



# สำรวจอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชัก

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน\*

ชาคริยา ลิ้มอรุณ\*\*

วราภรณ์ กรงทอง\*\*\*

ราตรี ตาลเชื้อ\*\*\*\*

อภาภรณ์ อานามวงศ์\*\*\*\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross sectional survey) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคลมชัก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคลมชักที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของศูนย์โรคลมชัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 357 ราย โดยใช้แบบสอบถามประเมินความเสี่ยงในการเกิดอุบัติการณ์ 39 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ที่พบมากที่สุดด้านร่างกาย คือเกิดบาดแผลขณะชักถึง ร้อยละ 43.14 ส่วนด้านจิตใจและสังคม พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและเครียดเกี่ยวกับโรค ถึงร้อยละ 67.98 มีการรับรู้ว่าการชักมีอุปสรรคในการทำงาน ถึงร้อยละ 40.28 และเคยล้มรับประทานยา ถึงร้อยละ 61.02 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเสี่ยงจากโรคลมชักพบว่า เพศชายและเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ขณะชักแตกต่างกัน ( $p < .05$ ) โดยเกิดกับเพศชาย ร้อยละ 11.05 และเกิดกับเพศหญิงเพียงร้อยละ 3.93 และอายุที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและเครียดเกี่ยวกับโรค การรับประทานยา การรับรู้คุณค่าในตนเอง รวมทั้งด้านสังคมและครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก เพื่อลดความเสี่ยงและอันตรายจากอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยลมชักเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลมชัก

**คำสำคัญ :** อุบัติการณ์, ความเสี่ยง, โรคลมชัก, ปัญหาสุขภาพ

\* ครุศาสตร์มหาบัณฑิต (บริหารพยาบาล), รองผู้อำนวยการศูนย์โรคลมชัก สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์.

\*\* พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, พยาบาลวิจัย ศูนย์โรคลมชัก สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์.

\*\*\* วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสถิติประยุกต์, นักชีวสถิติ ศูนย์โรคลมชัก สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์.

\*\*\*\* พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, พยาบาลประจำการ ศูนย์โรคลมชัก สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์.

\*\*\*\*\* วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์ชีวการแพทย์, ผู้ช่วยนักวิจัย ศูนย์โรคลมชัก สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์.



# Survey Incident of Specific Clinical Risk in Epilepsy Patients

*Penchun Sanprasan\**

*Chakriya Limarun\*\**

*Waraphorn Krongthong\*\*\**

*Ratree Talchue\*\*\*\**

*Arpaporn Arnamwong\*\*\*\*\**

## Abstract

This cross-sectional survey study aimed to determine the incidence rate of physical, self-esteem, psychosocial, and medication's behavior risks in patients with epilepsy. In addition, this study also aimed to investigate various factors that associated with each risk incident. The questionnaire of 39 self-assessment were completed by 357 patients during their follow up visit at epilepsy clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Data were analyzed using descriptive statistics and the correlation (Chi-Square)

The study showed that the incidents related to physical risks, patients experiencing abrasions during seizures was regarding the most common (43.1%). Amongst psychological risks, the most common risk found was anxiety and/or stress (68.0%). In addition, a significant proportion (61.0%) of patients reported that they have forgotten to take their medication. Motor vehicle accident is significantly related to gender ( $p < .05$ ). The incidence of epilepsy in male was 11.0% which compared to 3.9% in female. Moreover, epilepsy patients among the variety of age have significantly correlated with high risk of stressed and anxiety, taking medication, self esteem, including family and society ( $p < .05$ ).

The results obtained from this study were evidence-based practice to develop the treatment and care guidelines for patients with epilepsy in efforts to reduce possible future risk incidents and improving quality of life.

---

\* M. Ed (Nursing administration), Deputy Director of Chulabhorn Epilepsy Center.

\*\* B. Sc. (Nursing), Research Unit of Chulabhorn Epilepsy Center

\*\*\* M.Sc. (Applied statistic), Research Unit of Chulabhorn Epilepsy Center

\*\*\*\* B. Sc. (Nursing), Research Unit of Chulabhorn Epilepsy Center

\*\*\*\*\* B. Sc. (Biomedical science), Research Unit of Chulabhorn Epilepsy Center



### ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคลมชัก (Epilepsy) เป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบบ่อยโรคหนึ่งและจากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคลมชักในประเทศไทยพบว่ามีความชุก 7.2 ต่อประชากร 1,000 คน<sup>1</sup> โดยลักษณะอาการของโรคเกิดจากการปล่อยกระแสไฟฟ้าที่ผิดปกติบริเวณผิวสมองซึ่งทำให้เกิดอาการชักซ้ำๆ (seizure) ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อสมองที่ผิดปกติจากหลายๆ สาเหตุ เช่น ได้รับการกระทบกระเทือนบริเวณศีรษะจากการเกิดอุบัติเหตุ เนื้อสมองขาดออกซิเจน และมีการติดเชื้อที่สมอง และมีการเจริญเติบโตของเนื้อสมองที่ผิดปกติ เป็นต้น โดยที่ประเภทของอาการชักนั้นมีหลายรูปแบบ ทั้งชนิดที่รุนแรงและไม่รุนแรงสำหรับชนิดที่ไม่รุนแรง อาจปรากฏอาการแค่เพียงเหม่อหนึ่ง หรืออาจมีเกร็งกระตุกเฉพาะอวัยวะบางส่วน สำหรับชนิดที่มีอาการชักที่รุนแรงจะมีอาการเกร็งกระตุกทั้งตัว น้ำลายฟูมปาก หรือมีอาการแสดงที่ผิดปกติในตำแหน่งการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่างๆ ที่เชื่อมโยงจากบริเวณเนื้อสมองที่มีความผิดปกติ นั้นๆ แต่ไม่ว่าจะเกิดอาการชักชนิดใดก็ตาม ขณะที่มีอาการชักผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกตัว โดยที่ในช่วงเวลานั้นถึงแม้จะไม่นาน (โดยทั่วไปไม่เกิน 5 นาที)<sup>2</sup> ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับมาสติใหม่อีกครั้ง ถือเป็นช่วงเวลาวิกฤตที่อาจทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากการเกิดอุบัติเหตุที่ไม่คาดคิดด้านร่างกาย (Physical Impact) ได้ตลอดเวลา เช่น ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากอาการชักขณะกำลังขับรถ กำลังเดินข้ามถนน กำลังเดินขึ้นบันได และกิจกรรมอื่นๆ อีกมากมายที่สามารถเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน<sup>3,4</sup>

นอกจากผลกระทบที่สามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและชีวิตแล้ว ยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจ (Psychological Impact) โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลใกล้ชิดจะต้องเผชิญกับภาวะเครียดเรื้อรังอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้<sup>5</sup> เช่น ความรู้สึกวิตกกังวลต่อปัญหาที่เกิดขึ้น, ความกลัวที่จะเกิดอันตราย, ความอับอายจากการชักที่รุนแรงและความรู้สึกว่าด้อยคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ อาจนำเข้าสู่ระยะอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression stage) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการคิดจะทำร้ายตัวเองจนถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย<sup>6,7,8</sup> ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยโรคลมชัวยังถูกผลกระทบจากการได้รับโอกาสทางสังคม เนื่องจากบุคคลทั่วไปในสังคมยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง โดยคิดว่าผู้ป่วยโรคลมชักเป็นกลุ่มประชากรที่มีศักยภาพ และสมรรถภาพน้อยกว่าคนปกติทั่วไป ทั้งทางด้านสติปัญญา, การทำงาน และการใช้ชีวิตในสังคม แต่ผู้ป่วยจะมีการสูญเสียการควบคุมตนเอง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในขณะที่มีอาการชักเท่านั้น<sup>5</sup>

จากการศึกษาของ Micheal P. Kerr กับคณะพบว่า ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเกี่ยวกับ ภาวะเจ็บป่วยทางจิตใจของผู้ป่วยโรคลมชักที่ส่งผลต่อศักยภาพในการเรียนรู้และการดำเนินชีวิตเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรที่ไม่ได้เป็นโรคลมชัก โดยมีข้อแนะนำว่าควรจะทำการศึกษาถึงผลกระทบที่เกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยในระยะยาว ร่วมกับการศึกษาลักษณะความผิดปกติของเนื้อสมอง (Organic condition) ที่มีผลต่อศักยภาพในการเรียนรู้ของผู้ป่วยเพิ่มเติม<sup>9,10</sup> อย่างไรก็ตามการเกิดโรคลมชักนั้นสามารถพบได้ทุกช่วงวัย และประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย มักพบในกลุ่มเด็ก

และวัยรุ่น โดยจะพบมากในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น<sup>11,12</sup> ซึ่งถือว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญในการพัฒนาประเทศ ซึ่งเห็นได้ว่าจำนวนประชากรที่ได้รับผลกระทบแม้จะมีไม่มากเหมือนโรคเรื้อรังบางโรค แต่ในแง่ของโอกาสที่ผู้ป่วยโรคลมชักเหล่านั้นจะได้รับจากสังคมเมื่อเปรียบเทียบกับคนทั่วไปปรากฏว่าไม่เท่าเทียมกัน จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยโรคลมชักบางส่วนมักจะปิดบังว่าตนเป็นโรคลมชักเพื่อแลกกับการเป็นที่ยอมรับในสังคม ปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาจึงกลายเป็นผลกระทบทางด้านจิตสังคม (Psycho-Social Impact) ที่ค่อนข้างซับซ้อนจากการไม่ยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น<sup>13</sup>

