

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา ไม่สังกัดภาควิชา/เทียบเท่า
คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

HEALTH LITERACY OF CAREGIVERS OF CHILDREN WITH EPILEPSY



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Sports Science

Common Course

Faculty of Sports Science

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก
โดย	น.ส.สร้อยนภา ไหมพรหม
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์การกีฬา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวดี ลีมีงส์สวัสดิ์

คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิทธา พงษ์พิบูลย์)

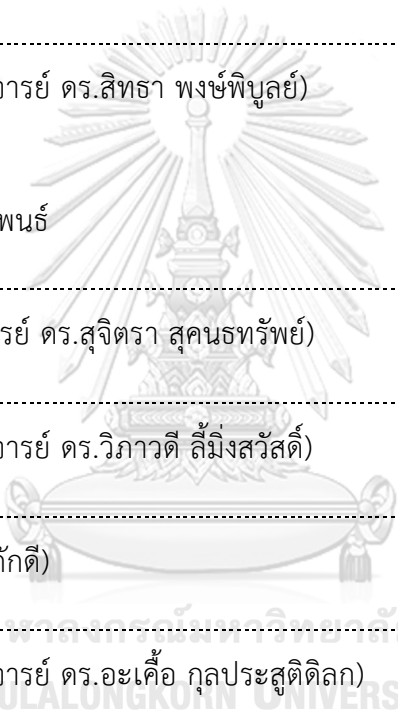
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา สุขนรินทร์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวดี ลีมีงส์สวัสดิ์)

..... กรรมการ
(ดร.รุจน์ เลาทักดี)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อะเคื้อ กุลประสูติติก)



สร้อยยง ใหมพรหม : ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก. (HEALTH LITERACY OF CAREGIVERS OF CHILDREN WITH EPILEPSY) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.วิภาวดี ลิ้มสังวีสดี

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก และเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักจำแนกตามตัวแปรอายุและระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกกุมารประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร จำนวน 108 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.86 และได้หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) จากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคูเดอร์ริชาร์ดสัน ในแบบประเมินตอนที่ 1 และตอนที่ 2 เท่ากับ 0.70 และ 0.71 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในแบบประเมินตอนที่ 3 ตอนที่ 4 และตอนที่ 5 เท่ากับ 0.82, 0.70 และ 0.96 ตามลำดับ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) หากพบความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จึงทำการทดสอบเป็นแบบรายคู่ โดยใช้วิธีแบบแอลเอสดี

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 96.30 โดยการอ่านทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอยู่ในระดับดีมาก ส่วนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักจำแนกตามตัวแปรอายุและระดับการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีอายุ 20-49 ปี มีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าอายุ 50 ปีขึ้นไป และผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีมีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา และประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์การกีฬา

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6078322739 : MAJOR SPORTS SCIENCE

KEYWORD: HEALTH LITERACY, EPILEPSY, CHILDREN WITH EPILEPSY, CAREGIVERS

Soinapha Maiphom : HEALTH LITERACY OF CAREGIVERS OF CHILDREN WITH EPILEPSY .

Advisor: Asst. Prof. WIPAWADEE LEEMINGSAWAT, Ph.D.

The objectives of this research were to study health literacy level of caregivers of children with epilepsy and to compare caregivers' health literacy level, classified by personal factors, including age, and education level. The sample of this research was 108 caregivers of children with epilepsy undertaken medical treatment at the Outpatient Department, the Pediatric Neurology Clinic, Prasat Neurological Institute, Bangkok. The sample was selected based on a purposive sampling. A research instrument was health literacy scale to measure caregivers' health literacy level that the researcher created (IOC=0.86). The reliability of the questionnaire in section 1 and 2 was calculated by Richardson's alpha coefficient and found that it was 0.70 and 0.71. The section 3, 4 and 5 of the questionnaire's reliability was calculated by Cronbach's alpha coefficient and found that it was 0.82, 0.70 and 0.96. Quantitative data collected were then analyzed using statistics, including frequency, mean, percentage and standard deviation, and One-Way ANOVA. If a statistically significant difference at level of 0.05 was found, a pairwise comparison was conducted by using LSD.

Results: Most of the participants had a moderate level of health literacy (96.30%). When individual aspects were considered, reading and understanding the letters and numbers and decision making about the care of children with epilepsy were at a very high level. However, knowledge and understanding about epilepsy, access to health information and services and communication to reduce the health risks of children with epilepsy at a fair level. When personal factors, including age, and education level were compared, the participants aged 20-49 years had higher level of health literacy than those aged 50 years and older. The participants graduated with a bachelor's degree or higher than had higher level of health literacy than those graduated with secondary education or diploma, and elementary school or uneducated group with a statistical at level of 0.05.

Field of Study: Sports Science

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดีด้วยความมีเมตตากรุณา เอาใจใส่ และช่วยเหลือดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวดี ลีมิ่งสวัสดิ์ ที่ท่านได้เสียสละเวลาให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ ข้อคิด แนวทางแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และ ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้มาโดยตลอด ด้วยความรัก ความเข้าใจ และให้กำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ผู้วิจัยตระหนักและซาบซึ้งในพระคุณเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา สุคนธทรัพย์ ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. รุจน์ เลหาภักดี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อะเคื่อ กุลประสูติติก คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ และความรู้อันเป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา สุคนธทรัพย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อะเคื่อ กุลประสูติติก แพทย์หญิงอาภาศรี ลุสวัสดิ์ แพทย์หญิงชนิกานต์ ศรีธธาพร และนางพิศมัย สุขอมรรรัตน์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะอย่างดียิ่งที่เป็นประโยชน์ให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบประเมินในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สถาบันประสาทยุทธศาสตร์ศึกษา ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณ เพื่อน พี่ รวมถึงไปถึงพี่ ๆ ฝ่ายวิชาการคณะวิทยาศาสตร์การกีฬาทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่

ขอกราบขอบพระคุณมารดาและพี่ชายที่อบรมสั่งสอนให้โอกาสทางการศึกษา พร้อมทั้งเป็นกำลังใจคอยสนับสนุนให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยและผลักดันให้ประสบความสำเร็จ

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ช่วยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านที่กล่าวมาและมีได้นามากกว่าในทันที จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

สร้อยนภา ไหมพรหม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามในการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	5
1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	5
2. ขอบเขตด้านพื้นที่	5
3. ขอบเขตด้านตัวแปร	5
คำจำกัดความของการวิจัย	5
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	6
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	8
1.1 ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ	8
1.2 องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ	10
2. โรคลมชักในเด็ก	20

2.1	คำนิยามของอาการชัก และโรคลมชัก	20
2.2	สาเหตุของอาการชักและโรคลมชัก (Etiology of seizure & epilepsy).....	20
2.3	การจำแนกชนิดของโรคลมชัก	24
2.4	การรักษาโรคลมชัก (Treatment).....	26
3.	ผู้ดูแล	31
3.1	ความหมายของผู้ดูแล	31
3.2	ประเภทผู้ดูแล	31
3.3	การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	31
3.4	บทบาทหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักเมื่อเกิดอาการชัก	33
4.	สถาบันประสาทวิทยา	34
5.	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	36
5.1	งานวิจัยในประเทศไทย.....	36
5.2	งานวิจัยในต่างประเทศ.....	39
	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	43
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
	การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	44
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
	ตอนที่ 1 การอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข	45
	ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก	46
	ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	47
	ตอนที่ 4 การสื่อสารเพื่อความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก.....	48
	ตอนที่ 5 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	49
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	52

ขั้นเตรียมการ	52
ขั้นตอนการดำเนินการและเก็บข้อมูล	52
วิธีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	54
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	55
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	56
ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	57
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ...	72
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	82
สรุปผลการวิจัย.....	83
1. ข้อมูลส่วนบุคคล	83
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	83
3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและวิเคราะห์ความแปรปรวน แบบทางเดียวของความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามอายุและระดับการศึกษา.....	84
อภิปรายผล	86
ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย	88
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	88
บรรณานุกรม.....	89
ภาคผนวก ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิและตัวอย่างจดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ	96
ภาคผนวก ข ใบรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและ หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	100
ภาคผนวก ค ตัวอย่างหนังสือขอความอนุเคราะห์ทำโครงการวิจัยในโรงพยาบาล ของคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	108
ภาคผนวก ง หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลโครงการวิจัยที่ดำเนินงานโดยโรงพยาบาล	110

ภาคผนวก จ การคำนวณกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	112
ประวัติผู้เขียน	124



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 องค์ประกอบและคุณลักษณะสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	14
ตารางที่ 2 การจำแนกการให้คะแนนและแปลผลการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข .	46
ตารางที่ 3 การจำแนกการให้คะแนนและแปลผลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก	47
ตารางที่ 4 การจำแนกการให้คะแนนและแปลผลการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	47
ตารางที่ 5 การจำแนกการให้คะแนนและแปลผลการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของ ผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	48
ตารางที่ 6 การจำแนกการให้คะแนนและแปลผลการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	49
ตารางที่ 7 เกณฑ์ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักโดยรวม	50
ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของอายุและระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	56
ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ระดับและการแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ลมชัก	57
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับและการแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักจำแนกตามองค์ประกอบ	58
ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้าน การอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข	59
ตารางที่ 12 ร้อยละของการตอบคำถามของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านการอ่านและทำความเข้าใจ ตัวหนังสือและตัวเลข	59
ตารางที่ 13 ร้อยละของการตอบข้อความของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านการอ่านและ ทำ ความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลขจำแนกเป็นรายข้อ	60
ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้าน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก	61

ตารางที่ 15 ร้อยละของการตอบคำถามของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก 62

ตารางที่ 16 ร้อยละของการตอบคำถามของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักจำแนกเป็นรายข้อ 63

ตารางที่ 17 จำนวน ร้อยละ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 65

ตารางที่ 18 ร้อยละของการตอบคำถามของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพจำแนกเป็นรายข้อ 66

ตารางที่ 19 จำนวน ร้อยละ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ด้านการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก 67

ตารางที่ 20 ร้อยละของการตอบคำถามของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชักจำแนกเป็นรายข้อ 68

ตารางที่ 21 จำนวน ร้อยละ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก 69

ตารางที่ 22 ร้อยละของการตอบคำถามของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักรายข้อ 70

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามอายุ 72

ตารางที่ 24 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายคู่จำแนกตามอายุด้วยวิธีการทดสอบของแอลเอสดี (LSD)..... 72

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบจำแนกตามอายุ 73

ตารางที่ 26 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลขรายคู่จำแนกตามอายุด้วยวิธีการทดสอบของแอลเอสดี (LSD) 74

ตารางที่ 27 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักรายคู่จำแนกตามอายุด้วยวิธีการทดสอบของแอลเอสดี (LSD) 75

ตารางที่ 28 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ
สุขภาพรายคู่จำแนกตามอายุด้วยวิธีการทดสอบของแอลเอสดี (LSD) 76

ตารางที่ 29 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว
(One-Way ANOVA) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามระดับการศึกษา 76

ตารางที่ 30 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายคู่จำแนกตามระดับ
การศึกษาด้วยวิธีการทดสอบของแอลเอสดี (LSD)..... 77

ตารางที่ 31 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว
(One-Way ANOVA) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบจำแนกตามระดับ
การศึกษา 78

ตารางที่ 32 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการอ่านและทำความเข้าใจ
ตัวหนังสือและตัวเลขรายคู่จำแนกตามระดับการศึกษาด้วยวิธีการทดสอบของแอลเอสดี (LSD) 79

ตารางที่ 33 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ
สุขภาพรายคู่จำแนกตามระดับการศึกษาด้วยวิธีการทดสอบของแอลเอสดี (LSD) 80

ตารางที่ 34 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารเพื่อลดความ
เสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชักรายคู่จำแนกตามระดับการศึกษาด้วยวิธีการทดสอบของ
แอลเอสดี (LSD) 81

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 การจัดแบบกลุ่มอาการชักรูปแบบพื้นฐานภาคปฏิบัติโดย ILAE ฉบับปี 2017.....	24
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย	43



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคลมชักเป็นโรคความผิดปกติของระบบประสาทที่พบมากที่สุดทั่วโลก (World Health Organization, 2017) สามารถพบได้ทุกเพศทุกวัย มักพบครั้งแรกในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (อนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์, 2554) ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคลมชักประมาณ 50 ล้านคน โดยร้อยละ 80 ของผู้ที่เป็นโรคลมชักอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง มีจำนวนผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 7 ถึง 14 รายต่อประชากร 1,000 คน (World Health Organization, 2018) ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาพบการเกิดโรคลมชักในเด็กประมาณ 40 รายต่อประชากรเด็ก 100,000 คนต่อปี โดยพบสูงสุดในอายุน้อยกว่า 1 ปี สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคลมชักประมาณ 120 รายต่อประชากร 100,000 คน โดยช่วงอายุ 1-10 ปี พบผู้ป่วย 40-50 รายต่อประชากร 100,000 คน และช่วงวัยรุ่นตอนต้นพบผู้ป่วยประมาณ 20 รายต่อประชากร 100,000 คน (ณรงค์ เอื้อวิชญาแพทย์, 2554)

โรคลมชัก (Epilepsy) เกิดจากภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลันของการทำงานของเซลล์สมอง โดยมีการปลดปล่อยคลื่นไฟฟ้าที่ผิดปกติ (Epileptiform activity) ออกมาจากเซลล์สมองจำนวนมากพร้อมๆ กัน อาการชักเกิดขึ้นโดยไม่มีปัจจัยมากระตุ้น (Unprovoked seizure) เกิดขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง โดยจะต้องเว้นช่วงเวลาห่างระหว่างอาการ 2 ครั้ง นั้นอย่างน้อย 24 ชั่วโมง (Fisher et al, 2014) อาการชักจะเกิดขึ้นอย่างฉับพลันทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติและระดับความรู้สึกตัวได้ อาการชักจึงมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก (Nguyen and Tellez-Zenteno, 2009) อาการชักส่งผลกระทบต่อทั้งตัวเด็ก ครอบครัว และประเทศชาติ ผลกระทบต่อเด็กในขณะชัก ได้แก่ การสูดสำลัก การได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ การเกิดอุบัติเหตุซึ่งอาจจะเป็นอันตรายต่อชีวิต เป็นต้น ส่วนผลกระทบระยะยาว ได้แก่ พัฒนาการล่าช้า สมาธิสั้น พฤติกรรมที่ผิดปกติ มีปัญหาด้านการเรียน (Caplan et al., 2005) เซวาร์ปัญญาบกพร่อง เป็นต้น (Russ, Larson and Halfon, 2012) สำหรับผลกระทบต่อครอบครัว พ่อแม่ ผู้ดูแลทำให้เกิดความวิตกกังวลและมีค่าใช้จ่ายจากการรักษาเพิ่มขึ้น ผลกระทบต่อประเทศ ได้แก่ เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล (World Health Organization, 2017) ผลกระทบจากโรคลมชักดังกล่าวจะลดลงได้หากผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้รับการรักษาจนหายหรือสามารถควบคุมอาการชักได้ ซึ่งการรักษาหรือการควบคุมโรคลมชักทำได้โดยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องตามจำนวนที่แพทย์กำหนด การพบแพทย์ตามนัด และหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการชัก เช่น การลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด การอดนอน การทำงานหรือการออกกำลังกายที่มากกว่า

ปกติ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การใช้ยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท ยาเสพติด แสงแดดจ้า และแสงไฟกะพริบ เช่น การเล่นเกมบางชนิด ภาพจากโทรทัศน์ แสงจาก แฟลช ฯลฯ (Edmonton Epilepsy Association, 2011) เป็นต้น ปัจจัยดังกล่าวสามารถทำให้เกิดอาการชักที่รุนแรง ฉับพลัน และชักเป็นเวลานาน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ (Sande, 2004) จากผลกระทบข้างต้นทำให้ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคลมชักเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็ก เนื่องจากโรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลารักษาในระยะยาว ประกอบกับผู้ป่วยยังอยู่ในวัยเด็กซึ่งไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างเต็มที่ ผู้ดูแลจึงต้องมีภาระและความรับผิดชอบเพิ่มขึ้นมากกว่าการดูแลเด็กปกติทั่วไป

จากงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า ผู้ดูแล (Caregivers) ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรคลมชัก กล่าวคือ ร้อยละ 27.7 คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ทำให้เกิดอาการชัก ร้อยละ 41.0 คิดว่าหากผู้ป่วยสัมผัสรับประทานยากันชักในวันนั้นให้เพิ่มขนาดยาขึ้นเป็น 2 เท่าของวันถัดไป ร้อยละ 4.8 คิดว่าโรคลมชักเป็นโรคติดต่อ ร้อยละ 22.9 คิดว่าโรคลมชักเกิดจากการรับประทานเนื้อหมู และร้อยละ 65.1 คิดว่าโรคลมชักเป็นโรควิกฤตจริง ด้านการให้การปฐมพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการชักพบว่า ร้อยละ 65.1 จะใช้ช้อนหรือของแข็งงัดปากเพื่อป้องกันผู้ป่วยกัดลิ้น ร้อยละ 74.7 จะช่วยเหลือด้วยการกดหน้าท้องให้ผู้ป่วย และร้อยละ 42.2 จะจับยึดมัดผู้ป่วยไว้ ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือที่ไม่ถูกต้อง และการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยและอาจเป็นอันตรายต่อผู้ช่วยเหลือได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักเพื่อป้องกันการเกิดอาการชักหรืออันตรายที่เกิดจากอาการชักได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Saengsuwan et al., 2013)

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามไว้ว่า เป็นทักษะการเรียนรู้ทางปัญญาและสังคมที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี (World Health Organization, 1998) สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวัดความรู้ด้านสุขภาพนั้นในต่างประเทศมีการพัฒนาเครื่องมือไว้มากมาย ได้แก่ Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) ใช้ประเมินทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์ โดยการคัดเลือกคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การรักษา สื่อการสอนด้านสุขศึกษา หลากหลายต่าง ๆ ประกอบด้วยคำศัพท์ทางการแพทย์ง่าย ๆ จำนวน 125 คำ (Davis et al., 1991) Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) ใช้วัดความเข้าใจในการอ่านข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับการคำนวณตัวเลข (Parker et al., 1995) Functional Communication and Critical Health Literacy Scales เป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพที่วัดระดับขั้นพื้นฐาน ขั้นการปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ เพื่อประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้เข้าใจระดับความสามารถและทักษะที่จำเป็นของผู้ป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเองในการ

ควบคุมโรคเบาหวานและพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง (Ishikawa et al., 2008) The HLS-EU-047 เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นจากทุนงบประมาณของ The European Commission's Health Programme ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทำเดลฟาย การสนทนากลุ่มนักวิชาการและผู้เกี่ยวข้อง โดยวัดจาก 4 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การตรวจสอบ ประเมิน ตัดสินใจ และการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในบริบทของการดำเนินการ 3 ด้าน คือ การดูแลรักษา การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ (Sorensen et al., 2012) Health Literacy Questionnaire (HLQ) เป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปทุกกลุ่มวัย ซึ่งพัฒนาขึ้นจากข้อมูลฐานรากที่ได้จากการสัมภาษณ์และการประชุมปฏิบัติการในกลุ่มต่าง ๆ ทั้งกลุ่มประชาชน ผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติ และผู้กำหนดนโยบาย (Osborn et al., 2013)

สำหรับเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยมีการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดและประเมินความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 - 2559 พัฒนารูปแบบวัดของ Nutbeam (2009) เป็นหลัก มี 3 ระดับ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน (Functional literacy level) ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access) และด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive literacy level) ประกอบด้วย ด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill) และด้านการจัดการตนเอง (Self-management) 3) ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical literacy level) ประกอบด้วย ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) แนวคิดนี้ได้มีการพัฒนาเป็นเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพทั้งในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทั่วไป ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และในกลุ่มผู้ป่วย (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ได้แก่ แบบวัด ABCDE-HL Scale of Thai Adults ตามหลัก 3อ.2ส. สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Intarakamhang and kwanchuen, 2016) เครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามเพื่อประเมิน Health Literacy จำนวน 145 ข้อ เป็นต้น (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นีละไพจิตร, 2559)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับสุขภาพเด็ก (Yin et al., 2009; Dewalt et al., 2009; Sanders et al., 2009) กล่าวคือ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ มักจะมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพขั้นพื้นฐานและกิจกรรมทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับบุตรหลานของตน เช่น การอ่านเครื่องวัดอุณหภูมิแบบดิจิทัล และการไม่เข้าใจแผนภูมิการเติบโต (Yin et al., 2009) โดยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่เพียงพอ มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความผิดพลาดในการใช้ยามากขึ้น และมีอัตราการเข้ารับการรักษาแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลในอัตราสูงขึ้น (Dewalt et al., 2009; Lokker et al., 2009; Yin et al., 2010) ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองยังเชื่อมโยงกับการปฏิบัติตามการรักษาพยาบาล ตัวอย่างเช่น การรับประทานยาในเด็กที่เป็นโรคหืด (Gardiner et al., 2006)

ในวัยรุ่นที่มีโรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Janisse et al., 2010) การรับประทานอาหารตามกำหนด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการมาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น (McDonald et al., 2002; Osterberg et al., 2005) สำหรับการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาก่อให้เกิดผลที่ตามมา ได้แก่ อัตราการตายที่เพิ่มขึ้น อัตราการใช้บริการด้านการดูแลสุขภาพและค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น (Bergman-Evans, 2006)

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคลมชักในประเทศไทยที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก เพื่อที่จะได้ทราบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก โดยศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกกุมารประสาทวิทยา สถาบันประสาท กรุงเทพมหานคร เนื่องจากสถาบันประสาทเป็นสถาบันที่มีความเป็นเลิศในการดูแลรักษาเฉพาะโรคทางด้านระบบประสาทอย่างครบวงจร ซึ่งมีผลงานเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง มีศูนย์รักษาโรคลมชักครบวงจร ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่รักษายากที่ถูกส่งต่อจากส่วนกลางและภูมิภาค และเป็นศูนย์กลางในการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในด้านโรคลมชักให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งประชาชนทั่วไป ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นและเป็นแนวทางสามารถนำไปพัฒนากิจกรรมการพยาบาล งานสุขภาพศึกษาที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมีการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก จำแนกตามตัวแปรอายุและระดับการศึกษา

คำถามในการวิจัย

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชักเป็นอย่างไร
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีอายุและระดับการศึกษาที่ต่างกัน มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่างกันหรือไม่อย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก คลินิกกุมารประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีอายุไม่เกิน 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชัก โดยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และวันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป มีความสามารถพูดสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาและลงนามในหนังสือยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

2. ขอบเขตด้านพื้นที่

ศึกษาเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก คลินิกกุมารสถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานครเท่านั้น

3. ขอบเขตด้านตัวแปร

3.1 ตัวแปรต้น คือ อายุ และระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

3.2 ตัวแปรตาม คือ ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ได้แก่ ความสามารถในการอ่านและทำความเข้าใจในตัวหนังสือและตัวเลข (Reading comprehension and numeracy) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก (Cognitive) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)

คำจำกัดความของการวิจัย

โรคลมชัก (Epilepsy) หมายถึง อาการชักโดยไม่มีปัจจัยกระตุ้น (Unprovoked seizure) มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง โดยจะต้องเว้นช่วงเวลาห่างระหว่างอาการ 2 ครั้งนั้นอย่างน้อย 24 ชั่วโมง

ผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (Children with epilepsy) หมายถึง บุคคลที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชัก (Epilepsy)

ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (Caregivers of children with epilepsy) หมายถึง พ่อ แม่ ผู้ปกครอง บุคคลในครอบครัวหรือญาติ ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักในด้านต่าง ๆ และต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และวันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ซึ่งกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาไว้ให้สุขภาพดีอยู่เสมอ

องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ

การอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข (Reading comprehension and numeracy)

หมายถึง ความสามารถในการอ่านตัวหนังสือและตัวเลข ทำความเข้าใจและสามารถบอกได้

ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) หมายถึง การรับรู้ การอ่านและการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ ในการนำความรู้ความเข้าใจเนื้อหาสำคัญในการอ่านข้อความเอกสาร ฉลากยา การปฏิบัติตัวและการแปลความหมายที่ถูกต้องด้านการเข้ารับบริการเกี่ยวกับโรคลมชักและแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก เพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access) หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล เลือกลงแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก และการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน ตอบโต้ ชักถามเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ด้วยการคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบตามหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ

ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และเลือกปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักให้ถูกต้อง

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปพัฒนากิจกรรมการพยาบาล งานสุขศึกษา ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. หน่วยงานต่าง ๆ เกี่ยวข้อง เช่น คลินิกโรคลมชัก หอผู้ป่วยโรคลมชัก งานสุขศึกษาตามสถานบริการสุขภาพและสถานศึกษา เป็นต้น สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเกี่ยวกับโรคลมชัก
3. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชักในเด็ก
4. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดอบรม จัดทำเอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักในหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น คลินิกโรคลมชัก หอผู้ป่วยโรคลมชัก งานสุขศึกษาตามสถานบริการสุขภาพและสถานศึกษา เป็นต้น

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้ารวบรวมข้อมูลต่าง ๆ จากหนังสือเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ โดยนำเสนอตามหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 1.1 ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 1.2 องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 1.3 เครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพต่างประเทศ
 - 1.4 เครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย
2. โรคลมชักในเด็ก
 - 2.1 คำนิยามของอาการชัก และโรคลมชัก
 - 2.2 สาเหตุการเกิดโรคลมชัก
 - 2.3 การจำแนกชนิดของโรคลมชัก
 - 2.4 การรักษาโรคลมชัก
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก
4. สถาบันประสาทวิทยา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 งานวิจัยในประเทศไทย
 - 5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1.1 ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ

นิยามหรือความหมายของคำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้มีการกำหนดขึ้นโดยนักวิชาการ จากกลุ่มหรือสถาบันต่าง ๆ มีดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ซึ่งกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาไว้ให้สุขภาพดีอยู่เสมอ

สมาคมทางการแพทย์ของอเมริกา (American Medical Association, 1999) ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและการคำนวณตัวเลข เพื่อการปฏิบัติตน ส่งเสริมสุขภาพ และรักษาสุขภาพให้ดีอยู่เสมอ

Nutbeam (2000) ให้ความหมายเช่นเดียวกับ WHO ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมเป็นตัวกำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี

สถาบันทางการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine, 2004) ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงและทำความเข้าใจ ข้อมูลข่าวสาร และบริการทางสุขภาพในการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสม ยั่งยืนอยู่กับความพึงพอใจ ความคาดหวังของข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพด้วย

Zarcadoolas, Pleasant, and Greer (2005) ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะที่ครอบคลุมความสามารถในการประเมินข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข และนำแนวคิดที่ได้มาเป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต

Kwan, Frankish, and Rootman (2006) ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับที่ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพได้ตรงกับความต้องการในบริบทที่แตกต่างกันด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต

Kickbusch (2006) ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่มีพลวัต มีพลังจูงใจตนเอง มีทักษะชีวิตที่สำคัญในการเข้าสู่สังคมสมัยใหม่ และเป็นทางเลือกในชีวิตประจำวันที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและความสุขใจ

Paasche-Orlow and Wolf (2007) ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะของบุคคลที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ ที่ต้องมีกระบวนการในการตรวจสอบสารสนเทศในบริบทของปัญหาด้านสุขภาพ

สหภาพยุโรป (European Commission, 2007) ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการอ่าน กลั่นกรอง และทำความเข้าใจในข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่ดี

Nutbeam (2008) ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญา และทางสังคมที่ซึ่งนำก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทาง เพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง

Ishikawa et al. (2008) ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพอย่างเหมาะสม

Rootman (2009) ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นเพื่อการค้นหา เพื่อการประเมินและการบูรณาการข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่มีความหลากหลายของบริบท และจำเป็นต่อด้านการรู้ค่าศัพท์ทางสุขภาพและวัฒนธรรมของระบบสุขภาพนั้น

Chin et al. (2011) ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ประเด็นหนึ่งที่ต่างออกมาในการตีความถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ หากมีความรู้ด้านสุขภาพจะทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Edwards et al. (2012) ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การได้รับการถ่ายทอดให้เกิดความสามารถจัดการภาวะเงื่อนไขทางสุขภาพ สามารถเข้าถึงและสามารถติดตามข้อมูลข่าวสาร บริการ มีการปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเจรจาต่อรองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม

HLS-EU Consortium (2012) ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การรู้หนังสือเกี่ยวข้องกับความรู้ที่จำเป็น แรงจูงใจ และสมรรถนะในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเพื่อการตัดสินใจในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายของ World Health Organization (1998) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ซึ่งกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาไว้ให้สุขภาพดีอยู่เสมอ

1.2 องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ

แนวคิดองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ ได้มีการกำหนดขึ้นโดยนักวิชาการจากบริบทที่แตกต่างกัน ได้กำหนดองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ มีดังนี้

Nutbeam (2000) ได้จำแนกระดับองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ โดยพิจารณาปัญหาการดำเนินงานสุขภาพที่ผ่านมา ได้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้ (1) Basic/Functional literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน คือ ทักษะพื้นฐานในการอ่านและเขียนเพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์ชีวิตประจำวัน (2) Communicative/Interactive literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน คือ ทักษะด้านความรู้ความเข้าใจด้านการสื่อสารและการอ่านเชิงโต้ตอบ ทักษะในการรับรู้ความสามารถและการรู้หนังสือควบคู่กับทักษะทางสังคมสามารถใช้ในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมประจำวันเพื่อดึงข้อมูลและถ่ายทอดความหมายจากรูปแบบการสื่อสารที่แตกต่างกัน และนำข้อมูลใหม่มาใช้ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (3) Critical literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ คือ ทักษะทางความคิดขั้นสูงซึ่งร่วมกับทักษะทางสังคมสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดและใช้ข้อมูลนี้เพื่อควบคุมเหตุการณ์และสถานการณ์ในชีวิตได้ดีขึ้น

