยา และ  
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคลมชัก เพื่อให้ทันกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การรับรู้ข้อมูลที่มากเกินไป จะทำ  
ให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวในการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ด้านความปลอดภัย การทำ  
กิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยโรคลมชัก เช่น การขับรถ การว่ายน้ำ การปีนขึ้นสูง การใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า  
เหล่านี้เป็นต้นอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุ ความพิการหรือเสียชีวิต ด้านอาการชัก ผู้ป่วย  
โรคลมชักสามารถที่จะเกิดอาการชักได้ตลอดเวลา การปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยมีผลต่ออาการ  
ชัก เช่น การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอาการชัก การรับประทานยากันชักอย่างสม่ำเสมอ  
การรายงานความก้าวหน้าของอาการชักให้บุคลากรทางสุขภาพได้รับทราบก็จะมีผลต่อ  
ความก้าวหน้าของการรักษาอาการชัก ด้านการดำเนินชีวิต เช่น การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย  
ความเครียด การรับประทานยาซึ่งอาการชักของผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ  
กิจกรรมต่างๆในการดำเนินชีวิตได้ลดลง จากรายงานการศึกษาพบว่าการจัดการตนเอง



มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีการจัดการตนเองได้ไม่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Reisinger and Dilorio, 2009; Delorio et al, 2003)

**ความร่วมมือในการใช้ยา** ผู้ป่วยโรคลมชักทุกรายจะได้รับประทานยากันชักอย่างน้อย 1 ชนิดในการควบคุมอาการชัก และจะต้องรับประทานยากันชักไปจนกว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการชัก (seizure free) อย่างน้อย 2 ปี แต่ผู้ป่วยโรคลมชักเมื่อรับประทานยากันชักไประยะหนึ่งผู้ป่วยจะมีภาวะดื้อยากันชักทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานยากันชักหลายชนิดเพิ่มมากขึ้น และต้องรับประทานยากันชักอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน การรับประทานยาจะมีอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา เช่น Phenobarbital มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก เนื่องจากยา Phenobarbital ทำให้โฟเลทในร่างกายลดลง ซึ่ง สารโฟเลท มีผลต่อการลดระดับของสารสื่อประสาทโดปามีน (dopamine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ทำให้เกิดความสุขและความพึงพอใจเมื่อเกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาททำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อาการไม่พึงประสงค์ทาง CNS ที่สัมพันธ์กับขนาดยา ได้แก่ ง่วงซึม และความจำ ความรู้ความเข้าใจลดลง (จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, 2550) อาการเหล่านี้อาจทำให้ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะมีความร่วมมือในการรับประทานยาได้ไม่ดีตามไปด้วย Jones และคณะ (2006) ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า พบว่า 59 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยโรคลมชักไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทำให้การควบคุมอาการชักเป็นไปได้ไม่ดีเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการชักมากขึ้นก็จะไม่รับประทานยากันชักตามไปด้วยเนื่องจากผู้ป่วยคิดว่ายากันชักไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

**สมรรถนะแห่งตน** เป็นปัจจัยที่มีแรงจูงใจสำคัญของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลให้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับทักษะและความสามารถของบุคคล จะเป็นสิ่งที่เสริมให้บุคคลสามารถกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้ประสบผลสำเร็จ บรรลุตามเป้าหมายได้ดีกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณเองไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะ (Gillis, 1993) จากรายงานการศึกษา พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยผู้ป่วยโรคลมชักที่มีสมรรถนะแห่งตนที่ดีนั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดถึงความเชื่อมั่นและความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค เมื่อมีความเชื่อมั่นในการกระทำสิ่งต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยมุ่งมั่นไม่หลีกเลี่ยงปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้จากการปฏิบัติสิ่งต่างๆ มองหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความผิดปกติทางอารมณ์ตามมาจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาด้วย (Robinson et al, 2008; Dilorio et al, 2006)

จากข้อมูลหลักฐานการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานไว้ ดังนี้

1. เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก
2. การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก
3. การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคลมชัก ซึ่งมารับบริการแผนกอายุรกรรมประสาทผู้ป่วยนอกคลินิกโรคลมชักของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตน และภาวะซึมเศร้า

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้ป่วยโรคลมชัก** หมายถึง บุคคลที่มีอาการชักที่เกิดขึ้นซ้ำๆ (recurrent seizure) ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป และเกิดจากความผิดปกติของสมองในการให้กระแสไฟฟ้าประสาทผิดปกติ ทำให้เกิดอาการชัก ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชัก และมาติดตามการตรวจการรักษาในแผนกอายุรกรรมประสาท คลินิกโรคลมชัก

**ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคลทางด้านจิตใจที่มีต่อภาวะอารมณ์เจ็บป่วยหรือความรู้สึกต่อความเครียดของผู้ป่วยต่ออาการชักโดยแสดงออกในรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด การรับรู้และการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่เกิดภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้าใจ จิตใจกระวนกระวาย สับสน การตัดสินใจยากู้สึกไม่มีความสุข รู้สึกเหนื่อยล้าหรือสูญเสียพลังงาน นอนไม่หลับ และมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกไร้ค่า และสิ้นหวัง ต่ำหนืดตนเอง มองโลกในแง่ร้าย การสูญเสียความพอใจในการทำกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงนิสัยในการรับประทานอาหารไปจนถึงมีความรู้สึกอยากตาย และฆ่าตัวตาย ประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977) ฉบับที่แปลเป็น

ภาษาไทยโดยวิชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) โดยระดับคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความพิการ และระดับคะแนนที่น้อยกว่า 16 ถือว่าไม่มีภาวะพิการ

**เพศ** หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นเพศหญิงหรือเพศชายของผู้ป่วยโรคลมชัก

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคลมชักในการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันและมีเครือข่ายทางสังคมร่วมกัน ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรทางสุขภาพ ประเมินจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH Social Support Questionnaire) ฉบับที่แปลภาษาไทยโดยจันทนา หล่อตจะกุล (2548) พัฒนาโดย มลฤดี บุราณ (2548) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยคะแนนรวมสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมดี คะแนนรวมต่ำ แสดงว่า ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี

**การรับรู้ตราบาป** หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคลมชักรับรู้ที่ตนเองไม่เป็นที่ยอมรับ และไม่พึงประสงค์ของสังคม มีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยเกี่ยวกับอาการชักทำให้ถูกแบ่งแยกกีดกันเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม ความอับอายหรือเสื่อมเสีย ได้แก่ครอบครัวบุคคลในชุมชน และ บุคลากรทางการแพทย์ โดยแบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านการถูกตีตรา และด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน

การถูกตีตรา (Stigma consciousness) คือการคาดคะเนของบุคคลที่รู้สึกกว่าตนเองถูกเลือกปฏิบัติและถูกแบ่งแยกจากคนส่วนใหญ่ในสังคม ทำให้เขาเหล่านี้ต้องควบคุมตนเองในเรื่องพฤติกรรมบางอย่างและการมีปฏิสัมพันธ์บางอย่าง (Pinel, 1999)

การถูกแบ่งแยกกีดกัน หมายถึง เงื่อนไขทางสังคมที่ทำให้ผู้ที่มีความทุกข์มีความรู้สึกที่ไม่ได้รับการสนับสนุน ถูกผู้อื่นเข้าใจผิดหรือถูกกีดกันออกห่าง (Lepore et al., 1996)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคลมชักของ ออสตินและคณะ (Austin et al., 1998) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 10 ข้อ มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1-70 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปมาก คะแนนรวมต่ำ แสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปน้อย

**การจัดการตนเอง** (Self-Management) หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพหรือป้องกันการเกิดโรค ประกอบด้วย 5 ด้านตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Dilorio และคณะ (2004) ดังนี้

1. ด้านการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานยาได้ด้วยตนเองของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชัก โดยรับประทานยาครบทุกมื้อ ถูกเวลาจำนวนของยาในแต่ละมื้อ ไม่ปรับขนาดของยากันชักเอง รับประทานยาครบตามแพทย์สั่ง และมาตรวจตามนัด
2. ด้านการรับรู้ข้อมูล หมายถึง พฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชัก โดยมีความเข้าใจในการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการตนเองของโรคลมชัก การติดตามอาการชักของตนเอง ลักษณะอาการชัก ความถี่ของการชัก อาการข้างเคียงจากการรับประทานยากันชัก แนะนำวิธีการดูแล ระหว่างที่มีอาการชักให้กับครอบครัว เพื่อน มีส่วนร่วมในกลุ่มสนับสนุนของผู้ป่วยโรคลมชัก
3. ด้านความปลอดภัย หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชักในเรื่อง การดื่มแอลกอฮอล์ การว่ายน้ำ การใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า การปีนที่สูง การรับประทานยาตัวอื่นร่วมกับยากันชัก
4. ด้านอาการชัก หมายถึง การปฏิบัติต่ออาการชักของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชักในเรื่องการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอาการชัก การตรวจระดับเลือดเพื่อหาปริมาณยาที่เหมาะสมในเลือด วิธีการเตือนตนเองในการรับประทานยา การนำยากันชักติดตัวไปในสถานที่อื่นเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยากันชัก บอกแพทย์เมื่อมีอาการชักมากกว่าปกติ
5. ด้านการดำเนินชีวิต หมายถึง พฤติกรรมการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชักในด้าน การนอนหลับ การออกกำลังกาย การลดความเครียดในการดำเนินชีวิต การหาวิธีช่วยเพื่อลดอาการชัก ได้แก่ การสะกดจิต การจินตภาพ การผ่อนคลาย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินได้จากแบบสอบถาม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชักของ Dilorio และคณะ (2004) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีคำถามทั้งหมด 38 ข้อ ประกอบด้วยการประเมินการจัดการตนเอง 5 ด้าน คือ ด้านการรับประทานยา ด้านการรับรู้ข้อมูล ด้านความปลอดภัย ด้านอาการชัก และด้านการดำเนินชีวิต ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า 5 ระดับ โดยคะแนนรวมสูง แสดงว่า มีการจัดการตนเอง ที่ดี โดยคะแนนรวมต่ำ แสดงว่า มีการจัดการตนเองไม่ดี

**ความร่วมมือในการใช้ยา** หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยินดี เต็มใจ ที่ทำตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพในการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลดีทั้งต่อสุขภาพของตนเองและสอดคล้องตามแผนการรักษาของแพทย์เป็นไปโดยความสมัครใจของผู้ป่วยเองเพื่อให้เกิดผลดีต่อการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยประเมินความร่วมมือการใช้ยาจากแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของ ของ Morisky

และคณะ (2008) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พรรณนิกา ศักดิ์ทอง (2553) พัฒนาโดย ปชาตัญญู ตันติโกสม (2553) โดยมีคำถามทั้งหมด 8 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-8 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง แสดงว่า มีความร่วมมือในการใช้ยาดี คะแนนรวมต่ำ แสดงว่า มีความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดี

**สมรรถนะแห่งตน** หมายถึง ประสิทธิภาพการรับรู้ของตนเองของผู้ป่วยโรคลมชักโดยมีการกำหนดเป็นความเชื่อของตนเองเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการในการแสดงพฤติกรรมของตนเองเกี่ยวกับการดำเนินกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ประเมินโดยใช้แบบประเมิน สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคลมชัก สร้างโดย Dilorio และคณะ (2003) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและ ตามแนวคิดของแบนดูรา โดยมีคำถามทั้งหมด 33 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-10 มีคะแนนตั้งแต่ 1-330 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนดี คะแนนรวมต่ำ แสดงว่า ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนไม่ดี

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และทางสาธารณสุขในการนำไปใช้เกี่ยวกับการวินิจฉัยปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชักทางคลินิก
2. เป็นแนวทางสำหรับจัดการเรียน การสอน ให้แก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อจัดหลักสูตรการเรียน การสอน เกี่ยวกับการดูแลด้านภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการค้นคว้าวิจัยทางการแพทย์ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชักหรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา และสมรรถนะแห่งตน กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

#### 1. ผู้ป่วยโรคลมชัก

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

#### 2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก

- 2.1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
- 2.2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก
- 2.3. สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
- 2.4. การประเมินภาวะซึมเศร้า
- 2.5. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก
  - 2.5.1. เพศ
  - 2.5.2. การสนับสนุนทางสังคม
  - 2.5.3. การรับรู้ตราบาป
  - 2.5.4. การจัดการตนเอง
  - 2.5.5. ความร่วมมือในการใช้ยา
  - 2.5.6. สมรรถนะแห่งตน
- 2.6. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักที่มีภาวะซึมเศร้า
- 2.7. การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ผู้ป่วยโรคลมชัก (Epilepsy)

### 1.1. ความหมายของโรคลมชัก

โรคลมชัก หมายถึง อาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมองให้กระแสไฟฟ้าประสาท ผิดปกติ ทำให้เกิดอาการ เช่น ทำให้เกิดชักเกร็งกระตุกแบบลมบ้าหมู เหมือนเรียกไม่รู้สีกตัว สะดุ้ง-กระตุก พฤติกรรมผิดปกติ ล้มตัวอ่อน (ธนิรินทร์ อัครวิเชียรจินดา , 2542)ที่มีอาการชักเกิดขึ้นซ้ำๆ (recurrent seizure) ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป โดยมีลักษณะจำเพาะของโรค เช่น อายุที่เริ่มเกิด พันธุกรรม การตอบสนองต่อการรักษา การพยากรณ์โรค และมีสาเหตุที่ทราบแน่นอน (ชัยชน โลว์เจริญกุล , 2552) โดยอาการชัก (seizure) หมายถึงอาการชั่วคราว (paroxysmal symptom) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยครั้งหนึ่งๆจากการที่สมองปล่อยไฟฟ้าของการชักออกมามากผิดปกติชั่วคราว ตั้งแต่เริ่มต้นเกิดไฟฟ้าของการชักไปจนถึงสิ้นสุด (ชัยชน โลว์เจริญกุล , 2552) และเป็นอาการทางคลินิกที่มีการทำงานของเซลล์ประสาทในส่วน cerebral cortex ที่มากเกินไป ส่วนใหญ่จะเห็นอาการที่ผู้ป่วยหมดสติกะทันหัน กล้ามเนื้อกระตุกทั่วตัว ซึ่งเป็นอาการของการชักแบบ generalized tonic-clonic หรือ grand mal seizure (จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, 2550)

### 1.2. สาเหตุของการเกิดโรคลมชัก (โยธิน ชินวลัญช์, 2554)

โรคลมชักเกิดได้จากหลาย ๆ สาเหตุ ประมาณ 70 เปอร์เซ็นต์หาสาเหตุไม่พบ และอีก 30 เปอร์เซ็นต์อาจเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

#### 1.2.1. แผลเป็นในสมอง เช่น

- จากการติดเชื้อของสมอง
- อุบัติเหตุต่อสมอง
- ชักขณะใช้สูงในวัยเด็ก การชักในขณะใช้สูงในวัยเด็กที่ชักนาน หรือชัก

ติดต่อกันหลาย ๆ ครั้ง สมองจะขาดออกซิเจน สมองถูกกระทบกระเทือน โดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในระหว่างมารดาตั้งครรภ์และแรกคลอด

#### 1.2.2. โรคทางกาย เช่น

- ภาวะเกลือโซเดียมในร่างกายสูงหรือต่ำ
- น้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ
- โรคตับ โรคไต
- ภาวะมีก้อนในสมอง เช่น เนื้องอกในสมอง พยาธิในสมอง หลอดเลือดสมองตัน

หรือแตก การดื่มเหล้า กินยาบางชนิด หรือได้รับสารพิษ

#### 1.2.3. โรคทางกรรมพันธุ์ พบประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย

### 1.3. ประเภทของโรคลมชัก

ชัยชน โลว์เจริญกุล (2552) จำแนกประเภทโรคลมชักตาม International League Against Epilepsy 2001 (ILAE, 2001) ซึ่งพัฒนามาจาก ILAE 1989 โดยเป็นการจำแนกโรคลมชักตามลักษณะอาการชัก ความผิดปกติของคลื่นสมอง การวินิจฉัยตำแหน่งสมองที่เป็นบริเวณกำเนิดชัก (localization of epileptogenic zone) และสิ่งกระตุ้นการชักแบบรีเฟล็กซ์ (precipitating stimuli for reflex seizure) ร่วมกับลักษณะอื่นๆ ได้แก่ สาเหตุ อายุที่เริ่มเกิด กลไกทางพยาธิสรีรวิทยา การดำเนินโรค การตรวจพิเศษ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

**ส่วนที่ 1** รายชื่ออาการชัก (seizure type) แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

ชักที่หยุดเอง (self limited seizure type) แบ่งออกเป็น 2 พวกใหญ่

1. Generalized seizure หรืออาการชักทั่วทั้งสมอง คือ อาการชักที่เกิดจากกระแสไฟฟ้าของการชักกระจายทั่วทั้งสมองพร้อมกันตั้งแต่ต้นจนจบ มักมีความรู้สึกตัวบกพร่อง การเคลื่อนไหวมักเกิดขึ้นทั้งสองข้าง และการเปลี่ยนแปลงคลื่นสมองขณะชัก (ictal EEG) เป็นไปพร้อมกันทั่วทั้งสมอง ได้แก่อาการชัก generalized tonic-clonic seizure (GTC), clonic seizure, Absence seizure เป็นต้น

2. Focal seizure หรืออาการชักเฉพาะส่วนของสมอง คือ อาการชักที่เกิดจากไฟฟ้าของการชักกระตุ้นเฉพาะส่วนของ cerebral cortex โดยที่ความรู้สึกตัวของผู้ป่วยอาจบกพร่องหรือไม่ก็ได้ คลื่นสมองมักพบไฟฟ้าของการชักที่บริเวณใดบริเวณหนึ่ง บางครั้งอาจกระจายเป็นการชักแบบทั่วทั้งสมองได้ ได้แก่ Aura, Focal sensory seizure, Gelastic seizure เป็นต้น

ชักต่อเนื่อง (Continuous seizure type or status epilepticus, SE) อาการชักต่อกันนานกว่า 15 นาที หรือชักติดกันหลายๆครั้ง โดยที่ระหว่างชักผู้ป่วยไม่ฟื้น แบ่งเป็น 2 พวกใหญ่

1. Generalized SE ชักต่อเนื่องที่เกิดจากไฟฟ้าพร้อมกันทั่วทั้งสมอง
2. Focal SE ชักต่อเนื่องที่เกิดจากไฟฟ้าเฉพาะส่วนของสมอง

**ส่วนที่ 2** ระบุส่วนสมองที่เป็นบริเวณกำเนิดอาการชัก (localization within the brain) เพื่อให้ทราบถึงจุดกำเนิดของอาการชักและนำไปสู่การรักษาต่อไป

**ส่วนที่ 3** สิ่งกระตุ้นการชักแบบรีเฟล็กซ์ (precipitating stimuli reflex seizure)

### 1.4. กลุ่มอาการลมชักที่พบในวัยผู้ใหญ่

ชัยชน โลว์เจริญกุล (2552) กล่าวว่าโรคลมชักและกลุ่มอาการลมชักที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่ คือ

1. Focal epilepsies and syndromes



ก. Symptomatic focal epilepsy กลุ่มโรคลมชักที่มีกายวิภาคเป็นต้นเหตุ (Structural lesion) ที่ระบุได้ชัดเจนโดยมากวิวินิจฉัยจากภาพถ่าย MRI ได้แก่ Temporal lobe epilepsy (TLE), Frontal lobe epilepsy (FLE), Parietal lobe epilepsy (PLE) เป็นต้น

ข. Probably symptomatic focal epilepsy กลุ่มโรคลมชักที่เชื่อว่ามีส่วนสาเหตุ แต่สาเหตุนี้ยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนแน่นอน ได้แก่ nonlesional focal epilepsy

ค. Idiopathic กลุ่มอาการลมชักที่มีอาการชักปรากฏ โดยไม่มีกายวิภาคเป็นต้นเหตุ และอาการทางระบบประสาทอื่นๆ เชื่อว่ามีส่วนสาเหตุจากกรรมพันธุ์ ได้แก่ ADFLE (Autosomal Dominant Nocturnal Frontal Lobe Epilepsy) และ BFTLE (Benign Familial Temporal Lobe Epilepsy)

## 2. Generalized epilepsy

ก. Idiopathic generalized epilepsies (IGE) with variable phenotypes กลุ่มอาการลมชักที่มีอาการชักปรากฏ โดยไม่มีกายวิภาคเป็นต้นเหตุ และอาการทางระบบประสาทอื่นๆ เชื่อว่ามีส่วนสาเหตุจากกรรมพันธุ์ ได้แก่ Childhood absence epilepsy (CAE) ซึ่งอาการจะดำเนินต่อจนเข้าถึงวัยผู้ใหญ่, Juvenile absence epilepsy (JAE), Juvenile myoclonic epilepsy (JME) เป็นต้น

ข. Absence status of adulthood

ค. Lennox-Gastaut syndrome (LGS)

ง. Ring chromosome 20 epilepsy

### 1.5. การรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก

หลักการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักประกอบด้วย (ทายาท ดิสุดจิต, 2544; ชัยชน โฉวเจริญกุล, 2552)

1. การรักษาอาการชักให้หายหมด วิธีการหลักสำคัญที่สุด คือ การใช้ยากันชัก (Antiepileptic drug, AED) แม้เป็นเพียงการรักษาตามอาการ
2. การรักษาสาเหตุของโรค
3. การปรับปรุงรูปแบบการใช้ชีวิต ได้แก่ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นอาการชัก, การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ, การฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม
4. การผ่าตัดโรคลมชัก (Epilepsy surgery)

#### การรักษาด้วยยากันชัก

การรักษาด้วยยากันชักเป็นการรักษาหลักสำหรับลดอาการชักที่ได้ผลในผู้ป่วยจำนวนมาก แม้เป็นเพียงการรักษาตามอาการ (symptomatic treatment) กล่าวคือ ควบคุมอาการชักมิให้เกิดขึ้นอีก โดยมีได้แก่ไขสาเหตุการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการของโรค หรือป้องกันการพัฒนาไปสู่

โรคลมชักหลังเกิดสาเหตุในสมอง แต่มีค่าใช้จ่ายน้อย สามารถทำได้โดยสะดวกแม้ในสถานพยาบาลขนาดเล็กและที่ห่างไกล โดยมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักในประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศ ที่ยังไม่เคยได้รับยากันชักเลยในชีวิตมีมากถึง 70-90% จึงจำเป็นต้องศึกษาการใช้ยากันชักอย่างถูกต้องเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้หายจากอาการชัก โดยเป้าหมายของการรักษาด้วยยากันชัก คือ ผู้ป่วยต้องหายหมด หรือปลอดจากการชัก (seizure free) โดยไม่มีอาการข้างเคียง หรือเป็นพิษจากยาที่กระทบต่อคุณภาพชีวิต ไม่ว่าจะในแง่สติปัญญา ระบบต่างๆ ภายในร่างกาย หรือปฏิกริยาระหว่างยาอื่นที่รับประทานร่วมที่มีผลต่อผู้ป่วยทั้งในด้าน การปรับตัวทางสังคม สภาพจิตใจ การศึกษา การงาน การขับรถ การแต่งงาน ฯลฯ (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2552) แพทย์จึงควรพิจารณา และวางแผนถึงการใช้ยากันชักอย่างเหมาะสม โดยมีการวางแผนในการรักษาระยะยาวอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดนั้นการควบคุมอาการชัก

หลักการใช้ยากันชัก ในการรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก (กัลป์ยาณ์ ธีระวิบูลย์, สุรางค์ เจียมจรรยา และอนันต์ วิสุทธิพันธ์, 2549)

1. เริ่มต้นด้วยยากันชักชนิดเดียว (monotherapy) และใช้ยากันชักที่ละหนึ่งชนิดระหว่างการปรับเปลี่ยนยาให้ผู้ป่วยในระยะแรก ทางเวชปฏิบัติส่วนใหญ่มักเริ่มยากันชักหลายตัว แต่ละตัวในขนาดที่ไม่สูงพอ และพอใจจะคงยาต่างๆอยู่ในระดับต่ำนั้น โดยไม่ปรับเปลี่ยนขนาดหรือชนิดยากันชักเลยเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดผลเสีย ได้แก่

- เกิดอาการเป็นพิษได้ง่าย
- เกิดปฏิกริยาระหว่างยาได้มากกว่า โดยเฉพาะเมื่อใช้ยากันชักมาตรฐาน เป็นผลให้ระดับยาไม่แน่นอน คุมช้กไม่ได้ผลหรือเกิดอาการเป็นพิษได้ง่าย
- อาจทำให้เกิดอาการชักได้มากกว่าเดิมในกรณีที่เลือกยาไม่ถูกกับ epileptic syndrome ของผู้ป่วย การใช้ยากันชักที่ละชนิด และตัวเดียว (monotherapy) ให้ผลในการคุมช้กได้ดีกว่าการใช้ยากันชักหลายตัว อาการข้างเคียง การเกิดปฏิกริยาระหว่างยา ก็ลดลง ทำให้ผู้ป่วยกินยาได้อย่างสม่ำเสมอ

