คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

วิริยา เชื้อลี สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล** สมศักดิ์ เทียมเก่า* สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคลมชัก จำนวน 100 ราย ที่มาระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2547 โดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปรายละเอียดของการชัก ผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและยาที่ใช้ในการรักษา ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตคือ SF-36 ฉบับภาษาไทย สถิติวิเคราะห์ ใช้ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ยจาก SF-36 แบ่งเป็น 8 กลุ่มๆ ละ 100 คะแนน คือ physical functioning, role limitations due to physical health problems, bodily pain, social functioning, emotional well-being, role limitation because of emotional problems, vitality (energy/fatigue), general health perception

ผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคลมชัก 100 ราย เป็นชาย 52 ราย (ร้อยละ 52) และหญิง 48 ราย (ร้อยละ 48), อายุเฉลี่ย 37.23 ปี (16-76 ปี) ส่วนมากเป็นโสด (ร้อยละ 41) มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 59) ไม่มีงานทำ (ร้อยละ 47) มีรายได้จากบิดามารดาหรือต้องพึ่งพาครอบครัว (ร้อยละ 49) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว < 10,000 บาท/เดือน (คิดเป็นร้อยละ 59) อายุที่เริ่มมีอาการชักเฉลี่ย 28.71 ปี ชนิดการชักส่วนมากเป็นชักเกร็งกระตุกทั้งตัว (ร้อยละ 49) และจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตชื่อSF-36พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักมีคุณภาพชีวิตต่ำสุดในด้านการรับรู้ด้านสุขภาพทั่วไป (mean score = 58.05, SD =25.1) รองลงมาคือความมีชีวิตชีวาพละกำลัง (mean score = 64.6, SD =22.4) และด้านสุขภาพจิต (mean score = 67.1, SD =20.2) อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตที่ยังดีอยู่ คือด้านสมรรถภาพทางร่างกาย (mean score = 92.7, SD =14.8) ไม่ถูกจำกัดการทำหน้าที่เพราะปัญหาสุขภาพกายและจิต (mean score of role limitation due to physical and emotional problems = 84.5, SD =32.7; 83.5, SD =33.8 ตามลำดับ) ไม่เจ็บปวดทางร่างกาย (mean score = 83.5, SD =22.4) และยังมีกิจกรรมทางสังคมได้พอสมควร (mean score= 83.5, SD =23.5)

สรุป ผู้ป่วยโรคลมชักที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนมากเป็นกลุ่มประชากรที่มีระดับการศึกษาน้อย ไม่มีงานทำ รายได้น้อย ต้องพึ่งพาครอบครัว เมื่อศึกษาถึงคุณภาพชีวิตพบว่า ผู้ป่วยรับรู้สุขภาพทั่วไปของตนเองไม่ดี ขาดชีวิตชีวาและพละกำลัง มีอารมณ์เศร้า แต่สมรรถภาพทางร่างกายและกิจกรรมทางสังคมยังดีอยู่

คำสำคัญ คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคลมชัก

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 51(4): 356-364.

* ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Quality of Life in Patients of Epilepsy in Srinagarind Hospital

Wiliya Cherli, M.D., Suwanna Arunpongpaisal, M.D.**, Somsuk Tiamkao, M.D.*, Suttipan Jitpimolmard, M.D. **

Abstract

Objective: To study the quality of life of epileptic patients.

Method: Descriptive study design was conducted. One hundred epileptic outpatients were recruited by consecutive sampling method at Srinagarind Hospital during January 1 to March 31,2004. Participants were informed consent and replied to the structured interview questionnaire. This questionnaire consists of demographic data, type of epilepsy, impact of illness and medication. The second part was quality of life scale (SF-36) Thai version. Data analysis used percentage, SF-36 had been calculate to mean of percentage in each of eight dimensions as physical functioning, role limitations due to physical health problems, bodily pain, social functioning, emotional well-being, role limitation because of emotional problems, vitality (energy/fatigue), and general health perception.