Kickbusch (2001) ได้พัฒนาองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพมาจากของ Nutbeam (2000) ได้มีการปรับให้มีความชัดเจนมากขึ้น โดยแบ่งเป็น (1) การเข้าถึงข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ (Access to information and knowledge) (2) ความสามารถในการใช้ภาษาในการกรอกแบบแสดงความยินยอมด้วยความสมัครใจ (Informed consent) (3) ทักษะการเจรจาต่อรองเพื่อจะได้มีทางเลือกในการรักษาที่ห่างไกลจากความเสียหาย (Negotiating skill)

Lee S. Y. D. et al. (2004) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล โดยได้มีการทบทวนวรรณกรรม เพื่อตรวจสอบความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำว่าส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่ามีความเชื่อมโยงความรู้ด้านสุขภาพกับสถานะสุขภาพและการบริการด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง (Knowledge of disease and self-care) (2) พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ (Health risk behavior) (3) การดูแลป้องกันและการเข้ารับการตรวจสุขภาพ (Preventive care and physician visits) และ (4) การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Compliance with medications) โดยกรอบแนวคิดนี้ชี้ให้เห็นว่าบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีแนวโน้มที่จะมีความรู้ด้านการแพทย์ที่แย่ง พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่รู้จักการดูแลป้องกันตนเองจากโรค ไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพ และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้การดูแลตนเองไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่แย่งทำให้เพิ่มอัตราการใช้บริการฉุกเฉินและการรักษาในโรงพยาบาล

Rootman and Ronson (2005) ได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยความรู้และสุขภาพในประเทศแคนาดา ผลการศึกษาพบว่าการรู้หนังสือในระดับต่ำมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยด้านทางตรงมีความเสี่ยงต่อสุขภาพเนื่องจากไม่สามารถอ่านฉลากยา ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำและเอกสารด้านสุขภาพ ส่วนด้านทางอ้อมบุคคลที่มีระดับความรู้ที่อยู่ในระดับต่ำมักจะอาศัยและทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีสุขภาพไม่ดี ทำให้มีปัญหาในการได้รับการจ้างงานและความมั่นคงด้านรายได้มากขึ้น ปัจจัยของความรู้ ได้แก่ การศึกษา การพัฒนาในวัยเด็ก การมีอายุที่มากขึ้น สภาพความเป็นอยู่ สภาพการทำงานความสามารถส่วนบุคคล พันธุกรรม เพศ และวัฒนธรรม โดยเสนอองค์ประกอบด้วย 2 ด้าน (1) การรู้หนังสือด้านทั่วไป (General literacy) ในการอ่าน การคำนวณ การพูด การฟัง การทำความเข้าใจ การต่อรอง การวิพากษ์ และการตัดสินใจ (2) การรู้หนังสือด้านอื่น ๆ เช่น วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม คอมพิวเตอร์ และสื่อต่าง ๆ เป็นต้น แนวคิดนี้เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) กับการรู้หนังสือ (Literacy) ในด้านอื่น ๆ ได้แก่ การรู้หนังสือด้านทั่วไป เช่น สมรรถนะในการอ่านออก การคำนวณ การพูด การฟัง การทำความเข้าใจ การต่อรอง การวิพากษ์ การตัดสินใจ และการรู้หนังสือด้านอื่น ๆ เช่น วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม คอมพิวเตอร์ และสื่อต่าง ๆ เป็นต้น โดยการเรียนรู้หนังสือที่ต่ำหรือสูงในทุกด้านจะส่งผลต่อสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิต

Paasche-Orlow and Wolf (2007) ได้จำแนกองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ (1) การเข้าถึงและการใช้ประโยชน์ของระบบการดูแลสุขภาพ (Access and utilization of health care) (2) ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Patient-provider relationship) (3) การดูแลตนเอง (Self-care) ทั้ง 3 ด้าน มีความสำคัญในการออกแบบการจัดการเรียนรู้ออกแบบให้ผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพคือการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การมีส่วนร่วมทางสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และความเท่าเทียมกันในการเข้ารับบริการทางสุขภาพ

Nutbeam (2008) ได้พัฒนาองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพมาจาก 2 ประเด็น ที่ต่างกันในการดูแลรักษาทางคลินิก (Clinical care) และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (Public health) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง “ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค” แบ่งออกเป็น 3 ระดับ เช่นเดิม ได้แก่ ระดับ 1 Basic/Functional literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ระดับ 2 Communicative/Interactive literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน และระดับ 3 Critical literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ งานวิจัยนี้สรุปว่าการศึกษานี้ได้ขยายการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนมากขึ้น เนื่องด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญที่จะช่วยกระตุ้นให้เกิดความเข้าใจ และส่งผลให้กระบวนการสื่อสารสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้นและพยายามที่จะพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมการอ่านออกเขียนได้ การคิดคำนวณ และทักษะทางภาษาของประชากร

Manganello (2008) ได้จำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็น 4 ประเด็น ได้แก่ (1) ความสามารถพื้นฐานในการอ่านและเขียน (Functional health literacy) (2) ความสามารถของบุคคลขั้นพื้นฐานในการอ่านและเขียนได้ และมีทักษะทางสังคมในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ (Interactive health literacy) (3) ความสามารถของบุคคลในการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ (Critical health literacy) และ (4) ความสามารถของบุคคลในการวิเคราะห์และประเมินข้อมูลจากสื่อ (Media literacy)

Wagner et al. (2009) ได้พัฒนาองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพมาจาก รูปแบบของการรู้คิดทางปัญญาและสังคม (Social cognition models) จำแนกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพ (Access and use of health care) (2) การปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ป่วย (Patient-provider interactions) และ (3) การจัดการสุขภาพและความเจ็บป่วย (The management of health and illness)

Chin et al. (2011) ได้จำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 กระบวนการพัฒนาศักยภาพ (Processing capacity) คือ ปัจจัยที่ส่งเสริมความสามารถ เช่น ความจำ ด้านที่ 2 ความรู้ทั่วไป (General knowledge) คือ ความสามารถในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ และด้านที่ 3 ความรู้เฉพาะเรื่อง (Specific health knowledge)

Sorensen et al. (2012) ได้จำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) การเข้าถึง (Access) สามารถที่จะแสวงหา ค้นหา และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ (2) การเข้าใจ (Understand) สามารถที่จะเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ (3) การประเมิน (Appraise) สามารถอธิบาย ตีความ ถกเถียง และประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง (4) การประยุกต์ใช้ (Apply) สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคปรับปรุงสุขภาพตนเอง

Osborn et al. (2013) ได้จำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 9 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Feeling understood and supported by healthcare providers) (2) มีแหล่งเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอในการจัดการสุขภาพตนเอง (Having sufficient information to manage my health) (3) ความกระตือรือร้นในการจัดการสุขภาพของตนเอง (Actively managing my health) (4) แรงสนับสนุนทางด้านสุขภาพ (Social support for health) (5) ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพได้ (Appraisal of health information) (6) ความสามารถในการเข้ามามีส่วนร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ (Ability to actively engage with healthcare providers) (7) การแสวงหาข้อมูลระบบบริการสุขภาพ (Navigating the healthcare system) (8) ความสามารถในการหาข้อมูลที่ดีด้านสุขภาพ

(Ability to find good information) (9) เข้าใจความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอในด้านการอ่านและการเขียนข้อมูลด้านสุขภาพ (Understanding health information well enough to know what to do)

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล โดย ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และ นริมาลย์ นิละไพจิตร (2559) ได้จำแนกองค์ประกอบตามแนวคิดที่ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ (1) ความสามารถในการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข (2) ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูล (3) ผลลัพธ์ที่ใช้ยืนยันการรู้แจ้งแตกฉาน (3.1) ระดับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (3.2) ระดับการปฏิบัติที่ถูกต้อง (3.3) ความสามารถในการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่หรือผู้เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (3.4) ระดับการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติใน อนาคตหรือเงื่อนไขในการใช้ชีวิตประกอบด้วย

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้ให้คุณลักษณะสำคัญที่ จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ
2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ
3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน
4. ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนด เป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง
5. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือก และปฏิเสธ หลีกเลียง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ หลีกเลียง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง
6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

ตารางที่ 1 องค์ประกอบและคุณลักษณะสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ

องค์ประกอบ	คุณลักษณะที่สำคัญ
1. การเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ และบริการสุขภาพ รู้วิธีการค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา 2. ค้นหาข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพที่ถูกต้อง 3. สามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้ เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง และได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ สำหรับนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง
2. ความรู้ ความเข้าใจ	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความรู้และจดจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ 2. สามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในการที่จะนำไปปฏิบัติ 3. สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล
3. ทักษะการสื่อสาร	<ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจ 2. สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ
4. ทักษะการจัดการตนเอง	<ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ 2. สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ 3. มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
5. ทักษะการตัดสินใจ	<ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดทางเลือกและปฏิเสธ หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี 2. ใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ หลีกเลี่ยง เลือกวิธีการปฏิบัติ 3. สามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น
6. การรู้เท่าทันสื่อ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ 2. เปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น 3. ประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม

ที่มา: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561)

จากแนวคิดองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพข้างต้น ผู้วิจัยนำองค์ประกอบตามกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559) มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 1) การอ่านทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข 2) ความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพ 3) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) ทักษะการสื่อสาร และ 5) ทักษะการตัดสินใจ

1.3 เครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพต่างประเทศ

ในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพมีการใช้เครื่องมือวัดประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีนักวิชาการได้พัฒนาเครื่องมือไว้หลากหลาย ดังนี้

1) Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) ใช้ประเมินทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับคำศัพท์ทางการแพทย์ โดยการคัดเลือกคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การรักษา สื่อการสอนด้านสุขศึกษา ฉุกเฉินต่าง ๆ โดยใช้ตัวชี้วัด 2 ด้าน คือ ทักษะการอ่านการจดจำคำหรือเข้าใจในการอ่านและการคิดคำนวณ และทักษะอื่นที่จำเป็น เช่น ความรู้ทางวัฒนธรรม และความคิด การฟัง การคิดคำนวณ การพูด การเขียน และการอ่าน เป็นต้น ซึ่งประกอบด้วยคำศัพท์ทางการแพทย์ง่าย ๆ จำนวน 125 คำ จัดเรียงเป็น 4 คอลัมน์ ให้ผู้ป่วยอ่านออกเสียงทั้งหมดออกมาดัง ๆ ทีละคำ ในเวลา 3 ถึง 5 นาที การให้คะแนนจะบันทึกไว้ว่าอ่านถูกต้องหรือไม่ ใช้ในการทดสอบความสามารถในการอ่านในผู้ใหญ่ 207 ราย ในคลินิกการดูแลผู้ป่วยปฐมภูมิทั้งภาครัฐและเอกชน 6 แห่ง การประเมินนี้ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถจำแนกผู้ป่วยที่มีระดับการอ่านที่จำกัด เพื่อแนะนำการเลือกสื่อให้เหมาะสมต่อไป (Davis et al., 1991)

2) Shortened version of the Rapid Estimate of Adult Literacy (S-REALM) เป็นแบบวัดฉบับสั้นพัฒนาปรับปรุงจาก REALM โดยลดจำนวนคำศัพท์เหลือเพียง 66 คำ จัดเรียงเป็น 3 คอลัมน์ ใช้เวลาในการทดสอบ 1-2 นาที โดยใช้ทดลองกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่จำนวน 203 คน ในคลินิกผู้ป่วยในเวชศาสตร์ครอบครัวการดูแลฉุกเฉินและคลินิกสูตินรีเวชของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย 4 แห่ง (Davis et al., 1993)

3) Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) ใช้วัดความเข้าใจในการอ่านข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับการคำนวณตัวเลข แบบวัดนี้มีทั้งหมด 67 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน (1) การทดสอบการอ่านประกอบด้วย สิทธิของผู้ป่วย โดยคำถามจะมีช่องว่างให้เติมคำประมาณ 5-7 คำ โดยเลือกคำตอบจากตัวเลือก 4 ตัวเลือก รวม 50 ข้อ ใช้เวลา 12 นาที (2) การทดสอบด้านตัวเลขประกอบด้วยเนื้อหา ด้านฉุกเฉิน การควบคุมระดับน้ำตาล การรับประทานยา การนัดหมาย และการได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน มีจำนวน 17 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ทั้งหมดใช้เวลา 22 นาที โดยการให้คะแนน 0-100 คะแนน จัดช่วงคะแนนเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ ทักษะไม่เพียงพอ (inadequate health literacy) มีคะแนนระหว่าง 0-59 คะแนน ทักษะปานกลาง (Marginal health literacy) มีคะแนนระหว่าง 60-74 คะแนน ทักษะเพียงพอ 75-100 คะแนน (Parker et al., 1995)

4) Short Test of Functional Health Literacy in Adults (STOFHLA) เป็นแบบวัดพัฒนาจาก TOFHLA แบบสั้น ทั้งหมด 40 ข้อ โดยการวัดความสามารถของผู้ป่วยในการอ่านและทำความเข้าใจในเอกสารและข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยลดจำนวนข้อคำถามลง แบบวัดความสามารถในการอ่านและความเข้าใจ จาก 50 ข้อ เหลือ 36 ข้อ ใช้เวลา 7 นาที วัดความสามารถเกี่ยวกับการคำนวณ

ตัวเลขพื้นฐาน 17 ข้อ เหลือ 4 ข้อ ใช้เวลา 5 นาที รวมใช้เวลาทั้งหมด 12 นาที การให้คะแนน 0-100 คะแนน จัดช่วงคะแนนเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ ทักษะไม่เพียงพอ มีคะแนนระหว่าง 0-53 คะแนน ทักษะปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 54-66 คะแนน ทักษะเพียงพอ 67-100 คะแนน (Baker et al., 1999)

5) Medical Achievement Reading Test (MART) เป็นแบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ มีความคล้ายคลึงกับ REALM เป็นคำศัพท์ที่ใช้ในทางการแพทย์หรือคำที่เกี่ยวข้องที่เห็นในใบสั่งยา แผ่นพับ แต่ให้ความสำคัญกับสาเหตุของการที่ไม่สามารถอ่านได้ เช่น ระดับการศึกษาของผู้ป่วย ตัวอักษรที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดเล็ก และการพิมพ์บนกระดาษที่มันวาว เป็นต้น ทำให้อ่านได้ยาก ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยต้องคาดเดาคำที่ไม่สามารถอ่านได้ มีจำนวนข้อทั้งหมด 42 ข้อ ใช้เวลาในการอ่าน 3-5 นาที (Hanson-Drivers, 1997)

6) Health literacy Screening Question: Set of Brief Screening Question (SBSQ) ใช้ประเมินและจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เพียงพอ ปานกลาง และไม่เพียงพอ จำนวนคำถาม 16 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย และเปรียบเทียบผลคะแนนกับการประเมินด้วย STOFHLA โดยมีข้อคำถามหลักในการตรวจสอบความสัมพันธ์ (1) บ่อยครั้งแค่ไหนที่มีใครบางคนช่วยคุณในการอ่านเอกสาร ข้อมูลสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ในโรงพยาบาล (2) บ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณมีอุปสรรคในการเรียนรู้เงื่อนไขทางการแพทย์และการรักษาเพราะคุณรู้สึกว่ายากที่จะเข้าใจเอกสารที่นัดหมายหรือข้อมูลที่แนะนำ และ (3) บ่อยครั้งแค่ไหน ที่คุณได้รับแบบฟอร์มทางการแพทย์ที่เขียนให้อ่านและเข้าใจได้ (Chew et al., 2004)

7) The Newest Vital Sign (NVS) เป็นเครื่องมือในการวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ และตรวจสอบความเที่ยงตรงภายในมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha > 0.76 ในฉบับภาษาอังกฤษ และเท่ากับ 0.69 ในฉบับภาษาสเปน ตรวจสอบประสิทธิภาพแบบทดสอบด้วยค่าความสัมพันธ์กับแบบวัด TOFHLA พบว่า มีค่า ROC Curve ความสัมพันธ์เท่ากับ 0.88 ในฉบับภาษาอังกฤษ และ 0.72 ในฉบับภาษาสเปน โดยแบบวัดนี้เป็นการทดสอบการอ่านแบบเร็ว โดยใช้เวลา 3 - 5 นาที มี 6 คำถามที่ใช้ในการประเมิน ซึ่งมาจากฉลากโภชนาการของไอศกรีม โดยอาจจะถามถึงการแปลความหมายและการปฏิบัติตามข้อมูลที่รับ ทั้ง NVS เป็นแบบทดสอบที่ใช้เวลาน้อย และมีการทดสอบในกลุ่มที่มีการอ่านออกเขียนได้อยู่ในระดับต่ำ (Weiss et al., 2005)

8) Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) แบบวัดที่พัฒนาขึ้นตามนิยามของ Nutbeam ว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และการใช้สารสนเทศนี้ เป็นข้อมูลประกอบในการเลือกและตัดสินใจกระทำพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 138 คน ประเมินตนเองตามข้อคำถามในแบบวัดที่ประกอบด้วย ตัวแปรด้านชีวสังคมและข้อมูลการเจ็บป่วย ความรู้เรื่อง

โรคเบาหวาน พฤติกรรมการค้นหาข้อมูลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแบ่งเป็น 3 ระดับชั้น คือ ชั้นพื้นฐาน เป็นข้อคำถามการอ่านคำแนะนำหรือแผ่นพับจากโรงพยาบาลและสถานพยาบาลทั่วไป ชั้นการมีปฏิสัมพันธ์เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการสื่อสารข้อมูลกับบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค ชั้นวิจารณ์ญาณเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยมีการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพที่วัดระดับขั้นพื้นฐาน ชั้นการปฏิสัมพันธ์ และชั้นวิจารณ์ญาณ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.84, 0.77 และ 0.65 ตามลำดับ แบบประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพฉบับนี้ จะช่วยให้เข้าใจระดับความสามารถและทักษะที่จำเป็นของผู้ป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองต่อไป (Ishikawa et al., 2008)

9) The HLS-EU-047 เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นจากทุนงบประมาณของ The European Commission's Health Program ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทำเดลฟาย การสนทนากลุ่มนักวิชาการและผู้เกี่ยวข้อง โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 25 คน และแปลเป็นหลายภาษาเพื่อนำไปใช้ในการวัดความรู้ด้านสุขภาพในประเทศยุโรป โดยมีค่า Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.51 - 0.91 รวมจำนวน 47 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าตาม Likert Scale 5 ระดับ คือ คะแนน 1 คือ ยากมาก, 2 คือ ยาก, 3 คือ ง่าย, 4 คือ ง่ายมาก และ 5 คือ ไม่ทราบหรือไม่เคย โดยใช้ในบริบทของการดำเนินการ 3 ด้าน คือ การดูแลรักษา การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ และวัดจาก 4 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การตรวจสอบ/การประเมิน/การตัดสินใจ และการนำข้อมูลไปใช้ (Sorensen et al., 2013)

10) Health Literacy Questionnaire (HLQ) เป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปทุกกลุ่มวัย ซึ่งพัฒนาขึ้นจากข้อมูลฐานที่ได้จากการสัมภาษณ์และการประชุมปฏิบัติการในกลุ่มต่าง ๆ ทั้งกลุ่มประชาชน ผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติ และผู้กำหนดนโยบาย รวมทั้งข้อคำถามที่ได้จากการที่ประชาชนขอคำปรึกษาด้านสุขภาพโดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญ และทำการทดสอบเครื่องมือนี้จากกลุ่มประชาชนในพื้นที่ชุมชน ศูนย์ดูแลสุขภาพ และโรงพยาบาล จำนวน 634 คน และตรวจสอบซ้ำกับประชาชน 405 คน ซึ่งแบบวัดฉบับนี้สามารถใช้ในการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั่วไป ใช้ในการประเมินผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และศึกษาความต้องการเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายบุคคลได้ ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่า มี 9 องค์ประกอบและจำนวน 44 ข้อ (Osborne et al., 2013)

1.4 เครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศ

เครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย มีการพัฒนาขึ้นที่หลากหลายทั้งในการดูแลรักษาทางคลินิก (Clinical care) หรือในกลุ่มผู้ป่วย และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน (Public health) หรือประชาชนกลุ่มเสี่ยง ดังนี้

1) แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3 อ.2ส. ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (The ABCDE-health literacy scale for Thai adults) โดย Intarakamhang and Kwanchuen (2016) กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในปีงบประมาณ 2557 โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis-CFA) และการวิเคราะห์โมเดลโครงสร้างเชิงสาเหตุ (Structural Equation Model-SEM) เริ่มต้นจากการสังเคราะห์นิยามและเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศที่เผยแพร่บทความวิจัยฉบับเต็มในฐาน PubMed และ Science Direct ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 – 2013 จำนวน 29 เรื่อง ทำให้ได้องค์ประกอบการวัด 6 ด้าน จาก 3 ระดับ ตามนิยามของ Nutbeam (2008) และ Edward et al. (2012) คือ ระดับพื้นฐาน 1) ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ (Needed health knowledge and understanding) 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ (Accessing with information and service) ระดับปฏิสัมพันธ์ 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (Communicating for added professionals) 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง สื่อสารสนเทศ (Managing their health condition) ระดับวิจารณ์ญาณ 5) การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ (Getting media and information literacy) และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Making appropriate health decision to good practice) และนำแบบวัดไปตรวจสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 13 จังหวัด รวม 4,401 คน ผลการวิเคราะห์ พบว่าสุขภาพมีคุณภาพอยู่ในระดับดี

2) เครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล (ชนะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และ นริมาลย์ นิละไพจิตร, 2559) ทำการทดสอบกับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพที่มีคลินิกโรคเรื้อรังใน 76 จังหวัด จังหวัดละ 1 แห่ง จังหวัดละ 40-50 คน รวม 3,676 คน ที่ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวาน 10 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 10 คน และผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 30 คน

3) แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทยฉบับทั่วไป (General Thai health literacy Scales) ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Osborne et al. (2013) เป็นแบบวัดความรอบรู้

ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปมี 9 องค์ประกอบ ในการพัฒนาแบบวัดครั้งนี้ มีการวิเคราะห์ เนื้อหานิยาม ความหมาย และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ทำให้ได้กลุ่มข้อความ จำนวน 5 องค์ประกอบ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มเด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับ ประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่มีอายุ 7-14 ปี ในสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานการศึกษาท้องถิ่นและสำนักงานการศึกษาเอกชน 2) กลุ่มวัยรุ่นอายุ 15 - 24 ปี ที่กำลัง ศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษาในสังกัด สพฐ. ในวิทยาลัยอาชีวศึกษาและมหาวิทยาลัย 3) กลุ่มวัย ผู้ใหญ่อายุ 25 - 59 ปี ที่ทำงานในหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และไม่ได้ทำงานนอกบ้านอาศัยอยู่ใน ชุมชน และ 4) กลุ่มสูงวัยอายุ 60 - 75 ปี ที่มารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาล กลุ่มที่อาศัยในเขต และนอกเขตเทศบาล โดยได้จากการกำหนดโควตาจาก 4 ภูมิภาค ภูมิภาคละ 1,000 คน และแต่ละ ภูมิภาคประกอบด้วย กลุ่มวัยละประมาณ 250 คน ในแต่ละภูมิภาค รวม 4,000 คน โดยมีการสุ่ม หลายชั้น ชั้นที่ 1 ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) ใช้จังหวัดเป็นกลุ่มมาภูมิภาคละ 2 จังหวัด ชั้นที่ 2 ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยการแบ่ง ประชากรแต่ละจังหวัด และกำหนดโควตาให้ครอบคลุมกลุ่มอายุทั้ง 4 กลุ่มเท่า ๆ กัน ผลการ ตรวจสอบคุณภาพแบบวัดมีความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.97 และเมื่อนำ แบบวัดไปใช้แยกกลุ่มก็ยังคงมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง ได้แก่ กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัย ผู้ใหญ่ และกลุ่มสูงวัย เป็นต้น โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96, 0.95, 0.86 และ 0.97 ตามลำดับ และคุณภาพของแบบวัดที่นำไปใช้ในกลุ่มรวมพบว่า อยู่ในระดับดี

จากการทบทวนการสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพข้างต้น ผู้วิจัยจึงใช้ แนวคิดในการสร้างแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก โดยอ้างอิง แบบวัด Test of Functional Health Literacy in Adults (Parker et al., 1995) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (เชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นีละไพจิตร, 2559) มาปรับเนื้อหาให้เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

2. โรคลมชักในเด็ก

2.1 คำนิยามของอาการชัก และโรคลมชัก

สหพันธ์ต่อต้านโรคลมชักนานาชาติ (International League Against Epilepsy: ILAE) โดย Fisher et al. (2014). ได้ให้คำจำกัดความว่า

อาการชัก (Seizure) คือ อาการที่เกิดจากภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลันของการทำงานของเซลล์สมอง โดยมีการปลดปล่อยคลื่นไฟฟ้าที่ผิดปกติ (Epileptiform activity) ออกมาจากเซลล์สมองจำนวนมากพร้อม ๆ กัน จากสมองจุดใดจุดหนึ่งหรือทั้งหมด

โรคลมชัก (Epilepsy) คือ การเกิดอาการชักโดยไม่มีปัจจัยกระตุ้น (Unprovoked seizure) มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง โดยจะต้องเว้นช่วงเวลาระหว่างอาการ 2 ครั้ง นั้นอย่างน้อย 24 ชั่วโมง

2.2 สาเหตุของอาการชักและโรคลมชัก (Etiology of seizure & epilepsy)

โรคหรือภาวะต่าง ๆ บางโรคหรือบางภาวะอาจมีอาการชักเป็นอาการของโรคหรือภาวะนั้น ดังนั้นผู้ป่วยทุกคนที่มีอาการชักจึงต้องได้รับการค้นหาสาเหตุเท่าที่จะกระทำได้อาพสาเหตุ การแก้ไขสาเหตุ นั้น ๆ ก็อาจทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการชักอีก ในระหว่างที่กำลังค้นหาสาเหตุก็อาจต้องให้การรักษาอาการชักไปก่อนจนพบสาเหตุ นั้น ๆ โรคลมชักประมาณ 60 ถึง 75 เปอร์เซ็นต์ไม่สามารถระบุสาเหตุเฉพาะเจาะจงของอาการชักได้ 25 ถึง 40 เปอร์เซ็นต์ สาเหตุที่สามารถระบุได้ พอสังเขปดังนี้ (อนันต์นิธย์ วิสุทธิพันธ์, 2554)

1) อาการชักจากไข้ ไข้เป็นสาเหตุของการชักได้บ่อย ๆ ในเด็ก ภาวะนี้หมายถึงภาวะที่มีอาการชักจากไข้ ซึ่งมีอาการชักต่างจากอาการชักชนิดธรรมดา ได้แก่ มีอาการชักเฉพาะที่ หรือระยะเวลาชักนานเกินกว่า 15 นาที หรือมีอาการชักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงในการเจ็บป่วยครั้งนี้ หรือภายหลังจากชักตรวจพบความผิดปกติเฉพาะที่ของระบบประสาท รวมทั้งอาการเป็นอัมพาตชั่วคราว (Todd paralysis) และรวมถึงอาการชักจากไข้ที่มีอาการชักต่อเนื่อง (Febrile status epilepticus) ได้แก่ อาการชักจากไข้ที่มีระยะเวลาชักนานกว่า 30 นาที หรืออาการชักที่เกิดเป็นระยะเวลาสั้น ๆ แต่เป็นหลายครั้ง ในระยะเวลาใกล้เคียงกันมากโดยที่ระหว่างการชักแต่ละครั้งเด็กไม่ฟื้นคืนสติเป็นปกติรวมเวลายาวนานเกิน 30 นาที

2) การติดเชื้อที่ระบบประสาทกลาง การติดเชื้อที่ระบบประสาทกลางเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเด็ก โรคติดเชื้อที่พบได้บ่อย คือ โรคสมองอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ และฝีในสมอง อาการชักเกิดได้ถึงร้อยละ 50 ในผู้ป่วยที่เป็นฝีในสมอง ส่วนผู้ป่วยที่เป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบ พบว่าร้อยละ 40 จะเกิดรูปแบบการชักขึ้นอยู่กัชนิดของการติดเชื้อ เชื้อที่เป็นสาเหตุและระยะเวลาที่เกิดการติดเชื้อ อาการชักเป็นแบบเกร็งหรือเกร็งกระตุกทั้งตัว บางคนอาจมีอาการชักเฉพาะที่ทั้งที่เป็นตำแหน่งเดียวหรือหลาย ๆ ตำแหน่ง อาการชักที่เกิดขึ้นอาจเป็นผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น

2.1 พยาธิสภาพที่เนื้อสมองจากการติดเชื้อ ผลแทรกซ้อนตามหลังการติดเชื้อ หรือผลของปฏิกิริยา ระหว่างภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อการติดเชื้อ ทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อของระบบประสาท

2.2 พยาธิสภาพที่เนื้อสมองจากการติดเชื้อ เช่นที่พบในโรคสมองอักเสบ (Encephalitis) หรือฝีในสมอง

