

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาจากหนังสือ และเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำมารวบรวมไว้เป็นลำดับหัวข้อดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคลมชัก
 - 1.1 ความหมายของโรคลมชักและอาการชัก
 - 1.2 ลักษณะทั่วไปของอาการชัก
 - 1.3 ชนิดและลักษณะทางคลินิกของโรคลมชัก
 - 1.4 กลุ่มโรคลมชักที่พบได้บ่อยในเด็ก
 - 1.5 สาเหตุของโรคลมชัก
 - 1.6 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคลมชัก
 - 1.7 ภาวะซึมเศร้าในโรคลมชัก
 - 1.8 ปัญหาเขาวนปัญญาและความจำลดลงในโรคลมชัก
 - 1.9 ยากันชัก
2. ปัญหาพฤติกรรม
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรม และเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม
 - 2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับพัฒนาพฤติกรรมของมนุษย์
 - 2.3 สาเหตุของการเกิดปัญหาพฤติกรรม
 - 2.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมของเด็กป่วยด้วยโรคลมชัก
3. วิจัยรุ่น
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชัก

1. เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคลมชัก

1.1 ความหมายของโรคลมชัก (Epilepsy) และอาการชัก (Seizure)

โรคลมชัก หรือ Epilepsy ซึ่งมาจากภาษากรีกว่า Epilepsia หมายความว่า การเกิดอาการชักทันที (Seizure) ในสมัยก่อนคิดว่าเป็นโรคที่เกี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์⁽¹³⁾ คนทั่วไปจะเข้าใจว่าเกิดจากการลงโทษของพระเจ้าหรือวิญญาณชั่วร้ายต่างๆ ปัจจุบัน โรคลมชัก หมายถึง โรคที่มีอาการชักเกิดขึ้นซ้ำ ๆ (recurrent seizure) ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

อาการชัก (seizure) คือ ภาวะซึ่งไฟฟ้าที่ผิดปกติจากผิวสมองก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย อาการชักเกิดได้จากหลายสาเหตุ และในคนปกติก็อาจมีอาการชักได้ เช่น เมื่อเป็นลมหรือขาดน้ำตาลในเลือด เมื่อผู้ป่วยมีอาการชักเกิดขึ้นเองซ้ำ ๆ โดยไม่มีสิ่งกระตุ้น (provoking factor) ถือว่าเป็นโรคลมชัก⁽¹⁴⁾

1.2 ลักษณะทั่วไปของอาการชัก (General Feature of Epileptic Seizure)⁽¹⁴⁾

1.2.1 อาการชักมีลักษณะเป็น ๆ หาย ๆ (paroxysmal disorder) ซึ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เมื่ออาการชักผ่านไปแล้ว ผู้ป่วยจะกลับคืนสู่สภาพปกติหรือสภาพเดิมก่อนเกิดอาการชัก

1.2.2 อาการชักเริ่มต้นอย่างเฉียบพลัน และสิ้นสุดลงในเวลารวดเร็ว (จึงเรียกว่าเป็น seizure attack)

1.2.3 ระยะเวลาของอาการชัก โดยเฉลี่ยประมาณ 1-2 นาที มักไม่เกิน 5-10 นาที

1.2.4 อาการชักมักเกิดซ้ำ (recurrent) ซึ่งอาการมักเหมือนเดิมในคนไข้คนเดียวกัน (stereotyped) แต่อาจแตกต่างกันไปในการชักแต่ละครั้งตามความรุนแรงของหรือตามการกระจายของไฟฟ้า คนไข้คนหนึ่ง ๆ มักมีอาการชักมากกว่าหนึ่งแบบ

1.2.5 การชักซ้ำ มักมีความถี่ค่อนข้างสม่ำเสมอ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละคน บางครั้งอาจมาเป็นกลุ่ม (cluster of seizures) จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นบางอย่าง (precipitating factor) เช่น การอดนอน ความเครียด การมีประจำเดือน แต่จะลดลงหรือหายไปเมื่อได้รับยากันชัก

1.2.6 อาการชักมักทำให้เกิดการบาดเจ็บ เช่น จากการล้ม กัดกระพุ้งแก้ม หรืออุบัติเหตุ เช่น น้ำร้อนลวก

1.2.7 อาการชักจะมีอาการเป็นลำดับตามพยาธิสรีรวิทยาของอาการชัก ได้แก่ ระยะเวลาอาการเตือน (aura) ซึ่งมีเฉพาะในอาการชักเฉพาะส่วน (partial seizure) ระยะเวลาชัก (ictal period) อาการที่เกิดขึ้นขณะชักจะเป็นไปตามส่วนของสมองที่กระแสไฟฟ้าของอาการชักลุกลาม (propagate) ไปกระตุ้น

1.2.8 อาการชักจะเกิดรวมไปกับการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าสมอง (ictal EEG) กรณีที่พบคลื่นไฟฟ้าดังกล่าวโดยไม่ปรากฏอาการ เรียกว่า electrical หรือ subclinical seizure

1.3 ชนิดและลักษณะทางคลินิกของโรคลมชัก⁽¹⁾⁽¹⁴⁾

ในทางคลินิกแบ่งชนิดของโรคลมชักได้ ดังนี้

1.3.1 Partial seizure คือ อาการชักที่แสดงอาการเนื่องจากไฟฟ้าของการชัก กระตุ้นเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของ cerebral cortex ซึ่งมักมีสาเหตุจากรอยโรคในสมอง ส่วนใหญ่เป็นสาเหตุที่คงที่ เช่น บาดเจ็บขณะคลอด สมองขาดออกซิเจน หรือรอยโรคที่เกิดในระบบประสาทมาก่อน เช่น ภัยันตราย โรคติดเชื้อ หรือโรคของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมอง บางรายเกิดจากโรคที่มีอาการมากขึ้น เช่น เนื้องอก Degenerative Disease โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบหรือโรคทางเมตาบอลิกบางอย่าง อาการแสดงขึ้นกับตำแหน่งของโรค ซึ่งนอกจากอาการชักแล้ว อาการทางคลินิกยังขึ้นกับลักษณะของพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดโรคด้วย เช่น ถ้าเป็นเนื้องอก อาจมีอาการแสดงของการมีความดันเพิ่มขึ้นในกะโหลกศีรษะ เป็นต้น อาการชักแบบนี้มีหลายชนิดคือ

1) *Simple partial seizure (SPS)* คือ อาการชักเฉพาะส่วนที่ไม่มีการสูญเสียความรู้สึกตัว แบ่งตามอาการที่เกิดออกเป็น 4 อย่าง ขึ้นกับตำแหน่งของกระแสไฟฟ้าในสมอง ได้แก่ การเคลื่อนไหว (motor), การรับความรู้สึก (sensory) อาจเป็น somatosensory หรือ special sensory, ระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic) ได้แก่ ใจสั่น ปวดท้อง (epigastric sensation) และความรู้สึกที่แปลก ๆ (psychic) เช่น อาการกลัว, De ja Vu หรือ Jamais Vu ใน SPS คลื่นสมองขณะชัก (ictal EEG) และระหว่างไม่มีการชัก (interictal EEG) มักพบไฟฟ้าอยู่เฉพาะที่ในสมองข้างตรงข้าม ตรงบริเวณที่ควบคุมอาการนั้น

2) *Complex partial seizure (CPS)* คือ อาการชักเฉพาะส่วนที่มีการสูญเสียหรือลดลงของความรู้สึกตัว (consciousness ในที่นี้หมายความว่าถึง การรับรู้ (awareness) กับ การตอบสนองต่อสิ่งภายนอก เช่น คำสั่งหรือคำถาม (responsiveness) แบ่งออกเป็นชนิดที่มี SPS นำมาก่อน และชนิดที่ไม่มี (กล่าวคือสูญเสียความรู้สึกตัวตั้งแต่ต้น) ทั้งสองแบบอาจมี automatism ซึ่งขณะนั้นจะไม่รู้สึกตัว อาจมีอาการทำท่าเคี้ยว กลืน เลีย ดูดริมฝีปาก บางครั้งทำอะไรแปลก ๆ เช่น หยิบเสื้อผ้า จัดของบนโต๊ะ แก้วน้ำ หรือไม่มี automatism ร่วมด้วย ใน CPS คลื่นสมองขณะชัก (ictal EEG) มักพบไฟฟ้าของการชักอยู่เฉพาะที่ข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง หรือกระจายทั่วไปบริเวณ frontotemporal คลื่นสมองระหว่างไม่มีการชัก (interictal EEG) จะพบไฟฟ้าอยู่ข้างเดียวหรือสองข้างไม่พร้อมกัน (bilateral asynchronous) บริเวณ temporal หรือ frontal

3) *Partial seizure evolving to secondarily generalized seizure* คือ อาการชักเฉพาะส่วนที่ลามไปทั่วทั้งสมอง ทำให้เกิดอาการชักทั้งตัวตามมา มักเป็นแบบเกร็งกระตุกทั้งตัว (generalized tonic clonic seizure หรือ GTC) อาจเกิดโดยมีการแปร (evolve) ไปเป็นแบบที่แรงกว่าอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ เช่น SPS แปรไปเป็น CPS แล้วตามด้วย secondary GTC หรือเริ่มด้วย SPS แล้วแปรไปเป็น secondary GTC หรือเริ่มด้วย CPS แปร

ไปเป็น secondary GTC ก็ได้ ถ้า SPS ชนิด sensory, autonomic หรือ psychic เกิดขึ้นก่อน CPS หรือ GTC เราเรียกว่าเป็น aura แต่บางครั้งเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวก็ได้ (aura alone) คลื่นสมองขณะชัก จะพบลักษณะเหมือนใน SPS หรือ CPS แต่มีการกระจายต่อไปทั่วทั้งสมอง (Secondary generalized)

1.3.2 อาการชักทั่วทั้งสมอง (generalized seizure) คือ อาการชักที่มีกระแสไฟฟ้าเกิดขึ้น ครอบคลุมทั่วทั้งสมองพร้อมกันตั้งแต่ต้น มักมีการสูญเสียความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวมักเป็นทั้งสองข้าง และการเปลี่ยนแปลงในคลื่นสมอง มักเห็นพร้อมกันทั้งสองข้าง แบ่งเป็นชนิดย่อย ได้แก่

1) *Absence seizure* คือ อาการชักที่ไม่รับรู้สิ่งภายนอกไปเป็นเวลาหลายวินาที มักไม่เกิน 1 นาที อาการชักเกิดขึ้นโดยไม่มีอาการนำ ผู้ป่วยจะนิ่งค้าง หรือตาลอยไปชั่วครู่ อาจทำท่าเหวี่ยงหรือสั่นศีรษะ ไม่มีอาการเกร็งหรือกระตุก ถ้าเป็นนาน ๆ อาจเกิด Automatism เมื่อหายจะรู้สึกตัวทันที โดยไม่มีอาการสับสนหลังชัก มักพบในเด็ก

2) *Atypical absence (Petit Mal)* คล้ายกับ Absence seizures แต่มีอาการชักแบบอื่นร่วมด้วย เช่น Tonic, Atonic, Myoclonic มักพบในเด็กที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทร่วมด้วย