นอกจากนี้ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย โดยประเมินจากอาการแสดงของโรค และการตรวจวินิจฉัยที่มีความจำเพาะ แล้วไม่สามารถระบุรอยโรคที่เป็นจุดกำเนิดการชักได้ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นไม่อยู่ในเกณฑ์ที่จะได้รับการคัดเลือกแนวทางรักษาด้วยวิธีผ่าตัด จึงต้องอาศัยการควบคุมอาการชักโดยการรับประทานยาต้านชัก (Antiepileptic drug) อย่างต่อเนื่อง โดยผลการศึกษาไม่สามารถควบคุมหรือบรรเทาอาการชักให้ดีขึ้นได้ในระดับที่ผู้ป่วยคาดหวัง ทำให้พฤติกรรมในการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านชักตามการรักษาของแพทย์อาจจะไม่ถูกนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ร่วมกับเกิดความรู้สึกหมดหวังในการรักษาให้หายขาด จึงขาดความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของยาต้านชัก (Non-adherence to antiepileptic drug)<sup>14</sup>

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยรวมไปถึงการรักษาในผู้ป่วยโรคลมชักแบบครบวงจร มีการพัฒนาก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพทัดเทียมเท่ามาตรฐานสากล ทำให้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรค

ลมชักจำนวนหนึ่งมีโอกาสหายจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ แต่ยังมีผู้ป่วยที่มีการดื้อยากันชัก และยังมีผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอาการชักได้รับผลกระทบต่อบุคลิกภาพที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรืออาจได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์ต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม ทำให้สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาวิเคราะห์ ความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้นเฉพาะกับผู้ป่วยโรคลมชัก รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์ โดยหวังว่าผลการศึกษาที่ได้ จะนำมาพัฒนากระบวนการดูแลรักษาแบบองค์รวม (Holistic care)<sup>15</sup> และป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคลมชัก ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัวและสังคม รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชัก

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้งานวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross sectional survey) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคลมชักที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกของศูนย์โรคลมชักครบวงจรฯ จากสถิติผู้ป่วยของศูนย์โรคลมชัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 3,314 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Taro Yamane<sup>16</sup> กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของขนาดตัวอย่าง 5% ที่ระดับ

ความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดตัวอย่างดังนี้

$$\begin{aligned} n &= \frac{N}{1 + Ne^2} \\ &= \frac{3,314}{1 + (3,314 * 0.05^2)} \\ &= 356.92 \approx 357 \end{aligned}$$

ได้ขนาดตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้จำนวน 357 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

5. ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี ขึ้นไป
6. ผู้ป่วยโรคลมชักที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอก ภา.ร.3 ห้องตรวจผู้ป่วยโรคลมชัก ในระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2553-สิงหาคม 2553
7. ผู้ป่วยที่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง และ/หรือ สามารถตอบคำถามตามการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองญาติจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม
8. ยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งดัดแปลงมาจากแนวคิดการค้นหาและประเมินความเสี่ยงของ Wilson J และคณะ<sup>17,18</sup> ผ่านการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.85 และนำไปทดลองใช้ (pilot) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) สัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.83 แบบสอบถาม

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคลมชักของผู้ตอบแบบสำรวจ ประกอบด้วย อายุ เพศ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ การศึกษา สถานศึกษา เกรดเฉลี่ย สถิติปัญญา อาชีพ ข้อมูลที่ทำงาน ความถนัด (มือ) การขับรถยนต์หรือขี่มอเตอร์ไซด์ ประวัติอาการชักขณะขับรถยนต์ ประวัติการเกิดอุบัติเหตุขณะชักหรือดื่มสุรา การสูบบุหรี่ สิ่งกระตุ้นทำให้เกิดการชัก โรคประจำตัว อื่นๆ สภาพครอบครัว สภาพสมรส ประวัติแพ้ยายาที่รับประทานในปัจจุบัน ผลข้างเคียงจากยากันชัก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงครอบคลุมผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วย 4 ด้าน ประกอบด้วย ข้อคำถาม 39 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอุบัติการณ์ จำนวน 13 ข้อ 2) ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง จำนวน 10 ข้อ 3) ด้านการรับประทานยา จำนวน 7 ข้อ 4) ด้านครอบครัวและสังคม จำนวน 9 ข้อ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจัดเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้หนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง ก่อนลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคแต่

อย่างไร และเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าใช้บริการในคลินิกผู้ป่วยนอก ของศูนย์โรคลมชัก ครอบคลุม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2553 ถึง สิงหาคม 2553 เท่านั้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดอุบัติการณ์ในแต่ละด้าน โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

