

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล โรงพยาบาลอุดรธานี

The Effects of Education Program on Knowledge, Attitude, and Care Behaviors for Children with Epilepsy among Caregivers at Udon Thani Hospital.

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

นิลบล เทศเรียน¹ วิชาวี เสนาลอย²

Nilubol Tesrean¹ Wipawee Senaloi²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อโปรแกรมดังกล่าว เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี จำนวน 45 ราย ซึ่งเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และมารับบริการที่คลินิกโรคระบบประสาทเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชัก แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทัศนคติ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล โปรแกรมการให้ความรู้ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง ดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที่สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สัมพันธ์กัน (paired-samples t-test) และการทดสอบ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย: ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 14.29 คะแนน (SD = 2.47) เป็น 18.27 คะแนน (SD = 1.30) ($p < 0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 45.51 คะแนน (SD = 2.63) เป็น 58.02 คะแนน (SD = 1.53) ($p < .001$) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 63.04 คะแนน (SD = 7.78) เป็น 49.31 คะแนน (SD = 4.23) หรือลดลง 13.73 คะแนน ($p < 0.001$) ทั้งนี้ คะแนนทัศนคติที่ลดลงสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลง ของทัศนคติไปในทิศทางที่เหมาะสมมากขึ้นต่อการดูแลเด็กโรคลมชัก นอกจากนี้ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้ความรู้โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.90 คะแนน (SD = 0.33)

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้; โรคลมชักในเด็ก; ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก; ความรู้; ทักษะ; พฤติกรรมการดูแล

Abstract

This study aimed to compare caregivers' mean scores for knowledge, attitudes, and caregiving behaviors before and after participation in an education program for children with epilepsy and to assess caregivers' satisfaction with the program. A quasi-experimental, one-group pretest-posttest design was employed. The participants were 45 caregivers of school-aged children aged 6-12 years who had been diagnosed with epilepsy for at least six months and received care at the Pediatric Neurology Clinic, Outpatient Department, Udon Thani Hospital. Participants were recruited according to predetermined eligibility criteria and voluntarily participated in the study. Data were collected from May to August 2026. The research instruments consisted of a demographic and epilepsy-related information questionnaire, a knowledge assessment, an attitude assessment, a caregiving behavior assessment, and a caregiver

¹ พยบ. คลินิกโรคระบบประสาทเด็ก งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี

² พยม. คลินิกโรคระบบประสาทเด็ก งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี

satisfaction questionnaire. The education program comprised four sessions delivered over a 12-week period. Data were analyzed using descriptive statistics, the paired-samples *t*-test, and the Wilcoxon signed-rank test.

Results: Following participation in the education program, caregivers' mean knowledge scores significantly increased from 14.29 (SD = 2.47) to 18.27 (SD = 1.30) ($p < 0.001$). The mean caregiving behavior scores also significantly increased from 45.51 (SD = 2.63) to 58.02 (SD = 1.53) ($p < .001$). In contrast, the mean attitude score significantly decreased from 63.04 (SD = 7.78) to 49.31 (SD = 4.23), representing a mean reduction of 13.73 points ($p < .001$). According to the scoring criteria of the study instrument, this reduction indicated a shift toward more appropriate attitudes toward caring for children with epilepsy. Overall, caregivers reported the highest level of satisfaction with the education program, with a mean score of 4.90 (SD = 0.33).

Keywords: epilepsy; children with epilepsy; caregivers; education program; knowledge; attitudes; caregiving behaviors

บทนำ

เด็กที่เป็นโรคลมชักต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านชักอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3-5 ปี หรือนานกว่านั้น ขึ้นอยู่กับการควบคุมอาการชักและสถานการณ์ของแต่ละราย¹ เมื่ออาการชักได้รับการควบคุมที่ดีเป็นระยะเวลานาน แพทย์อาจพิจารณาค่อยๆ ลดและหยุดยาได้² อย่างไรก็ตาม ผลที่ตามมาจากการควบคุมโรคลมชักที่ไม่ดีนั้นมีมากกว่าอาการชักเพียงอย่างเดียว อาการชักที่เกิดขึ้นซ้ำๆ สามารถนำไปสู่การเสื่อมถอยทางสติปัญญา ส่งผลต่อความสามารถของเด็กในการเรียนรู้และจดจำข้อมูล³ การศึกษาล่าสุดพบว่าร้อยละ 38.7 ของเด็กที่เป็นโรคลมชักมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม โดยปัญหาที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ปัญหาการด้านสมาธิ (ร้อยละ 13.5) ปัญหาด้านพฤติกรรมก้าวร้าว (ร้อยละ 10.8) ปัญหาทางสังคม (ร้อยละ 8.1) และปัญหาด้านภาวะแยกตัวจากสังคมและอาการซึมเศร้า (ร้อยละ 6.3)⁴ นอกจากนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคลมชักยังส่งผลต่อการเรียนของเด็ก ทั้งจากผลโดยตรงของอาการชักต่อการเรียนรู้ และทั้งผลต่อการขาดเรียน ผลข้างเคียงของยา เช่น ง่วงซึมและสมาธิไม่ดี และภาระทางจิตใจจากการใช้ชีวิตกับโรคเรื้อรัง⁵ ในกรณีที่อาการรุนแรง อาการชักที่ควบคุมไม่ได้อาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บร้ายแรงจากการพลัดตกหรืออุบัติเหตุในระหว่างเกิด

อาการชัก และภาวะชักต่อเนื่องสามารถนำไปสู่ความเสียหายของสมองอย่างถาวรหรือรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้⁶ ผลกระทบต่อครอบครัวของเด็กที่เป็นโรคลมชักก็มีความรุนแรง การศึกษาวิจัยพบว่าพ่อแม่ของเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคลมชักประสบกับความเครียดอย่างมาก มีภาระทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาลและเวลาทำงานที่สูญเสียไปในการดูแลเด็กระหว่างเจ็บป่วยหรือแสดงอาการ และมีความทุกข์ทางอารมณ์จากการเห็นลูกต้องเผชิญกับอาการของโรคนี้⁷

แม้จะมีความก้าวหน้าในการรักษาทางการแพทย์ รวมถึงยาต้านชักที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การผ่าตัด การบำบัดด้วยอาหารและการกระตุ้นเส้นประสาท แต่ปัจจัยความสำเร็จของการรักษาที่สำคัญอย่างยิ่งขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวและการดูแลที่เหมาะสม³ ผู้ดูแลมีทำหน้าที่สำคัญในการดูแลชีวิตประจำวันของเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชัก มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้เด็กกินยา อย่างสม่ำเสมอ ดูแลมาตรการด้านความปลอดภัย รับรู้และตอบสนองต่ออาการชักอย่างเหมาะสม และติดตามภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด⁸ ดังนั้น หากผู้ดูแลไม่มีความรู้และทักษะที่เพียงพอ ก็อาจนำไปสู่ผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับประทานยา อย่างเหมาะสม ล้วนแต่มีความจำเป็นต่อการรักษาระดับยาในเลือดให้อยู่

ในช่วงที่สามารถควบคุมและป้องกันอาการชักกำเริบ¹ ผู้ดูแลต้องเข้าใจวิธีการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการชักอย่างถูกต้อง เน้นการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมระหว่างเกิดอาการชักอาจก่อให้เกิดอันตรายมากกว่าอาการชักได้² ผู้ดูแลจำเป็นต้องรับรู้สัญญาณเตือนเบื้องต้นของภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์อย่างเร่งด่วน เช่น อาการชักนาน อาการไข้พร้อมกับอาการชัก หรือสัญญาณของอาการข้างเคียงจากยา นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังมีบทบาทสำคัญในการระบุและช่วยเหลือดูแลให้เด็กสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นอาการชัก ดำเนินมาตรการป้องกันที่เหมาะสมที่บ้านและโรงเรียน และส่งเสริมการพัฒนาทางอารมณ์และสังคมของเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคลมชัก¹⁰

สถิติจากคลินิกโรกระบบประสาทเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวนเด็กที่เป็นโรคลมชักที่ได้รับการรักษามีแนวโน้มที่คงที่ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 คลินิก โรกระบบประสาทเด็ก มีผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 632, 664, และ 634 ราย ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดอาการชักขึ้น ไม่สามารถควบคุมโรคได้ จำนวน 66, 85 และ 86 ราย ต่อปี คิดเป็นร้อยละ 10.44, 12.80 และ 13.56 ตามลำดับ¹¹ เด็กวัยเรียนมีสัดส่วนที่มากในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ ทำให้เด็กมีปัญหาต้องหยุดเรียน เป็นส่วนใหญ่ ผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อการดูแลเด็กโรคลมชัก เป็นต้น แม้จะมีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและแนวทางการดูแลแบบสหวิชาชีพที่โรงพยาบาล แต่จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก พบว่าสิ่งที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตและอาการเจ็บป่วยของเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคลมชัก คือ ความรู้และความเข้าใจของผู้ดูแล และการปฏิบัติตัวดูแลตนเองของเด็ก¹² จากการพบผู้ป่วยตามปกติและการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกับผู้ดูแลที่คลินิกโรกระบบประสาทเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้น ๆ หลายประการได้

ปรากฏชัดเจนขึ้น หนึ่งในปัญหาที่สำคัญที่สุด คือ การรับประทานยาต้านชักที่ไม่เหมาะสม เช่น ผู้ดูแลบางรายหยุดยาต้านชักโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เมื่อเด็กไม่มีอาการชักเป็นเวลาหลายเดือน โดยมีความเชื่อที่ผิดว่าการไม่มีอาการชักหมายความว่าเด็กหายแล้ว และไม่จำเป็นต้องกินยาอีกต่อไป ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการชักกำเริบบ่อยครั้ง และบางครั้งรุนแรงกว่าอาการที่เคยมีก่อนเริ่มการรักษา

การศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุดรธานี ระบุว่า ผู้ป่วยที่ยังไม่หยุดชักภายในระยะเวลา 2 ปีแรกหลังเริ่มการรักษา มีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคลมชักที่ไม่ตอบสนองต่อยา (Drug Resistant Epilepsy: DRE) 95.11 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่ายาและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่าครึ่งหนึ่งเกิดจากกลุ่มผู้ป่วย DRE ซึ่งมีผู้ป่วยร้อยละ 30.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด¹³ และจากการศึกษาวิจัยล่าสุด พบว่าเมื่อเด็กมีอาการชักบ่อยขึ้นหรือรุนแรงขึ้น ผู้ดูแลบางรายจัดการเรื่องยาเอง เช่น การเพิ่มขนาดยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงได้¹⁴ รวมทั้ง ผู้ดูแลบางรายยังประสบปัญหาในด้านการดูแลที่ถูกต้อง เช่น ไม่แน่ใจในการให้ยา ลืมให้ยา สับสนตารางการให้ยา หรือไม่แน่ใจว่าควรทำอย่างไรเมื่อลืมให้ยาหรือการช่วยเหลือดูแลเด็กเมื่อมีอาการอาเจียนหลังรับประทานยา¹

ผู้ดูแลบางรายอาจมีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรคลมชักที่ไม่ถูกต้อง โดยยังพบว่ามีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพยากรณ์โรค ทำให้ผู้ดูแลบางรายเข้าใจว่าเด็กสามารถหายจากโรคอย่างรวดเร็วได้เองโดยไม่ต้องรักษา หรือ มีความเห็นที่ไม่ถูกต้อง โดยเชื่อว่าโรคลมชักนำไปสู่การเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่องอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ไม่ให้ความสำคัญและอาจไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง¹⁵ ความเข้าใจผิดเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลต่อการจัดการทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และวิธีที่สื่อสารเกี่ยวกับโรคนี้ต่อครู ญาติ และชุมชน¹⁶ ด้านการตระหนักถึงความ

ปลอดภัยและการดำเนินมาตรการป้องกันที่เหมาะสมที่บ้านและโรงเรียน พบว่าหลายครอบครัวยังดำเนินการได้ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลอาจไม่รับรู้อันตราย ที่อาจเกิดขึ้น หรือขาดความเข้าใจว่า กิจกรรมใดต้องมีการดูแล กับกิจกรรมใดที่สามารถทำได้เองโดยอิสระ¹⁷ ผู้ดูแลบางรายกำหนดระเบียบที่เข้มงวดเกินไปจนจำกัดพัฒนาการและคุณภาพชีวิตของเด็กโดยไม่จำเป็น ในขณะที่บางรายไม่ดำเนินการด้านความปลอดภัยพื้นฐานที่สามารถป้องกันการบาดเจ็บร้ายแรงระหว่างเกิดอาการชัก¹⁸

จากข้อมูลทีกล่าวนมาข้างต้น รวมทั้งความสำคัญของผู้ดูแลในฐานะบุคคลใกล้ชิดที่ต้องดูแลผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคลมชัก ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการทำโครงการวิจัยนี้ เพื่อส่งเสริมและพัฒนา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยออกแบบการวิจัยให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการของโรงพยาบาลอุดรธานี ในขณะเดียวกันองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงภายใต้ข้อจำกัดของคลินิกผู้ป่วยนอกที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก และเหมาะสมกับบริบททางสังคมและเศรษฐกิจ ของประชากรที่ให้บริการ มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลได้ข้อมูล ที่เป็นประโยชน์ เสริมสร้างความมั่นใจและทักษะ ในการดูแลเด็กที่เป็นโรคลมชักขณะที่อยู่โรงพยาบาลและที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติ ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการเข้าร่วมโครงการการวิจัยฯ

ประเภทของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design)

ระยะเวลาดำเนินงาน 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2569 – สิงหาคม พ.ศ. 2569 หรือจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ทั้งนี้เมื่อผ่านการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี และได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กวัยเรียน อายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักที่ดูแลเด็กโรคลมชัก ตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไปและมารับบริการที่คลินิกโรกระบบประสาทเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 – สิงหาคม พ.ศ. 2569

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กวัยเรียน อายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก ที่ดูแลเด็ก โรคลมชัก ตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป และมารับบริการที่คลินิกโรกระบบประสาทเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 – สิงหาคม พ.ศ. 2569 จำนวน 45 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก
โรคลมชัก ประกอบด้วย 2 หัวข้อย่อยได้แก่

1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย
เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา
สถานภาพ อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และ
ระยะเวลาที่ดูแลเด็กโรคลมชัก มีจำนวน 8 ข้อ
ลักษณะแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (check list) 5
ข้อ และเติมคำลงในช่องว่าง 3 ข้อ

1.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กและโรคลมชัก
ประกอบด้วย อายุของเด็ก เพศของเด็ก ระยะเวลาที่
เด็ก เป็นโรคลมชัก ประเภทของอาการชัก ความถี่
ของอาการชัก ยาชักที่ได้รับประทานในปัจจุบัน
ประวัติการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชักในเด็ก เป็น
แบบสอบถามแบบเลือกตอบ (check list) จำนวน 7
ข้อ

1.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักในเด็ก ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก
สาเหตุ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติ
ตัวของผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามแบบ
เลือกตอบ ถูก-ผิด ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้
0 คะแนน ข้อที่เป็นเชิงบวก (ตอบถูกได้ 1 คะแนน,
ตอบผิดได้ 0 คะแนน) ได้แก่ข้อ 2, 3, 7, 8, 9, 10, 12,
13, 14, 16, 17, 18, 20 ข้อที่เป็นเชิงลบ (ตอบผิดได้
1 คะแนน, ตอบถูกได้ 0 คะแนน) ได้แก่ ข้อ 1, 4, 5,
6, 11, 15, 19 เพื่อวัดระดับความรู้ก่อนและหลังการ
ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ คะแนนต่ำสุดคือ 0
คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 20 คะแนน โดยมีเกณฑ์ใน
การแปลผลคะแนนแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดย
ประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom¹⁹ มีเกณฑ์แบ่ง
คะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง ได้แก่ คะแนนตั้งแต่
ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 16-20 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง ได้แก่
คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (ช่วง
คะแนน 12-15 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ ได้แก่ คะแนนร้อยละ
0-59.99 (ช่วงคะแนน 0-11 คะแนน)

1.3 แบบประเมินทัศนคติต่อการดูแลเด็ก
โรคลมชัก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert
Scale) โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาค
ชั้น (Interval Scale) 5 ระดับ

แบบประเมินทัศนคติมีจำนวน 15 ข้อ
แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 4,
6, 8, 10, 12, 14, 15): ให้คะแนนตามทีเลือก (5-1)

และข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5,
7, 9, 11, 13 จะมีการกลับคะแนนตรงข้ามกับข้อ
คำถามเชิงบวก จากนั้นแปลผลโดยใช้การแบ่งระดับ
คะแนนแบบเกณฑ์ จากคำถาม 15 ข้อ มีคะแนนเต็ม
75 คะแนน จัดระดับคะแนนได้ดังนี้ ซึ่งคะแนนรวม
ต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน สามารถ
แปลผลค่านวณหาอันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุด
ลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับชั้นที่แบ่ง
20 ดังนี้ คะแนน 15 – 34 คะแนน หมายถึง มี
ทัศนคติอยู่ในระดับดี คะแนน 35 – 54 คะแนน
หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และ
คะแนน 55 - 75 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติอยู่
ในระดับต่ำ

1.4 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็ก
โรคลมชัก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert
Scale) โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาค
ชั้น (Interval Scale) 3 ระดับ ดังนี้

แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชัก
มีจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถาม
เชิงบวก 15

ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16,
17, 18, 20 ให้คะแนนตามทีเลือก (3-1) และข้อ
คำถามเชิงลบ 5 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ

จะมีการกลับคะแนนตรงข้ามกับข้อความเชิงบวก ได้แก่ข้อ 4, 6, 9, 10, 11, 19 กลับคะแนน (เลือก 3 ได้ 1 คะแนน, เลือก 1 ได้ 3 คะแนน)

ซึ่งคะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 20 - 60 คะแนน สามารถแปลผลค่านวณหาอันตรายภาคขึ้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับขั้นที่แบ่ง²⁰ ดังนี้ คะแนน 47 - 60 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคโคลมชักอยู่ในระดับดี คะแนน 34 - 46 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคโคลมชักอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 20 - 33 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคโคลมชักอยู่ในระดับต่ำ

1.5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กโรคโคลมชักหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ มี 12 ข้อ โดยเลือกตอบเป็นมาตราส่วนแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale) 5 ระดับ การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยรวมเกณฑ์ของลิเคิร์ตแบ่งเป็น 5 ระดับ²⁰ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยและคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กโรคโคลมชัก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของโอเรม²¹ มีกระบวนการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (Assessment) ประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคโคลมชักของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทัศนคติ และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแล เพื่อทราบระดับความรู้และปัญหาที่ผู้ดูแลมีอยู่

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการพยาบาล (Planning) โดยผู้วิจัยจะนำผลการประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลแจ้งให้ผู้ดูแลทราบ หลังจากนั้นผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลกำหนดเป้าหมายในการเรียนรู้ เพื่อมุ่งส่งเสริมการเรียนรู้ในการดูแลเด็กโรคโคลมชัก และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อมุ่งที่จะสนับสนุนการดูแลเด็กโรคโคลมชักของผู้ดูแล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

- แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคโคลมชักในเด็ก ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.0 ถือว่าใช้ได้ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90

- แบบประเมินทัศนคติต่อการดูแลเด็กโรคโคลมชัก ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.0 ถือว่าใช้ได้ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.93

- แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคโคลมชัก ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.0 ถือว่าใช้ได้ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90

- แบบประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.0 ถือว่าใช้ได้ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

(Reliability)

1. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคโคลมชักในเด็ก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทในเด็ก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลเด็ก และหัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม ปรับปรุงเนื้อหาตามคำแนะนำ และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย (Try out) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมาคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้ KR-20 (Kuder-Richardson Formula 20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78

2. แบบประเมินทัศนคติต่อการดูแลเด็ก โรคลมชัก แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลเด็กโรค

ลมชัก และแบบประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทในเด็ก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านการพยาบาลเด็ก และหัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่มีคุณสมบัติในลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย (Try out) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82, 0.87 และ 0.88 ตามลำดับ

3. โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กโรค ลมชัก ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ไปทดลอง ลองใช้ในกับ

ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่มีคุณสมบัติในลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย นำมาปรับปรุงและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ในงานวิจัย
จริยธรรมการวิจัย

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่รับรอง UDH REC No. 55/2569 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2569 เมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ต้องเข้าร่วม ประโยชน์ที่จะได้รับความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวและสิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าโครงการ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา

โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย และจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลในรายงานการวิจัยหรือการนำเสนอผลงานวิชาการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับเด็กและโรคลมชัก

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักในเด็ก

ของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยใช้สถิติ Paired t-test (ในกรณีการแจกแจงปกติ) หรือ Wilcoxon Signed-Rank Test (ในกรณีการแจกแจงไม่เป็นปกติ)

3. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการดูแลเด็กโรค

ลมชักของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยใช้สถิติ Paired t-test (ในกรณีการแจกแจงปกติ) หรือ Wilcoxon Signed-Rank Test (ในกรณีการแจกแจงไม่เป็นปกติ)

4. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
การดูแลเด็กโรค

ลมชักของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยใช้สถิติ Paired t-test (ในกรณีการแจกแจงปกติ) หรือ Wilcoxon Signed-Rank Test (ในกรณีการแจกแจงไม่เป็นปกติ)

5. การวัดความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้ความรู้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กและโรคลมชัก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กและโรคลมชัก พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีอายุ 6-8 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.78 มีอายุเฉลี่ย 9.20 ปี ($S.D. = 2.12$) ด้านเพศ พบว่าส่วนใหญ่เป็น เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 64.44 ด้านระยะเวลาที่เด็กเป็นโรคลมชัก พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคลมชัก มากกว่า 5 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 37.78 โดยมีระยะเวลาเป็นโรคลมชักเฉลี่ย 4.91 ปี ($S.D. = 3.04$) ด้านประเภทของอาการชัก พบว่าส่วนใหญ่มีอาการ ชักทั้งตัว คิดเป็นร้อยละ 77.77 ด้านความถี่ของอาการชักในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่มีอาการชัก 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 51.12 ด้านยากันชักที่เด็กรับประทานในปัจจุบัน พบว่าส่วนใหญ่รับประทานยากันชัก 1 ชนิด คิดเป็น ร้อยละ 55.55 ด้านประวัติการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชัก พบว่าส่วนใหญ่ เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชัก คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยแหล่งข้อมูลที่ได้รับมากที่สุด คือ แพทย์/พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 40.01

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

2.1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก จำนวน 45 ราย พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.11 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้ในระดับต่ำ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ

15.56 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมเท่ากับ 14.29 คะแนน ($S.D. = 2.47$) ซึ่งอยู่ในช่วงคะแนน 12-15 คะแนน แปลผลว่า มีความรู้ในระดับปานกลาง

หลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักอยู่ในระดับสูง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 97.78 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.22 และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมเท่ากับ 18.27 คะแนน ($S.D. = 1.30$) ซึ่งอยู่ในช่วงคะแนน 16-20 คะแนน แปลผลว่า มีความรู้ในระดับสูง

เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่า หลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 33.33 เป็นร้อยละ 97.78 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับปานกลางลดลงจาก ร้อยละ 51.11 เป็นร้อยละ 2.22 และกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับต่ำลดลงจาก ร้อยละ 15.56 เป็นร้อยละ 0.00 นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 14.29 คะแนน เป็น 18.27 คะแนน แสดงให้เห็นว่าหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักสูงขึ้น

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ เมื่อทดสอบการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง มีการกระจายตัว ไม่ปกติ จึงเลือกใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ผลพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ โดยรวมหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ก่อน $\bar{X} = 14.29$, $S.D. = 2.47$ / หลัง $\bar{X} = 18.27$, $S.D. = 1.30$)

ส่วนที่ 3 ทักษะการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล

3.1 ระดับทักษะการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผลการวิเคราะห์ระดับทักษะการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล จำนวน 45 ราย พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.44 รองลงมา มีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.56 โดยมีคะแนนเฉลี่ยทักษะโดยรวมเท่ากับ 63.04 คะแนน (S.D. = 7.78) ซึ่งอยู่ในช่วงคะแนน 55-75 คะแนน แปลผลว่า มีทักษะอยู่ในระดับต่ำ

หลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.89 รองลงมา มีทักษะอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.89 และมีทักษะอยู่ในระดับดี จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.22 โดยมีคะแนนเฉลี่ยทักษะโดยรวมเท่ากับ 49.31 คะแนน (S.D. = 4.23) ซึ่งอยู่ในช่วงคะแนน 35-54 คะแนน แปลผลว่า มีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระดับทักษะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 84.44 ขณะที่หลังได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.89 และสัดส่วนผู้ที่มีทักษะในระดับต่ำลดลงจากร้อยละ 84.44 เหลือร้อยละ 8.89 สะท้อนให้เห็นว่าระดับทักษะของผู้ดูแล มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

ก่อนการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลเด็กโรคลมชักเท่ากับ 63.04 คะแนน (S.D. = 7.78) ซึ่งอยู่

ในช่วง 55-75 คะแนน แปลผลว่า มีทักษะอยู่ในระดับต่ำ หลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลเด็กโรคลมชักเท่ากับ 49.31 คะแนน (S.D. = 4.23) ซึ่งอยู่ในช่วง 35-54 คะแนน แปลผลว่า มีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงจาก 63.04 คะแนน เป็น 49.31 คะแนน ลดลง 13.73 คะแนน และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ($t = 16.40$) แสดงให้เห็นว่า หลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้ดูแลมีระดับทักษะที่ดีขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล

4.1 ระดับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล จำนวน 45 คน พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 และอยู่ในระดับสูง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 โดยไม่มีผู้ดูแลที่มีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลโดยรวมเท่ากับ 45.51 คะแนน (S.D. = 2.63) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

หลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่า ผู้ดูแลทั้งหมด 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลโดยรวมเท่ากับ 58.02 คะแนน (S.D. = 1.53) และไม่พบผู้ดูแลที่มีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับปานกลางหรือระดับต่ำ

เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักเพิ่มขึ้นจาก 45.51

คะแนน เป็น 58.02 คะแนน หรือเพิ่มขึ้น 12.51 คะแนน และหลังได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลทั้งหมดมีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับสูง

4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล ก่อนและหลังการ ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของ ผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ เมื่อทดสอบการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง มีการกระจายตัวปกติ จึงเลือกใช้ Dependent Paired t-test ในการวิเคราะห์ ผลพบว่า คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล โดยรวม หลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ สูงกว่าก่อน การได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ และ มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ($t = -29.45$) (ก่อน $\bar{X} = 45.51$, $S.D. = 2.63$ / หลัง $\bar{X} = 58.02$, $S.D. = 1.53$)

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก หลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผลการ วิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก จำนวน 45 ราย ภายหลังการได้รับโปรแกรมการให้ ความรู้ พบว่า โดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ใน ระดับ มากที่สุด ($\bar{X} = 4.90$, $SD = 0.33$) รายข้อ พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้ให้ความรู้ มีความ เชี่ยวชาญและตอบคำถามได้ชัดเจน ($\bar{X} = 4.98$, $SD = 0.15$) รองลงมา คือ เนื้อหาที่น่าสนใจ มีความ เหมาะสมและเข้าใจง่าย และ ผู้ให้ความรู้มีความเป็น มิตรและให้กำลังใจที่ดี ($\bar{X} = 4.96$, $SD = 0.21$) ส่วน ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ สถานที่ในการจัด กิจกรรมเหมาะสมและเอื้อต่อ การเรียนรู้ ($\bar{X} = 4.71$, $SD = 0.69$) ซึ่งยังอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการดูแลเด็ก โรคลมชักของผู้ดูแล โรงพยาบาลอุดรธานี สามารถ อธิบายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี การพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งกล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่ เพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพ จำเป็นต้อง ได้รับ การสนับสนุนและให้ความรู้จากระบบการ พยาบาล²¹ โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคลมชักซึ่ง ยังมีข้อจำกัดด้านพัฒนาการและความสามารถในการ จัดการโรคด้วยตนเอง ผู้ดูแล จึงมีบทบาทสำคัญใน การดูแลและเป็นผู้ดูแลแทนเด็ก (dependent-care agent) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การสังเกตอาการ ชัก การปฐมพยาบาลเมื่อเกิดอาการชัก การใช้ยา และการป้องกันปัจจัยกระตุ้น จึงช่วยเพิ่ม ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กได้อย่าง เหมาะสม ผลการวิจัยสอดคล้องกับ Baser และคณะ²² ซึ่งพบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ห่อภิมาณ พบว่าการให้ความรู้มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ เกี่ยวกับโรคลมชักในเด็กและผู้ปกครอง นอกจากนี้ Rezaei และคณะ²³ พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ แบบมีโครงสร้างช่วยเพิ่มความรู้ ของผู้ปกครองใน การจัดการอาการชักที่บ้าน และ Helbig และคณะ²⁴ พบว่าโปรแกรม FAMOSES ช่วยเพิ่มความรู้เฉพาะ เกี่ยวกับโรคลมชักของผู้ปกครองเด็กได้อย่างมี นัยสำคัญ ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าว่ โปรแกรมการให้ความรู้ที่พัฒนาภายใต้แนวคิด การ สนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม สามารถเพิ่มพูน ความรู้และศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรค ลมชักได้อย่างเหมาะสม โดยคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้น และการเปลี่ยนแปลงไปสู่ระดับสูงสนับสนุน ความ เหมาะสมของการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็นกรอบ ในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ดูแล เด็กโรคลมชัก

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ ทักษะคิด ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักก่อนและหลังการ ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยเฉพาะระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) ซึ่งเน้นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความรู้ ความสามารถในการตัดสินใจ และสามารถปฏิบัติการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ในกรณีเด็กโรคลมชัก ผู้ดูแลมีบทบาทเป็นผู้ดูแลแทน (dependent-care agent) เนื่องจากเด็กวัยเรียนยังมีข้อจำกัดด้านพัฒนาการและความสามารถในการจัดการโรคด้วยตนเองอย่างสมบูรณ์ ดังนั้น การพยาบาลจึงควรส่งเสริมความรู้ให้คำแนะนำ ชี้แนะ และสนับสนุนผู้ดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลเด็กและลดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคลมชัก แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎี dependent-care ของ Taylor และคณะ ซึ่งอธิบายบทบาทของบุคคลที่ทำการจัดการดูแลสุขภาพแทนเด็กที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์²⁵ การเปลี่ยนแปลงของทัศนคติในการศึกษารังนี้้อาจเกิดจากลักษณะของโปรแกรมที่ไม่ได้มุ่งให้ความรู้เพียงอย่างเดียว แต่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำและทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก การจัดการเมื่อเด็กมีอาการชัก การใช้ยา และการดูแลเด็กอย่างเหมาะสม ซึ่งช่วยลดความเข้าใจผิด ความกลัว และความกังวลที่อาจมีต่อโรคลมชัก เมื่อผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น ย่อมมีพื้นฐานในการปรับมุมมองและทัศนคติต่อการดูแลเด็กให้เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็มที่มองว่าการสนับสนุน การชี้แนะ และการสอนเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Shahin และ Hussien²⁶ ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แบบมีโครงสร้างในผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก จำนวน 60 ราย พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ผู้ดูแล มีคะแนนด้านความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ และความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ที่ออกแบบให้เหมาะสมกับผู้ดูแลสามารถช่วย

ปรับเปลี่ยนทั้งความรู้และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคลมชักได้ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Hagemann และคณะ²⁷ เกี่ยวกับโปรแกรม FAMOSES สำหรับผู้ปกครองเด็กโรคลมชัก ซึ่งเป็นโปรแกรมการให้ความรู้แบบมีโครงสร้างและใช้วิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก การเผชิญปัญหา และการสื่อสารเกี่ยวกับโรคกับบุตรดีขึ้น รวมทั้งมีความกลัวเกี่ยวกับโรคลมชักลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม การศึกษาระยะก่อนหน้าของ Rau และคณะ²⁸ ยังพบว่าผู้ปกครองที่เข้าร่วม FAMOSES มีการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติต่อโรคลมชักและการจัดการอาการชักที่ดีขึ้น สนับสนุนว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลสามารถส่งผลต่อมุมมองและการปรับตัวต่อโรคได้ ขณะเดียวกัน การศึกษาของ Elsakka และคณะ²⁹ พบว่า ผู้ปกครองเด็กโรคลมชักมีปัญหาด้านความรู้และทัศนคติต่อโรค และระดับความรู้ที่ดีขึ้นมีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่เป็นบวกมากขึ้น ผู้วิจัยจึงเสนอว่าการให้ความรู้มีความสำคัญต่อการลดความเข้าใจผิดและความเชื่อที่ผิดๆเกี่ยวกับโรคลมชัก ผลดังกล่าวช่วยสนับสนุนการอธิบายผลการวิจัยครั้งนี้ว่า การเพิ่มพูนความรู้ผ่านโปรแกรมการให้ความรู้มีส่วนสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ดูแล ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนการนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก โดยเฉพาะระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ การชี้แนะ และการสนับสนุนที่เหมาะสม ส่งผลให้คะแนนทัศนคติลดลงจาก 63.04 เป็น 49.31 คะแนน และเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ของเครื่องมือพบว่าทัศนคติเปลี่ยนจากระดับต่ำเป็นระดับปานกลาง จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมมีส่วนช่วยส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ดูแลไปในทิศทางที่เหมาะสมต่อการดูแลเด็กโรคลมชัก

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) โดยเฉพาะระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อพิจารณาในบริบทของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคลมชัก เด็กยังมีข้อจำกัดด้านพัฒนาการ ความรู้ การตัดสินใจ และความสามารถในการจัดการโรคด้วยตนเอง ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลแทนเด็ก หรือเป็นผู้ดูแลแทน (dependent-care agent) ดังนั้น การให้ความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลจึงเป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กอย่างเหมาะสม โปรแกรมการให้ความรู้ในการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคลมชักอย่างเป็นระบบ ทั้งการสังเกตอาการชัก การปฏิบัติเมื่อเด็กเกิดอาการชัก การรับประทานยากันชักอย่างถูกต้อง การป้องกันปัจจัยกระตุ้น การดูแลความปลอดภัย และการติดตามการรักษา เมื่อผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น ย่อมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ ในการดูแลเด็กและตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม จึงอาจส่งผลให้พฤติกรรมในการดูแลหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Shahin และ Hussien²⁶ ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แบบมีโครงสร้างต่อผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ผู้ดูแล มีความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้ที่มีโครงสร้างและเหมาะสมกับบทบาทของผู้ดูแลสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคลมชักได้นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ

Hagemann และคณะ²⁷ ซึ่งประเมินโปรแกรม FAMOSES สำหรับผู้ปกครองเด็กโรคลมชัก พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้แบบมีโครงสร้างช่วยเพิ่มความรู้อย่างเฉพาะเกี่ยวกับโรคลมชักและส่งเสริมความสามารถของผู้ปกครองในการเผชิญปัญหาและจัดการกับความกลัวที่เกี่ยวข้องกับโรคได้ดีขึ้น ผลดังกล่าวสนับสนุนว่าการให้ความรู้ที่เป็นระบบและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ สามารถเพิ่มศักยภาพในการจัดการโรคและการดูแลเด็กได้อีกทั้ง Rau และคณะ (2006) ศึกษาโปรแกรม FAMOSES ซึ่งเป็นโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับเด็กโรคลมชักและผู้ปกครอง พบว่าการให้ความรู้ช่วยส่งเสริมความรู้และความสามารถในการจัดการโรคของครอบครัว สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลอยู่ในระดับสูงทุกคน แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็นสามารถช่วยให้ผู้ดูแลนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนการนำแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก โดยพยาบาลทำหน้าที่สนับสนุน ให้ความรู้ ชี้แนะ และส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม ผลที่พบวาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้น 12.51 คะแนน และผู้ดูแลทั้งหมดมีพฤติกรรมในการดูแลอยู่ในระดับสูงหลังได้รับโปรแกรม จึงแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคลมชัก ของผู้ดูแล และสะท้อนความสำคัญของบทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัว ในการดูแลเด็กโรคลมชักอย่างต่อเนื่อง

4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการเข้าร่วมโครงการการศึกษา ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Shahin และ Hussien²⁶ ซึ่งพบว่าโปรแกรมการให้ความรู้แบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักช่วยส่งเสริมความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และความเชื่อมั่นใน

ความสามารถของผู้ดูแล สะท้อนว่าการจัดโปรแกรมที่มีเนื้อหาเป็นระบบและตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลสามารถสร้างประสบการณ์ที่ดีและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลได้ นอกจากนี้ Hagemann และคณะ²⁷ พบว่าโปรแกรม FAMOSES ซึ่งเป็นโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ปกครองเด็กโรคลมชักสามารถเพิ่มความรู้และช่วยให้ผู้ปกครองมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาและความกลัวที่เกี่ยวข้องกับโรคลมชักดีขึ้น ซึ่งสนับสนุนความสำคัญของการให้ความรู้ที่เป็นระบบและการสนับสนุนผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ที่พัฒนาภายใต้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเริ่มสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านความเชี่ยวชาญของผู้ให้ความรู้ ความเหมาะสมของเนื้อหา และการสนับสนุนให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลเด็กได้จริง ผลดังกล่าวสะท้อนถึง ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดโปรแกรมและบทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนและเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำโปรแกรมการให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่มารับบริการในคลินิกโรกระบบประสาทเด็ก โดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก การสังเกตอาการชัก การปฐมพยาบาลเมื่อเกิดอาการชัก การใช้ยากันชักอย่างถูกต้อง การป้องกันปัจจัยกระตุ้น และการดูแลเด็กอย่างปลอดภัย

2. ด้านระบบบริการ ควรบูรณาการโปรแกรมการให้ความรู้เข้าสู่ระบบการดูแลเด็กโรคลมชักตามปกติของคลินิก โดยจัดให้มีการให้ความรู้เป็นระยะและมีการติดตามทางโทรศัพท์หรือช่องทางที่

เหมาะสม เพื่อเสริมความมั่นใจและสนับสนุนการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

3. ด้านสื่อการเรียนรู้ ควรจัดทำและพัฒนาสื่อประกอบการให้ความรู้ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ หรือสื่อดิจิทัล ให้มีเนื้อหาที่กระชับ เข้าใจง่าย และสามารถนำไปทบทวนได้ โดยเฉพาะเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติเมื่อเด็กมีอาการชักและการใช้ยากันชัก

4. ด้านการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ควรเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลอง เพื่อเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลเด็กจริง

5. ด้านสถานที่จัดกิจกรรม เนื่องจากสถานที่จัดกิจกรรมมีคะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุด แม้ยังอยู่ในระดับมากที่สุด จึงควรพิจารณาปรับปรุงสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว เงียบ สะดวก และเอื้อต่อการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยโดยมีกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความชัดเจนในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคลมชัก

3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมต่อผลลัพธ์ด้านอื่น เช่น ความมั่นใจของผู้ดูแล คุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว ความวิตกกังวลของผู้ดูแล การกลับมาใช้บริการฉุกเฉิน หรือความถี่และความรุนแรงของอาการชัก

4. ควรศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น และขยายการศึกษาไปยัง

โรงพยาบาลหรือพื้นที่อื่น เพื่อเพิ่มความสามารถในการนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน

5. ควรพัฒนารูปแบบการให้ความรู้โดยผสมผสานเทคโนโลยี เช่น สื่อออนไลน์ วิดีโอ หรือ

ระบบติดตามผ่านโทรศัพท์ เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลและสนับสนุนการดูแลเด็กโรคลมชักอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Wang, X., & Zhou, L. (2025). Pharmacological treatment of epileptic seizures. Springer Nature.
2. Larasati, A., Islamiyah, W. R., & Anisah, H. (2023). Childhood Epilepsy: An Overview. International Journal of Research Publications, 139(1). <https://doi.org/10.47119/ijrp10013911220235820>
3. Ng, R., & Hodges, E. K. (2022). Epilepsy. In Routledge eBooks (pp. 106–129). <https://doi.org/10.4324/9781003349075-9>
4. Solanki, R., Ghanghoriya, P., Sisodia, D., & Lazarus, M. (2023). Behavior Problems in Children With Epilepsy (Age 6–14 years): A Prospective Observational Study. International Journal of Recent Surgical and Medical Sciences, 10, S35–S38. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1761503>
5. Muthaffar, O. Y., Bakheet, H., AlKhoshi, A., Alsaari, M., Algarni, S., Shaheen, A., & Zuhairy, A. (2024). Academic performance of pediatric epileptic patients at King Abdulaziz University Hospital. Journal of Family Medicine and Primary Care, 13(11), 5186–5192. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1006_24
6. Becker, L., Gratopp, A., Prager, C., Elger, C. E., & Kaindl, A. M. (2023). Treatment of pediatric convulsive status epilepticus. Frontiers in Neurology, 14. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1175370>
7. Bykovshchenko, G. K. (2024). Parental stress in childhood epilepsy. Journal of Medical Rehabilitation, 2(1), 149–157. <https://doi.org/10.17749/2949-5873/rehabil.2024.12>
8. แก้วกาญจน์ เสือรัมย์ และเพ็ญแข จันทรราช. (2564). ปัญหา ความต้องการ และการสร้างความเข้มแข็งแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 44(3), 98–109. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/246676>
9. Yang, L., Ji, J., Lu, Q., Tang, P., Jiang, Y., Yang, H., & Tang, W. (2023). Caregivers' experiences in the management of children with epilepsy: A Systematic synthesis of qualitative studies. Seizure, 106, 117–128. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2023.02.004>
10. Yu, Z., Shao, Q., Hou, K., Wang, Y., & Sun, X. (2022). The experiences of caregivers of children with epilepsy: A meta-synthesis of qualitative research studies. Frontiers in Psychiatry, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.987892>
11. ห้องตรวจกุมารเวช โรงพยาบาลอุดรธานี. (2568). สถิติเด็กโรคลมชักที่มารับบริการห้องตรวจกุมารเวช โรงพยาบาลอุดรธานี. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี.
12. อาทิตยา แก่นไกร, อัจฉริยา ปทุมวัน, ศุภร วงศ์วาทัญญ, และ อาภาศรี ลุสสวัสดิ์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชัก. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 27(1), 15–28. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/243158>
13. กนกพรรณ รงค์นพรัตน์. (2567). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรคลมชักที่ไม่ตอบสนองต่อยาในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารกุมารเวชศาสตร์, 63(3), 145–158. <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/TJP/article/view/1309>
14. Bastos, F., & Cross, J. H. (2020). Epilepsy. In Handbook of clinical neurology (pp. 137–158). <https://doi.org/10.1016/b978-0-444-64148-9.00011-9>
15. Negussie, A. S., Dehan, M., Mekonnen, S., & Zelleke, T. (2024). Knowledge, attitudes, and

- practices of caregivers with children diagnosed with epilepsy attending a pediatric outpatient clinic: a descriptive, cross-sectional, questionnaire-based study in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Neurology*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12883-024-03766-1>
16. Carter, B., Cook, G., Bray, L., Collingwood, A., Saron, H., & Rouncefield-Swales, A. (2022). Parents'/caregivers' fears and concerns about their child's epilepsy: A scoping review. *PLoS ONE*, 17(9), e0274001. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274001>
17. Wang, X., Ye, J., Tian, X., Wang, F., & Guo, X. (2024). Affiliate stigma and caregiver burden in parents of children with epilepsy. *Preventive Medicine Reports*, 41, 102686. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102686>
18. Ostendorf, A. P. (2023). Epilepsy impacts families and communities: persistent gaps and inequities. *Seminars in Pediatric Neurology*, 47, 101084. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2023.101084>
19. Bloom, B. M. (1968). Learning for Mastery. Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs, 1, 1-12
20. Best, J. W. (1977). Research in Education. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.
21. Orem, D. E., Renpenning, K. M., & Taylor, S. G. (2003). Self-care theory in nursing: Selected Papers of Dorothea Orem. Springer Publishing Company.
22. Baser, G. M., et al. (2022). Effect of educational interventions on level of epilepsy knowledge in children with epilepsy and parents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*.
23. Rezaei, S., et al. (2019). Impact of structured teaching program on the parent's knowledge of domiciliary management of seizure—A randomized controlled trial. *Epilepsy & Behavior*, 92, 191–194. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.11.038>
24. Helbig, I., et al. (2017). The efficacy of an educational program for parents of children with epilepsy (FAMOSEs): Results of a controlled multicenter evaluation study. *Epilepsy & Behavior*, 74, 172–178. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.09.027> SScienceDirect+1
25. Taylor, S. G., Renpenning, K. E., Geden, E. A., Neuman, B. M., & Hart, M. A. (2001). A theory of dependent-care: A corollary theory to Orem's theory of self-care. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 39–47. <https://doi.org/10.1177/08943180122108030>
26. Shahin, M. A. H., & Hussien, R. M. (2021). Knowledge, attitude, practice, and self-efficacy of caregivers of children with epilepsy: Impact of a structured educational intervention program. *Epilepsy & Seizure*, 13(1), 1–16. <https://doi.org/10.3805/eands.13.1>
27. Hagemann, A., Pfäfflin, M., Nussbeck, F. W., & May, T. W. (2016). The efficacy of an educational program for parents of children with epilepsy (FAMOSEs): Results of a controlled multicenter evaluation study. *Epilepsy & Behavior*, 64, 143–151. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.09.027> PPubMed
28. Rau, J., May, T. W., Pfäfflin, M., Heubrock, D., & Petermann, F. (2006). Education of children with epilepsy and their parents by the modular education program epilepsy for families (FAMOSEs)—Results of an evaluation study. *Die Rehabilitation*, 45(1), 27–39. <https://doi.org/10.1055/s-2005-915371> PPubMed
29. Elsakka, E. E., El Said, H. G., Aly, S. M., Ibrahim, E. A., & Abd Elmaksoud, M. S. (2021). Knowledge, skills, and attitudes towards children with epilepsy among Egyptian parents: A comparative cross-sectional study. *Epilepsy Research*, 172, 106573. <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2021.106573> PPubMed