3) *Myoclonic seizure* คือ อาการชักที่มีการกระตุกอย่างแรงหนึ่งครั้งพร้อมกันทั้งตัวหรือบางส่วนของร่างกาย แล้วหายเป็นปกติทันที อาจพบได้ในผู้ป่วย Uremia, Liver Failure เป็นต้น

4) *Clonic seizure* คือ อาการชักที่มีการกระตุกทั้งตัวต่อเนื่องกันจังหวะบางครั้งอาจเกิด Clonic แล้วตามด้วย Tonic Clonic ได้เป็น Clonic-Tonic-Clonic

5) *Tonic seizure* คือ อาการชักที่มีการเกร็งทั้งตัวต่อเนื่องกัน ไม่มีอาการกระตุก พบได้น้อยและระยะเวลาที่ชักสั้นกว่าแบบ Tonic Clonic seizure

6) *Tonic Clonic seizure* คือ อาการชักที่มีการเกร็งแล้วตามด้วยกระตุกทั้งตัวติดต่อกันโดยไม่มีอาการเตือน แต่บางรายอาจรู้สึกไม่ค่อยสบายก่อนชัก ผู้ป่วยจะหมดสติทันที มีอาการเกร็ง (Tonic phase) เสียการทรงตัวและล้มลง อาจได้รับบาดเจ็บ มีเสียงร้อง ซึ่งเกิดจาก Forced Expiration ช่วงนี้ผู้ป่วยจะหยุดหายใจและเกิด Cyanosis ต่อมามีอาการกระตุก (Clonic phase) ขณะชักอาจมีปัสสาวะ อุจจาระราด และกัดลิ้นได้ หลังจากหยุดชัก (Postictal phase) ผู้ป่วยยังคงไม่รู้สึกตัว เมื่อรู้สึกตัวจะจำเหตุการณ์ขณะชักไม่ได้ หลังชักมักพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะและซึมอยู่หลายวัน การชักชนิดนี้พบได้ประมาณร้อยละ 90 ของการชักทั้งหมด

7) *Atonic seizure* คือ อาการชักที่ผู้ป่วยหมดความตึงตัวของกล้ามเนื้อทันที ทำให้หล่นลงกับพื้น โดยไม่มีอาการเกร็งหรือกระตุก มักหายในทันที ส่วนใหญ่พบในเด็ก

1.3.3 Unclassified Epileptic Seizures เป็นอาการชักที่ไม่สามารถระบุชนิดได้เนื่องจากข้อมูลไม่เพียงพอหรือไม่สมบูรณ์

1.4 กลุ่มโรคลมชักที่พบได้บ่อยในเด็ก ⁽¹⁴⁾

Epileptic Syndromes Classification กลุ่มโรคลมชัก (Epileptic Syndromes) เป็นการรวบรวมลักษณะอาการชัก อายุการตรวจร่างกายทางระบบประสาท การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง เพื่อแยกประเภทของผู้ป่วย กลุ่มโรคลมชักที่พบได้บ่อยในเด็ก ได้แก่

1.4.1 Neonatal epileptic syndromes

ในทารกแรกเกิด epileptic syndrome แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1) กลุ่มโรคลมชักในทารกแรกเกิดที่มีการพยากรณ์โรคดี คือมีพัฒนาการปกติ แต่ไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน ส่วนใหญ่แล้วมักจะหายได้เอง ภายใน 2 ปี อาจมีการพบหรือไม่พบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมองก็ได้

2) กลุ่มโรคลมชักในทารกแรกเกิดที่มีอาการรุนแรง พบได้น้อย เป็นผลจากความผิดปกติทาง metabolic หรือการพัฒนาของเนื้อสมอง เกิดอาการชักเร็ว ตั้งแต่ในครรภ์ถึงสัปดาห์แรก มีการพยากรณ์โรคที่เลว การรักษาเน้นหนักไปที่การหาโรคทาง metabolic

1.4.2 Infantile spasms

อาการสำคัญของกลุ่มโรคลมชัก Infantile spasm คือ

1) อาการกระตุกผวา (spasms) ซึ่งอาจเป็นการผงกศีรษะ งอลำตัวและงอแขนขาเข้าหากัน (flexion spasms) หรืออาจเป็นอาการกระตุกที่มีแขนขาเหยียดออก (extension spasms) ก็ได้

2.) การพัฒนาทางกายและสติปัญญาช้า (psychomotor retardation) ผู้ป่วยอาจมีการพัฒนาที่เป็นปกติหรือผิดปกติมาก่อน แต่เมื่อเกิดอาการชักชนิดนี้แล้ว จะมีการพัฒนาทางกายและสติปัญญาช้าลง

3) คลื่นไฟฟ้าสมอง มีลักษณะไม่เป็นระเบียบและมีขนาดใหญ่ (>300 uV) กลุ่มอาการนี้เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ที่สำคัญคือ ความผิดปกติทางเมตาบอลิกแต่กำเนิด (inborn error of metabolism) เช่น PKU, ภัยอันตรายต่อสมอง (CNS injury) เช่น intraventricular bleeding, porencephaly, meningitis หรือเกิดจาก tuberous sclerosis และอาจเกิดจากความผิดปกติเฉพาะที่เนื้อสมอง เช่น จากเนื้องอก หรือเนื้อสมองผิดปกติตั้งแต่แรกเกิด (cortical dysplasia) ผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบความผิดปกติใด ๆ เรียกว่า cryptogenic infantile spasms ซึ่งจะมีการพยากรณ์โรคที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ทราบสาเหตุ โดยร้อยละ 60 จะหยุดชักและอาจมีพัฒนาการเป็นปกติได้ ในผู้ป่วยที่ควบคุมอาการชักไม่ได้ อาจมีอาการของ Lennox-Gestaut

หรืออาการชักแบบอื่น ๆ ตามมา มีการพัฒนาที่ช้าและอาจเป็น autism ได้

กลุ่มอาการนี้เกิดบ่อยที่สุดในผู้ป่วยเด็กอายุ 3-7 เดือน โดยร้อยละ 85 ของผู้ป่วยทั้งหมดจะเริ่มมีอาการชักครั้งแรกภายในขวบปีแรก และร้อยละ 93 จะเริ่มมีอาการชักครั้งแรกภายในขวบปีที่สอง พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงเล็กน้อย

1.4.3 Lennox-Gestaut Syndrome

Lennox และคณะได้รวบรวมลักษณะที่สำคัญของกลุ่มโรคลมชัก Lennox-Gestaut Syndrome คือ

- 1) เด็กมีพัฒนาการทางสติปัญญาช้า
- 2) มีอาการชักหลาย ๆ แบบ เช่น การชักที่ทำให้ไม่รู้สึกรู้สีกตัวและหยุดการเคลื่อนไหว (dialeptic, absence), การชักแบบกระตุก (myoclonic), การชักที่ทำให้ผู้ป่วยหมดสติ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อและล้มลง (atonic) หรืออาการชักเกร็ง (tonic seizure)
- 3) การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองพบ generalized slow spike and waves complexes ความถี่ 1.5-2.5 Hz คลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกตินี้พบได้มากขึ้นเมื่อผู้ป่วยหลับ

กลุ่มอาการนี้พบได้บ่อยที่สุดในเด็กอายุ 3-5 ปี มีสาเหตุการเกิดโรคที่หลากหลายและสามารถตรวจพบสาเหตุได้ถึงร้อยละ 50-90 บางรายอาจเริ่มมีอาการตั้งแต่วัยหนึ่งปี หรืออาจเริ่มช้าถึงอายุแปดปีก็ได้ แต่หากมีอาการเกิดหลังอายุเจ็ดปี ผู้ป่วยจะมีการพยากรณ์โรคที่เลว

1.4.4 Benign focal epilepsy of childhood

กลุ่มอาการนี้เป็นกลุ่มโรคลมชักแบบเฉพาะที่ ที่มีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ซึ่งพบได้บ่อยในเด็ก ผู้ป่วยมักเริ่มมีอาการเมื่ออายุได้ 5-10 ปี อาการชักแบบเฉพาะที่เมื่อผู้ป่วยตื่นและอาจมีการชักทั้งตัวเมื่อผู้ป่วยหลับ อาจมีการกระตุกที่มุมปากและใบหน้า, หยุดพูดขณะชัก (speech arrest) น้ำลายไหล โดยที่ยังรู้ตัวดี อาการชักอาจกระจายไปที่แขน อาจมีอาการชาหรือรู้สึกเหมือนไฟดูดในบริเวณเดียวกัน (paresthesia and tinkling sensations) บางรายอาจอาเจียนหลังหยุดชัก ร้อยละ 70 จะมีอาการชักทั้งตัวเฉพาะเมื่อหลับ ร้อยละ 15 มีทั้งขณะหลับและตื่น และร้อยละ 10-20 ชักเมื่อตื่นเท่านั้น อาการชักมักหยุดเมื่ออายุ 14-16 ปี

1.4.5 Childhood absence epilepsy

เป็นโรคลมชักที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ซึ่งพบได้บ่อยในเด็กโดยสามารถเกิดได้ตั้งแต่ 3-12 ปี มีลักษณะสำคัญ ดังนี้

- 1) เกิดอาการเหม่อลอย (absence) เป็นระยะเวลาสั้น ๆ และอาจมีการเคลื่อนไหวของมือเล็กน้อย (automa) อาการเหล่านี้มักเป็นบ่อยมากจนผู้ปกครองไม่เห็น แต่พาดูกมาพบแพทย์ด้วยเรื่องผลการเรียนตกลง

2) พบว่ามีการชักแบบกระจายทั่วไป (generalized seizure) เช่น GTC และ myoclonic ได้

3) สามารถพบคลื่นไฟฟ้าสมองผิดปกติ โดยทำคลื่นไฟฟ้าสมองพร้อม ๆ กับให้ผู้ป่วยหายใจแรง ๆ 2-3 นาที

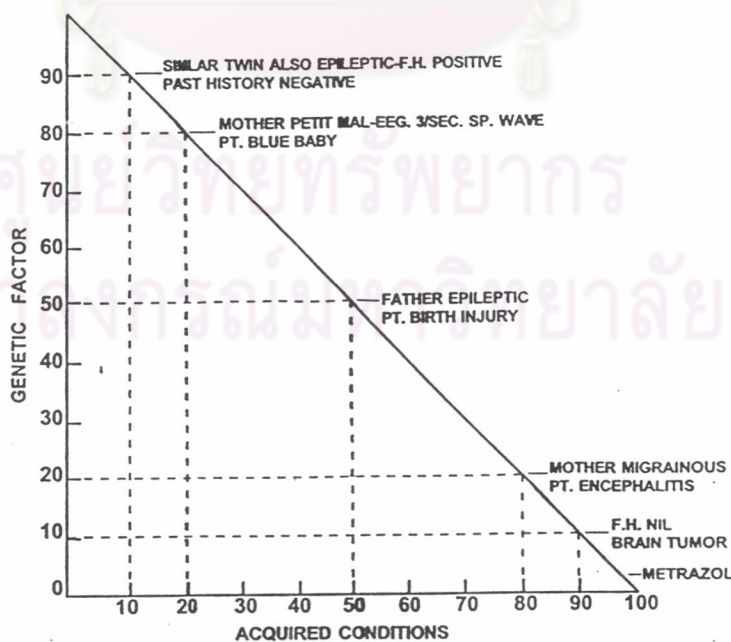
1.4.6 Juvenile myoclonic epilepsy of janz