Results: Of 100 epileptic patients who 52 % were male, 48 % were female. Aged ranges from 16 - 76, the mean age was 37.23 years Mean age of onset of epilepsy was 28.71 years old. Most cases were predominately single (41%), low educational level (59%), low income (59% of cases had total income less than 10,000 baht/month) and unemployed (47 %). Fourthy-nine percent of cases need family support. From SF-36 scale for quality of life in epileptic patient found that they had low general health perception (mean score =58.05, SD =25.1), low vitality (mean score = 64.6, SD =22.4) and low emotional well-being (mean score = 67.1, SD =20.2). However, epileptic patients still preserved physical functioning (mean score = 92.7, SD =14.8), less bodily pain (mean score = 83.5, SD =22.4), little affect on role limitations due to physical and emotional problems (mean score = 84.5, SD =32.7; = 83.5, SD =33.8 sequentially), and social functioning (mean score= 83.5, SD =23.5).

Conclusion: Epileptic patients have many problems include low education, unemployment, low incomes and dependency. Epilepsy affected to general health perception, vitality and depression. But they can perform well in physical and social functioning.

Key words: Quality of life, Epileptic patients

J Psychiatr Assoc Thailand 2006; 51(4): 356-364.

* Department of Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

** Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

โรคลมชัก เป็นโรคทางสมองที่นับวันจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทย จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2529 มีอุบัติการเพียง 2.2 ต่อ 1,000 ของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ[1] ในขณะที่ปี พ.ศ. 2534 มีความชุกของโรคเพิ่มขึ้น ถึง 29.2 ต่อ 1,000 คน [2]

ในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก Ann Jacoby, Gus A Baker[3] กล่าวว่าอาการชักนอกจากมีผลต่อการทำงานของสมองบกพร่อง แล้วยังส่งผลต่อการดำรงชีวิตหลายด้าน ได้แก่ การรู้สึกอับอายที่เป็นโรคนี้ การพึ่งพาผู้อื่น ขาดความมั่นใจในตนเอง ผู้ป่วยบางรายขาดโอกาสทางการศึกษาเนื่องจากผู้ปกครองและครูไม่เข้าใจในวิธีการดูแลรักษา หรือมีโอกาสเรียนแต่ก็ถูกห้ามทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น การเล่นกีฬา ผู้ป่วยโรคลมชักมีอัตราการตกงานสูงถึงร้อยละ 46 เมื่อเทียบกับคนทั่วไป เนื่องจากไม่สามารถขับรถหรือเดินทางตามลำพังส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเสียโอกาสและพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ อัตราการสมรสก็ต่ำกว่าคนทั่วไป รวมทั้งมีปัญหาทางจิตเวช เช่น วิตกกังวล เศร้า หรือมีปัญหาบุคลิกภาพ ปัจจุบันแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักได้ให้ความสำคัญกับการประเมินความบกพร่องด้านต่างๆ ที่เกิดจากโรคลมชัก เช่น การเข้าสังคม การทำหน้าที่การงาน ความรู้สึกที่เกิดขึ้น เพื่อให้อาการชักน้อยลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง การมีชีวิตอย่างมีความสุข มีฐานะการเงินที่มั่นคง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ และแวดล้อมไปด้วยคนที่รักและจริงใจ ดังนั้นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตจึงมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้สุขภาพทั่วไปของตนเองในปัจจุบัน ผลกระทบจากความเจ็บป่วยและกระบวนการรักษาต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทุกด้าน ความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว 2) สภาวะทางจิตใจว่ามีความสุขใจหรือมีความกังวลและเศร้า ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเช่นกับเพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน 3) สิ่งแวดล้อมและการสนับสนุนทางสังคม เช่น โอกาสในการประกอบอาชีพ โอกาสในการได้รับการศึกษา สภาพสถานที่ทำงาน สภาพที่อยู่อาศัย การยอมรับจากสังคมภายนอก รายได้เฉลี่ยปัจจุบัน