### ผลการวิเคราะห์

#### ข้อมูลทั่วไป

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศ

หญิงร้อยละ 50.70 เพศชายร้อยละ 49.30 มีอายุเฉลี่ย  $34.55 \pm 11.46$  ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.54 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 32.73 และมีจำนวนร้อยละ 5.11 ไม่ได้เรียนหนังสือ ด้านอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบอาชีพลูกจ้าง/พนักงานบริษัท ร้อยละ 20.23 รองลงมาคือ ค้าขาย/ประกอบอาชีพอิสระ ร้อยละ 17.92 นอกจากนี้ยังพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ ถึงร้อยละ 14.74 โดยที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่าเป็นโรคลมชัก ร้อยละ 66.67 ตามลำดับ (ตาราง 1)

#### สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการชัก

สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการชักมากที่สุดคือ ความเครียดวิตกกังวล ทำให้เกิดอาการชักถึงร้อยละ 60.78 ในขณะที่การนอนหลับไม่เพียงพอทำให้เกิด

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 357)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
			<b>อาชีพ</b>		
เพศ			รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	27	7.80
หญิง	181	50.70	ค้าขาย/อาชีพอิสระ	62	17.92
ชาย	176	49.30	นักเรียน/นักศึกษา	23	6.65
อายุ (พิสัย 15 -77, ค่าเฉลี่ย = 34.55, SD = 11.46)			ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท	70	20.23
19	29	8.12	ผู้ประกอบการ/เจ้าของธุรกิจ	5	1.45
20-29	97	27.17	รับจ้างทั่วไป	34	9.83
30-39	129	36.13	แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ	25	7.23
40-49	65	18.21	เกษตรกร/ประมง	30	8.67
50	37	10.36	ว่างงาน	51	14.74
ที่ทำงานทราบว่าเป็นโรคลมชักหรือไม่			อื่นๆ	19	5.49
ไม่ทราบ	69	19.33			
ทราบ	238	66.67			

อาการชัก ร้อยละ 55.46 การขาดยา ร้อยละ 24.37 และสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการชักน้อยที่สุด คือ การดื่มสุรา เพียงร้อยละ 3.36 ด้านลักษณะอาการข้างเคียงของการใช้ยา พบว่าร้อยละ 54.62 ทำให้ง่วงซึม รองลงมาคือ ทำให้ปวดศีรษะ ร้อยละ 34.45 และเวียนศีรษะ ร้อยละ 31.37 และยังพบว่าการกินยามีผลทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น ร้อยละ 21.01

#### พฤติกรรมความเสี่ยง

พฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมขับขี้อวดหรือใช้เข็มฉีดยาถึงร้อยละ 38.89 รองลงมาคือ เคยมีประวัติเกิดอุบัติเหตุขณะชัก ร้อยละ 27.73 ขับรถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 21.82 เคยมีประวัติขับรถยนต์และมีอาการชักเกิดขึ้น ร้อยละ 18.91 มีพฤติกรรมดื่มสุราและสูบบุหรี่ ร้อยละ 11.58 และ 10.76 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 18.21 อาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 11.21 มีสถานภาพโสดร้อยละ 58.33 และมีประวัติการแพ้ยา ร้อยละ 14.29% โดยมีรายละเอียดของการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพ ดังนี้ (ตารางที่ 2)

1. **ด้านการเกิดอุบัติเหตุ** กลุ่มตัวอย่างเคยเกิดบาดเจ็บขณะชักมากที่สุดถึงร้อยละ 43.14 เคยล้มกระแทกพื้นหรือเฟอร์นิเจอร์ขณะชัก ร้อยละ 42.58 เคยหกล้ม ตกบันได ตกต้นไม้ ขณะชัก ร้อยละ 28.93 เคยประสบอุบัติเหตุขณะขี่จักรยานยนต์ ร้อยละ 18.08 เคยประสบอุบัติเหตุขณะขี่จักรยาน 12.32 และอุบัติการณ์ที่พบน้อยที่สุด คือเคยโดนไฟไหม้ขณะชัก ร้อยละ 4.21

2. **การรับรู้คุณค่าในตนเอง** กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลและเครียดเกี่ยวกับโรค ถึงร้อยละ 67.98 รู้สึกว่าโรคลมชักเป็นปมด้อยในชีวิต ร้อยละ 55.52 รู้สึกอายขณะชัก ร้อยละ 41.41 เคยรู้สึกว่า

ตนเองด้อยสมรรถภาพเป็นภาระของครอบครัว ร้อยละ 33.33 เคยมีความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต ร้อยละ 33.15

3. **ด้านการรับประทานยา** กลุ่มตัวอย่างเคยลืมรับประทานยา ถึงร้อยละ 61.02 ทราบผลข้างเคียงจากยากันชักที่รับประทาน ร้อยละ 50.42 เคยซื้อยากันชักรับประทานเองร้อยละ 22.97 เคยปรับขนาดการรับประทานยากันชักเอง ร้อยละ 20.47 เคยขาดยา เนื่องจากไม่ได้มาตามนัด ร้อยละ 21.29