เป็นโรคลมชักที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมเช่นกัน โดยผู้ป่วยร้อยละ 75 จะเริ่มมีอาการเมื่ออายุ 12-18 ปี อาจเริ่มพบอาการได้ตั้งแต่อายุ 8 ปีไปจนถึง 28 ปี ผู้ป่วยจะมีอาการกระตุกของแขนขา (myoclonic seizure) โดยจะเป็นมากในช่วงเช้าและอาจมีอาการชักทั้งตัว (generalized tonic clonic seizure) ได้เมื่อนอนหลับ จะพบว่ามีประวัติในครอบครัวได้ถึงร้อยละ 40

1.5 สาเหตุของโรคลมชัก⁽¹⁴⁾

จากการศึกษาขนาดใหญ่ พบว่าโรคลมชักที่สามารถหาสาเหตุได้จะพบอยู่ประมาณร้อยละ 23-39 ในเด็กสาเหตุที่สำคัญที่สุด คือ การบาดเจ็บของระบบประสาทจากการกำเนิด ในขณะที่วัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นอุบัติเหตุต่อศีรษะจะเป็นสาเหตุที่สำคัญ ในผู้สูงอายุพบว่าโรคของสมองจากหลอดเลือดเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุด การชักที่สามารถหาสาเหตุได้ เรียกว่า remote symptomatic epilepsy

โรคลมชักเป็นผลทั้งจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมร่วมกัน โรคลมชักที่เกิดเอง (idiopathic) จะมีสัดส่วนของพันธุกรรมเป็นหลักและสิ่งแวดล้อมเป็นเหตุรอง ขณะที่ symptomatic epilepsy มีสัดส่วนของพันธุกรรมน้อยแต่มีสัดส่วนของสิ่งแวดล้อมเป็นเหตุมาก

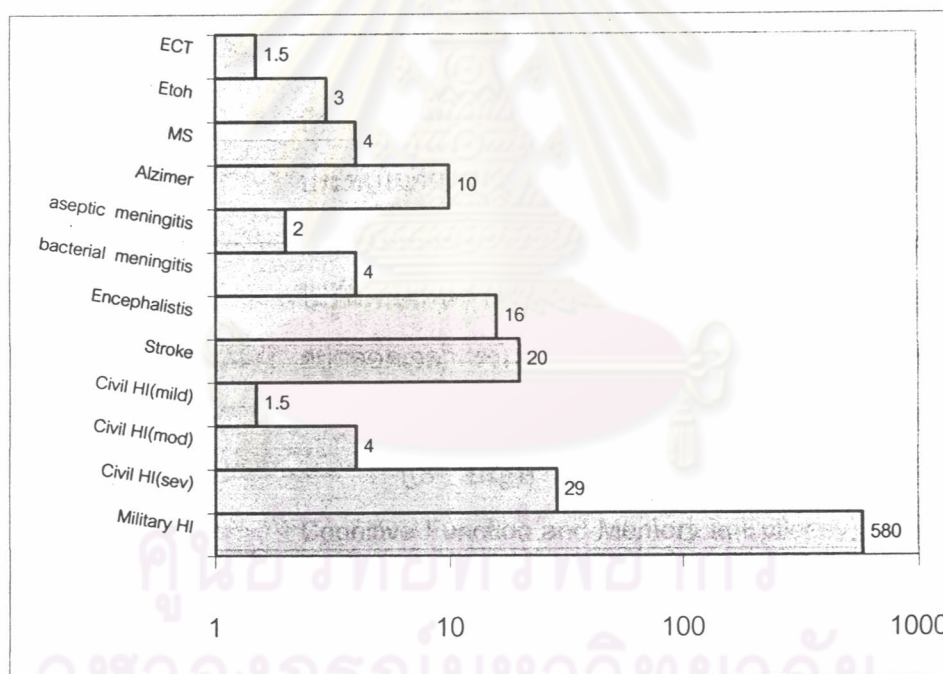


ภาพที่ 1 แสดงแนวความคิดของ Lennox ว่าการเกิดการชักนั้นมีผลจากทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม

1.6 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคลมชัก (Risk factor)⁽¹⁴⁾

สาเหตุที่สามารถระบุได้หลังคลอด พบประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคลมชักที่เพิ่มได้รับการวินิจฉัยใหม่ ปัจจัยเหล่านี้แตกต่างกันระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา โดยโรคของสมองจากหลอดเลือดเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุด ประมาณ 12% ในขณะที่ในประเทศกำลังพัฒนาพบว่าโรคติดเชื้อเป็นสาเหตุที่สำคัญกว่า ในเด็กพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่พบมากอีกอย่างหนึ่ง คือcerebral palsy

การศึกษา epidemiology ช่วยระบุความเสี่ยงที่เกิดจากแต่ละปัจจัย โดยถ้า relative risk หรือ risk ratio เท่ากับ 1 แสดงว่าปัจจัยนั้น ๆ ไม่ได้ทำให้ความเสี่ยงสูงขึ้น แต่ถ้า ratio ต่ำกว่า 1 แสดงว่าปัจจัยนั้นมีคุณสมบัติในการป้องกันการเกิดโรคลมชัก พบว่า การบาดเจ็บจากกระสุนปืนที่ศีรษะมีความเสี่ยงสูงสุดประมาณ .500 ของคนทั่วไป ในขณะที่การบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการหมดสติหรือหลงลืม (amnesia) น้อยกว่า 30 นาที ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคลมชัก นอกจากนี้ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ยา neuroleptic และ tricyclic antidepressant ก็เป็นปัจจัยเสี่ยง



	Military HI	Civil HI (sev)	Civil HI (mod)	Civil HI (mild)	Stroke	Encephalitis	bacterial meningitis	aseptic meningitis	MS	Alzimer	Etoh	ECT
Relative risk	580	29	4	1.5	20	16	4	2	4	10	3	1.5

ภาพที่ 2 Relative Risk จากสาเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคลมชัก

สำหรับการบาดเจ็บจากการคลอด พบว่า ถ้าผู้ป่วยไม่มี neurological deficit หรือปัญหา ด้านพัฒนาการแล้ว ความเสี่ยงไม่สูงมากนัก แต่ถ้ามีปัญหาด้านพัฒนาการ โดยเฉพาะถ้ามี cerebral palsy ร่วมด้วยแล้วจะมีความเสี่ยงในการเกิดเป็นโรคลมชักสูงกว่าคนทั่วไปถึง 50 เท่า

ปัจจัยเสี่ยงจากการมีประวัติครอบครัวของโรคลมชัก โรคลมชักส่วนมากเป็นโรคที่มีอิทธิ พบบจากพันธุกรรม ที่ไม่ได้เป็นแบบ mendelian (โรคที่ทราบตำแหน่งโครโมโซมที่ทำให้เกิดโรค) ในโรคลมชักทั้งหมดญาติลำดับแรก (first degree relative) จะมีความเสี่ยงสูงขึ้น 3 เท่า

1.7 ภาวะซึมเศร้าในโรคลมชัก (Epilepsy and Depression)⁽¹⁴⁾

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นอาการร่วมที่พบได้บ่อยมากในผู้ป่วยโรคลมชัก การ ศึกษาในประชากร พบว่ามีความชุก ร้อยละ 22 ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคซึมเศร้า คือ การฆ่าตัวตายถึง 5 เท่าของคนทั่วไป นอกจากนี้ ยังมีความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเอง (ไม่ถึงกับฆ่า ตัวตาย) ด้วยวิธีอื่น ๆ สูงมาก โดยพบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้านั้นนอกจากปัจจัยทาง ชีวภาพ ได้แก่ปัจจัยจากอาการชักและปัจจัยทางชีวเคมีแล้ว ปัจจัยทางจิตก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนหนึ่งเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจอันเกิดจากการมีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ บั่นทอนคุณภาพชีวิต (chronic and disabling illness) นั่นคือ ความรู้สึกต่ำต้อยซึ่งเป็นตรา ประทับในจิตใจ Stigmatization) หรือความรู้สึกแปลกแยก (discrimination) ผู้ป่วยมักได้รับงาน ตำแหน่งต่ำกว่าที่ควรเป็น ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ เพราะอาจเกิดการชักโดย ไม่รู้ตัวที่ใดก็ได้ เกิดความเครียดที่ตนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ต้องถูกควบคุมจากภายนอก อยู่ตลอดเวลา รวมถึงผลกระทบจากสิ่งรอบตัว เช่น ครอบครัว, โรงเรียน ซึ่งคาดหวังในความ สามารถหรือความสำเร็จของผู้ป่วย

1.8 ปัญหาเขาวนปัญญาและความจำลดลงในโรคลมชัก (Impairment of Cognitive Function and Memory in Epilepsy)⁽¹⁴⁾

ปัจจัยที่พบว่าเกี่ยวข้องกับการลดลงของระดับสติปัญญา (intellectual function) ในผู้ป่วยโรคลมชัก มีดังนี้

1. อายุที่เริ่มเกิดโรค (age of onset) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อระดับเขาวนปัญญา (IQ) ของผู้ป่วยโรคลมชัก ผู้ป่วยที่ชักก่อนอายุ 1 ปี มี IQ เฉลี่ย 83 (borderline mental retard) ขณะที่ผู้ป่วยที่ชักเมื่ออายุมากกว่า 20 ปี มี IQ เฉลี่ย 102 (average)

2. ระยะเวลาของการดำเนินโรค (duration of epilepsy) นาน ระยะเวลาคำนวณ ได้จาก $\text{average frequency} \times \text{length of time per episode}$

3. จำนวนครั้งของ GTC ตลอดชีวิต (lift time number of tonic-clonic seizure) Dodrill และคณะพบว่า ถ้ามีจำนวน GTC มากกว่า 100 ครั้งในชีวิต จะมีการลดลงของสติ

ปัญญาอย่างชัดเจนในทุก area ของการทดสอบ cognitive function และค่าคะแนน IQ ลดไปประมาณ 10 จุดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ชักน้อยกว่า 100 ครั้ง

4. ชนิดของอาการชัก (seizure type) พบว่า generalized tonic-clonic seizure มีการลดลงของ cognitive function เนื่องจากปัญหาสมาธิ (attention และ concentration) ขณะที่ temporal lobe epilepsy เกิดปัญหาเนื่องจากสมองส่วนที่ควบคุมความจำโดยตรง ไม่เกี่ยวข้องกับ attention และ concentration

5. ภัยอันตรายต่อสมองซ้ำซ้อน (recurrent head injury)

6. ยากันชัก การรักษาแบบ polytherapy ยา phenytoin, primidone และ phenobarbital รวมทั้งการใช้ยาในขนาดสูงถึงขั้นเป็นพิษ (toxic level) เพื่อควบคุมอาการชัก อาจมีผลต่อ cognitive function เชื่อว่าอาจกระตุ้นการเกิด encephalopathy หรือมีผลต่อ metabolism ของ folate ในแง่ memory impairment จากยาจะเป็นการลดลงของ attention และ concentration มากกว่าปัญหาของความจำโดยตรง ยาที่มีผลน้อย cognitive function ได้แก่ carbamazepine, sodium valproate, vigabatrin