3) การบาดเจ็บทางระบบประสาทระหว่างการคลอดหรือภายหลังคลอด อันตรายที่เกิดในช่วงระหว่างการคลอด (Perinatal period) หลายอย่างทำให้ทารกชักเมื่อแรกเกิดได้ โดยที่อาจจำแนกสาเหตุออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

3.1 สาเหตุจากมารดา เช่น การที่มารดามีความดันเลือดสูงกว่าปกติหรือความดันเลือดต่ำกว่าปกติ การขาดออกซิเจนในมารดาจะส่งผลให้ทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ได้ การติดเชื้อในมารดาที่ส่งผ่านไปยังทารกอาจทำให้ทารกเกิดการติดเชื้อที่ระบบประสาท ซึ่งอาจเกิดอาการชักตามมาได้ เช่น เชื้อ Cytomegalovirus เชื้อ Toxoplasma การที่มารดาได้รับยา เช่น กลุ่มยาต้านซึมเศร้า (Antidepressant) กลุ่มยาเข้าฝิ่น (Opiate) อาจทำให้เกิดอาการชักอันเนื่องมาจากทารกในครรภ์ที่เคยได้รับยาผ่านทางรกจากมารดาเกิดอาการภาวะถอนยา (Withdrawal symptoms) หลังเกิด เป็นต้น

3.2 สาเหตุที่เกิดกับทารกเอง เช่น ทารกที่เกิดภาวะสมองขาดออกซิเจนขาดเลือด (Hypoxic ischemic encephalopathy) ซึ่งอาจเกิดตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด หรือหลังคลอดใหม่ ๆ หรือจากอันตรายต่าง ๆ เช่น ทารกที่สูดสำลักขี้เทา ภาวะเลือดออกในสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดที่ระบบประสาท ความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ ภาวะแคลเซียมหรือภาวะแคลเซียมหรือแมกนีเซียมต่ำ เป็นต้น ความรุนแรงของอาการชักแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพที่เป็นต้นเหตุในทารกและเด็กอายุเลววัยทารกอาจเกิดอาการชักตามมาจากการที่สมองขาดออกซิเจน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการส่งผ่านสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่สมองขาดออกซิเจน

4) การเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic head injury) เกิดได้ทุกช่วงอายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการชัก โดยที่อาการชักอาจเกิดทันทีที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนหรือมีอาการชักภายหลังจากผลที่เกิดตามมา เช่น สมองช้ำ (Contusion) เลือดออกในสมองหรือที่บริเวณใกล้เคียง เช่น เนื้อชั้นหรือใต้ชั้นดูรา อาการชักจากการได้รับอันตรายนี้อาจจำแนกตามเวลาที่เกิดอาการได้เป็น 2 ระยะ คือระยะที่เกิดในสัปดาห์แรกกับที่เกิดภายหลัง 1 สัปดาห์ การเกิดอาการชักอาจมีหลายรูปแบบทั้งแบบชักเฉพาะที่หรือชักทั้งตัว พบว่าภายหลังการได้รับอันตรายที่ศีรษะในผู้ป่วยเด็กนั้นอาจเกิดอาการชักทันทีได้ถึงร้อยละ 6.5 หรือเกิดใน 24 ชั่วโมงแรก ได้ถึงร้อยละ 73 และเกิดภายในสัปดาห์แรกได้ร้อยละ 2.1-12 ในขณะที่ในผู้ใหญ่อาจพบการชักใน 24 ชั่วโมงแรกระหว่างร้อยละ 1.5-4.7 ในเด็กเล็กอาการชักมักรุนแรงและพบได้บ่อยกว่าในผู้ใหญ่

5) ความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่และสารในร่างกาย อาการชักอาจเกิดจากเสียสมดุลเกลือแร่และสมดุล พบได้มากคือ ภาวะโซเดียมสูงในเลือด (Hypernatremia) ภาวะโซเดียมต่ำในเลือด (Hyponatremia) ภาวะแมกนีเซียมต่ำในเลือด (Hypomagnesium) และภาวะแคลเซียมต่ำในเลือด (Hypocalcemia) การเกิดระดับโซเดียมในเลือดที่ต่ำหรือสูงกว่าปกติ อาจเป็นผลจากความผิดปกติอื่น ๆ เช่น การหลั่งฮอร์โมนด้านการขับถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติ (Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone secretion, SIADH) หรือภาวะเบาจืด (Diabetes insipidus) อาจเกิดจากพยาธิสภาพที่สมองหรือที่อื่น ๆ การได้รับสารน้ำและเกลือแร่ที่ไม่เหมาะสม ภาวะเป็นพิษจากน้ำ โรคปอดบวมหรือการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจจากเชื้อโรคต่าง ๆ ส่วนมากอาการชักจะเกิดได้ถ้าระดับโซเดียมต่ำกว่า 120 มิลลิอิกิวาเลนท์ต่อลิตรหรือสูงกว่า 160 มิลลิอิกิวาเลนท์ต่อลิตร ภาวะระดับแคลเซียมในเลือดต่ำกว่า 7.5 มิลลิอิกิวาเลนท์ต่อลิตร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้สติและอาการชักได้

6) ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด เนื่องจากสมองต้องใช้พลังงานซึ่งต้องมาจากน้ำตาลในเลือด ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด (Hypoglycemia) จากสาเหตุใดก็ตามที่ต่ำกว่า 45 มก./ ดล. ก็จะทำให้เกิดอาการชักขึ้น ลักษณะอาการชักมักเป็นแบบเกร็งกระตุกทั้งตัว และไม่ตอบสนองต่อยา Benzodiazepine เมื่อเด็กหรือผู้ใหญ่เกิดอาการชักขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุหรือมีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน ต้องระลึกถึงภาวะนี้เสมอถึงแม้ว่าจะพบได้ไม่บ่อยนัก เพราะภาวะนี้สามารถให้การวินิจฉัยได้ง่ายด้วยการตรวจเลือด ทหาระดับน้ำตาลด้วยแผ่นตรวจ เช่น Dextrostix® ที่ทำได้ เนื่องจากอาการชักจากระดับน้ำตาลต่ำ มีอาการรุนแรงและตอบสนองต่อการฉีดกลูโคสเข้าทางหลอดเลือดดำ ดังนั้นในกรณีที่ไม่สามารถตรวจหาระดับน้ำตาลได้ แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอาการชักในหลาย ๆ ประเทศทั้งในเด็กและผู้ใหญ่จึงแนะนำให้ฉีดกลูโคสเข้าทางหลอดเลือดดำถ้าอาการชักนานกว่า 5 นาที

7) โรคหลอดเลือดสมอง อาการชักที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, CVD) มี 2 รูปแบบคือ

7.1 เลือดออกในสมอง การเกิดอาการชักทันทีทันใด ในเด็กที่สุขภาพดีมาตลอดและไม่มีปัจจัยกระตุ้นใด ๆ มักเกิดจากการที่มีเลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) ผู้ป่วยมีการสูญเสียการรับรู้สติรวดเร็ว ร่วมกับการเสียหน้าที่ของสมองมีความดันสูงในกะโหลกศีรษะ ผู้ใหญ่พบอาการชักได้ประมาณร้อยละ 109 ขณะที่บางรายงานในเด็กพบว่า อาการชักที่เกิดพร้อมกับเลือดออกจากทุก ๆ สาเหตุพบได้สูงถึงร้อยละ 36.8 ตัวอย่างสาเหตุที่ทำให้เกิดเลือดออกในสมองที่พบได้ทันทีทันใด ได้แก่

1) หลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำผิดปกติ (Arteriovenous malformation, AVM) พบได้ระหว่าง ร้อยละ 14-46 ของภาวะเลือดออกในสมองในเด็ก

2) ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Coagulopathy) พบได้ระหว่าง ร้อยละ 10-30

3) การได้รับอันตรายตลอดจนการถูกทำร้ายต่าง ๆ และการทำทารุณกรรมต่อเด็ก (Child abuse)

4) สาเหตุอื่น ๆ ที่พบได้ไม่บ่อย เช่น ความดันเลือดสูงเฉียบพลัน หรือติดเชื้อพยาธิ เช่น Gnathostomiasis เป็นต้น

7.2 สมองขาดเลือด การที่สมองขาดเลือดหล่อเลี้ยง (Ischemic cerebrovascular disease) ทำให้สมองขาดทั้งพลังงานและออกซิเจน ในกรณีที่การขาดเลือดเกิดแบบค่อยเป็นค่อยไป ร่างกายจะมีการปรับตัวโดยมีการไหลเวียนของเลือดจากหลอดเลือดอื่น (Collateral circulation) มาชดเชยเลี้ยงสมองในบริเวณที่ขาดเลือดนั้น ๆ ร่วมกับการที่สมองมีความสามารถทนทานต่อการขาดเลือดไปเลี้ยงได้บ้าง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่แสดงออก อย่างไรก็ตามสมองส่วนนั้นยังคงมีความเสี่ยงที่จะแสดงอาการผิดปกติได้ตลอดเวลา เกิดการขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างและเฉียบพลัน อาการที่แสดงถึงการเสียชีวิตและอาการชักรักจะปรากฏ ซึ่งมักมีอาการแสดงถึงความดันสูงในกะโหลกศีรษะร่วมด้วย

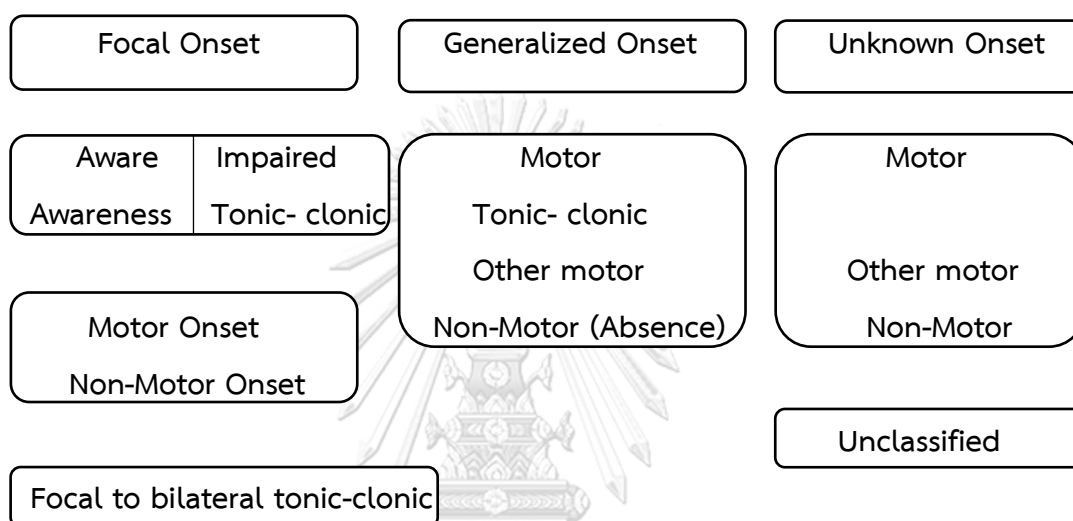
8) เนื้องอกสมองเป็นสาเหตุของโรคลมชักในทุกช่วงอายุ อยู่ระหว่างร้อยละ 4-6 แต่เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่าเนื้องอกสมองเป็นสาเหตุของโรคลมชักในเด็ก ประมาณร้อยละ 2-3 ซึ่งน้อยกว่าในผู้ใหญ่ที่พบได้ถึงร้อยละ 60 ในบางรายงานการศึกษา แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกสมองจะพบว่าเป็นโรคลมชักได้ถึงร้อยละ 30 เนื่องจากเนื้องอกสมองในเด็กมีความแตกต่างจากเนื้องอกในผู้ใหญ่ ในเด็กมักเป็นเนื้องอกสมองปฐมภูมิ (Primary brain tumor) คือเกิดขึ้นที่สมองแต่เริ่มต้นซึ่งมักเกิดที่ก้านสมอง (Brain stem) และสมองน้อย (Cerebellum)

9) สารพิษ และยา การได้รับสารพิษ (Intoxication, poisoning) พบได้ไม่บ่อย แม้ว่ามีสารพิษและยาหลายชนิดซึ่งสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการชักรักได้ สิ่งสำคัญคือต้องระลึกถึงสาเหตุนี้ในผู้ที่มีอาการชักรักไว้ด้วย การได้รับสารพิษอาจไม่ปรากฏอาการอื่น ตัวอย่างสารพิษที่ทำให้เกิดอาการชักรักได้แก่ ไซยาไนด์ (Cyanide) ที่เป็นสารประกอบในน้ำยาล้างเครื่องเงินหรือน้ำยาล้างเล็บ พิษจากงู ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระดับการรับรู้ ก็อาจทำให้เกิดอาการชักรักได้ สารเสพติด เช่น โคเคน (Cocaine) หรือแอมเฟตามีน (Amphetamine) และกัญชา ก็สามารถกระตุ้นอาการชักรักได้เช่นกัน

2.3 การจำแนกชนิดของโรคลมชัก

ในปัจจุบันประเภทของอาการชักถูกจัดจำแนกอย่างเป็นทางการโดย สหพันธ์ต่อต้านโรคลมชักนานาชาติ (ILAE, 2017) มีการปรับปรุงการจัดประเภทชัก โดยประกอบด้วยรูปแบบการชักที่นำมาพิจารณาจัดกลุ่ม ได้แก่ Focal, Generalized และ Unknown

ILAE 2017 Classification of Seizure Types Basic Version



ภาพที่ 1 การจัดแบบกลุ่มอาการชักรูปแบบพื้นฐานภาคปฏิบัติโดย ILAE ฉบับปี 2017

ที่มา: Fisher, et al (2017)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1) **Focal onset** เป็นอาการชักที่มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมอง ที่เกิดขึ้นจะเริ่มจากจุดใดจุดหนึ่งของสมองด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ลักษณะอาการชักจะขึ้นอยู่กับบริเวณของสมองที่มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง

1.1) Focal aware เป็นอาการชักที่สามารถสังเกตเห็น หรือตรวจวัดได้ขณะชักและผู้ป่วยยังรู้สึกตัวอยู่ขณะมีอาการดังกล่าว เช่น การชักที่เกิดจากสมองส่วน Motor cortex อาจมีอาการกระตุกและ/หรือเกร็งของส่วนของร่างกายด้านตรงข้าม การชักที่เกิดจากสมองส่วน Insular cortex อาจมีอาการผิดปกติของการเต้นหัวใจ ซึ่งตรวจพบโดยการวัดคลื่นหัวใจขณะชัก เป็นต้น

1.2) Focal Impaired awareness seizure ผู้ป่วยอาจมีอาการเหม่อลอย บางครั้งอาจดูเหมือนรู้ตัวแต่ไม่สามารถตอบสนองต่อคำถามได้เป็นปกติ หรืออาจจะแสดงพฤติกรรมผิดปกติ ซึ่งเรียกว่า automatism เช่น ทำปากขมุขมิบ ทำท่าทางแปลก ๆ เคี้ยวปากเลียริมฝีปาก ดิ้นนิ้วพูดซ้ำ ๆ เดิน วิ่ง หรือดึงถอดเสื้อผ้า อาการชักเหล่านี้มักจะนานเป็นนาทีส่วนใหญ่ไม่เกิน 2-3 นาที แต่

บางรายอาจนานกว่านี้ หลังจากนั้นจะเข้าสู่ Postictal phase โดยมักจะเชื่องซึม สับสน ปวดศีรษะ หรือนอนหลับ ซึ่งอาจจะเป็นอยู่นานหลายนาที่ถึงหลายชั่วโมงเมื่อรู้สึกตัวดีแล้วมักจะจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้

1.3) Focal to bilateral tonic-clonic ลักษณะอาการเริ่มจากอาการชักเฉพาะที่ และดำเนินต่อไปเป็นการชัก เกร็งทั้งตัว หรือกระตุกทั้งตัว หรือเกร็งกระตุกทั้งตัว

2) Generalized onset เป็นอาการชักที่เกิดจากความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมอง อาจเกิดขึ้นจากจุดใดจุดหนึ่งในสมองและแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว ไปยังสมองทั้ง 2 ด้าน

2.1) Generalized-onset seizure แบบ motor

2.1.1) Tonic clonic (ชักเกร็งกระตุกทั้งตัว) ผู้ป่วยจะหมดสติร่วมกับมีอาการเกร็งตามด้วยกล้ามเนื้อกระตุกเป็นจังหวะและอาจมีอาการร่วม เช่น กัดลิ้น ปัสสาวะราด เป็นต้น โดยทั่วไปการชักจะมีระยะเวลาไม่เกิน 5 นาที หลังหยุดชักผู้ป่วยจะมี postictal phase เช่น สับสน หรือหลับไปสักระยะหนึ่งเมื่อรู้สึกตัวแล้วอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

2.1.2) Tonic (ชักเกร็ง) ผู้ป่วยหมดสติร่วมกับมีอาการชักที่กล้ามเนื้อหดเกร็ง ค้างโดยไม่มีอาการกระตุก

2.1.3) Clonic (ชักกระตุก) ผู้ป่วยหมดสติร่วมกับมีอาการชักที่มีกล้ามเนื้อทั้งตัวกระตุกเป็นจังหวะโดยไม่มีอาการเกร็ง

2.1.4) Myoclonic (ชักสะดุ้ง) myoclonic-tonic-clonic (ชักสะดุ้งกับ ชักเกร็ง) myoclonic-atonic (ชักสะดุ้งร่วมกับอาการชักแบบตัวอ่อน) เป็นการชักที่มีกล้ามเนื้อกระตุกคล้ายสะดุ้งมักกระตุกที่แขนสองข้าง อาจจะกระตุกครั้งเดียวหรือเป็นช่วงสั้น ๆ ไม่กี่ครั้ง แต่ไม่เป็นจังหวะ อาการกระตุกแต่ละครั้งนานเพียงเสี้ยววินาที

2.1.5) Atonic (ชักแบบตัวอ่อน) เป็นการชักที่มีกล้ามเนื้ออ่อนเปลี้ยทั้งตัวทันที ทำให้ผู้ป่วยล้มลงแล้วสามารถลุกขึ้นได้ทันที อาการชักที่มีระยะสั้นมาก ส่วนใหญ่มักจะพบในผู้ป่วยที่มีพัฒนาการช้า

2.1.6) Epileptic spasm (ชักผวา) งอเหยียด หรือทั้งงอและเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณต้นแขน ต้นขาและลำตัวขึ้นมาทันที มักเกิดขึ้นนานกว่าการเคลื่อนไหวแบบ myoclonic แต่ไม่เท่า tonic อาจเกิดขึ้นบริเวณไม่กว้างนัก แสยะ ผงกศีรษะ กลอกตาไปมาเล็กน้อย มักเกิดขึ้นเป็นชุด ๆ สามารถเกิดได้ทุกช่วงวัย

2.2) Generalized-onset seizure แบบ Nonmotor

2.2.1) Absence (ชักเหม่อ) เป็นลักษณะเหม่อไม่รู้ตัว

2.2.2) Typical absence การชักเป็นลักษณะเหม่อไม่รู้ตัวเป็นประมาณ 4-20 วินาที ถ้าชักรุนกว่า 10 วินาที อาจมี Automatism เช่น ตากะพริบ เลียริมฝีปากร่วมด้วย หลังชัก

ผู้ป่วยจะรู้ตัวทันที ไม่มี Aostictal phase แต่จำเหตุการณ์ระหว่างชักไม่ได้ ในบางคนอาจชักได้บ่อยมากถึงวันละกว่า 100 ครั้ง พบในเด็กที่มีพัฒนาการปกติ

2.2.3) Eyelid myoclonia การชักเป็นลักษณะเหม่อไม่รู้ตัวแต่ร่วมกับการมีลักษณะเปลือกตากระตุกร่วมด้วย

2.2.4) Myoclonic absence การชักเป็นลักษณะเหม่อไม่รู้ตัวแต่ร่วมกับการมีลักษณะอาการชักแบบสะดุ้งร่วมด้วย

2.2.5) Atypical absence การชักเป็นลักษณะเหม่อไม่รู้ตัวแต่ระยะเวลาที่มีอาการนานกว่า Typical absence อาการชักชนิดนี้มักเกิดร่วมกับอาการชักชนิดอื่น พบในเด็กที่มีพัฒนาการช้า

3) Unknowns onset เนื่องจากข้อมูลไม่เพียงพอที่จะบอกได้ว่าเป็น Focal หรือ Generalized seizure โดยใช้ Unclassified ในกรณีที่ไม่สามารถจัดรูปแบบการชักลงในกลุ่มย่อยหรือมีข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับจัดแบ่งกลุ่ม

2.4 การรักษาโรคลมชัก (Treatment)

การรักษาโรคลมชักวิธีที่ใช้เป็นหลักคือการใช้ยาให้ผู้ป่วยรับประทานยากันชักอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมไม่ให้มีอาการชัก นอกจากการใช้ยากันชักแล้วยังมีการรักษาอื่น ๆ ได้แก่ การผ่าตัด การรับประทานยาจิตเวช และ การผ่าตัดฝังเครื่องกระตุ้นเส้นประสาทสมองรักษาโรคลมชัก ดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

1) การใช้ยากันชักรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก จัดเป็นวิธีที่ได้ผลในการควบคุมอาการชักได้สูงถึงร้อยละ 60-70 ผู้ป่วยที่ไม่ค่อยตอบสนองต่อยากันชักตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป มีโอกาสที่จะหายจากอาการชักด้วยยาชนิดที่ 3 เพียงร้อยละ 5 ดังนั้นในการรักษาโรคลมชักด้วยยา จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย ซึ่งแนวทางการบริหารยากันชักมีหลักการ ดังนี้

1.1) ต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคลมชักจริง ในผู้ป่วยที่มีอาการเกร็ง กระตุก ตัวเขียว หรือมีอุจจาระปัสสาวะรด มีอาการซ้ำ ๆ กันหลายครั้งไม่มีปัญหาในการวินิจฉัย แต่ในบางรายที่แพทย์ยังไม่มั่นใจว่าอาการที่ผู้ป่วยเล่ามานั้นเป็นอาการของโรคลมชัก ควรพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนที่จะเริ่มยากันชักให้กับผู้ป่วย

1.2) การเลือกให้ยาให้เหมาะสมกับชนิดของอาการชัก แพทย์จะเลือกกลุ่มยาหลักก่อนที่จะใช้กลุ่มยารองหรือยาเสริม ถ้าผู้ป่วยมีอาการชักหลายชนิดร่วมกันให้เลือกให้ยาที่ออกฤทธิ์ครอบคลุมได้กว้าง (Broad spectrum AEDs)

1.3) การเริ่มและการปรับยากันชัก

1.3.1) แพทย์จะเริ่มต้นด้วยยากันชักชนิดเดียว (Monotherapy) ผู้ป่วยร้อยละ 60-70 อาการชักจะสนองต่อการให้ยากันชักเพียงชนิดเดียว ประโยชน์ของการรักษาด้วยยาชนิดเดียวกัน นอกจาก

อาการข้างเคียงและปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug interaction) น้อยกว่าการรับประทานยาหลายชนิดพร้อมกันแล้ว ผู้ป่วยยังสามารถรับประทานยากันชักได้ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า

1.3.2) การปรับยากันชักในระยะเริ่มต้นของการรักษา แพทย์จะเริ่มยากันชักในขนาดต่ำ เพื่อให้ผู้ป่วยปรับสภาพร่างกายเพื่อทนต่อผลข้างเคียงที่พบได้ในยากันชักทั่วไป เช่น อาการง่วงซึม เดี๋ยวเซ ค่อย ๆ เพิ่มขนาดของยากันชักขึ้น จนกระทั่งคุมอาการชักได้ โดยไม่มีอาการข้างเคียง (Maximal tolerated dose) การเริ่มให้ยากันชักทางปากขนาดสูง (Oral tolerated dose) นั้นไม่มีหลักฐานทางวิชาการชัดเจน ถ้าสงสัยว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการชักต่อเนื่อง (Status epilepticus) ให้ใช้ยากันชักทางหลอดเลือดดำ

1.4) การรับประทานยากันชักทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ควรจะมีอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รับประทานยาจนกว่าจะคุมอาการชักได้อย่างน้อย 2 ปี แพทย์จะพิจารณาอย่างช้า ๆ

2) การผ่าตัดโรคลมชัก (Epilepsy Surgery)

ปัจจุบันการรักษาโรคลมชักนอกจากการใช้ยาแล้ว การผ่าตัดโรคลมชักจัดเป็นแนวทางการรักษาที่สำคัญนอกเหนือจากการรักษาด้วยยากันชัก เป็นอีกวิธีหนึ่งในการทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายขาดจากอาการชักได้ และมีความปลอดภัยจากการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยขึ้น ซึ่งถ้าผู้ป่วยคนเดียวกันนี้จะได้รับการคัดเลือกกว่าสามารถทำการผ่าตัดรักษาโรคลมชักได้ ผู้ป่วยอาจมีโอกาที่จะควบคุมหรือหายขาดจากอาการชักได้สูงถึงร้อยละ 25-70 ปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อผลการรักษาโรคลมชักโดยการผ่าตัด คือ การคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม (Candidates for surgical treatment) ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัด (Pre-surgical evaluation) เช่น การใช้ VDO EEG monitoring (VEM) เทคนิคทาง Neuroimaging และวิธีการผ่าตัดที่ก้าวหน้าและทันสมัยมากขึ้น ซึ่งมีขั้นตอนรายละเอียดที่หลากหลาย ขึ้นกับความชำนาญการของคณะแพทย์ที่ดูแลจากหลายสาขา (Multidisciplinary) เช่น ประสาทแพทย์ ประสาทแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคลมชัก กุมารแพทย์ กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคลมชัก ประสาทศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักเทคนิคการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านคลื่นไฟฟ้าสมอง แพทย์เวชศาสตร์นิวเคลียร์ พยาบาลที่เชี่ยวชาญ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น และขึ้นกับความพร้อมของเครื่องมือที่ใช้ในการสืบหาจุดกำเนิดชัก (Epileptogenic foci Zone)

2.1) ข้อบ่งชี้

2.1.1) โรคลมชักที่ไม่ตอบสนองต่อยา (Medically refractory epilepsy)

2.1.2) โรคลมชักที่ตอบสนองต่อการผ่าตัด (Surgical remediable epilepsy)

เช่น โรคลมชักที่เกิดจาก Mesial temporal sclerosis

2.1.3) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในสมองซึ่งทำให้เกิดการชัก และควรได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดบางคนพยาธิสภาพนั้น เช่น เนื้องอกสมอง ความผิดปกติของเส้นเลือดในสมอง (Arterio-venous malformation)

2.3) ผลการรักษา

ในปัจจุบันนอกจากผลการผ่าตัดรักษาโรคลมชัก จะคำนึงถึงอัตราการหยุดชัก (Seizure free) ยังคำนึงถึงความคุ้มค่าในการรักษา (Cost effectiveness of surgery) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด การพัฒนาการทางสมองที่ดีขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่ควบคุมอาการชักได้ดีขึ้น โอกาสการประกอบอาชีพ และการปราศจากผลการแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเป็นสำคัญ ในกลุ่ม Resection surgery อัตราการหยุดชักประมาณร้อยละ 60-90 โดยเฉพาะ Mesial temporal sclerosis มีโอกาสหายขาดสูง ส่วนในกลุ่ม Non-respective surgery พบว่า อัตราการชักลดลงมากกว่าร้อยละ 50 การผ่าตัดโรคลมชักเป็นวิธีมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หากได้รับการรักษาตั้งแต่นั้น ๆ และถูกต้อง ผู้ป่วยมีโอกาสหายขาด สามารถกลับไปใช้ชีวิตเหมือนคนปกติได้สูง การคัดกรองผู้ป่วยอย่างพิถีพิถัน เริ่มจากการประเมินตามขั้นตอนโดยคณะแพทย์ที่มีประสบการณ์ และเลือกวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสมประกอบกับเครื่องมือที่ทันสมัย เป็นปัจจัยสำคัญต่อผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อน

2.4) ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดรักษาโรคลมชักส่วนใหญ่ชนิดที่ไม่รุนแรง พบได้ประมาณน้อยกว่าร้อยละ 3-5 ส่วนผลการแทรกซ้อนชนิดที่รุนแรงซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของระบบประสาทอย่างมาก เช่น อัมพาต อัมพฤกษ์ หรืออาจเสียชีวิต พบได้น้อยกว่าร้อยละ 0.5 อย่างไรก็ตามในปัจจุบันวิธีการผ่าตัดและเครื่องมือที่ทันสมัยเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพในการผ่าตัดและลดผลแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

3) Ketogenic diet (KD)

Ketogenic diet (KD) เป็นอาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันสูงมากร้อยละ 90 มีปริมาณโปรตีน 8 และมีคาร์โบไฮเดรตน้อยมาร้อยละ 2 เมื่อให้รับประทานต่อเนื่องเป็นเวลานานจะเกิดภาวะคีโตสิส (Ketosis) และจะกระตุ้นให้ร่างกายเปลี่ยนจากการใช้แหล่งพลังงานหลักจากสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตมาเป็นสารอาหารประเภทไขมันแทน สมองก็จะถูกกระตุ้นให้เปลี่ยนแหล่งพลังงาน จากกลูโคสมาเป็นสารคีโตน (Ketone bodies) ที่ได้จากการเผาผลาญสารไขมันแทนเช่นกัน KD มีหลายประเภท เช่น Classic KD, Medium-chain-triglyceride diet, Modified medium-chain-triglyceride diet

3.1) กลไกควบคุมอาการชัก

มีหลักฐานทางการแพทย์มากมายว่า KD สามารถนำมาใช้เป็นทางเลือกในการรักษาโรคลมชัก ชนิดไม่ตอบสนองต่อการรักษาได้ดี แต่จากหลักฐานทางการแพทย์เกี่ยวกับ KD ที่มีอยู่ยังไม่สามารถอธิบายกลไกการออกฤทธิ์ควบคุมอาการชักได้แน่ชัด สันนิษฐานว่า KD น่าจะมีกลไกการออกฤทธิ์หลาย ๆ อย่าง ในการควบคุมอาการชักมีสมมติฐานที่น่าเชื่อถือว่าสารคีโตนอาจมีฤทธิ์ต้านชักผ่านทางกลไก Antioxidant และ KD อาจกระตุ้นการสร้างและการทำงานของ Gamma Aminobutyric

Acid (GABA) ซึ่งเป็น Neurotransmitter ที่ช่วยยับยั้งอาการชักได้ สารคีโตนมีโครงสร้างคล้าย GABA จึงอาจออกฤทธิ์ยับยั้งอาการชักโดยตรง ที่ GABA receptor

3.2) ข้อบ่งชี้การใช้ KD

มีรายงานว่าสามารถควบคุมอาการชักชนิดต่าง ๆ ได้แก่ Absence seizure, Myoclonic seizure, Infantile spasms, Atonic seizure, Generalized seizure และ Partial seizure สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกวัย ตั้งแต่ทารกที่มีภาวะดื้อยาที่มีการใช้ยากันชักหลายชนิดแล้วไม่ได้ผลหรือที่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดลมชัก การรักษาด้วย KD จำเป็นต้องรับประทานเฉพาะ KD อย่างเดียว จึงจะได้ระดับของสารคีโตนในระดับที่สามารถควบคุมอาการชักโดยยังคงรักษาระดับการเจริญเติบโตของร่างกายตามปกติไว้ด้วย จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมาก

3.3) วิธีการใช้

เริ่มด้วยการเปลี่ยนเป็นอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตน้อยมาก ๆ 2-3 วันก่อนเข้าโรงพยาบาล แล้วให้เริ่มอดอาหาร รับประทานได้เฉพาะน้ำตั้งแต่หลังมือเย็นที่รับไว้ในโรงพยาบาลจนถึงมือเที่ยงของวันถัดไป ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและคีโตนในเลือดและในปัสสาวะเป็นระยะทุก 4-6 ชั่วโมง ถ้าไม่มีอาการของ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แม้ระดับน้ำตาลจะลดลงเหลือ 20-40 มก./ดล. ก็ไม่ต้องให้การรักษาใด ๆ ให้อดอาหารจนเกิดภาวะคีโตสิสอย่างมาก จนกระทั่งสารคีโตนในเลือดสูงถึง 160 มก./มล. หรือตรวจสารคีโตนในปัสสาวะด้วย Ketostix ได้ 4+ หรืออดอาหารได้นานถึง 48 ชั่วโมงจึงเริ่ม KD อย่างช้า ๆ โดยในวันแรกให้ KD ที่มีแคลอรีรวมได้ 1 ใน 3 ของที่ร่างกายต้องการ ในวันที่ 2 ให้ KD แคลอรีรวมได้ 2 ใน 3 ตั้งแต่วันที่ 3 เป็นต้นไปจึงให้ KD แคลอรีรวมครบตามที่ร่างกายต้องการตลอดไป เมื่อผู้ป่วยรับ KD ได้โดยไม่อาเจียน 2 ถึง 3 วัน จึงให้กลับบ้าน โดยต้องมีการตรวจสารคีโตนในปัสสาวะทุกวันในเดือนแรกเพื่อให้ได้ระดับการรักษา คือ Ketostix ได้ 4+ ผู้ป่วยและผู้เตรียมอาหารควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการ เรื่องการเตรียม KD โดยละเอียด

3.4) ประสิทธิภาพในการควบคุมการชัก

KD ควบคุมอาการชักได้มากกว่าร้อยละ 90 ในผู้ป่วยร้อยละ 20-30 และควบคุมอาการชักได้มากกว่าร้อยละ 50 ในผู้ป่วยร้อยละ 60-80 แต่ไม่ได้ผลในผู้ป่วยร้อยละ 20-40

3.5) ผลข้างเคียงของ KD

ส่วนใหญ่เป็นผลข้างเคียงของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก ไขมันในเลือดสูง อาการเหล่านี้บางครั้งเกิดจากภาวะคีโตสิสเอง ควรเฝ้าระวังและปรับสูตรอาหาร ไม่ให้เกิดภาวะคีโตสิสที่รุนแรงเกินไป ผลข้างเคียงอื่น ๆ ที่พบน้อย ได้แก่ นิ่วในไต ตับอักเสบ ติดเชื้อได้ง่าย ภาวะกระดูกบาง ภาวะขาดวิตามิน ภาวะการเจริญเติบโตช้า เป็นต้น

4) Vagus Nerve Stimulation: VNS

Vagus Nerve Stimulation คือ การผ่าตัดฝังเครื่องกระตุ้นเส้นประสาทสมองรักษาโรคลมชัก เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการรักษาโรคลมชักที่มักใช้กับผู้ป่วยเป็นโรคลมชักเรื้อรัง ยังมีอาการชักแม้ได้รับการรักษาด้วยยาแล้วอย่างเต็มที่โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคลมชัก ไม่สามารถรักษาโดยการผ่าตัดเนื่องจากมีจุดกำเนิดการชักหลายจุด จุดกำเนิดการชักอยู่ตรงสมองที่สำคัญ หรือผู้ป่วยที่ผ่าตัดแล้วไม่ได้ผล และไม่ต้องการผ่าตัดสมอง

วัตถุประสงค์เพื่อลดจำนวนระยะเวลา และความรุนแรงของการชักลง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการกระตุ้นเซลล์ประสาทในสมองส่วนลึก (Deep Brain Stimulation) กระตุ้นเส้นประสาทเวกัสข้างซ้าย โดยการผ่าตัดฝังอุปกรณ์ที่เรียกว่า Vagus Nerve Stimulator ได้ผิวหนังที่คอด้านซ้าย เพื่อส่งกระแสไฟฟ้าอย่างอ่อนไปกระตุ้นเส้นประสาทเวกัสเพื่อควบคุมการทำงานที่ผิดปกติของกระแสไฟฟ้าในสมองไม่ให้มีมากผิดปกติทำให้อาการชักลดลง การผ่าตัดชนิดนี้ไม่ใช่การผ่าตัดเพื่อให้หายขาดจากโรคลมชัก แต่เพื่อบรรเทาอาการชักและผู้ป่วยมักต้องใช้อาบน้ำชักควบคุมไปด้วย แต่เนื่องจากอุปกรณ์ดังกล่าวมีราคาสูง ทำให้ผู้ป่วยที่เศรษฐฐานะไม่เอื้ออำนวย และสิทธิประกันสุขภาพไม่ครอบคลุมการรักษาจึงไม่มีโอกาสที่จะได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มีอาการชักทุกรูปแบบ โดยไม่จำกัดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคลมชักและการรักษาโรคลมชัก

3. ผู้ดูแล

3.1 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแลหมายถึงญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยหรือให้การดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นโดยมีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาพ ความอยู่รอดและความปลอดภัยที่เรียกว่า ผู้ดูแล (Caregiver) สำหรับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว (Orem, 1991)

3.2 ประเภทผู้ดูแล

ผู้ดูแลสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท ตามระดับของความรับผิดชอบในการช่วยเหลือและให้เวลาในการดูแล (สุปรिता มั่นคง, 2557)

1) **ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver)** ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น เป็นผู้ที่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยและ/หรือให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยหรือไม่ก็ได้ แต่ต้องทราบความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย สามารถพิจารณาตัดสินใจวางแผน สั่งการให้ คอยตรวจสอบให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย

2) **ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver)** บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลที่ให้การดูแลแทนผู้ดูแลหลักเป็นครั้งคราว หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย อาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้กระทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

3.3 การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

การที่ผู้ป่วยโรคลมชักจะมีโอกาสหายจากโรค หรือสามารถควบคุมอาการชักได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ดูแลต้องมีการดูแลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมและถูกวิธี รวมถึงการตัดสินใจดี แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนี้

- 1) ควรพยายามสังเกตและจดจำอาการชักไว้ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการตรวจและรักษา
- 2) ดูแลให้เด็กกินยาตามคำแนะนำของแพทย์ ดังนี้
 - 2.2) ไม่หยุดยา เปลี่ยนแปลงขนาดยา หรือซื้อยามากินเอง
 - 2.3) ไม่ควรเปลี่ยนแพทย์บ่อย ๆ เพราะทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง
 - 2.4) ควรบันทึกหรือทำปฏิทินการกินยา และการนัดพบแพทย์เพื่อกันลืม
 - 2.5) ถ้าลืมกินยาไปเพียงมือเดียวหรือวันเดียว ให้เริ่มกินมือต่อไปตามปกติ
 - 2.6) ไม่ควรกินยาขนานอื่น ๆ ร่วมกับยากันชักโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เพราะอาจมีผลต่อประสิทธิภาพของยา ทั้งในด้านหักล้างทำให้คุมชักไม่ได้ หรือเสริมฤทธิ์กันจนเกิดพิษขึ้นได้ โดยเฉพาะการใช้ยาปฏิชีวนะ
 - 2.7) ถ้ามีอาการผิดปกติใด ๆ ที่สงสัยว่าจะแพ้ยา ควรกลับมาพบแพทย์ผู้รักษาอย่าตัดสินใจเอง
 - 2.8) ในกรณีที่ต้องเปลี่ยนสถานที่รักษา ควรนำยาที่กินอยู่ไปให้แพทย์ดูด้วย

- 3) หลีกเลียงภาวะเครียด ท้องผูก ออกกำลังกายเหนื่อยอ่อนอย่างมาก
 - 4) การมีประจำเดือนอาจทำให้อาการชักเพิ่มขึ้น
 - 5) เมื่อเจ็บป่วยอย่างอื่นควรแจ้งแก่แพทย์ผู้รักษาถึงโรคที่เด็กเป็น และยาที่กินอยู่
 - 6) หลีกเลียงสิ่งทีกระตุ้นให้เกิดการชัก เช่น แสงแดดจ้า แสงจากแฟลช แสงกะพริบ ทีวี จอคอมพิวเตอร์ สถานที่ที่มีเสียงดังอีกทีก เป็นต้น
 - 7) ควรอาบน้ำด้วยฝักบัว หลีกเลียงการอาบน้ำในอ่างอาบน้ำ อาจจมน้ำเมื่อมีอาการชัก
 - 8) ดูแลสุขอนามัยของช่องปาก ควรพบทันตแพทย์เพื่อดูแลเหงือกและฟันอย่างสม่ำเสมอ
 - 9) รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่
 - 10) หลีกเลียงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกาเฟอีนและแอลกอฮอล์
 - 11) การมีเพศสัมพันธ์ ไม่กระตุ้นให้เกิดการชักถ้าได้พักผ่อนเพียงพอ
 - 12) การออกกำลังกาย แบบแอโรบิก เช่น การเดิน ปั่นจักรยาน พายเรือ หรือวิ่งจ็อกกิ้ง โดยเริ่มจากระยะเวลาสั้น 10-15 นาทีและต่อเนื่องได้ถึง 30 นาที ใน 2-5 วันต่อ 1 สัปดาห์
 - 13) หลีกเลียงกิจกรรมทางน้ำหรือใกล้แหล่งน้ำ การการขี่จักรยานตามลำพัง
 - 14) ควรให้เด็กนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
 - 15) การดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้าน ดังนี้
 - 15.1) ไม่ควรล็อกประตูห้องน้ำ ห้องนอน
 - 15.2) หลีกเลียงการทำครัว ระวังการใช้ของมีคม การอยู่ใกล้น้ำร้อน หรือเตา
 - 15.3) หลีกเลียงภาชนะที่ทำมาจากแก้ว ได้แก่ จาน แก้วน้ำ ควรใช้ภาชนะที่ทำด้วยวัสดุที่ไม่แตกหัก เช่น พลาสติก เมลามีน
 - 16) หลีกเลียงชั้นที่สูง เช่น ปีนต้นไม้ เส้าไฟฟ้า
 - 17) หลีกเลียงการเล่นกีฬาที่เสี่ยงอันตราย เช่น ปีนเขา ชกมวย
 - 18) พกบัตรหรือสมุดบันทึกในการรักษาทางการแพทย์ การวินิจฉัย ยาที่รับประทานอยู่ โรงพยาบาลที่รักษา หมายเลขโทรศัพท์ของแพทย์และบุคคลที่สามารถเรียกหรือแจ้งในกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน เพื่อจะได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง
 - 19) การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมาพบแพทย์ตามนัด
- ผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ผู้ปกครองสามารถดูแลผู้ป่วยเหมือนเด็กปกติ แต่ควรลดปัจจัยที่จะส่งเสริมให้เกิดอาการชักได้ เช่น การเล่นจนเหนื่อยมาก การอดนอน การเล่นเกมบางชนิด เป็นต้น นอกจากนั้นให้พยายามหลีกเลียงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การปีนต้นไม้ ว่ายน้ำ การขี่จักรยาน จนกว่าจะแน่ใจว่าอาการชัคนั้นควบคุมได้ดี

3.4 บทบาทหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักเมื่อเกิดอาการชัก

1) จัดให้อยู่ในที่ปลอดภัยบนพื้นราบและอ่อนนุ่ม เพื่อป้องกันเด็กไม่ได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อม

2) ป้องกันศีรษะไม่ให้ได้รับบาดเจ็บ

3) ควรมีคนอยู่กับผู้ป่วยเด็กด้วยขณะชักตลอดการชัก

4) ให้นอนตะแคงข้างใดข้างหนึ่ง ดูเส้นทางเดินหายใจให้โล่ง ไม่ให้ลิ้นตก ป้องกันไม่ให้เกิดอาการสำลักและทางเดินหายใจอุดกั้น

5) ไม่ควรผูกยึด ห้ามนำสิ่งของทุกชนิดใส่ปากและไม่ควรใช้ช้อนใส่ปากจะทำให้ฟันหักได้

6) คลายเสื้อผ้าให้หลวม

7) ห้ามให้รับประทานยา อาหารหรือน้ำทางปากจนกว่าเด็กตื่นรู้สึกตัวดี

8) หากมีไข้สูง (อุณหภูมิร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส) ให้เช็ดตัวลดไข้ ห้ามให้รับประทานยาทางปากเพราะอาจสำลักได้

9) แจ้งหมายเลขโทรศัพท์หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 1669 หรือหน่วยแพทย์การฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร 1646 หรือรีบนำส่งสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุดในผู้ป่วยโรคลมชัก ดังนี้

9.1) มีอุบัติเหตุหลังชัก

9.2) ไม่เคยมีประวัติชักหรือเป็นการชักครั้งแรก

9.3) มีอาการชักนานกว่า 5 นาที

9.4) มีการชักซ้ำ หมดสติ

9.5) เมื่อผู้ปกครอง ผู้ดูแลต้องการหรือร้องขอความช่วยเหลือ

9.8) เกิดอาการชักขณะอยู่ในน้ำ

9.9) หลังหยุดชัก เด็กไม่ตื่น ไม่ตอบสนองต่อความเจ็บ

งานวิจัยครั้งนี้ผู้ดูแลคือ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง บุคคลในครอบครัวหรือญาติ ซึ่งให้ความช่วยเหลือดูแลความปลอดภัยและมีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

4. สถาบันประสาทวิทยา

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันเฉพาะทางในระดับตติยภูมิที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรกระบบประสาทของประเทศไทย ได้จัดตั้งศูนย์โรคลมชักครบวงจร สถาบันประสาทวิทยาขึ้น เพื่อเป็นหน่วยงานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษายากที่ถูกส่งต่อจากส่วนกลางและภูมิภาค ให้การรักษาผู้ป่วยโรคลมชักด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยผู้เชี่ยวชาญทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้หายขาดหรือมีอาการชั้กน้อยลง ลดความพิการและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติเหมือนบุคคลอื่นทั่วไป ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวสังคม และประเทศชาติ และเป็นศูนย์กลางในการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในด้านโรคลมชักให้แก่บุคลากรทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ รวมทั้งประชาชนทั่วไป (สถาบันประสาทวิทยา, 2560)

การดำเนินงานของศูนย์โรคลมชักครบวงจรแบ่งเป็น 9 ด้านดังนี้

1) การให้บริการในคลินิกโรคลมชัก โดยบริการตรวจวินิจฉัย รักษาและให้คำปรึกษาโดยประสาทแพทย์ กุมารประสาทแพทย์ และประสาทศัลยแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคลมชัก นอกจากนี้ยังมีจิตแพทย์ร่วมให้บริการตรวจรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตร่วม

2) การตรวจติดตามคลื่นไฟฟ้าสมอง (Long term video EEG monitoring) เป็นการตรวจเพื่อหาจุดกำเนิดประเมนเพื่อการผ่าตัดวินิจฉัยแยกโรคอื่น ๆ และช่วยในปรับหรือติดตามผลการรักษา

3) การตรวจประเมินเพื่อการผ่าตัด (Pre-Surgical evaluation) โดยทีมสหวิชาชีฟ ซึ่งประกอบไปด้วยประสาทแพทย์ กุมารประสาทแพทย์ และประสาทศัลยแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคลมชัก ประสาทรังสีแพทย์จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาล และนักเทคนิคคลื่นสมอง

4) การรักษาด้วย ketogenic diet ในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคลมชักที่ติดต่อกันชั้ก ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยที่ได้รับ ketogenic diet ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามแนวทางที่กำหนด

5) การรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารโรคลมชักที่เกี่ยวข้องกับประชาชน โดยผ่านทาง website ของสถาบันประสาทวิทยาและแผ่นพับ รวมทั้งมีการจัดบอร์ดนิทรรศการวันโรคลมชัก

6) จัดหลักสูตรอบรมเทคโนโลยีการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

7) เปิดหลักสูตรอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขารโรคลมชัก ภายใต้การกำกับของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

8) การวิจัยและประเมินเทคโนโลยี โดยมีโครงการวิจัยเรื่อง “Use of EEG in Autoimmune encephalitis” เผยแพร่ที่งานประชุม ILAE epilepsy Congress 2011 ที่ประเทศอิตาลี

9) กิจกรรมความร่วมมือกับระหว่างสถาบันในระดับเดียวกันหรือสูงกว่าภายในประเทศ โดยมีการจัด Interhospital Epilepsy Conference ระหว่างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และสถาบันประสาทวิทยา

นอกจากนี้ทางสถาบันมีโครงการพัฒนาเครือข่ายบริการการรักษาโรคลมชักที่ได้มาตรฐาน โดยเริ่มด้วยการเผยแพร่องค์ความรู้และเทคโนโลยีเชิงรุกแก่ โรงพยาบาลศูนย์ในภาคตะวันออกและ ภาคตะวันตก ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลราชบุรี รวมทั้งดำเนินการเปิดอบรมหลักสูตร พยาบาลลมชักครั้งแรกในประเทศไทย เพื่อให้เกิดการพัฒนาการรักษาโรคลมชักให้ถูกต้อง ทันสมัย และได้มาตรฐานวิชาชีพต่อไป

ผู้วิจัยได้เลือกสถาบันประสาทวิทยา เนื่องจากเป็นสถาบันชั้นนำด้านวิชาการและบริการโรคระบบประสาทของประเทศ มีการบริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่ครบวงจรด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ ทันสมัย และเป็นศูนย์กลางในการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในด้านโรคลมชักให้แก่ บุคลากรทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ รวมทั้งประชาชนทั่วไป



5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยในประเทศไทย

Saengpatrachai, et al. (2010). ศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติต่อโรคลมชักของประชากรทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,581 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างหลายชั้นตอนจาก 76 จังหวัดแล้วการสุ่มอย่างง่ายในระหว่างเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ คนไทยที่ไม่เป็นโรคลมชักมีอายุ 20-80 ปี โดยใช้แบบสอบถามความรู้ทักษะคิดและการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคลมชัก แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามที่ตอบใช่หรือไม่ใช่และคำถามปลายเปิด มีจำนวนทั้งหมด 25 ประกอบด้วย (1) ความคุ้นเคยกับโรคลมชัก (2) ความรู้และความเข้าใจผิดของโรคลมชัก (3) ทักษะคิดต่อโรคลมชัก และ (4) การรับรู้ทางสังคมเกี่ยวกับวิธีการรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชัก ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 25.6 ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก ร้อยละ 36.8 คิดว่าโรคลมชักเกิดจากภูตผีปีศาจหรือวิญญาณชั่วร้าย ร้อยละ 28 คิดว่าผู้ป่วยโรคลมชักมีสติปัญญาต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 21.8 คิดว่าต้องแยกโรงเรียนให้เด็กโรคลมชัก ร้อยละ 44.3 จะไม่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการชัก ร้อยละ 44.3 จะไม่ให้บุตรเล่นกับเด็กโรคลมชัก และไม่ให้แต่งงานกับผู้ป่วยโรคลมชัก และปัจจัยที่ทำนายทักษะคิดเชิงลบในประชากรไทยคือระดับการศึกษาต่ำความไม่คุ้นเคยกับโรคลมชักและความเข้าใจผิดที่ว่าโรคลมชักเป็นรูปแบบของความวิกลจริต

Saengsuwan, et al. (2012). ศึกษาความรู้ ทักษะคิด ของผู้ป่วยโรคลมชัก กลุ่มตัวอย่างคือบุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชัก การรับประธานยากันชักอย่างน้อยหนึ่งรายการ ที่มาเข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้แบบสอบถามความรู้และทักษะคิดต่อโรคลมชัก ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 22 ข้อ ส่วนความรู้ 14 ข้อ และส่วนทักษะคิด 8 ข้อ และการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวนผู้ป่วย 15 ราย แบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 20 ถึง 30 นาที ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้และมีทักษะคิดที่ไม่ดีต่อโรคลมชัก กล่าวคือ ร้อยละ 13.8 คิดว่าโรคลมชักเป็นโรคติดต่อ ร้อยละ 18.2 คิดว่าเกิดจากการรับประทานเนื้อหมู และร้อยละ 50.2 คิดว่าเป็นโรควิกลจริต ผู้ป่วยคิดว่าโรคลมชักทำให้ขาดโอกาสในด้านการศึกษา การทำงาน การแต่งงาน การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และไม่สามารถใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไปได้ ร้อยละ 57.1, 62.6, 40.9, 30.5 และร้อยละ 65.0 ตามลำดับ โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ของผู้ป่วยคือ ระดับการศึกษา อายุ ระยะเวลาเจ็บป่วยโรคลมชัก และประวัติการได้รับผลข้างเคียงจากยากันชัก ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อทักษะคิดของผู้ป่วยคือ การควบคุมอาการชัก ระดับการศึกษา ระยะเวลาเจ็บป่วยโรคลมชัก และสถานภาพสมรส

Tiamkao, et al. (2013). ศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติต่อโรคลมชักของประชาชนในเขตเมืองและเขตชนบท กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และเต็มใจเข้าร่วมในโครงการ จำนวน 1,000 คน โดยมีจากเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลในเขตอำเภอขอนแก่น โดยใช้แบบสอบถามความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคลมชัก ผลการศึกษาพบว่าประชาชนในเขตเมืองมีความรู้ ทักษะคิด

ที่ดี และการปฏิบัติต่อโรคลมชักมากกว่าประชาชนเขตชนบท กล่าวคือ คิดว่าโรคลมชักเกิดจากการบริโภคเนื้อหมู (ประชาชนในเขตเมือง ร้อยละ 9.2 และประชาชนเขตชนบท ร้อยละ 27.8) คิดว่าต้องรักษาด้วยการรับประทานยากันชักไปตลอดชีวิต (ประชาชนในเขตเมือง ร้อยละ 37.5 และประชาชนเขตชนบท ร้อยละ 55.9) โดยปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และทัศนคติต่อโรคลมชัก คือ การศึกษา ซึ่งประเด็นปัญหาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติต่อโรคลมชักในประเทศไทย ทำให้ผู้ป่วยโรคลมชักและครอบครัวได้รับผลกระทบในการดำรงชีวิต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

Saengsuwan, et al. (2013) ศึกษาความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชักในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชักที่มารักษาที่คลินิกโรคลมชัก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 83 คน โดยใช้แบบสอบถามความรู้และทัศนคติต่อโรคลมชักที่พัฒนาขึ้นมาจากการศึกษาก่อนหน้านี้ แบบสอบถามมีจำนวนรวม 22 ข้อ ส่วนความรู้ 14 ข้อ และส่วนทัศนคติ 8 ข้อ ประกอบด้วย สาเหตุและการรักษาโรคลมชักจำนวน 4 ข้อ การบริหารยากันชัก 4 ข้อ เกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับโรคลมชักจำนวน 3 ข้อ และลักษณะของโรคลมชักจำนวน 3 ข้อ ความเชื่อมั่นของความรู้ที่มีต่อส่วนโรคลมชักของแบบสอบถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์ KR-20 ในการศึกษาครั้งนี้คือ 0.70 ทัศนคติต่อส่วนของโรคลมชักของคำถามประกอบด้วย ผลกระทบต่อครอบครัวและชีวิตโดยรวมโดยทั่วไปจำนวน 5 ข้อ โรคลมชักและการเลือกปฏิบัติทางสังคมจำนวน 3 ข้อ ความสอดคล้องภายในของทัศนคติต่อแบบสอบถามโรคลมชักของแบบสอบถามพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.77 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแล (caregivers) ยังขาดความรู้และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรคลมชัก กล่าวคือ ร้อยละ 27.7 คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ทำให้เกิดอาการชัก ร้อยละ 41.0 คิดว่าหากผู้ป่วยล้มรับประทานยากันชักในวันนั้นให้เพิ่มขนาดยาขึ้นเป็น 2 เท่าของวันถัดไป ร้อยละ 4.8 คิดว่าโรคลมชักเป็นโรคติดต่อ ร้อยละ 22.9 คิดว่าเกิดจากการรับประทานเนื้อหมู และร้อยละ 65.1 เป็นโรควิกลจริต ส่วนใหญ่ให้การปฐมพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการชักไม่ถูกต้อง กล่าวคือ ร้อยละ 65.1 จะใช้ช้อนหรือของแข็งจัดปากเพื่อป้องกันผู้ป่วยกัดลิ้น ร้อยละ 74.7 จะช่วยเหลือด้วยการกดหน้าท้องให้ผู้ป่วย และร้อยละ 42.2 จะจับยึดมัดผู้ป่วยไว้ซึ่งการให้การช่วยเหลือที่ไม่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยและอาจเป็นอันตรายต่อผู้ช่วยเหลือ

ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นีละไพจิตร (2559) ศึกษาความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ประชากร คือ ประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง และมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพที่มีคลินิกโรคเรื้อรัง ใน 76 จังหวัด จังหวัดละ 1 แห่ง จำนวน 3,676 คน แบ่งเป็น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 859 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 798 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2,019 คน โดยใช้แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานพัฒนาโดย ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นีละไพจิตร ผลการศึกษาพบว่า 12 เขตสุขภาพในภาพรวมมีระดับความรู้แจ้งแตกฉานอยู่ในระดับรู้จัก (<70%) ทั้งกลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม) และกลุ่มป่วยระดับ 1-3 และป่วยรุนแรง (สีเหลือง ส้ม แดง ดำ) คิดเป็นร้อยละ 89.3 มีเพียงร้อยละ 10.7

เท่านั้น ที่มีระดับการรู้แจ้ง $\geq 75\%$ ส่วนความแตกฉานโดยการประเมินจากการทำพฤติกรรมทั้ง 5 พฤติกรรมอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ยังมีจำนวนน้อย ร้อยละ 19.1 ส่วนใหญ่ร้อยละ 80.9 มีการปฏิบัติ น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ หรือทำไม่ครบ 5 พฤติกรรม

สุขมาพร พิงผาสุก และคณะ (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ของความแตกฉานทางสุขภาพผล จากการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและอิทธิพลทางสังคมกับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และ/หรือความดันโลหิตสูง ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศ หญิงและชาย อยู่ในทะเบียนระบบข้อมูลการรักษาด้วยรหัสของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือความดัน โลหิตสูง เข้ารับการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ระดับทุติยภูมิในเขตจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง 210 ราย โดยใช้แบบสอบถาม 3 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามความแตกฉานทางสุขภาพ แบบสอบถามผลจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และแบบสอบถามอิทธิพลทางสังคมต่อการ จัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้ง 3 ฉบับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96, 0.93 และ 0.74 ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 60.8 ปี (SD =12.3) 57.1% เป็นเพศหญิง และมีโรค ประจำตัวอย่างน้อย 2 โรค (67.8%) สามารถควบคุมโรคได้ดี 38.6% มีความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ใน ระดับปานกลาง ผลจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับสูง อิทธิพลทางสังคมมีระดับปานกลาง และผลลัพธ์ทางคลินิกอยู่ในระดับต่ำ ความแตกฉานทางสุขภาพอิทธิพลทางสังคมและผลจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชุตินาถรณ์ กังวาท และคณะ (2560) ได้ศึกษาการรับประทานยาเกินขนาดอย่างสม่ำเสมอ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาเกินขนาดอย่างสม่ำเสมอของเด็กโรคลมชัก กลุ่มตัวอย่างเป็น เด็กและผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก จำนวน 109 คู่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแล แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้ยาบำบัดโรค และแบบสอบถามความรู้โรคลมชักของผู้ดูแลเด็กโรค ลมชัก ผลการศึกษาพบว่าเด็กโรคลมชัก ร้อยละ 92.70 มีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยความรู้ เกี่ยวกับโรคลมชักของผู้ดูแลชนิดของการรักษาด้วยยาและความถี่ในการรับประทานยาต่อวันมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ความพึงพอใจในการใช้ยาของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอในเด็กโรคลมชัก ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือควรมีการประเมินและส่งเสริมให้ผู้ดูแลมี ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก และควรวางวิธีส่งเสริมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในเด็กที่ได้รับการรักษา ด้วยยากันชักเพียงชนิดเดียว หรือเด็กที่มีความถี่ในการรับประทานยาต่อวันน้อย

ตะวันรัตน์ สุกรุ่งจรัส และคณะ (2560) ศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคลมชัก ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาล ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง สุ่มจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิใน 12 เขตสุขภาพ และเขต

กรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก และแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคลมชัก ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กมีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักโดยรวมอยู่ในระดับน้อย และมีความรู้ทางด้านความรู้ทั่วไป ด้านการวินิจฉัยโรค ด้านการรักษาโรค และด้านการพยาบาลอยู่ในระดับน้อยทั้งหมด ทางด้านทัศนคติพบว่าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคลมชักทางด้านลบ และมีทัศนคติทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ ด้านภาพลักษณ์ทางสังคม ด้านชีวิตครอบครัว และความสัมพันธ์ และด้านการทำงาน/กิจกรรมทางด้านลบทั้งหมด จึงควรมีการเพิ่มพูนความรู้และส่งเสริมทัศนคติทางด้านบวก เกี่ยวกับโรคลมชักให้กับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็ก เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Sanders, Thompson, and Wilkinson (2007) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยกับการใช้ค่าใช้จ่ายในการรับบริการด้านสุขภาพเด็ก ทำการศึกษาผู้ดูแลเด็กตั้งแต่กลุ่มเด็กอายุ 12 เดือน ถึง 12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินของเด็กในโรงพยาบาลวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลโดยการทดสอบแบบสั้น The Short Test of Functional Health Literacy และการทบทวนย้อนหลัง 12 เดือน จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของระบบโรงพยาบาลรัฐและบันทึกการเรียกเก็บเงิน มีการวิเคราะห์หลายตัวแปร ได้แก่ การศึกษาผู้ปกครอง อายุ ความสามารถทางภาษา ตลอดจนอายุเด็กความต้องการด้านการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ เชื้อชาติ และความคุ้มครองด้านสุขภาพ ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 290 คู่ ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 22 ของผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ (ไม่เพียงพอ) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีแนวโน้มที่จะมีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีรายได้ต่ำ ผู้ดูแลที่มีความรู้เรื่องสุขภาพในระดับต่ำจะมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการรักษาและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่มีความรู้เพียงพอ แต่ความแตกต่างไม่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติ

Freedman et al. (2008) ศึกษาอิทธิพลของความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองและความรับผิดชอบในการให้ยาเด็กโรคต่อหีน มีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้เครื่องมือ Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine ศึกษาในผู้ปกครองเด็กโรคต่อหีนที่มีอายุ 5-17 ปี จำนวน 46 คน ใช้ระบบการตรวจติดตามการให้ยาเป็นเวลา 30 วัน ผลการศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองที่ไม่เพียงพอ ทำให้เด็กไม่ได้รับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยสรุปแล้วการให้ยาที่ไม่สม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพของผู้ปกครองที่ไม่เพียงพอ เด็กที่พ่อแม่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีความเสี่ยงที่จะรับประทานยาไม่เหมาะสม การแก้ไขปัญหารู้นหนังสือด้านสุขภาพที่ไม่ดีอาจช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ได้

Bautista et al. (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมชักและคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคลมชักผู้ใหญ่จำนวน 140 คน โดยได้ทำการสัมภาษณ์ตัวต่อตัวผู้ป่วยในโครงการโรคลมชักที่มหาวิทยาลัยฟลอริดา จากแบบสัมภาษณ์ Quality of Life in Epilepsy-10 inventory performed (QOLIE-10) และแบบวัด The Liverpool Seizure Severity Scale โดยมีคำถามเกี่ยวกับการคัดกรอง 3 ข้อ จากการทดสอบ The Short Test of Functional Literacy in Adults ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาการอ่านเอกสารโรงพยาบาลและปัญหาในการกรอกแบบฟอร์มทางการแพทย์ จะมีจำนวนความถี่ในการชักเพิ่มขึ้น และคะแนนคุณภาพชีวิตที่แย่งลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Yin, et al. (2010) ศึกษาข้อผิดพลาดในการบริหารยาของผู้ปกครอง เพื่อตรวจสอบความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองที่มีอิทธิพลต่อความแม่นยำในการให้ยา ศึกษาโดยการสัมภาษณ์ในคลินิกผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลของรัฐในนิวยอร์ก ในผู้ปกครองจำนวน 302 คน โดยใช้ Newest Vital Sign test ในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์กับอัตราความผิดพลาดในการให้ยากับความรู้ด้านสุขภาพมีส่วนเกี่ยวข้องคือ ความรู้ด้านสุขภาพมีจำกัดทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการให้ยา โดยสรุปแล้วข้อผิดพลาดในการให้โดยพ่อแม่ที่มีจำนวนมาก เพื่อลดข้อผิดพลาดควรใช้ทั้งการใช้เครื่องมือวัดในการให้ยาและการให้ความรู้ด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง

Porter et al. (2012) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของพ่อแม่ของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (ADHD) ต่อการรายงานข้อมูลอาการเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และการรายงานเกี่ยวกับยา ADHD ประเมินโดยใช้ Test of Functional Health Literacy in Adults ในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพจากผู้ปกครองเด็กอายุ 5-12 ปี ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจำนวน 182 คน อาศัยในเมืองบอสตัน สหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 5.6 ของบิดามารดามีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ สรุปได้ว่าผู้ปกครองที่มีความรู้เพียงพอก็มีการรายงานข้อมูลที่เพียงพอถูกต้องและความรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อความสามารถในการแชร์ข้อมูลที่ถูกต้องของผู้ปกครอง

Gandhi et al. (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมโรคหืด คุณภาพชีวิตของเด็กที่เป็นโรคหืด และความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง การศึกษาใช้ข้อมูลที่ได้จากตัวอย่างเด็กที่ป่วยเป็นโรคหอบหืดจำนวน 160 คน อายุระหว่าง 8-17 ปี และผู้ปกครองจำนวน 160 คน ที่ไปเยี่ยมชุมชนศูนย์การแพทย์ของมหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกา โดยใช้ Shortened Test of Functional Health Literacy ในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 6.26 บิดามารดามีความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ โดยสรุปแล้วผู้ปกครองที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น จะมีความสามารถในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ มีความพึงพอใจในการตัดสินใจร่วมกันมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคหืดของเด็กได้ดีขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตเด็กโรคหืดดีขึ้น

Morrison et al. (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำและการใช้แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือ Newest Vital Sign questionnaire ในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่มากับเด็กที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาล จำนวน 503 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 55 มีความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ผู้ดูแลเด็กที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีการเข้ารับบริการแผนกฉุกเฉินมากขึ้น โดยสรุปแล้วมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลเด็กที่มีบุตรหลานเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลขั้นต่ำเป็นตัวทำนายในการใช้แผนกห้องฉุกเฉินที่สูงขึ้น ในเด็กที่มีผู้ดูแลด้านสุขภาพที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีโอกาสเข้ารับบริการแผนกฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอถึงกว่า 3 เท่า

Pulgaron et al. (2014) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ปกครองในกลุ่มเด็กเล็กที่มีเบาหวานชนิดที่ 1 โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กอายุ 3-9 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยโรคเบาหวานประเภทที่ 1 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้ Shortened Test of Functional Health Literacy และ Parental Diabetes Numeracy Test ในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าทักษะการอ่านของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ผกผันกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) แต่การรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด และทักษะการคำนวณมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของระดับน้ำตาลในเลือด

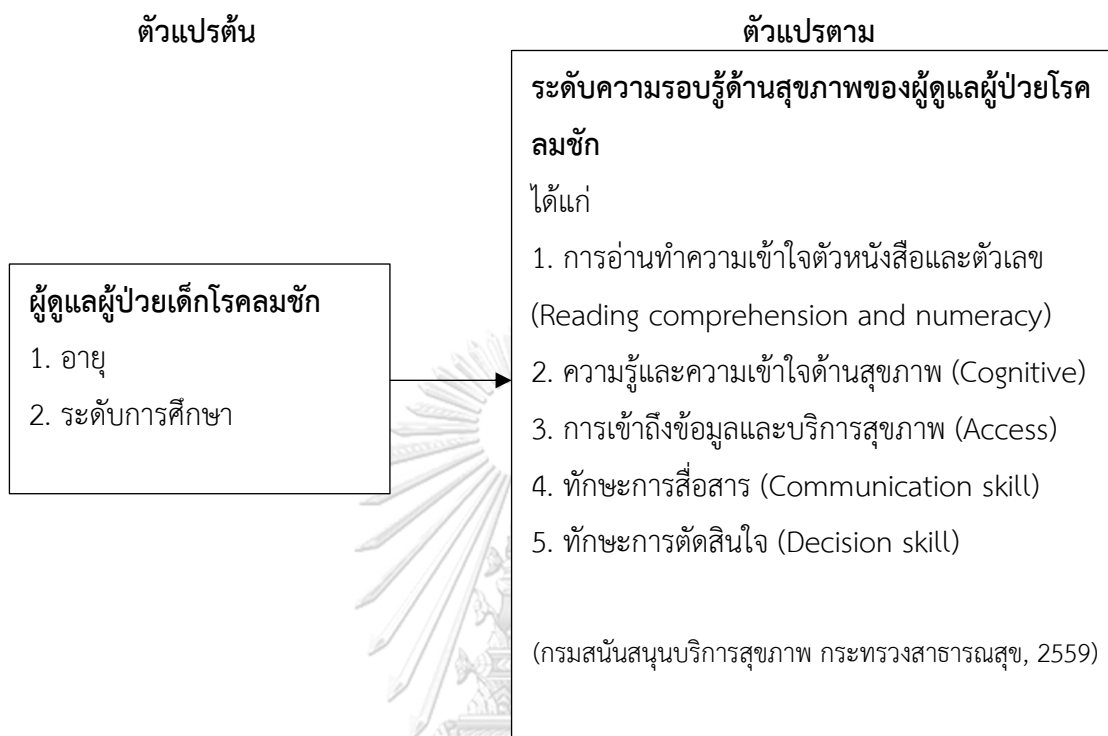
Paschal et al. (2016) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองและการปฏิบัติตามการรักษาในเด็กที่เป็นโรคลมชัก วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความรู้ด้านสุขภาพของบิดามารดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา การพบแพทย์ตามนัด และความถี่ของการชัก ในเด็กที่เป็นโรคลมชักอายุระหว่าง 1 ถึง 12 ปี มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ การศึกษาใช้การออกแบบการศึกษาแบบสังเกตการณ์และแบบสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูล การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงกับบิดามารดาหรือผู้ปกครองจำนวน 146 คน ที่เป็นโรคลมชักที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทแอลาบามา ผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ ผู้ดูแลบิดามารดาหรือผู้ดูแลตามกฎหมาย ผู้ใหญ่ที่มีอายุอย่างน้อย 19 ปี เด็กที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ อายุ 1-12 ปี การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักจากทางการแพทย์ ขณะนี้ได้รับการรักษาโรคลมชักอยู่กับบิดามารดาหรือผู้ปกครองที่สัมภาษณ์ และถิ่นที่อยู่ในชนบทแอลาบามา เครื่องมือที่ใช้ได้พัฒนามาจากเครื่องมือของ Cramer, Glassman และ Rienz จำนวน 68 ข้อ ผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาที่มีความผิดพลาดลดลงและความถี่ของการชักลดลง และความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการไม่มาพบแพทย์ตามนัด สรุปผล

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของบิดามารดาไม่เพียงพอเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการจัดการและการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

Fong et al. (2018) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองของบิดามารดาของทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ปกครองที่พูดภาษาอังกฤษและภาษาสเปน 253 คน อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไปที่มีทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่า 28 วัน ใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบเพื่อวัดความรู้ด้านสุขภาพและความสามารถในการรับรู้ความสามารถของผู้ปกครอง ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 16.2 มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สรุปผลการศึกษาได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลในทารกแรกคลอดของบิดามารดาต่ำ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยเด็ก และมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพมากพอสมควร แต่ยังไม่มีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการวิจัยในประเด็นนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ และใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกกุมารประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร
2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกกุมารประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* power กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.8 ขนาดของอิทธิพล 0.3 โดยอ้างอิงงานวิจัยของ Paschal et al. (2016)

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ เท่ากับ 90 คน แต่เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและป้องกันการตอบคำถามที่ไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จากกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด 108 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบเจาะจง โดยพิจารณาคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ คือ

1. บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชัก
3. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และวันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป
4. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารักษา แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกกุมารประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร
5. มีความสามารถพูดสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
6. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาและลงนามในหนังสือยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร
7. กรณีที่ผู้ดูแลไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์จากแบบประเมินแทน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อระบุประเด็น หรือจุดเน้นที่ควรประเมินและจัดทำร่างเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

2. ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก โดยอ้างอิงแนวความคิดจากแบบวัด TOFHLA (Parker et al., 1995) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นิละไพจิตร, 2559) มาปรับเนื้อหาให้เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน (7 ข้อ)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 42 ข้อ ประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข (10 ข้อ)

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก (15 ข้อ)

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (5 ข้อ)

ตอนที่ 4 การสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้เด็กโรคลมชัก (6 ข้อ)

ตอนที่ 5 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (6 ข้อ)

ตอนที่ 1 การอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข

ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดจาก TOFHLA ซึ่งการสร้างเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก เน้นการวัดความสามารถในการอ่านทำความเข้าใจในตัวหนังสือและตัวเลข เนื้อหาประกอบด้วย การเข้ารับการตรวจรักษา การรับประทานยา โดยผู้วิจัยปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก ข้อคำถามมีจำนวน 10 ข้อ เนื้อหาประกอบด้วย

การเข้ารับการตรวจรักษา	จำนวน 4 ข้อ
------------------------	-------------

การรับประทานยา	จำนวน 6 ข้อ
----------------	-------------

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล ถ้าตอบตรงคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ได้หรือไม่ตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 0 คะแนน แล้วนำคะแนนมารวมแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Bloom (อวยพร เรืองตระกูล, 2544) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจำแนกการให้คะแนนและแปลผลการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
0-5 คะแนน (ร้อยละ 0-59)	ไม่ดี	ความรู้และเข้าใจการอ่านตัวหนังสือและตัวเลข น้อยมาก ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติ
6-7 คะแนน (ร้อยละ 60-79)	พอใช้	สามารถอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลขได้บ้าง เพียงพอต่อการปฏิบัติ
8-10 คะแนน (ร้อยละ 80-100)	ดีมาก	สามารถอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลขได้บ้าง เพียงพอต่อการปฏิบัติ และยั่งยืน

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก

การประเมินความรู้ความเข้าใจเป็นการนำรูปแบบการทดสอบความเข้าใจ โดยการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและทบทวนเอกสารลักษณะแบบทดสอบ โดยให้ผู้ประเมินเขียน เครื่องหมาย / ในช่องว่างที่คิดว่าใช่ หรือ X ลงในช่องว่างที่คิดว่าไม่ใช่ ข้อที่ตอบถูกคิดเป็น 1 คะแนน ส่วนข้อที่ตอบผิดคิดเป็น 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ เนื้อหาประกอบด้วย

สาเหตุและการรักษาโรคลมชัก	จำนวน 4 ข้อ
ลักษณะอาการของโรคลมชัก	จำนวน 1 ข้อ
การบริหารยากันชัก	จำนวน 2 ข้อ
ผลกระทบโรคลมชัก	จำนวน 1 ข้อ
แนวคิดเกี่ยวกับโรคลมชัก	จำนวน 2 ข้อ
ปัจจัยกระตุ้น	จำนวน 2 ข้อ
การปฐมพยาบาล	จำนวน 3 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล ถ้าตอบตรงคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ได้ หรือไม่ตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ ให้ 0 คะแนน แล้วนำคะแนนมารวมแบ่งระดับความรู้ด้าน สุขภาพ 3 ระดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การจำแนกการให้คะแนนและแปลผลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
0-8 คะแนน (ร้อยละ 0-59)	ไม่ดี	รู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักไม่ถูกต้อง ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติ
9-11 คะแนน (ร้อยละ 60-79)	พอใช้	รู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติ
12-15 คะแนน (ร้อยละ 80-100)	ดีมาก	รู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติอย่างยั่งยืน

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

การประเมินความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพ วิธีการค้นหาเพื่อดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก มีจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ตามความถี่ของการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ
- 1 คะแนน หมายถึง บางครั้ง
- 2 คะแนน หมายถึง บ่อยครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง ทุกครั้ง

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ดังตารางที่ 4

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 การจำแนกการให้คะแนนและแปลผลการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
0-8 คะแนน (ร้อยละ 0-59)	ไม่ดี	ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพ
9-11 คะแนน (ร้อยละ 60-79)	พอใช้	สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้างแต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจที่ถูกต้อง
12-15 คะแนน (ร้อยละ 80-100)	ดีมาก	สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้าง และสามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำ

ตอนที่ 4 การสื่อสารเพื่อความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

การประเมินการใช้ทักษะพื้นฐาน ฟัง พูด อ่านในการสื่อสารเพื่อที่จะสื่อสารให้บุคคลอื่น เข้าใจ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ตามความถี่ของการเข้าถึงข้อมูลและบริการ คำถามเป็นทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เชิงบวกได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4 เชิงลบได้แก่ ข้อ 5, 6 มีจำนวน 6 ข้อ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงบวก

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ
- 1 คะแนน หมายถึง บางครั้ง
- 2 คะแนน หมายถึง บ่อยครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง ทุกครั้ง

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงลบ

- 0 คะแนน หมายถึง ทุกครั้ง
- 1 คะแนน หมายถึง บ่อยครั้ง
- 2 คะแนน หมายถึง บางครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การจำแนกการให้คะแนนและแปลผลการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
0-10 คะแนน (ร้อยละ 0-59)	ไม่ดี	ยังมีปัญหาในด้านทักษะการฟัง การอ่าน และการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติ
11-14 คะแนน (ร้อยละ 60-79)	พอใช้	สามารถที่จะฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจการปฏิบัติได้บ้างแต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ
15-18 คะแนน (ร้อยละ 80-100)	ดีมาก	มีความเชี่ยวชาญพอในด้านการฟัง พูด เพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ตอนที่ 5 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

การประเมินการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตน ประกอบด้วย การตัดสินใจในกรณีต่าง ๆ มี 6 ข้อ 4 ตัวเลือก เลือกคำตอบที่ถูกที่สุด โดย

3 คะแนน ปฏิบัติในระดับถูกต้องที่สุด

2 คะแนน ปฏิบัติในระดับถูกต้องรองลงมา

1 คะแนน ปฏิบัติในระดับพอใช้

0 คะแนน ปฏิบัติในระดับปรับปรุง

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ดังตารางที่ 6

ข้อ 1 ตอบ ก ได้ 0 คะแนน ข ได้ 2 คะแนน ค ได้ 1 คะแนน ง ได้ 3 คะแนน

ข้อ 2 ตอบ ก ได้ 3 คะแนน ข ได้ 1 คะแนน ค ได้ 2 คะแนน ง ได้ 0 คะแนน

ข้อ 3 ตอบ ก ได้ 2 คะแนน ข ได้ 1 คะแนน ค ได้ 0 คะแนน ง ได้ 3 คะแนน

ข้อ 4 ตอบ ก ได้ 3 คะแนน ข ได้ 0 คะแนน ค ได้ 2 คะแนน ง ได้ 1 คะแนน

ข้อ 5 ตอบ ก ได้ 0 คะแนน ข ได้ 1 คะแนน ค ได้ 2 คะแนน ง ได้ 3 คะแนน

ข้อ 6 ตอบ ก ได้ 0 คะแนน ข ได้ 1 คะแนน ค ได้ 2 คะแนน ง ได้ 3 คะแนน

ตารางที่ 6 การจำแนกการให้คะแนนและแปลผลการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
0-9 คะแนน (ร้อยละ0-59)	ไม่ดี	ไม่สนใจสุขภาพตนเอง ยึดมั่นทำตามสบายโดยไม่คำนึงถึงผลดีผลเสียต่อสุขภาพ
10-13 คะแนน (ร้อยละ60-79)	พอใช้	มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกิดผลดีเฉพาะต่อสุขภาพ
14-18 คะแนน (ร้อยละ80-100)	ดีมาก	มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตน ที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

เกณฑ์ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักโดยรวม จำนวน 42 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 76 คะแนน ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เกณฑ์ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักโดยรวม

คะแนนรวมที่ได้	ระดับ	แปลผล
ได้คะแนนรวม 0-42 คะแนน (ร้อยละ 0-59)	ไม่ดี	เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก
ได้คะแนนรวม 43-71 คะแนน (ร้อยละ 60-79)	พอใช้	เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้ถูกต้องเหมาะสมบ้าง
ได้คะแนนรวม 72-76 คะแนน (ร้อยละ 80-100)	ดีมาก	เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้ถูกต้องเหมาะสมและยั่งยืน

3. นำแบบประเมินเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษา และนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ

4. นำแบบประเมินที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยวิธีการคำนวณดัชนีความสอดคล้องวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence; IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคลมชักในเด็ก จำนวน 2 ท่าน อาจารย์มหาวิทยาลัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ จำนวน 2 ท่าน นักวิชาการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน จากนั้นนำแบบประเมินมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยกำหนดค่าดัชนีความสอดคล้องวัตถุประสงค์แต่ละข้อ มากกว่า 0.5 ขึ้นไป (สุวิมล ติรภานันท์, 2550)

โดยมีเกณฑ์พิจารณาให้คะแนน ดังนี้

ให้คะแนน +1 หมายถึง แน่ใจว่าคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าคำถามจะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

นำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทุกคนที่ประเมินมาลงข้อมูลในแบบวิเคราะห์ความสอดคล้องของคำถามกับจุดประสงค์เพื่อหาค่าเฉลี่ย สำหรับคำถามแต่ละข้อใช้สูตร (Rovinelli and Hambleton, 1977)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC แทน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์
 $\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
 N แทน จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่า IOC แยกตามรายองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบมีค่าระหว่าง 0.73-0.97
 ค่า IOC ของแยกตามรายข้อมีค่ามากกว่า 0.5 และภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.86

5. นำแบบประเมินไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาหาความเชื่อมั่นของแบบประเมิน (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบราค (Cronbach' Alpha Coefficient) และคูเตอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ ค่า α ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป (DeVon et al., 2007) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินแต่ละตอนดังนี้

ตอนที่ 1 การอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลขได้ค่า KR-20 (Alpha) เท่ากับ 0.70

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักได้ค่า KR-20 (Alpha) เท่ากับ 0.71

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ค่า Cronbach's (Alpha) เท่ากับ 0.82

ตอนที่ 4 การสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้เด็กโรคลมชักได้ค่า Cronbach's (Alpha) เท่ากับ 0.70

ตอนที่ 5 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้ค่า Cronbach's (Alpha) เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่เดือนมิถุนายน-กันยายน 2562 โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. หลังจากได้รับหนังสือพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมจากสถาบันประสาทวิทยา ผู้วิจัยจัดทำหนังสือบันทึกข้อความ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย โดยติดต่อประสานงานเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำคลินิกกุมารประสาทวิทยา ขอความร่วมมือนำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสู่มตัวอย่างในการแจกแบบประเมินเพื่อให้เป็นตัวแทนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก

2. ประสานงานทำบันทึกข้อความจากทางคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอความอนุเคราะห์ถึงผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยาในการขอเข้าเก็บข้อมูลในสถาบันประสาทวิทยา พร้อมชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขอบเขตการศึกษา เครื่องมือที่นำมาเก็บข้อมูล ขั้นตอนการเก็บข้อมูลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ช่วงวันจันทร์ถึงวันศุกร์เวลา 8.00-11.00 น. ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ประสานงานกับคลินิกกุมารประสาทวิทยาเพื่อขอเข้าเก็บข้อมูลตามวันและเวลาที่ได้กำหนดไว้

3. เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 2 คน ทำหน้าที่ในการแจกแบบประเมินให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย โดยผู้วิจัยได้ทำการอบรมให้กับผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของแบบประเมินและวิธีการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบประเมินเมื่อรับแบบประเมินคืน

ขั้นตอนการดำเนินการและเก็บข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาล

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยวิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ และขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองพร้อมกับผู้ช่วยวิจัย โดยขอข้อมูลเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่พยาบาลเกี่ยวกับอายุของผู้ป่วยเด็กโรคลมชักและการวินิจฉัยโรค โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วม

โครงการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้เอกสารแนะนำข้อมูล (Information Sheet) เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้เวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยและความสมัครใจกับกลุ่มตัวอย่าง

3. หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ และตอบรับในการเข้าร่วมการวิจัย ทีมผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ

4. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายข้อสงสัยเพิ่มเติมในกรณีที่เกิดข้อสงสัยในคำถามและวิธีการตอบแบบประเมิน ถ้าในกรณีที่ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถอ่านออกหรือเขียนได้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์จากแบบประเมินแทน หลังจากนั้นแจกแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบบประเมินแบ่งออกเป็น 5 ตอน จำนวน 42 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที และเป็นการตอบแบบประเมินเพียงครั้งเดียวซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะรอรับแบบประเมินกลับทันทีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินเสร็จสมบูรณ์ และผู้วิจัยจะมอบแผ่นพับเรื่องโรคลมชักและกระเป๋าคาดสำหรับใส่ยาเป็นการให้ความรู้พื้นฐานเพิ่มเติมเพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้เป็นอย่างดี

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างนั่งรอตรวจซึ่งจะไม่เป็นการรบกวนในช่วงเวลา 8.00-11.00 น. สถานที่บริเวณหน้าห้องตรวจกุมารประสาทวิทยา

6. ขณะที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จะมีผู้ช่วยผู้วิจัยอีกคนซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่สถาบันประสาทวิทยา เป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก จะคอยดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักขณะกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมิน

วิธีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากการผู้วิจัยแนะนำตัว และชี้แจงจุดประสงค์ในการทำวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างทุกราย รวมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง คำตอบหรือข้อมูลที่ได้มาทุกอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยจะทำการเก็บรักษาไว้เป็นอย่างดีไม่ให้เกิดการรั่วไหลของข้อมูลและนำมาใช้เพื่อการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น อย่างไรก็ตามในระหว่างตอบคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถามกลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวจากการทำวิจัยได้ก่อนการวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่มีความจำเป็นต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ และการถอนตัวจะไม่ส่งผลแต่อย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่าง ในการเผยแพร่ข้อมูลหรือมีการตีพิมพ์ในหนังสือหรือวารสาร และนำเสนอข้อมูลผลการศึกษาต่าง ๆ ผู้วิจัยจะทำการเผยแพร่เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น โดยที่ผู้รับทราบข้อมูลไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงผู้ให้ข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (Statistical package for the social sciences; SPSS) version 23 กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)
2. นำข้อมูลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
3. เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักจำแนกตามตัวแปรอายุและระดับการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) หากพบความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จึงทำการทดสอบเป็นแบบรายคู่ ด้วยวิธีของ LSD (Least Significant Difference)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก และเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตามตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ตารางพร้อมทั้งคำบรรยาย ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตามองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพและรายข้อคำถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักจำแนกตามตัวแปรอายุและระดับการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) หากพบความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จึงทำการทดสอบเป็นแบบรายคู่ ด้วยวิธีของ LSD (Least Significant Difference)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของอายุและระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (n=108)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ		
20-29 ปี	9	8.30
30-39 ปี	41	38.00
40-49 ปี	50	46.30
50 ปีขึ้นไป	8	7.40
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา	23	21.30
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	43	39.80
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	42	38.90

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักส่วนใหญ่มีอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.30 รองลงมาคือ อายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.00 อายุ 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.30 และอายุ 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 7.40 และการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 39.80 รองลงมาคือปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 38.90 และที่ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 21.30 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ระดับและการแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

คะแนนรวมที่ได้	จำนวน(คน)	ร้อยละ	ระดับ	แปลผล
ได้คะแนนรวม 0-42 คะแนน (ร้อยละ 0-59)	4	3.70	ไม่ดี	เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก
ได้คะแนนรวม 43-71 คะแนน (ร้อยละ 60-79)	104	96.30	พอใช้	เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้ถูกต้อง เหมาะสมบ้าง
ได้คะแนนรวม 72-76 คะแนน (ร้อยละ 80-100)	0	0.00	ดีมาก	เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้ถูกต้อง เหมาะสม และยั่งยืน

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 96.30 คือ เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้ถูกต้องเหมาะสมบ้าง และระดับไม่ดี ร้อยละ 3.70 คือ เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับและการแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักจำแนกตามองค์ประกอบ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	\bar{X}	SD	ระดับ	แปลผล
การอ่านและทำความเข้าใจ ตัวหนังสือ และตัวเลข	8.19	1.72	ดีมาก	สามารถอ่านและทำความเข้าใจ ตัวหนังสือและตัวเลขได้เพียงพอต่อ การปฏิบัติ และยั่งยืน
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคลมชัก	10.11	1.92	พอใช้	รู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก ถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติ
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ	10.33	3.48	พอใช้	สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการ สุขภาพได้บ้างแต่ยังไม่สามารถ นำมาใช้ในการตัดสินใจที่ถูกต้อง
การสื่อสารเพื่อลดความ เสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วย เด็กโรคลมชัก	13.58	2.79	พอใช้	สามารถที่จะฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อ สื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจการ ปฏิบัติได้บ้างแต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคลมชัก	15.28	1.54	ดีมาก	มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ ความสำคัญต่อการปฏิบัติตน ที่ เกิดผลดีต่อสุขภาพตนและปฏิบัติ ตามอย่างเคร่งครัด

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดย องค์ประกอบด้านการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข ($\bar{X} = 8.19$, $SD = 1.72$) และการ ตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ($\bar{X} = 15.28$, $SD = 1.54$) อยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก ($\bar{X} = 10.11$, $SD = 1.92$) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ บริการสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ($\bar{X} = 10.33$, $SD = 3.48$) และการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยง ทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ($\bar{X} = 13.58$, $SD = 2.79$) อยู่ในระดับพอใช้

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข	ไม่ดี (0-5 คะแนน)	11	10.20
	พอใช้ (6-7 คะแนน)	17	15.70
	ดีมาก (8-10 คะแนน)	80	74.10

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 74.10 ระดับพอใช้ ร้อยละ 15.70 และระดับไม่ดี ร้อยละ 16.20 ตามลำดับ

ตารางที่ 12 ร้อยละของการตอบคำถามของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข

การอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข	ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (ร้อยละ)	
	ตอบถูก	ตอบผิด
ด้านการเข้ารับการรักษา	78.72	21.28
ด้านการรับประทานยา	83.80	16.20

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตอบข้อความเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาตอบถูกร้อยละ 78.72 ตอบผิดร้อยละ 21.28 และข้อความเกี่ยวกับการรับประทานยา ตอบถูกร้อยละ 83.80 ตอบผิดร้อยละ 16.20

ตารางที่ 13 ร้อยละของการตอบข้อคำถามของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านการอ่านและ
ทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลขจำแนกเป็นรายข้อ

การอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข	ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (ร้อยละ)	
	ตอบถูก	ตอบผิด
1. ในวันนัดบุตรหรือหลานของท่านควรยื่นบัตรนัดเวลาใด	74.10	25.90
2. ในวันนัดบุตรหรือหลานของท่านต้องทำอะไรก่อนพบแพทย์	88.00	12.00
3. ในวันที่แพทย์นัด ถ้าท่านติดธุระสำคัญไม่สามารถนำบุตรหลานมา ตรวจได้ท่านควรทำอย่างไร	86.10	13.90
4. ปกติบุตรหรือหลานของท่านกินยากันชัก (1 เม็ด เข้า-เย็น) หากวัน นัดมีเจาจะเลือดเพื่อตรวจระดับยากันชักในเวลา 8.00 น. บุตรหลาน ของท่านควรปฏิบัติอย่างไร	66.70	33.30
5. ใน 1 มื้อ บุตรหรือหลานของท่านต้องกินยาชนิดนี้กี่เม็ด	87.00	13.00
6. ใน 1 วัน บุตรหรือหลานของท่านต้องกินยาชนิดนี้กี่เม็ด	78.70	21.30
7. ใน 1 วัน บุตรหรือหลานของท่านต้องกินยาชนิดนี้ในเวลาใดบ้าง	91.70	8.30
8. ถ้าบุตรหรือหลานของท่านจะต้องกินอาหารเช้าในเวลา 08.00 น. ท่านจะให้บุตรหรือหลานของท่านกินยาชนิดนี้ในเวลาใด	66.70	33.30
9. ใน 1 มื้อ บุตรหรือหลานของท่านต้องกินยาชนิดนี้กี่มิลลิกรัม	88.00	12.00
10. ใน 1 วัน บุตรหรือหลานของท่านต้องกินยาชนิดนี้กี่มิลลิกรัม	90.70	9.30

จากตารางที่ 13 แสดงให้เห็นว่าข้อคำถามที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ข้อ 7 ใน 1 วัน บุตรหรือหลานของท่านต้องกินยาชนิดนี้ในเวลาใดบ้าง คิดเป็นร้อยละ 91.70 รองลงมาคือ ข้อ 10 ใน 1 วัน บุตรหรือหลานของท่านต้องกินยาชนิดนี้กี่มิลลิกรัม ร้อยละ 90.70 และข้อ 9 ใน 1 มื้อ บุตรหรือหลานของท่านต้องกินยาชนิดนี้กี่มิลลิกรัมและข้อ 2 ในวันนัดบุตรหรือหลานของท่านต้องทำอะไรก่อนพบแพทย์ ร้อยละ 88.00 ตามลำดับ

ข้อคำถามที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ข้อ 4 ปกติบุตรหรือหลานของท่านกินยากันชัก (1 เม็ด เข้า-เย็น) หากวันนัดมีเจาจะเลือดเพื่อตรวจระดับยากันชัก ในเวลา 08.00 น. บุตรหรือหลานของท่านควรปฏิบัติอย่างไร และข้อ 8 ถ้าบุตรหรือหลานของท่านจะต้องกินอาหารเช้าในเวลา 08.00 น. ท่านจะให้บุตรหรือหลานของท่านกินยาชนิดนี้ในเวลาใด ร้อยละ 33.30 รองลงมาคือ ข้อ 1 ในวันนัดบุตรหรือหลานของท่านควรยื่นบัตรนัดเวลาใด ร้อยละ 25.90 ตามลำดับ

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้าน
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคลมชัก	ไม่ดี (0-8 คะแนน)	16	14.80
	พอใช้ (9-11 คะแนน)	73	67.60
	ดีมาก (12-15 คะแนน)	19	17.60

จากตารางที่ 14 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้าน
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 67.60 ระดับดีมาก ร้อยละ 17.60
และระดับไม่ดี ร้อยละ 14.80 ตามลำดับ

ตารางที่ 15 ร้อยละของการตอบคำถามของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก	ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (ร้อยละ)	
	ตอบถูก	ตอบผิด
สาเหตุและการรักษาโรคลมชัก	81.95	18.05
ลักษณะอาการของโรคลมชัก	93.50	6.50
การบริหารยากันชัก	77.80	22.20
ผลกระทบโรคลมชัก	88.90	11.10
แนวคิดเกี่ยวกับโรคลมชัก	70.35	29.65
ปัจจัยกระตุ้น	87.95	12.05
การปฐมพยาบาล	84.27	15.73

จากตารางที่ 15 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ตอบข้อคำถามถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ลักษณะอาการของโรคลมชัก ร้อยละ 93.50 รองลงมาคือ ผลกระทบโรคลมชัก ร้อยละ 88.90 และปัจจัยกระตุ้น ร้อยละ 87.95 ตามลำดับ

ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตอบข้อคำถามผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ แนวคิดเกี่ยวกับโรคลมชัก ร้อยละ 29.65 รองลงมาคือ การบริหารยากันชัก ร้อยละ 22.20 และสาเหตุและการรักษาโรคลมชัก ร้อยละ 18.05 ตามลำดับ

ตารางที่ 16 ร้อยละของการตอบคำถามของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักจำแนกเป็นรายชื่อ

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก	ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (ร้อยละ)	
	ตอบถูก	ตอบผิด
1. โรคลมชักเกิดจากภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลันของการทำงานของเซลล์สมอง โดยมีการปลดปล่อยคลื่นไฟฟ้าที่ผิดปกติ	91.70	8.30
2. อาการชักมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมองเท่านั้น ไม่จำเป็นต้องตรวจหาสาเหตุจากความผิดปกติอื่นของร่างกาย	64.80	35.20
3. วิธีการรักษาโรคลมชักในปัจจุบันได้แก่ การรับประทานยากันชัก การผ่าตัดสมอง และการรับประทานอาหารคีโตน	80.60	19.40
4. โรคลมชักสามารถรักษาได้ด้วยการรับประทานยากันชักได้	90.70	9.30
5. อาการชักมีหลายรูปแบบ เช่น ชักเหม่อ ชักเกร็ง ชักกระตุก	93.50	6.50
6. ถ้าลืมกินยากันชักเพียงมือเดียว หรือวันเดียว ให้เริ่มกินมือต่อไปตามปกติ	77.80	22.20
7. ไม่ควรกินยาชนิดอื่น ๆ ร่วมกับยากันชักโดยไม่ได้รับปรึกษาแพทย์ เพราะอาจมีผลต่อประสิทธิภาพของยา ทั้งในด้านหักล้างทำให้คุมชักไม่ได้ หรือเสริมฤทธิ์กันจนเกิดพิษขึ้นได้โดยเฉพาะการใช้ยาปฏิชีวนะ	77.80	22.20
8. ผลกระทบจากการชักบ่อย ๆ ได้แก่ อุบัติเหตุกระแทกศีรษะ การเรียนแย่ลง คิดได้ช้าลง	88.90	11.10
9. ผู้ป่วยโรคลมชักไม่สามารถแต่งงานและมีบุตรที่สมบูรณ์แข็งแรงได้	78.70	21.30
10. ผู้ป่วยโรคลมชักหากอยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ต้องหยุดยากันชักทันที	62.00	38.00
11. ผู้ป่วยโรคลมชักควรหลีกเลี่ยงสิ่งทีกระตุ้นให้เกิดอาการชัก เช่น แสงแดดจ้า แสงกะพริบโทรทัศน์ จอคอมพิวเตอร์ สถานที่เสียงดังอีกที	82.40	17.60

ตารางที่ 16 (ต่อ) ร้อยละของการตอบคำถามของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักจำแนกเป็นรายข้อ

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก	ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (ร้อยละ)	
	ตอบถูก	ตอบผิด
12. ผู้ป่วยโรคลมชักควรหลีกเลี่ยงภาวะเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือออกกำลังกายจนเหนื่อยอ่อนอย่างมาก	93.50	6.50
13. การปฐมพยาบาลผู้ป่วยขณะชักควรให้การดูแลดังนี้ จัดให้ผู้ป่วยนอนลงกับพื้นราบในบริเวณที่ปลอดภัย ป้องกันศีรษะไม่ให้กระแทก จับผู้ป่วยนอนตะแคงหันหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง	96.30	3.70
14. เมื่อท่านพบผู้ป่วยมีอาการชัก ให้นำสิ่งของบางอย่างเข้าไปในปากเพื่อป้องกันกัดลิ้นตนเอง	64.80	35.20
15. เมื่อท่านพบผู้ป่วยที่มีอาการชัก ให้จับตัวผู้ป่วยมัดไว้ กัดหน้าอก และทำการบีบหัวใจ	91.70	8.30

จากตารางที่ 16 แสดงให้เห็นว่าข้อคำถามที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ข้อ 13 การปฐมพยาบาลผู้ป่วยขณะชักควรให้การดูแลดังนี้ จัดให้ผู้ป่วยนอนลงกับพื้นราบในบริเวณที่ปลอดภัย ป้องกันศีรษะไม่ให้กระแทก จับผู้ป่วยนอนตะแคงหันหน้าไปข้างใดด้านหนึ่ง ร้อยละ 96.30 รองลงมาคือ ข้อ 5 อาการชักมีหลายรูปแบบ เช่น ชักเหม่อ ชักเกร็ง ชักกระตุก ร้อยละ 93.50 และข้อ 12 ผู้ป่วยโรคลมชักควรหลีกเลี่ยงภาวะเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือออกกำลังกายจนเหนื่อยอ่อนอย่างมาก ร้อยละ 93.50 ตามลำดับ

ข้อคำถามที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ข้อ 10 ผู้ป่วยโรคลมชักหากอยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ต้องหยุดยากันชักทันที ร้อยละ 38.00 รองลงมาคือ ข้อ 2 อาการชักมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมองเท่านั้น ไม่จำเป็นต้องตรวจหาสาเหตุจากความผิดปกติอื่นของร่างกาย ร้อยละ 35.20 และข้อ 14 เมื่อท่านพบผู้ป่วยมีอาการชัก ให้นำสิ่งของบางอย่างเข้าไปในปากเพื่อป้องกันกัดลิ้นตนเอง ร้อยละ 35.20 ตามลำดับ

ตารางที่ 17 จำนวน ร้อยละ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	ไม่ดี (0-8 คะแนน)	30	27.80
	พอใช้ (9-11 คะแนน)	35	32.40
	ดีมาก (12-15 คะแนน)	43	39.80

จากตารางที่ 17 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 39.80 ระดับพอใช้ ร้อยละ 32.40 และระดับไม่ดี ร้อยละ 27.80

ตารางที่ 18 ร้อยของการตอบคำถามของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ
สุขภาพจำแนกเป็นรายข้อ

การเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ	ทุกครั้ง (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง (ร้อยละ)	บางครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ)
1. เมื่อท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ อาการชักที่ฉุกฉินรุนแรง ท่านสามารถ ค้นหาข้อมูลได้	33.30	26.90	31.50	8.30
2. เมื่อท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการ ดูแลหรือการปฐมพยาบาลเด็กโรคลมชัก เบื้องต้น ท่านสามารถค้นหาข้อมูลได้	38.90	33.30	24.10	3.70
3. เมื่อท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการ ดูแลหรือการปฐมพยาบาลเด็กโรคลมชัก เบื้องต้น ท่านสามารถค้นหาและเลือก ข้อมูลจากหลายแหล่งได้ง่าย เช่น ถาม บุคลากรทางการแพทย์ อ่านหนังสือ แผ่นพับ คั่นอินเทอร์เน็ต ดูโทรทัศน์	44.40	34.30	21.30	0.00
4. ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับ การดูแลหรือการปฐมพยาบาลเด็กโรค ลมชักจากหลายแหล่ง เพื่อให้ได้ข้อมูล ที่ทันสมัยและถูกต้อง	35.20	31.50	29.60	3.70
5. ท่านนำข้อมูลที่ได้รับจาก แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เช่น บุคลากร ทางการแพทย์ อ่านหนังสือ แผ่นพับ เว็บไซต์โรงพยาบาล ไปใช้ในการดูแล เด็กโรคลมชัก	43.50	32.40	24.10	0.00

จากตารางที่ 18 แสดงให้เห็นว่าข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตอบปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุด คือ ข้อ 3. เมื่อท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหรือการปฐมพยาบาลเด็กโรคลมชักเบื้องต้น ท่านสามารถค้นหาและเลือกข้อมูลจากหลายแหล่งได้ง่าย เช่น ถามบุคลากรทางการแพทย์ อ่านหนังสือ แผ่นพับ คั่นอินเทอร์เน็ต ดูโทรทัศน์ ร้อยละ 44.40 รองลงมาคือ ข้อ 5. ท่านนำข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ อ่านหนังสือ แผ่นพับ เว็บไซต์โรงพยาบาล ไปใช้ในการดูแลเด็กโรคลมชัก ร้อยละ 43.50 ตามลำดับ

ข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตอบไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อ 1. เมื่อท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาการชักที่ฉุกเฉินรุนแรง ท่านสามารถค้นหาข้อมูลได้ ร้อยละ 8.30 รองลงมาคือ ข้อ 4. ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหรือการปฐมพยาบาลเด็กโรคลมชักจากหลายแหล่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัยและถูกต้อง ร้อยละ 3.70 และข้อ 2. เมื่อท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหรือการปฐมพยาบาลเด็กโรคลมชักเบื้องต้น ท่านสามารถค้นหาข้อมูลได้ ร้อยละ 3.70 ตามลำดับ

ตารางที่ 19 จำนวน ร้อยละ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	ไม่ดี (0-10 คะแนน)	15	13.90
	พอใช้ (11-14 คะแนน)	55	50.90
	ดีมาก (15-18 คะแนน)	38	35.20

จากตารางที่ 19 แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.90 ระดับดีมาก ร้อยละ 35.20 และระดับไม่ดี ร้อยละ 13.90

ตารางที่ 20 ร้อยละของการตอบคำถามของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชักจำแนกเป็นรายข้อ

การสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	ทุกครั้ง (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง (ร้อยละ)	บางครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ)
1. ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชักและการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ เมื่อท่านไม่เข้าใจ	47.20	33.30	18.50	0.90
2. เมื่อบุตรหรือหลานของท่าน เกิดอาการชักมากกว่าปกติ ท่านสามารถพูดให้แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ เข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น	62.20	22.20	14.80	0.90
3. เมื่อเกิดอุบัติเหตุ หรือมีอาการชักที่ผิดปกติ ท่านสามารถร้องขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลอื่น ๆ ได้	38.90	30.60	27.80	2.80
4. ท่านสามารถอ่านฉลากยา และกินยาตามที่แพทย์สั่งได้	80.60	12.00	7.40	0.00
5. ท่านไม่เข้าใจเนื้อหาจากการอ่านเอกสารที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	8.30	6.50	57.40	27.80
6. ท่านไม่เข้าใจเนื้อหาจากการฟังคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	8.30	6.50	59.30	25.90

จากตารางที่ 20 แสดงให้เห็นว่าข้อคำถามที่เกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตอบปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 4. ท่านสามารถอ่านฉลากยา และกินยาตามที่แพทย์สั่งได้ ร้อยละ 80.60 รองลงมาข้อ 2. เมื่อบุตรหรือหลานของท่าน เกิดอาการชักมากกว่าปกติ ท่านสามารถพุดให้แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ เข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น ร้อยละ 62.20 และข้อ 1. ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชักและการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ เมื่อท่านไม่เข้าใจ ร้อยละ 47.20 ตามลำดับ

ตารางที่ 21 จำนวน ร้อยละ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	ไม่ดี (0-9 คะแนน)	0	00.00
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	พอใช้ (10-13 คะแนน)	17	15.70
	ดีมาก (14-18 คะแนน)	91	84.30

จากตารางที่ 21 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 84.30 ระดับพอใช้ ร้อยละ 15.70

ตารางที่ 22 ร้อยละของการตอบคำถามของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักรายข้อ

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	ปฏิบัติ ถูกต้องที่สุด (ร้อยละ)	ปฏิบัติถูกต้อง รองลงมา (ร้อยละ)	ปฏิบัติในระดับ พอใช้ (ร้อยละ)	ปฏิบัติใน ระดับควร ปรับปรุง (ร้อยละ)
1. เมื่อบุตรหรือหลานของท่านมีอาการชักเกร็ง กระจก นาน 1 นาที ท่านจะปฏิบัติอย่างไร	13.90	61.10	0.90	24.10
2. เมื่อบุตรหรือหลานของท่านเกิดอาการชักแบบเกร็งกระจกทั้งตัว มากกว่า 5 นาที หมดสติ ท่านจะตัดสินใจอย่างไร	97.20	1.90	0.90	0.00
3. หากบุตรหรือหลานของท่าน เริ่มมีไข้ อุณหภูมิ 37.6 องศา เพื่อป้องกันการเกิดอาการชัก ท่านจะปฏิบัติอย่างไร	94.40	5.60	0.00	0.00
4. หากบุตรหรือหลานของท่าน ลืมกินยากันชัก 1 มื้อ ท่านจะปฏิบัติอย่างไร	65.70	26.90	5.60	1.90
5. หากบุตรหรือหลานของท่าน เพิ่งเริ่มกินยากันชักหรือได้รับยากันชักตัวใหม่ภายใน 14 วัน แล้วเกิดอาการ ผื่นแดง จุดแดงหรือตุ่มใสเล็กๆ ขึ้นทั่วใบหน้า ลำตัว แขน และขา ท่านจะปฏิบัติอย่างไร	88.00	11.10	0.00	0.90
6. หากบุตรหรือหลานของท่าน กินยากันชักและพบแพทย์สม่ำเสมอมาตลอด ปัจจุบันไม่มีอาการชักมาแล้ว 1 ปี แล้วมีเพื่อนบ้านมาบอกให้หยุดกินยากันชัก ท่านจะปฏิบัติอย่างไร	27.80	71.30	0.00	0.90

จากตารางที่ 22 ข้อคำถามที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตัดสินใจเลือกปฏิบัติถูกต้องที่สุดมากที่สุด 3 อันดับ อันดับแรก คือ ข้อ 2. เมื่อบุตรหรือหลานของท่านเกิดอาการชักแบบเกร็งกระตุกทั้งตัวมากกว่า 5 นาที หมดสติ ท่านจะตัดสินใจอย่างไร ร้อยละ 97.20 รองลงมา คือ ข้อ 3. หากบุตรหรือหลานของท่านเริ่มมีไข้สูง 37.6 องศา เพื่อป้องกันการเกิดอาการชักท่านจะปฏิบัติอย่างไร ร้อยละ 94.40 และข้อ 5. หากบุตรหรือหลานของท่านเพิ่งเริ่มกินยากันชักหรือได้รับยากันชักตัวใหม่ภายใน 14 วัน แล้วเกิดอาการ ผื่นแดง จุดแดง หรือตุ่มใสเล็ก ๆ ขึ้นทั่วใบหน้า ลำตัว แขน และขา ท่านจะปฏิบัติอย่างไร ร้อยละ 88.00 ตามลำดับ

ข้อคำถามที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตัดสินใจเลือกปฏิบัติควรปรับปรุงที่สุด อันดับแรก คือ ข้อ 1. เมื่อบุตรหรือหลาน ของท่านมีอาการชักเกร็ง กระตุก นาน 1 นาทีท่านจะปฏิบัติอย่างไร ร้อยละ 24.10 รองลงมา คือ ข้อ 4. หากบุตรหรือหลานของท่านลืมกินยากันชัก 1 มื้อ ท่านจะปฏิบัติอย่างไร ร้อยละ 1.90 และข้อ 6. หากบุตรหรือหลานของท่านกินยากันชักและ พบแพทย์สม่ำเสมอมาตลอด ปัจจุบันไม่มีอาการชักมาแล้ว 1 ปี แล้วมีเพื่อนบ้านมาบอกให้หยุดกินยากันชัก ท่านจะปฏิบัติอย่างไร ร้อยละ 0.90 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามอายุ

อายุ	20-29ปี	30-39ปี	40-49ปี	50ปีขึ้นไป	F	p-value
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	58.22 \pm 7.10	58.24 \pm 7.01	57.86 \pm 6.28	50.63 \pm 5.29	3.16	0.02*

*p<0.05

จากตารางที่ 23 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีอายุแตกต่างกันมีความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 24 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายคู่จำแนกตามอายุด้วยวิธีการทดสอบของแอลเอสดี (LSD)

อายุ		20-29ปี	30-39ปี	40-49ปี	50ปีขึ้นไป
	\bar{x}	58.22	58.24	57.86	50.63
20-29 ปี	58.22		0.22 (0.99)	0.36 (0.88)	7.59* (0.01)
30-39 ปี	58.24	0.22 (0.99)		0.38 (0.78)	7.61* (0.00)
40-49 ปี	57.86	0.36 (0.88)	0.38 (0.78)		7.23* (0.00)
50 ปีขึ้นไป	50.63	7.59* (0.01)	7.61* (0.00)	7.23* (0.00)	

*p<0.05

จากตารางที่ 24 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีอายุ 20-29 ปี 30-39 ปี และ 40-49 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าอายุ 50 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

(One-Way ANOVA) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบจำแนกตามอายุ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	20-29ปี $\bar{x} \pm SD$	30-39ปี $\bar{x} \pm SD$	40-49ปี $\bar{x} \pm SD$	50ปีขึ้นไป $\bar{x} \pm SD$	F	p-value
1. การอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข	6.78±1.85	8.63±1.56	8.24±1.69	7.25±1.58	4.06	0.01*
2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก	11.56±2.19	9.93±1.93	9.76±1.59	11.63±2.39	4.42	0.01*
3. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	11.33±3.32	10.66±3.51	10.76±3.03	4.88±1.23	8.68	0.00*
4. การสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	13.00±2.50	13.76±2.84	13.74±2.77	12.58±3.20	0.73	0.53
5. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	15.56±1.24	15.27±1.53	15.36±1.45	14.50±2.39	0.82	0.49

*p<0.05

จากตารางที่ 25 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีอายุแตกต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 26 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการอ่านและทำความเข้าใจ
ตัวหนังสือและตัวเลขรายคู่จำแนกตามอายุด้วยวิธีการทดสอบของแอลเอสดี (LSD)

อายุ	\bar{x}	20-29ปี	30-39ปี	40-49ปี	50ปีขึ้นไป
		6.78	8.63	8.24	7.25
20-29 ปี	6.78		1.85*	1.46*	0.47
			(0.00)	(0.01)	(0.55)
30-39 ปี	8.63	1.85*		0.39	1.38*
		(0.00)		(0.26)	(0.03)
40-49 ปี	8.24	1.46*	0.39		0.99
		(0.01)	(0.26)		(0.11)
50 ปีขึ้นไป	7.25	0.47	1.38*	0.99	
		(0.55)	(0.03)	(0.11)	

*p<0.05

จากตารางที่ 26 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีอายุ 30-39 ปี และอายุ 40-49 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลขมากกว่าอายุ 20-29 ปี และผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีอายุ 30-39 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลขมากกว่าอายุ 50 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 27 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักรายคู่จำแนกตามอายุด้วยวิธีการทดสอบของแอลเอสดี (LSD)

อายุ	\bar{x}	20-29ปี	30-39ปี	40-49ปี	50ปีขึ้นไป
		11.56	9.93	9.76	11.63
20-29 ปี	11.56		1.62* (0.01)	1.79* (0.00)	0.69 (0.93)
30-39 ปี	9.93	1.62* (0.01)		0.16 (0.66)	1.69* (0.01)
40-49 ปี	9.76	1.79* (0.00)	0.16 (0.66)		1.86* (0.00)
50 ปีขึ้นไป	11.63	0.69 (0.93)	1.69* (0.01)	1.86* (0.00)	

*p<0.05

จากตารางที่ 27 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีอายุ 20-29 ปี และอายุ 50 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักมากกว่าอายุ 30-39 ปี และอายุ 40-49 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 28 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพรายคู่จำแนกตามอายุด้วยวิธีการทดสอบของแอลเอสดี (LSD)

อายุ	\bar{x}	20-29ปี	30-39ปี	40-49ปี	50ปีขึ้นไป
		11.33	10.66	10.76	4.88
20-29 ปี	11.33		0.67 (0.56)	0.57 (0.61)	6.45* (0.00)
30-39 ปี	10.66	0.67 (0.56)		0.10 (0.87)	5.78* (0.00)
40-49 ปี	10.76	0.57 (0.61)	0.10 (0.87)		5.88* (0.00)
50 ปีขึ้นไป	4.88	6.45* (0.00)	5.78* (0.00)	5.88* (0.00)	

*p<0.05

จากตารางที่ 28 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีอายุ 20-29 ปี อายุ 30-39 ปี และอายุ 40-49 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมากกว่าอายุ 50 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 29 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน/ ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา/ อนุปริญญา	ปริญญาตรี/ สูงกว่า ปริญญาตรี	F	p-value
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	53.26±6.55	57.07±6.02	60.26±6.4	9.32	0.00*

*p<0.05

จากตารางที่ 29 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 30 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายคู่จำแนกตามระดับการศึกษาด้วยวิธีการทดสอบของแอลเอสดี (LSD)

ระดับการศึกษา		ไม่ได้เรียน/ ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา /อนุปริญญา	ปริญญาตรี/สูง กว่าปริญญา ตรี
	\bar{x}	53.26	57.07	60.26
ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา	53.26		3.80* (0.02)	7.00* (0.00)
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	57.07	3.80* (0.02)		3.19* (0.02)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	60.26	7.00* (0.00)	3.19* (0.02)	

*p<0.05

จากตารางที่ 30 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา และที่ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 31 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ของความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบจำแนกตามระดับการศึกษา

ความรู้ด้านสุขภาพ	ไม่ได้เรียน/ ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา/ อนุสัญญา	ปริญญาตรี/สูง กว่าปริญญาตรี	F	p- value
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$		
1. การอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข	7.13±2.07	7.93±1.68	9.05±1.03	12.1	0.00*
2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก	9.74±2.24	10.53±1.83	9.88±1.78	1.8	0.16
3. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	8.61±3.84	10.33±3.24	11.29±3.23	4.6	0.01*
4. การสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	12.83±2.72	13.21±2.47	14.38±3.00	3.0	0.05*
5. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	14.96±1.55	15.07±1.62	15.67±1.40	2.2	0.10

*p<0.05

จากตารางที่ 31 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ด้านสุขภาพด้านการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 32 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการอ่านและทำความเข้าใจ
 ตัวหนังสือและตัวเลขรายคู่จำแนกตามระดับการศึกษาด้วยวิธีการทดสอบของแอล
 เอสดี (LSD)

ระดับการศึกษา	\bar{x}	ไม่ได้เรียน/ ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา /อนุปริญญา	ปริญญาตรี/สูง กว่าปริญญาตรี
		7.13	7.93	9.05
ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา	7.13		0.80 (0.06)	1.91* (0.00)
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	7.93	0.80 (0.06)		1.11* (0.00)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	9.05	1.91* (0.00)	1.11* (0.00)	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 32 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือ
 สูงกว่าปริญญาตรีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข
 มากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือมีการศึกษาระดับประถมศึกษา และ
 มัธยมศึกษาหรือปริญญาบัตรชั้นสูงหรืออนุปริญญา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 33 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพรายคู่จำแนกตามระดับการศึกษาด้วยวิธีการทดสอบของแอลเอสดี (LSD)

ระดับการศึกษา	\bar{x}	ไม่ได้เรียน/ มัธยมศึกษา ประถมศึกษา /อนุปริญญา			ปริญญาตรี/สูง กว่าปริญญาตรี		
ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา	8.61	8.61	10.33	11.29			
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	10.33	1.71 (0.06)	10.33	11.29	1.71 (0.06)	2.67* (0.00)	0.96
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	11.29	2.67* (0.00)	0.96 (0.19)	11.29			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 33 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือมีการศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 34 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชักรายคู่จำแนกตามระดับการศึกษาด้วยวิธีการทดสอบของแอลเอสดี (LSD)

ระดับการศึกษา	\bar{x}	ไม่ได้เรียน/	มัธยมศึกษา	ปริญญาตรี/สูง
		ประถมศึกษา	/อนุปริญญา	กว่าปริญญาตรี
		12.83	13.21	14.38
ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา	12.83		0.38 (0.59)	1.55* (0.03)
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	13.21	0.38 (0.59)		1.17 (0.06)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	14.38	1.55* (0.03)	1.17 (0.06)	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 34 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือมีการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก และเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก จำแนกตามตัวแปรอายุและระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกกุมารประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา โดยอ้างอิงจากแบบวัด TOFHLA (Parker et al., 1995) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ชนวนทอง ชาญกาญจน์ และนริมาลย์ นิละไพจิตร, 2559) มาปรับเนื้อหาให้เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC=0.86) หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน (Reliability) จากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของคูเดอร์ริชาร์ดสัน ในแบบประเมินตอนที่ 1 และตอนที่ 2 เท่ากับ 0.70 และ 0.71 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในแบบประเมินตอนที่ 3 ตอนที่ 4 และตอนที่ 5 เท่ากับ 0.82, 0.70 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามอายุและระดับการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) หากพบความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จึงทำการทดสอบเป็นแบบรายคู่ ด้วยวิธีของ LSD (Least Significant Difference)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักจำนวน 108 คน ที่มารักษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกกุมารประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ในระหว่าง 40-49 ปี และมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า

องค์ประกอบด้านการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข อยู่ในระดับดีมาก คือสามารถอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลขได้เพียงพอต่อการปฏิบัติและยั่งยืน แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามียุทธศาสตร์ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ “ปกติบุตรหรือหลานของท่านกินยากันชัก (1 เม็ด เข้า-เย็น) หากวันนั้นมีเงาเงาเพื่อตรวจระดับยากันชักในเวลา 08.00 น. บุตรหรือหลานของท่านควรปฏิบัติอย่างไร” “ถ้าบุตรหรือหลานของท่านจะต้องกินอาหารเข้าในเวลา 08.00 น. ท่านจะให้บุตรหรือหลานของท่านกินยาชนิดนี้ในเวลาใด” และ “ในวันนัดบุตรหรือหลานของท่านควรยื่นบัตรนัดเวลาใด” ร้อยละ 33.30, 33.30 และ 25.90 ตามลำดับ

องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก อยู่ในระดับพอใช้ คือ รู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติ แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามียุทธศาสตร์ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ “ผู้ป่วยโรคลมชักหากอยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ต้องหยุดยากันชักทันที” “อาการชักมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมองเท่านั้น ไม่จำเป็นต้องตรวจหาสาเหตุจากความผิดปกติอื่น ๆ ของร่างกาย” และ “เมื่อท่านพบผู้ป่วยมีอาการชัก ให้นำสิ่งของบางอย่างเข้าไปในปากเพื่อป้องกันกัดลิ้นตนเอง” ร้อยละ 38.00, 35.20 และ 35.20 ตามลำดับ

องค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก อยู่ในระดับพอใช้ คือ สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้างแต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจที่ถูกต้อง แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามียุทธศาสตร์ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตอบไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ “เมื่อท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาการชักที่ฉุกเฉินรุนแรง ท่านสามารถค้นหาข้อมูลได้” “เมื่อท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหรือการปฐมพยาบาลเด็กโรคลมชักเบื้องต้น ท่านสามารถค้นหาข้อมูลได้” “ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหรือการปฐมพยาบาลเด็กโรคลมชักจากหลายแหล่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัยและถูกต้อง” ร้อยละ 8.30, 3.70, 3.70 ตามลำดับ

องค์ประกอบด้านการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก อยู่ในระดับพอใช้ คือสามารถที่จะฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเอง และผู้อื่นเข้าใจการปฏิบัติได้บ้างแต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีข้อคำถามที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักยังมีปัญหาในด้านการสื่อสารตอบมากที่สุด 3 อันดับแรก “ท่านไม่เข้าใจเนื้อหาจากการฟังคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก” “ท่านไม่เข้าใจเนื้อหาจากการอ่านเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก” และ “เมื่อเกิดอุบัติเหตุ หรือมีอาการชักที่ผิดปกติ ท่านสามารถร้องขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลอื่น ๆ ได้” ร้อยละ 8.30, 8.30, 2.80 ตามลำดับ

องค์ประกอบด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก อยู่ในระดับดีมาก คือ มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตน ที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีข้อคำถามที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตอบข้อที่ควรปรับปรุงมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ “เมื่อบุตรหรือหลาน ของท่านมีอาการชักเกร็ง กระทบ นาน 1 นาทีท่านจะปฏิบัติอย่างไร” “หากบุตรหรือหลานของท่านล้มกินยาเกิน 1 มื้อ ท่านจะปฏิบัติอย่างไร” “หากบุตรหรือหลานของท่านกินยากันชักและพบแพทย์สม่ำเสมอมาตลอด ปัจจุบันไม่มีอาการชักมาแล้ว 1 ปี แล้วมีเพื่อนบ้านมาบอกให้หยุดกินยากันชัก ท่านจะปฏิบัติอย่างไร” ร้อยละ 24.10, 1.90, 0.90 ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและวิเคราะห์ความแปรปรวน แบบทางเดียวของความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามอายุและระดับการศึกษา

3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเปรียบเทียบตามตัวแปรอายุ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีอายุ 20-49 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าอายุ 50 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบจำแนกตามอายุ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จึงทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ ด้วยวิธีการทดสอบของแอลเอสดี (LSD) พบดังนี้

3.2.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีอายุ 30-39 ปี และอายุ 40-49 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลขมากกว่าอายุ 20-29 ปี และอายุ 30-39 ปี ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลขมากกว่าอายุ 50 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3.2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีอายุ 20-29 ปี และ อายุ 50 ปีขึ้นไป มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักมากกว่าอายุ 30-39 ปี และอายุ 40-49 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3.2.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีอายุ 20-29 ปี อายุ 30-39 ปี และอายุ 40-49 ปี มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมากกว่าอายุ 50 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเปรียบเทียบตามตัวแปรระดับการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมากกว่ามัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา และผู้ที่ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่าการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ ด้วยวิธีการทดสอบของแอลเอสดี (LSD) พบดังนี้

3.4.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลขมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือประถมศึกษา และมัธยมศึกษาหรือปริญญาบัตรชั้นสูงหรืออนุปริญญา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.4.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือประถมศึกษา และมัธยมศึกษาหรือปริญญาบัตรชั้นสูงหรืออนุปริญญา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.4.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีมีการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

ผลงานวิจัยเรื่องความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. จากวัตถุประสงค์ของการวิจัย “เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก” ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักรู้ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักรู้ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก อาจเป็นเพราะผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 39.80 รองลงมาคือปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 38.90 ซึ่งมีระดับความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการอ่านทำความเข้าใจตัวเลขตัวหนังสือพอควร ประกอบกับส่วนใหญ่มีอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.30 รองลงมาคือ อายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.00 ซึ่งน่าจะเป็นช่วงวัยที่มีการเรียนรู้สั่งสมประสบการณ์และมีทักษะการตัดสินใจจากที่สถานการณ์ที่ผ่านมาพอสมควร จึงทำให้สามารถเลือกตัดสินใจได้ถูกต้องเหมาะสม ส่วนอีก 3 องค์ประกอบที่อยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และการสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ทั้งนี้เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักเป็นโรคเฉพาะ มีคำศัพท์ทางวิชาการเฉพาะที่ยาก ซึ่งอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักบางส่วนยังมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาไม่ถูกต้อง คือ ร้อยละ 38.00 คิดว่าผู้ป่วยโรคลมชักหากอยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ต้องหยุดยากันชักทันที ร้อยละ 33.30 ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักให้บุตรหรือหลานกินยา (Dilantin) ก่อนอาหารเข้าไม่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paschal et al. (2016) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองและการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคลมชัก พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองที่ไม่เพียงพอทำให้เด็กไม่ได้รับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Freedman et al., 2008) และเกิดข้อผิดพลาดในการให้ยา (Yin, et al., 2010) และการปฐมพยาบาลเมื่อผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมีอาการชักไม่ถูกต้อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Saengsuwan et al. (2013) ที่พบว่าส่วนใหญ่ให้การปฐมพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการชักไม่ถูกต้อง กล่าวคือ ร้อยละ 65.1 จะใช้ซันหรือของแข็งกัดปากเพื่อป้องกันผู้ป่วยกัดลิ้น จากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Intarakamhang and Kwanchuen (2016) ที่พบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไปส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้

2. จากวัตถุประสงค์ของการวิจัย “เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักจำแนกตามตัวแปรอายุและระดับการศึกษา”

2.1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพตามตัวแปรอายุ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ที่มีอายุ 20-49 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าอายุ 50 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลและการค้นหาข้อมูลความรู้ต่าง ๆ จากสื่อออนไลน์หรือสื่ออื่นๆ จากงานวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker et al. (1999) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลงเกี่ยวข้องกับอายุที่มากขึ้น ผู้ที่อายุเพิ่มขึ้น 1 ปี ความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลง 1.4 เมื่อควบคุมปัจจัย เพศ การศึกษา และเชื้อชาติ พบว่า อายุเพิ่มขึ้น 1 ปี คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลง 1.3 คะแนน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Morrow et al. (2006) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ลดลงมีความสัมพันธ์อายุที่มากขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Levinthal et al. (2008) และ Ganzer et al. (2012) ที่พบว่าอายุที่มากขึ้นไม่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Paschal et al. (2016) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองและการปฏิบัติตามแผนการรักษาในผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก พบว่า อายุของผู้ปกครองไม่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การไม่มาพบแพทย์ตามนัด และความถี่ของอาการชักของเด็ก

2.2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพตามตัวแปรระดับการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมากกว่ามัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา และที่ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องด้วยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถขั้นพื้นฐานในการอ่านออกเขียนได้ดีกว่า (Berkman et al., 2011; Howard et al., 2006; Lee et al., 2010; Paasche-Orlow et al., 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Von Wagner et al. (2007) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถอ่านออกเขียนได้ดีกว่าสูงกว่า 2.84 เท่า และผู้ที่ไม่มีการศึกษาจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงถึง 7.46 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sanders et al. (2007) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งจะมีทักษะการอ่านเขียนหรือการคำนวณเชิงตัวเลขที่ไม่เพียงพอ ไม่สามารถปฏิบัติตามที่โรงพยาบาลอธิบายไว้ในเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร เช่น บัตรนัดหมาย แผ่นพับข้อมูล อ่านฉลากยา เป็นต้น ทั้งนี้รวมถึงการตัดสินใจอย่างชาญฉลาดเกี่ยวกับบริการการดูแลสุขภาพเมื่อใดและอย่างไร และอาจทำให้มีปัญหาในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำอาจทำให้จัดการปัญหาสุขภาพ

และการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์ทางสุขภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงและความเข้าใจในข้อมูลการดูแลสุขภาพ (Wittink and Oosterhaven, 2018; Bickmore, 2010) จากการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมามักจะเห็นได้ว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ควรมีการจัดโครงการส่งเสริมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก โดยใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้เข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความรู้เพื่อส่งผลให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักและการดูแลเด็กโรคลมชักมากขึ้น

2. ควรมีการจัดทำสื่อสารสนเทศที่เป็นทั้งภาพและเสียงในประเด็นต่าง ๆ โดยใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก เช่น แนวคิดเกี่ยวกับโรคลมชัก สาเหตุของอาการชักและโรคลมชัก การปฐมพยาบาลเบื้องต้นขณะผู้ป่วยชัก การรับประทานยากันชัก เป็นต้น

3. ควรมีการเพิ่มช่องทางข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชักสามารถศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพที่หลากหลายจากหน่วยงานที่เชื่อถือได้เช่น สื่อวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือโปสเตอร์ แผ่นพับ สื่อออนไลน์ เว็บไซต์โรงพยาบาล บทความให้ความรู้ในอินเทอร์เน็ต เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรทำการศึกษาความสัมพันธ์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก ความถี่ของอาการชัก เป็นต้น

3.2 ควรทำการศึกษาาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรที่แตกต่างไป เช่น ผู้ป่วยที่มาทำการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค ฯลฯ

3.3 ควรทำการศึกษาาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยแต่ละโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนตามสุขบัญญัติแห่งชาติ*. นนทบุรี: กองสุខศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7-14 ปี) กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป*. นนทบุรี: กองสุខศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ*. เอกสารเผยแพร่โดย อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ รองอธิบดี. Retrieved from <http://www.anamai.moph.go.th/ppf2017/Download>
- เชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลัย นิละไพจิตร. (2559). *การสำรวจความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ Health Literacy ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง*. นนทบุรี: กองสุខศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ชุติมาภรณ์ กังวาท ชื่นฤติ คงศักดิ์ตระกูล วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และอนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของเด็กโรคลมชัก. *รามาริบดีพยาบาลสาร*, 23(1), 44-59.
- ณรงค์ เอื้อวิชญาแพทย์. (2554). Management of status epilepticus in children. *วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 6(3), 113-131.
- ตะวันรัตน์ สกุลรุ่งจรัส ชื่นฤติ คงศักดิ์ตระกูล อนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์ และณัฐกมล ชาญสาธิตพร. (2560). ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคลมชักของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(ฉบับพิเศษ), 131-139
- สถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคลมชัก สำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
- สถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *60 ปี สถาบันประสาทวิทยา*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
- สุขมาพร พิงผาสุก นภาพร วาณิชย์กุล ทิพา ต่อสกุลแก้ว และเกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์. (2560). ความสัมพันธ์ของความแตกฉานทางสุขภาพ ผลการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและอิทธิพลทางสังคมกับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือความดันโลหิตสูง.

วารสารสภากาการพยาบาล, 32(2), 111-125.

สุปรีดา มั่นคง. (2557). *ญาติผู้ดูแล (Family Caregiver)*. มหาวิทยาลัยมหิดล (อัสลำเนา).

สุวิมล ตีรกานันท์. (2550). *การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อวยพร ตระกูล. (2544). *การพัฒนาและวิเคราะห์คุณภาพของวิธีการวัดคะแนนพัฒนาการ ตามทฤษฎีการทดสอบดั้งเดิมและทฤษฎีการตอบสนองข้อสอบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญา ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวัดและประเมินผลการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์จำกัด.

ภาษาอังกฤษ

American Medical Association. (1999). Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Journal of the American Medical Association*, 281, 552-557.

Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., and Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 33-42.

Bautista, R. E. D., Tannahill, G. E., Shetty, N. K. and Wludyka, P. (2009). The association between health literacy and outcomes of care among epilepsy patients. *Seizure*, 18(400-404).

Bergman-Evans, B. (2006). AIDES to improving medication adherence in older adults. *Geriatric nursing*, 27, 174-182.

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., and Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155, 97-107.

Caplan R. et. al. (2005). Depression and anxiety disorders in pediatric epilepsy. *Epilepsia*, 46(5), 720-730.

Chin, J., Morrow, D. G., Stine-Morrow, E. A. L., Garcia, T. C., Graumlich, J. F., and Murray, M. (2011). The process-knowledge model of health literacy: Evidence from a componential analysis of two commonly used measures. *Journal Health*

- Community, 16, 222-241.*
- Davis, T. C., et al. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family medicine, 23(6), 433-435.*
- DeVon, H. A., et al. (2007). A Psychometric Toolbox for testing Validity and Reliability. *Journal of Nursing scholarship, 39(2), 155-164.*
- Dewalt, D. A., and Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics, 124(3), 265–274.*
- Edmonton Epilepsy Association. (2011). *Living with epilepsy.* UCB Canada Inc.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., and Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. *BioMed Central Public Health, 12(130), 1-15.*
- European Commission. (2007). *Together for health: a strategic approach for the EU2008-2013.* Com 630 final, Commission of the European Communities.
- Fisher, R. S., et al., (2014). A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia, 55(4), 475-482.*
- Fong, H. F., et al. (2018). Association Between Health Literacy and Parental Self-Efficacy among Parents of Newborn Children. *The journal of pediatrics, 202, 265-271.*
- Freedman, R., Jones, S., Lin, A., Robin, A., and Muir, K. (2008). Influence of parental health literacy and dosing responsibility on pediatric glaucoma medication adherence. *Archives of ophthalmology, 28(3), 4439–4448.*
- Gandhi, P. K., et al. (2013). Exploring factors influencing asthma control and asthma-specific health-related quality of life among children. *Respiratory research, 14(1), 1-10.*
- Ganzer, C. A., Insel, K. C., and Ritter, L. S. (2012). Associations between working memory, health literacy, and recall of the signs of stroke among older adults. *Journal of Neuroscience Nursing, 44(236-243).*
- Gardiner, P., and Dvorkin, L. (2006). Promoting medication adherence in children. *American family physician, 74, 793–798.*
- HLS-EU Consortium. (2012). *Comparative report on health literacy in eight EU member states.* Retrieved from <https://www.healthliteracyeurope.net>
- Howard, D. H., Sentell, T., and Gazmararian, J. A. (2006). Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *Journal of General Internal Medicine, 21, 857–861.*

- Institute of Medicine. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Retrieved from [http://www.iom.edu/Reports/2004 />health-literacy-a-prescription-to-end-confusion.aspx](http://www.iom.edu/Reports/2004/health-literacy-a-prescription-to-end-confusion.aspx)
- Intarakamhang, U., and Kwanchuen, Y. (2016). The development and application of the ABCDE-health literacy scale for Thais. *Asian Biomedicine*, 10(6), 587–594.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., and Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes care*, 31(5), 874-879.
- Janisse, H. C., Naar-King, S., and Ellis, D. (2010). Brief report: parent's health literacy among high-risk adolescents with insulin dependent diabetes. *Journal Pediatric Psychology*, 35, 436–440.
- Kickbusch, I. (2001). Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3), 289-297.
- Kickbusch, I. (2006). The need for a European strategy on global health. *Scandinavian journal of public health*, 34, 561-565.
- Kutner, M., et al. (2006). *The Health Literacy of America's Adults*. Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. National Center for Education Statistics, US Department of Education, Washington DC.
- Kwan, B., Frankish, J., and Rootman, I. (2006). *The development and validation of health literacy in different populations*. Retrieved from <https://www.ihor.ube>
- Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M., and Cho, Y. I. (2004). Health literacy, social support, and A research agenda. *Social Science and Medicine*, 58, 1309-1321.
- Lee, S. Y. D., Tsai, T. I., Tsai, Y. W., and Kuo, K. N. (2010). Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: Results from a national survey. *BMC Public Health*, 10, 614.
- Levinthal, B. R., et al. (2008). Cognition and health literacy in patients with hypertension. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 1172–1176.
- Lokker, N., et al. (2009). Parental misinterpretations of over-the-counter pediatric cough and cold medicine labels. *Pediatrics*, 123, 1464–1471.
- Manganello, J. A. (2008). Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847.
- McDonald, H. P., Garg, A. X., and Haynes, R. B. (2002). Interventions to enhance patient

- adherence to medication prescriptions: scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 288, 2868–2879.
- Morrison, A. K., et al. (2013). The Relationship Between Parent Health Literacy and Pediatric Emergency Department Utilization: A Systematic Review. *Academic Pediatric*, 13(5), 421-429.
- Morrow, D., et al. (2006). Correlates of health literacy in patients with chronic heart failure. *The Gerontologist*, 46, 669–676.
- Nguyen, R., and Tellez-Zenteno, J. (2009). Injuries in epilepsy: a review of its prevalence, risk factors, type of injuries and prevention. *Neurology International*, 1(20), 72-78.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International journal of public health*, 54(5), 303-305.
- Orem, D. (1991). *Nursing*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Osborn, Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., and Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BioMed Central Public Health*, 13, 1-17.
- Osterberg, L., and Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *NEJM*, 353, 487–497.
- Paasche-Orlow, M., and Wolf, M. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31, 19-26.
- Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen-Bohlman, L. T., and Rudd, R. R. (2005). The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 175–184.
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., and Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of general internal medicine*, 10(10), 537-541.
- Paschal, A. M., Mitchell, Q. P., Wilroy, J. D., Hawley, S. R., and Mitchell, J. B. (2016). Parent health literacy and adherence-related outcomes in children with

- epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 56, 73–82.
- Porter, S. C., Guo, C.-Y., Molino, J., Toomey, S. L., and Chan, E. (2012). The influence of task environment and health literacy on the quality of parent-reported ADHD data. *Applied clinical informatics*, 18, 3(1), 24-37.
- Pulgaron, E. R., et al. (2014). Glycemic control in young children with diabetes: the role of parental health literacy. *Patient education and counseling*, 94(1), 67–70.
- Rootman, I. (2009). Health literacy, what should we do about it? Presentation the faculty of education at the university of victoria. *Columbia: Canada Personal Communication*.
- Rootman, I., and Ronson, B. (2005). Literacy and health research in Canada. *Canadian journal of public health*, 96(2), 562-577.
- Sande, J. W. (2004). The use of antiepileptic drugs-principles and practice. *Epilepsia*, 45(6), 28–34.
- Sanders, L. M., Thompson, V. T., and Wilkinson, J. D. (2007). Caregiver health literacy and the use of child health services. *Pediatrics*, 119(1), 86–92.
- Sorensen, K., et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BioMed Central public health*, 12(1), 80.
- Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., and Wardle, J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behavior in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*, 61(12), 1086-1090.
- Wagner, C. V., Steptoe, A., Wolf, M. S., and Wardle, J. (2009). Health literacy and health action a review and a framework from health psychology. *Health Education and Behavior*, 36(5), 860-877.
- Wirrell, E. C., Grossardt, B. R., Wong – Kisiel, L. C. L., and Nickels, K. C. (2011). Incidence and classification of new-onset epilepsy and epileptic syndromes in children in Olmsted County, Minnesota from 1980 to 2004: a population-based study. *Epilepsy Research*, 95(1-2), 110-118.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: WHO publications.
- World Health Organization. (2017). *Atlas country resources for neurological disorders second edition*. Geneva: World Health Organization.

- World Health Organization. (2018). *Epilepsy*. [online]. Retrieved from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
- Yin, H. S., et al. (2010). Parents' medication administration errors: role of dosing instruments and health literacy. *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, 164, 181–186.
- Yin, H. S., Johnson, M., Mendelsohn, A. L., Abrams, M. A., Sanders, L. M., and Dreyer, B. P. (2009). The health literacy of parents in the United States: a nationally representative study. *Pediatrics*, 124(3), 289–298.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., and Greer, D. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203.





ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและตัวอย่างจดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

- | | |
|---|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์ | อาจารย์ประจำแขนงวิชาการส่งเสริมสุขภาพ
คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อະเคื้อ กุลประสูติติก | อาจารย์ประจำสาขาเทคโนโลยีการจัดการ
สุขภาพและสุขศึกษา คณะวิทยาศาสตร์และ
เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร |
| 3. แพทย์หญิงอากาศรี ลุสวัสดิ์ | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สาขากุมารประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา |
| 4. แพทย์หญิงชนิกานต์ ศรีธราพร | นายแพทย์ชำนาญการด้านเวชกรรม สาขากุมาร
ประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา |
| 5. นางพิศมัย สุขอมรัตน์ | หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา
ในสถานบริการสาธารณสุข กองสุขศึกษา
กระทรวงสาธารณสุข |





บันทึกข้อความ

ส่วนงาน หน่วยจัดการศึกษา กลุ่มภารกิจวิชาการ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา โทร. ๘๑๐๔๐
 ที่ ศธ ๐๕๑๒.๒๔(วช)/ว.๑๘๒ วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒
 เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์
 ๒. แบบสอบถาม

ด้วย นางสาวสร้อยณา ไหมพรหม นิสิตระดับมหาบัณฑิต ชั้นปีที่ ๒ แขนงวิชาวิทยาการส่งเสริมสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก” (HEALTH LITERACY OF CAREGIVERS OF CHILDREN WITH EPILEPSY) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา ภายใต้การควบคุมของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวดี ลิ้มมั่งสวัสดิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้องและสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ในกรณี คณะกรรมการบริหารหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ใคร่ขอความอนุเคราะห์เรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัยด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิทธา พงษ์พิบูลย์)
 ประธานกรรมการบริหารหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

ที่ ศธ ๐๕๑๒.๒๔/๐๒๐๖

คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพระราม ๑ เขตปทุมวัน กทม. ๑๐๓๓๐

๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน แพทย์หญิงอากาศรี ลุสวัลดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์
๒. แบบประเมิน

ด้วย นางสาวสร้อยนภา ไหมพรหม นิสิตระดับมหาบัณฑิต ชั้นปีที่ ๒ แขนงวิชาวิทยาการส่งเสริมสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก” (HEALTH LITERACY OF CAREGIVERS OF CHILDREN WITH EPILEPSY) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา ภายใต้การควบคุมของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวดี ลีมีงส์วัลดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้องและสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ในกรณีนี้ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา ใคร่ขอความอนุเคราะห์เรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัยด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิทธา พงษ์พิบูลย์)
คณบดี

หน่วยจัดการศึกษา กลุ่มภารกิจวิชาการ
โทร.๐-๒๒๑๘-๑๐๔๐
โทรสาร ๐-๒๒๑๘-๑๐๔๐



ภาคผนวก ข

ใบรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและ
หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



เอกสารเลขที่ ...034.../2562

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย	ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก
หมายเลขโครงการ	62031
ผู้วิจัยหลัก	น.ส. สร้อยนภา ไหมพรหม
สถานที่ดำเนินการวิจัย	สถาบันประสาทวิทยา
เอกสารที่พิจารณาอนุมัติ	1. แบบเสนอโครงการวิจัย Version Date: 2.0, 8.5.2562 2. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร Version Date: 2.0, 8.5.2562 3. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย Version Date: 2.0, 8.5.2562 4. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล Version Date: 1.0, 27.3.2562 5. แบบเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของผู้วิจัย Version Date: 19.07.2561 6. หลักฐานผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี ฉบับวันที่ 3 เมษายน 2562
วันที่พิจารณาอนุมัติ	21 พฤษภาคม 2562

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการวิจัย ฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว มีมติ อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยใช้รายละเอียดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก


ประธานคณะกรรมการ
(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)


กรรมการและเลขานุการ
(นางสาวพิมพ์ชนก พุฒขาว)

รับรองตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคม 2562 ถึงวันที่ 20 พฤษภาคม 2563



ที่ สธ ๐๓๑๐ (๑๓๗๐๐)/๑๙๖๒

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันประสาทวิทยา ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ ๓๑๒ ถนนราชวิถี
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน น.ส. สร้อยนภา ไหมพรหม

ตามที่ท่านซึ่งเป็นหัวหน้าโครงการวิจัยตามรายละเอียดข้างท้าย ได้ขออนุมัติดำเนินการวิจัยในสถาบัน
ประสาทวิทยาและเข้ารับการพิจารณาโครงการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันประสาทวิทยา

หมายเลขโครงการ	๖๒๐๓๑
ชื่อโครงการ	ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก
รายการเอกสารที่พิจารณา	๑. แบบเสนอโครงการวิจัย Version Date: 1.0, 27.3.2562 ๒. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร Version Date: 1.0, 27.3.2562 ๓. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย Version Date: 1.0, 27.3.2562 ๔. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล Version Date: 1.0, 27.3.2562 ๕. แบบเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของผู้วิจัย Version Date: 19.07.2561 ๖. หลักฐานผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี ฉบับวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๒

ในการนี้ คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิจัย
ประจำสถาบัน ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดี ได้มีการพิจารณา ในวันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๖๒ เพื่อพิจารณา
ทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และความถูกต้องตามหลักวิชาการที่เกี่ยวข้อง มีมติ ให้แก้ไขหรือเพิ่มเติม ในประเด็น
ดังต่อไปนี้

๑. ตรวจสอบและแก้ไขคำสะกดผิดต่างๆ ในเอกสารโครงการวิจัยทุกฉบับ
๒. แก้ไขเอกสารแนะนำอาสาสมัคร โดยระบุสิ่งที่อาสาสมัครจะต้องปฏิบัติ หากเข้าร่วมการวิจัยนี้
และระยะเวลาที่ใช้
๓. ระบุแผนในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติ

๒/และหาก...