4. **ด้านครอบครัวและสังคม** กลุ่มตัวอย่างเคยรู้สึกว่าอาการชักของท่านมีอุปสรรคในการทำงาน ถึงร้อยละ 40.28 รองลงมาคือ คิดว่าอาการชักของท่านเป็นอุปสรรคในการเรียน ร้อยละ 37.22 สมาชิกในครอบครัวเคยแสดงให้ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ร้อยละ 17.65 เคยถูกปิดโอกาสในการเรียนร้อยละ 15.58 เคยถูกปฏิเสธเข้ารับทำงานเมื่อทราบว่าเป็นโรคลมชัก ร้อยละ 12.99

#### ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพ

จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเหตุการณ์แต่ละด้านโดยใช้สถิติไคสแควร์ (ตารางที่ 3) พบว่า

1. **ด้านการเกิดอุบัติเหตุ** พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ขณะชักแตกต่างกัน ( $p < 0.05$ ) โดยเกิดกับเพศชาย ร้อยละ 11.05 และเกิดกับเพศหญิงเพียงร้อยละ 3.93 ในขณะที่เดียวกันช่วงอายุที่แตกต่างกันมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดบาดเจ็บขณะชัก ( $p < 0.01$ ) และการประสบอุบัติเหตุขณะขี่จักรยานยนต์ ( $p < 0.05$ ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 2 แสดง จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดอุบัติเหตุในด้านต่างๆ (n=357)

เหตุการณ์	จำนวน	ร้อยละ	เหตุการณ์	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. การเกิดอุบัติเหตุ</b>			2.9 เคยถูกสงสัยว่าเป็นโรคจิตเวช	80	22.41
1.1 เคยเกิดบาดแผลขณะซัก	154	43.14	2.10 เคยมีความรู้สึกไม่อยากจะดูแลตัวเอง เช่น สุขอนามัยส่วนตัวแย่ง	50	14.12
1.2 เคยล้มกระแทกพื้นหรือเฟอร์นิเจอร์ขณะซัก	152	42.58	<b>3. ด้านการรับประทานยา</b>		
1.3 เคยหกล้ม ตกบันได ตกต้นไม้ขณะซัก	103	28.93	3.1 เคยลืมรับประทานยา	216	61.02
1.4 เคยประสบอุบัติเหตุขณะขี่จักรยานยนต์	64	18.08	3.2 ทราบผลข้างเคียงจากยากันชักที่รับประทาน	179	50.42
1.5 เคยประสบอุบัติเหตุขณะขี่จักรยาน	44	12.32	3.3 เคยชื้อยากันชักรับประทานเอง	82	22.97
1.6 เคยตกน้ำ จมน้ำขณะซัก	7	7.61	3.4 เคยปรับขนาดการรับประทานยากันชักเอง	76	21.47
1.7 เคยประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ขณะซัก	26	7.43	3.5 เคยขาดยา เนื่องจากไม่ได้มาตามนัด	76	21.29
1.8 เคยทำร้ายตัวเองขณะซัก	26	7.43	3.6 เคยรับประทานยาผิดขนาดไม่ตรงตามที่แพทย์สั่ง	54	15.21
1.9 เคยโดนน้ำร้อนลวกขณะซัก	24	6.72	3.7 เคยขาดยา เนื่องจากได้รับยาไปไม่เพียงพอ	54	15.17
1.10 เคยทำร้ายผู้อื่นขณะซัก	23	6.46	<b>4. ด้านครอบครัวและสังคม</b>		
1.11 เคยสาลักอาหารขณะซัก	20	5.63	4.1 เคยรู้สึกว่าอาการชักของท่านมีอุปสรรคในการทำงาน	143	40.28
1.12 เคยประสบอุบัติเหตุขณะทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร	19	5.34	4.2 คิดว่าอาการชักของท่านเป็นอุปสรรคในการเรียน	131	37.22
1.13 เคยโดนไฟไหม้ขณะซัก	15	4.21	4.3 สมาชิกในครอบครัวเคยแสดงให้ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว	63	17.65
<b>2. ความรู้สึกด้านคุณค่าในตัวเอง</b>			4.4 เคยถูกปิดโอกาสในการเรียน	55	15.58
2.1 มีความวิตกกังวลและเครียดเกี่ยวกับโรค	242	67.98	4.5 ถูกปฏิเสธเข้ารับทำงานเมื่อทราบว่าเป็นโรคลมชัก	46	12.99
2.2 รู้สึกว่าโรคลมชักเป็นปมด้อยในชีวิต	196	55.52	4.6 รู้สึกว่าขาดการดูแลขณะที่จากคนในครอบครัว	34	9.55
2.3 รู้สึกอายขณะซัก	147	41.41	4.7 เคยมีปัญหาในชีวิตการแต่งงานเนื่องจากการเป็นโรคลมชัก	33	9.27
2.4 เคยรู้สึกว่าตนเองด้อยสมรรถภาพเป็นภาระของครอบครัว	119	33.33	4.8 เคยถูกไล่ออกจากงาน	23	6.48
2.5 เคยมีความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต	118	33.15	4.9 เคยหย่าร้างเนื่องจากสาเหตุที่ท่านเป็นโรคลมชัก	21	5.92
2.6 เคยรู้สึกเบื่อกับสิ่งที่ท่านเคยชอบ	105	29.41			
2.7 ซึมเศร้าแยกตัวไม่ยอมเข้าสังคม	91	25.56			
2.8 รู้สึกว่าตนเองไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม	84	23.73			

2. ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและเครียดเกี่ยวกับโรค ( $p < 0.01$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบมากในกลุ่มอายุ 40-49 ปี ถึงร้อยละ 75.38

3. ด้านการรับประทานยา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการทราบผลข้างเคียงจากยากันชักที่รับประทาน โดยกลุ่มอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปทราบ

ผลข้างเคียงของยาต่ำสุดเพียงร้อยละ 35.14 ( $p < 0.05$ ) และอายุยังมีความสัมพันธ์กับการปรับขนาดการรับประทานยากันชักเอง ( $p < 0.05$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในกลุ่มอายุ 30-39 ปี เคยปรับขนาดการรับประทานยากันชัก ร้อยละ 29.13

4. ด้านครอบครัวและสังคม พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการรู้สึกว่าการชักเป็นอุปสรรค

ตาราง 3 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเหตุการณ์ในแต่ละด้าน โดยใช้สถิติไคสแควร์

พฤติกรรม	เพศ (%)		P-Value	อายุ (%)					P-Value
	หญิง	ชาย		≤19	20-29	30-39	40-49	≥50	
<b>1. ด้านการเกิดอุบัติเหตุ</b>									
- เคยเกิดบาดแผลขณะชัก	41.44	44.89	NS	34.48	35.05	55.81	36.92	37.84	0.010*
- เคยประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ขณะชัก	3.93	11.05	0.011*	6.90	8.33	9.68	4.69	2.70	NS
- เคยประสบอุบัติเหตุขณะขี่จักรยานยนต์หรือไม่	16.20	20.00	NS	7.14	20.62	21.88	20.31	2.70	0.040*
<b>2. ความรู้ด้านคุณค่าในตัวเอง</b>									
- มีความวิตกกังวลและเครียดเกี่ยวกับโรค	69.61	66.29	NS	41.38	69.07	73.44	75.38	54.05	0.003*
<b>3. ด้านการรับประทานยา</b>									
- ทราบผลข้างเคียงจากยากันชักที่รับประทาน	54.14	46.55	NS	62.07	52.58	56.69	38.46	35.14	0.027*
- เคยปรับขนาดการรับประทานยากันชักเอง	20.44	22.54	NS	20.69	11.46	29.13	21.54	21.62	0.038*
<b>4. ด้านครอบครัวและสังคม</b>									
- เคยรู้สึกว่าอาการชักของท่านมีอุปสรรคในการทำงาน	40.78	39.77	NS	13.79	42.27	43.75	45.31	35.14	0.035*
- คิดว่าอาการชักของท่านเป็นอุปสรรคในการเรียน	41.34	32.95	NS	44.83	46.88	37.21	31.75	14.29	0.010*

\*  $p < 0.05$ , NS = ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ในการทำงาน ( $p < 0.05$ ) โดยในกลุ่มอายุ 40-49 ปี พบมากถึงร้อยละ 45.31 ในขณะที่กลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี พบเพียงร้อยละ 13.79 และกับความคิดว่าการชักเป็นอุปสรรคในการเรียนของผู้ป่วยโรคลมชัก ( $p < 0.01$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าในกลุ่มอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 46.88 ในขณะที่กลุ่มอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป พบเพียงร้อยละ 14.29 ตามลำดับ

### การอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่าอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างโรคลมชักซึ่งส่งผลกระทบต่ออาการอันตรายเป็นด้านร่างกายที่มีมากที่สุดคือ การเกิดบาดแผลจากการชัก รองลงมาคือพลัดตกหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 43.14 และ ร้อยละ 28.9 ตามลำดับ และพบว่ามีความสัมพันธ์กับเพศและอายุของกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่าเพศชายเกิดอุบัติเหตุมากกว่าเพศหญิง ซึ่งจะเห็นว่ามีอุบัติเหตุเกิดในเพศชายสูงถึงร้อยละ 11.05 เมื่อเทียบกับเพศหญิงพบความสัมพันธ์เพียงร้อยละ 3.93 และพบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุน้อยกว่า 20-49 ปี มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ และการเกิดบาดแผลขณะชัก ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ Souza KT และคณะ พบว่าอุบัติเหตุจะเกิดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้และ อุบัติเหตุที่พบมากที่สุด คือการเกิดแผลถลอกจากการกระแทกที่เกิดขึ้นขณะชักแต่ต่างกันในช่วงอายุซึ่งพบเฉลี่ยในช่วงอายุ ตั้งแต่ 20-70 ปี<sup>19</sup>

สำหรับอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อภาวะด้านจิตใจและทำให้ความรู้สึกการมีคุณค่าในตัวเองลดลง (Low self esteem) พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากมีความรู้สึกวิตกกังวลและรู้สึกเครียด

เกี่ยวกับโรค (ร้อยละ 67.98) และมีความสัมพันธ์กับอายุของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงระหว่าง 40-49 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรควิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างโรคลมชักที่ถุกวินิจฉัยว่ามีภาวะดื้อต่อยากันชัก พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีปัญหาภาวะวิตกกังวลร่วมด้วย และส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มวัยกลางคน<sup>20,21</sup> และอุบัติการณ์ที่ซึ่งพบได้บ่อยเช่นเดียวกันคือความรู้สึกว่าตนเองมีตราบาป (Stigma) สูงถึงร้อยละ 55.52 สอดคล้องกับการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกว่าตนเองมีตราบาปจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่แย่งของผู้ป่วย ซึ่งมีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวและไม่สามารถพัฒนาทักษะในการจัดการตนเอง (Self efficacy) ได้อย่างเหมาะสม<sup>22, 23</sup>

สำหรับผลสำรวจอุบัติการณ์ด้านจิตสังคมนั้นพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าการชักเป็นอุปสรรคในการทำงาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 40-49 ปี ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มวัยรุ่น ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-29 ปี มีความรู้สึกว่าการชักเป็นอุปสรรคในการเรียนมากที่สุด ซึ่งเป็นที่เข้าใจกันดีว่าผู้ป่วยที่มีช่วงอายุดังกล่าวถือเป็นกำลังสำคัญของครอบครัวและของสังคม ซึ่งถ้าปัญหาเหล่านี้ยังคงมีอยู่ในระยะยาวจะทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนอาจนำไปสู่ปัญหาทางด้านจิตสังคมตามมาได้<sup>10</sup>

ในส่วนข้อมูลอุบัติการณ์ด้านการรับประทานยากันชัก พบปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยากันชัก (Drug compliance) โดยการรับประทานยาเป็นอุบัติการณ์ที่พบบ่อยที่สุดถึงร้อยละ 61.02 ซึ่งอาจจะเกิดจากพยาธิสภาพของโรค หรืออาจจะเกิดจากผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นต่อการรักษาด้วยยา

กันชัก เนื่องจากการรักษาที่ผ่านมาไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นในระดับที่ผู้ป่วยพึงพอใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญหรือละเลยในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง<sup>14</sup> และจากการศึกษาของ Faught และคณะ พบว่าปัญหานี้ส่งผลถึงประสิทธิภาพในการรักษาหรือควบคุมอาการชักลดลง และทำให้ต้นทุนค่ารักษามากขึ้นตามไปด้วย<sup>24</sup>

จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยโรคลมชักนั้นมีหลายมิติ และปัญหาในแต่ละด้านยังส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกันจนกลายเป็นปัญหาที่ซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น ถ้ากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักสามารถดึงเอาปัญหาความเสี่ยงทางคลินิกที่มีโอกาสเกิดกับผู้ป่วยเฉพาะรายได้ ร่วมกับมีระบบการฝึกทักษะในการจัดการกับตนเองภายใต้ข้อจำกัดที่อยู่ และเรียนรู้เกี่ยวกับพลังของการเสริมสร้างความสามารถของตนเอง (Self efficacy) จะสามารถนำการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น<sup>25,26</sup>

### ข้อเสนอแนะ

การสำรวจอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคลมชักนี้ จะช่วยให้เห็นถึงปัญหาและความสัมพันธ์ที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งข้อมูลพื้นฐานนี้อาจจะนำไปช่วยเชื่อมโยงเพื่อให้เห็นภาพรวมของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้และพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยในกระบวนการดูแลรักษา การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโดยการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจและสังคม เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วย

และครอบครัวมีความเข้าใจ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสมตามขีดความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันอันตรายจากอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต

### เอกสารอ้างอิง

1. Asawavichienjinda T, Sitthi-Amorn C, Tanyanont W. Prevalence of epilepsy in rural Thailand: a population-based study. *J Med Assoc Thai.* 2002 Oct; 85(10):1066-73.
2. ชัยชน โลว์เจริญกุล, บรรณาธิการ วิทยาการโรคลมชัก 1. กรุงเทพฯ: เอ จี เน็ตเวิร์ค, 2552: 39-72
3. Beghi E, Cornaggia C. Epilepsy and everyday life risks. A case-referent study: rationale, study design, and preliminary results. *Risk in Epilepsy Study Group. Neuroepidemiology.* 1997; 16(4):207-16.
4. Beghi E, Cornaggia C, et al. Morbidity and accidents in patients with epilepsy: results of a European cohort study. *Epilepsia.* 2002 Sep; 43(9):1076-83.
5. Brandt C, Schoendienst M, Trentowska M, May TW, Pohlmann-Eden B, Tuschen-Caffier B, et al. Prevalence of anxiety disorders in patient with epilepsy—a prospective clinic based survey. *Epilepsy & Behavior* 2010; 17: 259-63.
6. Michael DH. The psychological and social impact of epilepsy. *Neurology Asia.* 2007; 12 Suppl 1: 10-12.



7. Jones JE, Hermann BP, Barry JJ, Gilliam FG, Kanner AM, Meador KJ. Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation, and suicide attempts in chronic epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2003 Oct; 4 Suppl 3:S31-8.
8. Bell GS and Sander JW. Suicide and epilepsy. *Curr Opin Neurol.* 2009 Apr; 22 (2):174-8.
9. Clarke BM, Upton AR, Castellanos C. Work beliefs and work status in epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2006 Aug; 9(1):119-25. Epub 2006 May 26.
10. Kerr MP, Turky A, Huber B. The psychosocial impact of epilepsy in adults with an intellectual disability. *Epilepsy Behav.* 2009 Jun; 15 Suppl 1:S26-30.
11. สมชาย ไตวณะบุตร และคณะ. "The Epilepsy Quality of Life Survey in Thailand." การประชุมวิชาการกรมการแพทย์ ประจำปี 2550. 10 ปี สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย หน้า 63-70.
12. Mac TL, Tran DS, Quet F, Odermatt P, Preux PM, Tan CT. Epidemiology, aetiology, and clinical management of epilepsy in Asia: a systematic review. *Lancet Neurol.* 2007 Jun; 6(6):533-543.
13. Anchor Ms. HUNG TF. Psycho-social impact of epilepsy and issue of stigma. *Medical Bulletin* 2009 May; 14(5): 15-17.
14. Hovinga CA, Asato MR, Manjunath R, et al. Association of non-adherence to antiepileptic drugs and seizures, quality of life, and productivity: survey of patients with epilepsy and physicians. *Epilepsy Behav.* 2008 Aug; 13 (2):316-322.
15. Billie MS. Holistic Approaches to Living With Epilepsy: A View from the Trenches. *Alternative and Complementary Therapies.* April 2002, 8(2): 68-69.
16. Yamane T. *Statistics: An Introductory Analysis*, 2nd Ed., New York: Harper and Row; 1967.
17. Wilson J., Tingle J. *Clinical Risk Modification: A Route to clinical Governance?*. Great Britain by Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn, 1999: 39-65.
18. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, การจัดการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์, 2549.
19. Souza KT, Guerreiro MM, Guerreiro CA. Accident risk in patients with epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr* 2008; 66(2A):175-178.
20. Thapar A, Kerr M, Harold G. Stress, anxiety, depression, and epilepsy: Investigating the relationship between psychological factors and seizures. *Epilepsy Behav.* 2009 Jan, 14(1): 134-140.
21. Beyenburg S, Mitchell AJ, Schmidt D, Elger CE, Reuber M. Anxiety in patients with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy Behav.* 2005 Sep; 7(2):161-71.



- 22. Smith G, Ferguson PL, Saunders LL, Wagner JL, Wannamaker BB, Selassie AW. Psychosocial factors associated with stigma in adults with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2009 Nov; 16(3):484-90. Epub 2009 Sep 24.
- 23. Pramuka M, Hendrickson R, Zinski A, Cott V. A psychosocial self-management program for epilepsy: A randomized pilot study in adults. *Epilepsy & Behavior* 2007; 11, 533-545.
- 24. Faight RE, Weine JR, Guérin A, Cunnington MC, Duh MS. Impact of nonadherence to antiepileptic drugs on health care utilization and costs: findings from the RANSOM study. *Epilepsia.* 2009 Mar; 50(3):501-9.
- 25. Wagner JL, Smith G, Ferguson P, Bakergem KV, Hrisko S. Pilot study of an integrated cognitive-behavioral and self-management intervention for youth with epilepsy and caregivers: Coping Openly and Personally with Epilepsy (COPE). *Epilepsy Behav.* 2010 Jul; 18(3):280-5.
- 26. Pramuka M, Hendrickson R, Zinski A, Van Cott AC. A psychosocial self-management program for epilepsy: a randomized pilot study in adults. *Epilepsy Behav.* 2007 Dec; 11(4):533-45.

๙๙๙ ๙๙๙ ๙๙๙ ๙๙๙ ๙๙๙