นอกจากผลต่อ cognitive function แล้ว ในเด็กอาจทำให้เกิดปัญหาในแง่พฤติกรรม เช่น conduct disorder และ hyperactivity syndrome ซึ่งพบในเด็กที่ใช้ยา phenobarbital, benzodiazepine บางชนิด เช่น clonazepam และ vigabatrin ซึ่งทุกตัวออกฤทธิ์ผ่านทาง GABA-benzodiazepine receptor จะมีผลต่อเซาว์นปัญญาและความจำในผู้ป่วยโรคลมชัก

1.9 ยากันชัก (Antiepileptic drugs, AED)⁽¹⁴⁾

ยากันชักที่มีใช้อยู่ในปัจจุบัน แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม

1.9.1 ยากันชักมาตรฐาน (standard หรือ conventional AED)

ยากลุ่มนี้เริ่มค้นพบตั้งแต่ต้นศตวรรษที่ 20 ยาที่จัดว่ามีประสิทธิภาพดีและยังคงนิยมใช้มาถึงปัจจุบันได้แก่

Phenobarbital	Carbamazepine
Phenytoin	Clonazepam
Primidone	Valproic acid
Ethosuximide	

ยาที่มีในประเทศไทยและจัดเป็นยามาตรฐาน 4 ตัวหลัก ได้แก่ Phenobarbital, Phenytoin, Carbamazepine และ Valproic acid ยังใช้เป็นยามาตรฐานในบางกลุ่มโรคลมชัก แต่มักดื้อยา (tolerance) หากใช้ไปนาน ๆ ส่วน benzodiazepine อื่น ๆ ได้แก่ diazepam หรือ lorazepam ไม่นิยมใช้เป็นยากันชักระยะยาว เนื่องจากเหตุผลเดียวกัน คือ การเกิด tolerance

นอกจากนี้ ยังมีอาการข้างเคียงเกี่ยวกับอาการง่วงซึมสูง จึงนิยมใช้ในการรักษาอาการชักช่วงสั้น ๆ หรือใช้เป็นยาเสริมกับยากันชักมาตรฐาน โดยอาศัยคุณสมบัติในการคลายกังวล หรือเป็นยานอนหลับ สำหรับยา Ethosuximide และ Primidone ยังมีกล่าวถึงอยู่ในการรักษาโรคลมชักบางกลุ่ม แต่ไม่มีจำหน่ายในประเทศไทยแล้ว เนื่องจากมีอาการข้างเคียงสูง และสามารถครอบคลุมอาการชักได้ไม่ถี่แบบ (narrow spectrum)

1.9.2 ยากันชักรุ่นใหม่ (novel หรือ new AED)

ยากลุ่มนี้ถูกสังเคราะห์ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์จะค้นหายากันชักชนิดใหม่ ๆ โดยเฉพาะ เริ่มตั้งแต่ต้นทศวรรษที่ผ่านมา อาศัยความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดอาการชักมาค้นหาตัวยา เช่นการออกฤทธิ์เสริม inhibitory neurotransmitter หรือการเปลี่ยนแปลงของ ion channel หรือการเปลี่ยนโครงสร้างของยากันชักมาตรฐานบางตัวให้เป็นยาตัวใหม่ แต่ก็ยังมียากันชักรุ่นใหม่หลายตัวที่ยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด หรือมีกลไกหลายอย่างร่วมกันอยู่ ยากลุ่มนี้ได้แก่

Clobazam	Topiramate
Vigabatrin	Tiagabine
Lamotrigine	Levetiracetam
Felbamate	Zonisamide
Gabapentin	Oxcarbazepine

สำหรับยาที่มีจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ Lamotrigine, Gabapentin, Topiramate, Vigabatrin และ Clobazam

อาการข้างเคียงของยากันชัก สามารถแบ่งออกได้เป็น อาการขณะที่กำลังเริ่มใช้และปรับยากับอาการข้างเคียงที่มักเกิดเมื่อได้ใช้ยานั้นมาแล้วระยะหนึ่งดังนี้

1. อาการข้างเคียงเมื่อเริ่มใช้ยา

อาการสำคัญในระยะแรกของผู้ป่วยที่เริ่มใช้ยา คือ อาการง่วงนอน เวียนศีรษะและอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยอาการทั้งสามนี้จะมีมากในสัปดาห์แรกและมักจะค่อย ๆ ลดลง อาการเหล่านี้ลดลงได้ถ้าค่อย ๆ เพิ่มยาขึ้นช้า ๆ ในยาที่มีใช้ในประเทศไทย carbamazepine จะมีอาการง่วงนอนและมีเมื่งมากที่สุด เมื่อเทียบกับ phenytoin, valproic acid และ phenobarbitol ยาที่ทำให้เกิดอาการง่วงนอนน้อยที่สุดในระยะเริ่มใช้คือ phenytoin

อาการข้างเคียงที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ อาการผื่นแพ้ยา (idiosyncratic skin reaction) มักเกิดในระยะสามเดือนแรก ยากันชักมาตรฐานทุกตัวมีอาการข้างเคียงเหล่านี้และอาจเกิดเพียง

ผื่นหรืออาการรุนแรงถึงขนาดเป็น Steven-Johnson syndrome ในจำนวนนี้ valproic acid มีอาการของการเกิดผื่นแพ้ยาต่ำที่สุด

อาการข้างเคียงทางระบบโลหิต (hematologic complication) พบได้บ่อยถึงร้อยละ 27 ของผู้ป่วยที่เริ่มได้ยาอาจมีเม็ดโลหิตขาวต่ำกว่า 5000 ได้ใน 6 เดือนแรก แต่ไม่พบว่ามีอาการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ยา valproic acid ทำให้มีเกล็ดเลือดต่ำได้ และในผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี สามารถทำให้เกิดอาการตับวายจนเสียชีวิตได้

2. อาการข้างเคียงเมื่อใช้ยามาแล้วระยะหนึ่ง

เมื่อมีการเพิ่มขนาดของยาให้สูงขึ้นเพื่อให้ควบคุมอาการชักได้ ก็อาจเกิดอาการข้างเคียงได้อีก carbamazepine โดยทั่วไปมีอาการข้างเคียงน้อย แต่เมื่อใช้ในขนาดสูงมากอาจมีอาการมึนงง ตาพร่าและง่วงนอนได้โดยเฉพาะหลังได้ยาแต่ละครั้ง

phenobarbital พบอาการง่วงนอน ปัญหาการเรียนรู้ที่แยลง และผลกระทบต่อพฤติกรรมในผู้ป่วยเด็กบางราย เช่น ชนมากขึ้น

phenytoin พบอาการเหงือกบวม (gum hypertrophy) ขนยาว (hirsutism) และอาการชา (neuropathy)

valproic acid ทำให้เกิดอาการมือสั่น ผม่วง และน้ำหนักขึ้นจนต้องหยุดยาหรือลดขนาดยา อาการจะมีมากขึ้นเมื่อขนาดของยาสูงขึ้น มีรายงานว่าทำให้ตับอ่อนอักเสบได้ (pancreatitis)

สำหรับยากันชักรุ่นใหม่ อาการข้างเคียงระยะแรกก็พบในลักษณะเดียวกับยามาตรฐาน gabapentin เป็นยาที่พบว่ามีอาการข้างเคียงน้อย topiramate พบว่ามีอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง vigabatrin พบอาการข้างเคียงต่อจอตาทำให้ลานสายตา (visual field) แคบลงได้ และมีรายงานว่าเกิดอาการซึมเศร้า หรืออาการทางจิตประสาทได้ lamotrigine พบว่ามีผื่นแพ้แบบ Steven-Johnson ได้มากกว่ายาอื่น ๆ ยาใหม่อีกตัวหนึ่งที่มีอาการข้างเคียงรุนแรงคือ felbamate ทำให้เกิด aplasia anamia และอาการตับวายได้ นอกจากนี้ felbamate ยังทำให้น้ำหนักลดอีกด้วย

2. ปัญหาพฤติกรรม

2.1 ความหมายของพฤติกรรม และเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2525⁽¹⁵⁾ ได้ให้ความหมายของพฤติกรรม คือ การกระทำหรืออาการที่แสดงออกมาทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต⁽¹⁶⁾ ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม คือ สิ่งที่บุคคลกระทำ แสดงออก ตอบสนอง หรือโต้ตอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่สามารถสังเกตเห็น

ได้ ได้อินได้ อีกทั้งวัดตรงกันได้ ด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุวิสัย ไม่ว่าจะการแสดงออกหรือการตอบสนอง นั้นจะเกิดขึ้นภายในหรือภายนอกร่างกายก็ตาม

พฤติกรรมจึงเป็นผลการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าในสถานการณ์ต่างๆ⁽¹⁷⁾ ทั้งจาก ปัจจัยทาง neurophysiology, neurochemical, genetic, constitutional และ environment การกระทำสามารถสังเกตเห็นได้ทางกาย วาจา ความคิดจิตใจ และมักเกิดขึ้นร่วมกันเสมอ สกินเนอร์⁽¹⁸⁾ ได้แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า และพฤติกรรมที่เกิดผลตาม มา การตอบสนองขึ้นอยู่กับความคิด ทำให้เกิดอารมณ์ ความรู้สึก และแสดงออก จะเห็นว่า ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกัน

เซฟเฟอร์ และมาร์ติน⁽¹⁹⁾ ได้ให้ความหมายของปัญหาพฤติกรรมว่าเป็นรูปแบบพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับหรือเบี่ยงเบนไปจากเกณฑ์ปกติ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาอาจมีสาเหตุมาจากจิตใจ ระบบประสาท หรือร่วมกันทั้งสองอย่าง เด็กที่มีความบกพร่องทางสมอง และประสาทเนื่องจากสมองถูกทำลายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมได้ อย่างไรก็ตาม เด็กที่มีความบกพร่องทางสมอง และประสาทไม่จำเป็นจะต้องมีปัญหาพฤติกรรมทุกคน

ฮอลลาแอน และคอฟแมน⁽²⁰⁾ ให้ความหมายของเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมว่าเป็นเด็กที่ได้ตอบสนองสิ่งแวดล้อมด้วยพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับหรือในวิถีทางที่ทำให้ผู้อื่นไม่พอใจ แต่สามารถปรับพฤติกรรมให้เป็นที่ยอมรับ และผู้อื่นพอใจได้

อุ้นเรื่อน อัมไพพัสเตอร์⁽²¹⁾ ให้ความหมายของเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมว่า เป็นเด็กที่ไม่สามารถหรือไม่ยอมปรับตัวให้มีพฤติกรรมเป็นที่ยอมรับทางสังคม ปัญหาพฤติกรรมมีผลกระทบต่อการเรียนรู้ เพื่อน ๆ ในชั้นเรียน และสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น

ผดุง อารยะวิญญู⁽²²⁾ ให้ความหมายของเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมว่า เป็นเด็กที่แสดงพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากเกณฑ์ปกติ อันจะสร้างปัญหาแก่เด็กเอง และผู้อื่น เป็นไปในลักษณะเกร ก่อ กวน ก้าวร้าว หรือถดถอย หลีกหนีความจริง เพ้อฝัน หรือมีลักษณะหงอยเหงา เชื่องซึม