มีงานวิจัยหลายชิ้นที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก เช่น Georgion groupได้ศึกษาผู้ป่วยโรคลมชัก 115 รายโดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตคือ QOLIE-31(Quality of Life in Epilepsy Inventory questionnaire[4] ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักมีคุณภาพชีวิตไม่ดี ซึ่งสัมพันธ์กับระดับการศึกษาต่ำ มีการชักถี่มาก ระยะเวลาในการชักนาน มีอายุมาก และเป็นเพศหญิง Leidy NK และคณะ[5] ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก 139 คนที่ไม่ได้ผ่าตัดและเป็นผู้ใหญ่ โดยใช้เครื่องมือ SF-36 พบว่า ผู้ป่วยที่ปลอดจากอาการชักมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากคนทั่วไป ในคนที่ชักถี่จะมีคุณภาพชีวิตลดลงทั้ง 7 ด้านยกเว้นความเจ็บปวดตามร่างกาย ด้านที่ลดต่ำกว่าคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ คือ physical role and social functioning, and general health ($p<0.001$) เพศชายที่มีการชักบ่อยยิ่งมีสมรรถนะทางกายภาพต่ำกว่าเพศหญิง ($p<0.05$) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมยิ่งมีคุณภาพชีวิตต่ำโดยเฉพาะด้านการเจ็บปวดตามร่างกาย ($p<0.05$) และการรับรู้สุขภาพทั่วไปแย่กว่า ($p<0.01$) รายงานของ Liou HH และคณะ[6] ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคลมชัก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ไม่เป็นโรคลมชัก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยที่ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกัน ($P < 0.005$) และพบว่าผู้ป่วยโรคลมชักที่มีความถี่ของการชักในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ถ้าชักน้อยกว่า 4 ครั้ง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ($P < 0.005$) หลังจากควบคุมปัจจัย ความถี่ของการชักและโรคที่พบร่วมแล้ว ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีงานทำและสมรสแล้วจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ($P < 0.005$) จาก

A Tunisian Study[7] ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปจำนวน 120 ราย โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตชนิด SF-36 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักมีค่า mean scores ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมใน 3 ด้าน คือ การรับรู้สุขภาพทั่วไป (general heath perception) สุขภาพจิต (mental health) และการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) และพบว่าปัจจัยที่สำคัญซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก คือ ความถี่ในการชัก และผลข้างเคียงจากยากันชัก ส่วนปัจจัยทางด้านประชากรศาสตร์และสถานะสังคมไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีจากการศึกษาของ Gua A.Baker และคณะ ใน Iran, Gulf และ Near East รวม 10 ประเทศ จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 3,889 ราย โดยใช้เครื่องมือวัด SF-36 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคลมชักมีค่า mean scores ต่ำ 3 ด้านเช่นกัน คือ สุขภาพจิต (mental health) การรับรู้สุขภาพทั่วไป (general health) และความรู้สึกมีพลัง-มีชีวิตชีวา (energy and vitality) และพบว่าปัจจัยสำคัญและมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก คือ อายุ ความถี่ของการชักและเพศ[8]

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักคนไทยมาก่อน เนื่องจากวัฒนธรรมและกลุ่มผู้ป่วยที่แตกต่างกัน จึงคิดว่าการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะมีประโยชน์อย่างมากต่อการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักในประเทศไทย เพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ (Objectives)

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักที่มาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกโรคลมชัก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยใช้แบบวัด SF-36 และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคลมชักได้รับการวินิจฉัยโรคจาก อายุรแพทย์สาขาประสาทวิทยาประจำโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ทุกคนที่มาตรวจรักษาที่คลินิกโรคลมชัก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทุกวันจันทร์ เวลา 09.00-12.00 น. ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2547 ทั้งผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่า และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีการลงนามด้วยลายลักษณ์อักษร โดยไม่ได้ค่าตอบแทนใดๆ จากการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป รายละเอียดของการชัก ผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและยาที่ใช้ในการรักษา ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตใช้แบบสำรวจสุขภาพและคุณภาพชีวิตมาตรฐานชนิด SF-36 ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้สำรวจสุขภาพมานานกว่า 10 ปี ต้นฉบับเดิมเป็นภาษาอังกฤษ และอเมริกัน ต่อมาถูกแปลเป็นภาษาออสเตรเลียน สเปน ญี่ปุ่น จีน เม็กซิกัน และฉบับภาษาไทยได้ถูกแปลและทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือนี้โดย รศ.นพ.รณชัย คงสกล และคณะ[9] เมื่อปี พ.ศ. 25429 ผู้สัมภาษณ์ เป็นแพทย์ประจำบ้าน จำนวน 4 คน ที่ผ่านการฝึกอบรมวิธีการสัมภาษณ์และทำความเข้าใจแบบสำรวจ SF-36 เป็นอย่างดี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มต้นด้วยการขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อทำการวิจัยนี้ และได้รับอนุมัติเมื่อ พ.ศ. 2547 ตามด้วยทดสอบการใช้แบบสอบถามในผู้ป่วยโรคลมชัก จำนวน 20 ราย เพื่อดูความเข้าใจและตอบสนองของผู้ป่วยโรคลมชักต่อข้อคำถามของแบบสอบถามแต่ละข้อ

ในช่วงระหว่างผู้ป่วยรอตรวจกับอายุรแพทย์สาขาประสาทวิทยาเจ้าของไข้ แพทย์ประจำบ้าน 2-3 คน ที่ผ่านการฝึกอบรมวิธีการสัมภาษณ์และทำความเข้าใจแบบสำรวจ SF-36 เป็นอย่างดี ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคลมชักในห้องตรวจอีกห้อง โดยแต่ละวันจะสัมภาษณ์ผู้ป่วย 5 รายต่อผู้สัมภาษณ์ 1 คนต่อวัน ผู้ป่วยบางรายมีญาติร่วมให้สัมภาษณ์ด้วย ผู้สัมภาษณ์ได้อ่านคำถามจากแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังและให้ตอบแบบสอบถาม ผู้ป่วยแต่ละรายใช้เวลาเฉลี่ยในการสัมภาษณ์ 15 นาที จากนั้นผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลหลังการสัมภาษณ์ว่าครบถ้วนหรือไม่จากนั้นจึงลงบันทึกข้อมูลทุกวัน แล้วจึงให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ลงในโปรแกรมระบบ Excel ส่งวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS ที่หน่วยระบาดวิทยาคลินิก ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้จากการวิจัยได้ถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีระบุชื่อสกุลจริงโดยตรง แต่กำหนดเป็นรหัสตัวเลขอ้างอิง ในแบบสอบถาม ตามหลักปฏิบัติของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) ใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับบรรยายข้อมูลลักษณะประชากรศาสตร์ ใช้ร้อยละ mean และ standard deviation ส่วนแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 ใช้ระบบ scoring method 2 ขั้นตอน โดย

ขั้นที่ 1 เป็นการจัดกลุ่ม items ซึ่งมีตั้งแต่ item ที่ 1 - 36 เปลี่ยนจากรหัสที่ได้จากแบบสอบถามเป็นคะแนนตามที่กำหนดในตาราง คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนนสูงสุดคือ 100 ซึ่งคะแนนมาก (high score) หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี

ขั้นที่ 2 items 1-36 จัดแบ่งเป็นกลุ่มได้ 8 กลุ่ม ได้แก่ 1) สมรรถภาพทางร่างกาย (physical functioning) 10 ข้อ 2) บทบาทหน้าที่ถูกจำกัดเพราะปัญหาสุขภาพกาย (role limitations due to physical health problems) 4 ข้อ 3) ความเจ็บปวดทางร่างกาย (bodily pain) 2 ข้อ 4) หน้าที่ทางสังคม (social functioning) 2 ข้อ 5) สุขภาพจิต (general mental health, psychological distress and phychological well-being) 5 ข้อ 6) บทบาทหน้าที่ถูกจำกัดเพราะปัญหาสุขภาพจิต (role limitation because of emotional problems) 3 ข้อ 7) ความมีชีวิตชีวาพละกำลังหรือเหนื่อยล้า (vitality, energy/fatique) 4 ข้อ 8) การรับรู้สุขภาพทั่วไป (general health perception) 5 ข้อ แล้วหาคะแนนรวมเฉลี่ยในแต่ละกลุ่ม ได้เป็นค่า mean score และ SD ซึ่งบอกถึง limitation ในด้านต่าง ๆ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคลมชัก 100 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย (ร้อยละ 52) สถานภาพโสดสูง (ร้อยละ 41) อายุเฉลี่ย 37.2 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานแต่มีงานทำเพียงร้อยละ 55 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 59) รายได้ส่วนใหญ่มาจากบิดามารดาหรือต้องพึ่งพาคนอื่นถึงร้อยละ 49 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 59 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการชัก เมื่ออายุตั้งแต่ 5 เดือน - 74 ปี เฉลี่ย 28.7 ปี ส่วนใหญ่เป็นการชักเกร็งกระตุกทั้งตัว (ร้อยละ 49) ชักน้อยกว่า 12 ครั้งต่อปี(ร้อยละ 53) และยากันชักที่ใช้บ่อยคือ Phenytoin (ร้อยละ 51) รองลงมาคือ Sodium valproate (ร้อยละ 42) ผลข้างเคียงจากยา ส่วนใหญ่คือ ปัญหาความจำ (ร้อยละ 46) ง่วงนอน (ร้อยละ 44) เหนื่อยอ่อนเพลีย (ร้อยละ 37) และปัญหาสมาธิ (ร้อยละ 35) อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นมีผลต่อการทำงานถึงร้อยละ 40 และมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันถึงร้อยละ 40 เช่นกัน คือทำให้รู้สึกงุ่มง่าม เงอะงะ หรือไม่สบาย และขาดความมั่นใจในการอยู่คนเดียว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยรับรู้การอธิบายผลข้างเคียงของยาจากแพทย์เพียงร้อยละ 30 เท่านั้น และผู้ป่วยโรคลมชักยังขับขี่ยานพาหนะถึงร้อยละ 67 และเคยมีอาการชักขณะขับขี่ร้อยละ 27 (ดูตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

	ร้อยละ
เพศชาย	52
อายุ (mean, range ปี)	37.2(16-76)
สถานภาพ คู่	58
โสด	41
การศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี	59
ว่างงาน	45
พึ่งพารายได้จากบิดามารดา/พี่น้อง	49
รายได้ครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน	59
ชนิดการชัก : ชักเกร็งกระตุกทั้งตัว	49
1. ชักเฉพาะที่ตามด้วยเกร็งกระตุกทั้งตัว	31
ความถี่การชัก : ไม่ชัก	14
< 12 ครั้งต่อปี	53
ยากันชักที่ใช้ : Phenytoin	51
Sodium valproate	42
อาการข้างเคียงจากยากันชัก	
1. ปัญหาความจำ	46
2. ง่วงนอน	44
3. เหนื่อย/อ่อนเพลีย	37
4. ปัญหาสมาธิ	35
5. ปวดศีรษะ	32
6. มือสั่น	31

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักจากการประเมินด้วย SF- 36 พบว่าผู้ป่วยโรคลมชัก มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำ ซึ่งหมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีในด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (general health perception) สุขภาพจิต (emotional well-being) และความรู้สึกมีชีวิตชีวา-พละกำลัง (vitality/energy&fatigue) ส่วนในด้านสมรรถภาพทางกาย (physical functioning) ความเจ็บปวดทางร่างกาย (bodily pain) ความจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันเนื่องจากปัญหาสุขภาพกาย (role limitation due to physical health problems) และการเข้าสังคม (social functioning)นั้น พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักมีค่าคะแนน mean score ค่อนข้างสูง ซึ่งหมายถึงไม่มีปัญหาหรือมีคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างดีในด้านนั้นๆ (ดูตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยแต่ละด้านของ SF-36 ในผู้ป่วยโรคลมชัก