และหากท่านมีความประสงค์ที่จะดำเนินการวิจัยภายในสถาบันประสาทยุทธศาสตร์ ท่านต้องดำเนินการจัดส่งเอกสารโครงการวิจัยฉบับที่แก้ไขหรือเพิ่มเติมแล้วพร้อมหนังสือชี้แจง/เอกสารเพิ่มเติม เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาอีกครั้ง จำนวน ๑ ชุด ภายในวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ หากพ้นกำหนดนี้ไปแล้ว จะถือว่าท่านยกเลิกการขอรับการพิจารณาครั้งนี้ ในกรณีที่ท่านไม่สามารถแก้ไขตามมติข้อใดก็ตาม ขอให้ท่านชี้แจงเหตุผลและความจำเป็นต่อคณะกรรมการด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
ประธานคณะกรรมการวิจัย
และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทยุทธศาสตร์

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทยุทธศาสตร์
ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทยุทธศาสตร์
โทร. ๐ ๒๓๐๖ ๙๘๙๙ ต่อ ๒๔๐๒
โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๕๓๕๗

ที่ สร ๐๓๑๐ (๑๓๗๐๐)/๑๙๑๗



สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันประสาทวิทยา ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ ๓๑๒ ถนนราชวิถี
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

เรียน น.ส. สร้อยภา ไหมพรหม

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารเลขที่ ๐๓๔/๒๕๖๒

ตามที่ท่านซึ่งเป็น หัวหน้าโครงการวิจัยตามรายละเอียดข้างท้าย ได้เสนอโครงการวิจัยดังกล่าวต่อคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

เลขที่โครงการ	๖๒๐๓๑
ชื่อโครงการวิจัย	ความรู้รอบด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมองซีก
รายการเอกสารที่พิจารณา	๑. แบบเสนอโครงการวิจัย Version Date: 2.0, 8.5.2562 ๒. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร Version Date: 2.0, 8.5.2562 ๓. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย Version Date: 2.0, 8.5.2562 ๔. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล Version Date: 1.0, 27.3.2562 ๕. แบบเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของผู้วิจัย Version Date: 19.07.2561 ๖. หลักฐานผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี
	ฉบับวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๒

ในการนี้ คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิจัยประจำสถาบัน (Institutional Review Board : IRB) ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางทางวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ได้พิจารณา ในวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ โดยผู้วิจัยจะต้องมีหน้าที่และความรับผิดชอบภายหลังได้รับการอนุมัติ คือ ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๗ "ข้อมูลสุขภาพของบุคคลเป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง" โดยเคร่งครัดและจะต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยเมื่อมีการร้องขอและ/หรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ ทุกครั้ง ได้แก่

๑. ควรพิจารณาดำเนินการให้นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยทุกคน ผ่านการอบรมทางด้านจริยธรรมการวิจัยในคน
๒. เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งแจ้งสาเหตุของกรยุติโครงการวิจัยให้ทราบด้วย
๓. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมเหตุผลที่ต้องเปลี่ยนแปลง
๔. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัยหรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัย ต้องส่งประวัติของคนที่เปลี่ยนแปลงพร้อมเหตุผลให้คณะกรรมการ ฯ ทราบด้วย

๒/๕. เมื่อมี...

๕. เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์ที่ relate, possible/likely, probably related, fatal กับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบอย่างไร รวมทั้งขอทราบมาตรการในการดูแลป้องกันอาสาศมัครในประเทศไทยด้วย
๖. จัดส่งรายงานการศึกษาวิจัย จำนวน ๒ ชุด ให้แก่สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาศทวิทยาเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน
๗. หากการวิจัยเกินเวลากว่า ๑ ปี จะต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย พร้อมดำเนินการขอต่ออายุการรับรองก่อนหมดอายุอย่างน้อย ๓๐ วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
ประธานคณะกรรมการวิจัย
และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาศทวิทยา

เอกสารแนะนำอาสาสมัคร

**โครงการวิจัย เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก
เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำโครงการวิจัยนี้**

โรคลมชักเป็นโรคความผิดปกติของระบบประสาท อาการชักจะเกิดขึ้นอย่างฉับพลันทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติและระดับความรู้สึกตัวได้ อาการชักจึงมีผลกระทบต่อทั้งตัวเด็ก ครอบครัว และประเทศชาติ ผลกระทบต่อตัวเด็กในขณะชัก ได้แก่ การสูดสำลัก การได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ การเกิดอุบัติเหตุซึ่งอาจจะเป็นอันตรายต่อชีวิต ส่วนผลกระทบระยะยาวได้แก่ พัฒนาการล่าช้า สมาธิสั้น พฤติกรรมที่ผิดปกติ มีปัญหาทางการเรียน เขาวนบ้นัญญาบกพร่อง สำหรับผลกระทบต่อครอบครัว พ่อแม่ผู้ดูแล ทำให้เกิดความวิตกกังวลและมีค่าใช้จ่ายจากการรักษาเพิ่มขึ้น ผลกระทบต่อประเทศ ได้แก่ เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล

ผลกระทบจากโรคลมชักดังกล่าวจะลดลงได้หากผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้รับการรักษาจนหายหรือสามารถควบคุมอาการชักได้ ซึ่งการรักษาหรือการควบคุมโรคลมชักทำได้โดยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องตามจำนวนที่แพทย์กำหนด การพบแพทย์ตามนัด และหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดอาการชัก เช่น การลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด การอดนอน การทำงานหรือการออกกำลังกายที่มากกว่าปกติ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การใช้ยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท ยาเสพติด แสงแดดจ้า และแสงไฟกะพริบ เช่น การเล่นวิดีโอเกมบางชนิด ภาพจากโทรทัศน์ แสงจากแฟลช ฯลฯ ปัจจัยดังกล่าวสามารถทำให้เกิดอาการชักที่รุนแรง ฉับพลัน และชักเป็นเวลานาน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ จากผลกระทบข้างต้นทำให้ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคลมชักเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็ก เนื่องจากโรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลารักษาในระยะยาว ประกอบกับผู้ป่วยยังอยู่ในวัยเด็กซึ่งไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างเต็มที่ ผู้ดูแลจึงต้องมีการและความรับผิดชอบเพิ่มขึ้นมากกว่าการดูแลเด็กปกติทั่วไป เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อที่จะได้ทราบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นและเป็นแนวทางสามารถนำไปพัฒนากิจกรรมการพยาบาล งานสุขศึกษาที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมีการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วิธีการศึกษา มีดังนี้

1. ผู้ดำเนินการวิจัยคือ นางสาวสร้อยนภา ไหมพรหม จัดทำโครงการวิจัยนี้ ณ สถาบันประสาทวิทยา
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่ออธิบายการเข้าร่วมวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้จากการเข้าร่วมวิจัยและขั้นตอนต่างๆ และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยต่างๆได้
3. ผู้วิจัยดำเนินการพินิจสิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยอธิบายสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามความต้องการ ซึ่งจะไม่ผลต่อการรักษา เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านรายละเอียดและเซ็นยินยอมในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองพร้อมกับผู้ช่วยวิจัย โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัย ทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมกับแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแจ้งสิทธิประโยชน์ของผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้เอกสารแนะนำข้อมูล (Information Sheet) เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้เวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยและความสมัครใจกับผู้เข้าร่วมวิจัย

5. หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมให้ความร่วมมือ และตอบรับในการเข้าร่วมการวิจัย ทีมผู้วิจัยดำเนินการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ

6. ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบประเมินด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายข้อสงสัยเพิ่มเติมในกรณีที่มีผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดข้อสงสัยในคำถามและวิธีการตอบแบบประเมิน ถ้าในกรณีที่ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถอ่านออกหรือเขียนได้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์จากแบบประเมินแทน หลังจากนั้นแจกแบบประเมินให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งแบบประเมินแบ่งออกเป็น 5 ตอน จำนวน 42 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที และเป็นการตอบแบบประเมินเพียงครั้งเดียว ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะรอรับแบบประเมินกลับทันทีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบประเมินเสร็จสมบูรณ์ และผู้วิจัยจะมอบแผ่นพับเรื่องโรคลมชักเป็นการให้ความรู้พื้นฐานเพิ่มเติมเพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้อย่างดี

7. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างนั่งรอตรวจซึ่งจะไม่เป็นการรบกวน ในช่วงเวลาเช้า 8.00-11.00 น. สถานที่บริเวณหน้าห้องตรวจการประสาทวิทยา

8. ขณะที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยผู้วิจัยอีกคนซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่สถาบันประสาทวิทยา เป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก จะคอยดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักขณะผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบประเมิน

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

1. ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้น แต่หากเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือเกิดความไม่สะดวกใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นอาสาสมัครได้ทุกขณะโดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

2. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกถอดออกเป็นรหัสและข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวผู้เข้าร่วมวิจัยได้จะไม่ปรากฏในรายงานการวิจัย การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการและนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้นโดยจะไม่เกิดความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ

1. การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาสาสมัครอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมวิจัย แต่การวิจัยนี้ผลการศึกษาที่สามารถนำไปพัฒนากิจการกรมการพยาบาล สุขศึกษา ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างหนังสือขอความอนุเคราะห์ทำโครงการวิจัยในโรงพยาบาล
ของคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ ศธ ๐๕๑๒.๒๔/๐๒๔๗

คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพระราม ๑ เขตปทุมวัน กทม. ๑๐๓๓๐

๒๖ มีนาคม ๒๕๖๒

เรื่อง นำส่งเอกสารเพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันประสาทวิทยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. แบบเสนอโครงร่างวิจัย จำนวน ๑ ชุด
 ๒. เอกสารแนะนำข้อมูลอาสาสมัครหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
 ๓. ใบยินยอมของอาสาสมัครหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
 ๔. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
 ๕. ประวัติผู้วิจัย จำนวน ๑ ชุด
 ๖. เอกสารที่แสดงว่าผู้วิจัยผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวสร้อยนภา ไหมพรหม นิสิตระดับมหาบัณฑิต ชั้นปีที่ ๒ แขนงวิชาวิทยาการส่งเสริมสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก” (HEALTH LITERACY OF CAREGIVERS OF CHILDREN WITH EPILEPSY) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา ภายใต้การควบคุมของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวดี ลีมิ่งสวัสดิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เพื่อให้การดำเนินวิจัยลุล่วงไปด้วยดี ในกรณีนี้จึงขอส่งเอกสารเพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ทั้งนี้ งานวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและการคัดกรองงานวิจัยเพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิทธา พงษ์พิบูลย์)

คณบดี

หน่วยจัดการศึกษา กลุ่มภารกิจวิชาการ
โทร. ๐-๒๒๑๘-๑๐๔๐
โทรสาร ๐-๒๒๑๘-๑๐๔๐



ที่ ศธ. ๐๕๑๒.๒๔/๐๔๘๔



คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ กทม. ๑๐๓๓๐

๔ มิถุนายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุมัติคราะห์ทดลองใช้เครื่องมืองานวิจัยและเก็บข้อมูลงานวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์
๒. แบบประเมิน

ด้วย นางสาวสร้อยนภา ไหมพรหม นิสิตระดับมหาบัณฑิต ชั้นปีที่ ๒ แขนงวิชาวิทยาการส่งเสริมสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก” (HEALTH LITERACY OF CAREGIVERS OF CHILDREN WITH EPILEPSY) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา ภายใต้การควบคุมของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวดี สิมังสวัสดิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เพื่อให้การดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จึงใคร่ขออนุมัติคราะห์ให้ นางสาวสร้อยนภา ไหมพรหม เข้าทำการทดลองใช้เครื่องมืองานวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยโดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๒ เป็นระยะเวลา ๔ เดือน ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประสานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัยด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิทธา พงษ์พิบูลย์)

คณบดี

หน่วยจัดการศึกษา กลุ่มภารกิจวิชาการ

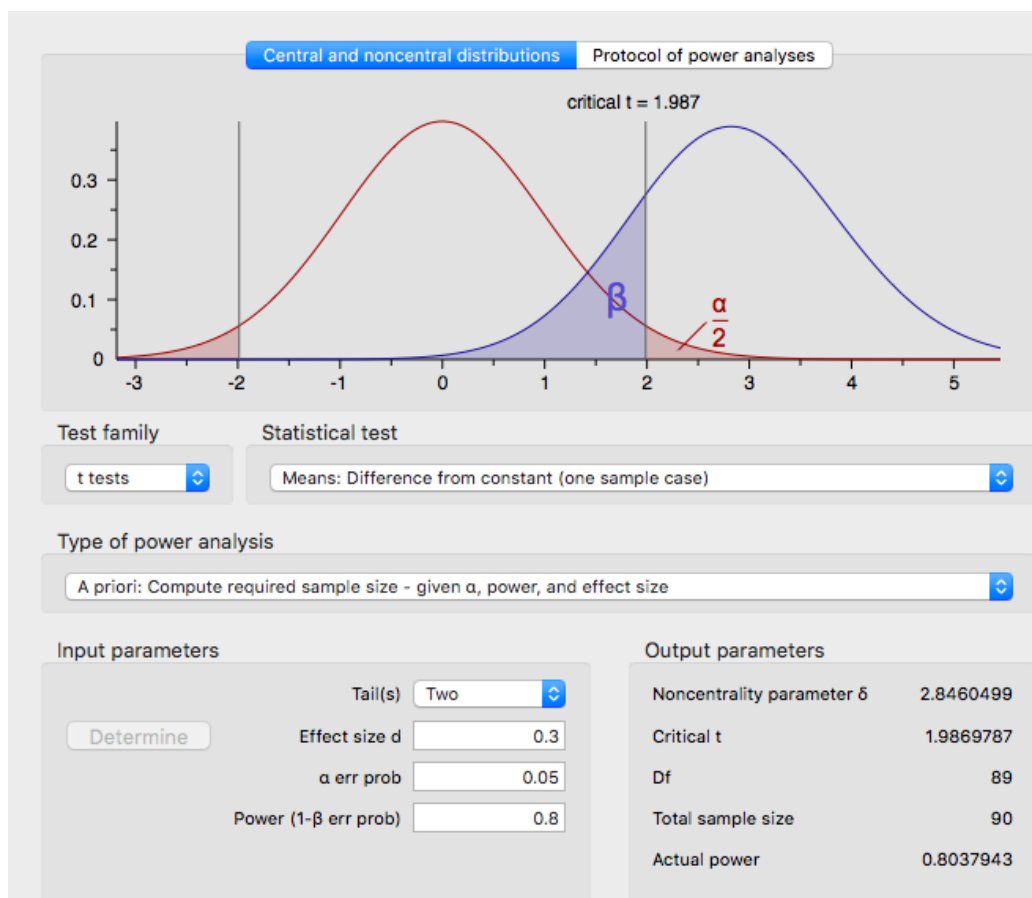
โทร. ๐-๒๒๑๘-๑๐๔๐

โทรสาร ๐-๒๒๑๘-๑๐๒๔



การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าที่สำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.8 ขนาดของอิทธิพล 0.3 (Paschal et al.2016)



แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

คำชี้แจง

แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (7 ข้อ)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (42 ข้อ) ประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข (10 ข้อ)

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก (15 ข้อ)

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (5 ข้อ)

ตอนที่ 4 การสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (6 ข้อ)

ตอนที่ 5 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (6 ข้อ)



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. อายุ

- 1.) 20-29 ปี 2.) 30-39 ปี
 3.) 40-49 ปี 4.) 50-59 ปี
 5.) 60 ปีขึ้นไป

2. ระดับการศึกษา

- 1.) ไม่ได้เรียนหนังสือ 2.) ประถมศึกษา 3.) มัธยมศึกษา
 4.) ปวส./อนุปริญญา 5.)ปริญญาตรี 6.) สูงกว่าปริญญาตรี

3. ท่านมีความเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

4. ระยะเวลาที่บุตร/หลานป่วยเป็นโรคลมชัก

- จำไม่ได้ จำได้ จำนวน.....ปี.....เดือน

5. ระยะเวลาที่ท่านดูแลบุตร/หลานป่วยเป็นโรคลมชัก

- จำไม่ได้ จำได้ จำนวน.....ปี.....เดือน

6. จำนวนยากันชักที่บุตร/หลานของท่านรับประทาน

- 1 ชนิด 2 ชนิด มากกว่า 2 ชนิด

7. ท่านได้รับความรู้เรื่องการดูแลบุตร/หลานของท่านเกี่ยวกับโรคลมชัก

- ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก
- เคย โปรดระบุช่องทางการรับข้อมูล (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- บุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักโภชนาการ)
 - ญาติ
 - อินเทอร์เน็ต
 - โทรทัศน์
 - แผ่นพับ เอกสาร หนังสือ ไปสเตอร์
 - ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักคนอื่น ๆ
 - อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

ตอนที่ 1 การอ่านและทำความเข้าใจ ตัวหนังสือ และตัวเลข

คำชี้แจง ข้อมูลต่าง ๆ ต่อไปนี้เป็น ข้อมูลที่ท่านได้รับจากสถานบริการ ขอให้ท่านอ่านข้อความที่ปรากฏในกล่องสี่เหลี่ยมและโปรดใส่เครื่องหมาย คำตอบที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด

1.1 ด้านการเข้ารับการตรวจรักษา

ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความในใบนัดแพทย์ตรวจ

โรงพยาบาล	บัตร์นัต
H.N.	ชื่อ-สกุล
แพทย์ผู้นัดตรวจ	นัดมาวันที่ พุธที่ 12 ก.ย. 2561 เวลา 08.00 น
แผนก ห้องตรวจกุมาร	
หมายเหตุ เจาะเลือดก่อนพบแพทย์ กรุณางดยาแก้ชักมื่อสุดท้ายก่อนเจาะเลือดและนำยามารับประทานหลังเจาะเลือด	
* ผู้ป่วยที่มีนัดเจาะเลือดให้กรุณามาล่วงหน้า 1-2 ชั่วโมง หรือก่อนวันนัดล่วงหน้า 1 วัน	
* กรุณายื่นบัตรนัดก่อน 30 นาที	
* หมายเหตุ: กรณีที่ท่านต้องการเลื่อนนัด กรุณาโทรแจ้งล่วงหน้า 2-3 วัน เวลา 8.00-16.00 น. ในวันราชการ แผนกผู้ป่วยนอก ต่อ 3157	

จากข้อความที่ท่านอ่านโปรดตอบคำถามข้อ 1-4

- ในวันนัดบุตร/หลานของท่านควรยื่นบัตรนัดเวลาใด
 - ก่อนเวลา 07.30 น.
 - เวลา 08.00 น.
 - เวลา 08.30 น.
 - เวลา 09.00 น.
- ในวันนัดบุตร/หลานของท่านต้องทำอะไรก่อนพบแพทย์
 - เอกซเรย์
 - เจาะเลือด
 - ตรวจปัสสาวะ
 - รับยา
- ในวันที่แพทย์นัด ถ้าท่านติดธุระสำคัญไม่สามารถนำบุตรหลานมาตรวจได้ท่านควรทำอย่างไร
 - โทรศัพท์เลื่อนนัด ก่อนวันนัด 1 วัน ในวันและเวลาราชการ
 - โทรศัพท์เลื่อนนัด ก่อนวันนัด 2-3 วัน ในวันและเวลาราชการ
 - โทรศัพท์เลื่อนนัด ในวันที่แพทย์นัด
 - ไม่จำเป็นต้องมาตรวจอีก

4. ปกติบุตร/หลานของท่านกินยากันชัก (1 เม็ด เข้า-เย็น) หากวันนั้นมีเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับยากันชัก ในเวลา 08.00 น. บุตรหลานของท่านควรปฏิบัติอย่างไร

- ก.) งดยากันชักมือเย็น และมือเช้า
- ข.) กินยามือเย็นตามปกติ งดยากันชักมือเช้า
- ค.) กินยากันชักมือเช้า ครึ่งเม็ด
- ง.) กินยากันชักตามปกติ

1.2 ด้านการรับประทานยา

อ่านฉลากยาต่อไปนี้ แล้วโปรดตอบคำถามข้อ 5-8

โรงพยาบาล
HN วันที่ 02/12/2561
ชื่อ-สกุล
ชื่อยา Dilantin infatab 50 mg #30 เม็ด
วิธีใช้ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด
วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า เย็น
ยากันชัก

5. ใน 1 มื้อ บุตร/หลานของท่านต้องกินยาชนิดนี้กี่เม็ด

- ก.) 1 เม็ด
- ข.) 2 เม็ด
- ค.) 3 เม็ด
- ง.) 4 เม็ด

6. ใน 1 วัน บุตร/หลานของท่านต้องกินยาชนิดนี้กี่เม็ด

- ก.) 2 เม็ด
- ข.) 4 เม็ด
- ค.) 6 เม็ด
- ง.) 8 เม็ด

7. ใน 1 วัน บุตร/หลานของท่านต้องกินยาชนิดนี้ในเวลาใดบ้าง

- ก.) ก่อนอาหารเช้า
- ข.) ก่อนอาหารเย็น
- ค.) ก่อนอาหารเช้าและเย็น
- ง.) ก่อนอาหารเช้า กลางวัน และเย็น

8. ถ้าบุตร/หลานของท่านจะต้องกินอาหารเช้าในเวลา 08.00 น. ท่านจะให้บุตร/หลานของท่านกินยาชนิดนี้ในเวลาใด

ก.) 07.00 น.

ข.) 08.00 น.

ค.) 08.30 น.

ง.) 09.00 น.

อ่านฉลากยาต่อไปนี้ แล้วโปรดตอบคำถามข้อ 9-10

โรงพยาบาล

HN

วันที่ 24/12/2561

ชื่อ-สกุล

ชื่อยา Depakin (200mg/ml) Solution #2 ขวด

วิธีใช้ รับประทานครั้งละ 1 มิลลิลิตร

วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า เย็น

ยากันชัก

9. ใน 1 มื้อ บุตร/หลานของท่านต้องกินยาชนิดนี้กี่มิลลิลิตร

ก.) 1 มิลลิลิตร

ข.) 2 มิลลิลิตร

ค.) 3 มิลลิลิตร

ง.) 4 มิลลิลิตร

10. ใน 1 วัน บุตร/หลานของท่านต้องกินยาชนิดนี้กี่มิลลิลิตร

ก.) 1 มิลลิลิตร

ข.) 2 มิลลิลิตร

ค.) 3 มิลลิลิตร

ง.) 4 มิลลิลิตร

ตอนที่ 2 ด้านความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคลมชัก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านว่าถูกต้อง หรือ X ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านว่าผิด

- ___ 1. โรคลมชักเกิดจากภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลันของการทำงานของเซลล์สมอง โดยมีการปลดปล่อยคลื่นไฟฟ้าที่ผิดปกติ
- ___ 2. อาการชักมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมองเท่านั้น ไม่จำเป็นต้องตรวจหาสาเหตุจากความผิดปกติอื่นของร่างกาย
- ___ 3. วิธีการรักษาโรคลมชักในปัจจุบันได้แก่ การรับประทานยากันชัก การผ่าตัดสมอง และการรับประทานอาหารคีโตน
- ___ 4. โรคลมชักสามารถรักษาได้ด้วยการรับประทานยากันชักได้
- ___ 5. อาการชักมีหลายรูปแบบ เช่น ชักเหม่อ ชักเกร็ง ชักกระตุก
- ___ 6. ถ้าล้มกินยากันชักเพียงมือเดียว หรือวันเดียว ให้เริ่มกินมือต่อไปตามปกติ
- ___ 7. ไม่ควรกินยาชนิดอื่น ๆ ร่วมกับยากันชักโดยไม่ได้รับการปรึกษาแพทย์เพราะอาจมีผลต่อประสิทธิภาพของยา ทั้งในด้านหักล้างทำให้คุมชักไม่ได้ หรือเสริมฤทธิ์กันจนเกิดพิษขึ้นได้โดยเฉพาะการใช้ยาปฏิชีวนะ
- ___ 8. ผลกระทบจากการชักบ่อย ๆ ได้แก่ อุบัติเหตุกระแทกศีรษะ การเรียนแย่ลง คิดได้ช้าลง
- ___ 9. ผู้ป่วยโรคลมชักไม่สามารถแต่งงานและมีบุตรที่สมบูรณ์แข็งแรงได้
- ___ 10. ผู้ป่วยโรคลมชักหากอยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ต้องหยุดยากันชักทันที
- ___ 11. ผู้ป่วยโรคลมชักควรหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการชัก เช่น แสงแดดจ้า แสงกะพริบ โทรทัศน์ จอคอมพิวเตอร์ สถานที่เสียงดังอีกที
- ___ 12. ผู้ป่วยโรคลมชักควรหลีกเลี่ยงภาวะเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือออกกำลังกายจนเหนื่อยอ่อนอย่างมาก
- ___ 13. การปฐมพยาบาลผู้ป่วยขณะชักควรให้การดูแลดังนี้ จัดให้ผู้ป่วยนอนลงกับพื้นราบในบริเวณที่ปลอดภัย ป้องกันศีรษะไม่ให้กระแทก จับผู้ป่วยนอนตะแคงหันหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง
- ___ 14. เมื่อท่านพบผู้ป่วยมีอาการชัก ให้นำสิ่งของบางอย่างเข้าไปในปากเพื่อป้องกันกัดลิ้นตนเอง
- ___ 15. เมื่อท่านพบผู้ป่วยที่มีอาการชัก ให้จับตัวผู้ป่วยมัดไว้ กอดหน้าอก และทำการปั๊มหัวใจ

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. เมื่อท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาการชักที่ฉุกเฉินรุนแรง ท่านสามารถค้นหาข้อมูลได้				
2. เมื่อท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหรือการปฐมพยาบาลเด็กโรคลมชักเบื้องต้น ท่านสามารถค้นหาข้อมูลได้				
3. เมื่อท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหรือการปฐมพยาบาลเด็กโรคลมชักเบื้องต้น ท่านสามารถค้นหาและเลือกข้อมูลจากหลายแหล่งได้ง่าย เช่น ถามบุคลากรทางการแพทย์ อ่านหนังสือ แผ่นพับ ค้นอินเทอร์เน็ต ดูโทรทัศน์				
4. ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหรือการปฐมพยาบาลเด็กโรคลมชัก จากหลายแหล่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัยและถูกต้อง				
5. ท่านนำข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งข้อมูลที่นำเชื่อถือ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ อ่านหนังสือ แผ่นพับ เว็บไซต์โรงพยาบาล ไปใช้ในการดูแลเด็กโรคลมชัก				

ตอนที่ 4 การสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชักและการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ เมื่อท่านไม่เข้าใจ				
2. เมื่อบุตร/หลานของท่าน เกิดอาการชักมากกว่าปกติ ท่านสามารถพุดให้แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ เข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น				
3. เมื่อเกิดอุบัติเหตุ หรือมีอาการชักที่ผิดปกติ ท่านสามารถร้องขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลอื่น ๆ ได้				
4. ท่านสามารถอ่านฉลากยา และกินยาตามที่แพทย์สั่งได้				
5. ท่านไม่เข้าใจเนื้อหาจากการอ่านเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก				
6. ท่านไม่เข้าใจเนื้อหาจากการฟังคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก				

ตอนที่ 5 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ○ คำตอบที่ท่านคิดว่าเป็นคำตอบที่ถูกต้องที่สุด

1. เมื่อบุตร/หลาน ของท่านมีอาการชักเกร็ง กระตุก นาน 1 นาทีท่านจะปฏิบัติอย่างไร
 - ก.) รีบนำส่งโรงพยาบาล
 - ข.) จัดทำให้บุตรหลานของท่านนอนตะแคงหันหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง
 - ค.) คลายเสื้อผ้าให้หลวม
 - ง.) จัดให้ผู้ป่วยนอนลงกับพื้นราบในบริเวณที่ปลอดภัย
2. เมื่อบุตร/หลานของท่านเกิดอาการชักแบบเกร็งกระตุกทั้งตัว มากกว่า 5 นาที หมดสติ ท่านจะตัดสินใจอย่างไร
 - ก.) รีบนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้านที่สุด
 - ข.) สังเกตอาการชักต่อ
 - ค.) โทรปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์
 - ง.) ให้รับกินกันชักทันที
3. หากบุตร/หลานของท่าน เริ่มมีไข้ อุณหภูมิ 37.6 องศา ท่านจะปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดชักซ้ำอย่างไร
 - ก.) กินยาลดไข้
 - ข.) ให้ดื่มน้ำเยอะๆ
 - ค.) ให้กินยากันชัก
 - ง.) เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำอุณหภูมิปกติ และกินยาลดไข้
4. หากบุตร/หลานของท่านลืมกินยากันชัก 1 มื้อ ท่านจะปฏิบัติอย่างไรทำ
 - ก.) ให้กินยาทันทีเมื่อนึกขึ้นได้ทันทีในขนาดเท่าเดิม
 - ข.) ให้กินยาทันทีเมื่อนึกขึ้นได้ทันทีในขนาด 2 เท่า
 - ค.) รอกินยามื้อถัดไปในขนาดเท่าเดิม
 - ง.) รอกินยามื้อถัดไปในขนาดเท่าเดิม และโทรถามญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กลมชักคนอื่นเพื่อความแน่ใจ
5. หากบุตร/หลานของท่าน เพิ่งเริ่มกินยากันชักหรือได้รับยากันชักตัวใหม่ภายใน 14 วัน แล้วเกิดอาการ ผื่นแดง จุดแดง หรือตุ่มใสเล็ก ๆ ขึ้นทั่วใบหน้า ลำตัว แขน และขา ท่านจะปฏิบัติอย่างไร
 - ก.) ให้กินยากันชักตามเดิมและทายาบริเวณผื่นแดง
 - ข.) ให้หยุดยากันชักทันที กินยาแก้แพ้
 - ค.) ให้หยุดยากันชักทันที และรีบมาพบแพทย์
 - ง.) ให้หยุดยากันชักทันที รีบมาพบแพทย์ และนำยากันชักที่กินมาให้แพทย์ดู

6. หากบุตร/หลานของท่านกินยากันชักและพบแพทย์สม่ำเสมอมาตลอด ปัจจุบันไม่มีอาการชักมาแล้ว 1 ปี แล้วมีเพื่อนบ้านมาบอกให้หยุดกินยากันชัก ท่านจะปฏิบัติอย่างไร

- ก.) ให้หยุดกินยากันชัก ตามที่เพื่อนบ้านบอก
- ข.) ให้กินยากันชักต่อและสอบถามญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กลมชักคนอื่น ๆ
- ค.) ให้กินยากันชักต่อและบอกว่าขอไปปรึกษาแพทย์ เรื่องการหยุดยา
- ง.) บอกว่าบุตร/หลานของท่านยังต้องกินยากันชัก เพื่อควบคุมอาการชักอย่างน้อย 2 ปี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวสร้อยนภา ไหมพรหม
วัน เดือน ปี เกิด	20 ธันวาคม พ.ศ.2532
วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลนพรัตน์วชิระ จังหวัดกรุงเทพมหานคร สถาบันสมทบมหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์ ปีการศึกษา 2556 ปริญญามหาบัณฑิต วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์ การกีฬา แขนงวิชาวิทยาการส่งเสริมสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2560
ที่อยู่ปัจจุบัน	132/3 ลาดพร้าวซอย 4 แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900