สยมพร เค-ไพบูลย์⁽²³⁾ กล่าวว่า เด็กที่มีสุขภาพจิตไม่ดี มักมีความคิดที่ไม่ปกติ ไม่สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาได้เท่าที่ควร มักก่อให้เกิดพฤติกรรมผิดปกติ และเกิดปัญหาต่าง ๆ อยู่บ่อย ๆ ซึ่งจะมีลักษณะพฤติกรรมแตกต่างกันออกไปตามประสบการณ์ที่ได้รับจากการเลี้ยงดู และจากสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล

ผกา สัตยธรรม⁽²⁴⁾ ได้แบ่งลักษณะของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ พฤติกรรมที่ก้าวร้าว ครอบงำ ประเภทหนึ่ง อีกประเภทหนึ่ง คือ ประเภทถดถอยหนี เก็บกด อ่อนไหว ไม่สู้

Kessler⁽²⁵⁾ ได้เสนอแนวทางในการพิจารณาพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ดังนี้

1. อายุ เด็กแต่ละช่วงอายุมีลักษณะพฤติกรรมเฉพาะอย่าง ถ้าพฤติกรรมที่แสดงออกนั้น เป็นเด็กเกินอายุของเขา หรือต่ำกว่าอายุของเขาก็แสดงให้เห็นว่าเขามีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

2. ความถี่และความรุนแรงของการเกิดพฤติกรรม ถ้าพฤติกรรมใดมีความถี่มากและมีผลกระทบต่อผู้อื่นสูง กล่าวได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่มีปัญหา
3. จำนวนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ถ้าเด็กมีลักษณะของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เป็นสัดส่วนที่มากกว่าพฤติกรรมปกติ ทั่ว ๆ ไปของเด็กในสภาพของสังคมใดสังคมหนึ่ง
4. การสูญเสียโอกาสทางสังคม มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ในสังคม เช่น สูญเสียโอกาสในการเรียนหนังสือ
5. มีผลต่อความเจ็บป่วยของเด็ก เช่น ทำให้มีอาการของโรคมากขึ้น
6. พฤติกรรมที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหา และไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมเหล่านี้ได้ เช่น การลักขโมย การชกต่อยหรือการพูด
7. บุคลิกภาพโดยทั่วไปของเขา โดยพิจารณาว่าพฤติกรรมที่เขาแสดงออกมานั้นทำให้ปัญหาบุคลิกภาพต่อตัวเองก็จะนับว่าเป็นปัญหาพฤติกรรม

2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมของมนุษย์⁽²⁶⁾

การเกิดพฤติกรรมนั้น มีปัจจัยภายใน คือ ปัญญา ความคิด ความรู้สึกที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมและยังมีปัจจัยภายนอกซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมร่วมด้วย พฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจึงเกิดจากปัจจัยหลายด้าน การศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาพฤติกรรมของมนุษย์จึงไม่สามารถเข้าใจได้จากทฤษฎีเพียงทฤษฎีเดียว สำหรับพัฒนาการของมนุษย์ สามารถแบ่งออกได้เป็นด้านต่าง ๆ ได้แก่ พัฒนาการด้านความคิด และสติปัญญา พัฒนาการทางด้านอารมณ์ พัฒนาการทางด้านสังคม พัฒนาการทางด้านศีลธรรม เป็นต้น ซึ่งไม่สามารถนำมากล่าวได้ทั้งหมด จึงขอกล่าวสรุปในส่วนที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในทฤษฎีที่เป็นที่รู้จักแพร่หลาย

2.2.1 ทฤษฎีพัฒนาการทางจิตใจและเพศ (Psychosexual Development Theory) ของ Freud^{(26) (27)}

ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ได้กล่าวถึงทฤษฎีจิตวิเคราะห์โดยเน้นถึงความสำคัญของประสบการณ์ในวัยเด็กจะมีผลโดยตรงต่อลักษณะพัฒนาการและบุคลิกภาพของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ Freud ได้เสนอการแบ่งขั้นพัฒนาการตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงซึ่งขึ้นกับความต้องการทางเพศ เขาเชื่อว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ที่ติดมาแต่กำเนิด และการสนองความต้องการนี้จะเกี่ยวข้องกับอวัยวะบางส่วนของร่างกายมนุษย์เป็นระยะไป ทำให้ระยะนั้นมีลักษณะของพฤติกรรมที่มีความต้องการและแรงผลักดัน ซึ่งบุคคลจะต้องพยายามหาสิ่งตอบสนองความต้องการขั้นสรีระวิทยาอยู่เสมอในทุกขั้นของการพัฒนาการนับตั้งแต่แรกเกิด และหากไม่สามารถทำได้ในขั้นหนึ่งขั้นใด จะเป็นเหตุให้บุคคลเกิดการชะงักงัน (Fixation) การพัฒนาการขั้นต่อไปซึ่งมีผลต่อการปรับตัวในวัยต่อมา และเมื่อใดก็ตามที่การตอบสนองในขั้นใดขั้นหนึ่งไม่

สมบุรณ์ เด็กมักจะหวลกลับไปใช้พฤติกรรมเก่า ๆ ในขั้นพัฒนาการก่อน ๆ ซึ่งเรียกว่า การถดถอย (Regression) ของพฤติกรรม

2.2.2 ทฤษฎีความสัมพันธ์ของวัตถุและบุคคล (Object-relation Theory)⁽²⁷⁾

ทฤษฎีกล่าวว่า การพัฒนาของเด็กในการรู้จักและมีความสัมพันธ์ต่อวัตถุและบุคคลอื่น ๆ (objects) เกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับจากการมีความสัมพันธ์ (relationship) ที่ถูกต้องในชีวิตจริง เป็นทฤษฎีที่ช่วยเสริมทฤษฎีเดิม (psychosexual development theory) ให้สมบูรณ์ โดยเน้นอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม เช่น พ่อแม่ ที่มีต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ ต่อเติมทฤษฎีเดิมที่เน้นแต่แรงผลักดัน จิตไร้สำนึก (unconscious motive) และแนวที่ก่อให้เกิดความพอใจทางเพศ (erotogenic zone) นำไปสู่ความคิดใหม่ที่เชื่อว่า ความขัดแย้งที่มีในวัยเด็กอาจได้รับการแก้ไข (resolute) ได้ ในระยะ Latency และ Adolescence ทำให้บุคลิกภาพแบบต่าง ๆ เช่น แบบปาก (oral character) ไม่ใช่ลักษณะเฉพาะที่คงที่ของบุคคลนั้น ๆ

2.2.3 ทฤษฎีการพัฒนาการทางจิตใจและสังคม (Psychosocial Approach) ของ Erikson^{(26) (27)}

อีริคสัน (Erikson) ได้เปลี่ยนแนวความคิดในการจัดขั้นพัฒนาการโดยเน้นความสำคัญของความสัมพันธ์และความต้องการทางสังคมเพิ่มขึ้น โดยเขาได้กล่าวว่า วัยเด็กเป็นวัยของการเรียนรู้พบสิ่งแปลกใหม่และประสบการณ์รอบตัว ถ้าเด็กมีขั้นพัฒนาการที่เต็มไปด้วยความสุขก็จะทำให้เกิดความคิดว่า โลกที่ตนอยู่น่ารื่นรมย์ มีความสุข แต่ถ้าเด็กเกิดความทุกข์ใจ ยุ่งยากในเรื่องต่าง ๆ ความรู้สึกของเด็กจะเป็นไปในทางตรงกันข้าม เพราะฉะนั้น ความรู้สึกของเด็กจึงขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติของบิดามารดา สิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงคือ ให้เด็กมีความแน่ใจว่า บิดามารดารักเขา ความสัมพันธ์ในขั้นต้นนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาความเชื่อมั่นและอารมณ์ในวัยต่อไป

การเลียนแบบ เป็นวิธีการพื้นฐานของการพัฒนาบุคลิกภาพด้านสังคม จากการเลียนแบบพ่อแม่ หรือบุคคลที่เด็กรักใคร่ เด็กจะรับเอาคุณลักษณะพฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิด การเลียนแบบพ่อหรือแม่ที่เป็นเพศเดียวกัน ซึ่งก่อให้เกิดการประพฤติปฏิบัติถูกต้องตามแบบอย่างของแต่ละเพศ เป็นการปรับปรุงทางด้านบุคลิกภาพ พฤติกรรมทางสังคม และอารมณ์ ถึงแม้ว่าการที่เด็กเลียนแบบพ่อ แม่หรือบุคคลอื่น ๆ อีกหลายคน แต่พฤติกรรมและบุคลิกลักษณะของเด็กแต่ละคนไม่เป็นแบบเดียวกันกับผู้ที่เด็กเลียนแบบไปทุกอย่าง เด็กจะรับเอามาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งเป็นแบบฉบับเฉพาะตัวบุคคลซึ่งยากที่จะเหมือนผู้หนึ่งผู้ใด

บทบาททางเพศ การเลียนแบบบทบาททางเพศเป็นการปรับปรุงตัวเองให้เหมาะสมกับบทบาททางเพศของตน เด็กชายเลียนแบบพ่อ ก็จะมีลักษณะท่าทางเป็นผู้ชาย ทั้งในด้านความสนใจ การเล่นท่าทาง และทัศนคติ เด็กผู้หญิงก็เช่นเดียวกัน จะเลียนแบบจากแม่ ถ้าแม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ชอบลงโทษลูก เด็กมักจะแสดงความก้าวร้าวกับผู้อื่นเช่นเดียวกัน

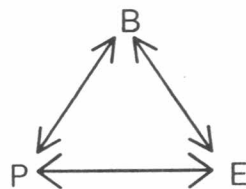
ความล้มเหลวในการเลียนแบบ ถ้าเด็กไม่ได้รับความรักใคร่ทะนุถนอมจากพ่อแม่ เด็กมักประสบความล้มเหลวในเรื่องการเลียนแบบพ่อแม่ เช่น เด็กชายที่ขาดพ่อจะล้มเหลวในการเลียนแบบพ่อก็อาจมีลักษณะท่าทางเป็นแบบของผู้หญิงไป ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัวเข้ากับสังคม

2.2.4 ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบกระทำ (Operant Conditioning theory) ของ Skinner ^{(26) (27)}

ทฤษฎีนี้อธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลว่า เป็นผลมาจากกระบวนการเรียนรู้ โดยหลักการเสริมแรงจากประสบการณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมจะแปรเปลี่ยนตามเงื่อนไขที่ได้วางไว้ สำหรับปัญหาพฤติกรรมในเด็ก เขาเชื่อว่าการเรียนรู้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก หากเรียนรู้ไม่เหมาะสมเด็กจะมีโอกาสเกิดปัญหาพฤติกรรมได้โดยมีปัจจัยภายนอก คือ การเสริมแรงทางบวก เช่น การให้รางวัล ทำให้พฤติกรรมนั้น ๆ คงอยู่หรือเพิ่มมากขึ้น และการเสริมแรงทางลบ เช่น การลงโทษ ทำให้พฤติกรรมนั้น ๆ หายหรือลดลงได้สอดคล้องกับแนวคิดของรอดเตอร์ ที่ว่า การเสริมแรงเป็นสิ่งสำคัญในการกระทำ และพฤติกรรมของมนุษย์ได้รับการเรียนรู้จากสภาพแวดล้อมทางสังคม