	Min	Max	Mean	SD
Physical function	10	100	92.68	14.83
Role limitation due to physical health	0	100	84.50	32.72
Role limitation due to emotional problem	0	100	83.50	33.80
Vitality / Energy & fatigue	0	100	64.60	22.40
Emotional well being	0	100	67.08	20.16
Social function	0	100	83.46	23.54
Bodily pain	10	100	83.50	22.44
General health perception	0	100	58.05	25.12

บทอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักมีระดับการศึกษาต่ำ รายได้น้อยว่างงานสูง ต้องพึ่งพาครอบครัวหรือผู้อื่น อีกทั้งการป่วยด้วยโรคลมชักมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งในเรื่องการทำงานและครอบครัว การพึ่งพาตนเอง การตั้งเป้าหมายในชีวิต และยังมีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วยโรคลมชัก ทำให้ไม่สบายใจที่ต้องอยู่คนเดียวเมื่อเกิดการชัก เสี่ยงต่ออุบัติเหตุ การใช้ชีวิตในสังคม รู้สึกว่าผู้ปกครองดูแลมากเกินไป และรู้สึกอายไม่กล้าบอกคนอื่นว่าเป็นโรคลมชัก เกิดผลข้างเคียงจากยากันชัก ซึ่งทำให้กระทบต่อการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน จากการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Clinical Standard Advisory Group (CSAG) study into epilepsy[3] ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคลมชักมีการสมรสน้อย มีการตกงานสูงในวัยทำงานถึงร้อยละ 46 สูญเสีย

โอกาสในการทำงานต่างๆ ต้องพึ่งพาผู้อื่น แต่ที่แตกต่างและเป็นที่น่าสังเกตคือจากการศึกษานี้ ผู้ป่วยโรคลมชักยังขับขี่รถอยู่ถึงร้อยละ 67 และเคยมีอาการชักขณะขับขี่ถึงร้อยละ 27 ในขณะที่การศึกษาของ CSAG นั้นกำหนดให้ผู้ป่วยไม่สามารถขับรถได้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคลมชักของการศึกษานี้ดำรงชีวิตอยู่ในความเสี่ยง สาเหตุเนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายที่กำหนดห้ามผู้ป่วยโรคลมชักขับขี่รถ และไม่มีระบบการรายงานจากแพทย์ต่อกรมการขนส่งทางบกถึงการที่มีผู้ป่วยโรคลมชักมารับการรักษา

เปรียบเทียบการศึกษานี้กับผลการศึกษาของ M. Djibuti และคณะ[4] พบว่ามีความสอดคล้องกัน ต่างกันที่พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักของไทยนั้นมีการศึกษาดีกว่า คือระดับปริญญาตรีมีถึงร้อยละ 41 ในขณะที่การศึกษาของ M. Djibuti มีเพียงร้อยละ 39 และพบว่าผู้ป่วยโรคลมชักของไทยยังมีอัตราการว่างงานที่น้อยกว่าด้วยคือพบร้อยละ 47 ในขณะที่การว่างงานของ M. Djibuti พบสูงถึงร้อยละ 82 อธิบายได้จากสภาพเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกัน

จากการศึกษานี้ซึ่งใช้แบบวัด SF-36 ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์พบว่า มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีหรือมีข้อจำกัดในด้านอารมณ์ความรู้สึก ความมีชีวิตชีวาพละกำลัง และสุขภาพทั่วไป ส่วนในด้านสมรรถภาพทางร่างกาย การทำกิจกรรมและการเข้าสังคม พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักไม่มีปัญหาหรือมีคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างดีในด้านนั้นๆ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบการศึกษานี้กับการศึกษาของ รณชัย และคณะ[9] ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักดีกว่า (ค่าmean score สูงกว่าในเกือบทุกด้านยกเว้น general health) (ดูตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนของ SF-36 ระหว่างผู้ป่วยจิตเวช โรคทางกายอื่น และโรคลมชัก

Domain	คะแนนเฉลี่ยและ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		
	จิตเวชคนไทย	โรคทางกายอื่น	โรคลมชักคนไทย
1. Physical function	68.2 (27.6)	74.6 (26)	92.67(14.83)
2. Role limitation due to physical problem	43.2 (43.2)	59.7 (39.6)	84.50(32.71)
3. Bodily pain	51.6 (25.9)	70.0 (24.9)	83.50(22.44)
4. General health	56.9 (21.2)	61.3 (20.9)	58.05(25.12)
5. Vitality	44.3 (23.0)	54.7 (22.0)	64.59(22.40)
6. Social functioning	60.9 (30.1)	80.9 (24.4)	83.45(23.54)
7. Role limitation due to emotional problems	56.7 (42.9)	68.5 (39.6)	83.50(33.79)
8. Mental health	62.6 (21.1)	71.3 (21.1)	67.08(20.15)

และเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักโรงพยาบาลศรีนครินทร์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักจากการศึกษาของ Tunisian study ซึ่งเป็น African Arab country และการศึกษาของ Gus A. Baker โดยใช้แบบสำรวจสุขภาพ SF-36 เหมือนกัน พบว่ามีความสอดคล้องกันคือมีสุขภาพชีวิตที่ไม่ดีในด้านสุขภาพทั่วไป ความมีชีวิตชีวามีพละกำลัง และด้านอารมณ์ความรู้สึก แต่ถึงอย่างไรก็ตามค่า mean score ของการศึกษาครั้งนี้ก็ยังสูงกว่าของงานวิจัยอื่น ส่วนทางด้านสมรรถภาพทางร่างกาย ความสามารถในการทำงาน

และกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางสังคมนั้น ถึงแม้จะได้ค่า mean score ค่อนข้างสูง ดูเหมือนจะไม่มีปัญหาในด้านนี้ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า คะแนนของ Tunisian study และ Gus A. Baker นั้นน้อยกว่า หรือดูเหมือนคุณภาพชีวิตไม่ดีเท่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งอาจเป็นเพราะสังคมไทยนั้นเป็นสังคมที่ปกป้องคุ้มครองคนป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคลมชักซึ่งเวลาเกิดอาการชักดูน่ากลัว ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดเมื่อไร ทำให้ครอบครัวห่วงกังวลและไม่ค่อยต้องการให้ผู้ป่วยโรคลมชักรับผิดชอบการงานหรือเข้าสังคมอยู่แล้ว ชอบให้อยู่แต่ในบ้าน และผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่เป็นปัญหาอะไรถ้าต้องจำกัดบทบาทหน้าที่ในสังคม แต่ในต่างประเทศซึ่งให้ความสำคัญกับการทำหน้าที่รับผิดชอบอยู่ในสังคมค่อนข้างมาก เพราะเป็นครอบครัวเดี่ยว ไปไหนมาไหนคนเดียว ไม่ชอบการต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องการให้สังคมยอมรับ ผู้ป่วยโรคลมชักจะเกิดปัญหามากเมื่อมีข้อจำกัดในการเข้าสังคมดังกล่าว ในด้านสมรรถภาพทางร่างกาย ผู้ป่วยโรคลมชักคนไทยไม่ได้มีปัญหาเท่าผู้ป่วยต่างประเทศเพราะผู้ป่วยโรคลมชักคนไทยไม่ต้องทำอะไรเพราะพ่อแม่ให้อยู่บ้านเฉยๆ จึงไม่รู้สึกว่าเป็นปัญหามาก แตกต่างจากผู้ป่วยชาวต่างชาติซึ่งมีความเป็นตัวของตัวเองสูง เมื่อมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ จึงรู้สึกเป็นทุกข์มาก (ดูตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนของ SF-36 ระหว่างผู้ป่วยโรคลมชักไทยกับต่างชาติ

Domain	คะแนนเฉลี่ยและ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		
	Mrabet H. Tunisia	Baker GA. Iran, Gulf, Near East	Cherli W. Thai
1. Physical function	85.5	85.9	92.67(14.83)
2. Rolelimitation due to physical	60.2	75	84.50(32.71)
3. Bodily pain	70.37	57.7	83.50(22.44)
4. General health	55.6	59.8	58.05(25.12)
5. Vitality	59.1	61.4	64.59(22.40)
6. Social functioning	74.67	77.6	83.45(23.54)
7. Role limitation due to emotional	55	68.8	83.50(33.79)
8. Mental health	55	59.4	67.08(20.15)

ดังนั้นจากผลการศึกษาครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคลมชัก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ให้ความสำคัญหรือมองว่าเป็นปัญหาทางด้านจิตใจภายในมากกว่าภายนอก ทำให้รับรู้สุขภาพทั่วไปแย่ รู้สึกไม่มีความสุข ไม่มีพลังและความกระตือรือร้นลดลง

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลโดยการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามต่อหน้าผู้สัมภาษณ์ อาจมีความรู้สึกเกรงใจ ไม่กล้าตอบตามความจริงได้ และข้อมูลประชากรในการศึกษานี้จำนวน 100 คน ซึ่งเป็นจำนวนประชากรค่อนข้างน้อย หากจะอ้างอิงถึงผู้ป่วยโรคลมชักทั่วทั้งประเทศไทยยังมีข้อจำกัด จึงควรมีการวิจัยเรื่องนี้ต่อไปในอนาคต เพื่อหาแนวทางส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชักให้ดียิ่งขึ้น

สรุป

ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาน้อย ว่างงานสูง รายได้ต่ำ ต้องพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งโรคลมชักยังมีผลต่อความรู้สึกและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งเกิดจากปัญหาทางด้านอารมณ์ความรู้สึกมากกว่าทางด้านร่างกายและด้านสังคม หากบุคคลรอบข้างไม่ว่าบุคลากรทางสาธารณสุข ครอบครัว โรงเรียน หรือผู้ร่วมงาน ตระหนักถึงปัญหาที่ผู้ป่วยโรคลมชักมี การดูแลผู้ป่วยโรคลมชักก็จะประสบผลสำเร็จสูงขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

เอกสารอ้างอิง

1. ข้อมูลจากคณะอนุกรรมการควบคุมโรคลมชัก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2529.
2. ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขอนามัยของประชากรไทยทั่วประเทศครั้งที่ 1 โดยมูลนิธิสาธารณสุขไทยร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข, 2534.
3. Ann Jacoby, Gus A Baker. Quality of Life in Epilepsy. Psychology Press (UK); 2000.
4. Djibuti M, Shakarishvili R. Influence of clinical, demographic and socioeconomic variables on quality of life in patients with epilepsy: findings from Georgian study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003;74:570 - 3.
5. Leidy NK, Elixhauser A,Vickrey B, Means E, Willian MK. Seizure frequency and the health-related quality of life of adults with epilepsy. Neurology. 1999;53:162-6.
6. Liou HH, Chen RC, Chen CC, Chiu MJ, Chang YY, Wang JD. Health related quality of life in adult patients with epilepsy compared with a general reference population in Taiwan. Epilepsy research 2005; 64:151 - 9.
7. Mrabet H, Mrabet A, Zouari B, Ghachem R. Heath-relatal Quality of Life of People with Epilepsy Compared with a General Reference Population : A Tunisian Study. Epilepsia 2004;45: 838-43.
8. Baker GA, Jacoby A, Gorry J, Doughty J, Ellina V; SIGN Group. Quality of life of People with Epilepsy in Iran, the Gulf and Near East. Epilepsia 2005;46:132-40.
9. R Kongsakon, C Silpakit. Thai version of the medical outcome study 36 items short form health survey: an instrument for measuring clinical results in mental disorder patients. Rama Med J 2000;23:8-19.