2. เริ่มด้วยยาขนาดน้อย (initial dose) แล้วค่อยๆเพิ่มขึ้นจนผู้ป่วยหายชักหมด หรือในขนาดสูงสุดที่ผู้ป่วยทนอาการข้างเคียงของยาได้ (maximal tolerated dose) หลักการสำหรับยากันชักทุกตัว คือการเพิ่มและลดยาช้าๆ เสมอ ยากันชักทุกชนิดไม่ควรเริ่มในขนาดที่สูงและไม่ควรเพิ่มยาเร็ว เพราะผู้ป่วยอาจมีอาการเป็นพิษ โดยเฉพาะยาที่มี half-life สั้น เช่น carbamazepine (CBZ) หรือมี nonlinear kinetics เช่น phenytoin (PHT) หรือที่เกิดอาการข้างเคียงได้ง่าย เช่น คีโนลามอทรินจีน (LTG)

3. ปรับขนาดของยา จากอาการตอบสนองของผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป โดยไม่ใช้ขนาดยาตายตัวสำหรับผู้ป่วยทุกราย (fixed dose) หลังเริ่มยากันชักแล้วควรประเมินผู้ป่วยเพื่อปรับยาในการมาติดตามการรักษาทุกครั้ง ไม่ควรให้ยาในขนาดเดียวคงที่เป็นระยะเวลาสั้น ควรเพิ่มยาขึ้นช้าๆ และดูการตอบสนองเป็นรายๆ ไป การให้ยาขนาดต่ำโดยที่ยังควบคุมอาการชักไม่ได้ (sub therapeutic dose) เป็นเวลานาน เป็นการรักษาแบบครึ่งๆกลางๆ จะทำให้การหาย (remission) ของผู้ป่วยล่าช้าออกไป

4. ประเมินการลดลงของอาการชักอย่างเชื่อถือได้ เช่นการใช้ปฏิทินบันทึกอาการชัก (seizure calendar) ควรให้ผู้ป่วยหรือญาติจดบันทึกอาการชักลงในปฏิทินอาการชัก คำนวณเปอร์เซ็นต์ของการชักที่เปลี่ยนแปลงไปก่อนการรักษาให้เป็นบันทึกทางการแพทย์ในการประเมินผลการรักษาเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยดีขึ้นหรือเลวลงจากการประเมินของผู้ป่วย และญาติ ตัววัดที่นิยมมากที่สุด คือการดูความถี่ของการชักในช่วงเวลาหนึ่งทีเปลี่ยนแปลงไปก่อนการรักษา (baseline) โดยแบ่งการตอบสนองออกเป็นดังนี้

- หายชักหมดหรือปลอดจากอาการชัก(seizure free) หรือมีเพียงอาการเตือนอย่างเดียว(aura alone)

- หายชักมากอย่างมีนัยสำคัญ (significant improvement) คือความถี่ของอาการชักลดลงมากกว่า 50เปอร์เซ็นต์เมื่อเทียบกับระยะก่อนการรักษา(baseline)

- หายชักเล็กน้อย (mild improvement) คือความถี่ของการชักลดลง 25-50 เปอร์เซ็นต์ จากระยะก่อนการรักษา

- อาการคงเดิม (same) คือความถี่ของการชักลดลงหรือเพิ่มขึ้นไม่เกิน 25 เปอร์เซ็นต์ จากระยะก่อนการรักษา

- เลวลง(worse) ความถี่ของอาการชักเพิ่มขึ้นมากกว่า 25เปอร์เซ็นต์ จากระยะก่อนการรักษา

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ เวลาที่เหมาะสมที่จะประเมินผลการรักษา ควรประเมินการตอบสนอง เมื่อปรับยาถึง steady state ของยานั้นๆแล้ว และควรติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลาสั้นพอ ในผู้ป่วยที่ชักห่างมากๆ เช่น หลายๆเดือนต่อครั้ง อาจต้องดูอาการนานก่อนสรุปว่าผู้ป่วยหายชักแล้วบริหารยาตามคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาของยากันชักแต่ละชนิด เช่น phenytoin (PHT), phenobarbital(PB) มีค่าครึ่งชีวิต (half life, T1/2) นานตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป สามารถให้ได้วันละ 1 ครั้งในผู้ใหญ่ หรือ carbamazepine(CBZ) sodium valproate (VPA) มี T1/2 สั้น ควรให้วันละ 2-3 ครั้งเป็นต้น

5. ใ้ประวัจอาการข้างเคียงต่างๆ หรือปฏิกิริยาระหว่างยา ต้องมีการประเมินอาการข้างเคียงจากยากันซ้กจริงหรือไม่เพราะบางกรณีอาจเกิดอาการโดยไม่เกี่ยวกับยา ในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยมีอาการซ้กมากควรยืนยันด้วยจำนวนครั้งของอาการซ้กเปรียบเทียบกับอาการซ้กก่อนหน้านี้ที่บันทึกด้วยวิธีเดียวกันว่าเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากกว่า 25เปอร์เซ็นต์ หรือไม่ ปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยซ้กมากระหว่างการปรับยามีหลายสาเหตุ ได้แก่ สาเหตุของโรคหรือการดำเนินของโรค ลุกกลมขึ้น มีปัจจัยกระตุ้นอาการซ้ก (precipitating factor) ซาดยากันซ้กเกิดปฏิกิริยากับยาอื่นทำให้ระดับยาเปลี่ยนแปลง โดยการใ้ประวัจอาการข้างเคียงแบ่งได้เป็น 5 กลุ่ม คือ (ซ้ชชนโลว์เจริญกุล, 2544)

5.1 อาการเป็นพิษ (toxicity) จะเกิดในผู้ป่วยทุกรายที่ใ้รับยาเกินขนาด อาจจะไม่แปรตามระดับยาในเลือดจะหายไปเมื่อลดขนาดของยาลงเมื่อเกิดอาการแล้วผู้ป่วยยังสามารถใ้ยาตัวเดิมได้ โดยปรับขนาดยาไม่ให้สูงจนเกินไป เช่น phenytoin (PHT), phenobarbital(PB), carbamazepine(CBZ) จะทำให้เกิดอาการตาข่าย วจเวียน เห็นภาพซ้อน เดินเซ ง่วงซ้ม ใน sodium valproate (VPA) จะพบอาการมือสั่น (postural tremor)

5.2 อาการแพ้ (idiosyncrasy) จะเกิดในผู้ป่วยบางรายที่ไวต่อยาเป็นพิเศษ เมื่อเกิดแล้วมีความจำเป็นต้องหยุดยา และเปลี่ยนชนิดยาไป ไม่ควรใ้ยาอีก ได้แก่ อาการแพ้ทางผิวหนัง ตับอักเสบ กดไขกระดูก ที่พบบ่อยได้แก่ผื่นคัน จาก phenytoin(PHT), phenobarbital(PB), carbamazepine(CBZ)

5.3 ความผิดปกติทางเมตะบอลิก (metabolic abnormality) พบในผู้ป่วยบางรายอาจมีปัจจัยเสริมด้วยโรคทางกายหรือซาดสารอาหารบางอย่าง แก้ไขโดยการปรับขนาดของยาหรือรักษาความผิดปกติของเมตะบอลิก ได้แก่ ภาวะแคลเซียมต่ำและกระดูกพรุนจาก phenytoin (PHT), phenobarbital(PB) ภาวะพร่อง folate และ megaloblastic anemia จาก phenytoin (PHT), phenobarbital(PB) ภาวะโซเดียมต่ำ (NIADH) จาก carbamazepine(CBZ) เป็นต้น

5.4 อาการเป็นพิษต่อเด็กในครรภ์ (teratogenicity) โดยมากจะเกิดในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ที่ผู้ป่วยมีอาการซ้กมากและใ้รับยากันซ้กในขนาดสูง หรือร่วมกับภาวะพร่อง folate ได้แก่ neural tube defectจาก sodium valproate (VPA), fetal AED syndrome ซึ่งมีความผิดปกติเล็กน้อยของใบหน้า

5.5 อาการชักมากขึ้นจากยากันชัก ในกรณีใช้ยากันชักเกินขนาด ใช้ยากันชักไม่เหมาะสมกับชนิดของอาการชัก และยากันชักบางตัวอาจทำให้เกิด encephalopathy และชักมากขึ้นพบใน sodium valproate (VPA)

6. เจาะระดับยากันชักเฉพาะเมื่อมีข้อบ่งชี้ และแปลผลควบคู่ไปกับอาการทางคลินิกของผู้ป่วยเสมอ ระดับยากันชักมีค่าแตกต่างกันอย่างกว้างขวางในผู้ป่วยต่างๆที่ได้รับยาในขนาดเดียวกัน ดังนั้น therapeutic range ไม่สามารถประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยทุกรายนอกจากนี้ผู้ป่วยยังตอบสนองด้วย pharmacodynamic ที่แตกต่างกัน การรักษาจึงจำเป็นต้องดูอาการของผู้ป่วยเป็นหลักมากกว่าดูตัวเลขระดับยาในเลือด ข้อบ่งชี้ของการเจาะระดับยากันชักในกรณีที่ผู้ป่วยยังคุมชักไม่ได้ หรือสงสัยอาการเป็นพิษเท่านั้น โดยชัยชน โฉมเจริญกุล กล่าวว่า การเจาะระดับยากันชักของคลินิกโรคลมชักโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จะพิจารณาตามข้อบ่งชี้ในกรณีดังต่อไปนี้

- 6.1 เพื่อดูความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
- 6.2 ยืนยันอาการเป็นพิษ
- 6.3 วินิจฉัยหรือเฝ้าระวังอาการเป็นพิษ
- 6.4 เป็นแนวทางในการให้ยากันชักที่ต้องการเพิ่มระดับ
- 6.5 เป็นแนวทางในการปรับขนาดยากันชัก

7. เมื่อปรับยากันชักไม่ได้ผลแล้ว (failure) ให้เปลี่ยนเป็นยาชนิดต่อไป โดยค่อยๆลดขนาดยาเดิมลง และค่อยเพิ่มขนาดยาใหม่ขึ้นให้มีระยะเวลาเหลื่อมกันระหว่างยา 2 ชนิดพร้อมเฝ้าระวังอาการชักกำเริบ หรืออาการข้างเคียงจากยา

8. เมื่อคุมอาการชักได้ ให้คงยากันชักในขนาดเดิมต่อไป (maintenance) เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการชักเลยติดต่อกันมากกว่า 2-5 ปีพิจารณาลดหรือหยุดยากันชักเป็นรายๆไป การลดยากันชักเร็วเกินไปจะทำให้อาการชักกำเริบ (relapse) และต้องเริ่มคุมอาการชักกันใหม่

9. ถ้ายากันชักที่ละตัว (monotherapy) ทุกชนิดไม่ได้ผลแล้วอาจใช้ยาร่วมกัน 2 หรือ 3 ชนิด (polytherapy) กรณีนี้อาจได้ประโยชน์ขึ้นอีกเพียงเล็กน้อย กล่าวคือ การใช้ยากันชักมาตรฐานร่วมกัน 2 ตัวจะทำให้ผู้ป่วยหายได้อีกประมาณ 10 เปอร์เซ็นต์ และถ้าใช้ 3 ตัวร่วมกันจะทำให้หายได้อีก 3-5 เปอร์เซ็นต์ เท่านั้นแต่อาจมีอาการข้างเคียงเพิ่มขึ้นหรือมีปฏิกิริยาระหว่างยาได้ ขนาดยาที่เพิ่มควรพยายามเพิ่มขึ้นถึงขนาดสูงสุดที่ผู้ป่วยทนอาการข้างเคียงได้ และลองใช้ในระยะเวลานานพอควรถ้าได้ผลให้คงไว้หลายสัปดาห์ แล้วพิจารณาดูว่าจะลดยาตัวใดตัวหนึ่งลงได้ แต่ถ้ายาสองตัวคุมชักไม่ได้ถอยยาตัวที่คิดว่าไม่ได้ผลออกและแทนยาตัวใหม่เข้าไป

### แนวทางการหยุดยากันชัก(จันท์ทิพย์ กาญจนศิลป์, 2550)

ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชักตลอดระยะเวลาที่รับประทานยากันชักเกิน 2 ปี มีโอกาสที่จะหยุดยากันชักได้โดยผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจจะหลีกเลี่ยงผลของยาต่อ Cognitive และพฤติกรรม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์และการเกิดอันตรกิริยา และผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตปกติไม่ต้องกินยาเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจถอนยากันชักเป็นเรื่องที่ซับซ้อนต้องพิจารณาทั้งทางด้านการแพทย์และทางสังคม และต้องอธิบายถึงผลดีผลเสีย (risks and benefits) ให้ผู้ป่วยทราบอย่างชัดเจนกลับมาเกิดอาการชักซ้ำหลังการหยุดยาซึ่งโอกาสเกิดได้มากที่สุดช่วง 1-2 ปีแรก หลังการหยุดยา การชักซ้ำอาจทำให้เกิดผลเสีย เช่น อุบัติเหตุขณะชัก ดังนั้นจึงควรอธิบายถึงผลดีผลเสียในการตัดสินใจหยุดยา การลดยากันชักควรลดลงช้าๆโดยอาจใช้เวลา 4-8 สัปดาห์ต่อยากันชักหนึ่งชนิดโดยทั่วไปผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชักติดต่อกัน 2 ปีหรือมากกว่าอาจจะพิจารณาให้หยุดยาได้ การหยุดยามีข้อดีคือ การหยุดยาอาจเสี่ยงต่อการเกิดอาการชักซ้ำ (Recurrence) ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงที่จะทำให้เกิด seizure recurrence หลังถอนยา ได้แก่ onset of epilepsy, seizure type, EEG abnormalities และ rate of drug withdrawal Relapse rates หลังจากถอนยาเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการชักติดต่อกัน 2 ปีหรือมากกว่า สำหรับผู้ที่เริ่มเป็นตั้งแต่เด็ก ร้อยละ 20 และสำหรับผู้เริ่มเป็นตอนผู้ใหญ่ 40เปอร์เซ็นต์ ดังนั้นผู้ป่วย 60-80เปอร์เซ็นต์ จะไม่มีอาการชักหลังถอนยาอีก 2 ปี ความเสี่ยงต่อการเกิดการชักใหม่จะสูงสุดในช่วงที่ลดยากันชักลงในช่วง 1 ปีแรก

การถอนยามีผลต่อการเกิด Recurrences การถอนยาควรจะทำค่อย ๆ ลดขนาดยาลง (taper) การหยุดยากระทันหันจะทำให้ผู้ป่วยเกิด status epilepticus และการถอนยาเร็วเกินไปทำให้เกิดการชักด้วย การชักที่เกิดจากการถอนยามักเกิดมากที่สุดจากการใช้ยากลุ่ม benzodiazepine หรือ barbiturate

การตัดสินใจถอนยาต้องประเมินเรื่องการทำงานของผู้ป่วยและเรื่องทางสังคมอย่างระมัดระวัง เนื่องจากการถอนยานี้อาจทำให้เกิดการชักอีกที่ไหนก็ได้ ไม่ว่าจะที่บ้าน ที่ทำงาน หรือขณะขับรถ ดังนั้น ขณะที่มีการถอนยากันชักจะต้องแนะนำว่า ไม่ควรขับรถอีกเป็นเวลาหลายเดือน ปัจจัยที่ช่วยในการพยากรณ์การเกิดการชักซ้ำหลังหยุดยา

1. อายุที่เริ่มเกิดอาการชัก พบผู้ป่วยที่อาการชักเริ่มในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ มีโอกาสเกิดการชักซ้ำหลังหยุดยาสูงกว่ากลุ่มที่การชักเกิดตั้งแต่วัยเด็ก
2. สาเหตุของโรคลมชัก โรคลมชักที่มีพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุชัดเจนมีโอกาสเกิดการชักซ้ำได้สูง

3. ความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมอง ผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าสมองผิดปกติมีโอกาสเกิดชักซ้ำได้สูงกว่า

4. ประเภทของโรคลมชัก กลุ่มอาการชักบางชนิดมีโอกาสเกิดอาการชักซ้ำได้สูง เช่น Juvenile myoclonic epilepsy, Lennox Gastaut syndrome ในขณะที่กลุ่มอาการชักบางชนิดมีโอกาสหายขาดได้สูง เช่น Benign Rolandic epilepsy

### 1.6. ผลกระทบของโรคลมชัก

โรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากอาการชักซ้ำๆ ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ที่เป็นผลมาจากระบบประสาทสมองโดยตรง ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งเกิดผลกระทบทั้งด้านสังคม อาชีพ และจิตใจ (Gilliam et al., 2004) สรุปได้ดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย โรคลมชักมีผลต่อร่างกาย โดยเมื่อเกิดอาการชักอาจเกิดการได้รับอุบัติเหตุในขณะการมีกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน การเดินทาง ยิ่งเป็นงานที่ต้องระมัดระวัง จะส่งผลกระทบต่อชีวิตได้ การได้ยากันชักตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อความไม่สุขสบายได้ (Thompson & Toole, 2011)

ผลกระทบด้านจิตใจ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักในครั้งแรก ผู้ป่วยจะรู้สึกเสียขวัญ โกรธ และไม่ยอมรับผลการวินิจฉัยได้ เมื่อได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีความยุ่งยากในการตัดสินใจเลือกแบบการรักษา ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ทักษะ และความเชื่อในแต่ละคน นอกจากนี้ผู้ที่ เป็นโรคลมชักจะพบภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 30 และบางกลุ่มในผู้ที่ เป็นโรคลมชักจะมีปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ การคิด การจำ อารมณ์ (สมภพ เรื่องตระกูล อ่าง ใน ประดิษฐ์ ชัยชนะ, 2544)

ผลกระทบทางสังคม และเศรษฐกิจพบว่าผู้ป่วยโรคลมชักมีการว่างงานสูงกว่าคนทั่วไป เนื่องจากข้อจำกัดในการทำงาน และการไม่จ้างงานในผู้ที่ เป็นโรคลมชักซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักจะมีตราบาปติดตัว (Stigma) เป็นความรู้สึกที่ไม่ได้รับการยอมรับ และไม่สามารถปรับให้เข้ากับ ความคาดหวังของสังคมเกี่ยวกับการคาดการณ์ และควบคุมตนเองกับอาการชักได้

### 1.7. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก

จินตนา ปัญจรัตน์, นันทา วณิชชากร และนภาพร ศรีธนาอุทัยกร (2552) กล่าวว่า จุดประสงค์ของการพยาบาล คือ ให้ผู้ป่วยปลอดภัยสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดอาการชักหรือเกิดอาการชักน้อยที่สุด และไม่ให้เกิดอันตรายจากการชักรวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสังคม และดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งประกอบไปด้วย

1. กำจัดสาเหตุและลดปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการชัก พยาบาลควรให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยให้เกิดอาการชัก หรือการหาทางป้องกันเหมาะสมโดยปัจจัยกระตุ้นอาการชัก ได้แก่ อารมณ์เครียด การทำงานเหน็ดเหนื่อยมาก การปล่อยให้หิวมากเกินไป การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อากาศร้อนจัด หรือเย็นจัด เป็นต้น

2. ควบคุมและป้องกันอาการชักด้วยยา การได้รับยาในขนาดที่เหมาะสมอย่างเพียงพอ และสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันอาการชักได้มาก ผู้ป่วยควรได้รับทราบเกี่ยวกับความจำเป็นในการรับประทานยา และฤทธิ์ข้างเคียงของยาเพื่อที่จะได้ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม พยาบาลควรมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้ตระหนักถึงความสำคัญในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพราะบ่อยครั้งผู้ป่วยเลิกรับประทานยาเอง หรือลดขนาดของยาลง เนื่องจากเข้าใจผิดคิดว่าโรคหายขาดหรือได้รับยาเพียงพอแล้ว ดังนั้นพยาบาลควรให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา ดังนี้

2.1. เน้นอธิบายถึงความจำเป็นของการรับประทานยา อันตรายที่เกิดจากการหยุดยากะทันหัน ซึ่งจะทำให้ชักกำเริบหรือเกิดอาการชักต่อเนื่องได้ ควรให้ข้อมูลยากันชักที่ผู้ป่วยรับประทาน เช่น ชื่อยา รูปร่างยา ขนาด เวลารับประทาน รวมทั้งผลข้างเคียงของยาที่สังเกต เช่น ผื่นขึ้น ง่วงซึม เวียนศีรษะ เดินเซ สายตาเปลี่ยน

2.2. ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่รับประทานยา พยาบาลควรหาสาเหตุ ได้ถาม และรับฟังปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดจากการไม่รับประทานยา เช่น อาจเกิดอาการข้างเคียงจากยา หรือยาเกินขนาด แล้วหาทางแก้ไข

2.3. รับประทานยาร่วมกับมื้ออาหาร ไม่รับประทานยาเนื่องจากคิดว่าต้องรับประทานอาหารก่อน หรือลืมรับประทานยามื้อเที่ยงเนื่องจากทำงานหรือเรียนหนังสือ เป็นต้น

2.4. กำหนดวิธีรับประทานยาให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และสอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันโดยไม่ลืม

2.5. ชักถามถึงโรคและความผิดปกติอื่นรวมทั้งยาที่รับประทานอย่างอื่น เพื่อให้ทราบถึงปฏิกิริยากับยากันชักซึ่งอาจเกิดอาการเป็นพิษได้ เช่นยาที่ช่วยให้หลับถ้าใช้ร่วมกับยากันชักบางอย่างจะมีผลไปกดระบบประสาทส่วนกลาง อาจทำให้ง่วงซึม หรือเป็นอันตรายจากอุบัติเหตุ เป็นต้นเพิ่มตัวอย่างชนิดของยา

2.6. พยาบาลควรอธิบายฤทธิ์ข้างเคียงของยา หรืออาการเป็นพิษของยา โดยเฉพาะเมื่อเพิ่มขนาดของยาให้ผู้ป่วยทราบ



2.7. การได้รับยา phenytoin อาจทำให้เกิดอาการเหงื่ออกท่วม ถ้าเกิดอาการดังกล่าวพยาบาลควรอธิบายว่าไม่จำเป็นต้องหยุดยาควรดูแลทำความสะอาดปากฟันเป็นพิเศษ อาจใช้น้ำยาบ้วนปาก และนวดเหงือกพร้อมด้วยจะบรรเทาอาการได้ และควรตรวจฟันเป็นประจำทุกปี

3. การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการชัก หรืออยู่ในภาวะชักอย่างต่อเนื่อง ข้อที่ควรเน้นคือ

3.1. ให้ผู้ป่วยอยู่ในที่สงบและปลอดภัย นำสิ่งของทุกอย่างที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุออกห่างจากตัวผู้ป่วย

3.2. ถ้าอยู่บนเตียงยกไม้กั้นเตียงป้องกันการตกเตียง

3.3. ถ้าผู้ป่วยชักเกร็งและกัดฟันแน่น อย่าพยายามใส่สิ่งของเข้าไปในปาก เพราะจะทำให้เกิดอันตรายหรือฟันหักได้

3.4. จัดให้นอนตะแคง ศีรษะเหยียดไปข้างหลังเพื่อป้องกันการสำลัก

3.5. ไม่ผูกมัดหรือฝืนการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยเพราะอาจทำให้เกิดการต่อต้านหรือกระดูกหัก

3.6. ไม่ควรปลุกผู้ป่วยที่หลับไปหลังชักทันที เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการสับสนหรืออาการชักซ้ำได้ในกรณีผู้ป่วยมีอาการชักอย่างต่อเนื่อง มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนซึ่งมีอันตรายถึงชีวิตได้ ควรให้การดูแลทางเดินหายใจและช่วยทางเดินหายใจเป็นพิเศษ

3.7. การรักษาไว้ซึ่งสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักเกือบทุกรายมักจะมีปัญหาด้านจิตใจ เนื่องจากคิดว่าโรคที่เป็นอยู่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ทั้งยังมีปฏิกริยาในลักษณะต่างๆจากญาติ และสังคมรอบข้าง ลินด์เซ (Lindsay, 1983 อ้างในจินตนา ปัญจรัตน์, นันทา วณิชชากร และนภาพร ศรีนาอุทัยกร, 2552) กล่าวว่า “ไม่มีความผิดปกติอื่นใดที่จะเร้าอารมณ์ และก่อให้เกิดความกลัวได้เท่ากับอาการชักทั้งตัวในโรคลมชัก” เพราะอาการชักมักมีผลสะท้อนจากทัศนคติด้านลบจากผู้พบเห็น ซึ่งผู้ป่วยมักจะวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่ปรากฏดังนั้นพยาบาลควรให้ความรู้กับผู้ป่วยให้ยอมรับการเจ็บป่วยดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเผชิญปัญหาต่างๆได้

4. ส่งเสริมการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา พยาบาลควรแนะนำผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

4.1. การศึกษาหาความรู้ ควรศึกษาเกี่ยวกับโรค ยากันชัก และการผ่าตัดโรคลมชัก เพื่อความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อชีวิต

4.2. การรับประทานอาหาร ควรได้รับอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ควรรับประทานอาหารให้สมดุลร่วมกับผักและผลไม้ ไม่ควรปล่อยให้หิวเกินไปเพราะอาจทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำและอาจทำให้เกิดอาการชักได้ง่าย

4.3. การขับถ่าย ควรขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะให้เป็นปกติถ้ามีความผิดปกติให้รีบหาทางแก้ไข เพราะอาการท้องผูกนั้น หรือแม้แต่การปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะนั้นมีส่วนกระตุ้นทำให้เกิดอาการชักได้

4.4. การรักษาความสะอาดทั่วไป ควรดูแลสุขภาพปากและฟันเป็นพิเศษ เพราะผู้ป่วยอาจมีอาการเหงือกบวมจากผลข้างเคียงของยา และควรแนะนำเรื่องความสะอาดของผิวหนังจากผลข้างเคียงของยาอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การเกิดเม็ดตุ่มที่ศีรษะ การเกิดสิว ฝ้า ลักษณะผิวหนังบวมก้น และขนดก

4.5. การพักผ่อน ควรแนะนำให้มีการจัดเวลาในการทำงาน และการพักผ่อนให้เหมาะสม เพราะการอดนอน การทำงานหนัก มีผลทำให้เกิดความเครียดกระตุ้นให้เกิดการชักได้ง่าย

4.6. การออกกำลังกาย ควรแนะนำให้มีการออกกำลังกายตามสมควรแต่ไม่หักโหมและต้องระวังอุบัติเหตุ ควรออกปรับแสงแดดตอนเช้า และเย็น เพราะช่วยเพิ่มวิตามินดี เนื่องจากยากันชัก และผู้ป่วยที่อยู่แต่ในร่ม จะมีภาวะแคลเซียมต่ำและกระดูกบางทำให้หักได้ง่าย

4.7. การแต่งงาน การมีบุตร สามารถทำได้ ควรตัดสินใจ ปรึกษาและวางแผนกับแพทย์ในการมีบุตรก่อน

4.8. การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอและการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งสำคัญ เพราะอาจต้องมีการเปลี่ยนแปลงชนิดและปรับขนาดของยาใหม่เพื่อความต่อเนื่องของการรักษา

## 2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก

### 2.1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ดวงใจ กษานติกุล (2542) ภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงอารมณ์เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลต่อการทำงานหรือการเรียน

ศิริพร สวยพริ้ง (2551) ภาวะซึมเศร้า หมายถึงความเกี่ยวข้องกับทางอารมณ์ ที่ทำให้เกิดภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้าใจ จิตใจกระวนกระวาย สับสน การตัดสินใจยากู้สึกไม่มี

ความสุข รู้สึกเหนื่อยล้าหรือสูญเสียพลังงาน และมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังรวมถึง ความรู้สึกไร้ค่า และสิ้นหวัง ต่ำหนืดตนเอง มองโลกในแง่ร้าย การสูญเสียความพอใจในการทำกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงนิสัยในการรับประทานอาหารไปจนถึงมีความรู้สึกอยากตาย และฆ่าตัวตาย

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2011) อากาการซึมเศร้า เป็นโรคทางจิตทั่วไปที่นำเสนอด้วยอารมณ์หดหู่, การสูญเสียผลประโยชน์หรือความสุข, ความรู้สึกของ ความผิดหรือคู้มค่าด้วยตัวเอง ต่ำ นอนหลับกระวนกระวายใจหรือความอยากอาหารพลังงานต่ำและความเข้มข้นที่ไม่ดี ปัญหาเหล่านี้จะกลายเป็นเรื้อรังหรือเกิดขึ้นอีกและนำไปสู่ความบกพร่องที่สำคัญในความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะดูแลความรับผิดชอบในชีวิตประจำวัน ที่รุนแรงที่สุดภาวะซึมเศร้าอาจนำไปสู่ การฆ่าตัวตายถึง 850,000,000 คนต่อปี.

Beck (1970) ความผิดปกติของประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ทำให้มีความรู้สึกต่อตนเองต่ำลง ทำให้มีความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น ทำให้มีอาการซึมเศร้า กลัว นอนไม่หลับ กระวนกระวาย

Beck & Alford (2009) ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดจากความคิด ความขัดแย้งทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดความซึมเศร้า อ้างว้าง เฉื่อยชา ความคิดด้านลบต่อตนเอง กล่าวโทษตนเอง ลงโทษต่อความต้องการของตนเอง ความปรารถนาที่จะหลบหนี หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด สูญเสียความต้องการทางเพศ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง กระวนกระวาย เป็นต้น

Kaplan & Sadock (2008) ภาวะซึมเศร้าเป็นประสบการณ์ของอาการที่เกิดขึ้นรวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงของความอยากอาหาร และน้ำหนัก การนอนหลับและการมีกิจกรรมเปลี่ยนแปลงไป ขาดพลังงาน มีความรู้สึกผิด มีปัญหาด้านการคิด และการตัดสินใจ สุดท้ายนำไปสู่ความคิดอยากตาย และการฆ่าตัวตาย

จากความหมายภาวะซึมเศร้าข้างต้นสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการที่แสดงถึงความผิดปกติทางอารมณ์ มีอารมณ์ อ้างว้าง โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีความคิดด้านลบต่อตนเอง มีความรู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย แยกตัวเองและนำไปสู่ความคิดในการฆ่าตัวตาย

## 2.2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก

ผู้ป่วยโรคลมชัก ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองและอาการชักของตนเอง เป็นระยะเวลาเวลานาน ในรายที่ไม่สามารถที่จะควบคุมอาการชักได้ มีอาการชักที่เลวลง ทำให้ผู้ป่วยโรคลมชักจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคลิกภาพและการดำเนินชีวิต จึงต้องมีการปรับตัวมากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการปรับตัวเพื่อยอมรับกับอาการชักโดยทำความเข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับการควบคุมอาการชัก การปรับตัวให้เข้ากับสังคม เพราะผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่มีการว่างงานสูง รายได้ต่ำ การศึกษาต่ำ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตประจำวัน และความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วย (วิริยา เชื้ออลี สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล สมศักดิ์ เทียมเก่า และ สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ, 2549)

ตลอดจนแผนการรักษาที่ต้องปรับเปลี่ยนบ่อยเพื่อควบคุมอาการชัก รวมทั้งการถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆในการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งผู้ป่วยอาจไม่ทราบถึงความสำคัญและเหตุผลของการจำกัดกิจกรรมต่างๆเหล่านั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ ซึมเศร้า หดหวังได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชักในต่างประเทศพบว่า จากการศึกษานี้ของ Yousafzai และคณะ (2009) อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าพบได้ประมาณ 61เปอร์เซ็นต์ และจากการศึกษาของ Lee และคณะ (2010) พบระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก โดยพบว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 38เปอร์เซ็นต์ มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง 16.7เปอร์เซ็นต์ และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 7.3เปอร์เซ็นต์ และจากการศึกษาของ Altshuler และคณะ (1990) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคลมชักชนิด ชนิดเทมโพรัลโดยการศึกษาเปรียบเทียบการเกิดภาวะซึมเศร้าของสมองส่วนเทมโพรัลข้างซ้ายและข้างขวาเปรียบเทียบกัน พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักชนิด เทมโพรัลข้างซ้ายมีภาวะซึมเศร้า 72เปอร์เซ็นต์ ข้างขวา 24เปอร์เซ็นต์

สำหรับช่วงระยะเวลาในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก จากการศึกษานี้ของ Leaffer และคณะ (2011) ในผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักรายใหม่ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า 21.7เปอร์เซ็นต์ และมีการติดตามการประเมินอีกครั้งหลังจากเป็นโรคลมชักมาแล้ว 1 ปี พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า 31.1เปอร์เซ็นต์ ซึ่งแตกต่างเล็กน้อยกับการศึกษาของ Resinger & Dilorio (2009) พบว่ามีการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชักเป็น 3 ระยะ คือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักรายใหม่ วินิจฉัยเป็นโรคลมชักมาแล้ว 3 เดือน และ 6 เดือน

ตามลำดับ พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักรายใหม่มีภาวะซึมเศร้า 40.1เปอร์เซ็นต์ 3 เดือน มีภาวะซึมเศร้า 40.7เปอร์เซ็นต์ และ 6 เดือน มีภาวะซึมเศร้า 39.4เปอร์เซ็นต์

ความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีภาวะซึมเศร้า มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง จากการศึกษาของ Kanner (2006) ในผู้ป่วยโรคลมชักพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีภาวะซึมเศราร่วมด้วยมีการฆ่าตัวตาย ถึง 40 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคลมชักปกติที่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย 9.7 เปอร์เซ็นต์ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก

## 2.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

มีการอธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้า 4 ทฤษฎี ดังนี้

1. ทฤษฎีชีวภาพ (biological theories) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงปัจจัยทางชีวภาพไว้ 3 เรื่อง

1.1 ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ (genetic factor) บิดา มารดามีภาวะซึมเศร้า หรือ ถ้าบิดา มารดาคนใดคนหนึ่งเป็นมีภาวะซึมเศร้า เด็กมีโอกาสเป็นภาวะซึมเศร้าสูงกว่าปกติถึง 4 เท่า (ดวงใจ กสานติกุล , 2543) และจากการศึกษาของ Shives & Isac (2002) ซึ่งศึกษาในฝาแฝด พบว่า ฝาแฝดเหมือน ถ้าคนใดคนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์ ฝาแฝดอีกคนมีความผิดปกติได้ถึงร้อยละ 70 ในฝาแฝดไข่คนละใบพบความผิดปกติร้อยละ 15

1.2 ปัจจัยด้านฮอร์โมน (hormonal factor) ฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของอารมณ์เป็นผลจากการทำงานที่ผิดปกติของฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ มีการศึกษาพบว่าการหลั่งของโกรทฮอร์โมนที่ลดลงพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการหลั่งของฮอร์โมนไทรอยด์ที่ลดลง เมื่อต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยเกินไปก็ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2543)

1.3 ปัจจัยด้านชีวเคมี (biochemical factor) ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า สารสื่อประสาท 2 ชนิดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า คือ สารซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ซึ่งพบว่าการหลั่งของซีโรโทนินที่ลดลงทำให้ระบบการทำงานต่างๆของร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น ความอยากอาหารลดลง การนอนหลับ หงุดหงิดง่าย ส่วนการหลั่งของนอร์อิพิเนฟริน ถ้ามีการหลั่งที่ลดลงทำให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ด้านการคิด สมาธิ อาการอ่อนเพลีย ซึ่งสารนอร์อิพิเนฟรินมีคุณสมบัติในการกระตุ้นทำให้สมองตื่นตัว เมื่อขาดสารดังกล่าวจึงมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Gilliam et al,2004) สำหรับผู้ป่วยโรคลมชักขณะมีอาการชักเกิดขึ้น

จะทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มมากขึ้น มีการตื่นตัวของระบบประสาทอัตโนมัติ รวมทั้งกระแสไฟฟ้าในระบบประสาทที่ทำงานผิดปกติจากอาการชัก จะไปขัดขวางการทำงานของ cerebral corticotrophin releasing hormone ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการหลั่งของสารซีโรโทนิน และ นอร์อิพิเนฟริน ทำให้มีการหลั่งของสารซีโรโทนิน และนอร์อิพิเนฟรินลดลง เมื่อมีการขาดสารสื่อประสาท ดังกล่าวจึงมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าผู้ป่วย 2 ใน 3 ที่มีการหลั่งของสารซีโรโทนิน และนอร์อิพิเนฟริน ลดลงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (บุรณี กาญจนฉวี, 2544)

2. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ฟรอยด์ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล เมื่อบุคคลเกิดปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์ทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ หรือภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตอย่างกะทันหัน สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนแปลง จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

3. ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) กล่าวว่า การเรียนรู้ว่าบุคคลปราศจากการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า บุคคลที่อยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถแก้ไข ปัญหาของตนเองได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ปราศจากคนช่วยเหลือ ทำให้ตนเองรู้สึกถูกละเลยปล่อยปละละเลย ซึ่งทำให้มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544)

4. ทฤษฎีทางปัญญา (Cognitive theory) โดย Beck (1976) กล่าวว่าไว้ว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านักเกิดมาจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการความคิดในทางลบ สับสน ไม่มีเหตุผล มีสาเหตุมาจาก 2 ปัจจัย ได้แก่ การที่บุคคลได้รับประสบการณ์ภาวะวิกฤติในชีวิตและบุคคลมีความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งเมื่อบุคคลเกิดเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมแก้ไข เปลี่ยนแปลงได้ บุคคลจะเกิดภาวะวิกฤติในชีวิต บุคคลมีความคิดถึงความผิดพลาดต่างๆ ในอดีต ทำให้บุคคลเกิดความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวจะแสดงออกเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความตึงเครียด ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ชาลินี สุวรรณยศ, 2542)

นอกจากนี้ Beck (1967) ได้กล่าวถึงพื้นฐานความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเกี่ยวกับความเชื่อในด้านลบ 3 ลักษณะ คือ

1. รูปแบบความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง (negative view of self) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าไม่ดี มีความบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เพียงพอ ซึ่งจะมีแนวโน้มไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆขึ้นจะโทษว่าเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกในคุณค่าของตนเองต่ำ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โดยผู้ป่วย

โรคซึมเศร้าจะมองตนเองว่ามีความบกพร่องเนื่องจากอาการชักของตน ทำให้ไม่สามารถที่จะทำงานหรือกิจกรรมได้เหมือนคนปกติ เพราะอาการชักอาจเกิดขึ้นเมื่อไรก็ได้ ผู้ป่วยจึงรู้สึกว่าคุณค่าไม่มีค่า เป็นภาระให้กับครอบครัว รู้สึกเป็นตราบาปในจิตใจตนเอง(ชาลินี สุวรรณยศ, 2542)

2. รูปแบบความคิดด้านลบต่อโลก (negative view of world) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงสูญเสีย จะมองชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรคหรือเหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้เจ็บปวด มองคุณค่าในตนเองลดลง และเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ดังกล่าว จะมองสถานการณ์เหล่านั้นไปในทางลบ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะรู้สึกว่าอาการชักของตนจะทำให้ผู้พบเห็นเกิดความรังเกียจ และไม่ยอมรับในอาการชักของตน ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะบอกผู้อื่นได้ว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้ากลัวการปฏิบัติจากบุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากที่จะมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ส่งผลให้มองว่าตนเองไม่มีคุณค่า ชีวิตมีแต่ความลำบากและมองอาการชักของตนเองไปในทางที่ไม่ดี(สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544)

3. รูปแบบความคิดด้านลบ (negative view of future) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองเหตุการณ์ความลำบากในปัจจุบันเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อไปโดยไม่มีที่สิ้นสุด จะมองเหตุการณ์ข้างหน้าว่าจะพบแต่ชีวิตที่ลำบาก ความลำบากไม่มีวันน้อยลง จะมีแต่การสูญเสียที่เกิดขึ้นในอนาคต มองอนาคตไม่มีความหวัง มีแต่ปัญหาและอุปสรรคตลอดเวลา โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะคิดว่าโรคที่ตนเองเป็นนั้นเป็นความลำบากกับตนเองโดยไม่มีที่สิ้นสุด ผู้ป่วยจะคิดว่าในอนาคต ตนเองไม่สามารถที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ต้องถูกจำกัดกิจกรรม รวมทั้งในการประกอบอาชีพ อาจถูกนายจ้างไล่ออกเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นแต่อุปสรรค และปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองรวมทั้งความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544)

ดังนั้น Beck จึงกล่าวไว้ว่า ความคิดและอารมณ์เป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ และมีความสัมพันธ์กัน เมื่อความคิดไม่ผ่านกระบวนการไตร่ตรอง การแปลความหมายของความคิดจะไม่เป็นความจริง ทำให้เกิดความผิดพลาดทางด้านความคิด บุคคลจะคิดเรื่องราวผิดไปจากความเป็นจริง และเมื่อสะสมเรื่อยๆก็จะนำไปสู่การคิดของข้อมูลที่ผิดจากความเป็นจริงและทำให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ตามมา

#### 2.4. การประเมินภาวะซึมเศร้า (ประดิษฐ์ ชัยชนะ, 2544)

การประเมินภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือการประเมินโดยการสังเกต และการประเมินโดยใช้แบบสอบถามในการประเมินตนเอง ดังมีตัวอย่างดังต่อไปนี้ (Kaplan & Sadock, 1995; Sadock & Sadock, 2000)

## 1. การประเมินโดยใช้วิธีการสังเกต ตัวอย่างการประเมินได้แก่

แบบประเมินแฮมมิลตัน(Hamilton Rating Scale) จัดเป็นเครื่องมือวัดมาตรฐานในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ สร้างโดยศาสตราจารย์ ฮามิลตัน จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ในปี ค.ศ. 1950 และมีการปรับปรุงต่อมาเรื่อยๆ ประกอบด้วย 17 ข้อคำถามลักษณะข้อคำถามเน้นการประเมินผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า อาการแบบจิตสรีระ ความวิตกกังวล ความหงุดหงิด กระวนกระวายและการหยั่งรู้ การให้คะแนนและการจัดกลุ่มระดับคะแนน แบ่งตามความรุนแรง ตั้งแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจนถึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง มีข้อจำกัดคือ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญและได้รับการฝึกจึงจะประเมินได้เหมาะสมเป็นการประเมินที่ต้องการการสังเกตอาการย้อนหลัง 1 สัปดาห์และไม่สามารถประเมินได้บ่อย

## 2. การประเมินโดยใช้วิธีการประเมินตนเอง ตัวอย่างแบบประเมินได้แก่

2.1. แบบประเมินความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS])สร้างโดยเยสเวจและบริงค์ (Yesvage & Brink) ซึ่งสร้างในปี ค.ศ. 1983 ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ เน้นการประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ ความคาดหวังด้านลบ การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย การรู้คิด และการแยกตัว ต่อมาในปี ค.ศ. 1989 ได้ทำการปรับปรุงให้เหลือเพียง 15 ข้อ ได้รับการนิยมมากโดยมีการแปลเป็นภาษาต่างๆและนำไปใช้ในหลายประเทศ สำหรับประเทศไทย อรวรรณ ลีทองอินทร์ (2535) ได้นำมาแปลและหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .94 ต่อมากลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมองโดยนิพนธ์ พงษ์วิรินทร์และคณะ (2537) ได้นำมาพัฒนาเป็นแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ชื่อว่า (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS])ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ซึ่งจะมีข้อจำกัดคือ ใช้ได้ในผู้สูงอายุเท่านั้นซึ่งจะถามความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ลักษณะแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการตอบคำถามว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยมีข้อคำถามด้านความรู้สึกบวก 10 ข้อ และอีก 20 ข้อเป็นข้อคำถามทางด้านลบ (นิพนธ์ พงษ์วิรินทร์และคณะ, 2537 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545)

2.2. แบบประเมินของซุง (Zung Self-Rating Depression Scale) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกายและจิตใจ แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้เท่าที่ควรโดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุ เพราะอาจไปวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ที่เกิดตามกระบวนการสูงอายุ หรือวัดลักษณะทางคลินิกของโรค



นั้นๆไป และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม โดยแบ่งข้อความด้านบวก และด้านลบ เท่าๆ กัน แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น 0.73

2.3. แบบประเมินภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาล (Hospital Anxiety and Depression Scale[HADS]) สร้างขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1983 โดยซิกมัน และ สแนท (Zingmond and Snaith as cite in Yonkers and Samson, 2000) เดิมวางแผนสำหรับการตรวจสอบภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ในหน่วยทั่วไปทางการแพทย์ ใช้ในการศึกษาเพียงเล็กน้อย ในการศึกษาผลทางด้านจิตใจ แต่ใช้กันอย่างกว้างขวางในทางการแพทย์ด้านอื่น รวมทั้งโรคทางระบบประสาทและ โรคมะเร็ง (MacHale, 2002)ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อใช้ประเมินผู้ป่วยได้ทั้งในชุมชน และโรงพยาบาล คะแนน HADS มีการแสดงที่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการประเมินภาวะซึมเศร้า และการประเมินทางจิตเวช การใช้งานได้รับการตรวจสอบในการศึกษาหลายแห่งทางการแพทย์และ จิตเวช เป็นแบบประเมินที่มีจำนวนข้อน้อยใช้ง่าย

2.4. แบบประเมินวอล์คฟิลด์ (Walkefield Self-Assessment Inventory) พัฒนามาจากแบบประเมินของ Zung ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ มีความเชื่อมั่น 0.68 แม้จะได้รับความนิยมในระยะหนึ่ง แต่ต่อมามีการวิพากษ์วิจารณ์ว่า ขาดความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และประเมินขาดความแตกต่างอย่างชัดเจนในเรื่องคะแนนเมื่อเปรียบเทียบการตัดสินใจโดยภาพรวม

2.5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory[BDI]) สร้างขึ้นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1961 ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกายและการทำกิจกรรม นำไปใช้โดยตอนแรกจะมีผู้สัมภาษณ์แล้วให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาผิดพลาดในการรายงานจากผู้ป่วย ต่อมาจึงให้ผู้ป่วยตอบเอง ลักษณะคะแนนมีคะแนนทั้งหมด 63 คะแนนแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 มีการแปลผลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ คะแนน 0-9 แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 10-15 แสดงว่ามีภาวะระดับเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 20-29 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก คะแนนระหว่าง 30-63 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงซึมเศร้าในระ แบบประเมินนี้มีความเที่ยงตรง 0.86 ปัจจุบันมีการพัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับใหม่ (BDI II)

2.6. แบบประเมินระดับชาติวิทยาของภาวะซึมเศร้า (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 โดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minesota Multiphasic Personality Inventory(MMPI)

และ Gardner เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดในแง่ของกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค มี 20 ข้อ เป็นการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด ด้านอารมณ์และความรู้สึก ด้านพฤติกรรมที่แสดงออก และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยสอบถามในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความเชื่อมั่น .76 แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ของมลฤดี บุราณ (2548) โดยนำมาจาก (Radloff, 1977 อ้างถึงใน Hann, Winter & Jacobsen, 1999) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึกอารมณ์ต่าง ๆ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบจำนวน 16 ข้อ คำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ โดยวัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า (Depressed Affect) 7 ข้อ ความรู้สึกด้านบวก (Positive Affect) 4 ข้อ วัดอาการเชิงช้าหงอยเหงา (Somatic and Retarded Activity) 7 ข้อ และวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal) 2 ข้อ โดยสอบถามว่าเหตุการณ์นั้น ๆ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาโดยระดับคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า และระดับคะแนนที่น้อยกว่า 16 คะแนนถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้าทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

## 2.5. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจึงได้เลือกปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก คือ เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตรวบาป การจัดการตนเอง การร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตน ดังนี้

### 2.5.1 เพศ

เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความแตกต่างทางสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ และบทบาทหน้าที่ ซึ่งเพศจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม กล่าวคือ เพศชายจะมีโครงสร้างของร่างกายที่แข็งแรง มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง มีพฤติกรรมในด้านการใช้กำลัง ส่วนเพศหญิงจะมีโครงสร้างที่บอบบางกว่า มีอารมณ์อ่อนไหวและเปลี่ยนแปลงง่าย และจะมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการดูแลร่างกายตนเองมากกว่าเพศชาย (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2542) ดังนั้น ความแตกต่างของเพศจึงมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ จากรายงานการวิจัย ของ Endermann & Zimmermann

(2009) พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักเพศชายมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะผู้ป่วยเพศชายจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชัก ซึ่งจะส่งผลในเรื่องของความสามารถ ทั่วๆไป ทำให้การปรับตัวลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศหญิง

## 2.5.2 การสนับสนุนทางสังคม

### ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีคนให้กำลังใจ ได้รับความรัก ได้รับการยอมรับจากสังคมทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า และรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ( Emotional support) คือ การที่บุคคลรับรู้ที่ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การมีคนยกย่องเห็นคุณค่า ได้รับความสนิทสนม มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

1. การสนับสนุนด้านการยอมรับและมีคุณค่า ( Esteem support) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกว่าตนมีคุณค่า
2. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ( Socially support or network) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หรือเป็นสมาชิกของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งจะมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Jacobson (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีความเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของ และความรู้ความเข้าใจ ทำให้บุคคลมีกำลังใจในการจัดการปัญหา และรับรู้ว่ามีคุณค่า โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ ( Emotional support) คือ การที่บุคคลได้รับการสนับสนุน ได้รับกำลังใจ การเอาใจใส่ ทำให้บุคคลมีความนับถือ เชื่อมมั่นในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย
2. การสนับสนุนด้านการรับรู้ ( Cognitive support) คือ บุคคลได้รับข้อมูล ข่าวสาร หรือคำแนะนำและการช่วยเหลือต่างๆ เพื่อช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจต่อสิ่งรอบข้างและช่วยในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ

3. การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ ( Materials support) คือ การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านสิ่งของ ด้านแรงงาน และด้านบริการต่างๆ เพื่อช่วยให้บุคคลจัดการปัญหาได้

Caplan (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง แหล่งความต้านทานทางความเครียด แหล่งประโยชน์ที่ได้จากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่จะส่งเสริมให้บุคคลสามารถที่จะเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลผ่านภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ลดความรุนแรงของปัญหา ทำให้เกิดความผาสุกในชีวิต

Hupcey (1998) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความตั้งใจของบุคคลในการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ที่ไปในทางที่มีเจตนาดี ก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้รับสัมพันธ์ภาพที่เกิดขึ้น

Brandt & Weinert (1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในสังคมและครอบครัวในด้านต่างๆ เช่น ความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ความรักใคร่ผูกพัน รวมทั้งความช่วยเหลือ การให้คำแนะนำของบุคคลในครอบครัว ความมีคุณค่าในตนเอง การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งการช่วยเหลือประคับประคองกัน ทำให้เกิดความรักใคร่ผูกพันกันระหว่างบุคคล จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นไปในทางที่ดี ส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น

จากความหมายดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล ที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีผู้อื่นให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือทั้งด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ด้านเงิน วัตถุ สิ่งของต่างๆ รวมทั้งข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ต่างๆ ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

### **เครื่องมือการประเมินการสนับสนุนทางสังคม**

1. Personal Resource Questionnaire (PRQ) สร้างโดย Brandt & Weinert (1981) เป็นประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) เป็นการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิด Weiss มี 25 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 7 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 7 คะแนน ส่วนข้อความด้านลบต้องมีการกลับค่าคะแนนโดยโดยคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 25-175 คะแนน คะแนนรวมสูง แสดงถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการวัดซ้ำห่างกันเป็นระยะเวลา 4-6 สัปดาห์ ในปี ค.ศ. 1987 ได้ค่าอัลฟา .72 และการหาความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟาอยู่ .85-.93 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนได้อยู่ในช่วง 43.4-48.9 เปอร์เซนต์ รวมทั้งทดสอบความตรงจำแนกกับเครื่องมือ The Profile of Mood

State(POMS) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง -.28 ถึง -.48 (มลฤดี บุราณ, 2548)

2. การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดคอบบ์ (Cobb) ซึ่งสร้างโดย Kaplan ลักษณะเป็นเครื่องมือ 16 ชุด แต่ละชุดมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับจะนำคะแนนที่ได้จาก 16 ชุดมารวมกันซึ่งหมายถึงปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับ เครื่องมือชุดนี้วัดได้เฉพาะปริมาณการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้น ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .81(Turner, 1981)

3. Norbeck social support questionnaire part two (NSSQ) สร้างโดย Norbeck, Linsey & Carrieri (1981) ตามแนวคิดของ Kahn เพื่อวัดความหลากหลายของมิติของโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคม เป็นคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวและการจัดการตนเองแบบสั้นๆ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ(รุ่งทิพย์ เบ้าตุน, 2546)

1. การประเมินด้านการทำหน้าที่ (Function aspect) คือ ประเมินการได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด ความเห็นพ้องยืนยัน พฤติกรรมของบุคคล และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2. การสูญเสียเครือข่าย(Network LOSS) คือ ประเมินสมาชิกในเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นผู้ให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือที่สำคัญในปัจจุบัน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนนหมายถึง ไม่จริง ถึง 5 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด ผ่านการหาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำ ได้ค่า อัลฟา .85-.92 หาค่าความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟาไม่ต่ำกว่า .89 และทดสอบความตรงโดยการหาความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ ด้วยการหาค่าความตรงตามสภาพร่วมกับ Social Support Questionnaire ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .31-.56

4. Social Support Questionnaire(SSQ) ได้รับการพัฒนาและทดสอบโดย Sarason และคณะในปี ค.ศ. 1983 ใช้วัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่มีและหามาได้ ซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การปรับตัว และการจัดการ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มี 27 ข้อ แต่ละข้อคำถามจะประกอบด้วยบุคคลที่สามารถพึ่งพา และความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับ โดยคำตอบเป็นมีหรือไม่มี และถ้าตอบว่ามี จะต้องประเมินความพึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนนั้น เป็นมาตราส่วนประมาณค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง พึ่งพอใจมาก ถึง 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมากทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาได้ .94 และวัดซ้ำห่างกัน 4 สัปดาห์ ได้ค่า อัลฟา .83-.90 (มลฤดี บุราณ, 2548)

3. Social Support Questionnaire พัฒนาโดย Schaefer และคณะในปี ค.ศ. 1981 มี 2 ส่วน คือ 1) สถานการณ์ 9 สถานการณ์ เพื่อเป็นการวัดการสนับสนุนด้วยวัตถุ 2) จำนวนเครือข่ายที่เฉพาะ เช่น คู่สมรส เพื่อน ความสัมพันธ์ในโรงเรียนหรือที่ทำงาน โดยมี 1 คำถามที่ถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และอีก 4 คำถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ ด้านการสนับสนุนด้านวัตถุ .56 ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ .68 (รุ่งทิพย์ เบ้าตุน, 2546)

4. The ENCRICH Social Support Questionnaire เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตจะกุล (2548) มีข้อความ 7 ข้อ ข้อคำถามที่ 1-6 มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ข้อที่ 7 มีมาตรวัดเป็นแบบนามบัญญัติ ผู้ป่วยจะถูกสอบถามความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 เดือนโดยคะแนนเฉลี่ยน้อย แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนเฉลี่ยมาก แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมมาก ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .83 และการวัดซ้ำได้ค่าอัลฟา .81

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH Social Support Questionnaire) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับการประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีคำถาม 7 ข้อ โดยมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา ข้อที่ 7 มีมาตรวัดเป็นแบบนามบัญญัติ การแปลผล ถ้าคะแนนรวมสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมดี

#### **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า**

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับภาวะสุขภาพ โดยจะทำให้บุคคลเกิดความมั่นคง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะประกอบด้วยความรักใคร่ผูกพันกัน ความช่วยเหลือเรื่องข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ความมั่นใจในควมมีคุณค่าหรือความสามารถในบทบาท การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และโอกาสในการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การที่ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยให้ลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ (Cobb, 1976) จากรายงานการศึกษาของ Resinger & Dilorio (2009) ที่ศึกษากับผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชักพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ได้แก่ สถานการณ์จ้างงาน แหล่งสนับสนุนทางการเงิน มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับสภาวะของโรค ลมชัก รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง

### 2.5.3 การรับรู้ตราบาป

กอฟแมน (Goffman, 1963) กล่าวว่า ตราบาป เป็นภาวะที่เกิดจากการที่สังคมมีต่อคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล เรียกได้ว่าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลทั่วไปมีต่อผู้มีภาวะผิดปกติที่มีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป เช่น ลักษณะรูปร่างหน้าตาของบุคคล พฤติกรรมที่ผิดปกติ เป็นต้น นำไปสู่ความมีอคติ แบ่งแยก กีดกันโดยสามารถแบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านการถูกตีตราเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงต่อคุณลักษณะที่พ้องของบุคคล หรือคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล และด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน โดยมีการตัดสินว่าบุคคลที่ถูกตีสตรานั้นควรถูกแยกออกไปจากคนปกติ ซึ่งเป็นการตัดสินโดยกลุ่มคนในสังคม ภายใต้บรรทัดฐานทางสังคมนั้น

วอล (Wahl, 1999) กล่าวว่า ตราบาป เป็นกระบวนการทางสังคมที่บุคคลได้รับผลกระทบมาจากคุณลักษณะที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยทางจิต และการถูกแบ่งแยกกีดกันที่เนื่องมาจากความมีอคติของบุคคลอื่นที่มีต่อภาวะความผิดปกตินั้น

Birenbaum & Sagarin (1976 อ้างถึงใน อรุณ แก้วเกตุ, 2545) กล่าวว่า ตราบาป เป็นสิ่งที่คุณคนให้ความสนใจลักษณะในทางลบ ที่เป็นการกระทำที่เสื่อมเสียชื่อเสียง เช่น การถูกข่มขืน ทำผิดกฎระเบียบ หรือสิ่งที่ทำให้บุคคลไม่มีค่าอย่างมาก

ตราบาป (Pilgrim, 2005) หมายถึง การรับรู้และการถูกปฏิบัติในเชิงลบ ต่อลักษณะทางลบของบุคคล จากทัศนคติทั่วไปของกลุ่มสังคม ทำให้ ถูกรังเกียจจากบุคคล ในครอบครัว ชุมชน เพื่อนร่วมงาน และ/หรือบุคลากรสุขภาพ และมีแนวคิดว่ามีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาทางอารมณ์ ได้แก่ หวาดกลัว การดูถูก ความน่ารังเกียจ เป็นต้น

Austin และคณะ (1998) กล่าวว่า ตราบาป หมายถึง การรับรู้ของบุคคลในด้านลบที่เกิดจากสังคมมีต่อบุคคล เช่น การถูกรังเกียจจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน การถูกแบ่งแยกกีดกัน ไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลในสังคม

จากความหมายดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า ตราบาป หมายถึง ภาวะหรือผลที่เกิดจากการที่สังคมมีต่อบุคคลที่มีคุณลักษณะที่ผิดปกติจากบุคคลทั่วไป ลักษณะรูปร่างหน้าตาของบุคคล พฤติกรรมที่ผิดปกติ หรือการเจ็บป่วย เป็นต้น นำไปสู่ความมีอคติที่บุคคลอื่นมีต่อความผิดปกตินั้น ภายใต้บรรทัดฐานหรือกระบวนการของสังคม

#### เครื่องมือการประเมินการรับรู้ตราบาป

1. Consumer Experiences of Stigma Questionnaire (CESQ) (Wahl, 1999) ได้พัฒนาโดยการนำแนวคิดของ Goffman (1963) มาใช้ในการสร้างแบบสอบถาม โดยวอลได้สร้างแบบวัดในการสำรวจประสบการณ์การถูกตีตรา และการถูกแบ่งแยกในกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติให้หายกลับสู่

สภาพเดิมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยแบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ สอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การถูกตีตราของบุคคล โดยถามเกี่ยวกับการถูกตีตราในฐานะผู้รับบริการที่เกี่ยวกับการรักษา การถูกมองในแง่ลบ มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับการถูกแบ่งแยกกีดกัน จำนวน 12 ข้อ ในเรื่องที่อยู่อาศัย การสมัครงาน การได้รับสิทธิในใบอนุญาตต่างๆ การปกปิดสถานะของตนเองในการสมัครงาน ต่อมาอรรถกร วรณชาติ (2550) นำมาดัดแปลงโดยโครงสร้างเหมือนเดิมประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ด้านการถูกตีตรา จำนวน 9 ข้อ ด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน จำนวน 8 ข้อ รวม 17 ข้อ นำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .080 และนำมาตรวจสอบหาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .85 (อรุณ แก้วเกต, 2545)

2. The Stigma Scale (Austin และคณะ, 1998) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้ประเมินการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยแต่เดิมแบบประเมินนี้ใช้ประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคลมชักเด็ก Austin ได้นำมาพัฒนาอีกครั้งเพื่อใช้ในการประเมินการรับรู้ตราบาปผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชัก ประกอบด้วยข้อด้วย 10 ข้อคำถาม ในการประเมินความเชื่อของผู้ป่วยโรคลมชักที่มีการรับรู้ทางด้านลบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แต่ละข้อคำถามมีมาตรวัดเป็น 7 ระดับ 1 ถึง 7 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย เฉยๆ เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยมาก นำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .078 และนำมาตรวจสอบหาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .91

3. แบบวัดการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ซึ่ง ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ (2540) ได้สร้างขึ้นโดยวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาปจากการตีตราจากสังคม ครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ แบบวัดประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปฏิกิริยาที่รับรู้ว่าเป็นตราบาปที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว จำนวน 12 ข้อ จากชุมชน จำนวน 10 ข้อ และจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ รวม 29 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีการวิเคราะห์ความตรงของเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์หองค์ประกอบ ซึ่งประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบหลัก คือ ญาติพี่น้อง รั้งเกียจคนรอบข้างรั้งเกียจ คู่สมรสรั้งเกียจ เพื่อนฝูงรั้งเกียจ เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพรั้งเกียจ และ Unname อธิบายการรับรู้ตราบาปได้ร้อยละ 56.4 ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 (อรุณ แก้วเกต, 2545)

4. แบบวัดตราบาปของ Bandura & Lashley (2001) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินตราบาปและลักษณะทางจิตสังคมของผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 58 ข้อ แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ถามเกี่ยวกับประสบการณ์จริงหรือความรู้สึก



ในการตอบสนอง ที่มีความเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ เอช ไอ วี ตอนที่ 2 ถามเกี่ยวกับสถานการณ์ เมื่อคนอื่นรู้ว่าติดเชื้อ เอช ไอ วี ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการวัดซ้ำ ได้ค่าอัลฟา .92 และการหาความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟาอยู่ระหว่าง .65-71 และทดสอบความตรงโดยการหา ความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .52-.75(อรุณ แก้วเกตุ, 2545)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ตราบาปของ Austin และคณะ (1998) The Stigma Scale ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับการประเมินการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วย โรคลมชัก มีคำถาม 10 ข้อ โดยมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย เจาะๆ เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วย มาก การแปลผล คือ ถ้าคะแนนรวมสูง แสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปมาก

### **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตราบาปกับภาวะซึมเศร้า**

การรับรู้ตราบาปเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับภาวะสุขภาพ โดยจะทำให้บุคคลก่อให้เกิด ความตระหนักในการรับรู้ทัศนคติของบุคคล การยอมรับจากสังคม การถูกสังคมนิยม จะทำให้ ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนมีตราสัญลักษณ์ที่ติดตัว คิดว่าตนเองมีมลทิน เกิดความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง ซึ่ง จะส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพ โดยจะทำให้บุคคลเกิดความ มั่นคงกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น เกิดความเครียด ส่งผลให้ภาวะทางสุขภาพนั้นแย่ลงตามไปด้วย (Lepore et al., 1996) จากการศึกษาของ Leaffer และคณะ (2011) ศึกษาในผู้ป่วยโรคลมชัก พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักที่มีการรับรู้ตราบาปต่ำนั้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความคิดด้านลบเกี่ยวกับ โรคลมชัก และอาการชักของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากการชัก สามารถพูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับโรคลมชักที่ตนเองเป็นอยู่ และปรับตัวได้เหมาะสมกับ การเปลี่ยนแปลงของโรคลมชัก

### **2.5.4 การจัดการตนเอง**

Tobin และคณะ (1986) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของ บุคคลที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือการป้องกันการเกิดโรคด้วยตนเองโดยมีการร่วมมือกับ เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล (2550) การจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการ กิจกรรม หรือกล ยุทธ์ที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน เพื่อควบคุมอาการ ป้องกันการ

กำเริบและผลกระทบของโรคที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมโดยมีบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นผู้ให้ คำชี้แนะ

ปรตี ประทุมสุวรรณ (2551) การจัดการตนเอง หมายถึง การที่บุคคลสามารถควบคุมสิ่ง เจ้าหรือตัวกระตุ้นพฤติกรรม และควบคุมการกระทำที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ด้วยตนเอง การที่ คนเราสามารถจัดการกับพฤติกรรมและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน จะช่วยให้ลดความเครียด ในจิตใจ ร่างกาย

Delorio และคณะ (2003) การจัดการตนเอง หมายถึง พฤติกรรม การเรียนรู้ของบุคคลใน การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการจัดการความเจ็บป่วย มีการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในอาการที่ สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย มีการสังเกตและการติดตามอาการของตนเองที่มีการเปลี่ยนแปลง มี กระบวนการรู้คิด บุคคลจะต้องแยกแยะถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของตน ได้

จากความหมายดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถ ของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อจัดการกับอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงตามการ เจ็บป่วยด้วยตนเอง ตามกระบวนการและแนวทางการที่ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ทำ ให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆได้อย่างเหมาะสม เพื่อควบคุมอาการ ป้องกันการกำเริบ ของโรคด้วยตนเอง

### เครื่องมือการประเมินการจัดการตนเอง

1. Self-management of Heart Failure Questionnaire(SMHF) ของ Riegel, Carson, & Glaser(2000)ใช้ประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีพื้นฐาน แนวคิดมาจากกระบวนการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจต่ออาการและอาการแสดงในภาวะหัวใจ ล้มเหลว ซึ่งแบบวัดนี้มีทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ได้ถึงอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินอาการ เปลี่ยนแปลง การลงมือปฏิบัติ ความยากง่ายในการปฏิบัติ และความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน มี การนำเครื่องมือไปตรวจสอบหาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ ได้เท่ากับ 0.79-0.92 มี ทั้งหมด 38 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 12 ข้อ และลักษณะเป็น มาตราวัดแบบนามบัญญัติให้เลือกตอบ 2 ระดับ จำนวน 26 ข้อ ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92

2. แบบประเมินการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของรีเกิล คาร์สัน โมเชอร์ และซีโพซ (2002) ประกอบด้วยการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง และการจัดการดูแลตนเองซึ่ง ประกอบด้วยกระบวนการตัดสินใจ (การรับรู้ในอาการและอาการแสดง การประเมินอาการและ

การลงมือปฏิบัติ) และการประเมินผล ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .80 (ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล, 2550)

3. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของ Cutin และคณะ (2008) ซึ่งเป็นแบบประเมินการจัดการตนเอง มีข้อคำถาม 37 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแล 7 ข้อ ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง 11 ข้อ ด้านการพิทักษ์สิทธิของตนเอง 10 ข้อ และด้านการปฏิบัติตามในเรื่องไข้ยา 1 ข้อ นำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .078 และนำมาตรวจสอบหาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .84 (ปานจิต นามพลกรัง, 2547)

4. Epilepsy Self-management Scale (ESMS) Dilorio และคณะ (2004) ซึ่งเป็นแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งสร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมโดย Dilorio และคณะ (1992) เรื่องการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชักกับทีมผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักโดยมีคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม 5 ด้าน คือ การจัดการตนเองในการรับประทาน ยา การจัดการตนเองการรับรู้ข้อมูล ด้านความปลอดภัย ด้านอาการชัก และด้านการดำเนินชีวิต เป็นข้อคำถามด้านลบ 12 ข้อ และข้อคำถามด้านบวก 14 ข้อ โดยมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนรวมสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี ต่อมา Dilorio และคณะ (2004) ได้พัฒนาแบบสอบถามโดยเพิ่มข้อคำถามอีก 12 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้านคงรูปแบบเดิม โดยมีคะแนนรวม 190 คะแนน มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และตลอดเวลา คะแนนรวมสูงผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้ดีทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีการนำเครื่องมือไปตรวจสอบหาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ ได้เท่ากับ 0.81-0.86 และนำมาตรวจสอบหาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .86 การแปลผล คือ คะแนนรวมสูง แสดงว่าผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการจัดการตนเอง Epilepsy Self-management Scale (ESMS) ของ Dilorio และคณะ (2004) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับการประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก มีคำถาม 38 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม 5 ด้าน คือ การจัดการตนเองในการรับประทาน ยา การจัดการตนเองการรับรู้ข้อมูล ด้านความปลอดภัย ด้านอาการชัก และด้านการดำเนินชีวิต โดยมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และตลอดเวลา การแปลผล คือ คะแนนรวมสูง แสดงว่าผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี

### **ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับภาวะซึมเศร้า**

เป็นกระบวนการเรียนรู้โดยการที่บุคคลคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการจัดการความเจ็บป่วย มีการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในอาการที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย มีการสังเกตและการ

ติดตามอาการของตนเองที่มีการเปลี่ยนแปลง มีกระบวนการรู้คิด บุคคลจะต้องแยกแยะถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของตนได้ Delorio และคณะ (2003) มีรายงานการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักในวัยผู้ใหญ่ พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีการจัดการตนเองที่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลง และมีการ ติดตามภายหลังจากการประเมินครั้งแรกต่อเนื่องไปในระยะเวลา 6 เดือน พบว่า การจัดการตนเองที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าลดลงไปด้วย (Delorio et al., 2003; Reisinger & Dilorio, 2009)

### 2.5.5 ความร่วมมือในการใช้ยา

Koop (2005) กล่าวว่า ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการร่วมมือในการใช้ยาตามที่ได้กำหนดให้ผู้ป่วยเพื่อการดูแลสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย

Haynes และคณะ (1979 อ้างใน Joyce และคณะ, 2004) กล่าวว่า ความร่วมมือในการใช้ยา พฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพว่าด้วยเป็นพฤติกรรมของบุคคลในการรับประทานยาเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา

สาธุพร พุฒขาว (2541) กล่าวว่า ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องการรับประทานยาด้วยความเต็มใจ และสม่ำเสมอเพื่อให้ผลการรักษาเป็นไปในทางที่ดี

นิตยา แก้วร่วมวงศ์ (2542) กล่าวว่า ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษา คำแนะนำของแพทย์ ในเรื่องการรับประทานยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ด้วยความยินดีและเต็มใจที่จะทำในสิ่งที่แพทย์แนะนำ และจะหยุดกระทำในสิ่งที่แพทย์แนะนำให้หยุด เพื่อรักษาและป้องกันโรค

จากความหมายดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า ร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยในการรับประทานยา อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ และต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นไปโดยสมัครใจของผู้ป่วยเอง เพื่อให้เกิดผลดีต่อการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

#### เครื่องมือการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

1. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของ Streicker, Amdur & Dincin (1986) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ มีจำนวน 10 ข้อ วัดเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องผลการรักษาของยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา การใช้ยาต่อเนื่อง ผลของยาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการรับรู้ทราบจากการรับประทานยา ตรวจสอบหาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .88 (นิตยา แก้วร่วมวงศ์, 2542)

2. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของ Hogane และคณะ (1983) (Hogan et al, 1983 cite in Van Dongan, 1997) แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช ลักษณะแบบสอบถามเป็นการเลือกตอบแบบ 2 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 6 ข้อ และเป็นคำถามด้านลบ 4 ข้อ ให้คะแนน -1 ในข้อที่ตอบว่าไม่เห็นด้วย และให้คะแนน +1 ในข้อที่ตอบว่าเห็นด้วย ตรวจสอบหาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .77 (สาธุพร พุฒขาว, 2541)

3. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของ Drain (1997) ที่ศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยจิตเวช เป็นแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้ในผู้ป่วยจิตเวช ลักษณะแบบประเมินเป็นการประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 คือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 10 ข้อ วัดเนื้อหาครอบคลุมผลการรักษาของยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การพึ่งพา ยา ผลของยาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผลของยาในการจัดการความเครียดและการควบคุมอาการของโรคและความรู้สึกในการใช้ยาที่ผู้ป่วยมีต่อตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .72 (สาธุพร พุฒขาว, 2541)

5. Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ของปชาณัฎฐ์ ตันติโกสุ ม (2553) พัฒนามาจากแนวคิดของ Morisky และคณะ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย พร วรรณธิภา ศักดิ์ทอง (2553) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ โดยข้อคำถาม 7 ข้อเป็นมาตรวัดแบบนามบัญญัติ โดยให้เลือกตอบ 2 คำตอบ และข้อคำถาม 1 ข้อเป็นตัวเลือก 5 ระดับ ค่าความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .071 และนำมาตรวจสอบหาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .83 การแปลผลคะแนนรวมสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดี

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ของปชาณัฎฐ์ ตันติโกสุ ม (2553) มีทั้งหมด 8 ข้อ โดยข้อคำถาม 7 ข้อเป็นมาตรวัดแบบนามบัญญัติ โดยให้เลือกตอบถูก ผิด และ 1 ข้อเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ การแปลผลคะแนนรวมสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดี

#### **ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับภาวะซึมเศร้ากับภาวะซึมเศร้า**

เป็นการแสดงถึงพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลในการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษา หรือคำแนะนำด้วยความเต็มใจ เพื่อควบคุมภาวะของโรคที่เป็นอยู่ให้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด ความร่วมมือในการใช้ยา นับเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาจะทำให้ความก้าวหน้าของโรคเป็นไปในแนวทางที่แยกลง เมื่อไม่สามารถควบคุมโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Thapar et al, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jone และคณะ

(2006) ศึกษา ผู้ป่วยโรคลมชักวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชาย พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักมีการควบคุมอาการชักได้ไม่ดี มีผลการรักษาที่เลวลง เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

### 2.5.6 สมรรถนะแห่งตน

Bandura (1986) กล่าวว่า สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการดำเนินพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลือกกระทำในกิจกรรมต่างๆและความพยายามที่จะกระทำในกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องเพราะสมรรถนะแห่งตนเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าบุคคลตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถก็สามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้น แต่ถ้าตนเองมีความเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถก็จะหลีกเลี่ยงการกระทำนั้น

Pender (1996) กล่าวว่า สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของบุคคลว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรม และสามารถปฏิบัติกิจกรรมใดได้บ้าง ในระดับใด

สุวิมล สันติเวช. (2546) กล่าวว่า สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจว่าตนเองสามารถที่จะทำกระทำพฤติกรรมต่างๆได้ โดยบุคคลมีความคาดหวังผลลัพธ์ของการทำพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ดีเพื่อให้ความเชื่อมั่นในการทำพฤติกรรมโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค

จากความหมายดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลสามารถที่จะตัดสินใจความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรม ให้บรรลุเป้าหมายตามที่ได้กำหนดไว้ โดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคที่เกิดขึ้นและมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆได้อย่างมั่นใจ

#### เครื่องมือการประเมินสมรรถนะแห่งตน

1. แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ ยุวเรศ ไสสีสูบ (2543) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ข้อคำถามด้านบวก ตั้งแต่ อันดับ 1 ไม่เห็นด้วยจนถึงอันดับ 4 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .82 ( ยุวเรศ ไสสีสูบ, 2543)

2. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ สร้างโดย วิชชุดา เจริญกิจการ (2543) ซึ่งประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถในการออกกำลังกาย มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง และไม่มั่นใจ ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .82

3. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ของ สิริรัตน์ เงามสมสกุล (2543) มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งเป็นคำถามความหมายเชิงบวก 12 ข้อ ความหมายเชิงลบ 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดการประมาณค่า 4 ระดับได้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 (สิริรัตน์ เงามสมสกุล, 2543)

4. Epilepsy Self-Efficacy Scale(ESES) สร้างโดย Dilorio และคณะ (2003) โดยพัฒนามาจากแนวความคิดของแบนดูรา การสร้างเครื่องมือได้จากการทบทวนวรรณกรรมในที่มีสุขภาพพร้อมกับการนำแนวความคิดของแบนดูรามาใช้ในการสร้างเครื่องมือ สร้างขึ้นครั้งแรกโดย Dilorio และคณะ(1992) มีข้อคำถาม 25 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท 10 ระดับโดยมีคะแนนจาก 0 คะแนน หมายถึง ฉันไม่สามารถทำได้แน่ๆ ถึง 10 คะแนน หมายถึง ฉันสามารถทำได้แน่ๆ ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการนำเครื่องมือไปตรวจสอบหาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ ได้เท่ากับ 0.91-0.93 และนำมาตรวจสอบหาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.81 จากนั้นในปี 2000 Dilorio และคณะได้มีการเพิ่มข้อคำถามไปอีก 8 ข้อ รวมทั้งหมด 33 ข้อ คะแนนรวม 330 คะแนน นำมาตรวจสอบหาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.90 การแปลผล คะแนนรวมสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนดี

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม Epilepsy Self-Efficacy Scale (ESES) สร้างโดย Delorio และคณะ (2003) ซึ่งพัฒนามาจากแนวความคิดของแบนดูรา เป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับการประเมินสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคลมชัก มีคำถาม 33 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 10 ระดับ การแปลผล คะแนนรวมสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนดี

#### **ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนกับภาวะซึมเศร้า**

เป็นการแสดงความเชื่อมั่นในความสามารถของตน ถึงความสามารถเพียงพอที่จะกระทำสิ่งต่างๆให้เกิดผลสำเร็จไปตามผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ ทำให้บุคคลมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการเลือกกระทำในกิจกรรมต่างๆและความพยายามที่จะกระทำในกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1967) นับเป็นปัจจัยที่สำคัญในการนำไปสู่การไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ มักมีแนวโน้มในการพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ (2010) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคลมชักในวัยผู้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า การที่ผู้ป่วยโรคลมชักมีสมรรถนะแห่งตนสูงนั้นจะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้และยังส่งผลให้ผู้ป่วยโรคลมชักมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย

## 2.6. บทบาทพยาบาลเพื่อส่งเสริมด้านภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย

### โรคลมชัก

บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก  
ดังนี้คือ

1. **พัฒนาจัดการ และกำกับการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะโรค (care management)** การดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก (Epilepsy) ในเรื่องภาวะซึมเศร้า นั้นมีความซับซ้อน เพราะภาวะซึมเศร้านั้นส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงได้ พัฒนาการจัดการดูแลกลุ่มเป้าหมายในการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

2. **ดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (direct care)** ในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักที่มีปัญหา ด้านภาวะซึมเศร้า พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง ทำหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงในฐานะผู้ชำนาญการทางคลินิก เป็นผู้ประเมินปัญหา ผู้ป่วยและประสานทีมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้แบบประเมินที่เหมาะสมและมีคุณภาพ ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับ เป้าหมายและผลลัพธ์ทางคลินิกทุก 3 เดือนเสนอความคิดเห็นกับทีมสุขภาพในการปรับเปลี่ยน แผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายรวมทั้งมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้ว

3. **การประสานงาน (collaboration)** พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง เป็นผู้ ประเมินปัญหาผู้ป่วยและประสานทีมสุขภาพในการปฏิบัติตาม Care map เป็นผู้ตรวจสอบความ ถูกต้องของการปฏิบัติตาม clinical pathway วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็น ระบบ รวมทั้งมีการติดตามอย่างต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายโดยติดตามภาวะซึมเศร้าของ ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักที่มีภาวะซึมเศร้า ได้มีการจัดตั้งทีมใน การดูแล ในรูปแบบของ Interdisciplinary team ประกอบด้วย แพทย์ทางอายุรกรรมประสาท , พยาบาล, แพทย์ทางศัลยกรรมประสาท(ในกรณีที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด) , แพทย์ทางจิต เวช(ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจ) , นักจิตวิทยา (Psychologist) และนักสังคมสงเคราะห์ (Social worker) โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงทำหน้าที่เป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างทีม สุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และต่อเนื่องส่งผลที่ ผลลัพธ์การดูแลให้มีประสิทธิผลสูงสุด

4. **สอน ฝึกทักษะเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงาน (empowerment, education, coaching and mentoring)** การสอนแนะ (coaching) มีวัตถุประสงค์เพื่อ เสริมสร้าง และพัฒนาบุคคลให้มีความรู้ (knowledge) ทักษะ (skills) และคุณลักษณะเฉพาะตัว (personal



attributes) ในการทำงานนั้นๆ ให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดขึ้น ซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงที่จะทำหน้าที่ในการสอนและทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยและบุคลากรในทีมพยาบาล จะต้องสามารถเฝ้าอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรม และเป็นผู้จัดการ และบริหารเวลาที่ดี มีการสื่อสารที่ดี สื่อสารได้ชัดเจนไม่คลุมเครือ สามารถใช้ทักษะการให้คำปรึกษาได้ดี สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการหรือทีมสุขภาพได้ นอกจากนี้พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงยังมีบทบาทในการพัฒนาเจ้าหน้าที่ใหม่ โดยทำหน้าที่เป็นพยาบาลพี่เลี้ยง

**5. ให้คำปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะที่ตนเองเชี่ยวชาญ (consultation)** พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงจะต้องทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่ปรึกษา คือ เป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานในหน่วยงานหนึ่งๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งบทบาทในการเป็นพยาบาลที่ปรึกษาในเรื่องภาวะซึมเศร้า จะช่วยส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น เนื่องจากเมื่อมีประสบการณ์และความชำนาญมากขึ้น ผู้ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาจะช่วยมองประเด็นปัญหาที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลได้ จากการจัดระบบให้มีพยาบาลซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีหน้าที่ให้คำปรึกษา จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ได้รับข้อมูลเพิ่มขึ้น ได้รับการช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

**6. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent)** พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงได้ทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน เช่น การเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล โดยใช้ระบบการจัดการรายกรณี (case management) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีการพัฒนาการดูแลติดตามผู้ป่วยทุก 3 เดือน โดยความร่วมมือของพยาบาลและแพทย์เจ้าของไข้ ทำให้เห็นปัญหาหลายอย่างเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว เช่น การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยจะเกิดอุบัติเหตุขณะขับรถรวมทั้งผลการรักษาในการควบคุมอาการชักนั้นได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้มีอาการชักเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยต้องรับประทานยาหลายตัวขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีการควบคุมอาการชักได้ไม่ดีเท่าที่ควร ส่งผลต่อการจ้างงาน ไม่มีงานทำ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ดังนั้นจึงมีการประชุมปรึกษาหารือกันในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และจัดให้แพทย์ทางจิตเวชเข้ามาให้ความรู้กับพยาบาลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเพื่อนำความรู้นี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่างดีและครอบคลุมมากที่สุด

**7. ให้เหตุผล และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical reasoning and decision-making)** การพัฒนามาตรหาด้านจริยธรรมเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน บางครั้งอาจมีเรื่องของกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามขอบเขตวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วย

ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรมและปลอดภัย โดยที่ผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน ก็สามารถเข้าถึงระบบบริการทางสาธารณสุขได้ทัดเทียมกันและมีประสิทธิภาพ

**8. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง**ด้านนี้เกิดขึ้นจากการตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างงานวิจัยเพื่อนำมาซึ่งแนวทางพัฒนาคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาลโดยอาจจะทำงานวิจัยเองหรืออาจจะเป็นที่ปรึกษาและมีการนำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ตลอดทั้งเผยแพร่ แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติหรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาลเดียวกัน เป็นวิทยากร เรื่องการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลทั้งในและนอกโรงพยาบาลนำหลักการจัดการความรู้มาใช้ร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีประสบการณ์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติ มีการจัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประเมินผลที่ได้รับจากการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และเผยแพร่หลักฐานการปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในบทบาทของ APN ต้องมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาเป็นแนวทางในกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อที่จะได้มีประสิทธิภาพหรือประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

**9. จัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation)** ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสามารถจัดการกระทำกับผลลัพธ์ทางสุขภาพซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้ผลลัพธ์คือ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเมื่อผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีความรู้ต้องมีการจัดโปรแกรมที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีภาวะซึมเศร้ามีการจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

## 2.7. การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

Altshuler, Devinsky, Robert, Post and Theodore (1990) ได้ศึกษาถึงภาวะซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และผู้ป่วยโรคลมชักชนิด เคมโพรล โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคลมชักชนิด เคมโพรล ของสมองทั้งสองส่วน โดยศึกษาผู้ป่วยเคมโพรลข้างซ้าย 18 ราย ข้างขวา 21 ราย ผลพบว่า เพศชายในผู้ป่วยโรคลมชักชนิดเคมโพรลข้างซ้ายมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิง ในกรณีนี้ที่จัดกลุ่มแยกผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มออกจากกัน พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเพศชายมีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง จาก การทบทวนพบว่าเพศชายที่ป่วยเป็นโรคลมชัก มีความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และโรคทางจิตเวชได้สูง (Kogeorgos, Fonagy and Scott, 1982)

Mensah, Beavis, Thapar and Kerr (2005) ศึกษาถึงการแสดงและผล ทางคลินิกของ ภาวะซึมเศร้า ของประชากรใน ชุมชนของ ผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชักกลุ่มตัวอย่าง 499 รายใช้แบบ ประเมินภาวะซึมเศร้า The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) พบว่าความชุก ของภาวะซึมเศร้า 11.2 เปอร์เซ็นต์ (95% CI : 8.3-13.7%) อาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์มากที่สุด อย่างยิ่งกับการว่างงาน ปัจจัยที่มีผลต่อ การว่างงาน ความล้มเหลวในการควบคุมอาการชัก ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล และสุดท้าย มีผลข้างเคียงของยา จะ สะท้อนให้เห็นถึงการแยก กระบวนการทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะทำงานได้อย่างสมบูรณ์ จึงมีภาวะการณ ว่างงานสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า

Jone และคณะ (2006) ได้ทำการศึกษาถึงความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับยากันชัก ที่มารับบริการที่คลินิกโรคลมชัก กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาคั้งนี้ 54 ราย ผลการวิจัยพบว่า 59 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยโรคลมชักไม่ให้ความร่วมมือ ในการใช้ยาทำให้การควบคุมอาการชักเป็นไปได้ไม่ดี ( $p < 0.01$ ) เมื่อการควบคุมอาการชักได้ไม่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะภาวะซึมเศร้าเพิ่ม มากขึ้น ( $p \leq 0.01$ )

Robinson และคณะ (2008) ได้ทำการศึกษา ความสัมพันธ์เชิงการทำนายด้านจิตสังคม ของการจัดการตนเองในชีวิตประจำ วันของผู้ป่วยโรคลมชักในวัยผู้ใหญ่ ตัวแปรที่เลือกใช้สำหรับ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและผลของการศึกษาก่อนหน้านี้เป็นการตรวจสอบการทำนายด้าน จิตใจของการจัดการตนเอง ผู้เข้าร่วมการศึกษา ถูกคัดเลือกมาจากศูนย์รักษาโรคลมชัก เลือกตาม ความสะดวก ในรัฐบอสตัน ,แมสซาชูเซต แอตแลนตา และจอร์เจียข องสหรัฐอเมริกา พบว่า อาการซึมเศร้า และการรับรู้การ สนับสนุน ทางสังคม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ อาการ ซึมเศร้าได้เกี่ยวข้องกับทั้งสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวข้องกับ สมรรถนะแห่งตน การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการจัดการการดำเนินชีวิตของตนเองส่งผล กระทบต่อจำนวนของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางจิตสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สมรรถนะแห่ง ตน และ ผลการวิจัย ยังระบุว่าอาการซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการรับรู้ของ บุคคลต่อสมรรถนะแห่งตนของบุคคล ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการการดำเนินชีวิต สุดท้ายงานวิจัยนี้ยืนยันว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่น้อยลงจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

Resinger and Dilorio (2009) ได้ทำการศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับบุคคล ความสัมพันธ์กับการชัก และด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคลมชักมากกว่า 6 เดือน โดย กลุ่มตัวอย่าง

390 ราย ใช้เวลาการสำรวจในช่วงเวลา 3 เดือน ผู้ศึกษาประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) โดยศึกษาอาการซึมเศร้าที่ระดับพื้นฐาน 3 เดือน และ 6 เดือนตามลำดับ โดยที่ระดับพื้นฐาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าคือรายได้ สถานการณ์จ้างงาน ข้อจำกัดของกิจกรรม , การจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคมการรับรู้ตราบาป และความพึงพอใจที่เกี่ยวข้องกับด้านการเงิน ไม่ได้ทำงาน 3 เดือนพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าคือ สถานะการจ้างงาน จำกัดกิจกรรม การจัดการตนเองเรื่องยา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ตราบาป และ 6 เดือนพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าคือสถานะการจ้างงาน การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ตราบาป การจัดการตนเองเรื่องยา ดังนั้นจากผลการศึกษาพบว่า สถานะการจ้างงาน การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ตราบาปเป็นตัวทำนายอาการซึมเศร้าที่ทั้งสามช่วงเวลา ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำนายอาการซึมเศร้าในหนึ่งหรือสองจุดเวลา คือ การจัดการตนเอง ความเครียดทางการเงินและการจำกัดกิจกรรมเนื่องจากการชัก

Endermann and Zimmermann (2009) ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ คุณภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชีวิตความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในหมู่คนหนุ่มสาวที่มีโรคซึมเศร้าและความบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อยของศูนย์ดูแลระยะสั้น ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 ราย อายุเฉลี่ย 25.6 ปี ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) พบว่าผู้ชายที่ประสบภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้หญิง เพราะเพศชายที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าเพศหญิง

Yousafzai, Yousafzai and Taj (2009) ความถี่ของภาวะซึมเศร้าในโรคซึมเศร้า : ศึกษาจากข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล ศึกษาจากคลินิกอายุรกรรมประสาทของโรงพยาบาลศูนย์ในปากีสถานโดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก กลุ่มตัวอย่าง 100 คนที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้า โดยใช้วิธีการจำแนกโรคโดย ICD10 ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck depression Inventory (BDI) พบว่า เพศชายมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยเพศชายที่แต่งงาน และฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ดังนั้นเพศชายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Lee และคณะ (2010) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ 150 ราย โดยศึกษาปัจจัยต่างๆ ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ความเครียดและความวิตกกังวล ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้า 62 เปอร์เซนต์ โดยพบว่า 38 เปอร์เซนต์มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึง

ปานกลาง 16.7เปอร์เซ็นต์ มีภาวะซีมเศร่าระดับปานกลางถึงรุนแรง และ 7.3เปอร์เซ็นต์ มีภาวะซีมเศร่าระดับรุนแรง ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการทำนายภาวะซีมเศร่า คือการสนับสนุนทางสังคมพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซีมเศร่าเพิ่มสูงขึ้น และ สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซีมเศร่าเพิ่มสูงขึ้น

Samart และคณะ (2007) ได้ศึกษาถึงความชุกของการเกิดภาวะซีมเศร่าในผู้ป่วยโรคลมชัก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร่า ที่คลินิกโรคลมชัก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคลมชัก จำนวน 110 ราย ที่ยังไม่ได้การผ่าตัดและรักษาด้วยการรับประทานยากันชัก พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชัก มีภาวะซีมเศร่า ร้อยละ 38.7 โดยมีภาวะซีมเศร่าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 65.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.8 โดย เพศชาย และเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างกันในการเกิดภาวะซีมเศร่า ( $p=0.75$ ) ชนิดของอาการชัก ( $p=0.69$ ) จำนวนยากันชัก ( $p=0.44$ ) ไม่มีความแตกต่างกันในการเกิดภาวะซีมเศร่า

Kanitpong, Suwanna, Ponchai and Kitti (2007) ได้ศึกษาถึงความชุกของการเกิดภาวะซีมเศร่าในผู้ป่วยโรคลมชัก ที่คลินิกโรคลมชัก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคลมชัก จำนวน 126 ราย ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดและรักษาด้วยการรับประทานยากันชัก พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชัก มีภาวะซีมเศร่า ร้อยละ 20 โดยเพศชาย และเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างกันในการเกิดภาวะซีมเศร่า ชนิดของอาการชัก จำนวนยากันชักที่รับประทาน ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ไม่มีความแตกต่างกันในการเกิดภาวะซีมเศร่า

นภาพร อิศระภิญโญ (2536) ศึกษาถึงปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคลมชักที่คลินิกอายุรกรรมประสาทโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคลมชักที่คลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 100 คน พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักที่มีภาวะปกติมีภาวะซีมเศร่าคิดเป็น 82เปอร์เซ็นต์ และกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ มีภาวะซีมเศร่าคิดเป็น 18 เปอร์เซ็นต์

จินตนา หารินเดช (2540) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคลมชักศึกษาเฉพาะกรณีด้านสังคมและจิตใจ พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักมีความรู้สึกซีมเศร่าคิดเป็น 31 เปอร์เซ็นต์ความรู้สึกซีมเศร่าของผู้ป่วยโรคลมชัก มีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง และความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 มีปัญหาทางด้านจิตใจ

ถึงความแตกต่างกันตามความรู้สึกของเพื่อนบ้านต่อผู้ป่วยมีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ประดิษฐ์ ชัยชนะ (2548) ได้ทำการศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชักที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (BDI-1A) แปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522) พบว่า 58.10 เปอร์เซ็นต์ ของผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรง โดยผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย 32 เปอร์เซ็นต์ ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 16 เปอร์เซ็นต์ภาวะซึมเศร้าระดับมาก 38 เปอร์เซ็นต์ และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 14 เปอร์เซ็นต์

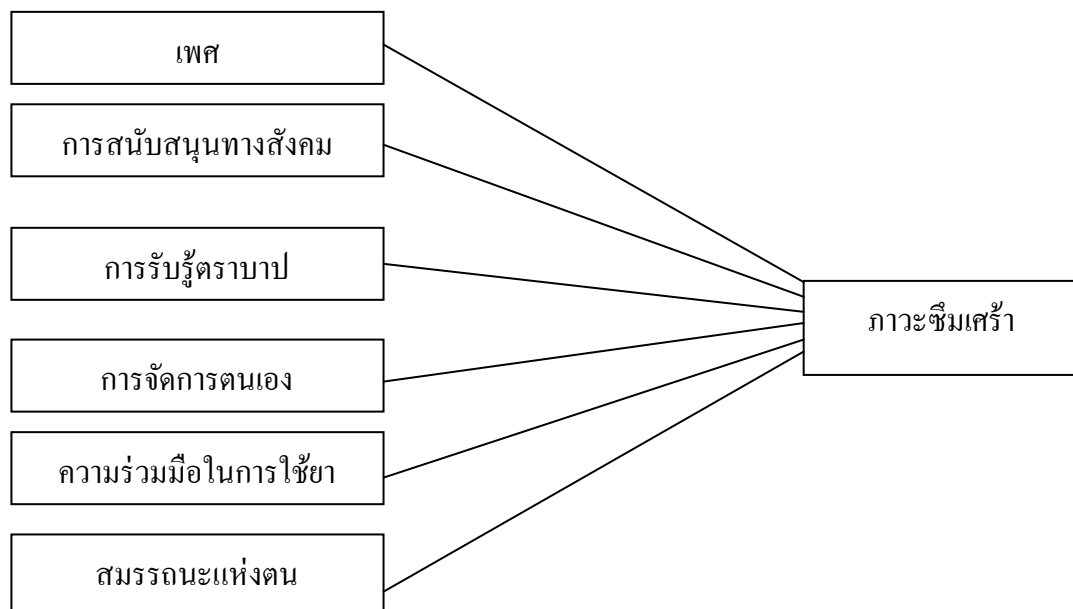
พญจิต วงศ์โรจน์ (2552) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคลมชักที่มารับการตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ตรัง จำนวน 150 ราย โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมฤดี บุราณ (2548) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ( $r = -.585$ ) กับคุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยโรคลมชัก ร้อยละ 62 (Lee et al., 2010) มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรมตนเอง ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ มีความเชื่อมั่นตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดความท้อแท้ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

สำหรับรายงานการวิจัยที่ได้รวบรวมมานี้ ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคลมชัก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดโรคลมชัก และศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก ผลจากการรวบรวมพบว่า เพศชายมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ผู้ป่วยที่มีการจัดการตนเองที่ไม่ดี ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ทำให้สมรรถนะแห่งตนต่ำ เกิดการรับรู้ตราบาปที่สูงขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นตามมา และพบว่าภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นตามมา (Kanner, 2003) ส่วนการศึกษาของ Samart และคณะ (2007) และ Kanitpong, Suwanna, Ponchai and Kitti (2007) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ เพศชาย และเพศหญิงเกิดภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดงานวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชักน้อยมาก อีกทั้งส่วนหนึ่งยังมีการศึกษาถึงเฉพาะอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชักเท่านั้น (นภาพร อิศระภิญโญ , 2536; ประดิษฐ์ ชัยชนะ, 2548) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชักที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยต่างๆ ได้แก่ เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตน โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

#### กรอบแนวคิดในการวิจัย



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งได้แก่ เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยาและสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคลมชัก

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักอย่างน้อย 1 ปี อายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคลมชักโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคลมชักที่มารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคลมชักโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วย วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่

#### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. สุ่มเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครโดย

สำรวจโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีคลินิกโรคลมชัก 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลรามธิบดี และสถาบันประสาท จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่มีการแทนที่ เลือกโรงพยาบาล 1 แห่งจากทั้งหมด 5 แห่ง เนื่องจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลที่มีสถิติการเข้ารับการรักษามากกว่าโรงพยาบาลระดับอื่น และมีผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดทั่วประเทศ จึงเป็นหน่วยประชากรขนาดใหญ่ มีประชากรที่หลากหลาย สามารถเป็นตัวแทนประชากรทั้งหมดได้

2. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ได้จากการวิเคราะห์ อำนาจทดสอบ โดยใช้ โปรแกรม Power Analysis Size for Sample Size เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ระดับอำนาจทดสอบที่ 80% โดยใช้ค่า  $r$  ระหว่างการจัดการตนเองกับภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนงานวิจัยของ Reisinger and Dilorio (2009) พบค่า  $r = .258$  มาคำนวณได้ขนาดกลุ่ม



ตัวอย่าง 90 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เก็บข้อมูลจากการสุ่ม โดยการจับฉลากให้ได้จำนวนร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีในแต่ละวัน โดยเก็บข้อมูลจนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งรวมทั้งหมด คือ 90 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักอย่างน้อย 1 ปี
- 2) อายุระหว่าง 18-59 ปีทั้งเพศหญิงและเพศชาย
- 3) เป็นผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับการรักษาด้วยยากันชักและยังไม่ได้รับการผ่าตัดในการรักษาโรคลมชัก

- 4) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด อ่าน และเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี
- 5) ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยิน
- 6) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม
- 7) ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) มีอาการแสดงความก้าวหน้าของโรคทางระบบประสาทอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น โรคหลอดเลือดสมองตีบ
- 2) มีประวัติโรคทางจิตเวช
- 3) มีอาการชักที่ไม่ใช่จากโรคลมชัก เช่น เนื้องอกในสมอง และได้รับการรักษาด้วยยากันชัก

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน โดยผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายวิธีการกรอกข้อมูลและคอยให้คำแนะนำในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามทั้งหมดประกอบไปด้วย

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการเจ็บป่วย จำนวนยากันชักที่รับประทาน

#### ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH Social Support Questionnaire) ฉบับที่แปลภาษาไทยโดยจันทนา หล่อตจะกุล (2548) พัฒนาโดย มลฤดี บุราณ (2548) มีข้อความคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ข้อคำถามที่ 1-6 มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ

ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา ส่วนข้อที่ 7 เป็นมาตวัดแบบนามบัญญัติ คือ มี 2 ตัวเลือก ใช่และไม่ใช่ ให้เลือกเพียงคำตอบเดียว ผู้ป่วยจะถูกสอบถามว่าความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

**เกณฑ์การให้คะแนน** ข้อคำถาม ข้อที่ 1-6 มีมาตวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
1	ไม่มีเลย	ไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ หรือ < 1วัน/สัปดาห์
2	มีบ้างเล็กน้อย	ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ หรือ 1-2วัน/สัปดาห์
3	บางครั้ง	ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ หรือ 3-4 วัน/สัปดาห์
4	เกือบตลอดเวลา	ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ หรือ 5-6วัน/สัปดาห์
5	ตลอดเวลา	ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ หรือ 7 วัน/สัปดาห์

สำหรับข้อที่ 7 เป็นแบบข้อคำถามให้เลือก ใช่ หรือ ไม่ใช่ การให้คะแนน คำตอบใช่ มีค่าคะแนน เท่ากับ 1 คะแนน คำตอบไม่ใช่ มีค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** ข้อคำถาม มีทั้งหมด 7 ข้อ นำค่าคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็มทั้งหมด 31 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนรวมสูง แสดงว่า มีการสนับสนุนทางสังคมดี

#### การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

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

1.1 นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1.1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคลมชักจำนวน 1 ท่าน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านจิตเวชจำนวน

1 ท่าน

1.1.3 อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่จำนวน 1 ท่าน

1.1.4 พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษในการปฏิบัติการพยาบาล

ด้านผู้ป่วยโรคสมองจำนวน 1 ท่าน

### 1.1.5 พยาบาลผู้ชำนาญการด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ท่าน

1.2 นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรง  
แก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content  
validity index, CVI) (Polit & Hungler, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) ผลการ  
คำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 1.00  
และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมสำหรับ  
กลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

### 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา  
เรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยโรคลมชักที่มี  
คุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคลมชัก  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และนำข้อมูลที่ได้จากการคำนวณหาค่า Cronbach's  
Alpha Coefficient ได้เท่ากับ .83

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ตราใบ** ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการ  
รับรู้ตราใบของผู้ป่วยโรคลมชัก ของ Austin และคณะ (1998) ซึ่งผู้วิจัยแปลแบบสอบถาม และใช้  
ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม มีทั้งหมด 10 ข้อ  
มีมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือไม่เห็นด้วยอย่างมาก ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่  
เห็นด้วยเล็กน้อย เฉยๆ เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยมาก ผู้ป่วยจะถูก  
สอบถามว่าความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** ข้อคำถามมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ โดยแต่  
ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน โดย คะแนนที่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ถึงคะแนนที่  
7 หมายถึง เห็นด้วยมากตามลำดับ รวมข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนเต็ม 70 คะแนน คะแนน  
รวมสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราใบมาก

### การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการรับรู้ตราใบ

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบสอบถามการรับรู้ตราใบ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา  
(Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาจำนวน 2  
ท่านตรวจสอบความถูกต้องของภาษา (Back translation) หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรง  
ของเนื้อหา Content validity ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

- 1.1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคลมชักจำนวน 1 ท่าน
- 1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านจิตเวชจำนวน 1 ท่าน
- 1.1.3 อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่จำนวน 1 ท่าน
- 1.1.4 พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษในการปฏิบัติการพยาบาล ด้านผู้ป่วยโรคสมองจำนวน 1 ท่าน
- 1.1.5 พยาบาลผู้ชำนาญการด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ท่าน

1.2 นำแบบสอบถามการรับรู้ตราใบ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit & Hungler, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตानी, 2553) ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้ตราใบ เท่ากับ 1.00 และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

## 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยโรคลมชัก ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยโรคลมชักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคลมชัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และนำข้อมูลที่ได้จากการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .89

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการจัดการตนเอง** ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ Dilorioและคณะ ( 2004)ซึ่งผู้วิจัยแปลแบบสอบถามการจัดการตนเอง และใช้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชักมีทั้งหมด 38 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการจัดการตนเองทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านยามี 10 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสารมี 8 ข้อ ด้านความปลอดภัยมี 8 ข้อ ด้านอาการชักรมี 6 ข้อ และด้านชีวิตประจำวันมี 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านลบ 12 ข้อ คำถามด้านบวก 26 ข้อ มีมาตรวัดเป็นมาตรา

ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ผู้ป่วยจะถูกสอบถามว่าความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วย ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาว่าทำสิ่งใดบ่อยครั้งที่สุด

**เกณฑ์การให้คะแนน** ข้อคำถามมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และตลอดเวลา

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
1	ไม่เคยเลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย
2	นานๆ	ครั้งมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
3	บางครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
4	บ่อยครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
5	ตลอดเวลา	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น

สำหรับข้อคำถามด้านตรงข้ามซึ่งมีความรู้สึกในทางลบ คือ ข้อ 4, 6, 8, 17, 21, 23, 24, 25, 28, 30, 34 และ 36 ให้คะแนนตรงข้าม ดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
5	ไม่เคยเลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย
4	นานๆ	ครั้งมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
3	บางครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
2	บ่อยครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
1	ตลอดเวลา	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** ข้อคำถามมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับแต่ละข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน รวมข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ นำค่าคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็ม 190 คะแนน คะแนนรวมสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี

#### การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการจัดการตนเอง

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

1.1 นำแบบสอบถามการจัดการตนเอง ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาจำนวน 2

ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของภาษา (Back translation) หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

- 1.1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคลมชักจำนวน 1 ท่าน
- 1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านจิตเวชจำนวน 1 ท่าน
- 1.1.3 อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่จำนวน 1 ท่าน
- 1.1.4 พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษในการปฏิบัติการพยาบาลด้านผู้ป่วยโรคสมองจำนวน 1 ท่าน
- 1.1.5 พยาบาลผู้ชำนาญการด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ท่าน

โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ท่าน

1.2 นำแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content validity index, CVI) (Polit & Hungler, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก เท่ากับ 1.00 และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

## 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยโรคลมชักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคลมชัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และนำข้อมูลที่ได้จากการคำนวณหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ .78

**ส่วนที่ 5 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา** ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ดัดแปลงมาจากแนวคิดของ Morisky และคณะ (2008) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย พรพรรณวิภา ศักดิ์ทิทอง (2553) พัฒนาโดย ปชาตภักดิ์ ตันติโกสุ ม (2553)

รายละเอียดดังนี้ โดยมีข้อความจำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 1 ข้อ ด้านลบ 6 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือก ส่วนข้อที่ 8 เป็นลักษณะ 5 ตัวเลือก ให้เลือกคำตอบที่ตรงที่สุดเพียง 1 ตัวเลือก

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** กรณีเป็นคำถามด้านบวก ถ้าตอบใช่ให้คะแนน 1 คะแนน ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน ส่วนกรณีคำถามด้านลบ ถ้าตอบใช่ให้คะแนน 0 คะแนน ไม่ใช่ให้ 1 คะแนน คะแนนรวมสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดี

### การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity)

1.1 นำแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1.1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคลมชักจำนวน 1 ท่าน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านจิตเวชจำนวน

1 ท่าน

1.1.3 อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่จำนวน 1 ท่าน

1.1.4 พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษในการปฏิบัติการพยาบาล

ด้านผู้ป่วยโรคสมองจำนวน 1 ท่าน

1.1.5 พยาบาลผู้ชำนาญการด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ท่าน

1.2 นำแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit & Hungler, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา เท่ากับ 1.00 และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

#### 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยโรคลมชักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคลมชัก

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และนำข้อมูลที่ได้จากการคำนวณหา Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ .71

**ส่วนที่ 6 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน** ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ใช้แบบสอบถาม ของ Dilorioและคณะ ( 2003) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ผู้วิจัย แปลแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคลมชัก และใช้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาในการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามมีทั้งหมด 33 ข้อ มีมาตรวัดเป็นมาตราส่วน ประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 10 ระดับ

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** ข้อคำถามแต่ละข้อ มีมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบบลิเคิร์ต 10 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1-10 คะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็มทั้งหมด 330 คะแนน แปลผลคะแนนโดย คะแนนรวมสูง แสดงว่า ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนดี

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity)

1.1 นำแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของภาษา ภาษา (Back translation) หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ ครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

- 1.1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคลมชักจำนวน 1 ท่าน
- 1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านจิตเวชจำนวน 1 ท่าน
- 1.1.3 อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่จำนวน 1 ท่าน
- 1.1.4 พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษในการปฏิบัติการพยาบาลด้าน ผู้ป่วยโรคสมองจำนวน 1 ท่าน
- 1.1.5 พยาบาลผู้ชำนาญการด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ท่าน

โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ท่าน

1.2 นำแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคลมชัก ที่ผ่านการตรวจสอบ ความตรงแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit & Hungler, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรค



ลมชัก เท่ากับ 1.00 และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษา ให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

## 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคลมชัก ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยโรคลมชักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคลมชัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และนำข้อมูลที่ได้จากการคำนวณหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ .89

**ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า** ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมลฤดี บุราณ (2548) โดยนำมาจาก Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977 อ้างถึงใน Hann, Winter & Jacobsen, 1999) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบจำนวน 16 ข้อ คำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ โดยวัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า ( Depressed Affect) 7 ข้อ ความรู้สึกด้านบวก ( Positive Affect) 4 ข้อ วัดอาการเรื่องช้าหงอยเหงา ( Somatic and Retarded Activity) 7 ข้อ และวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ( Interpersonal) 2 ข้อ โดยสอบถามว่าเหตุการณ์นั้น ๆ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ( Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เลย นานๆครั้ง ค่อนข้างบ่อย และบ่อยครั้ง โดยแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน รวมข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
0	ไม่เลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย
1	นานๆครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
2	ค่อนข้างบ่อย	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
3	บ่อยครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น

สำหรับข้อคำถามด้านตรงข้ามซึ่งมีความรู้สึกในทางบวก คือ ข้อ 4, 8, 12 และ 16 ให้คะแนนตรงข้าม ดังนี้

มีค่าคะแนน 0-3 คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเชื่อมั่นได้ โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
3	ไม่เลย	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย
2	นานๆครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
1	ค่อนข้างบ่อย	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
0	บ่อยครั้ง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน นำค่าคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็ม 60 คะแนน ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเชื่อมั่นได้ ค่าคะแนนต่ำกว่า 16 คะแนนถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า (ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533)

#### การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

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

###### 1.1 นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

(Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1.1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้าจำนวน 1 ท่าน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านจิตเวชจำนวน

1 ท่าน

1.1.3 อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่จำนวน 1 ท่าน

1.1.4 พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษในการปฏิบัติการพยาบาล

ด้านผู้ป่วยโรคสมองจำนวน 1 ท่าน

1.1.5 พยาบาลผู้ชำนาญการด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองจำนวน 1 ท่าน

1.2 นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit & Hungler, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) ผลการคำนวณได้ค่าดัชนี

ความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 1.00 และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

## 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปหาความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และนำข้อมูลที่ได้จากการคำนวณหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ .76

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

### ขั้นเตรียมการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

### ขั้นดำเนินการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล การพิจารณาอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยตามวันและเวลา ดังนี้

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย วันจันทร์ -วันศุกร์ เวลา 13.00-16.00 น.

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมประสาท เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประจำแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก คลินิกโรคซึมเศร้า ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย เพื่อกำหนดวันเวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ก่อนการเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลผู้ป่วย จากแฟ้มประวัติ ผู้ป่วยที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้า 1 วันก่อนการนัดตรวจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่ม โดยการจับฉลาก

ผู้ป่วยที่จะมารับบริการตรวจที่คลินิก โรคลมชัก จากการสุ่มโดยการจับสลากให้ได้จำนวนร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีในแต่ละวัน โดยเก็บข้อมูลจนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งรวมทั้งหมด คือ 90 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด

2.2 วันที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจง ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี เข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ เกี่ยวกับรายละเอียดของ แบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้ กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจ และให้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที โดยเริ่มการทำแบบสอบถามในชุดข้อมูลส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนและภาวะซึมเศร้าตามลำดับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างกรอกแบบสอบถามที่คลินิกโรคลมชัก ขณะรอพบแพทย์หน้าห้องตรวจ โดยผู้วิจัยคอยให้คำชี้แนะถึงการตอบแบบสอบถาม และตอบข้อสงสัยให้กับกลุ่มตัวอย่างในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถาม ตลอดเวลา ขณะที่กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยดำเนินการดังเช่น ข้อ 2.1 ถึงข้อ 4 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 90 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม โดยแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายลักษณะ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถจะตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และในขณะที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยมีอาการชักผู้วิจัยให้การพยาบาลเบื้องต้นกับผู้ป่วยโดยให้การดูแลจนผู้ป่วยหายจากอาการชักและสามารถให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลต่อได้ จึงดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไปนอกจากนี้ผู้วิจัยได้อธิบายเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ

และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ถ้าพบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าประสานงานกับพยาบาลผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมประสาทเพื่อส่งผู้ป่วยปรึกษา กับแพทย์โรคลมชักเพื่อทำการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาในแผนกจิตเวชต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ ด้วยการแจกแจงค่าความถี่และใช้สถิติ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก ด้วยค่าสถิติสัมประสิทธิ์ไคสแควร์
3. การวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคลมชัก กับภาวะซึมเศร้าใช้คะแนนเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคลมชัก กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ point biseral
  - 4.1 การสนับสนุนทางสังคม ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ point biseral
  - 4.2 การรับรู้ตราบาป ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 7 ระดับ วิเคราะห์ ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ point biseral
  - 4.3 การจัดการตนเอง ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ point biseral
  - 4.4 ความร่วมมือในการใช้ยา ใช้มาตรวัดแบบ nominal scale วิเคราะห์ ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ point biseral
  - 4.5 สมรรถนะแห่งตน ใช้มาตรวัดส่วนประมาณค่าตามแบบลิเคิร์ต 10 ระดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ point biseral

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคลมชักทั้งชายและหญิงที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยากันชักและไม่ได้รับการผ่าตัดในการรักษาโรคลมชักที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุกรรมประสาท คลินิกโรคลมชัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยจำนวน 90 คน

ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 4 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 1-2

ตอนที่ 2 การศึกษาภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 3-4

ตอนที่ 3 การศึกษาปัจจัยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 5

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตน กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 6-8

### ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโรคลมชัก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และการได้รับยากันชัก แสดงผลการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และการได้รับยากันชัก (n = 90)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	36	40
หญิง	54	60
<b>อายุ</b>		
ต่ำกว่า 25 ปี	13	14.4
25-35 ปี	37	41.1
36-45 ปี	24	26.7
46-55 ปี	12	13.3
56 ปีขึ้นไป	4	4.4
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	11	12.2
มัธยมศึกษา	27	30
อนุปริญญา	7	7.8
ปริญญาตรี	44	48.9
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.1
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	45	50
คู่	36	40
หม้าย/หย่า/แยก	9	10

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และการได้รับยากันชัก (n = 90) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้าง	21	23.3
ไม่ได้ทำงาน	19	21.1
ค้าขาย	18	20
ข้าราชการ	9	10
เกษตรกร	8	8.9
อื่นๆ	15	16.7
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน</b>		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	12	13.3
5,001-10,000 บาท	25	27.8
10,001-15,000 บาท	8	8.9
15,001-20,000 บาท	14	15.6
มากกว่า 20,000 บาท	31	34.4
<b>ลักษณะครอบครัว</b>		
ครอบครัวเดี่ยว	55	61.1
ครอบครัวขยาย	35	38.9
<b>ระยะเวลาในการเจ็บป่วย</b>		
ต่ำกว่า 5 ปี	7	7.8
6-10 ปี	10	11.1
11-15 ปี	18	20
16-20 ปี	21	23.3
มากกว่า 20 ปี	34	37.8



**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และการได้รับยากันชัก (n = 90) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>การได้รับยากันชัก</b>		
ยากันชัก 1 ชนิด	25	24.4
ยากันชัก 2 ชนิด	38	42
ยากันชัก 3 ชนิด	13	14.3
ยากันชัก 4 ชนิด	13	14.3

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 40 ผู้ป่วยโรคลมชักมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.9 รองลงมาที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30 การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 12.2 อนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 8.8 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 50 สถานภาพสมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 40 ผู้ป่วยโรคลมชักมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 23.3 รองลงมาเป็นผู้ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 21.1 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนของผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 34.4 รองลงมาอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.8 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 61.1 ครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 38.9 ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.8 รองลงมาอยู่ระหว่าง 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.3 และผู้ป่วยรับประทานยากันชักร่วมกัน 2 ชนิดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42 รองลงมา 1 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 24.4

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย แสดงผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก (n=90)

ข้อมูล	$\bar{X}$	SD	Min	Max	Range
อายุ (ปี)	35.63	9.56	18	58	40
ระยะเวลาการเจ็บป่วย(ปี)	19.07	8.88	3	41	38
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)	22,344.44	25,641.49	1,500	200,000	198,500

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชัก มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.63 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.56) มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเท่ากับ 22,344.44 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 25,641.49) ระยะเวลาการเจ็บป่วย เท่ากับ 19.07 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.88)

## ตอนที่ 2 การศึกษาภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก

2.1 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า แสดงผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า (n = 90)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	34	37.8
มีภาวะซึมเศร้า(> 16 คะแนน)	56	62.2

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 62.2 และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 37.8

2.2 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกตามรายชื่อ แสดงผลการวิเคราะห์ โดยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า จำแนกตามรายชื่อ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก (n = 90)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD
1. ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตนี้สนุกสนาน	1.98	.95
2. ท่านมีความสุข	1.89	1.04
3. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความดีทัดเทียมคนอื่น ๆ	1.74	1.05
4. ท่านรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต	1.73	1.06
5. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย	1.24	.77
6. ท่านพูดน้อยกว่าปกติ	1.01	.91
7. ท่านรู้สึกท้อแท้ในชีวิต	1.00	.95
8. ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถขจัดความหม่นหมองออกไป แม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ	.98	.87
9. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร	.94	.78
10. ท่านรู้สึกลำบากในการตั้งสมาธิเพื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง	.93	.87
11. ท่านนอนไม่ค่อยหลับ	.92	.88
12. ท่านรู้สึกหดหู่ใจ	.88	.87
13. ท่านรู้สึกอ้างว้าง เดียวดาย	.84	.91
14. ท่านรู้สึกว่าต้องเฝ้าใจในการทำสิ่งต่างๆ	.82	.73
15. ท่านรู้สึกหวาดกลัว	.80	.81
16. ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างไม่ชอบท่าน	.79	.88
17. ท่านรู้สึกไม่มีความสุข	.72	.75
18. ท่านรู้สึกว่าผู้คนทั่วไปไม่มีความเป็นมิตร	.68	.86
19. ท่านคิดว่าชีวิตมีแต่ความล้มเหลว	.63	.76
20. ท่านมักร้องไห้	.58	.73

จากตารางที่ 4 พบว่า ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.62 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.87) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตนี้สนุกสนาน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.98(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .95) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านมักร้องไห้ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .58(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .73)

**ตอนที่ 3 การวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก**

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกคะแนนตาม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำแนกคะแนนตาม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตน (n=90)

ข้อมูล	$\bar{X}$	SD	Min	Max	Range
การสนับสนุนทางสังคม	3.18	.82	1.00	4.43	3.43
การรับรู้ตราบาป	4.40	1.31	1.40	7.00	5.60
การจัดการตนเอง	3.76	.39	1.63	4.55	1.63
ความร่วมมือในการใช้ยา	.68	.15	.13	.88	.75
สมรรถนะแห่งตน	7.83	1.28	2.91	10.24	7.33

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชัก การสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .82) การรับรู้ตราบาป มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.31) การจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .39) ความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .68 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .15) และสมรรถนะ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.83 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.28)

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ทราบไป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตน กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าความสัมพันธ์ (Chi-square test) ระหว่าง เพศกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก (n=90)

เพศ	รวม		ภาวะซึมเศร้า				df	ค่าChi-square	P-value
			มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า				
			จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
ชาย	36	40	24	27.7	12	13.5	1	.478	.504
หญิง	54	60	32	34.5	22	24.7			
รวม	90	100	56	62.2	34	38.2			

จากตารางที่ 6 พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตน กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ point biserial แสดงการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก จำนวน (n = 90)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r_{pbis}$ )	P-Value
การสนับสนุนทางสังคม	-.211	.046
การรับรู้ตราบาป	.359	.001
การจัดการตนเอง	-.172	.106
ความร่วมมือในการใช้ยา	-.126	.236
สมรรถนะแห่งตน	-.405	.000

จากตารางที่ 7 พบว่าการสนับสนุนทางสังคม และสมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ ( $r_{pbis}$ ) เท่ากับ -.211 และ -.405 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ ( $r_{pbis}$ ) เท่ากับ .405 สำหรับการจัดการตนเองและความร่วมมือในการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05



4.3 ความสัมพันธ์ระหว่าง การจัดการตนเอง รายด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับปรึกษา ด้านการดำเนินชีวิต ด้านอาการชัก ด้านความปลอดภัย และด้านการรับรู้ข้อมูล กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ point biserial แสดงการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่าง การจัดการตนเองรายด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับปรึกษา ด้านการดำเนินชีวิต ด้านอาการชัก ด้านความปลอดภัย และด้านการรับรู้ข้อมูล กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก จำนวน (n = 90)

การจัดการตนเอง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r_{pbis}$ )	P-Value
ด้านการรับปรึกษา	-.069	.519
ด้านการดำเนินชีวิต	-.184	.083
ด้านอาการชัก	-.091	.395
ด้านความปลอดภัย	-.129	.227
ด้านการรับรู้ข้อมูล	-.087	.416

จากตารางที่ 8 พบว่า การจัดการตนเอง ด้านการรับปรึกษา ด้านการดำเนินชีวิต ด้านอาการชัก ด้านความปลอดภัย และด้านการรับรู้ข้อมูล ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชัก โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักอย่างน้อย 1 ปีอายุระหว่าง 18-59 ปีทั้งเพศหญิงและเพศชาย เป็นผู้ป่วยที่รักษาด้วยการใช้ยากันชัก ไม่ได้รับการผ่าตัดรักษาโรคลมชัก ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาทคลินิกโรคลมชักโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 90 คน ในช่วงระหว่าง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามโดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างและคอยให้คำแนะนำในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถาม จนได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์เพื่อการวิเคราะห์จริง จำนวน 90 ฉบับ ซึ่งมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักอย่างน้อย 1 ปี

2) อายุระหว่าง 18-59 ปีทั้งเพศหญิงและเพศชาย

3) เป็นผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับการรักษาด้วยยากันชักและยังไม่ได้รับการผ่าตัดในการรักษาโรคลมชัก

4) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด อ่าน และเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี

5) ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยิน

6) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม

7) ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

และมีการกำหนดการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย มีอาการแสดง ความก้าวหน้าของโรคทางระบบประสาทอย่างรวดเร็ว มีประวัติโรคทางจิตเวชหรือมีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม และมีอาการชักที่ไม่ใช่จากโรคลมชัก เช่น เนื้องอกในสมอง และได้รับการรักษาด้วยยากันชัก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ตราบาป แบบสอบถามการจัดการตนเอง แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และจากการหาค่าความเที่ยงเท่ากับ .83, .89, .78, .71, .89, และ .77 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ วิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคลมชัก กับภาวะซึมเศร้าด้วยคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะซึมเศร้าด้วยค่าสัมประสิทธิ์ไคสแควร์ (Chi – square test) และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคลมชัก กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ point biserial ตามระดับมาตรวัดตัวแปรแต่ละคู่

### สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยโดยรวมของผู้ป่วยโรคลมชัก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.62 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.87)
2. ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่เพศหญิง มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด ส่วนใหญ่มีสถานภาพ มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนของผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 20.000 บาท ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 20 ปี และผู้ป่วยรับประทานยากันชักร่วมกัน 2 ชนิดมากที่สุด
3. การสนับสนุนทางสังคม และสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.211$  และ  $-.405$  ตามลำดับ)
4. การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $r = .359$ )
5. เพศ การจัดการตนเองและความร่วมมือในการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชัก ครั้งนี้ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย และนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

#### วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชัก ที่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 62.2 และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 38.8 มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 18.62 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.87 ) ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานการศึกษาของ Lee และคณะ (2010) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 61 ซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างนี้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 48.9 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังสูงในการประกอบอาชีพ ได้งานทำที่ดี แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 21.1 ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นตามไปด้วย

เมื่อพิจารณาในบริบทของภายในประเทศไทย พบว่ามีการเกิดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน โดย Samart และคณะ (2007) ศึกษาพบผู้ป่วยโรคลมชักมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 38.3 ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้นั้น พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชัก อายุเฉลี่ย 35.63 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.56) ซึ่งเป็นวัยที่ต้องมีการหาความมั่นคงทางด้านการประกอบอาชีพ เมื่อเป็นโรคลมชัก ทำให้มีการว่างงานสูง ต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต พึ่งพาผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูงได้ (วิริยา เตื้อลี, สุวรรณภา อรุณพงศ์ไพศาล, สมศักดิ์ เทียมเก่า และ สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ, 2549)

เมื่อพิจารณาภาวะซึมเศรารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ รู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.98 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .95) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยอาจเกิดความเครียดด้วยการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เป็นสิ่งที่เป็นการให้กับชีวิต รู้สึกว่าตนเองไม่มีความปลอดภัย (รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น, 2546) จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ชีวิตไม่มีความสุข สนุกสนาน ประกอบกับภาวะของโรคที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องจำกัดการทำกิจกรรมและการประกอบอาชีพ เพราะอาจส่งผลอันตรายต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหดหู่ หม่นหมอง ไม่สดชื่น ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก**

2.1 จากการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Endermann and Zimmermann (2009) พบว่า เพศชายมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า เพศหญิง อธิบายได้ว่า จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 ไม่ได้เป็นหัวหน้าครอบครัว ไม่ได้รับผิดชอบรายได้หลักในการหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับภาระต่างๆในครอบครัวและการเจ็บป่วยของตนเองน้อย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Smart และคณะ (2007) พบว่า จากการศึกษาติดตามภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก ผู้ป่วยเพศชายมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.77$ ) ดังนั้นเพศจึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชัก

2.2 จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_{pbis} = -.211$ ) เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_{pbis} = -.211$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Reisinger and Dilorio (2009) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักโดยมีการศึกษาติดตามผลเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับครอบครัวขนาดกลาง ทำให้มีการช่วยเหลือกัน มีเครือข่ายทางสังคมกันในระบบครอบครัว ซึ่งถือว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญ และใกล้ชิดกันระหว่างบุคคลในครอบครัวมากที่สุด สอดคล้องกับ Cobb (1976) ได้กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีคนให้กำลังใจ ได้รับความรัก และการที่บุคคลรับรู้ว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ จากครอบครัวและสังคม (Brandt and Weinert ,1985) จะทำให้บุคคลเกิดความสนิทสนม มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

2.3 จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_{pbis} = .404$ ) เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Leaffer และคณะ (2011) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชัก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักมีการรับรู้ตราบาปที่สูง

จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ Goffman (1963) กล่าวว่า การรับรู้ตราบาป เป็นปฏิกริยาของสังคมที่มีต่อคุณลักษณะไม่พึงประสงค์ของบุคคลที่มีความแตกต่างจากบุคคลปกติธรรมดา ส่งผลต่อการรับรู้คุณค่า ของตนเองของบุคคล ทำให้เป็นบุคคลไม่มีคุณค่า ถูกแบ่งแยกและกีดกัน และไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ผู้ป่วยโรคลมชักจะมองตนเองว่ามีความบกพร่องเนื่องจากอาการชักของตน ทำให้ไม่สามารถที่จะทำงานหรือกิจกรรมได้เหมือนคนปกติ เพราะอาการชักอาจเกิดขึ้นเมื่อไรก็ได้ ผู้ป่วยจึงรู้สึกกว่าตนเองไม่มีค่า เป็นภาระให้กับครอบครัว รู้สึกเป็นตราบาปในจิตใจตนเอง

2.4 จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การจัดการตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาครั้งนี้ มีการวัดการจัดการตนเอง โดยวัดการจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในแต่ละด้านของการจัดการตนเอง มีการกระจายของข้อมูลในแต่ละด้านน้อย โดยพบว่า ด้านการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการตอบคำถามของคะแนนการจัดการตนเองไปในทางที่ดี ร้อยละ 90 มีในเรื่องการวางแผนการรับประทานยากันชัก กลุ่มตัวอย่างไม่ได้วางแผนป้องกันในเรื่องยากันชักหมดก่อนพบแพทย์ ด้านการรับรู้ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการตอบคำถามของคะแนนการจัดการตนเองไปในทางที่ดี ร้อยละ 62.5 มีในเรื่อง ไม่มีบัตรประจำตัวสำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก ไม่มีกลุ่มสนับสนุนเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคลมชักและไม่กล้าบอกบุคคลทั่วไปว่าตนเองป่วยเป็นโรคลมชัก ที่ผู้ป่วยตอบคำถามไปในทางที่ไม่ดี ด้านความปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตอบคำถามของคะแนนการจัดการตนเองไปในทางที่ดี ร้อยละ 90 มีในเรื่อง การนอนดึกที่กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามไปในทางที่ไม่ดี ด้านอาการชัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการตอบคำถามของคะแนนการจัดการตนเองไปในทางที่ดี ร้อยละ 90 มีในเรื่องการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอาการชัก ที่กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามไปในทางที่ไม่ดี และด้านการดำเนินชีวิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการตอบคำถามของคะแนนการจัดการตนเองไปในทางที่ดี ร้อยละ 66.6 มีในเรื่อง การใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดและการออกกำลังกายซึ่งกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามไปในทางที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Reisinger and Dilorio (2009) พบว่า การจัดการตนเองด้าน ความปลอดภัย ด้านการรับรู้ข้อมูล และด้านอาการชัก ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนั้น การจัดการตนเองจึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

2.5 จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคซึมเศร้า อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยากันชัก 2 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 42 และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับประทานยากันชักนั้น ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยา Phenobarbital ซึ่งการรับประทานยา Phenobarbital มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากยา Phenobarbital ทำให้โฟลเลทในร่างกายลดลง ซึ่ง สารโฟลเลท มีผลต่อการลดระดับของสารสื่อประสาทโดปามีน (dopamine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ทำให้เกิดความสุขและความพึงพอใจเมื่อเกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาททำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Reisinger & Dilorio (2009) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยมีการศึกษาติดตามผลเป็นระยะเวลา 6 เดือน ผลการศึกษา พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

2.6.จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_{pbis} = -.405$ ) เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าวลดลง สอดคล้องกับ Bandura (1997) พบว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าบุคคลตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถ ก็จะสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจ ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระแก่สังคม ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ผลการศึกษาค้นคว้านี้ สอดคล้อง Robinson และคณะ (2008) ที่พบว่า ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของสมรรถนะแห่งตนกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าวลดลง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ครั้งต่อไป

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ตรวบาปที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในส่วนบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ใช้ในการปฏิบัติพยาบาล ควรมีการส่งเสริมสนับสนุนทางสังคม การเพิ่มสมรรถนะแห่งตน และการป้องกันเกิดการรับรู้ตรวบาป ในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคซึมเศร้า ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคม พยาบาลควรมีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว รวมทั้งบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึ

และเอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน โดยส่งเสริม การจัดกลุ่มสนับสนุนของผู้ป่วยโรคลมชัก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

2. สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ตราบาป มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรนำปัจจัยดังกล่าว มาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของผู้ป่วยโรคลมชักเพื่อลดผลกระทบของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก โดยอาจใช้กิจกรรมการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยถึงภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### **ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชักต่อไป เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคลมชักที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคมมากยิ่งขึ้น



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กัลป์ยาณิ ธีระวิบูลย์, สุรางค์ เจียมจรรยา และอนันต์นิติย์ วิสุทธิพันธ์. (2549). **แนวทางการรักษาโรคลมชักสำหรับแพทย์**. สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย.
- จินตนา ปัญจรัตน์ นันทา วณิชชากร และ นภาพร ศรีธนาอุทัยกร. (2552). **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคลมชัก**. ใน : ชัยชน โฉวเจริญกุล, บรรณาธิการ. **วิทยาการโรคลมชัก**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา หารินเดช. (2540). **การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคลมชักศึกษาเฉพาะกรณีด้านสังคมจิตใจ**. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์. **เภสัชกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก**. [ออนไลน์]. (2550). แหล่งที่มา : <http://www.google.co.th> [2554, พฤศจิกายน 18]
- ชัดเจน จันทพัฒน์. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชัยชน โฉวเจริญกุล. (2544). **วิทยาการโรคลมชัก**. กรุงเทพฯ: เอ เจ เน็ตเวิร์ค.
- ชัยชน โฉวเจริญกุล. (2552). **วิทยาการโรคลมชัก**. กรุงเทพฯ: เอ เจ เน็ตเวิร์ค.
- ชาลินี สุวรรณยศ. (2542). **ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดโรเจอร์ต่อภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่เสียแขนขา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). **โรคซึมเศร้ารักษาให้หายได้ และโรคอารมณ์ผิดปกติ** . 3,000 เล่ม, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ทายาท ดีสุดจิต. (2544). **วิทยาการโรคลมชัก**. กรุงเทพฯ: เอ เจ เน็ตเวิร์ค.
- ธนิษฐ์ อัครวิเชียรจินดา. (2542). **การวิจัยและพัฒนาเพื่อควบคุมโรคลมชักในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในจังหวัดนครราชสีมา** . กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
- ธวัชชัย วรพงศธร วงเดือน บัณฑิต และ สมพร เตரியชัยศรี. (2533). **คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D**. **วารสารจิตวิทยาคลินิก**. 21 (1): 26-45.

- นิตยา แก้วร่วมวงศ์. (2542). **ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อโรคเอดส์จากแม่สู่ลูก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต , มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญชัย นวมงคลวัฒนา . (2539). **ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคลมชัก**. นครราชสีมา : โรงพยาบาลนครราชสีมา. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์วารุกร. ( 2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์** . พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุรณี กาญจนถวัลย์ . (2544). **ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชัก : ชัยชน โลว์เจริญกุล** , บรรณาธิการ. วิทยาการโรคลมชัก. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีดี ประทุมสุวรรณ. **กระบวนการจัดการ**. [ออนไลน์]. (2551). แหล่งที่มา: <http://realjune.multiply.com/journal/item/20/20> [ 2554, พฤศจิกายน 18].
- ประคอง กรรณสูต. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประดิษฐ์ ชัยชนะ. (2548). **ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่ เป็นโรคลมชักที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต , สาขา วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปานจิต นามพลกรัง. (2547). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ** . วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต , สาขา วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร อิศระภิญโญ . (2536). **ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคลมชักที่คลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต , สาขา วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พญจิต วงศ์โรจน์. (2552). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักภาคใต้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต , สาขา วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มลฤดี บุราณ. (2548). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน** . วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งทิพย์ เป้าตุน. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับการปรับตัวของ**

**ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตาย** . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. พิมพ์  
ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัชนีกร กาสลัก. (2548). **การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับการ  
ผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัดในโครงการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักครบวงจร ในพระ  
อุปถัมภ์ของสมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , ภาควิชาจิต  
เวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิษชุดา เจริญกิจการ. (2543). **การศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพล  
ระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิด  
ไม่ทราบสาเหตุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขา วิชา การพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิริยา เชื้อลี สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล สมศักดิ์ เทียมเก่า และ สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ. (2549).  
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. **วารสารสมาคมจิตแพทย์  
แห่งประเทศไทย** 51(4): 356-364.

ศิริพร สวดยพริ้ง . (2551). **ผลของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าใน  
ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ,  
สาขา วิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.

ศิริรัตน์ วิจิตตะกุลถาวร. (2545). **ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติ  
กิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ  
พยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล. ( 2550). **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของ  
ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมชาย จักรพันธ์ (2544). เรื่องราวของ EQ. **วารสารหมอชาวบ้าน** 9(16): 80-83.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6” กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สิริรัตน์ เงามสมสกุล. (2543). **การศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้  
ความสามารถต่อพฤติกรรมออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลัง**

- การขยายหลอดเลือดหัวใจหรือการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ . วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต , สาขา วิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- สุวินัย เกียวกิ่งแก้ว. (2544). **แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช.** (พิมพ์ครั้งที่ 3).  
พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุวิมล สันติเวส. (2545). **ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม  
ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์  
ปริญญามหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาธุพร พุ่มขาว. (2541). **ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย  
จิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุวเรศ ใสสีสุบ. (2543). **การศึกษารับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลด้าน  
สถานการณ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ  
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ .** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โยธิน ชินวลัญช์. **โรคลมชัก.** [ออนไลน์]. (2552). แหล่งที่มา: [http:// www.thailandepilepsy.  
org/?P=108](http://www.thailandepilepsy.org/?P=108) [ 2554, พฤศจิกายน 18].
- โยธิน ชินวลัญช์. **โรคลมชัก.** [ออนไลน์]. (2554). แหล่งที่มา: [http://www.newswit.com/food/  
2011-04-04/cf9e63622d02e30c4c4616ef5106e50f/](http://www.newswit.com/food/2011-04-04/cf9e63622d02e30c4c4616ef5106e50f/) [ 2554, พฤศจิกายน 18].
- อรุณ แก้วเกตุ. (2545). **การศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่  
ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ .** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต , สาขาวิชา  
การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (25 53). **แนวคิด/ทฤษฎีการพัฒนาเครื่องมือ. เอกสารคำสอน วิชาการ  
พัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล.** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** กรุงเทพฯ: วีเจ พริ้นติ้ง.

## ภาษาอังกฤษ

- Altshuler, L. L., et al. (1990). Depression, Anxiety, and Temporal Lobe Epilepsy: Laterality of Focus and Symptoms. *Arch Neurol* 47(3): 284-288.
- Austin, J. K., et al. (2004). Measuring stigma in children with epilepsy and their parents: instrument development and testing. *Epilepsy & Behavior* 5(4): 472-482.
- Baker, G. A., Jacoby, A., Buck, D., Stalgis, C., and Monnet, D. (1997). Quality of Life of People with Epilepsy: A European Study. *Epilepsia* 38(3):353-362.
- Bandura, A. (1997). **Self-efficacy: the exercise of control**: W.H. Freeman.
- Banerjee, P. N., Filippi, D., and Allen Hauser, W. (2009). The descriptive epidemiology of epilepsy--A review. *Epilepsy Research* 85(1): 31-45.
- Beck, A.T., and Alford, B. (2009). **Depression Causes and Treatment**. (2<sup>nd</sup> ed). Philadelphia: University of Penn Sylvania Press.
- Beck, A. T. (1970). **The Diagnosis and management of depression** Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Brandt, P. A. and Weinert, C. (1985). The PRQ A social support measure. *Nursing Research* 30: 277-280.
- Caplan, G. (1974). **Support system and community mental health**: Lecture on concept development. New York: Behavioral.
- Cobb, S. (1976). Social support as a Moderator of life stress. *Psychosom Med* 38: 300-314.
- Cramer, J. A., Blum, D., Fanning, K., and Reed, M. (2004). The impact of comorbid depression on health resource utilization in a community sample of people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 5(3): 337-342.
- de Souza, E. A. P., and Salgado, P. C. B. (2006). A psychosocial view of anxiety and depression in epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 8(1): 232-238.
- Dilorio, C., Osborne Shafer, P., Letz, R., Henry, T., Schomer, D. L., and Yeager, K. (2003). The association of stigma with self-management and perceptions of health care among adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 4(3): 259-267.
- Dilorio, C., Shafer, P. O., Letz, R., Henry, T. R., Schomer, D. L., and Yeager, K. (2006).

- Behavioral, social, and affective factors associated with self-efficacy for self-management among people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 9(1): 158-163.
- Dilorio, C., Shafer, P. O., Letz, R., Henry, T. R., Schomer, D. L., Yeager, K., et al. (2004). Project EASE: a study to test a psychosocial model of epilepsy medication management. *Epilepsy & Behavior* 5(6): 926-936.
- Endermann, M. and F. Zimmermann. (2009). Factors associated with health-related quality of life, anxiety and depression among young adults with epilepsy and mild cognitive impairments in short-term residential care. *Seizure* 18(3): 167-175.
- Forsgren, L., Beghib, E., Oun., and Sillanpa, M. (2005). The epidemiology of epilepsy in Europe – a systematic review. *European Journal of Neurology* 12: 245-253.
- Gilliam et al. (2004). Depression in Epilepsy : Ignoring Clinical Expression of Neuronal Network Dysfunction?. *Epilepsia* 45(Suppl. 2): 28-33.
- Gillis, A. J. (1993). Determinant of a health-promoting lifestyle: An integrative review. *Journal of Advance Nursing* 15: 1132-1138.
- Glance. (2010). **TRAGETING EPILEPSY IMPROVING THE LIVES OF PEOPLE WITH ONE OF THE NATION'A MOST COMMON NEUROLOGICAL CONDITIONS.** Nation center for chronic disease prevention and health promotion.
- Goffman, E. (1963). **Stigma: Notes on the management of spoiled indentity.** Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.
- Hermann, B. P., and Whitman, S. (1989). Psychosocial Predictors of interictal depression. *Journal of Epilepsy* 2(4): 231-237.
- Hupcey, J. E. (1998). Social support: Assessing conceptual coherence. *Quality Health Research* 8: 304-318.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and Timing of social support. *Journal of Health and Social Behavior* 27: 252.
- Jones et al. (2003). Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation, and suicide attempts in chronic epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 4(Supplement 3): 31-38.
- Jones et al. (2006). "Adherence to treatment in patients with epilepsy: Associations with seizure control and illness beliefs. *Seizure* 15(7): 504-508.

- Kanitpong, P., Suwanna, S., Ponchai, S., and Kitti, L. (2007). Anxiety and Depression in Thai Epileptic Patients. *J Med Assoc Thai* 90 (10): 2010-2015.
- Kanner, A. M. (2003). Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanisms, and treatment. *Biological Psychiatry* 54(3): 388-398.
- Kanner, A. M. (2006). Epilepsy, suicidal behaviour, and depression: do they share common pathogenic mechanisms? *The Lancet Neurology* 5(2): 107-108.
- Kaplan, H. I., and Sadock, B. J. (2008). *Comprehensive textbook of psychiatry/volume 2. (8<sup>th</sup> ed)*. Baltimore: Williams&Wilkins.
- Koop, E. (2005). *Adherence, Drugs don't work in patients who don't take them.* [Online]. Available from: <http://journal.shouxi.net/qikan/article.php?id=216586> [2011, March 18].
- Kwon, O.-Y., and Park, S.-P. (2011). What is the role of depressive symptoms among other predictors of quality of life in people with well-controlled epilepsy on monotherapy?. *Epilepsy & Behavior* 20(3): 528-532.
- Leaffer et al. (2011). Associates of stigma in an incident epilepsy population from northern Manhattan, New York City. *Epilepsy & Behavior* 21: 60-64.
- Lee et al. (2010). Factors contributing to depression in patients with epilepsy. *Epilepsia* 51(7): 1305-1308.
- Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., and Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology* 70: 271-282.
- McConnell, H. W., and Synder, P. J. (1998). *Psychiatric comorbidity on epilepsy : Basic mechanisms, diagnosis, and treatment*. Washinton, DC: American Psychiatric Press.
- Mensah, S. A., Beavis, J. M., Thapar, A. K., and Kerr, M. (2006). The presence and clinical implications of depression in a community population of adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 8(1): 213-219.
- Miller, J. M., Kustra, R. P., Vuong, A., Hammer, A. E., and Messenheimer, J. A. (2008). Depressive symptoms in epilepsy: prevalence, impact, aetiology, biological

- correlates and effect of treatment with antiepileptic drugs. *Drugs* 68(11): 1493-1509.
- Morisky, D. E., Ang, A., Wood, M. K., and Ward, H. J. (2008). Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 10(5): 348-354.
- Pachanat . T. (2010). **The Effect of Behaviors Management Program on Blood Cholesterol in patients with coronary revasenlarization “Dissertation”**. Degree of Doctor of Nursing Science Program in Nursing Science Chulalongkorn University.
- Pender, N. J. (1996). **Health promotion in nursing practice** (3<sup>nd</sup> ed). New York: Appleton&lange.
- Pilgrim, D. (2005). **Key concept in mental health**. Great Britain: Cromwell Press.
- Pinel, E. C. (1999). Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology* 76(1): 114-128.
- Riegel, B., Cartson, B., and Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart & Lung: Journal of critical care* 29(1): 4-15.
- Reisinger, E. L., and Dilorio, C. (2009). Individual, seizure-related, and psychosocial predictors of depressive symptoms among people with epilepsy over six months. *Epilepsy & Behavior* 15(2): 196-201.
- Robinson, E., Dilorio, C., DePadilla, L., McCarty, F., Yeager, K., Henry, T., et al. (2008). Psychosocial predictors of lifestyle management in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 13(3), 523-528.
- Sadock, J. B. and Sadock, A. V. (2000). **Comprehensive textbook of psychiatry**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sakthong, P., Chabunthom, R., and Charoenvisuthiwongs, R. (2009). Psychometric properties of the Thai version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with type 2 diabetes. *Ann Pharmacother* 43(5): 950-957.



- Samart Nidhinandana et al. (2007). Prevalence of Depression among Epileptic Patients at Phramongkutklo Hospital. **J Med Assoc Thai** 90 (1): 32-36.
- Shives, L. R., and Isaacs, A. (2002). **Basic concept of psychiatric-mental nursing** (4<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Streicker, S. K., Amdur, M., and Dincin, J. (1986). Education patients about psychiatric medication: Failure to enhance compliance. **Psychosocial Rehabilitation** 9(4): 15-28.
- Thapar, A., Kerr, M., and Harold, G. (2009). Stress, anxiety, depression, and epilepsy : Investigating the relationship between psychological factors and seizures. **Epilepsy & Behavior** 14, 134-140.
- Thompson, P. and Toole, A. (2011). Psychosocial outcome. **Epilepsia** 43: 538-548.
- Tobin, D. L., et al. (1986). Self-management and Social Learning Theory. In K. A. Holroyd and T.L. Creer. (Eds), **self-management of chronic Disease: Handbook of clinical Intervention and Research**. New York: Academic Press, Inc.
- Turner, R. J., and Mario, F. (1994). Social support and social structure: A descriptive epidemiology. **Journal of Health and social Behavior** 35: 193-212.
- Upton, D. (1993). Social support and emotional adjustment in people with chronic epilepsy. **Journal of Epilepsy** 6(2): 105-111.
- Van Dogen, C. J. (1997). Is the treatment worse than cure: Attitude toward medication among person with severe mental illness. **Journal of Psychosocial Nursing** 35(3): 21-25.
- Yousafzai, A. R., Yousafzai, A. W., and Taj, R. (2009) FREQUENCY OF DEPRESSION IN EPILEPSY: A HOSPITAL BASED STUDY. **J Ayub Med** 21(2): 73-75.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumer's experience of stigma. **Schizophrenia Bulletin** 25(3): 467-478.
- World Health Organization. **Epilepsy**. [Online]. (2011). Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/2011](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/2011)  
1  
(who prevalence introduction) [2011, March 18].

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย

ที่ ศบ 0512.11/ 0113



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรหม ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๕๐ มกราคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

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

เนื่องด้วย นางสาวราตรี ตาลเชื้อ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตน และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชัก" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์ ชัยภัทร ชูเดห์รัมย์ | นายแพทย์ชำนาญการศูนย์โรคลมชัก                              |
| 2. นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล     | พยาบาลชำนาญการพิเศษระดับ 8<br>หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท |
| 3. นางสุภาพันธ์ณ์ คำหอม         | พยาบาลวิชาชีพระดับ 7 หัวหน้าหออายุรกรรมประสาท              |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ ชัยภัทร ชูเดห์รัมย์ นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล และนางสุภาพันธ์ณ์ คำหอม  
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154  
ข้อนี้ติดต่อ นางสาวราตรี ตาลเชื้อ โทร. 086 - 0273275

ที่ ศบ 0512.11/ 0113



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรวน ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑๐ มกราคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

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

เนื่องด้วย นางสาวราตรี คาลเชื้อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราป่า การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตน และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชัก" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุษงา ตโนภาส อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตดสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวิวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกิจการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุษงา ตโนภาส

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ข้อนี้ติด

นางสาวราตรี คาลเชื้อ โทร. 086 - 0273275



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ สธ 0512.11/ 0113

วันที่ ๕๒ มกราคม 2555

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมอุทธ์

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

เนื่องด้วย นางสาวราตรี ดาลเชื้อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราប់ การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตดสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154  
นางสาวราตรี ดาลเชื้อ โทร. 086-0273275

ที่ ศธ 0512.11/ 199

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

2 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาวดาริ ตาลเชื้อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ครอบครัว การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตน และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชัก" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ในการนี้ ไคร์ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักอย่างน้อย 1 ปี อายุระหว่าง 18 -59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย เป็นผู้ป่วยที่รักษาด้วยการใช้ยากันชัก ไม่ได้รับการผ่าตัดรักษาโรคลมชักที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคลมชัก จำนวน 80 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ครอบครัว แบบสอบถามการจัดการตนเอง แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แบบประเมินสมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวดาริ ตาลเชื้อ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค โทร. 0-2218-1150

นางสาวดาริ ตาลเชื้อ โทร. 086 - 0273275

ภาคผนวก ข

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมและเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



### ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย** ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตรา

บาป การจัดการ ตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะ  
แห่งตนและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชัก

**ชื่อผู้วิจัย**

นางสาววราตรี ตาลเชื้อ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย(ที่ทำงาน) หรือผู้ป่วยอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สภากาชาดไทย ถนน พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน  
กรุงเทพมหานคร 10330

(ที่บ้าน) 1873 หอกุลพิพัฒน์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4  
แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2564123, 02-2563200 (มือถือ) 086-0273275

E-mail Address : rayot2524@hotmail.com

ข้อมูลประกอบการให้คำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

1. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชัก ที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมประสาทและคลินิกโรคลมชักโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานคร
2. มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง การร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตน กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคลมชัก
3. ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคลมชักทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18-59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาทและคลินิกโรคลมชัก ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวนทั้งหมด 90 คน
4. ผู้วิจัยจะใช้การสอบถามโดยตรงกับกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30- 45 นาที ต่อคน โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 7 ชุด คือ ส่วนที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 3) แบบสอบถามการรับรู้ตราบาป ส่วนที่ 4) แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก ส่วนที่ 5) แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา ส่วนที่ 6) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน ส่วนที่ 7) แบบประเมินภาวะ

ซีเอ็มเคิร์รา ซึ่งหากในช่วงตอบแบบสอบถาม กลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะรายงานให้แพทย์รับทราบทันที เพื่อได้รับการดูแลต่อไป

5. ในการขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการของโรงพยาบาลที่จะศึกษาก่อน

6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

7. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หมายเลขโทรศัพท์ 086-0273275 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

8. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัย จะเสนอเป็นภาพรวมและเชิงวิชาการ

9. ในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

### หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป

การจัดการ ตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนและภาวะ

ซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคลมชัก

ชื่อผู้วิจัย นางสาวราตรี ตาลเชื้อ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สภากาชาดไทย ถนน พระราม4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน

กรุงเทพมหานคร 10330

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2564123, 02-2563200

(มือถือ) 086-0273275 E-mail Address: rayot2524@hotmail.com

ข้าพเจ้าชื่อ/นามสกุล.....ได้รับคำอธิบายอย่าง

ชัดเจนจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้จนเข้าใจอย่างดี ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการ

วิจัย และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานอ้างอิง ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองจากผู้วิจัยว่าจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะรักษาไว้เป็นความลับ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่ม

ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์

โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามไว้ทำหนังสือนี้

ลงชื่อ..... ลงชื่อ .....

(นางสาวราตรี ตาลเชื้อ)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ .....

(.....)

พยาน



COA No. 221/2012  
IRB No. 090/55

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
1873 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

#### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

**ชื่อโครงการ** : ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคลมชัก

**เลขที่โครงการวิจัย** : -

**ผู้วิจัยหลัก** : นางสาวราตรี ตาลเชื้อ

**สังกัดหน่วยงาน** : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**วิธีทบทวน** : คณะกรรมการเต็มชุด

**รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

#### เอกสารรับรอง

1. โครงการวิจัย Version 2.0 Dated 14 March 2012
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2.0 Dated 14 March 2012
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 14 March 2012
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1.0 Dated 16 January 2012
5. แบบสอบถาม Version 1.0 Dated 16 January 2012

ลงนาม.....  
(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สีบวลินวงศ์)  
ประธาน  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรพรน รัชตะปิติ)  
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 27 มีนาคม 2555

วันหมดอายุ : 26 มีนาคม 2556

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ค  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**แบบสอบถามงานวิจัยเรื่อง** ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตรา  
 บาป การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา สมรรถนะแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย  
 ผู้ใหญ่โรคลมชัก

**คำชี้แจง** แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล  
 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม  
 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ตราบาป  
 ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการจัดการจัดการตนเอง  
 ส่วนที่ 5 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา  
 ส่วนที่ 6 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน  
 ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

#### **ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อโปรดเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดไว้  
 หรือเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ  
 ชาย  หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ระดับการศึกษา  
 1. ไม่รู้หนังสือ  2. ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6  3. มัธยมศึกษาปีที่ 1-6  
 4. อนุปริญญา  5.ปริญญาตรี  6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรส  
 1. โสด  2. คู่  3. หม้าย  4. หย่า  5. แยก
5. อาชีพ  
 1. ไม่ได้ทำงาน  2. ข้าราชการ  3. เกษตรกร ระบุ.....  
 4. รับจ้าง  5. ค้าขาย  6. อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน ระบุ ..... (บาท)

7. ลักษณะครอบครัว
- ( ) 1. ครอบครัวเดี่ยว มีพ่อ แม่ ลูก
  - ( ) 2. ครอบครัวขยาย มี พ่อ แม่ ลูก ปู่ย่า ตายาย ญาติพี่น้องต่างๆ
8. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย.....ปี
9. ยากันชักที่ท่านรับประทาน

.....

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ และ X ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ไม่มีเลย หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆเลย

มีบ้างเล็กน้อย หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆบ้างเล็กน้อย

ปานกลาง หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆเป็นบางครั้ง

เกือบตลอดเวลา หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆบ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง

ตลอดเวลา หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆทุกครั้ง

ข้อความ	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	เกือบตลอดเวลา	ตลอดเวลา
1.คุณมีคนที่พร้อมจะรับฟังคุณในเวลาที่คุณต้องการหรือไม่ ?					
2.คุณมีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำที่ดีเวลาคุณมีปัญหาหรือไม่ ?					
-					
-					
-					
7.ปัจจุบันคุณแต่งงานแล้ว หรืออาศัยอยู่กับคู่ของคุณใช่หรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่				



### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ตราบาป

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบถึงการรับรู้ของท่าน เกี่ยวกับตราบาปของผู้ป่วยโรคลมชัก เมื่อท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อ และพิจารณาแล้วว่ามีความคิดเห็นตรงกับข้อความใดมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ไม่เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	เฉยๆ	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก
1. ผู้ที่รู้ว่าฉันเป็นโรคลมชักปฏิบัติต่อฉันแตกต่างจากคนอื่น							
2. ไม่ว่าจะฉันจะบอกว่าอาการชักของฉันอยู่ในสภาพใด คนอื่นมักจะมีความคิดของเขาเกี่ยวกับอาการชักของฉันไว้แล้วในใจ							
-							
-							
-							
-							
10. ฉันรู้สึกว่าคุณอื่นไม่อยากจะอยู่กับฉันเพราะอาการชักของฉัน							

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการจัดการตนเอง

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดการตนเองของท่าน โปรดพิจารณาข้อใดตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดแล้วทำเครื่องหมาย(/) ลงในข้อความที่ตรงกับความรู้สึก ที่แสดงว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านทำสิ่งต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด

ข้อความ	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอดเวลา
1. ฉันบันทึกความถี่ของอาการชัก และเวลาที่เกิดอาการชัก					
2. ฉันใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด เช่น การคลายเครียด การสร้างจินตภาพ และการสะกดจิต ตนเอง เป็นต้น					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
38. ฉันบอกสิ่งที่ต้องปฏิบัติในขณะที่มีอาการชักให้สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนได้รู้					

### ส่วนที่ 5 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย  ลงในกล่อง  ในคำถามต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริง

1. มีบางครั้งที่คุณลืมรับประทานยา	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันที่คุณไม่ได้รับประทานยา	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
-	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
-	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
-	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
-	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
-	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
8. คุณรู้สึกว่าคุณมีความยุ่งยากมากน้อยเพียงใด ในการจดจำยาทั้งหมดที่ต้องรับประทาน (กาเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ลงในกล่อง <input type="checkbox"/> โดยเลือกเพียง 1 ข้อเท่านั้น)		
<input type="checkbox"/> 8.1) ไม่รู้สึกหรือแทบจะไม่รู้สึกว่ามีความยุ่งยากในการจดจำยาที่ใช้ (หรือมี 0 ถึง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.2) รู้สึกว่ายุ่งยากบ้างเล็กน้อย ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (หรือมี 1 ถึง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.3) รู้สึกว่ายุ่งยากปานกลาง ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (หรือมี 3 ถึง 4 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.4) รู้สึกว่ายุ่งยากมากในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (หรือมี 5 ถึง 6 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 8.5) รู้สึกว่ายุ่งยากมากที่สุดหรือตลอดเวลา ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (มีความยุ่งยากทุกวัน จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		

ส่วนที่ 6 แบบประเมินสมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

หัวข้อ	ฉันไม่สามารถทำได้แน่ๆ		ฉันแน่ใจว่าทำได้ปานกลาง					ฉันสามารถทำได้แน่ๆ		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.ฉันสามารถนำยากันชักติดตัวไปด้วยเสมอ เมื่อฉันออกจากบ้าน	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.ฉันสามารถทานยากันชักได้เป็นส่วนใหญ่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33. ฉันมียากันชักจำนวนเพียงพอที่จะรับประทานเสมอ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

#### คำชี้แจง

โปรดพิจารณาว่าข้อใดตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาแล้วทำเครื่องหมาย ( ✓ ) ลงในช่องว่างของแต่ละกิจกรรมที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เลย <1วันต่อ สัปดาห์ (0)	นาน ๆ ครั้ง 1-2วันต่อ สัปดาห์ (1)	ค่อนข้าง บ่อย 3-4วัน ต่อสัปดาห์ (2)	บ่อยครั้ง 5-7 วันต่อ สัปดาห์ (3)
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
20. ท่านรู้สึกท้อแท้ในชีวิต				

ภาคผนวก จ  
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

1. ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม แสดงการวิเคราะห์ โดยคะแนนเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 9

**ตารางที่ 9** คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม แบ่งตามรายข้อ (n = 90)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD
1.คุณมีคนที่พร้อมจะให้ความรักคุณ และห่วงใยคุณหรือไม่	3.98	1.06
2.คุณมีการติดต่อกับคนที่คุณรู้สึกว่าใกล้ชิดเชื่อใจและไว้วางใจได้มากเท่าที่คุณต้องการหรือไม่	3.73	1.20
3.คุณสามารถวางใจใครสักคนที่จะพูดคุยเรื่องปัญหาต่างๆ หรือช่วยคุณตัดสินใจในเรื่องยากๆหรือไม่	3.63	1.18
4.คุณมีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำที่ดีเวลาคุณมีปัญหาหรือไม่	3.61	1.10
5.คุณมีคนที่พร้อมจะรับฟังคุณในเวลาที่คุณต้องการหรือไม่	3.60	1.06
6.คุณมีคนที่พร้อมจะช่วยคุณทำงานบ้านประจำวันหรือไม่	3.32	1.38
7.ปัจจุบันคุณแต่งงานแล้ว หรืออาศัยอยู่กับคู่ของคุณใช่หรือไม่	.41	.49
<b>รวม</b>	<b>3.18</b>	<b>.82</b>

จากตารางที่ 9 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.18 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ คุณมีคนที่พร้อมจะให้ความรักคุณ และห่วงใยคุณหรือไม่ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.06) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ปัจจุบันคุณแต่งงานแล้ว หรืออาศัยอยู่กับคู่ของคุณใช่หรือไม่ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .41 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .49)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาป แสดงการวิเคราะห์ โดยคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 10

**ตารางที่ 10** คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ตราบาป แบ่งตามรายชื่อ (n = 90)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD
1.อาการชักของฉันทำให้ฉันต้องพิสูจน์ตัวเองอยู่เสมอ	5.10	1.83
2.ไม่ว่าฉันจะบอกว่าอาการชักของฉันอยู่ในสภาพใด คนอื่นมักจะมีความคิดเห็นของเขาเกี่ยวกับอาการชักของ ฉันไว้แล้วในใจ	4.82	1.53
3.อาการชักทำให้ฉันรู้สึกเหมือนมีตราหรือสัญลักษณ์ บางอย่างบอกให้คนอื่นรู้	4.63	1.98
4.ฉันรู้สึกแตกต่างจากคนอื่นเนื่องจากอาการชักของฉัน	4.57	2.06
5.ฉันรู้สึกอายเกี่ยวกับอาการชักของฉัน	4.41	1.79
6.ผู้ที่รู้ว่าฉันเป็นโรคลมชักปฏิบัติต่อฉันแตกต่างจากคนอื่น	4.31	1.82
7.ฉันรู้สึกว่าคนอื่นอึดอัด ลำบากใจ กับฉัน เพราะอาการชัก ของฉัน	4.28	1.93
8.อาการชักทำให้ฉันมีปัญหาในการพัฒนาความสัมพันธ์ที่ ใกล้ชิดกับคนอื่น	4.17	1.97
9.ฉันรู้สึกอายหน้าที่จะบอกคนอื่นเกี่ยวกับอาการชัก	3.94	1.96
10.ฉันรู้สึกว่าคนอื่นไม่อยากอยู่กับฉันเพราะอาการชัก ของฉัน	3.76	1.98
<b>รวม</b>	<b>4.40</b>	<b>1.31</b>

จากตารางที่ 10 พบว่า การรับรู้ตราบาป ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก มีค่าเฉลี่ย โดยรวมเท่ากับ 4.40 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.31) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้ว พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ อาการชักของฉันทำให้ฉันต้องพิสูจน์ตัวเองอยู่เสมอ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.10 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.83) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ฉันรู้สึกว่าคน



อื่นไม่ยอมอยู่กับฉันเพราะอาการชัก ของฉัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ1.98)

3. ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเอง แสดงการวิเคราะห์ โดยคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 11

**ตารางที่ 11** คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการตนเอง แบ่งตามรายด้าน (n = 90)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD
<b>ด้านการรับประทานยา</b>		
1.ฉันรับประทานยากันชักตามคำสั่งของแพทย์	4.80	.60
*2.ถ้าฉันเกิดอาการข้างเคียงจากยากันชัก ฉันหยุดรับประทานยา มีอันนั้นโดยไม่ปรึกษาแพทย์	4.43	1.06
*3.ฉันไม่ไปพบแพทย์ตามนัด	4.40	1.13
*4.เมื่อยากันชักหมด ฉันรับประทานยากันชักลดลง	4.31	1.11
*5.ฉันไม่ซื้อยากันชักมาเพิ่มเพราะยากันชักมีราคาแพง	4.30	1.15
*6.ฉันเคยรับประทานยาข้ามมื้อยา	4.20	.99
*7.เมื่อยากันชักหมด ฉันยืดระยะเวลาระหว่างมื้อของยากันชัก	4.11	1.27
*8.ฉันลืมรับประทานยากันชัก	3.99	.94
9.ฉันรับประทานยากันชักเวลาเดียวกันทุกวัน	3.73	1.31
10.ฉันวางแผนเติมยากันชักของฉันล่วงหน้า ก่อนยากันชักหมด	2.99	1.73
<b>ด้านการรับรู้ข้อมูล</b>		
11.ฉันจดบันทึกการชักของฉัน	4.17	1.17
12.ฉันบันทึกความถี่ของอาการชักและเวลาที่เกิดอาการชัก	3.98	1.28
13.ฉันบอกสิ่งที่ต้องปฏิบัติในขณะที่มีอาการชักให้สมาชิก ในครอบครัว และเพื่อนได้รู้	3.81	1.33
14.เมื่อฉันมีอาการข้างเคียงจากยากันชัก ฉันบอกแพทย์	3.76	1.28
15.ฉันสังเกตอาการข้างเคียงของยากันชัก	3.71	1.15
16.ฉันมีบัตร/กระดาษที่บอกว่าฉันเป็นโรคลมชักติดตัว	3.02	1.74
17.ฉันคุยกับคนอื่นที่เป็นโรคลมชัก	2.82	1.16

ตารางที่ 11 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการจัดการตนเอง แบ่งตามรายด้าน ต่อ (n = 90)

ข้อความ	$\bar{X}$	SD
18.ฉันเข้าร่วมกลุ่ม/สมาคมที่สนับสนุนผู้ป่วยโรคลมชัก	2.21	1.45
<b>ด้านความปลอดภัย</b>		
*19.ฉันดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ เหล้า วิสกี้	4.38	1.02
*20.ฉันเคยไปว่ายน้ำคนเดียว	4.31	1.17
*21.ฉันใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าที่ไม่มีระบบตัดไฟอัตโนมัติ	3.49	1.55
22.ฉันสอบถามแพทย์ก่อนที่ฉันรับประทานยาอื่นร่วมกับยากันชัก	3.39	1.43
*23.ฉันปีนขึ้นไปสูง เช่น บันได ใต้เสา เก้าอี้	3.39	1.15
24.ฉันใช้ฝักบัวอาบน้ำแทนการอาบน้ำ	3.17	1.55
25.อุณหภูมิของน้ำต่างๆในบ้านของฉันไม่ร้อนจัด	3.13	1.38
*26.ฉันอยู่ตึกกว่าจะเข้านอน	3.04	1.02
<b>ด้านอาการชัก</b>		
27.เมื่อแพทย์สั่งเจาะเลือดตรวจ ฉันทำตามคำสั่งแพทย์	4.57	.93
28.ฉันแจ้งให้แพทย์ทราบเมื่อฉันมีอาการชักมากกว่าเดิม	4.38	1.01
29.ฉันมีวิธีในการเตือนตนเองให้รับประทานยากันชัก	4.18	1.06
30.ถ้าออกจากบ้าน ฉันนำยากันชักติดตัวเสมอ	4.14	1.31
31.ฉันหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ฉันชัก	3.93	1.09
32.ฉันหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดการชัก	3.91	1.07
<b>ด้านการดำเนินชีวิต</b>		
33.ฉันรับประทานอาหารตามปกติ	4.49	.96
34.ฉันทำทุกอย่างเพื่อให้แน่ใจว่าฉันนอนหลับได้เพียงพอ	3.91	.99
35.ฉันทำสิ่งที่ฉันมีความสุขหรือชอบเพื่อช่วยลดความเครียด	3.83	1.03
36.ฉันออกกำลังกายเพียงพอ	3.07	1.13

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD
37.ฉันใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เช่น การคลายเครียด การสร้างจินตภาพ และการสะกดจิตตนเอง เป็นต้น	2.93	1.41
38.ฉันใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เช่น การคลายเครียด การสร้างจินตภาพ และการสะกดจิตตนเอง เป็นต้น เพื่อป้องกันตัวฉันจากการชัก	2.66	1.46
<b>รวม</b>	<b>3.76</b>	<b>.39</b>

จากตารางที่ 11 พบว่า การจัดการตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.76 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .39) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้ว พบว่าด้านการรับประทานยา ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ฉันรับประทานยากันชักตามคำสั่งของแพทย์โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.80 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .60) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ฉันวางแผนเติมยากันชักของฉันล่วงหน้า ก่อนยากันชักหมด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.73) ด้านการรับรู้ข้อมูล ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ฉันจดบันทึกการชักของฉัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.17) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ฉันเข้าร่วมกลุ่ม/สมาคมที่สนับสนุนผู้ป่วยโรคลมชักโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.21 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.45) ด้านความปลอดภัย ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ฉันดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ เหล้า วิสกี้ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.02) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ฉันอยู่ดีก็กลัวจะเข้านอนโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.04 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.02) ด้านอาการชัก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ เมื่อแพทย์สั่งเจาะเลือดตรวจ ฉันทำตามคำสั่งแพทย์ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .93) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ฉันหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดการชักโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.07) และด้านการดำเนินชีวิตข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ฉันรับประทานอาหารตามปกติโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .96) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ฉันใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เช่นการคลายเครียดการสร้างจินตภาพ และการสะกดจิตตนเอง เป็นต้น เพื่อป้องกันตัวฉันจากการชักโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.46)

4. ข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา แสดงการวิเคราะห์ โดยคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการใช้ยา แบ่งตามราย  
ชื่อ (n = 90)

ข้อความ	$\bar{X}$	SD
1.เมื่อวานนี้ คุณรับประทานยาครบ	.93	.25
2.เมื่อคุณรู้สึกว่าการของโรคที่คุณเป็นควบคุมได้แล้ว บางครั้งคุณหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์	.91	.29
3.ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันที่คุณไม่ได้รับประทานยา	.88	.33
4.คุณรู้สึกว่ามีความยุ่งยากมากน้อยเพียงใด ในการจดจำยาทั้งหมด ที่ต้องรับประทาน	.87	.19
5.คุณเคยลดขนาดยาหรือหยุดรับประทานยา เนื่องจากรู้สึกว่าอาการ แย่ลง โดยที่ไม่ได้ปรึกษาแพทย์	.80	.40
6.มีบางครั้งที่คุณลืมพกยาติดตัวไปด้วย เมื่อคุณออกจากบ้านหรือ เดินทางไกล	.74	.44
7.คุณเคยรู้สึกอึดอัดที่ต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัดหรือเข้มงวด	.62	.49
8.มีบางครั้งที่คุณลืมรับประทานยา	.29	.46
<b>รวม</b>	<b>.67</b>	<b>.15</b>

จากตารางที่ 12 พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยา ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก มี  
ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ .67 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .15) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้ว  
พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ เมื่อวานนี้ คุณรับประทานยาครบ โดยมีคะแนนเฉลี่ย  
เท่ากับ .93 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .25) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีบางครั้งที่คุณ  
ลืมรับประทานยา โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .29 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .46)

5. ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตน แสดงการวิเคราะห์ โดยคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 13

**ตารางที่ 13** คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะแห่งตน แบ่งตามรายชื่อ (n = 90)

ข้อความ	$\bar{X}$	SD
1.ฉันสามารถนำยากันชักติดตัวตลอด เมื่อฉันไม่อยู่บ้านติดต่อกันหลายวัน เช่น ช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ ช่วงโอกาสพิเศษต่างๆ	9.36	1.50
2.ฉันสามารถหาวิธีที่จะนำยากันชักติดตัว ถ้าฉันไปต่างจังหวัด	9.17	1.55
3.ฉันสามารถทานยากันชักได้เป็นส่วนใหญ่	9.12	2.19
4.ฉันมียากันชักจำนวนเพียงพอที่จะรับประทานเสมอ	8.98	1.87
5.ฉันสามารถทานยากันชักต่อหน้าคนอื่นที่ไม่รู้ว่าฉันมีอาการชัก	8.91	1.70
6.ฉันสามารถปลีกเวลาจากงาน หรือกิจกรรมที่ทำอยู่เพื่อที่จะมาพบแพทย์ตามนัด	8.80	1.91
7.ฉันสามารถนำยากันชักติดตัวไปด้วยเสมอ เมื่อฉันออกจากบ้าน	8.78	2.19
8.ฉันสามารถรับประทานยากันชักได้อย่างถูกต้อง และ ตรงเวลา	8.40	1.83
9.ฉันสามารถสนทนากับคนอื่นได้อย่างปกติ และยังคงสามารถจัดการกับโรคลมชักของฉันได้	8.38	1.98
10.ฉันสามารถวางแผนล่วงหน้าเพื่อฉันจะได้ไม่ขาดยากันชัก/หรือยากันชักหมด	8.36	2.22
11.ฉันสามารถจัดสรรเวลาในการรับประทานยากันชักให้เข้ากับกิจวัตรประจำวันของฉัน	8.36	1.83
12.ฉันสามารถรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	8.16	2.03
13.ฉันสามารถหาวิธีในการจดจำยากันชักของฉัน	8.08	2.28
14.ฉันสามารถบอกเมื่อฉันมีอาการข้างเคียงจากยากันชัก	7.79	2.65
15.ฉันสามารถหาวิธีที่ผ่อนคลายความเครียดของฉัน	7.63	2.17

**ตารางที่ 13** คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะแห่งตน แบ่งตามรายข้อต่อ  
(n = 90)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD
16.ฉันสามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือกิจกรรมที่ทำให้ อาการชักแย่ลง	7.63	2.38
17.ฉันรู้ว่าควรปฏิบัติตัวอย่างไร เมื่อฉันลืมรับประทานยากันชัก	7.57	2.26
18.ฉันสามารถหาวิธีที่จะทำให้นอนหลับได้อย่างเพียงพอ ในแต่ละวัน	7.49	2.14
19.ฉันสามารถดูแลอาการเปลี่ยนแปลงของโรคลมชักของฉัน	7.23	2.53
20.ฉันพบบัตรหรือเอกสารข้อมูลที่บอกว่าฉันเป็นโรคลมชัก	7.23	2.89
21.ฉันสามารถได้รับความช่วยเหลือทางการแพทย์ เมื่อฉันมีอาการชัก	7.22	2.70
22.ฉันสามารถบอกชื่อยากันชักของฉัน	7.11	3.11
23.ฉันสามารถใช้เทคนิคการจัดการกับความเครียด เพื่อหยุดอาการชักของฉัน	7.04	2.51
24.ฉันสามารถออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลายความเครียด	7.01	2.33
25.ฉันสามารถจัดการกับสถานะการณ์ที่ทำให้ฉันหงุดหงิด	6.89	2.35
26.ฉันสามารถจัดการกับสถานะการณ์หรือการเปลี่ยนแปลง เกี่ยวกับโรคลมชักของฉัน	6.88	2.68
27.ฉันสามารถจัดการกับโรคลมชักของฉัน	6.52	3.14
28.ฉันสามารถออกกำลังกายได้อย่างพอเพียง ที่เกิดจากยากันชัก	6.49	2.26
29.ฉันสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงต่างๆ	6.44	2.95
30.ฉันสามารถควบคุมอาการของโรคลมชัก	6.28	2.71
31.ฉันสามารถโทรหาแพทย์หรือพยาบาล เมื่อฉันมีคำถาม หรือ เพื่อรายงานอาการชัก	6.18	3.02

**ตารางที่ 13** คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะแห่งตน แบ่งตามรายข้อต่อ (n = 90)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD
32.ฉันสามารถจำกิจกรรมหรือสถานการณ์ที่ทำให้อาการชักของฉันแย่ลง	6.08	2.79
33.ฉันสามารถขับรถไปพบแพทย์ เมื่อฉันจำเป็นต้องไปพบ	4.56	3.51
<b>รวม</b>	<b>7.83</b>	<b>1.28</b>

จากตารางที่ 13 พบว่า สมรรถนะแห่งตน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชัก มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 7.83 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.28) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ฉันสามารถนำยากันชักติดตัวตลอด เมื่อฉันไม่อยู่บ้านติดต่อกันหลายวัน เช่น ช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ ช่วงโอกาสพิเศษต่างๆโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.36 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.50) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ฉันสามารถขับรถไปพบแพทย์ เมื่อฉันจำเป็นต้องไปพบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.56(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.51)

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวราตรี ตาลเชื้อ เกิดวันที่ 22 มกราคม 2524 ที่จังหวัดลพบุรี สำเร็จการศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปี พ.ศ. 2546 เข้า  
ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจุฬาในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทเมื่อปี  
2546-2553 หลังจากนั้นปฏิบัติงานในหน่วยอายุรกรรมประสาทตั้งแต่ปี 2553 จนถึงปัจจุบัน เข้า  
ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี 2553 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 5  
หน่วยอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์