2.2.5 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura ⁽²⁸⁾

โดยเขามีทัศนะในเรื่องการเรียนรู้ต่างการเรียนรู้ในทัศนะของสกินเนอร์ คือ สกินเนอร์เน้นที่การเปลี่ยนพฤติกรรมที่แสดงออกได้ชัดเจน แต่แบนดูรามีทัศนะว่า การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องแสดงพฤติกรรมออกมาทันที แต่การเรียนรู้เป็นการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ซึ่งยังไม่จำเป็นที่จะต้องแสดงออกมา แต่ถ้าแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอกก็เป็นการยืนยันว่าเกิดการเรียนรู้ ซึ่งเกิดจากการสังเกตตัวแบบหรือการเรียนรู้โดยการสังเกต เช่น เด็กสังเกตเห็นพฤติกรรมก้าวร้าวของพ่อแม่ที่มีต่อกัน เด็กก็จะจดจำเอาไว้ซึ่งขั้นตอนนี้แบนดูราถือว่าได้เกิดการเรียนรู้ (ต่อมาเมื่อมีโอกาสเหมาะเด็กก็จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาทันที) เขาเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการใช้สัญลักษณ์ คือ เปลี่ยนประสบการณ์ชั่วคราวที่พบเห็นให้เป็นรูปแบบภายในซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวชี้แนะการกระทำในเวลาต่อมา ดังนั้น พฤติกรรมของบุคคลจึงเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในของบุคคลซึ่งหมายถึง สติปัญญา ตัวแปรชีวภาพ และสิ่งอื่น ๆ ในตัวคนรวมกับสภาพแวดล้อม การแสดงพฤติกรรมจึงสามารถได้ในลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์หรือเป็นตัวกำหนดซึ่งกันและกันระหว่างองค์ประกอบ 3 ด้าน (Triad Reciprocal Determinant) ดังรูป



ภาพที่ 3 การกำหนดซึ่งกันและกันระหว่างพฤติกรรม (B) องค์ประกอบตัวบุคคล (P) และสภาพแวดล้อม (E)

ในเรื่องปัญหาพฤติกรรมในเด็ก เขาเชื่อว่า การกระทำของบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของลักษณะความคิด และการตอบสนองทางอารมณ์ของเขา ขณะเดียวกันความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ก็จะทำหน้าที่กำหนดว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเช่นใดด้วย

2.3 สาเหตุของการเกิดปัญหาพฤติกรรม

ปัญหาพฤติกรรมที่พบในเด็กมักเป็นผลมาจากความขัดแย้งระหว่างความต้องการของตนเองบุคคลรอบข้าง เช่น พ่อ แม่ ครู หรือเพื่อน ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะเกิดขึ้นระหว่างพัฒนาการ และมักจะเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเพียงระยะสั้น ๆ หากความขัดแย้งถูกขจัดไปปัญหาก็จะหมดไป แต่หากไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ก็จะทำให้ปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้เป็นอยู่นานและมากขึ้น ซึ่งหากเป็นปัญหาที่รุนแรง เช่น ลักขโมย ทำลายข้าวของ ก้าวร้าว ก็จะทำให้เกิดเป็นปัญหาทางบุคลิกภาพ และทำให้เกิดปัญหาต่อตนเองและสังคมต่อไป

สาเหตุของปัญหาพฤติกรรมมักไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุเดียว แต่มักมีสาเหตุร่วมหลาย ๆ อย่างด้วยกันการที่จะเข้าใจสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมนั้น จึงต้องศึกษาให้ครอบคลุมปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ สังคม (Bio-psycho-social)

2.3.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological factor) ⁽²⁷⁾ ได้แก่

ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม

พันธุกรรมเป็นถ่ายทอดคุณลักษณะทางด้านชีวภาพทั้งหมดของพ่อแม่ไปสู่ลูก โดยคุณลักษณะทางชีวภาพเหล่านี้จะมีอยู่ในยีนส์ (Gene) ซึ่งยีนที่ถ่ายทอดและปรากฏออกมาในแต่ละบุคคล ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและวิถีชีวิตของบุคคลอยู่ตลอดเวลา โดยพันธุกรรมจะมีอิทธิพลต่อบุคคลในด้านต่อไปนี้ คือ

ก. ด้านร่างกาย พันธุกรรมจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อลักษณะทางร่างกายของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นในด้านของรูปร่าง หน้าตา สีของผิว ผม รวมทั้งโครงสร้างอื่น ๆ และโรคทางพันธุกรรม เช่น ธาลัสซีเมีย, ตาบอดสี, ลมชัก เป็นต้น

1) พันธุกรรมทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อบุคลิกภาพ

หากลักษณะที่ได้รับถ่ายทอดมาเป็นลักษณะด้อย หรือยีนส์อันเป็นหน่วยในการควบคุมพันธุกรรมมีความผิดปกติ เช่น ความผิดปกติของกลุ่มเลือด หรือการมีโครโมโซมเพศผิดปกติ เช่น โครโมโซมเพศเป็น XXY เกิดเป็นอาการที่เรียกว่า Klinefelter's Syndrome ทำให้กลายเป็นชายที่มีลักษณะของเพศหญิง หรือผู้ที่มีโครโมโซมเพศน้อยกว่าปกติ คือ XO ทำให้มีอาการ Turner's Syndrome คือ รูปร่างแคระแกร็น ไม่มีหน้าอก ไม่มีประจำเดือน สิ่งผิดปกติทางร่างกายเหล่านี้ย่อมจะส่งผลให้ต่อบุคลิกภาพและพฤติกรรมของบุคคลอย่างมาก

2) พันธุกรรมทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของบุคคล

การที่บุคคลมีลักษณะรูปร่างหน้าตาที่แตกต่างกัน จะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของบุคคลได้ทางหนึ่ง การที่สภาพร่างกายของบุคคลอยู่ในลักษณะที่ดีย่อมจะเชิญชวนให้มีอารมณ์ดี ในขณะที่คนที่มีรูปร่างด้อยจะหงุดหงิดและเจ้าอารมณ์ โมโหง่ายมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมมากกว่า

3) พันธุกรรมทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อการรับรู้ตนเอง

บุคคลมีการรับรู้ตนเองไปตามค่านิยมและการยอมรับของสังคม ดังนั้นหากบุคคลมีร่างกายเป็นไปตามค่านิยมของสังคมที่ตนอยู่ย่อมมีการรับรู้ตนเองในแง่ที่ดี แต่หากรูปร่างหน้าตาไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมจะรับตนเองในทางไม่ดี รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย ซึ่งการรับรู้ตนเองนี้มีความสำคัญและส่งผลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลเป็นอย่างมาก เพราะบุคคลที่มีการรับรู้ตนเองในทางที่ดีจะมีการปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าผู้ที่รับรู้ไม่ดี

ข. ความไม่สมดุลย์ของการทำงานของสารในร่างกาย ⁽²⁹⁾ เช่น Neurotransmitter, Serotonin, Dopamine เป็นต้น หรือความผิดปกติของฮอร์โมน เช่น ไทรอยด์ฮอร์โมนสูงหรือต่ำเกินไป รวมทั้งยาหรือสารที่มีฤทธิ์ต่อระบบประสาท เช่น Phenobarbital

ค. ความเจ็บป่วย ⁽⁶⁾ อันส่งผลกระทบต่อความรู้สึก โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรังจะทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองต้องมีอะไรบกพร่อง หรือมีปมด้อย ทำให้เด็กไม่สามารถแสดงศักยภาพของตนเองได้เต็มที่ด้วยความกังวลว่าจะทำได้ไม่ดี รวมทั้งการที่ร่างกายเจ็บป่วยเป็นเวลานานทำให้มีอารมณ์แปรเปลี่ยนจากเดิม หงุดหงิด ท้อแท้ วิตกกังวลได้ง่าย

ง. พื้นฐานทางอารมณ์ ⁽³⁰⁾ พบว่า ประมาณ 70% ของกลุ่มเด็กเลี้ยงยาก (difficult babies) จะเกิดปัญหาพฤติกรรม

2.3.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ ⁽³¹⁾ ได้แก่ พัฒนาการทางจิตใจที่บกพร่อง อันเกิดจากการไม่ประสบความสำเร็จจากพัฒนาการทางจิตใจ (Developmental task) ในแต่ละช่วงวัยได้ ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมและบุคลิกภาพในวัยต่อมา ซึ่งปัจจัยทางด้านจิตเจ้านั้นมักจะเป็นผลมาจากปัจจัยทางชีวภาพและสิ่งแวดล้อม

2.3.3 ปัจจัยทางด้านสังคม

ก. ครอบครัว พ่อแม่จะเป็นต้นแบบสำหรับเด็ก เด็กจะเลียนแบบพฤติกรรมจากการสังเกตพฤติกรรมของพ่อแม่ ดังนั้น รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู ความรัก ความเอาใจใส่ ความเข้าใจ ในพัฒนาการของวัย สัมพันธภาพภายในครอบครัว การรับรู้ทัศนคติของพ่อแม่ที่มีต่อตัวเด็ก รวมทั้งพฤติกรรมทุกอย่างล้วนมีความสำคัญต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพของเด็กเป็นอย่างมาก ⁽²³⁾ เด็กที่มีความสัมพันธ์กับพ่อแม่และบุคคลไม่ดี หรือมีปัญหามาแล้วเบื้องต้น เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นจะปรับตัวได้ลำบาก และจะเป็นสาเหตุอันหนึ่งที่จะนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางจิตเวชอย่างแท้จริง

ข. สิ่งแวดล้อมทางสังคม สำหรับเด็กที่อยู่ในวัยเรียน โรงเรียนจะเป็นสังคมที่สำคัญที่สุด ดังนั้น ครูจะเป็นคนสำคัญอีกคนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเด็กอย่างมาก ทักษะในการควบคุมดูแลสั่งสอนเด็กและการแสดงออกของครูต่อเด็กที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลให้เด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมหรือทำให้ปัญหาพฤติกรรมนั้นยิ่งเป็นมากขึ้น นอกจากนี้เพื่อนก็เป็นสิ่งสำคัญมากในการพัฒนาด้านสังคมและอารมณ์ การมีเพื่อนส่งเสริมให้เด็กมีความรู้สึกมั่นใจ เข้มแข็ง มีพลังอำนาจ มีพวก การยอมรับของเพื่อนจึงเสริมความภาคภูมิใจและเอกลักษณ์หรือภาพพจน์ต่อตนเองที่ดี วัยรุ่นถ้าขาดเพื่อนจะทำให้เขามีปมด้อย ขาดมนุษย์สัมพันธ์ มีภาพพจน์ตนเองไม่ดี ความคิดไปทางลบ มีอารมณ์ซึมเศร้า และหันเข้าหายาเสพติดหรือประพฤตินิสิต และมีโอกาสเป็นโรคจิตโรคประสาทได้

นอกจากนี้วัฒนธรรม ประเพณี สภาวะเศรษฐกิจ กฎเกณฑ์ทางสังคมที่แตกต่างกันก็มีผลต่อการปรับตัวด้วยเช่นกัน หากไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะเกิดความคับข้องใจและเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาตามมา

ค. สื่อต่าง ๆ ปัจจุบันสื่อสารมวลชนทุกอย่างมีอิทธิพลมากต่อเด็ก เนื่องจากเทคโนโลยี ทำให้มีการสื่อสารอย่างไร้ขอบเขต และติดต่อถึงกันอย่างรวดเร็ว เช่น คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ ภาพยนตร์ หนังสือการ์ตูน หนังสือโปปเปล็อย เครื่องเล่นเกม สิ่งเหล่านี้ได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเด็ก โดยเฉพาะกับเด็กวัยรุ่น เพราะเป็นวัยที่ชอบเลียนแบบและแสวงหาสิ่งแปลกใหม่ที่ตื่นเต้น โดยไม่คำนึงถึงว่า สิ่งไหนดีหรือไม่ดี สื่อสารมวลชนทุกชนิดมีผลต่อพฤติกรรมและจิตใจของเด็กมาก บางอย่างทำให้เด็กเกิดความก้าวร้าว บางอย่างทำให้เด็กเกิดความกลัว บางอย่างทำให้เด็กขี้เกียจ บางอย่างทำให้เด็กนอนดึกไม่เป็นเวลา บางอย่างทำให้เด็กเกรงไม่ยอมทำการบ้าน ไม่ยอมเรียน บางอย่างทำให้เสพติด ฯลฯ จึงจำเป็นที่พ่อแม่ ผู้ปกครองต้องดูแลเอาใจใส่เด็กอย่างใกล้ชิด

2.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมของเด็กป่วยลมชัก

2.4.1 ลักษณะทางพยาธิสภาพทางสมอง⁽³²⁾ ได้แก่ ชนิด ความรุนแรงของโรค ความถี่ของอาการชัก ความเรื้อรังของโรค

2.4.2 อายุของเด็กเมื่อเริ่มป่วยเป็นโรคลมชัก⁽³³⁾ และพบว่าในเด็กที่เป็นโรคลมชักตั้งแต่อายุน้อยจะพบการถูกทำลายของระบบประสาท ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับการศึกษา และจะทำให้มีความเสี่ยงของความผิดปกติทางจิตเวชสูงขึ้น

2.4.3 ช่วงวัยของพัฒนาการ ในวัยรุ่นเป็นวัยที่พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมได้มาก พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักในวัยนี้จะมีปัญหาทางจิตใจ โดยเฉพาะซึมเศร้ามากกว่าในวัยเด็ก^{(34) (35)}

2.4.4 ระดับสติปัญญาและการศึกษา

2.4.5 ครอบครัว ได้แก่ การรับรู้ของครอบครัวต่อโรคลมชัก ปฏิกริยาของครอบครัวต่อเด็ก ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดี หากเด็กได้รับการสนับสนุน ให้กำลังใจที่มั่นคง จะทำให้เด็กสามารถเผชิญกับการแสดงออกของคนในสังคมของเขาได้

2.4.6 ลักษณะเฉพาะตัวของเด็ก เช่น อายุ เพศ พื้นฐานทางอารมณ์ (Temperament)

2.4.7 ทักษะคิดต่อโรค เด็กที่ป่วยเป็นโรคลมชักมักจะมีทักษะคิดต่อโรคของตนเองไม่ดี และมีความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ต่ำ⁽³⁶⁾ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมได้มาก

2.4.8 สังคม การแสดงออกของบุคคลรอบข้างในทางที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลรอบข้างมีการแสดงออกต่อผู้ป่วยที่ไม่ดี จะส่งเสริมให้เขาเกิดปัญหาด้านพฤติกรรมได้

3. วัยรุ่น

วัยรุ่น หมายถึง ระยะเวลาจาก puberty ไปจนถึงวัยผู้ใหญ่⁽³⁷⁾ อาจแยกออกได้เป็น 2 ระยะ คือ วัยรุ่นตอนต้น ช่วงอายุ 10-15 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย ช่วงอายุ 16-20 ปี การเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นที่สำคัญมี 2 ลักษณะ คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจโดยจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน⁽³⁸⁾

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

เด็กชายและเด็กหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างมาก โดยเด็กชายร่างกายจะมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว อวัยวะเพศขยายใหญ่ขึ้น มีการหลั่งน้ำกามหรือฝันเปียก มีขนที่รักแร้และที่อวัยวะเพศ ต่อมาเสียงจะใหญ่ ห้าวขึ้นมีหนวดและขนตามตัว ในเด็กหญิงมีเต้านมขยายขึ้นและประจำเดือนตามาหลังการเจริญของอวัยวะเพศ

3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

วัยรุ่นตอนต้นจะหันมาสนใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองมากขึ้น มีความกังวลกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีความรู้สึกไวต่อคำวิจารณ์ ต่อสายตา ทำที่ของผู้อื่น กลัวการถูกตำหนิและการค่อนข้างอด เปรียบเทียบ มีความต้องการเป็นอิสระ ต้องการเป็นตัวของเขาเอง ไม่ชอบให้ผู้ใหญ่ออกคำสั่งควบคุม เด็กวัยนี้จะวางตัวห่างพ่อแม่ แสดงความคิดเห็นไม่ตรงกับพ่อแม่ อันเป็นเหตุให้เกิดการขัดแย้งกันได้บ่อย ๆ แต่กระนั้นเด็กยังต้องการความสนใจและความเอาใจใส่อยู่เป็นครั้งคราว เป็นลักษณะที่เขาต้องการความใกล้ชิดอยู่ แต่แสดงแตกต่างไปจากวัยเด็กเล็ก เด็กมีความสับสน กังวลระหว่างความต้องการเป็นอิสระกับความกลัวการรับผิดชอบ

3.3 พัฒนาการทางด้านสติปัญญาและความคิด

เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น เด็กมีความคิดเปลี่ยนจากรูปธรรมเป็นนามธรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไป ความคิดเพิ่มกว้างขวางขึ้นสามารถคิดในเชิงทฤษฎี เป็นเหตุเป็นผล Piaget เรียกความคิดชนิดนี้ว่า Formal Operation เด็กมีความคิด รวบรวมจริงจังกับความคิดของตนเอง และยึดเอาเป็นเลิศและถูกต้อง ทุ่มเทความสนใจของตนอย่างจริงจัง เด็กวัยรุ่นจะแสดงออกอย่างรุนแรง ประกอบกับวัยรุ่นมีความโน้มเอียงที่จะคิด หรือมองสิ่งรอบตัวในด้านลบ และคิดถึงความสามารถของตน

3.4 การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์

ในช่วงต้นของวัยรุ่น เด็กจะมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ง่ายและบางครั้งไม่มีเหตุผล เด็กอาจมีความวิตกกังวล หงุดหงิด ไม่สบายใจ เครียด หรืออารมณ์เศร้าเกิดขึ้นได้ ความรู้สึกไม่แน่นอน หวั่นไหวง่าย สับสน อาจแสดงอาการรุนแรงก้าวร้าว หรือมีพฤติกรรมถอยหลังได้ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และฮอร์โมน อวัยวะเพศ และจิตใจ

3.5 การพัฒนาทางด้านสังคม

การมีเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญมากในการพัฒนาด้านสังคมและอารมณ์ ช่วยส่งเสริมให้เด็กมีความรู้สึกมั่นใจ เข้มแข็ง มีพลังอำนาจ มีพวก การยอมรับของเพื่อนจึงเสริมความภาคภูมิใจและเอกลักษณ์หรือภาพพจน์ต่อตนเองที่ดี ในทางตรงกันข้ามหากเขามีปัญหาในการเข้าสังคม จะทำให้เขามีปมด้อย ขาดมนุษยสัมพันธ์ มีภาพพจน์ตนเองไม่ดี ความคิดไปทางลบ มีอารมณ์ซึมเศร้า และหันเข้าหายาเสพติด

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมหรือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

นภาพร อิศระภิญโญ (2536)⁽³⁹⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่คลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อหาอัตราความชุกของปัญหาด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเปรียบเทียบปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดต่าง ๆ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 100 คน ด้วยแบบสัมภาษณ์ และแบบทดสอบ SCL-90 พบว่า อัตราความชุกของปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ .048 และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปัญหาทางด้านจิตใจแตกต่างจากเกณฑ์ปกติ 4 กลุ่มอาการ คือ Somatization, Phobic Anxiety, Psychoticism และ Paranoid Ideation

สุภาวดี เหลืองศรีปรกรณ์ (2538)⁽³²⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องสภาวะจิตสังคมของเด็กป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ อายุที่เริ่มเป็นโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมก้าวร้าว และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการถูกล้อเลียนจากผู้อื่น สำหรับความถี่ของการชก มีความสัมพันธ์กับการถูกล้อเลียนจากผู้อื่น ลักษณะที่อายุ กระตาคและระดับการศึกษาของผู้ป่วย

รัตนภรณ์ นรินทร์ (2541)⁽⁴⁰⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยเรียนที่มีโรคทางกายเรื้อรังที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบความชุกของปัญหาพฤติกรรม ร้อยละ 33.2 ปัจจุบันที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็ก และประวัติการมีอาการทางจิต ติดสุราหรือสารเสพติดของบิดามารดา

ดารกา แสงสุโข (2544)⁽⁴¹⁾ ได้ศึกษาเรื่องปัญหาพฤติกรรมและแบบการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเด็กบกพร่องทางสติปัญญา อายุ 6-11 ปี ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลราชานุกูล พบว่า เด็กหญิงมีปัญหาพฤติกรรมแบบเก็บกดสูงกว่าเด็กชายในด้านแยกตนเองจากสังคม ในขณะที่เด็กชายมีปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกสูงกว่าเด็กหญิงในด้านพฤติกรรมเด็กกว่าวัย พบว่าปัญหาการพูดและขาดสมาธิ สนใจสิ่งใดได้ไม่นาน เป็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไขมากที่สุด และพบว่า การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยมีความสัมพันธ์ในทางลบกับพฤติกรรมเด็กกว่าวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ธีรภา เกษประดิษฐ์ (2544)⁽⁴²⁾ ได้ศึกษาเรื่องปัญหาพฤติกรรมเด็กและเยาวชนในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนใน 4 ภาค พบว่า ปัญหาพฤติกรรมที่พบในรายภาค จะพบปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวสูงสุดในภาคกลาง ภาคเหนือและภาคใต้ และพบปัญหาทางเพศสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนปัญหาในระดับรองลงมา คือ ปัญหาทางเพศ ปัญหาพฤติกรรมเกรง/กระทำผิดกฎระเบียบ ซึ่งพบว่า ปัญหาพฤติกรรมเด็กและความรุนแรงของปัญหาในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนในแต่ละภาคมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นและควรได้รับการแก้ไข ป้องกันอย่างจริงจัง

Austin J.K. (1989)⁽⁴³⁾ ได้ศึกษาอัตมโนทัศน์ พฤติกรรมที่บ้านและที่โรงเรียนของ เด็กป่วยด้วยโรคลมชัก 128 คน เทียบกับเด็กป่วยโรคหอบหืด 126 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักมีการปรับตัวทางสังคมที่แย่กว่าทั้ง 3 ด้าน คือ อัตมโนทัศน์ พฤติกรรมที่บ้านและที่โรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพศหญิงจะมีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาที่บ้านในด้านซึมเศร้า การบ่นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของร่างกาย (somatic complaints) การแยกตัวจากสังคม และมีอาการอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) มากกว่าในเด็กชาย

Westbrook L.E.; Silver E.J.; Coupey S.M.; Shinnar S (1991)⁽⁴⁴⁾ ได้ศึกษาในวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคลมชัก แบบ idiopathic (แบบไม่ซับซ้อน) ซึ่งมีอาการของโรคแบบน้อย โดยศึกษาเปรียบเทียบ 3 กลุ่ม มีอายุตั้งแต่ 13-19 ปี ระหว่าง ผู้ป่วยโรคลมชัก 34 คน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 32 คน และผู้ที่ไม่ได้ป่วยโรคเรื้อรัง 50 คน เปรียบเทียบในด้านโรงเรียนและการแสดงออกทางสังคม พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักมีปัญหาในด้านการเรียนรู้ พวกเขาจะไม่พูดถึงความเจ็บป่วยของตนเองให้กับเพื่อนฟัง สรุปผลว่า ผู้ป่วยลมชักแบบ idiopathic ที่มีความรุนแรงในระดับน้อยจะมีชีวิตประจำวันในสังคมแบบมีขอบเขต (spheres of daily social life) และอาจจะไม่มีความเสี่ยงต่อการปรับตัวที่

ผิดเหมือนกับในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักที่เป็นมาก แต่อย่างน้อยที่สุด การป่วยเป็นโรคลมชักแม้จะไม่น่ารุนแรงก็ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในโรงเรียน และพฤติกรรมทางสังคมมากกว่าการเจ็บป่วยโรคอื่น

Suzanne McDermotta, Subramani Mani and Shanthi Krishnaswami (1995)⁽⁴⁵⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบเด็กที่มีอาการชัก กับเด็กที่ป่วยเป็นโรคหัวใจ กับกลุ่มเด็กปกติ พบว่า เด็กที่มีอาการชักจะมีปัญหาพฤติกรรมสูงกว่าเด็กปกติ 4.7 เท่า ส่วนเด็กที่เป็นโรคหัวใจจะมีปัญหาพฤติกรรมมากกว่าเด็กปกติ 3 เท่า ปัญหาพฤติกรรมเฉพาะในเด็กที่มีอาการชัก คือ อาการชน ได้แก่ การไม่สามารถคงสมาธิได้ สับสนได้ง่าย หุนหันพลันแล่น ทำอะไรซ้ำ ๆ และอยู่ไม่นิ่ง รวมทั้งมีอาการติดคือ นัวเนียกับผู้ใหญ่ ร้องไห้มาก เรียกร้องความสนใจมาก และพึ่งคนอื่นมากเกินไป

Dunn D.W., Austin J.K., Huster G.A. (1997)⁽⁴⁶⁾ ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคลมชักอายุ 5-15 ปี ทั้งหมด 42 คน ประเมินปัญหาพฤติกรรมโดยใช้ Child Behaviour Checklist และให้พ่อแม่เป็นผู้ประเมิน ซึ่งได้แบ่งการประเมินเป็น 2 กลุ่ม ในกลุ่มแรกประเมินทันทีหลังจากชักครั้งแรก และกลุ่ม 2 ประเมินหลังจากชักครั้งแรกไปแล้ว 4 เดือนพบว่า 24% ของกลุ่มแรกมีปัญหาพฤติกรรม และลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากกลุ่ม 1 ไปยังกลุ่มที่ 2 ซึ่งให้เห็นว่าควรจะมีการประเมินปัญหาพฤติกรรมหลังจากที่ผู้ป่วยโรคลมชักมีการชักครั้งแรกทันที

Schoenfeld J. et.al. (1999)⁽⁴⁷⁾ ได้ศึกษาปัญหาประสาทสมอง-จิตใจ (neuropsychological) และพฤติกรรม ในเด็กป่วยโรคลมชักแบบ complex partial seizures (CPSs) จำนวน 57 คน อายุตั้งแต่ 7-16 ปี กับกลุ่มควบคุมที่เป็นพี่น้องที่อยู่ในช่วงอายุเดียวกัน พบว่า โรคลมชักมีผลกระทบต่อทั้งการนึกคิด (cognitive) พฤติกรรม และการปรับตัว อายุที่มีการชักซ้ำ ๆ (Age at onset of recurrent seizures) เป็นตัวพยากรณ์ถึงการทำหน้าที่ของการนึกคิดที่ถูกต้องและแน่นอนที่สุด โดยยังมีอายุที่เริ่มชักซ้ำ ๆ น้อยเท่าใดก็จะมีสถานะของการนึกคิดแย่งเท่า นั้น และความถี่ของการชักในอดีตจะเป็นตัวพยากรณ์ที่แน่นอนที่สุดสำหรับปัญหาทางพฤติกรรม นอกจากนี้ยัง พบว่ามีปัญหาในด้านสังคมและความสามารถในโรงเรียน (school competence) รวมทั้งปัญหาพฤติกรรมภายใน (internalizing) เมื่อเทียบกับพี่น้องที่เป็นกลุ่มควบคุม แต่ไม่พบความแตกต่างในปัญหาพฤติกรรมภายนอก

Dunn D.W., Austin J.K., Huster G.A. (1999)⁽⁴⁸⁾ ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคลมชัก จำนวน 115 คน อายุ 12-16 ปี โดยเก็บข้อมูลทางประชากร เช่น อายุ, เพศ ข้อมูลการชัก เช่น ความรุนแรงของการชัก, อายุที่เริ่มชัก ข้อมูลของครอบครัว เช่น ความเครียด ความสัมพันธ์ ข้อมูลของมารดา เช่น ความรู้สึกเป็นตราประทับ (perceptions of stigma), อาการซึมเศร้า และข้อมูลของเด็ก เช่น ทักษะคิดต่อโรคลมชัก, ความพึงพอใจในความสัมพันธ์ของครอบครัว, การปรับตัวและการรับรู้ในการควบคุมตนเอง (perceptions

of control) พบว่า 23% ของกลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้า โดยมีตัวพยากรณ์ คือ ทัศนคติของผู้ป่วยต่อโรคลมชัก ความพึงพอใจในความสัมพันธ์ของครอบครัว และ การไม่รู้จักรับควบคุมตนเองในสังคม (unknown locus of control for socially powerful others.)

การประชุมประจำปี 2001 ของสมาคมผู้ป่วยโรคลมชักในสหรัฐอเมริกา⁽⁴⁹⁾ ได้สรุปว่า ปัญหาทางด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางการเรียนในเด็กป่วยโรคลมชัก ถือเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในเด็กป่วยโรคลมชักทั่วไป และสมควรที่จะมีการศึกษาในหัวข้อเหล่านี้เพื่อหาทางแก้ไข

Davies S, Heyman I, Goodman R. (2003)⁽⁵⁰⁾ การศึกษาการระบาดของอัตราผู้ป่วยทางจิตเวช อายุ 5-15 ปี โดย The 1999 British Child and Adolescent Mental Health Survey ศึกษาทั้งหมด 10,316 คน มีเด็กเป็นโรคลมชักทั้งหมด 67 คน เป็นชาย 35 คน หญิง 32 คน อายุเฉลี่ย 10 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2 ปี 11 เดือน เปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวาน 47 คน อายุเฉลี่ย 10 ปี 4 เดือน และกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นเด็กปกติจำนวน 10,202 คน มีการสัมภาษณ์ด้วยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง พบว่า 37% ของผู้ป่วยกลุ่มโรคลมชัก 11% ของผู้ป่วยเบาหวาน และ 9% ของกลุ่มควบคุมป่วยเป็นโรคทางจิตเวช พ่อแม่ของผู้ป่วยโรคลมชักได้รายงานปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับเพื่อน นอกเหนือจากปัญหาทางด้านอารมณ์ พฤติกรรมและความสัมพันธ์ทั่วไปที่ตรวจพบ ซึ่งเป็นภาระ (burden) ต่อเด็กและครอบครัวมาก ซึ่งให้เห็นว่า การบริการทางด้านสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นอย่างมากต่อเด็กกลุ่มนี้

Dunn D.W., et.al (2003)⁽⁵¹⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการชักและปัญหาพฤติกรรมในเด็กที่เพิ่งป่วยเป็นโรคลมชัก (new-onset seizure) จำนวน 209 คน โดยให้ครูเป็นผู้ประเมินคะแนนพฤติกรรมในช่วงเวลา 24 เดือน พบว่าในกลุ่มเด็กที่เพิ่งป่วยเป็นโรคลมชักและมีอาการชักต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ของคะแนนปัญหาพฤติกรรมแบบภายใน (Internalizing behavior problem) และภายนอก (Externalizing behavior problem) สูงกว่าในกลุ่มเด็กที่เพิ่งป่วยเป็นโรคลมชักแต่ไม่มีอาการชักต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Stafstrom C.E. และ Havlenab J. (2003)⁽⁵²⁾ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชัก โดยให้ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอายุ 5-15 ปี จำนวน 105 คน วาดภาพเกี่ยวกับอาการชักของตน (picture of what it is like to have seizure) ซึ่งภาพได้แสดงให้เห็นถึงความคิดเกี่ยวกับตนเองที่ไม่ดี (impaired self-concept) ความนับถือในตนเองต่ำ (low self-esteem) ความรู้สึกที่ขาดความช่วยเหลือ ไร้ค่า รวมทั้งภาวะซึมเศร้าด้วย

Prpic I et. al. (2003)⁽⁵³⁾ ได้สำรวจความคิดเห็นของครูเกี่ยวกับความสามารถและพฤติกรรมของเด็กที่ป่วยโรคลมชักโดยทำการสำรวจในครูที่มีลูกศิษย์ที่ป่วยเป็นโรคลมชักจำนวน 260 คน พบว่าครูส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคของเด็กจากแหล่งอื่นที่ไม่ใช่บิดา

มารดา 1 ใน 3 ของครุทั้งหมดรู้สึกไม่มั่นใจในการสอนเด็กที่ป่วยเป็นลมชัก ครูเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 91.2) ต้องการข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาทางสังคม ปัญหาพฤติกรรมและคุณภาพชีวิตของเด็กที่ป่วยโรคลมชัคนั้นมีปัจจัยสำคัญจากทัศนคติ ความรู้ ความคิดเห็นและการแสดงออกของบุคคลใกล้ชิด ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของทีมของแพทย์ที่จะช่วยให้ความรู้ในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักกับบุคคลที่ใกล้ชิดเด็กด้วย

Jane William, et. al (2003)⁽⁵⁴⁾ ได้ศึกษาเรื่องความวิตกกังวลของบิดา มารดาและคุณภาพชีวิตของเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชัก โดยได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคลมชักอายุ 6-16 ปี จำนวน 200 คนที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษามาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี ร้อยละ 64 เป็นมีอาการชักแบบ Complex partial seizure, ร้อยละ 13 มีอาการชักแบบ generalized tonic-clonic seizures, ร้อยละ 20% มีอาการชักแบบ absence seizures, และร้อยละ 3 มีอาการชักแบบผสม (mixed seizure types) บิดา มารดาหรือผู้ปกครองจะได้รับแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเด็ก และสำรวจความวิตกกังวลของบิดามารดา พบว่าความรุนแรงของอาการของอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคลมชัก (comorbid condition) ความวิตกกังวลของบิดา มารดา การควบคุมอาการชัก (seizure control) และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย บิดา มารดาของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้และมีอาการพิการร่วมด้วยจะยิ่งมีความวิตกกังวลมากขึ้น ซึ่งพบว่าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยิ่งน้อยลงตามไปด้วย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย