

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแล
สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

พจนีย์ ด้านดำรงรักษ์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University
พ.ศ. 2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแล
สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ทพ. อ.ส.

นางสาวพจนีย์ ด่านดำรงรักษ์
ผู้ศึกษา

อ.น.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

อ.อ.ร.น. น.น.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัจฉริยา ปทุมวัน,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

อ.น.น.

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

น.น.น.

รองศาสตราจารย์ นพวรรณ เปียชื่อ,
Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแล
สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
วันที่ 19 มีนาคม พ.ศ.2557

ทศ. AS.

นางสาวพจนีย์ ด่านดำรงรักษ์
ผู้ศึกษา

อ. อจรรย์ ปทุมวัน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อจรรย์ ปทุมวัน,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

อ. 1

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปรีกษ์มล รัชกุล,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

Ann JK

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ITR

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พชรินทร์ นันทจันทร์,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

อ. 1

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

อ. 1

ศาสตราจารย์ วินิต พัวประดิษฐ์,
พ.บ.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จขึ้นได้จากความช่วยเหลือและความกรุณาจากคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉริยา ปทุมวัน อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่คอยกระตุ้นคอยเตือน ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำในการพัฒนาเนื้อหาของสารนิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณประธานกรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์ และกรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรีกษ์มล รัชกุล ที่กรุณาใช้เวลาช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ กราบขอบพระคุณคณาจารย์ในโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่ให้ความรู้ และขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกตลอดการศึกษา

ขอบพระคุณคุณอัมพร ฤงแก้วรุ่งเรืองหัวหน้าหอผู้ป่วยและขอบพระคุณหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงานในหน่วยงานที่ข้าพเจ้าได้ปฏิบัติงานอยู่ อำนวยความสะดวกในเรื่องของเวลาเปิดโอกาสให้ข้าพเจ้าได้ลาศึกษาต่อ ขอบคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลเด็กทุกท่านที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันตลอดมา สุดท้ายนี้กราบขอบพระคุณบิดามารดาและครอบครัวที่เป็นกำลังใจคอยผลักดันและช่วยสนับสนุนทุนการศึกษา

พจนีย์ ค่านคำรงค์

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

A SYSTEMATIC REVIEW OF CARE PROGRAMS FOR CAREGIVERS OF CHILDREN WITH EPILEPSY.

พจนีย์ ด่านดำรงรักษ์ 5236431 RAPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, Ph.D. (NURSING), อัจฉริยา ปทุมวัน, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก โดยรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2012 จากการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และสืบค้นด้วยมือ พบงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์จำนวน 9 เรื่อง เป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยระดับ B จำนวน 8 เรื่อง

ผลการศึกษาพบว่า สามารถแบ่งลักษณะของโปรแกรมเป็นโปรแกรมรายบุคคลและโปรแกรมรายกลุ่ม โดยโปรแกรมรายบุคคลเป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้ ซึ่งแบ่งย่อยเป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้แบบสื่อสารทางเดียว โดยใช้วิธีการแจกแผ่นพับความรู้แก่ผู้ดูแล กับโปรแกรมการให้ความรู้แบบสื่อสารสองทางซึ่งใช้วิธีการสอนควบคู่กับการแจกหนังสือคู่มือ หรือการส่งเอกสารให้ผู้ดูแลที่บ้านแล้วติดตามทางโทรศัพท์เป็นระยะ ส่วนโปรแกรมรายกลุ่ม แบ่งย่อยเป็นโปรแกรมให้ความรู้แบบการสื่อสารสองทางซึ่งใช้วิธีการอภิปรายกลุ่ม กับโปรแกรมการให้ความรู้ควบคู่การฝึกปฏิบัติทักษะ โดยใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มควบคู่การฝึกปฏิบัติ โปรแกรมต่างๆ ใช้เวลาในการดำเนินการตั้งแต่ 30 นาทีถึง 16 ชั่วโมง พยาบาลสามารถเป็นผู้ดำเนินโปรแกรมเพียงลำพังหรือดำเนินโปรแกรมร่วมกับทีมสหสาขา สถานที่ส่วนใหญ่จัดที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ผลของโปรแกรมทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักเพิ่มขึ้น มีทักษะการสื่อสารที่ดี ความวิตกกังวลลดลง ปัญหาทางด้านอารมณ์ลดลงและความต้องการข้อมูลลดลง ผู้ดูแลและเด็กมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ: เด็กโรคลมชัก / ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก / โปรแกรม

130 หน้า

A SYSTEMATIC REVIEW OF CARE PROGRAM FOR CAREGIVERS OF CHILDREN WITH EPILEPSY.

POTCHANEE DANDAMRONGRAK 5236431 RAPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: CHUANRUDEE
KONGSAKTRAKUL, Ph.D. (NURSING), AUTCHAREEYA PATOOMWAN,
Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The purpose of this study was to conduct a systematic review of care programs for caregivers of children with epilepsy by collecting, analyzing, and synthesizing both domestic and international empirical evidence published from 1990-2012. Based on electronic database and manual searches, nine research papers met the inclusion criteria, comprising one classified at level A, and eight classified at level B.

The results of the study revealed that the programs could be divided into individualized programs and group programs. The individualized programs were a kind of educational program which was subdivided into a form of one-way communication, i.e., distributing leaflets to caregivers, a form of two-way communication, i.e., providing teaching along with distributing pamphlets, or sending information to caregivers at home and following up on the phone periodically. The group program was subdivided into an educational program in the form of two-way communication, i.e., group discussions, and the educational and training program, i.e., group discussions along with skill training. These programs took from 30 minutes to 16 hours. Nurses could carry out the program by themselves or in association with multidisciplinary teams. The programs were mostly held at the outpatient units. As a consequence, the programs enabled caregivers to improve knowledge on epilepsy, have good communication skills, relieve anxiety, and minimize emotional problems and demands for information, as well as contributed to better quality of life for caregivers and children.

KEY WORDS: EPILEPTIC CHILDREN / CAREGIVERS / EPILEPSY CARE
PROGRAM

130 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
นิยามคำศัพท์	4
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคลมชัก	5
ผลกระทบจากโรคลมชัก	17
บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคลมชัก และวิธีการส่งเสริมการดูแล	19
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	25
การสืบค้นและรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย	36
บทที่ 4 ผลการศึกษา	38
คุณภาพงานวิจัย	38
รูปแบบและองค์ประกอบของโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรค ลมชัก	40

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 การอภิปรายผล	51
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษา	56
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	59
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	73
บรรณานุกรม	89
ภาคผนวก	96
ประวัติผู้ศึกษา	130

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 จำนวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ได้คัดเลือกในการศึกษา	27
4.1 แสดงหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	39
4.2 โปรแกรมการดูแลเด็กโรคลมชัก สำหรับผู้ดูแล	47

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคลมชักเป็นโรคระบบประสาทในเด็กที่พบบ่อย ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของโรคลมชักในเด็กแรกเกิดถึง 17 ปี 6.3 ต่อประชากร 1,000 คน ในประเทศอินเดียพบความชุกของโรคลมชักในเด็กอายุ 1 ปีถึง 18 ปี 6.24 ต่อประชากร 1,000 คน (Shiley & Kandyce, 2012) ในประเทศไทยจากการสำรวจความชุกของโรคลมชักทุกกลุ่มอายุพบ 7-7.2 ต่อประชากร 1,000 คน (อนุรักษ บัณฑิตยชาติ และคณะ, 2544 ; Asawavichaienjinda, Sitthiamorn, & Tanyanont, 2002) ถึงแม้ยังไม่พบการศึกษาความชุกของโรคลมชักในเด็ก แต่จากการสำรวจจำนวนเด็กโรคลมชักที่มารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่ามีเด็กโรคลมชักจำนวนมากมารับการรักษาในแต่ละปี ดังเช่น สถาบันประสาทวิทยา ปี พ.ศ.2550 ถึง พ.ศ.2552 พบผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอายุแรกเกิดถึง 15 ปี จำนวนเฉลี่ย 1,887 คนต่อปี (คลินิกกุมารประสาทวิทยา สถาบันประสาท, 2554) และในโรงพยาบาลรามาริบัติ ปี พ.ศ.2554 ถึง พ.ศ.2556 มีผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอายุแรกเกิดถึง 15 ปีมารับการรักษาเฉลี่ยปีละ 828 คน (หน่วยบริการข้อมูล ฝ่ายเวชสารสนเทศ โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2557)

โรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กหลายด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย พฤติกรรมและอารมณ์และสังคม เมื่อเกิดการชักผู้ป่วยมักไม่ทราบล่วงหน้าและไม่รู้สึกตัว อาจเกิดอุบัติเหตุจนได้รับบาดเจ็บ และอาจเกิดการสำลักนมหรือเศษอาหารเข้าสู่ปอด จนทำให้เกิดปอดอักเสบตามมา ในขณะที่ชักผู้ป่วยหลายรายจะหยุดหายใจ ทำให้ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หากมีการชักเป็นเวลานานสมองอาจขาดออกซิเจน เกิดความพิการของสมองหรือเสียชีวิตได้ (จริยา วิริยะศุภร , 2546) จากการศึกษาพบว่าเด็กโรคลมชักมักมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง มีสมาธิสั้น มีปัญหาการเข้าสังคม ซึมเศร้า วิดกกังวล (Bander & Littlejohn, 2004) ไม่ชอบสูงส่งหรือเล่นกับเด็กคนอื่น (Freilinger et al., 2006) นอกจากนี้การที่เด็กได้รับยากันชักยังทำให้เกิดผลข้างเคียงต่างๆ เกิดอาการง่วงซึม ขาดความอดทน ขาดความสนใจในการเรียน บางรายต้องเข้าเรียนในห้องเรียนพิเศษ (Wagner et al., 2009) มีอาการเวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน สูญเสียการทรงตัว หรือมีกระบวนการรับรู้เปลี่ยนแปลง รบกวนการนอนหลับทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอเป็นต้น (Diana & Ellen, 2008)

โรคลมชักนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวเด็กแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ดูแลจะเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการจัดการอาการชักและผลของการชักที่จะเกิดขึ้นกับเด็ก (Weinstein, 2007) เกิดภาวะซึมเศร้า (Lv et al., 2009) มีการสื่อสารในครอบครัวลดลง เนื่องจากบิดามารดาทุ่มเทให้การดูแลผู้ป่วย หรือมีการส่งพี่น้องเด็กไปอยู่กับญาติ หลายครอบครัวมีการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป กระทั่งต่อเศรษฐกิจของครอบครัว บางครอบครัวมารดาต้องลาออกจากงานเพื่ออยู่ดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด ทำให้สูญเสียรายได้ (Buelow, McNelis, Shore, & Austin, 2006) ซึ่งผลกระทบต่างๆ เหล่านี้อาจลดลง หากผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาจนหายหรือสามารถควบคุมอาการชักได้

โรคลมชักเป็นโรคที่รักษาได้ การรักษาส่วนใหญ่จะให้ยากันชัก ซึ่งหากได้รับอย่างถูกต้องจะช่วยลดอัตราการชักซ้ำ ทำให้สามารถควบคุมอาการชักได้ จึงช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าว (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544) มีการศึกษาพบว่าเด็กโรคลมชักที่สามารถควบคุมการชักที่ดี จะมีคุณภาพชีวิต การทำงานของร่างกาย สุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ควบคุมอาการชักไม่ได้ (Lv et al., 2009) ผู้ป่วยร้อยละ 60-70 ที่ได้รับยาที่ถูกต้องและต่อเนื่องในปริมาณที่เหมาะสมจะสามารถหยุดยากันชักได้ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับยากันชักไม่ถูกต้องหรือได้รับยาไม่ครบถ้วน จะทำให้เกิดการดื้อยา ทำให้การรักษาเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น เด็กโรคลมชักจึงต้องรับประทานยากันชักอย่างครบถ้วนและสม่ำเสมอ (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544) แต่เนื่องจากเด็กเป็นวัยที่ต้องพึ่งพา ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ และเด็กโรคลมชักบางรายอาจเป็นเด็กที่สมองพิการที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ในการดูแลเด็กโรคลมชักนอกจากจะต้องดูแลให้รับประทานยาอย่างถูกต้องแล้ว ผู้ดูแลจะต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยากันชักที่อาจเกิดขึ้น หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการชัก และป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการชักด้วย นอกจากนี้การรักษาและการติดตามความก้าวหน้าของโรคลมชักจะต้องอาศัยอาศัยประวัติการชัก อาการและอาการแสดง แต่เนื่องจากผู้ป่วยเด็กขณะชักมักไม่รู้สึกรู้สีกตัว ไม่สามารถบอกรายละเอียดของอาการชักได้ ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการชัก ตลอดจนอาการข้างเคียงต่างๆ ที่พบแก่แพทย์ ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาลในการดูแลเด็กโรคลมชักที่หอผู้ป่วยเด็ก ผู้ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่โดยเฉพาะผู้ดูแลเด็กที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก ยังไม่สามารถประเมินอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมาว่าเป็นการชักจริงหรือไม่ นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งผู้ดูแลเด็กที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยและผู้ดูแลเด็กที่ป่วยมานานมีเกิดความวิตกกังวลถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังจากการชัก ถึงแม้ว่าผู้ดูแลนั้นจะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานแล้วก็ตาม การเปลี่ยนแปลงของลักษณะอาการชักต่างๆ มักทำให้ผู้ดูแลตกใจ

วิตกกังวลและกลัว ยังไม่สามารถปฏิบัติตัวหรือให้การช่วยเหลือเบื้องต้นที่ถูกต้องได้ ผู้ดูแลบางรายค้นคว้าหาความรู้จากสื่อต่างๆด้วยตนเอง ทำให้เกิดความสับสน มารดาหลายรายไม่สามารถประเมินอาการชักได้ เช่น ยังไม่ทราบทราบว่าการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวนั้นเป็นอาการแสดงของโรคลมชักแบบหนึ่ง บิดามารดาร้อยละ 42 ยังไม่ทราบวิธีการช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการชัก และกว่าครึ่งของพ่อแม่ที่ทราบวิธีการช่วยเหลือนั้น ทราบวิธีที่ผิด (Hirfanoglu, et.al, 2008) ผู้ดูแลยังมีการเข้าไปเขย่าหรือพยายามปลุกผู้ป่วยเด็กขณะกำลังชัก หรือการพยายามอ้าปากของผู้ป่วยเด็กเพื่อที่จะนำอุปกรณ์ต่างๆใส่เข้าไปในปากเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกัดฟัน (Huang, Liu, Huang, & Thomas, 2002) ซึ่งเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วย ผู้ดูแลหลายรายไม่ทราบผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยาคันชัก เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาผู้ดูแลไม่ได้ปรับเปลี่ยนยา เนื่องจากจัดยาตามความเคยชิน และยังพบว่าผู้ดูแลไม่มีเวลารับฟังคำแนะนำการให้ยา ไม่ได้ให้ยาตรงตามเวลา จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตรงตามแผนการรักษา (สุณี เลิศสินอุดมและคณะ, 2551) ซึ่งประสพการณ์การทำงานและงานวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการดูแลเด็กโรคลมชักจากประสบการณ์ที่เคยดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลไม่มีโอกาสในการพูดคุยกับแพทย์หรือผู้ที่สามารถอธิบายเกี่ยวกับโรค ไม่สามารถที่จะติดตามข้อมูลได้ตลอด 24 ชั่วโมงเมื่อต้องการ และยังไม่ได้รับการอธิบาย หรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชักที่ชัดเจน (Aytch, Hammond & White, 2001) การได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาและการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลขาดความเข้าใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ถูกต้องได้ (Beulow, McNelis, Shore, & Austin, 2006) ดังนั้นพยาบาลจึงควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ปัจจุบันมีงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลเด็กโรคลมชักสำหรับผู้ดูแลพบว่า ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและแนวทางการรักษามากขึ้น ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลเด็กมากขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้อง ทำให้สามารถควบคุมการชักได้ดี และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับเด็ก แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลเด็กโรคลมชักสำหรับผู้ดูแลในรูปแบบต่างๆเหล่านั้นยังกระจัดกระจาย ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และสังเคราะห์อย่างเป็นระบบ ทำให้ยังขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลเด็กโรคลมชักสำหรับผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลเด็กโรคลมชักต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อทบทวนและวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลเด็กโรคลมชัก
สำหรับผู้ดูแล ในประเด็นรูปแบบและองค์ประกอบของโปรแกรม

นิยามศัพท์

ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก หมายถึงผู้ดูแลหลักของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก

โรคลมชัก หมายถึงโรคที่ผู้ป่วยมีอาการชักซ้ำโดยที่ไม่มีปัจจัยกระตุ้น (provoking factor) ชัดเจน อาจพบพยาธิสภาพในสมองหรือไม่ก็ได้ (สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย, 2549)

โปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแล เด็กโรคลมชัก หมายถึง วิธีการหรือกิจกรรมในการพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความรู้ พัฒนาทักษะหรือมีความสามารถในการดูแลเด็กโรคลมชัก

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก โดยผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคลมชัก
 - 1.1 การจำแนกประเภทการชัก
 - 1.2 สาเหตุโรคลมชัก
 - 1.3 การตรวจวินิจฉัยโรคลมชัก
 - 1.4 แนวทางการรักษา
2. ผลกระทบจากโรคลมชัก
 - 2.1 ผลกระทบต่อเด็ก
 - 2.2 ผลกระทบต่อผู้ดูแล
3. บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคลมชัก และวิธีการส่งเสริมการดูแล

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคลมชัก

อาการชัก (seizure) คือการแสดงออกทางคลินิกของการส่งกระแสไฟฟ้าที่ผิดปกติในสมอง (Hamandi, 2010) สำหรับโรคลมชักนั้นหมายถึงโรคที่ผู้ป่วยมีอาการชักซ้ำโดยที่ไม่มีปัจจัยกระตุ้น (provoking factor) ชัดเจน อาจจะพบพยาธิสภาพในสมองหรือไม่ก็ได้ (สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย, 2549)

ดังนั้นผู้ที่ เป็นโรคลมชักจะต้องมีอาการชัก แต่ผู้ที่มีอาการชักอาจไม่ได้เป็นโรคลมชักเนื่องจากอาการชักนั้นอาจเกิดจากสาเหตุที่แก้ไขได้ทันที เช่น เกิดจากกระบวนการเผาผลาญอาหาร ภาวะเกลือแร่ต่ำ หรือโรคที่เป็นพิษ (Dodson, 2004)

การจำแนกประเภทการชัก

การจำแนกอาการชักมีด้วยกันหลายวิธี ตั้งแต่ตามลักษณะทางคลินิก สรีรวิทยา ทางกาย วิชาวิทยา ตลอดจนการอาศัยการตรวจคลื่นไฟฟ้าในสมองมาช่วยในการจำแนก จนได้มีการแบ่งประเภทของอาการชัก (seizure) ได้ตามตำแหน่งบริเวณของสมองที่มีการเปลี่ยนแปลง คือเกิดขึ้นบริเวณซีกใดซีกหนึ่งของสมอง หรือปรากฏมีการเปลี่ยนแปลงทั้งสองซีกของสมอง ซึ่งสามารถแสดงออกเป็น Partial คือมีการชักบางส่วน และ Generalized คือการชักทั่วไปทั้งตัว ในกรณีที่มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะจัดประเภท ก็จะอยู่ในกลุ่มของ Unclassified คือไม่สามารถจัดประเภทได้ (Dodson, 2004)

ต่อมาในปี พ.ศ.2513 The International League Against Epilepsy (ILAE)(1970) ได้เริ่มมีการจำแนกประเภทของอาการชัก โดยใช้การตรวจคลื่นสมองขณะชัก และระหว่างไม่มีอาการชัก การศึกษาหาสาเหตุ โครงสร้างทางกายวิภาคและอายุร่วมประกอบการพิจารณา แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการจัดกลุ่มอาการ จากนั้นถัดมาจึงได้มีการตีพิมพ์การจำแนกประเภทของอาการชัก (Classification of epileptic seizures) ที่เป็นสากลขึ้นในปี พ.ศ.2524

1) อาการชักเฉพาะที่ (Partial seizures) คืออาการชักที่เกิดจากการเกิดกระแสไฟฟ้าผิดปกติ กระตุ้นส่วนใดส่วนหนึ่งของ cerebral cortex มีอาการเริ่มต้นที่จุดใดจุดหนึ่ง แบ่งออกเป็น

1.1 Simple partial seizure อาจมีอาการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เช่น ทำทางเปลี่ยนไป หรือมีการรับรู้เฉพาะ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรู้ มีอาการทางระบบประสาทส่วนกลาง เช่น มีเหงื่อมาก หน้าแดง หรือมีอาการทางด้านจิตใจที่เปลี่ยนไป โดยยังคงรู้สึกตัว ลักษณะของการชัก ทำทางและการเคลื่อนไหวของร่างกายนั้น จะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระแสไฟฟ้า ส่วนใดส่วนหนึ่งสมอง โดยไม่สูญเสียระดับความรู้สึกตัว

1.2 Complex partial seizure ลักษณะของอาการจะเหม่อลอย หรือไม่รู้สึกรู้สีกตัวเมื่อมีการชัก อาจจะมีความรู้สึกที่เป็นอาการเตือนมาก่อน แต่โดยส่วนใหญ่แล้ว จะไม่รู้สึกรู้สีกตัว อาจมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปโดยไม่ได้ตั้งใจ ที่เรียกว่า Automatism อาการที่พบบ่อยคือ การเคี้ยวปาก ทำท่ากลืนลักษณะคล้ายกำลังกินอาหาร หรือมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ เช่น ความกลัว การเดิน อาจเดินเป็นวงกลมหรือเดินไปมา หรือมีการแสดงออกทางภาษาและการพูดที่ผิดปกติได้

1.3 Partial secondarily evolving to generalized seizure คือมีอาการชักแบบเฉพาะส่วนก่อน จากนั้นมีการกระจายไปเป็นการชักทั้งตัว โดยมักเป็นแบบเกร็งกระตุกทั้งตัว

2) อาการชักทั้งตัว (Generalized seizures) คืออาการชักที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงกระแสไฟฟ้าในสมองทั้งสองซีก เมื่อเกิดการชักจะสูญเสียระดับการรู้สึกตัว หรือหมดสติ แบ่งออกเป็น

2.1 Absence seizure ชักแบบเหม่อ ลักษณะอาการชักจะไม่รู้สึกตัวและคืนสติกลับมาในเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งในระหว่างที่มีการชัก สายตาอาจจ้องมองตรงไปข้างหน้า หรือมองไปด้านบน เปลือกตาจะกระตุกเบาๆ เป็นจังหวะ

2.2 Myoclonic seizure ชักกระตุกอย่างรวดเร็วคล้ายสะดุ้ง เป็นลักษณะของการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว

2.3 Clonic seizure ชักแบบกระตุก เป็นการชักที่มีลักษณะของการกระตุกเป็นจังหวะ

2.4 Tonic seizure ชักแบบเกร็ง เป็นอาการแสดงของการหดเกร็งของกล้ามเนื้อส่วนแกน หรือแขนขาอย่างรุนแรง เป็นช่วงเวลาสั้นๆ ประมาณ 30 วินาทีหรือน้อยกว่า อาการชักแบบเกร็งนี้จะหยุดทันที โดยไม่มีอาการอื่นตามหลัง และระหว่างมีการชักบ่อยครั้งจะพบว่า ใบหน้าของผู้ป่วยจะนูนเขียว จากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ และอาจมีการขัดขวางทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการเขียวคล้ำได้

2.5 Tonic-clonic seizure ชักแบบเกร็งกระตุก ในระยะเริ่มต้นของอาการชักนี้ ผู้ป่วยจะสูญเสียระดับการรู้สึกตัว จากนั้นจะมีการหดตัวของกล้ามเนื้อ โดยแสดงออกเป็นการงอหรือยืดออกของกล้ามเนื้อส่วนแกน มีการหดตัวของกล้ามเนื้อทางเดินหายใจ ผู้ป่วยจะส่งเสียงออกมาในลักษณะคล้ายร้องไห้ หรือร้องคราง หรืออาจเกิดภาวะเขียวได้ ตาจะมองขึ้นด้านบน เปลือกตาเปิดกว้าง รูม่านตาขยายร่วมด้วย ซึ่งจะเป็นทันทีที่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อหรือหลังจากนั้น ต่อมาจะมีการกระตุกทั้งตัว ในระยะนี้อาจมีการอุดกั้นทางเดินหายใจ น้ำลายไหลเป็นฟอง กลืนลำบาก มีแบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลง

2.6 Atonic seizure ชักตัวอ่อน เป็นอาการที่กล้ามเนื้ออ่อนตัวลง ส่งผลให้การควบคุมร่างกายลดลง ผู้ป่วยจะทรุดตัวลงกับพื้นทันที

3) อาการชักที่จำแนกไม่ได้ (Unclassified epileptic seizures) คืออาการชักที่ยังไม่สามารถจัดแบ่งประเภทได้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของการชักที่เพียงพอ ซึ่งรวมถึงการชักในทารกแรกเกิดบางลักษณะ เช่น การเคลื่อนไหวของลูกตาเป็นจังหวะ การเคี้ยวหรือการเคลื่อนไหวคล้ายว่ายน้ำ

ภายหลังจากได้มีการจำแนกอาการชักดังกล่าวแล้ว พบว่ายังมีข้อจำกัดเนื่องจากการจัดแบ่งอาการชักแบบนี้ไม่ได้นำเอาข้อมูลต่างๆ มาร่วมในการวินิจฉัย ต่อมา International League

Against Epilepsy (ILAE, 1981) จึงได้มีการตีพิมพ์การจำแนกประเภทของโรคลมชักตามกลุ่มอาการ (Classification of epilepsies and epileptic syndrome) ในปี พ.ศ.2532 โดยมีการจำแนกกลุ่มอาการโรคลมชัก โดยมีการนำข้อมูลทางการแพทย์ ลักษณะทางคลินิก เช่น อายุ การตรวจร่างกาย ลักษณะอาการชัก ระดับสติปัญญา ลักษณะพิเศษของคลื่นไฟฟ้าในสมองมาประกอบการจำแนก

กลุ่มอาการโรคลมชักเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1)กลุ่มโรคที่มีอาการชักแบบเฉพาะที่ (localization-related [focal, local, partial] epilepsies and syndrome) 2)กลุ่มโรคที่มีอาการชักแบบทั่วทั้งสมอง ตั้งแต่เริ่มแรกของการชัก (Generalized epilepsies and syndromes) 3)กลุ่มโรคชักที่ยังไม่สามารถจำแนกได้ว่า อยู่ในกลุ่มที่มีอาการชักแบบเฉพาะที่หรือแบบทั่วทั้งสมอง (Undetermined epilepsy) และ 4)กลุ่มโรคชักอื่นๆ ที่มีลักษณะการพยากรณ์โรคเฉพาะกลุ่มนั้นๆ (Special situation) ในกลุ่มโรคชักทั้ง 4 ประเภท แต่ละประเภทยังแยกออกตามสาเหตุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1)กลุ่มโรคที่เกิดขึ้นโดยมีปัจจัยทางพันธุกรรม (Idiopathic) 2)กลุ่มโรคที่มีสาเหตุชัดเจน (Symptomatic) และ 3)กลุ่มโรคที่น่าจะมีสาเหตุ แต่ยังไม่ชัดเจน (Cryptogenic) (ILAE, 1989) แสดงดังนี้

1. กลุ่มโรคลมชักที่มีการชักเฉพาะที่ (Localization-related [focal, local, partial] epilepsies and syndromes) ประกอบด้วย

1.1 Idiopathic (with age-related onset) ได้แก่ Benign childhood epilepsy with centrotemporal spike, Childhood epilepsy with occipital paroxysms

1.2 Symptomatic ได้แก่ Chronic progressive epilepsia partialis continua of childhood, Syndromes characterized by seizures with specific modes of precipitation, Temporal lobe epilepsies, Frontal lobe epilepsies, Occipital lobe epilepsies

1.3 Cryptogenic

2. กลุ่มโรคลมชักที่มีการชักแบบทั้งตัว (Generalized epilepsies and syndromes) ประกอบด้วย

2.1 Idiopathic (with age-related onset) ได้แก่ Benign neonatal familial convulsions, Benign neonatal convulsions, Benign myoclonic epilepsy in infancy, Childhood absence epilepsy, Juvenile absence epilepsy, Juvenile myoclonic epilepsy, Epilepsy with grand mal seizure on awakening, Other generalized idiopathic epilepsies not define above, Epilepsy with seizures precipitated by specific modes of activation

2.2 Cryptogenic or Symptomatic ได้แก่ West syndrome (infantile spasm), Lennox-Gastaut syndrome, Epilepsy with myoclonic-astatic absences, Epilepsy with myoclonic absences

2.3 Symptomatic ได้แก่

2.3.1 Nonspecific etiology, Early myoclonic encephalopathy, Early infantile epileptic encephalopathy with burst suppression, Other symptomatic generalized epilepsies not define above

2.3.1 Specific syndromes

3 กลุ่มโรคลมชักที่ไม่สามารถจำแนกได้ชัดเจน (Epilepsies and syndromes undetermined, whether focal or generalized) ประกอบด้วย

3.1 With both generalized and focal features ได้แก่ Neonatal seizures, Severe myoclonic epilepsy in infancy, Epilepsy with continuous spike waves during slow wave sleep, Acquired epileptic aphasia (Landau-Kleffner syndromes), Other undetermined epilepsies not define above

3.2 Without unequivocal generalized or focal features ได้แก่

4. กลุ่มโรคเฉพาะ (Special situations) ได้แก่

4.1 Febrile convulsions

4.2 Isolated seizures or isolated status epilepticus

4.3 Seizures occurring only when there is an acute toxic or metabolic event

การจำแนกโรคลมชักตามกลุ่มอาการโรคนี้ ใช้ในการพิจารณาการให้ยากันชัก การผ่าตัดโรคลมชัก และยังสามารถบอกการพยากรณ์ของโรค การทำนายการตอบสนองของโรค และใช้สื่อสารที่ตรงกันเป็นสากล ยังมีการนำการจำแนกโรคลมชักนี้มาใช้จนปัจจุบัน

สาเหตุโรคลมชัก

ที่ผ่านมาการศึกษาพยาธิสภาพของสมอง การศึกษาทางระบาดวิทยา การศึกษาเกี่ยวกับพันธุกรรมและอื่น ได้มีการวิเคราะห์พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ของการชักมีความเกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติของสมอง (สุรางค์ เจริญจรรยา, 2536) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถจัดกลุ่มสาเหตุของอาการโรคลมชักในเด็กได้ดังนี้

1) พันธุกรรม (Genetics) ได้แก่ ความผิดปกติของการสร้างหรือการสลายสารในร่างกาย ความผิดปกติของยีนที่สร้างสารประกอบในร่างกาย โดยพบว่าการชักในเด็กที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันนั้น บ่งชี้ว่าน่าจะเกิดจากพันธุกรรม (อนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์, 2554) ยังมีการศึกษาที่พบว่าเด็กที่เกิดจากพ่อแม่ที่มีประวัติเป็นโรคลมชัก มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคลมชักสูง

กว่า เด็กที่เกิดจากพ่อแม่ปกติ (Hopkins,1995) ในเด็กฝาแฝดชนิดไข่ใบเดียวกัน เป็นโรคลมชักเหมือนกัน และมีการเก็บข้อมูลพบ 40-60% ของการเกิดโรคลมชักเกิดมีสาเหตุเกิดจากพันธุกรรม (Beghi, 2004)

2) ความผิดปกติตั้งแต่แรกเกิด (Developmental/Congenital disorder) เป็นความผิดปกติที่ไม่ใช่การถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น มีการสร้างหลอดเลือดที่ผิดปกติ มีการอุดตันของหลอดเลือด ส่งผลให้มีการขัดขวางการนำออกซิเจน ทำให้เกิดภาวะชัก (Hopkins,1995) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก ซึ่งการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Stroke) และโรคทางระบบหลอดเลือด (Vascular disease) บางชนิด นั้นเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยทั่วโลก (Spencer, 2008) สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ โดยเฉพาะถ้ามีสมองบางส่วนถูกทำลาย (cerebral palsy) ร่วมด้วย จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคลมชักสูงกว่าคนปกติ 50 เท่า (ทนายท ศีสุจิต, 2544) โดยความผิดปกติทางสมองตั้งแต่แรกเกิดทำให้เกิดอาการชัก จะมีอาการแรกเริ่มได้ตั้งแต่อายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 4 เดือนเป็นส่วนใหญ่ (สุรางค์ เจริญจรรยา, 2536)

3) การบาดเจ็บหรือความเสียหายต่อเซลล์ประสาทในสมอง (Trauma) อาจเกิดตั้งแต่แรกเกิด ได้แก่การที่มีภาวะออกซิเจนในร่างกายต่ำ หรือสมองผิดปกติจากการคลอด (Hopkins,1995) การบาดเจ็บของระบบประสาทจากการเกิดเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก ในขณะที่กลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นนั้น สาเหตุของโรคลมชักที่สำคัญคือ การบาดเจ็บของสมองจากอุบัติเหตุต่างๆ (ทนายท ศีสุจิต, 2544) ผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะอาจทำให้เกิดความผิดปกติของสมองอย่างถาวร โดยไม่มีอาการชักในระยะแรก แต่ในเวลาหลายปีต่อมาอาจทำให้เกิดการชักได้ (สุรางค์ เจริญจรรยา, 2536)

4) การติดเชื้อ (Infection) การติดเชื้อแบคทีเรีย สามารถทำลายสมองในทุกๆระยะของการเจริญเติบโต ตั้งแต่เด็กจนถึงผู้ใหญ่ การได้รับยาฆ่าเชื้อที่รวดเร็วจะเป็นการป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นต่อเซลล์ชั้นนอก ซึ่งหากการได้รับยาฆ่าเชื้อช้า หรือมีการต้านยาเกิดขึ้น อาจเป็นอันตรายต่อเซลล์ชั้นนอก และก่อให้เกิดการชักภายหลังได้ เช่นเดียวกับการมีหนอง หรือติดเชื้อไวรัส (Hopkins,1995) โดยการติดเชื้อที่ทำให้เกิดการชักที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย (Sepsis) สมองอักเสบจากการติดเชื้อไวรัส (viral encephalitis) สมองอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรีย (bacterial encephalitis) มีหนองในสมอง (intracerebral abscess) หรือมีหนองที่ใต้เยื่อหุ้มสมอง (subdural abscess) หรือมีหนองเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (epidural abscess) (Spencer, 2008) ในเด็กเล็กควรระวังมดระวังการติดเชื้อที่ทำให้ชักจากไข่ เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจ และทางเดินอาหาร

5) โรคลมชักที่ไม่มีสาเหตุจำเพาะ แม้ว่าปัจจุบันมีความก้าวหน้าในการสืบค้นหาสาเหตุที่พบได้ แต่ยังพบผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังไม่สามารถหาสาเหตุจำเพาะได้ (อนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์, 2554)

สาเหตุของโรคลมชักเมื่อแยกตามช่วงอายุสามารถจัดแยกได้ดังนี้ ในเด็กแรกแรกเกิดถึง 3 เดือนได้แก่ เกิดจากภยันตรายจากการคลอดส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง ภาวะสมองขาดออกซิเจน และความผิดปกติจากการสร้างหรือสลายสารในร่างกายหรือโรคพันธุกรรม เด็กอายุ 4 เดือนถึง 5 ปีได้แก่ ความผิดปกติของระบบประสาทแต่กำเนิด การติดเชื้อระบบประสาทส่วนกลาง อันตรายต่อศีรษะภายหลังการคลอด กลุ่มอาการผิดปกติที่ระบบประสาทและผิวหนัง กางสืบทอดจากพันธุกรรม โรคหลอดเลือดสมองและไม่ทราบสาเหตุ ช่วงอายุ 6 ถึง 10 ปีได้แก่ การสืบทอดทางพันธุกรรม อันตรายต่อศีรษะภายหลังการคลอด โรคหลอดเลือดสมองและเนื้องอกสมอง ส่วนอายุมากกว่า 10 ปีถึงวัยผู้ใหญ่ ได้แก่อันตรายต่อสมอง โรคหลอดเลือดสมอง เนื้องอกสมองและการติดเชื้อพยาธิในสมอง (อนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์, 2554)

จากสาเหตุในโรคลมชักดังที่กล่าวมา พบว่าส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติและภยันตรายที่เกิดขึ้นในสมอง โดยพบได้ในทุกช่วงอายุ สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การสืบค้นหาสาเหตุของโรคลมชักให้แม่นยำคือจากการซักประวัติ การตรวจร่างกายเพื่อการวินิจฉัย

การตรวจวินิจฉัยโรคลมชัก

การดูแลรักษาโรคลมชักให้ได้ผลดี สิ่งสำคัญคือการค้นหาสาเหตุของการเกิดการชักหรือโรคลมชัก เพื่อจัดการกับสาเหตุ โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามความจำเป็น

1) การซักประวัติและการตรวจร่างกาย การวินิจฉัย การจำแนกประเภท หรือการหาสาเหตุของโรคลมชักนั้น อาศัยข้อมูลจากการตรวจร่างกายและการซักประวัติเป็นสำคัญ โดยเฉพาะประวัติส่วนตัว ประวัติการเริ่มอาการ อาการไข้และอาการอื่นๆ ประวัตินาฬิกา ประวัตินาฬิกา การเจริญเติบโต อันตรายที่เคยได้รับ (สุรางค์ เข็มจรรยา, 2540) ประวัติการเจ็บป่วย การได้รับยาต่างๆ เพื่อวินิจฉัยแยกโรคจากโรคอื่นที่คล้ายคลึงกัน (Beulow, Long, Rossi & Gilbert, 2004) ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้ว แพทย์จะไม่ได้เห็นเหตุการณ์ชักด้วยตัวเอง ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการให้ข้อมูล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการชัก แล้วสูญเสียระดับความรู้สึกตัว ทำให้ไม่สามารถจดจำหรือให้รายละเอียด ได้เท่ากับผู้อื่นที่เห็นเหตุการณ์

การตรวจร่างกายและการตรวจทางระบบประสาทอย่างละเอียด จะเป็นการช่วยบ่งบอกถึงพยาธิสภาพในสมอง ทำให้จำแนกประเภทหรือกลุ่มอาการของโรคชัก และสามารถให้การวินิจฉัยสาเหตุได้ (สุรางค์ เจียมจรรยา, 2540) การชักครั้งแรกอาจเป็นอาการของโรคนิควิถีผิดปกติ จำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างเร่งด่วน ซึ่งบางครั้งการชักประวัติดำเนินการตรวจร่างกายอาจจะไม่เพียงพอ จึงต้องมีการสืบค้นและแปลผลด้วยวิธีที่เหมาะสมร่วมกับอาการทางคลินิก (สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย, 2549)

2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและสมอง เป็นแนวทางในการเลือกตรวจตามกรณีที่มีข้อบ่งชี้ หรือมีความจำเป็น เพื่อใช้ประกอบในการพิจารณาจำแนกประเภท หรือเพื่อวางแผนการรักษา (สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย, 2549) การตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่

1) การตรวจวิเคราะห์เลือด โดยจะเลือกพิจารณาส่งตรวจตามความเหมาะสมแต่ละราย ได้แก่ การตรวจนับเม็ดเลือด (CBC) การตรวจระดับแคลเซียม ฟอสฟอรัส แมกนีเซียม อัลคาไลน์ฟอสเฟต ค่าน้ำตาลในเลือด การทำงานของไต เป็นต้น การตรวจน้ำไขสันหลัง ทำเมื่อมีข้อบ่งชี้หรือสงสัยการติดเชื้อ หรือมีการอักเสบในสมอง ภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง หรือภาวะมะเร็งกระจายเข้าสู่เยื่อหุ้มสมอง (สุรางค์ เจียมจรรยา, 2540)

2) การตรวจการทำงานของสมอง ได้แก่ การตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ได้แก่ การถ่ายภาพด้วยรังสีเอกซ์ด้วยสารเภสัชรังสี (Single Photon Emission Computed Tomography: SPECT และ Positron Emission Computed Tomography: PET) การตรวจที่ส่วนใหญ่นิยมใช้ คือการตรวจคลื่นสมอง (Electroencephalography: EEG) เป็นการประเมินการทำงานของสมอง ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคลมชัก เมื่อตรวจพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าในสมอง (epileptiform discharge) ทำให้สามารถจำแนกประเภทอาการชัก และกลุ่มโรคลมชักได้ในบางกรณีสามารถระบุตำแหน่งของการชักได้ด้วย (สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย, 2549)

3) การตรวจกายภาพของสมอง วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาสาเหตุของอาการชักหรือโรคลมชัก ได้แก่ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computer Tomography: CT scan) มักใช้ในการประเมินที่เร่งด่วน เพื่อหาสาเหตุอื่น เช่น ภาวะเลือดออก การติดเชื้อ หรือมีเนื้องอก (Beulow et al., 2004) แต่การใช้ CT ในการตรวจวินิจฉัยโรคลมชักอาจไม่เพียงพอ จึงมีการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI) เพิ่มเติม ซึ่งการตรวจ MRI จะมีความไวและความจำเพาะมากกว่า การตรวจ CT scan โดยเฉพาะในรายที่มีรอยโรคขนาดเล็กบางชนิดหรือบางตำแหน่ง โดยการส่งตรวจจะพิจารณาแล้วแต่กรณี (Beulow et al., 2004)

ข้อมูลจากผู้ป่วยและผู้เห็นเหตุการณ์การชักที่เพียงพอ ร่วมกับการตรวจเพิ่มเติม จะช่วยให้การวินิจฉัยมีความแม่นยำเพิ่มมากขึ้น แก้ไข รักษาได้รวดเร็วและถูกต้อง โดยการรักษาโรคลมชักเมื่อพบสาเหตุที่ชัดเจนจะรักษาตามสาเหตุ เช่น พิจารณาให้การรักษาผ่าตัดหรือให้ยากันชักเพื่อควบคุมอาการตามแต่กรณี

แนวทางการรักษา

โดยทั่วไปวัตถุประสงค์ของการรักษา มุ่งต้องการให้ผู้ป่วยหายจากอาการชัก หรืออาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หลักการรักษาโรคลมชักโดยทั่วไป คือ รักษาสาเหตุถ้าสามารถกระทำได้ ถ้าวินิจฉัยได้แน่นอนว่าเป็นโรคลมชัก และสาเหตุที่เกิดขึ้นไม่สามารถรักษาเฉพาะได้ ก็จะใช้ยาในการควบคุมอาการชัก ถ้าอาการชักนั้นให้ยาแล้วไม่ได้ผล ร่วมกับการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ก็จะมีการพิจารณาการผ่าตัดต่อไป (สุรางค์ เจริญมรรยา, 2540) แนวทางการรักษาโรคลมชักจำแนกได้เป็น 3 รูปแบบใหญ่ ดังนี้

1) การรักษาด้วยยากันชัก (Antiepileptic Drugs: AED) ยากันชักจัดเป็นการรักษาตามอาการ (Symptomatic treatment) คือ ควบคุมไม่ให้อาการชักเกิดขึ้น ไม่ได้เป็นการรักษาตามสาเหตุ หรือเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรค แต่สามารถลดการเกิดการชักซ้ำได้ การให้ยากันชักระยะยาวอย่างต่อเนื่องนั้น สามารถทำให้โรคลมชักหายขาดได้ คือ ไม่มีอาการชักต่อเนื่องนานถึง 2-5 ปี (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544) มีการศึกษาพบว่าเด็กโรคลมชักที่รับประทานยาต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ภายหลังอาการชักครั้งสุดท้ายอย่างน้อย 2 ปี จากนั้นลดยาแล้วหยุดยาภายใน 3-6 เดือนร้อยละ 60-70 ของเด็กกลุ่มนั้นประสบความสำเร็จในการหยุดใช้ยา (Ball & Bindle, 2008) ความสำเร็จจากการใช้ยาที่สามารถควบคุมอาการชักได้ ยังช่วยลดอัตราความพิการทางจิตสังคม การศึกษา การสูญเสียอาชีพ และลดอัตราการตายด้วย (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544) การเลือกให้ยากันชักมีแนวปฏิบัติคือการเลือกให้ยาตามชนิดหรือกลุ่มโรคลมชัก โดยต้องเลือกใช้เพียงหนึ่งตัวก่อนพิจารณาตามผลข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งการเลือกให้ยาในเด็ก พิจารณาผลจากยากันชักต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการของสมองเป็นสำคัญ (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544)

การจำแนกยากันชัก แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1) กลุ่มยากันชักดั้งเดิม (convention antiepileptic drugs) ได้แก่ phenobarbital, Phenytoin, valproate, carbamazepine, acrtazolamide และยากลุ่ม Benzodiazepine (ซึ่งรวมถึง clonazepam, nitrazepam, clobazam, chlorazepate) ยากลุ่มนี้ในประเทศไทยพบใช้อยู่ 4 ตัวหลัก ได้แก่ Phenobarb, Phenytoin, Carbamazepine และ Valpoic acid และยา Clonazepam จะเลือกใช้ในกลุ่มโรคลมชัก ซึ่งยาในกลุ่มดั้งเดิมนี้นี้ราคาไม่แพงเมื่อเทียบกับ

ยารุ่นใหม่ แต่มีประสิทธิภาพจำกัดและมีผลข้างเคียงมาก จึงได้มีการพัฒนาารุ่นใหม่ขึ้น (อนันต์ นิตย์ วิสุทธิพันธ์, 2554)

2) กลุ่มยากันชักรุ่นใหม่ (new antiepileptic drugs) เป็นยาที่ถูกสังเคราะห์ขึ้นเป็นยาใหม่ๆ ยาที่ได้มีการนำมาใช้ได้แก่ vigabatrin, felbamate, lamotrigine, gabapentin, oxcarbazepine, topiramate, levetiracetam, zonisamide, pregabalin, tiagabine, lacosamide, stiripentol, rufinamide ในประเทศไทยมีจำหน่าย ได้แก่ Lamotrigine Vigrabatin Gabapentin และ Clobazam (อนันต์ นิตย์ วิสุทธิพันธ์, 2554)

เนื่องจากผู้ป่วยเด็กอยู่ในวัยที่มีการเจริญเติบโต การให้ยากันชักต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสมองและการเจริญเติบโต การเรียนรู้และพฤติกรรม ผลข้างเคียงจากการใช้ยาจึงควรได้รับการประเมิน เพื่อการปรับเปลี่ยนยาให้เหมาะสม

อาการข้างเคียงจากยา ที่ควรสังเกตตามกลุ่มอาการ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มอาการเป็นพิษ (toxicity) เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับยาเกินขนาด โดยอาการจะลดลงเมื่อระดับยาในเลือดลดลง ซึ่งสามารถกลับมาใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมได้อีก อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ตาพร่า เห็นภาพซ้อน วิงเวียน เดินเซและง่วงซึม พบได้ในยา Phenobarb, Phenytoin (Dilantin), Carbamazepine (Carbotal, Tegretal) พบอาการมือสั่นใน Valpoate (Depakin) (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544)

2) กลุ่มอาการแพ้ (idiosyncrasy) เกิดในบางรายที่ไวต่อยาอื่นๆ โดยอาการไม่ขึ้นกับระดับยา เมื่อเกิดอาการต้องหยุดยาทันที ได้แก่ ผื่นแพ้ที่ผิวหนัง ตับอักเสบ การกดไขกระดูก เป็นต้น ที่พบบ่อยได้แก่ผื่นคันจาก Phenobarb, Phenytoin (Dilantin), Carbamazepine (Carbotal, Tegretal) (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544)

3) กลุ่มความผิดปกติทางเมตาบอลิก (metabolic abnormalities) ซึ่งอาจมีปัจจัยเสริมจากโรคหรือยาบางอย่าง แต่โดยรักษาระดับยาและรักษาความผิดปกติทางเมตาบอลิก ได้แก่ ภาวะแคลเซียมต่ำ กระดูกพรุน ภาวะพร่องโฟเลต จาก Phenobarb, Phenytoin (Dilantin) โซเดียมต่ำจาก Carbamazepine (Carbotal, Tegretal) แอมโมเนียในเลือดสูง ผมหงอก น้ำหนักขึ้นจาก Valpoate (Depakin) (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544)

4) กลุ่มอาการชักมากขึ้นจากการใช้ยากันชัก เกิดจากได้รับยาเกินขนาดหรือเลือกใช้ไม่เหมาะสม (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544) ซึ่งการประเมิน

และระมัดระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในผู้ป่วยเด็ก จึงเป็นการป้องกันการเกิดผลต่อร่างกาย และพัฒนาการเด็กด้วย

ผลข้างเคียงและอาการแพ้จากการใช้ยากันชักรุ่นใหม่ ได้แก่ Topiramate (Topamax) มีอาการง่วงซึม เวียนศีรษะ เสียการทรงตัว ตากระตุก การรับรู้ช้า พูดไม่ชัด น้ำหนักลด นิวไนโต อาการแพ้ เกิดต่อหินเนียบพลัน Levetiracetam (Keppra) เกิดพฤติกรรมเปลี่ยน อาการทางจิต ง่วงซึม เวียนศีรษะ เสียการทรงตัว อาการแพ้ เกิดผื่น Lamotrigine (Lamictal) มีอาการง่วงซึม เวียนศีรษะ เสียการทรงตัว เห็นภาพซ้อน ปวดศีรษะ อาการแพ้ เกิดผื่น Gabapentin (Neurontin) มีอาการง่วงซึม เวียนศีรษะ เสียการทรงตัว คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด อาการแพ้ เกิดผื่น เป็นต้น (Kraemer & Barker, 2008)

ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยยากันชักจะสามารถช่วยลดอัตราการเกิดชักซ้ำ ได้ผลดีในผู้ป่วยมากถึง 70% และการให้ต่อเนื่องช่วยให้หายขาดได้ แต่ยังมีผู้ป่วยบางกลุ่มที่การรักษายังได้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจ และผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่ดื้อต่อยากันชัก (medically intractable epilepsy) การประเมินผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด โดยเฉพาะเมื่อพบว่ามีการดื้อยาโดยเร็วที่สุด จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการ หรือหายจากโรคได้มากกว่าที่จะปล่อยให้เนิ่นนาน (Kraemer, & Barker, 2008)

2) การรักษาโดยการผ่าตัด ปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่ก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้เทคนิคการผ่าตัดมีประสิทธิภาพและความปลอดภัย การผ่าตัดโรคลมชักเพื่อผ่าตัดบริเวณที่เป็นจุดกำเนิดของการชัก หรือรอยโรคที่เป็นสาเหตุออก เพื่อลดอาการชักหรือหายขาด โดยต้องไม่มีผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัด (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544) พิจารณาทำในรายที่มีอาการชักที่ได้รับการวินิจฉัยแน่นอนแล้ว หรือมีการดื้อยากันชักอย่างแท้จริง และผลจากการผ่าตัดคุ้มค่า คุณภาพชีวิตภายหลังผ่าตัดมีโอกาสเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544) การศึกษาผลการรักษาโรคลมชักโดยการผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีระยะเวลาของการชักก่อนผ่าตัดระหว่าง 1-17 ปี จำนวน 15 ราย ในประเทศไทยพบว่า หลังการผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองส่วนเทมโพรล และการผ่าตัดทั้งซีกมีอาการชักลดลงอย่างชัดเจน โดยการผ่าตัดส่วนคอปัส คอลอสซัม มีอาการชักลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยทุกรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหรือมีอาการชักเพิ่ม (Nabangchang, Sakoolnamarka, Paueksakon, & Chinvarun, 2005)

3) การฝังเครื่องกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส (Central nerve stimulation: CNS) หรือเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 เป็นการรักษาโรคลมชักแบบบรรเทาอาการชัก ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในรายที่ทำการผ่าตัดจุดกำเนิดการชักไปแล้วยังมีอาการชักอยู่ไม่สามารถผ่าตัดได้อีก เริ่มมีการใช้เมื่อปี พ.ศ. 2540 ในผู้ใหญ่และเด็กที่มีอายุมากกว่า 12 ปี ที่มีอาการชักแบบเฉพาะที่

หรือมีการติดต่อยากันชัก (Hickey, 2009) CNS เป็นการผ่าตัดฝังเครื่องส่งสัญญาณไฟฟ้าที่คอผู้ป่วย ด้านซ้าย เชื่อมต่อกับระบบประสาทส่วนกลาง ส่งคลื่นความถี่ไปยังจุดกำเนิดไฟฟ้า กระแสไฟฟ้านี้อาจไปทำให้กระแสไฟฟ้าที่ผิดปกติในสมองลดลง สามารถควบคุมการเปิดปิดการกระตุ้นที่เครื่อง ซึ่งสวมไว้บริเวณข้อมือด้วยตัวของผู้ป่วย (Hickey, 2009) มีการศึกษาในเด็กอายุ 5-16 ปี ในประเทศออสเตรเลีย จำนวน 26 คนที่ได้รับการผ่าตัดฝัง CNS แล้วติดตามภายหลังใส่เครื่องโดยเฉลี่ย 18 เดือน พบว่า 54% ตอบสนองต่อการใส่ CNS โดยสามารถลดอัตราการชักลงได้มากกว่าครึ่ง และ 31% สามารถลดอัตราการชักลงได้มากกว่า 75% และยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ CNS (Shahwan, Bailey, Maxinor & Harvey, 2008) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการรวบรวมข้อมูลผลการผ่าตัดในประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2551 ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่ CNS อายุ 1-20 ปี จำนวน 28 คน ภายหลังจากการผ่าตัด 1 ปีพบว่ามากกว่าครึ่งที่มีอัตราการชักลดลง ผู้ป่วย 24% มีอัตราการชักลดลงมากถึง 90% และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด แต่มีการผ่าตัดเพื่อใส่เครื่องกำเนิดไฟฟ้าใหม่ เนื่องจากแบตเตอรี่หมดเท่านั้น (Cokendall, Gauderer, Blouin & Morales, 2010)

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ CNS เป็นเวลานาน โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังในเด็กโรคลมชัก อายุ 11 เดือนถึง 18 ปี ในประเทศอังกฤษ จำนวน 74 คนพบว่า 2.7% เกิดความผิดปกติของตัวอุปกรณ์เอง คือมีการแตกหรือหัก 3.5% เกิดการติดเชื้อ ทำให้ต้องผ่าตัดเอาอุปกรณ์ออกมา และพบว่ามีอาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรงภายหลังจากใส่ CNS ได้แก่ เสียเหงื่อ ใจ น้ำลายไหล ไหล่กางออก มีภาวะกลืนลำบาก และบางรายเป็นปอดบวมเรื้อรังนานกว่า 30 วัน (Smith, Tubbs, Bebin, Grabb & Blount, 2003)

4) ทางเลือกในการรักษา ในการรักษาโรคลมชักนั้น มีบางรายที่การรักษาโดยการให้ยากันชักยังได้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจ เกิดผลข้างเคียงจากการให้ยากันชัก หรือไม่สามารถใช้วิธีการผ่าตัดในการรักษาได้ จึงมีการพัฒนาทางเลือกในการรักษาโรคลมชักเกิดขึ้น คือการใช้โภชนาการบำบัด อาหารคีโตเจนิค (Ketogenic diet) ถูกพัฒนาขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2483 เป็นอาหารสูตรพิเศษที่มีส่วนผสมไขมันสูง คาร์โบไฮเดรตต่ำ โปรตีนต่ำ (Kraemer & Barker, 2008) โดยมีการคำนวณสัดส่วนที่เหมาะสมในแต่ละคน กลไกการออกฤทธิ์จริงๆยังไม่ทราบแน่นอน แต่การได้รับอาหารประเภทนี้ พบว่าจะชักนำให้เกิดภาวะเป็นกรดในร่างกาย โดยเปลี่ยนแปลงพลังงานจากเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตเป็นการเผาผลาญไขมันแทน ค่าความเป็นกรดที่เพิ่มขึ้นและการขาดน้ำตาล จะส่งผลต่อการส่งสัญญาณประสาท ทำให้เกิดการชักลดลง ซึ่งจากการศึกษาผลการให้อาหารคีโตเจนิคในเด็กวัยรุ่นโรคลมชัก พบว่าสามารถควบคุมการชักได้ดี และคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Kraemer & Barker, 2008) การศึกษาการให้อาหารคีโตเจนิคในเด็ก ทำให้มีอาการชักลดลงกว่าครึ่ง และพบว่ามี

อาการข้างเคียงจากการกินอาหารสูตรนี้ คือ ท้องผูก อาเจียน ขาดพลังงาน ง่วงซึม หิวง่าย แต่บางรายท้องเสียและมีอาการชักเพิ่มขึ้น (Neal et al., 2008; Lefevre & Aronson, 2000) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย มีการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า ในเด็กโรคลมชักที่ต้องการรักษาด้วยยา มีอายุระหว่าง 2 เดือนถึง 13 ปี ใช้การรักษาด้วยอาหารคีโตเจนิค ควบคุมยาคันชักเดิม ติดตามการรักษาที่ 1,3,6,9,12 เดือน พบว่ามากกว่า 60% ของเด็ก มีอัตราการชักลงได้มากกว่า 90% ตลอดระยะเวลาที่รับประทานอาหารประเภทนี้ (Kankirawatana, Jirapinyo, Kankirawatana, Wongarn & Thamanasiri, 2001) ปัจจุบันจึงยังมีการศึกษาและใช้อาหารคีโตเจนิคเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาโรคลมชัก

นอกจากวิธีการรักษาที่เหมาะสมแล้ว การดูแลเด็กโรคลมชักให้ปฏิบัติตัวเป็นไปตามแนวทางการรักษา เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การรักษาได้ผลดีมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักจำเป็นต้องได้รับการรักษาและการช่วยเหลือที่ถูกต้อง เนื่องจากอาการชักที่ไม่สามารถควบคุมได้อาจส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล (ผกายมาศ และวันดี, 2551)

ผลกระทบจากโรคลมชัก

อาการชักของโรคลมชักเป็นสิ่งที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ และในบางรายขณะชักจะไม่รู้สึกตัว จึงอาจเกิดอุบัติเหตุขณะชัก หรือเกิดอันตรายต่อร่างกายขณะที่ทำกิจกรรม ผู้ป่วยโรคลมชักจึงได้รับคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เสี่ยง หรือควรมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด และถูกจำกัดในการทำกิจกรรมหลายอย่างสำหรับเด็ก เช่น ควรหลีกเลี่ยงการปีนป่ายที่สูง ห้ามว่ายน้ำเพียงลำพัง หรือหลีกเลี่ยงการขับขี่จักรยานบนท้องถนนเป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็กและผู้ดูแล ผลกระทบทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรมสังคม การศึกษา และจิตใจ ดังนี้

1) **ผลกระทบต่อเด็ก** ทั้งเกิดจากพยาธิสภาพของโรคและผลข้างเคียงจากการใช้ยา ผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรค เมื่อเกิดการชักผู้ป่วยมักไม่ทราบล่วงหน้าและไม่รู้สึกตัว อาจเกิดอุบัติเหตุจนได้รับบาดเจ็บได้ และผู้ป่วยอาจเกิดการสำลักนมหรือเศษอาหารเข้าสู่ปอด จนทำให้เกิดปอดอักเสบตามมา ในขณะชักผู้ป่วยหลายรายจะหยุดหายใจ ทำให้ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ในบางกรณีหากมีการชักเป็นเวลานานสมองอาจขาดออกซิเจน เกิดความพิการของสมองหรือเสียชีวิตได้ (จริยา วิฑะสุกร, 2546) และจากการชักอาจทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง มีสมาธิสั้น มีปัญหาการเข้าสังคม ซึมเศร้า วิตกกังวล (Bander & Littlejohn, 2004) นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเข้าสังคมของเด็ก เนื่องจากเด็กโรคลมชักจะไม่ชอบสูงส่งหรือให้ความสนใจกับผู้อื่น ไม่ชอบเล่นกับเด็กคนอื่น (Freilinger et. al., 2006) ผลกระทบจากการใช้ยาบางชนิดทำให้เกิดอาการง่วงซึม ขาด

ความอดทน ขาดความสนใจในการเรียน บางรายต้องเข้าเรียนในห้องเรียนพิเศษ (Wagner et al., 2009) มีอาการเวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน สูญเสียการทรงตัว หรือมีกระบวนการรับรู้เปลี่ยนแปลง รบกวนการนอนหลับทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ (Diana & Ellen, 2008) โดยมีการศึกษาในประเทศไทยที่คลินิกประสาทวิทยา แผนกกุมารเวชศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ศึกษาในเด็กโรคลมชักอายุ 6-11 ปี พบความชุกปัญหาพฤติกรรมในเด็กโรคลมชักร้อยละ 57 มีปัญหาการเรียนในชั้นเรียนร้อยละ 23 และพบว่าโรคลมชักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงโรคสมาธิสั้นด้วย (Piyasil, Sridomkajorn, & Suwanpairat, 2008)

2) **ผลกระทบต่อผู้ดูแล** ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็ก ทำให้เกิดความกังวลในเรื่องการดูแล การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม และเกิดจากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กทั้งขณะชักและภายหลังการชัก และผลกระทบจากการรักษาที่ใช้เวลานานต้องดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด โดยจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเกิดความกังวล ว่าอาการชักนั้นจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กอย่างไร สมาชิกในครอบครัวควรจะจัดการกับอาการชักอย่างไร และต้องจำกัดกิจกรรมใดบ้างสำหรับเด็ก ผลกระทบจากการใช้ยานชักในระยะสั้นและในระยะยาวเป็นอย่างไร กังวลเกี่ยวกับการจัดการเกี่ยวกับโรงเรียนและครู และปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการชัก รวมทั้งส่งผลให้เกิดความเครียดในครอบครัว (Weinstein, 2007) พบภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลบางราย (LV et al., 2009) กระทบต่อเศรษฐกิจในครอบครัว การศึกษาติดตามประเมินบิดามารดาของเด็กโรคลมชักเปรียบเทียบกับกลุ่มบิดามารดาที่บุตรปกติพบว่า ส่วนใหญ่มารดาเป็นผู้ดูแลเด็ก โดยมารดาร้อยละ 33 ต้องลาออกจากงานมาเป็นผู้ดูแลเพียงลำพัง ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัว บางครอบครัวมีการสื่อสารในครอบครัวลดลง มีการส่งพี่น้องของเด็กไปอยู่กับญาติ และเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีบุตรปกติ มารดาทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลสูงกว่าบิดา แต่ลดลงเมื่อ 12 เดือน กลุ่มลมชักมีการรับรู้ความไม่แน่นอนสูงกว่ากลุ่มปกติ (Buelow et al., 2006) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลสูงขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงของทั้งเด็กและผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Williams et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยหลักที่สนับสนุนให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรม การสนใจ พัฒนาการการเรียนรู้ของเด็ก ปัญหาการดูแลเด็กเมื่อต้องไปโรงเรียน รวมถึงปัญหาทางการเงิน (Dean, P., 2011)

เด็กโรคลมชักและครอบครัวอาจได้รับผลกระทบต่างๆที่อาจเกิดขึ้น แต่มียังมีการศึกษาที่พบว่าเด็กโรคลมชักหากมีการควบคุมการชักได้ดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในเรื่องของบทบาทการทำงานของร่างกาย สุขภาพทั่วไป บทบาททางสังคม สุขภาพจิต และมีความวิตกกังวล อาการซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ควบคุมการชักไม่ได้ (Lv et al., 2009) โรคลมชักไม่ได้เป็นโรคติดต่อ แต่ต้องใช้เวลาในการรักษา ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักจึงมีความวิตกกังวลและรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย (Gallop,

Wild, Nixon, Verdian & Cramer, 2009) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ควบคุมการชักได้ไม่ดี ผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (Lv & et.al., 2009) การได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาและการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลขาดความเข้าใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ถูกต้องได้ (Beulow, McNelis, Shore, & Austin, 2006) พยาบาลจึงควรส่งเสริมการดูแลให้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคลมชัก และวิธีการส่งเสริมการดูแล

เด็กเป็นวัยที่จะต้องพึ่งพา พัฒนาการตามวัยไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ครบถ้วน ผู้ดูแลเด็กจะเป็นคนที่ช่วยส่งเสริมให้เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการได้ครบถ้วนทั้งหมด มีผู้ให้คำนิยามสำหรับผู้ดูแลดังนี้

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลบุคคลที่อยู่บ้านเดียวกัน ให้การดูแลทั้งทางด้านอารมณ์ ความผาสุก สุขภาพร่างกาย รวมถึงการดูแลในเรื่องการเจ็บป่วยและพิการ ทั้งการดูแลแบบต่อเนื่อง หรือการดูแลเป็นครั้งคราว (Greenlee, & Scharlach, 2001)

ผู้ดูแลหมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน บุคคลที่ให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ หรือการสนับสนุนทางการเงินให้กับบุคคลอื่นที่ไม่สามารถดูแลตนเอง เจ็บป่วยหรือพิการ (National Alliance for Caregiving, 2010)

ประเภทของผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 2 ประเภทได้แก่ ผู้ดูแลแบบเป็นทางการและผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Alzheimer Research center [2003 อ้างใน ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2554])

1) ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (formal carers/caregiver) หมายถึงผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ จากองค์กรหรือสถานพยาบาลหรือที่เคยได้รับการฝึกอบรมมาก่อน ได้แก่บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล รวมทั้งผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์

2) ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal carers/caregiver) หมายถึงผู้ที่ให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เป็นผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม ไม่ได้รับค่าตอบแทน ให้การดูแลด้วยความเต็มใจ อาจมีความสัมพันธ์เป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย

ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการสามารถแบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือ ได้แก่ผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง (Parker[1992 อ้างใน ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2554])

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) เป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยมากที่สุด ดูแลต่อเนื่องและสม่ำเสมอมากที่สุด

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) เป็นผู้ที่ทำให้การดูแลจัดการด้านอื่น ไม่กระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ทำกิจกรรมเป็นครั้งคราวหรือให้การดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

การดูแลเด็กโรคลมชัก สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือการดูแลในระยะชัก ซึ่งต้องคำนึงถึงการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นขณะเกิดการชัก และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่มักต้องรับประทานยากันชักอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องนานถึง 2-3 ปีภายหลังจากที่มีอาการชักครั้งสุดท้าย (สุรางค์ เจียมจรรยา, 2536) เด็กโรคลมชักจึงควรได้รับการดูแลในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งในขณะชักและต่อเนื่องที่บ้าน โดยแนวทางการดูแลเด็กสำหรับผู้ดูแลมีดังนี้

1) การดูแลเด็กขณะชัก ผู้ป่วยโรคลมชักมีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุจากการชักได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เมื่อเกิดอาการชัก ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะเกิดความวิตกกังวลถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งขณะมีอาการชัก และภายหลังจากการชัก ถึงแม้ว่าผู้ดูแลเหล่านั้นเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานแล้วก็ตาม เมื่อเกิดอาการชักผู้ดูแลมักตกใจ และยังไม่สามารถปฏิบัติตัวหรือให้การช่วยเหลือเบื้องต้นที่ถูกต้องได้ จากการศึกษาพบว่า บิดามารดาหลายรายไม่รู้วิธีการช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการชัก หรือ รู้วิธีที่ผิด (Hirfanoglu et al., 2009) ดังเช่นมีการเข้าไปเขย่าหรือพยายามปลุกผู้ป่วยขณะกำลังชัก หรือการดึงจางช่องปากเพื่อที่จะนำอุปกรณ์ต่างๆ ใส่ปากเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกัดฟัน (Huang, Liu, Huang, & Thomas, 2002) ซึ่งเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและอาจเป็นอันตรายกับผู้ดูแลเองด้วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ดูแล ควรจะต้องมีความรู้ในการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยได้ รวมทั้งการมีความตระหนักและหลีกเลี่ยงการกระทำที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการชัก วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการชักที่เหมาะสม มีดังนี้ จัดผู้ป่วยให้นอนราบ หากเป็นไปได้ควรจัดให้นอนราบกับพื้น คลายเสื้อผ้าให้หลวม หากผู้ป่วยสวมแว่นให้ถอดแว่นตา ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยให้โล่ง เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีสิ่งใดเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ไม่ควรนำสิ่งของใดๆ ใส่เข้าไปในปากผู้ป่วย เนื่องจากอาจเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้ช่วยเหลือได้ จัดให้นอนตะแคง เพราะหากมีสารคัดหลั่งหลังภายในปาก จะสามารถไหลออกมาได้สะดวก ห้ามจับยึดผู้ป่วย เนื่องจากการชักปกติจะสามารถหยุดเองได้ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวหลังจากมีอาการชัก ไม่ควรให้ดื่มน้ำหรือทานอาหารทันที ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการชักซ้ำ เข้าสู่ภาวะชักต่อเนื่อง ต้องได้รับการดูแลทันที ต้องได้รับยากันชักแบบฉีดเข้าเส้นเลือด ส่งเข้ารับการรักษาเพื่อควบคุมอาการชักต่อไป (Satishchandra et al., 2001)

2) การดูแลเด็กต่อเนื่องที่บ้าน โรคลมชักต้องใช้เวลาในการรักษา ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการชักซ้ำได้ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้เกิดการชัก จึงเป็นสิ่งสำคัญ คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับเด็กโรคลมชัก บิดามารดา และผู้ดูแล เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้แก่

3) ดูแลให้เด็กได้รับยากันชักตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยดูแลให้เด็กรับประทานยาทุกวันอย่างต่อเนื่อง ตรงเวลา ไม่หยุดยาเอง เพราะอาจทำให้เกิดอาการชักที่ต่อเนื่องและรุนแรง ถ้าเด็กลืมกินยามื้อใดมื้อหนึ่งแล้วควรรีบให้เด็กรับประทานยาทันทีที่นึกได้ และทานมื้อต่อไปตามปกติ ถ้าทานยาแล้วอาเจียนภายในครึ่งชั่วโมงหลังกินยา ควรกินยาซ้ำในขนาดเดิม แต่ถ้าเกินครึ่งชั่วโมงแล้วไม่ควรกินยาซ้ำ เนื่องจากยาได้ถูกดูดซึมไปบ้างแล้ว ไม่ควรกินยากันชักพร้อมอาหารหรือนม เนื่องจากยาอาจดูดซึมได้ไม่ดี (สมพร สุนทราภา, 2553; สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย และชมรมโรคลมชักเพื่อประชาชน, ม.ป.ป.)

1. ผู้ดูแลควรเข้าใจอันตรายของการชัก ความสำคัญในการรักษาอาการชัก การสังเกตอาการของผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากยากันชัก เช่น ไข้ มีผื่น ง่วงซึม เดี๋ยวเซ อารมณ์เปลี่ยนแปลงก้าวร้าว ต่อม่าน้ำเหลืองโตผิดปกติ การสังเกตอาการนำ เป็นต้น

2. ดูแลให้เด็กหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการชัก เช่น การอดอาหาร การออกกำลังกายที่มากเกินไป การหยุดยากันชักกะทันหัน อดนอน ความเครียด แสงไฟกระพริบ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เป็นต้น

3. ดูแลด้านกิจกรรมและชีวิตประจำวัน โดยส่งเสริมให้เด็กได้มีกิจกรรมตามปกติ แต่หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นอันตราย เช่น การขี่จักรยาน 2 ล้อ การว่ายน้ำ การดำน้ำ ควรมีผู้ดูแลใกล้ชิดเมื่อทำกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตราย โดยไม่ควรปล่อยเด็กให้อยู่ในอ่างน้ำตามลำพัง หากเด็กอาบน้ำได้เองควรใช้การดักอาบหรือฝักบัว ควรใส่เสื้อชูชีพทุกครั้งที่นั่งเรือ พายเรือ หรือเดินทางทางน้ำ ไม่ปล่อยให้เด็กเล่นหรือยืนอยู่ข้างเตาไฟ เครื่องจักรที่กำลังทำงาน ไม่ควรปล่อยให้เด็กอยู่ในที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น การปีนต้นไม้ การเล่นเครื่องเล่นที่ต้องปีนป่ายที่สูง เพราะหากเกิดอาการชักอาจเกิดการพลัดตกหกล้ม แนะนำให้เด็กที่มีอาการชักบ่อยๆ ใส่เครื่องป้องกันการกระแทก เช่น หมวกนิรภัยเพื่อป้องกันศีรษะได้รับบาดเจ็บ หากเกิดอาการชักที่ส่งผลต่อการทรงตัว (สมพร สุนทราภา, 2553)

3.1 การดูแลเมื่อเกิดการชัก ปฏิบัติและสังเกตอาการดังนี้

3.1.1 จัดให้นอนเด็กนอนราบ คลายเสื้อผ้าให้หลวม ตะแคงใบหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย (สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย และชมรมโรคลมชักเพื่อประชาชน, ม.ป.ป.)

3.1.2 สังเกตอาการและบันทึกอาการชักได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดอาการ มีปัจจัยกระตุ้นหรือไม่ เช่น ขาดยา มีไข้ มีภาวะเครียด มีพฤติกรรมแสดงออกอย่างไร เช่น สีหน้าเสียงร้อง มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เช่น เกร็ง กระตุกหรืออ่อนแรงบริเวณใด สีหน้าและตาเปลี่ยนแปลงอย่างไร และการชักมีผลต่อการหายใจหรือไม่ (Hockenberry & Wilson, 2011)

3.1.3 ภายหลังจากมีอาการชัก เมื่อผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวกลับคืนมา ไม่ควรให้ดื่มน้ำหรือรับประทานอาหาร หรือป้อนยาทางปากทันที เพราะอาจเกิดการสำลักได้ ผู้ดูแลควรอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา จนกว่าผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวปกติ (Satishchandra et al., 2001)

3.1.4 หากมีอาการชักที่มากกว่า 10 นาที ให้นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลในทันที (สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย และชมรมโรคลมชักเพื่อประชาชน, ม.ป.ป.)

3.1.5 ควรให้เด็กพบแพทย์แสดงตนว่าเป็นโรคลมชักติดตัว เนื่องจากเมื่อเด็กมีอาการของโรคลมชัก หากบิดามารดาหรือผู้ดูแลไม่อยู่ ผู้ประสบเหตุจะได้ช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม (สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย และชมรมโรคลมชักเพื่อประชาชน, ม.ป.ป.)

แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษายังพบว่าผู้ดูแลจำนวนมากยังไม่ทราบวิธีการช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการชัก และกว่าครึ่งของพ่อแม่ที่ทราบวิธีการช่วยเหลือนั้น ทราบวิธีที่ผิด (Hirfanoglu, et.al, 2008) ยังมีการเข้าไปเขย่าหรือพยายามปลุกผู้ป่วยเด็กขณะกำลังชัก หรือการพยายามอาปากของผู้ป่วยเด็กเพื่อที่จะนำอุปกรณ์ต่างๆ ใส่เข้าไปในปากเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกัดฟัน (Huang, Liu, Huang, & Thomas, 2002) ซึ่งเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วย ผู้ดูแลหลายรายไม่ทราบผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยาเกินขนาด เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาผู้ดูแลไม่ได้ปรับเปลี่ยนยา ไม่ได้ให้ยาตรงตามเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตรงตามแผนการรักษา (สุณี เลิศสินอุดมและคณะ, 2551) ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรได้รับการส่งเสริมหรือพัฒนาทักษะให้มีการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม

วิธีการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลมีหลายวิธี แต่วิธีที่เหมาะสมกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสอนแบบสาธิตและบทบาทสมมติ โดยวิธีการบรรยายเป็นการให้ข้อมูลที่ผู้ให้เป็นผู้ศูนย์กลางการเรียนรู้ ผู้ฟังมีบทบาทในการฟังและจดจำเท่านั้น วิธีการบรรยายเป็นการให้ข้อมูล วิธีการบรรยายจะได้ผลดีเมื่อมีการใช้สื่อหรือวิธีอื่นร่วมด้วย รูปแบบนี้มีข้อแนะนำไม่ควรเกิน 30 นาทีต่อครั้ง และควรมีการกระตุ้นผู้ฟังระหว่างการบรรยาย

วิธีการอภิปรายกลุ่มเป็นลักษณะการให้ข้อมูลที่ผู้ให้และผู้รับเป็นศูนย์กลางร่วมกัน มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยผู้รับได้แสดงความคิดเห็นร่วมอภิปราย วิธีการนี้ควรจัดกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน สนใจในเรื่องเดียวกัน การสอนสาธิตเป็นวิธีการที่ผู้รับเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ โดยแสดงกระบวนการ การกระทำ ขั้นตอน วิธีการหรือผลของสิ่งนั้น โดยใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือจริง และเปิดโอกาสให้ผู้รับได้ทดลองทำ วิธีการนี้จะทำให้ผู้รับเกิดความกระตือรือร้นอยากลองปฏิบัติ และทำให้เกิดทักษะ ส่วนวิธีการสาธิตบทบาทสมมติเป็นลักษณะการให้ข้อมูลที่ผู้ให้และผู้รับเป็นศูนย์กลางร่วมกัน ผู้รับได้แสดงบทบาทที่ได้สมมติขึ้นใกล้เคียงกับความเป็นจริง วิธีการนี้จะทำให้เกิดแนวทางการแก้ปัญหาที่หลากหลาย โดยนำจากประสบการณ์ตรงของแต่ละบุคคล (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546)

ในการดูแลเด็กโรคลมชักนั้น หากผู้ดูแลได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอจะลดความวิตกกังวล หรือความเครียดในสิ่งที่ไม่รู้ โดยช่วยให้เกิดความเข้าใจรู้สึกสบายใจมากขึ้น สามารถเพิ่มระดับความรู้ของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในเรื่องโรค และแนวทางการรักษามากขึ้น ทำให้มีความมั่นใจต่อการดูแลรักษาของแพทย์มากขึ้น มีการปฏิบัติดูแลได้อย่างถูกต้อง ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเพิ่มความพึงพอใจ ทั้งยังเป็นการทบทวนในสิ่งที่เคยเรียนรู้ ซึ่งบางครั้งผู้ดูแลอาจเคยได้รับข้อมูลในขณะที่มีภาวะเครียด สิ่งที่เคยได้รับอาจเกิดความสับสนหรือลืมหากได้รับเพียงแค่ครั้งเดียว ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ปฏิบัติตามอย่างดีเกิดผลดีต่อการรักษา (Huggett, 2001) และสามารถประเมินเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (ชลธิกรณ์ คำนุทธศิลป์, 2541)

สรุป จากการทบทวนเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยพบว่า โรคลมชักเป็นปัญหาที่สำคัญของโรกระบบประสาทในเด็ก ลักษณะอาการชักมีหลากหลายขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการเกิด ความผิดปกติในสมอง การวินิจฉัยโรคลมชักใช้การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจพิเศษเพิ่มเติม จากการซักประวัติเพื่อให้ได้ข้อมูลขณะชักของผู้ป่วยที่สำคัญ ได้แก่ ลักษณะท่าทางการเคลื่อนไหว การตอบสนองการได้ตอบ การเปลี่ยนแปลงของผิวสี ลักษณะการหายใจ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บที่พบ เป็นต้น การรักษาส่วนใหญ่ใช้ยากันชักในการควบคุมอาการ การรับประทานยาที่ถูกต้องสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง จะช่วยควบคุมอาการชักได้ ช่วยลดอัตราความพิการ การสูญเสียอาชีพ การศึกษา และลดอัตราการตายได้ และต้องมีการเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยบางกลุ่มที่การรักษายังได้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจ และยังพบผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่ต้องอดยากันชัก การผ่าตัดจึงเป็นอีกแนวทางการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการ หรือหายจากโรคได้ แต่ในรายที่การรักษาด้วยยาไม่ได้ผล

การผ่าตัดไม่บรรลุผลหรือไม่สามารถเลือกการผ่าตัดได้ ปัจจุบันมีทางเลือกในการรักษาโดยการให้อาหารทีโดเจนิคซึ่งพบว่าได้ผลดี

เด็กโรคลมชักและครอบครัว อาจได้รับผลกระทบจากอาการชัก ทั้งผลที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค หรือผลจากการรักษาได้แก่ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ สุดลำคอล์กสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ปอด หรืออาจเกิดอุบัติเหตุและร่างกายได้รับบาดเจ็บ กรณีที่มีการชักเป็นเวลานาน สมรรถนะของผู้ป่วยจะขาดออกซิเจนจนเกิดภาวะพิษหรือเสียชีวิตได้ ผลกระทบทางด้านจิตใจ เกิดความวิตกกังวล ผิดกับความเครียด ด้านอารมณ์ เกิดภาวะซึมเศร้า ขาดความอดทน เกิดปัญหาทางพฤติกรรมและสังคม กระทบต่อกิจวัตรประจำวัน และการดำเนินชีวิต การดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องและเหมาะสม หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการชัก สามารถควบคุมอาการชักได้ดี จะช่วยลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้ดูแลควรทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชัก และการดูแล เพื่อที่จะสามารถดูแลเด็กได้ถูกต้องขณะชัก และการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว ปัจจุบันมีงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลที่สามารถเพิ่มความรู้ เพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง การศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลเด็กโรคลมชักในรูปแบบต่างๆ แต่ยังไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ ทำให้ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน การศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการดูแลเด็กโรคลมชักสำหรับผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางในการให้ข้อมูลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแล สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก นำมาวิเคราะห์ผลและประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

1. การสืบค้นและรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 1.1 แหล่งที่มาของข้อมูล
 - 1.2 คำสำคัญในการสืบค้น
 - 1.3 การคัดเลือกงานวิจัย
2. การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย
 - 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย
 - 2.2 การดึงข้อมูลจากงานวิจัย

การสืบค้นและรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1) แหล่งที่มาของข้อมูล สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการดูแลเด็กโรคลมชักสำหรับผู้ดูแล สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และทางวารสารทางการแพทย์ต่างๆ ดังนี้

1) สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญได้แก่ Pubmed, CINAHL, Cochrane library, Scopus, Science Direct, ที่หอสมุดและคลังความรู้มหาวิทยาลัยมหิดล และห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

2) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยการสืบค้นด้วยตนเอง (manual search) จากวารสารทางการแพทย์ในห้องสมุดในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล ได้แก่ ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ห้องสมุดคณะสาธารณสุขศาสตร์ และห้องสมุดกลาง

3) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทย จากฐานข้อมูลของ ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น และห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2) **คำสำคัญในการสืบค้น** ผู้ศึกษาสืบค้นงานวิจัยโดยใช้กรอบแนวคิด PICO (Craig, 2002) เป็นเกณฑ์การสืบค้นงานวิจัยดังนี้

- Population หมายถึงผู้ดูแลเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคลมชัก
 - Intervention หมายถึงโปรแกรมส่งเสริมการดูแลเด็กโรคลมชักสำหรับผู้ดูแล
 - Comparison Intervention –
 - Outcome หมายถึงความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ความวิตกกังวล คุณภาพชีวิต
- กำหนดคำสำคัญ (key word) ที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
- Population ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก/ เด็กโรคลมชัก/ ลมบ้าหมู/ parent and epilepsy/ family and epilepsy/ caregiver and family
 - Intervention ได้แก่ program/ education
 - Comparison –
 - Outcome ได้แก่ Knowledge/ anxiety/ quality of life

3) **การคัดเลือกงานวิจัย** เลือกอ่านบทคัดย่อ (Abstract) ก่อน โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกดังนี้

- 1) เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการดูแลเด็กโรคลมชัก
- 2) กลุ่มเป้าหมายของงานวิจัยคือ ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก
- 3) มีการตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย และมีรายงานวิจัยฉบับเต็ม (full text)
- 4) เป็นงานวิจัยที่มีระดับBขึ้นไป
- 5) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่เพิ่มความรู้และผลลัพธ์ทางจิตสังคมของผู้ดูแล

6) เป็นการศึกษาที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ.1990-2012

หากพบงานวิจัยซ้ำกันหลายฐานข้อมูล จะเลือกมา 1 ฐานข้อมูล และหากพบงานวิจัยใดไม่ตรงตามความต้องการจะถูกคัดออก ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์จำนวน 9 เรื่อง ดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 3.1 จำนวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ได้คัดเลือกในการศึกษา โดยแบ่งตามแหล่งของฐานข้อมูล
คำสำคัญ จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน งานวิจัย ที่ค้นได้	จำนวน งานวิจัย ที่ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัยที่ คัดเลือก ตัดซ้ำ
Pubmed	Parent and epilepsy and program and knowledge	18	3	3
	Parent and epilepsy and program and anxiety	4	1(1)	0
	Parent and epilepsy and program and quality of life	0	0	0
	family and epilepsy and program and knowledge	4	0	0
	family and epilepsy and program and anxiety	1	0	0
	family and epilepsy and program and quality of life	0	0	0
	Parent and epilepsy and education and knowledge	64	4(3)	1
	Parent and epilepsy and education and anxiety	32	1(1)	0
	Parent and epilepsy and education and quality of life	5	0	0

หมายเหตุ : จำนวนในเครื่องหมายวงเล็บเป็นจำนวนของบทความที่ซ้ำซ้อนกันกับกลุ่มอื่นๆ ของการใช้คำสำคัญหรือฐานข้อมูล

ตารางที่ 3.1 จำนวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ได้คัดเลือกในการศึกษา โดยแบ่งตามแหล่งของฐานข้อมูล
คำสำคัญ จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน งานวิจัย ที่ค้นได้	จำนวน งานวิจัย ที่ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัยที่ คัดเลือก ตัดซ้ำ
CINAHL	family and epilepsy and education and knowledge	21	4(3)	0
	family and epilepsy and education and anxiety	10	1(1)	0
	family and epilepsy and education and quality of life	0	0	0
	รวม	159	14(9)	5
	Parent and epilepsy and program and knowledge	2	1	1
	Parent and epilepsy and program and anxiety	407	0	0
	Parent and epilepsy and program and quality of life	186	0	0
	family and epilepsy and program and knowledge	0	0	0
	family and epilepsy and program and anxiety	3	1(1)	0

หมายเหตุ : จำนวนในเครื่องหมายวงเล็บเป็นจำนวนของบทความที่ซ้ำซ้อนกันกับกลุ่มอื่นๆ ของการใช้คำสำคัญหรือฐานข้อมูล

ตารางที่ 3.1 จำนวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ได้คัดเลือกในการศึกษา โดยแบ่งตามแหล่งของฐานข้อมูล
คำสำคัญ จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน งานวิจัย ที่ค้นได้	จำนวน งานวิจัย ที่ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัยที่ คัดเลือก ตัดซ้ำ
	family and epilepsy and program and quality of life	0	0	0
	Parent and epilepsy and education and knowledge	1	1(1)	0
	Parent and epilepsy and education and anxiety	3	0	0
	Parent and epilepsy and education and quality of life	0	0	0
	family and epilepsy and education and knowledge	13	1(1)	0
	family and epilepsy and education and anxiety	4	0	0
	family and epilepsy and education and quality of life	0	0	0
	รวม	619	4(3)	1

หมายเหตุ : จำนวนในเครื่องหมายวงเล็บเป็นจำนวนของบทความที่ซ้ำซ้อนกันกับกลุ่มอื่นๆ ของการใช้คำสำคัญหรือฐานข้อมูล

ตารางที่ 3.1 จำนวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ได้คัดเลือกในการศึกษา โดยแบ่งตามแหล่งของฐานข้อมูล
คำสำคัญ จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน งานวิจัย ที่ค้นได้	จำนวน งานวิจัย ที่ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัยที่ คัดเลือก ตัดซ้ำ
Cochrane Library	Parent and epilepsy and program and knowledge	0	0	0
	Parent and epilepsy and program and anxiety	3	1(1)	0
	Parent and epilepsy and program and quality of life	0	0	0
	family and epilepsy and program and knowledge	1	1(1)	0
	family and epilepsy and program and anxiety	2	1(1)	0
	family and epilepsy and program and quality of life	0	0	0
	Parent and epilepsy and education and knowledge	5	1(1)	0
	Parent and epilepsy and education and anxiety	2	1(1)	0
	Parent and epilepsy and education and quality of life	0	0	0

หมายเหตุ : จำนวนในเครื่องหมายวงเล็บเป็นจำนวนของบทความที่ซ้ำซ้อนกันกับกลุ่มอื่นๆ ของการใช้คำสำคัญหรือฐานข้อมูล

ตารางที่ 3.1 จำนวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ได้คัดเลือกในการศึกษา โดยแบ่งตามแหล่งของฐานข้อมูล
คำสำคัญ จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน งานวิจัย ที่ค้นได้	จำนวน งานวิจัย ที่ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัยที่ คัดเลือก ตัดซ้ำ
Scopus	family and epilepsy and education and knowledge	5	1(1)	0
	family and epilepsy and education and anxiety	2	1(1)	0
	family and epilepsy and education and quality of life	0	0	0
	รวม	20	7(7)	0
	Parent and epilepsy and program and knowledge	22	4(3)	1
	Parent and epilepsy and program and anxiety	15	1(1)	0
	Parent and epilepsy and program and quality of life	0	0	0
	family and epilepsy and program and knowledge	35	4(4)	0
	family and epilepsy and program and anxiety	23	1(1)	0

หมายเหตุ : จำนวนในเครื่องหมายวงเล็บเป็นจำนวนของบทความที่ซ้ำซ้อนกันกับกลุ่มอื่นๆ ของการใช้คำสำคัญหรือฐานข้อมูล

ตารางที่ 3.1 จำนวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ได้คัดเลือกในการศึกษา โดยแบ่งตามแหล่งของฐานข้อมูล
คำสำคัญ จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน งานวิจัย ที่ค้นได้	จำนวน งานวิจัย ที่ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัยที่ คัดเลือก ตัดซ้ำ
	family and epilepsy and program and quality of life	3	0	0
	Parent and epilepsy and education and knowledge	45	5(4)	1
	Parent and epilepsy and education and anxiety	30	1(1)	0
	Parent and epilepsy and education and quality of life	4	0	0
	family and epilepsy and education and knowledge	98	4(4)	0
	family and epilepsy and education and anxiety	54	1(1)	0
	family and epilepsy and education and quality of life	11	0	0
	รวม	340	21(19)	2

หมายเหตุ : จำนวนในเครื่องหมายวงเล็บเป็นจำนวนของบทความที่ซ้ำซ้อนกันกับกลุ่มอื่นๆ ของการใช้คำสำคัญหรือฐานข้อมูล

ตารางที่ 3.1 จำนวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ได้คัดเลือกในการศึกษา โดยแบ่งตามแหล่งของฐานข้อมูล
คำสำคัญ จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน งานวิจัย ที่ค้นได้	จำนวน งานวิจัย ที่ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัยที่ คัดเลือก ตัดซ้ำ
Science Direct	Parent and epilepsy and program and knowledge	1229	3(3)	0
	Parent and epilepsy and program and anxiety	885	4(4)	0
	Parent and epilepsy and program and quality of life	104	0	0
	family and epilepsy and program and knowledge	2821	4(4)	0
	family and epilepsy and program and anxiety	2047	4(4)	0
	family and epilepsy and program and quality of life	206	0	0
	Parent and epilepsy and education and knowledge	956	5(4)	1
	Parent and epilepsy and education and anxiety	704	4(4)	0
	Parent and epilepsy and education and quality of life	133	0	0

หมายเหตุ : จำนวนในเครื่องหมายวงเล็บเป็นจำนวนของบทความที่ซ้ำซ้อนกันกับกลุ่มอื่นๆ ของการใช้คำสำคัญหรือฐานข้อมูล

ตารางที่ 3.1 จำนวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ได้คัดเลือกในการศึกษา โดยแบ่งตามแหล่งของฐานข้อมูล
คำสำคัญ จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน งานวิจัย ที่ค้นได้	จำนวน งานวิจัย ที่ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัยที่ คัดเลือก ตัดซ้ำ
	family and epilepsy and education and knowledge	1238	4(4)	0
	family and epilepsy and education and anxiety	921	4(4)	0
	family and epilepsy and education and quality of life	133	0	0
	รวม	11,244	32(31)	1
ห้องสมุด	ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก	0	0	0
จุฬาลงกรณ์	เด็กโรคลมชัก	0	0	0
มหาวิทยาลัย	ลมบ้าหมู	7	0	0
(www.car. chula.ac.th)	รวม	7	0	0
ห้องสมุด	ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก	0	0	0
มหาวิทยาลัย	เด็กโรคลมชัก	0	0	0
ขอนแก่น	ลมบ้าหมู	0	0	0
(http://kkulib .kku.ac.th)	รวม	0	0	0

หมายเหตุ : จำนวนในเครื่องหมายวงเล็บเป็นจำนวนของบทความที่ซ้ำซ้อนกันกับกลุ่มอื่นๆ ของการใช้คำสำคัญหรือฐานข้อมูล

ตารางที่ 3.1 จำนวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ได้คัดเลือกในการศึกษา โดยแบ่งตามแหล่งของฐานข้อมูล
 คำสำคัญ จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน งานวิจัย ที่ค้นได้	จำนวน งานวิจัย ที่ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัยที่ คัดเลือก ตัดซ้ำ
ห้องสมุด มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ (http://search .lib.cmu.ac.th)	ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก เด็กโรคลมชัก ลมบ้าหมู รวม	0 0 3 3	0 0 0 0	0 0 0 0
โครงการ เครือข่าย ห้องสมุดใน ประเทศไทย (http://tdc. thailis.or.th)	ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก เด็กโรคลมชัก ลมบ้าหมู รวม	0 0 2 2	0 0 0 0	0 0 0 0
Manual Search (วารสาร ทางการแพทย์ พยาบาลใน ประเทศ)	ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก เด็กโรคลมชัก ลมบ้าหมู รวม	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
รวมทั้งสิ้น		12,382	78(69)	9

หมายเหตุ : จำนวนในเครื่องหมายวงเล็บเป็นจำนวนของบทความที่ซ้ำซ้อนกันกับกลุ่มอื่นๆ ของการใช้คำสำคัญหรือฐานข้อมูล

การสืบค้นและคัดเลือกงานวิจัยสรุปได้ดังนี้

จากการสืบค้นข้อมูลมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการดูแลเด็กโรคลมชักสำหรับผู้ดูแล จาก 6 งาน พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 9 เรื่อง ส่วนการสืบค้นด้วยมือและหลักฐานอ้างอิงในประเทศ ไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

1) การประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยประเมินว่าข้อค้นพบหรือข้อสรุปจากการศึกษานั้น มีความถูกต้องตามหลักการและมีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) ดังนี้

ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัย หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลอง ชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trials) โดยดำเนินการอย่างเหมาะสม

ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็นเชิงทดลอง ชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trials) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยที่เป็น การทดลอง ชนิดที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trials, cohort study, case control study ที่ดำเนินการอย่างเหมาะสม หรือ randomized controlled trials ที่ดำเนินการไม่เหมาะสม

ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study)

ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นหรือนันทามติของคณะผู้เชี่ยวชาญ (expert consensus)

จากการสืบค้น และประเมินงานวิจัยที่ได้ ได้มีการคัดเลือกสุดท้ายแล้วพบมีรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 9 การศึกษา โดยมีงานวิจัยระดับ A 1 เรื่อง ระดับ B 8 เรื่อง

2) การดึงข้อมูลจากงานวิจัย

การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 9 เรื่อง โดยกำหนดขอบเขตของข้อมูลที่ดึงออกมาจากงานวิจัย ดังนี้

1) วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

- 2) รูปแบบการวิจัย
- 3) กลุ่มตัวอย่าง
- 4) เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 5) วิธีการวิจัยหรือการจัดกระทำ
- 6) ผลการวิจัย
- 7) ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ โปรแกรมการดูแลเด็กโรคลมชัก
สำหรับผู้ดูแลในประเด็น รูปแบบและองค์ประกอบของโปรแกรม และผลของโปรแกรมแต่ละ
รูปแบบ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกมาทั้งสิ้น 9 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ โดยจำแนกผลการศึกษาออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1. คุณภาพงานวิจัย
2. รูปแบบและองค์ประกอบของโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

4.1 คุณภาพงานวิจัย

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 9 เรื่อง ทั้งหมดเป็นการศึกษาในต่างประเทศ เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัยพบว่า มีคุณภาพงานวิจัยในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง ระดับ B จำนวน 8 เรื่อง ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เรื่องที่ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	ประเทศ	ระดับ
1. Lewis, M.A., Hatton, C.L., Salas, I., Leake, B., & Chiofalo, N. (1991)	Impact of children's epilepsy program on parents.	ชิลี	A
2. Austin, J. K., McNelis, M. A., Shore, P. C., Dunn, W. D., Musick, B. (2002)	A feasibility study of family seizure management program: 'Be Seizure Smart'	สหรัฐอเมริกา	B
3. Shore, C.P., Perkins, S.M., Austin, J.K. (2008)	The Seizure and Epilepsy Education (SEE) Program for families of children with epilepsy: A preliminary study.	สหรัฐอเมริกา	B
4. Jantzen, S., Muller, G.E., Hallfahrt, k. T., Aksu, F., Pust, B., Kohl, B., Redlich, A., Sperner, J., Thyen, U. (2009)	FLIP&FLAP-A training programme for children and adolescents with epilepsy, and their parents.	เยอรมัน	B
5. Priyadarshini, S., & Roach, E.J. (2010)	Effectiveness of an educational programme on epilepsy care and home management for mothers.	อินเดีย	B
6. Buelow, J.M. (2007)	An intervention for parents of children with epilepsy and significant learning problem: lessons learned from a feasibility study.	สหรัฐอเมริกา	B

ตารางที่ 4.1 แสดงหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

เรื่องที่/ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	ประเทศ	ระดับ
7. Wohlrab , G.C. et.al. (2007)	Famoses: A modular educational program for children with epilepsy and their parent.	เยอรมัน สวิตเซอร์แลนด์	B
8. Arhan, E., Serdaroglu. A., Soysal, S., Ozcelik, A., Gucuyener, K., & Demir, E. (2009)	Assessment of mother's knowledge and perceptions of electroencephalography and determination of the short-term effect of an informational leaflet.	ตุรกี	B
9. Vona, P., Siddarth, P., Sankar, R., & Caplan, R. (2009)	Obstacles to mental health care in pediatric epilepsy: Insight from parent.	สหรัฐอเมริกา	B

4.2 รูปแบบและองค์ประกอบของโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

4.2.1 ลักษณะของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่เข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดา จำนวน 7 เรื่อง (Arhan et al., 2009 ; Buelow, J.M. , 2007 ; Jantzen et al., 2009 ; Shore et.al., 2008 ; Lewis et.al., 1991 ; Priyadarshini, & Roach, 2010 ; Vona et.al., 2009) เป็นปู่/ย่า/ตา/ยาย จำนวน 1 เรื่อง (Austin et.al., 2002) และไม่ระบุว่ามีความสัมพันธ์อย่างไรกับเด็กจำนวน 1 เรื่อง (Wohlrab et.al., 2007) ผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 18 ถึง 50 ปี (Arhan et al., 2009 ; Shore et.al., 2008 Priyadarshini, & Roach, 2010) มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมปลาย รองลงมาอยู่ในระดับชั้นมัธยมต้น (Arhan et al., 2009; Jantzen et al., 2009; Lewis et.al., 1991; Priyadarshini, & Roach, 2010; Shore et.al., 2008)

สำหรับอายุของเด็กโรคลมชักเป็นเด็กที่มีอายุระหว่าง 7-16 ปี จำนวน 3 เรื่อง (Buelow, 2007; Jantzen et al., 2009; Lewis et.al., 1991) อายุต่ำกว่า 13 ปี จำนวน 4 เรื่อง (Austin et al., 2002 ;

Priyadarshini, & Roach, 2010; Shore, Perkins & Austin, 2008; Wohlrab et al., 2007) และไม่ได้ระบุอายุของเด็ก จำนวน 2 เรื่อง (Arhan et al., 2009; Vona et.al., 2009)

4.2.2 รูปแบบของโปรแกรม จากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ จำนวน 9 เรื่อง มีรูปแบบของโปรแกรมดังนี้

4.2.2.1 ลักษณะของโปรแกรม มีทั้งโปรแกรมรายบุคคล (Individualized program) และโปรแกรมรายกลุ่ม (Group program) ดังนี้

4.2.2.1.1 โปรแกรมรายบุคคล (Individualized program) พบการศึกษาจำนวน 4 เรื่อง ทั้งหมดเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล โดยเป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้แบบการสื่อสารทางเดียว (One-way communication) และโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลแบบการสื่อสารสองทาง (Two-way communication) มีรายละเอียดดังนี้

4.2.2.1.1.1 โปรแกรมให้ความรู้แบบการสื่อสารทางเดียว (One-way Communication) พบการศึกษาจำนวน 2 เรื่อง วิธีการคือ แจกแผ่นพับที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจ EEG ให้ผู้ดูแลได้อ่านก่อนที่จะเข้ารับการตรวจ EEG ผลของโปรแกรมพบว่า สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการตรวจ EEG (Arhan et al., 2009) ให้แก่ผู้ดูแล ส่วนอีกโปรแกรมหนึ่งเป็นการแจกแผ่นพับที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาการศึกษาของเด็ก โรคลมชัก การจัดลำดับความสำคัญสำหรับเด็กของมารดา トラバプของเด็กโรคลมชัก อารมณ์ของมารดาที่สัมพันธ์กับควบคุมการชักไม่ได้ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญด้านปัญหาพฤติกรรมและการเรียนรู้ของเด็ก และแนวทางการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมและการเรียนรู้ของเด็ก โดยให้ผู้ดูแลอ่านในขณะรอตรวจที่คลินิกโรกระบบประสาท ผลของโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้ให้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางจิตใจของเด็กโรคลมชักและแนวทางการแก้ไข (Vona et al., 2009)

4.2.2.1.1.2 โปรแกรมที่มีการให้ความรู้แบบการสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) พบการศึกษาจำนวน 2 เรื่อง วิธีการคือ แจกหนังสือเล่มเล็กที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคลมชัก การรักษา และภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ดูแลอ่าน และมีพยาบาลสอนเสริม พร้อมตอบข้อซักถามแก่ผู้ดูแล ผลของโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก (Priyadarshini, & Roach, 2010) และอีกโปรแกรมหนึ่งเป็นโปรแกรมที่เป็นการจัดส่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชักไปให้ผู้ดูแลที่บ้าน ภายหลังส่งข้อมูลไปแล้ว 2-4 สัปดาห์พยาบาลโทรศัพท์ติดตามเป็นรายบุคคล และตอบข้อซักถามเกี่ยวกับเนื้อหาความรู้ที่ได้รับหรือปัญหาเกี่ยวกับโรคลมชัก มีการจัดอภิปรายกลุ่มทางโทรศัพท์ (group telephone conference) ระหว่างผู้ดูแลที่มีประสบการณ์เดียวกัน

เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ผลของโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรค
ลมชัก ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กและผู้ดูแลโดยช่วยให้มีทัศนคติเชิง
บวก และบทบาทในครอบครัวเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชักและการ
ต้องการช่วยเหลือลดลง (Austin et al., 2002)

4.2.2.1.2 โปรแกรมรายกลุ่ม พบการศึกษาจำนวน 5 เรื่อง
สามารถแบ่งเป็น โปรแกรมที่ให้ความรู้แบบการสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) และ
โปรแกรมที่มีการให้ความรู้ควบคู่การฝึกปฏิบัติ (Educational and Training Program)

4.2.2.1.2.1 โปรแกรมรายกลุ่มที่มีการให้
ความรู้แบบการสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) พบการศึกษาจำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ การ
ให้ความรู้โดยใช้วิธีการอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นบุคลากรทางสุขภาพ
ที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องของโรคและการรักษา แลกเปลี่ยน
ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับอาการชัก มีการเข้ากลุ่มเพียงครั้งเดียว ผลของโปรแกรม
สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล (Jantzen et al., 2009) อีก
โปรแกรมเป็นโปรแกรมที่ใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มเช่นกัน โดยเข้ากลุ่ม 4 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ครั้ง
แรกเป็นการเข้ากลุ่มเพื่อทำความรู้จัก พูดคุยแลกเปลี่ยนเรื่องราวเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปผู้ดูแลและเด็ก
ครั้งที่สองมีการยกปัญหาส่วนตัวและปัญหาครอบครัวขึ้นมาเพื่อการใช้กระบวนการตัดสินใจ ครั้งที่
สามร่วมกันอภิปรายความเหมือนและความแตกต่างในบทบาทของแต่ละครอบครัว และครั้งสุดท้าย
อภิปรายและสรุปบทบาทของผู้ดูแล ผลของโปรแกรมเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ลดความวิตก
กังวลของผู้ดูแลและพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ของผู้ดูแล (Lewis et al., 1991) และโปรแกรมที่
ผู้ดูแลทำกิจกรรมกลุ่มตามฐานต่างๆ จำนวน 6 ฐานที่ครอบคลุมเนื้อหา 6 หัวข้อคือ หลักการและ
เนื้อหาของโปรแกรม ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคลมชัก การตรวจวินิจฉัย การรักษา การทำนายโรค
และการอยู่ร่วมกับโรคลมชักอย่างปกติสุข และในแต่ละฐานจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
ระหว่างผู้ดูแล ผลของโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและลดความวิตกกังวลของ
ผู้ดูแล (Wohlrab et al., 2007)

4.2.2.1.2.2 โปรแกรมที่มีการให้ความรู้ควบคู่
การฝึกปฏิบัติ (Educational and Training Program) พบการศึกษาจำนวน 2 เรื่อง เป็นการให้ความรู้
เกี่ยวกับโรคลมชักร่วมกับการฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแล การให้ความรู้ใช้
วิธีการบรรยายประกอบสื่อ ซึ่งนำเสนอโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (power point,
computer graphic, animation) การใช้วิดีโอเทป และมีการฝึกปฏิบัติโดยการสาธิตและการเล่น
บทบาทสมมติ ผลของโปรแกรมเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล เพิ่ม

คุณภาพชีวิตของเด็กและผู้ดูแล ลดปัญหาทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Shore et al., 2008) และโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติทักษะการสื่อสารกับทีมสุขภาพ ซึ่งมีการให้ความรู้โดยการแจกหนังสือเล่มเล็กที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคลมชัก และให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติโดยการแสดงบทบาทสมมติในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ ผลของโปรแกรมคือได้แนวทางการจัดโปรแกรมเพื่อพัฒนาการสื่อสาร (Beulow, 2007)

4.2.2.2 เนื้อหาในโปรแกรม จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก มีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อดังนี้

4.2.2.2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคลมชัก ประกอบด้วย คำจำกัดความ กลไกการเกิดการชัก ชนิดและประเภทของการชัก สาเหตุ การสังเกตอาการชัก ขั้นตอนการวินิจฉัย หัตถการที่ใช้ในการตรวจรักษา (Austin et al., 2002; Jantzen et al, 2009 ; Shore, Perkins & Austin, 2008 ; Priyadarshini, & Roach, 2010)

4.2.2.2.2 การตรวจวินิจฉัย ความสำคัญของการตรวจวินิจฉัย การตรวจพิเศษ EEG, MRI, PET, SPECT ขั้นตอนการทำ EEG (Arhan et al., 2009; Wohlrab et al., 2007)

4.2.2.2.3 แนวทางการรักษา และทางเลือกในการรักษา ได้แก่ การผ่าตัด การกระตุ้นประสาท อาหารคีโตเจนิค (Jantzen et al, 2009; Shore et al., 2008)

4.2.2.2.4 ยาชัก การบริหารยาและการดูแลในการรับประทานยากันชัก ผลข้างเคียงจากยา การประเมินระดับยาในกระแสเลือด การช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการชัก (Jantzen et al, 2009; Shore et.al., 2008; Wohlrab et al., 2007)

4.2.2.2.5 การช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการชัก ความสำคัญของการสังเกตอาการชัก (Austin et al., 2002; Wohlrab et al., 2007)

4.2.2.2.6 เทคนิคการพูดคุยกับแพทย์ (Austin et al., 2002)

4.2.2.2.7 ปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลที่สัมพันธ์กับการชักของเด็ก เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความซึมเศร้า ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความรู้สึกผิด อึดอัด ความลำบากใจ และกลยุทธ์ในการจัดการกับอารมณ์ (Jantzen et al, 2009; Shore et al., 2008; Vona et al., 2009; Wohlrab et al., 2007)

4.2.2.2.8 ปัญหาด้านอารมณ์ของเด็ก คำแนะนำสำหรับผู้ดูแลในการสนับสนุนทางอารมณ์ของเด็ก (Wohlrab et al., 2007)

4.2.2.2.9 ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาการเรียนรู้อยู่ของเด็ก และข้อมูลเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญที่จะช่วยประเมินและให้การรักษา (Vona et al., 2009)

4.2.2.2.10 กลยุทธ์การจัดการทางจิตใจและลดความวิตกกังวล (Austin et al., 2002) สำหรับผู้ปกครองเด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเรียน อยู่ชั้นเรียนล้าหลังจากเพื่อน รวมถึงการแนะนำเกี่ยวกับ การเตรียมข้อมูลต่างๆ ไว้พบกับเจ้าหน้าที่ในโรงเรียน การเตรียมความพร้อมและการแก้ปัญหาในการไปโรงเรียนของเด็ก รวมถึงสมุดประจำตัวเด็ก ที่จะสามารถใช้ในการสื่อสารกับทางโรงเรียน (Buelow, 2007) แต่อย่างไรก็ตามผลงานวิจัยไม่ได้ระบุรายละเอียดของกลยุทธ์ที่ทำ

4.2.2.3 ระยะเวลา แต่ละโปรแกรมใช้เวลาแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเนื้อหาและวิธีการ มีระยะเวลาตั้งแต่ 30 นาทีถึง 16 ชั่วโมง ดังนี้

โปรแกรมที่ให้ความรู้เป็นรายบุคคลแบบสื่อสารทางเดียวที่ใช้สื่อการสอนที่เป็นหนังสือเล่มเล็กและมีพยาบาลสอนเสริม ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรมประมาณ 30-45 นาทีต่อคน (Priyadarshini, & Roach, 2010) สำหรับการแจกแผ่นพับไม่ระบุระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม (Arhan et al., 2009; Vona et al., 2009) ส่วนโปรแกรมที่ให้ความรู้เป็นรายบุคคลแบบสื่อสารสองทางโดยการส่งจดหมายแล้วโทรศัพท์ติดตามและมีการอภิปรายกลุ่มทางโทรศัพท์ ไม่ได้ระบุว่าโทรศัพท์แต่ละครั้งใช้เวลานานเท่าไร เพียงแต่บอกว่าใช้เวลาทั้งหมดนาน 3-4 เดือน (Austin et al., 2002)

โปรแกรมการให้ความรู้รายกลุ่มแบบการสื่อสารสองทางที่เป็นการอภิปรายกลุ่ม 1 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินโปรแกรมประมาณ 60-90 นาที (Wohlrab et al., 2007) โปรแกรมที่เป็นการเข้ากลุ่ม 4 ครั้งใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง (Lewis et al., 1991) ส่วนโปรแกรมที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักร่วมกับการฝึกปฏิบัติทักษะ ใช้เวลาตั้งแต่ 1 วันถึง 2 วัน โดยโปรแกรม 1 วันเป็นโปรแกรมฝึกปฏิบัติทักษะในการสื่อสารกับทีมสุขภาพและผู้ดูแลอื่น (Buelow, 2007) ส่วนโปรแกรมที่ใช้เวลา 2 วัน จะแบ่งออกเป็นวันละ 7-8 ชั่วโมง โดยวันแรกเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา หลังจากนั้นวันที่สองเป็นการพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการ (Jantzen et al., 2009; Shore et al., 2008) ส่วนโปรแกรมที่จัดเป็นฐานความรู้ต่าง ๆ นั้น ไม่ได้ระบุเวลาในการจัดโปรแกรม

4.2.2.4 ผู้ดำเนินโปรแกรม มีหลากหลายทั้ง พยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพ ได้แก่แพทย์ นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ ผู้เชี่ยวชาญในการทำ EEG ดังนี้

พยาบาลเป็นผู้ดำเนินโปรแกรมเพียงลำพัง มีจำนวน 2 เรื่อง ได้แก่โปรแกรมที่เป็นการแจกหนังสือเล่มเล็กให้อ่านแล้วสอนเสริม และโปรแกรมที่ส่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักไปให้ที่บ้าน (Austin et al., 2002 ; Priyadarshini, & Roach, 2010)

พยาบาลเป็นผู้ดำเนินโปรแกรมร่วมกับทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ร่วมกัน เป็นโปรแกรมที่ให้ผู้ดูแลเข้ากลุ่มอภิปราย มีจำนวน 2 เรื่อง (Below, 2007; Jantzen et al, 2009)

ผู้เชี่ยวชาญในการทำ EEG เป็นผู้ดำเนินโปรแกรมที่ให้ความรู้เรื่อง EEG พบจำนวน 1 เรื่อง (Arhan et al., 2009) และการจัดกิจกรรมพื้นฐานต่าง ๆ ผู้ที่ทำหน้าที่นำกลุ่มต้องผ่านการอบรม มีงานวิจัยทั้งจำนวน 1 เรื่อง (Wohlrab et al., 2007) นอกจากนี้มีงานวิจัยอีก 3 เรื่อง ไม่ระบุผู้ดำเนินโปรแกรม (Lewis et al., 1991; Shore et al., 2002; Vona et al., 2009)

4.2.2.5 สถานที่ในการจัดโปรแกรม ส่วนใหญ่จัดที่โรงพยาบาล ได้แก่ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกภายในคลินิกระบบประสาท หรือศูนย์โรคลมชัก จำนวน 7 เรื่อง (Arhan et al., 2009; Below, 2007; Jantzen et al, 2009; Lewis et al., 1991; Priyadarshini, & Roach, 2010; Shore et al., 2002; Vona et al., 2009) มี 1 เรื่องให้ความรู้โดยการส่งเอกสารข้อมูลไปให้ที่บ้านของผู้ป่วย (Austin et al., 2002) และมี 1 เรื่องที่ไม่ได้ระบุสถานที่ในการจัดโปรแกรม (Below, 2007)

สรุป ผลการศึกษาโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก แบ่งออกเป็น โปรแกรมรายบุคคลและโปรแกรมรายกลุ่ม เนื้อหาในโปรแกรมประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคลมชัก กลยุทธ์การพูดคุยกับแพทย์ ปัญหาการดูแลและอารมณ์ของเด็กและผู้ดูแล และวิธีการจัดการปัญหา โดยใช้วิธีการให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่มและการฝึกปฏิบัติ ระยะเวลาตามแต่ละวิธีการ อยู่ระหว่าง 30 นาทีถึง 16 ชั่วโมง โดยพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ได้รับการฝึกอบรมสามารถเป็นผู้ดำเนินโปรแกรม สถานที่ส่วนใหญ่คือหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ผลของโปรแกรมช่วยเพิ่มความรู้ พัฒนาทักษะลดความวิตกกังวล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและเด็ก ผู้ดูแลต้องการข้อมูลและการช่วยเหลือลด และปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลลดลง ดังสรุปในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 โปรแกรมการดูแลเด็กโรคลมชัก สำหรับผู้ดูแล

รูปแบบของโปรแกรมการดูแล									
เรื่องที่	รายบุคคล				รายกลุ่ม				
	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ระยะเวลา	สื่อ/อุปกรณ์ ที่ใช้	ผู้ดำเนิน โปรแกรม	สถานที่	
	ใช้การ สื่อสาร	ใช้การ สื่อสาร	ใช้การ สื่อสาร	ควบคู่การ ฝึกปฏิบัติ					
	ทางเดียว	สองทาง	สองทาง	สองทาง					
1. Impact of children's epilepsy program on parents. (Lewis et.al., 1991)	-	-	✓	-	6 ชั่วโมง	การ์ดความรู้	ไม่ระบุ	OPD	เพิ่มความรู้อลดความวิตกกังวล
2. A feasibility study of family seizure management program: 'Be Seizure Smart' (Austin et.al., 2002)	-	✓	-	-	3-4 เดือน	ส่งเนื้อหาข้อมูลไปทางจดหมาย	พยาบาล	บ้านผู้ป่วย	เพิ่มความรู้อลดความวิตกกังวลเพิ่มคุณภาพชีวิตลดความต้องการข้อมูล

ตารางที่ 4.2 โปรแกรมการดูแลเด็กโรคลมชัก สำหรับผู้ป่วย (ต่อ)

รูปแบบของโปรแกรมการดูแล										
เรื่องที่	รายบุคคล					รายกลุ่ม				
	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ระยะเวลา	สื่อ/อุปกรณ์ ที่ใช้	ผู้ดำเนิน โปรแกรม	สถานที่	
	ใช้การ สื่อสาร	ใช้การ สื่อสาร	ใช้การ สื่อสาร	ใช้การ สื่อสาร	ให้ความรู้ ควบคู่การ ฝึกปฏิบัติ					
	ใช้การ สื่อสาร	ใช้การ สื่อสาร	ใช้การ สื่อสาร	ใช้การ สื่อสาร	ใช้การ สื่อสาร					
3. The Seizure and Epilepsy Education (SEE) Program for families of children with epilepsy: A preliminary study. (Shore et.al., 2008)	-	-	-	-	✓	2 วัน 16 ชั่วโมง	คอมพิวเตอร์ วิดีโอเทปการ สาธิต บทบาท สมมติ	ไม่ระบุ	OPD	เพิ่มความรู้อ ลดความวิตก กังวล เพิ่มคุณภาพ ชีวิต ลดปัญหาทาง อารมณ์ผู้ดูแล เพิ่มความรู้อ ลดความวิตก กังวล พัฒนาทักษะ การจัดการกับ อารมณ์ของเด็ก
4. FLIP&FLAP-A training programme for children and adolescents with epilepsy, and their parents. (Jantzen et.al., 2009)	-	-	-	✓	-	2 วัน 14-16 ชั่วโมง	คอมพิวเตอร์	แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคม สงเคราะห์ ครั้งละ2คน	OPD	

ตารางที่ 4.2 โปรแกรมการดูแลเด็กโรคลมชัก สำหรับผู้ดูแล (ต่อ)

รูปแบบของโปรแกรมการดูแล												
เรื่องที่	รายบุคคล				รายกลุ่ม				ผลลัพธ์ของโปรแกรม			
	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ให้ความรู้				
	ใช้การสื่อสาร	ใช้การสื่อสาร	ใช้การสื่อสาร	ใช้การสื่อสาร	ใช้การสื่อสาร	ใช้การสื่อสาร	ใช้การสื่อสาร	ใช้การสื่อสาร				
	สื่อสาร	สื่อสาร	สื่อสาร	สื่อสาร	สื่อสาร	สื่อสาร	สื่อสาร	สื่อสาร				
	เชิงเดี่ยว	สองทาง	✓	-	-	-	30-45 นาที	หนังสือเล่มเล็ก	พยาบาล	OPD	สถานที่	
5. Effectiveness of an educational programme on epilepsy care and home management for mothers. (Priyadarshini, S. & Roach, E.J., 2010)												เพิ่มความรูู้
6An intervention for parents of children with epilepsy and significant learning problem: lessons learned from a feasibility study. (Buelow, J.M.,2007)							1 วัน	หนังสือเล่มเล็ก	แพทย์ พยาบาล	OPD		ได้แนวทางการจัดโปรแกรมพัฒนาทักษะการสื่อสาร

ตารางที่ 4.2 โปรแกรมการดูแลเด็กโรคลมชัก สำหรับผู้ป่วย

รูปแบบของโปรแกรมการดูแล								
เรื่องที่	รายบุคคล				รายกลุ่ม			
	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ระยะเวลา	สื่อ/อุปกรณ์ ที่ใช้	ผู้ดำเนิน โปรแกรม	สถานที่
	ใช้การ สื่อสาร	ใช้การ สื่อสาร	ใช้การ สื่อสาร	ควบคุมการ ฝึกปฏิบัติ				
ทางเดียว	สองทาง	สองทาง	สองทาง	สองทาง				
7.Famoses: A modular educational program for children with epilepsy and their parent. (Wohlrab , G.C. et.al., 2007)	-	-	✓	-	60-90 นาที	จัดเป็น ฐานความรู้	ผู้ที่ได้รับ การอบรม	ไม่ระบุ
8.Assessment of mother's knowledge and perceptions of electroencephalography and determination of the short-term effect of an informational leaflet. (Arhan, E. et.al., 2009)	✓	-	-	-	ไม่ระบุ	แผ่นพับ ข้อมูล	ผู้เชี่ยวชาญ การทำ EEG	EEG center เพิ่มความรู้

ตารางที่ 4.2 โปรแกรมการดูแลเด็กโรคลมชัก สำหรับผู้ดูแล

เรื่องที่	รูปแบบของโปรแกรมการดูแล						
	รายบุคคล		รายกลุ่ม				ผลลัพธ์ของโปรแกรม
	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ให้ความรู้	ระยะเวลา	สื่ออุปกรณ์ที่ใช้	
	ใช้การสื่อสาร	ใช้การสื่อสาร	ใช้การสื่อสาร	ให้ความรู้ควบคู่การฝึกปฏิบัติ			
	ทางเดียว	สองทาง	สองทาง	สองทาง			
9. Obstacles to mental health care in pediatric epilepsy: Insight from parent. (Vona, P. et.al., 2009)	✓	-	-	-	ไม่ระบุ	แผ่นพับข้อมูล	ไม่ระบุ OPD เพิ่มความรู็

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990-2012 นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ผล และประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยจำแนกผลการศึกษาออกเป็น 2 ประเด็น การอภิปรายผลการศึกษาสามารถแบ่งออกได้ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย
2. รูปแบบและองค์ประกอบของโปรแกรมการดูแลเด็กโรคลมชักสำหรับผู้ดูแล
 - 2.1 ลักษณะของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่เข้าร่วมโปรแกรม
 - 2.2 รูปแบบและผลของโปรแกรม

คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 9 เรื่อง ทั้งหมดเป็นการศึกษาในต่างประเทศ เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยใช้หลักเกณฑ์การประเมินของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ศาสตร์ (2544) พบงานวิจัยระดับ A ที่เป็นเชิงทดลอง ชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized control trials) จำนวน 1 เรื่อง (Lewis et al., 1991) พบงานวิจัยระดับ B ที่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) จำนวน 6 เรื่อง (Austin et al., 2002 ; Shore, Perkins & Austin, 2008 ; Jantzen et al., 2009 ; Priyadarshini, & Roach, 2010 ; Arhan et al., 2009 ; Vona et al., 2009; Wohlrab et al., 2007) จะเห็นได้ว่างานวิจัยที่นำมาศึกษานี้ มีคุณภาพงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ โดยงานวิจัยที่นำมาศึกษานี้มีเนื้อหาที่ครอบคลุมและสนับสนุนไปในทางเดียวกัน สามารถนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติได้

แต่อย่างไรก็ตามบางการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเล็ก หากมีการวิจัยซ้ำโดยมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น จะทำให้งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีคุณภาพมากขึ้น

รูปแบบและองค์ประกอบของโปรแกรมการดูแลเด็กโรคลมชัก สำหรับผู้ดูแล

ลักษณะของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่เข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม คือผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ได้แก่ บิดา มารดา หรือเครือญาติ ซึ่งมีความใกล้ชิดกับเด็ก ความสัมพันธ์ดังกล่าวทำให้ดูแลเด็กด้วยความตั้งใจ มีความทุ่มเทอย่างเต็มที่ ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 18 ถึง 50 ปีจัดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีความมั่นคงทางจิตใจ มีพัฒนาการทางความคิดและสติปัญญาที่สมบูรณ์ เหมาะแก่การจดจำประสบการณ์จากการเรียนรู้ เป็นวัยที่มีความกระตือรือร้น มีความสนใจและมีสมาธิมากกว่าวัยรุ่น (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) ดังนั้นการจัดโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลจึงมีความเหมาะสม แต่หากกลุ่มผู้ดูแลเป็นวัยรุ่นต้องทำโปรแกรมให้เข้าถึงและน่าสนใจมากขึ้น

รูปแบบและผลของโปรแกรม

จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบการศึกษาที่เกี่ยวข้องจำนวน 9 เรื่อง รูปแบบของโปรแกรมมีดังนี้

ลักษณะของโปรแกรม สามารถแบ่งโปรแกรมออกเป็น โปรแกรมรายบุคคล (Individualized Program) และโปรแกรมรายกลุ่ม (Group Program)

1) โปรแกรมรายบุคคล (Individualized Program) เป็นการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ดูแลโดยตรงได้เร็วที่สุด สามารถทำได้ทุกเวลาที่สะดวก ทุกสถานที่ ทุกโอกาส ทำให้ผู้รับเกิดความพึงพอใจ สามารถสังเกตพฤติกรรมผู้ดูแลได้ง่าย และประเมินผลการรับรู้ได้ชัดเจน (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) การให้ความรู้แบบรายบุคคลนี้มีข้อจำกัดที่จะทำได้ครั้งละ 1 คน โปรแกรมที่ใช้รูปแบบสื่อสารทางเดียว (One-way Communication) ผู้ดูแลจะไม่มีโอกาสได้สอบถามหรือปรึกษาหารือ แต่โปรแกรมที่ใช้การสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) ผู้ดูแลจะมีโอกาสได้ซักถามความเข้าใจได้ตามต้องการมากกว่า (บุญศรี ปราบณศักดิ์ และศิริพร จิรวรรณกุล, 2538) ซึ่งผลการศึกษาพบว่านอกจากสามารถเพิ่มความรู้แล้วยังจัดการทางอารมณ์ได้ดีขึ้นด้วย

2) โปรแกรมรายกลุ่ม ใช้การดำเนินโปรแกรมแบบอภิปรายกลุ่ม เป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้ให้และผู้รับเป็นศูนย์กลางร่วมกัน มีการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็น ได้ร่วมอภิปราย ได้รับฟังความคิดเห็นจากกลุ่ม ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้น (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) โปรแกรมรายกลุ่ม เหมาะกับผู้ที่ปัญหาสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน สนใจในเรื่องเดียวกัน วิธีการนี้เหมาะสำหรับกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ในการอภิปรายกลุ่มผู้ดูแลได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น ลักษณะวิธีการนี้จะก่อให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ดีได้ (อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) ดังนั้นผู้ดำเนินโปรแกรมต้องควบคุมการอภิปรายให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโปรแกรม กระตุ้นให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึงและมีส่วนร่วมในกิจกรรม และผู้ดำเนินกลุ่มควรได้รับการอบรมก่อน

ส่วนโปรแกรมแบบกลุ่มควบคุมการฝึกปฏิบัติ (Educational and Training Program) จะทำให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์ตรง จึงทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในเรื่องที่ฝึกปฏิบัติมากยิ่งขึ้น (อภินันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) ดังนั้นหากต้องการเพิ่มทักษะการจัดการกับอารมณ์ เพิ่มทักษะการสื่อสาร หรือเรื่องที่เฉพาะเจาะจงเหมาะที่จะใช้รูปแบบนี้ แต่อย่างไรก็ตามการฝึกปฏิบัติจะใช้เวลามากจึงเหมาะสำหรับผู้ดูแลที่มีเวลาและสามารถนัดรวมกลุ่มกันได้

ผลของโปรแกรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มสามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชักที่ถูกต้อง จะสามารถเพิ่มระดับความรู้ของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในเรื่องโรค และแนวทางการรักษามากขึ้น มีการปฏิบัติการดูแลได้อย่างถูกต้อง พัฒนาในสิ่งที่ไม่รู้ ทำให้เกิดความเข้าใจ รู้สึกสบายใจมากขึ้น ความวิตกกังวลหรือความเครียดจึงลดลงได้ (Huggett, 2001) เด็กโรคลมชักหากควบคุมการชักได้ดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีบทบาททางสังคม มีเพื่อน สุขภาพจิตที่ดี ปัญหาทางอารมณ์ของผู้ดูแลจึงลดลง ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลเพียงพอ มีความเข้าใจการรักษามากขึ้น มีแหล่งสนับสนุนความต้องการข้อมูลอื่นก็จะลดลง

สื่อหรืออุปกรณ์ที่ใช้พบว่ามีหลากหลาย ได้แก่ การเลือกใช้แผ่นพับนั้น เนื้อหาต้องกระชับ ครอบคลุม เน้นเนื้อหาที่สำคัญและเข้าใจง่าย ข้อจำกัดคือใส่เนื้อหาได้น้อยจึงเหมาะกับเรื่องที่เป็นเรื่องเฉพาะเน้นขั้นตอนการปฏิบัติ เช่นวิธีการตรวจต่างๆ หรือวิธีการช่วยเหลือเบื้องต้น เป็นต้น การใช้หนังสือเล่มเล็กสามารถรวบรวมเนื้อหาข้อมูลได้มาก และผู้ดูแลสามารถนำกลับมาทบทวนใหม่ได้ แต่มีข้อจำกัดคือผู้ดูแลจะต้องอ่านหนังสือได้และมีค่าใช้จ่ายในการพิมพ์ การใช้วิดีโอแสดงความแตกต่างของการชัก การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการให้บรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ภาพและเสียงจะเป็นสื่อที่กระตุ้นให้เกิดความสนใจ (วิณา จิระแพทย์, 2544) จึงเหมาะที่จะใช้กับเนื้อหาที่อธิบายได้ยาก เช่น ลักษณะอาการชักต่างๆ การใช้วิดีโอและคอมพิวเตอร์นี้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น ส่วนการจัดกิจกรรมที่เป็นฐานต่างๆเป็นกิจกรรมที่จะกระตุ้นให้ผู้ดูแลสนใจ สนุกสนาน รู้สึกมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น การจัดกิจกรรมแบบนี้ยังไม่มีใช้ในประเทศไทย จึงควรนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลในประเทศไทยให้กว้างขวางมากขึ้น

เนื้อหาในโปรแกรม จากการศึกษาพบว่าเนื้อหาในแต่ละโปรแกรมมีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งเนื้อหาเหล่านี้เป็นข้อมูลที่คุณครูจะต้องทราบและเป็นข้อมูลที่ตรงกับความต้องการการดูแลของคุณครูเด็กโรคลมชัก (Beulow et. al., 2006; Shore et. al., 1998; Shore et. al., 2009; Wo et. al., 2008) จากการศึกษาของผกายมาศ กิตติวิทยากุลและวันดี ชุณหวิภิกสิต (2551) ที่ศึกษาความต้องการของคุณครูเด็กโรคลมชักและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการ โดยศึกษาในคุณครูจำนวน 130 ราย ผลการศึกษาพบว่า คุณครูเด็กโรคลมชักต้องการทราบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นการจัดให้มีเนื้อหาในโปรแกรมตรงตามความต้องการของคุณครูย่อมทำให้เกิดความพึงพอใจ และเกิดประโยชน์สูงสุด

ระยะเวลา โปรแกรมรายบุคคลใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อราย เหมาะสมกับคุณครูที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากเป็นวัยที่มีความกระตือรือร้น และมีความสนใจต่อการรับรู้มากกว่าวัยเด็ก และผู้สูงอายุ (อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) แต่ต้องระมัดระวัง หากใช้เวลามากเกินไป อาจทำให้คุณครูเกิดความเบื่อหน่ายหรือหมดความรู้สึกสนใจได้ โปรแกรมรายบุคคลนี้เหมาะสมกับคุณครูที่มีเวลาน้อย หรือมีเวลาว่างจำกัด หรือมีเวลาไม่พร้อมกันกับบุคคลอื่น โดยช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดคือ ช่วงเช้าเนื่องจากผู้ฟังยังมีความสดชื่น กระฉับกระเฉงและตื่นตัว (อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) ส่วนโปรแกรมที่เป็นการอภิปรายกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ใช้เวลาภายใน 1 วัน ส่วนโปรแกรมแบบกลุ่มที่ฝึกปฏิบัติร่วมด้วย ใช้เวลาเฉลี่ย 2 วัน รวมทั้งสิ้น 14-16 ชั่วโมง ซึ่งการใช้วิธีการจัดเป็นโปรแกรมรูปแบบนี้ ที่มีทั้งการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการฝึกปฏิบัติ คุณครูจะได้รับความรู้และทักษะ แต่จะใช้เวลาก่อนข้างมาก เหมาะกับคุณครูที่มีเวลา และควรได้รับความร่วมมือจากทีมสุขภาพในการจัดโครงการ

ผู้ดำเนินโปรแกรม โปรแกรมที่เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักโดยการสอนและมีการใช้สื่อประกอบนั้น พยาบาลสามารถดำเนินโปรแกรมเพียงลำพัง ส่วนโปรแกรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการทำ EEG มีผู้เชี่ยวชาญในการทำ EEG เป็นผู้ดำเนินโปรแกรม แต่อย่างไรก็ตาม หากนำมาประยุกต์ใช้โดยพยาบาลก็สามารถเป็นผู้ดำเนินโปรแกรมเองก็สามารถทำได้ ส่วนโปรแกรมที่เป็นการอภิปรายกลุ่มและฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการทางอารมณ์และทักษะการสื่อสาร พยาบาลสามารถดำเนินโปรแกรมร่วมกับสหวิชาชีพและนักจิตวิทยาเข้าร่วมด้วย ระหว่างดำเนินโปรแกรมจะต้องมีผู้เชี่ยวชาญในกระบวนการกลุ่มควบคุมให้การสนทนาและการฝึกปฏิบัติอยู่ในขอบเขต ตรงตามวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ก็จะทำให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น การจัดโปรแกรมลักษณะนี้จะใช้เวลา งบประมาณ หรือบุคลากรค่อนข้างมากและต้องการความร่วมมือ

สถานที่ในการจัดโปรแกรม คือคลินิกระบบประสาท หรือศูนย์โรคลมชักในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยต้องมารับการตรวจกับแพทย์ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอยู่แล้ว ดังนั้นการจัด

กิจกรรมที่คลินิกจึงเป็นการสะดวกแก่ผู้ดูแลที่จะเข้าร่วมกิจกรรม แต่ทั้งนี้จะต้องมีสถานที่จัดโปรแกรมที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่ถูกรบกวนจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอื่นๆ สะดวกในการใช้สื่อและอุปกรณ์ สอดคล้องกับจวี มากพุ่ม (2536) แนะนำว่าการจัดโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลหรือผู้ป่วยควรเหมาะสมกับเวลา หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล หรืออยู่ในภาวะวิกฤต สถานที่สิ่งแวดล้อมและบุคคลเหมาะสม แต่การจัดโปรแกรมในขณะรอตรวจตามนัดนั้นผู้ดูแลบางคนอาจไม่สะดวกเนื่องจากไม่มีที่รับฝากเด็ก

กรณีที่ผู้ดูแลมีเวลาว่างไม่ตรงกัน ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมด้วยกันได้ อาจจัดโปรแกรมที่บ้าน ดังเช่นการศึกษาของออสตินและคณะ (Austin et al., 2002) ที่เลือกใช้การส่งเอกสารข้อมูลไปให้ผู้ดูแลที่บ้าน เนื่องจากโปรแกรมเป็นเพียงการสนับสนุนให้ความรู้ ไม่ได้มีการฝึกปฏิบัติ จึงสะดวกที่ใช้รูปแบบนี้ แต่ต้องมีการติดตามว่าผู้ดูแลได้รับเอกสารครบถ้วนหรือไม่ มีข้อสงสัยหรือข้อซักถามใด ต้องมีการชี้แจงรายละเอียดที่ถูกต้อง และกรณีการให้ข้อมูลที่เฉพาะเรื่องสั้นๆ เช่นการให้ข้อมูลการทำ EEG ก็จัดสถานที่โดยเลือกใช้ EEG center ได้ (Arhan et al., 2009)

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลและประเด็นต่างๆ นำองค์ความรู้ที่ได้มาพัฒนาแนวทางในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลในการให้ข้อมูลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักต่อไป ซึ่งบทนี้จะนำเสนอเกี่ยวกับ สรุปผลการศึกษา ข้อจำกัดของการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในส่งเสริมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักครั้งนี้ สืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ ค้นคว้าจากห้องสมุดและแหล่งข้อมูลของหน่วยงานสถาบันที่เกี่ยวข้อง โดยการสืบค้นด้วยมือ และการสืบค้นผ่านทาง website จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Pubmed, CINAHL, Scopus, Science Direct คำสำคัญ (key word) ที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัย ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก Epilepsy and education/ program and parent/ caregiver/ family โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกดังนี้ เลือกรงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการดูแลเด็กโรคลมชัก เป็นงานวิจัยหรือการศึกษาที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทย และมีรายงานวิจัยฉบับเต็ม (full text) เป็นการศึกษาที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ.1990-2012

จากการศึกษาพบงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์ทั้งหมด 9 เรื่อง เป็นงานวิจัยระดับ A (Randomized control trial) จำนวน 1 เรื่อง ระดับ B (Quasi experimental research) จำนวน 8 เรื่อง ซึ่งทั้งหมดเป็นการศึกษาในต่างประเทศ โดยสามารถนำผลการศึกษามาวิเคราะห์ และสรุปเป็นสาระสำคัญ ดังนี้

โปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก เป็นการศึกษาในผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่มีอายุต่ำกว่า 16 ปี ผู้ดูแลเด็กมีทั้งเพศชายและเพศหญิง ไม่จำกัดอาชีพหรือการศึกษา ส่วนใหญ่เป็น

มารดาที่มีอายุระหว่าง 18-50 ปี อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ในการจัดโปรแกรมที่มีการเข้ากลุ่มควรจัดให้มีอายุ วัย และเชื้อชาติใกล้เคียงกัน

ลักษณะของโปรแกรม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่ โปรแกรมรายบุคคล (Individualized Program) โดยแบ่งย่อยเป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้แบบสื่อสารทางเดียว (One-way Communication) กับโปรแกรมการที่ให้ความรู้แบบสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) และโปรแกรมรายกลุ่ม (Group Program) แบ่งย่อยเป็นโปรแกรมที่มีการให้ความรู้แบบการสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) กับโปรแกรมที่มีการให้ความรู้ควบคู่การฝึกปฏิบัติ (Educational and Training Program) ผลของโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ผู้ดูแลมีทักษะการดูแลและการสื่อสารเพิ่มขึ้น ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล ผู้ดูแลและเด็กมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลลดลงและผู้ดูแลต้องการข้อมูลและการช่วยเหลือลดลง โปรแกรมมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคลมชัก ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรมตั้งแต่ 30 นาทีถึง 16 ชั่วโมง โดยพยาบาลสามารถเป็นผู้ดำเนินโปรแกรมเพียงลำพังหรือดำเนินโปรแกรมร่วมกับทีมสหสาขา สถานที่ในการจัดโปรแกรมคือหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกภายในคลินิกระบบประสาท หรือศูนย์โรคลมชัก กรณีที่ผู้ดูแลมีเวลาว่างไม่ตรงกัน ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมด้วยกันได้ อาจเลือกใช้การส่งเอกสารข้อมูลต่างไปให้ผู้ดูแลที่บ้าน

สรุป จากการศึกษาวิเคราะห์ผ่านวิจัยทั้ง 9 เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลเด็กโรคลมชักสำหรับผู้ดูแล สามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักและผู้ดูแลมีทักษะการดูแลและการสื่อสารเพิ่มขึ้น ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและเด็กโรคลมชักผู้ดูแลต้องการข้อมูลหรือการช่วยเหลือลดลง และปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลลดลง ซึ่งการนำมาใช้ต้องประยุกต์ให้เหมาะกับสังคม วัฒนธรรม และบริบทของแต่ละกลุ่มผู้ดูแล โดยต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้ดำเนินโครงการในการดำเนินกิจกรรม

ข้อจำกัดของงานวิจัยที่ศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษางานวิจัยที่มีการตีพิมพ์ฉบับเต็มเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น ทำให้มีข้อจำกัดในการค้นคว้า เนื่องจากงานวิจัยบางฉบับได้มีการตีพิมพ์เป็นภาษาอื่น และบางงานวิจัยไม่มีฉบับเต็ม และงานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรมบางเรื่องไม่ได้ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินโครงการ เนื้อหาของโปรแกรม จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปประยุกต์ใช้

ข้อเสนอแนะ

1) การนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมต่าง ๆ ที่นำมาทบทวนวรรณกรรมนั้นช่วยเพิ่มความรู้ ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กและผู้ดูแล จึงควรนำโปรแกรมเหล่านี้มาใช้กับผู้ดูแล โดยเลือกลักษณะของโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ดูแล สำหรับผู้ดูแลที่ไม่มีเวลาหรือไม่สามารถจัดรวมกลุ่มได้ ควรเลือกใช้โปรแกรมรายบุคคล ซึ่งการใช้โปรแกรมที่ให้ความรู้แบบสื่อสารสองทางจะเกิดประโยชน์สูงสุดเนื่องจากผู้ดูแลสามารถสอบถามเกี่ยวกับปัญหากับผู้ดำเนินโปรแกรมได้ทันที ส่วนกรณีที่สามารถรวมกลุ่มผู้ดูแลได้ควรเลือกใช้โปรแกรมแบบกลุ่มเนื่องจากสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์จากผู้ดูแลด้วยกันได้ หากต้องการส่งเสริมทักษะหรือความรู้ความเข้าใจในปัญหาที่เฉพาะเจาะจงควรเลือกใช้การฝึกปฏิบัติทักษะ

2) ควรมีการพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลเด็กโรคลมชักสำหรับผู้ดูแลต่อไป

3) งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ในครั้งนี้เป็นงานวิจัยในต่างประเทศ ซึ่งอาจมีบริบททางสังคมและระบบสาธารณสุขที่แตกต่างจากประเทศไทย สำหรับประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการให้ความรู้ พัฒนาทักษะ และลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก จึงควรทำการศึกษาในบริบทของประเทศไทย และควรเป็นการศึกษาที่แยกเป็นกลุ่มผู้ดูแลวัยเดียวกัน หรือในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชักแบบเดียวกัน

4) งานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมต่อความรู้ของผู้ดูแล ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมต่อตัวแปรทางด้านอารมณ์และจิตสังคมของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น และควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมต่อการปฏิบัติการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก
A SYSTEMATIC REVIEW OF CARE PROGRAMS FOR CAREGIVERS OF CHILDREN
WITH EPILEPSY.

พจนีย์ ดำรงรักษ์ 5236431 RAPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, Ph.D. (NURSING), อัจฉริยา ปทุมวัน,
Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

โรคลมชัก (Epilepsy) เป็นโรคระบบประสาทในเด็กที่พบบ่อย ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของโรคลมชักในเด็กแรกเกิดถึง 17 ปี 6.3 ต่อประชากร 1,000 คน ในประเทศอินเดียพบความชุกของโรคลมชักในเด็กอายุ 1 ปีถึง 18 ปี 6.24 ต่อประชากร 1,000 คน (Shiley & Kandyce, 2012) ในประเทศไทยจากการสำรวจความชุกของโรคลมชักทุกกลุ่มอายุพบ 7-7.2 ต่อประชากร 1,000 คน (อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ และคณะ, 2544 ; Asawavichaienjinda, Sittiamorn, & Tanyanont, 2002) ถึงแม้ยังไม่พบการศึกษาความชุกของโรคลมชักในเด็ก แต่จากการสำรวจจำนวนเด็กโรคลมชักที่มารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่ามีเด็กโรคลมชักจำนวนมากมารับการรักษาในแต่ละปี ดังเช่น สถาบันประสาทวิทยา ปี พ.ศ.2550 ถึง พ.ศ.2552 พบผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอายุแรกเกิดถึง 15 ปี จำนวนเฉลี่ย 1,887 คนต่อปี (คลินิกกุมารประสาทวิทยา สถาบันประสาท, 2554) และในโรงพยาบาลรามาริบัติ ปี พ.ศ.2554 ถึง พ.ศ.2556 มีผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอายุแรกเกิดถึง 15 ปีมารับการรักษาเฉลี่ยปีละ 828 คน (หน่วยบริการข้อมูล ฝ่ายเวชสารสนเทศ โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2557)

โรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อเด็กหลายด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย พฤติกรรมและอารมณ์และสังคม เมื่อเกิดการชักเด็กมักไม่ทราบล่วงหน้าและไม่รู้สาเหตุ อาจเกิด

อุบัติเหตุจนได้รับบาดเจ็บ และอาจเกิดการสำลักนมหรือเศษอาหารเข้าสู่ปอด จนทำให้เกิดปอดอักเสบตามมา ในขณะที่เด็กโรคลมชักหลายรายจะหยุดหายใจ ทำให้ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หากมีการชักเป็นเวลานานสมองอาจขาดออกซิเจน เกิดความพิการของสมองหรือเสียชีวิตได้ (จริยา วิริยะศุภร, 2546) จากการศึกษาพบว่าเด็กโรคลมชักมักมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง มีสมาธิสั้น มีปัญหาการเข้าสังคม ซึมเศร้า วิตกกังวล (Bander & Littlejohn, 2004) ไม่ชอบสูงลิ่วหรือเล่นกับเด็กคนอื่น (Freilinger et al., 2006) นอกจากนี้การที่เด็กได้รับยากันชักยังทำให้เกิดผลข้างเคียงต่างๆ เกิดอาการง่วงซึม ขาดความอดทน ขาดความสนใจในการเรียน บางรายต้องเข้าเรียนในห้องเรียนพิเศษ (Wagner et al., 2009) มีอาการเวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน สูญเสียการทรงตัว หรือมีกระบวนการรับรู้เปลี่ยนแปลง รบกวนการนอนหลับทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอเป็นต้น (Diana & Ellen, 2008)

โรคลมชักเป็นโรคที่รักษาได้ การรักษาส่วนใหญ่จะให้ยากันชัก ผู้ป่วยร้อยละ 60-70 ที่ได้รับยาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง จะสามารถหายจากโรคได้ (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544) จากการศึกษาพบว่า เด็กโรคลมชักที่สามารถควบคุมการชักได้ดี จะมีคุณภาพชีวิต สุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ควบคุมอาการชักไม่ได้ (Lv et al., 2009 แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับยากันชักไม่ถูกต้องหรือไม่ได้รับยาไม่ครบถ้วน จะทำให้ควบคุมอาการชักไม่ได้ ทำให้การรักษาเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น เด็กโรคลมชักจึงต้องรับประทานยากันชักอย่างครบถ้วนและสม่ำเสมอ (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544) แต่เนื่องจากเด็กเป็นวัยที่ต้องพึ่งพา ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ เด็กโรคลมชักจึงต้องพึ่งพาผู้ดูแล

การดูแลเด็กโรคลมชัก นอกจากจะต้องดูแลให้รับประทานยาอย่างถูกต้องแล้ว ผู้ดูแลจะต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยากันชักที่อาจเกิดขึ้น หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการชัก และป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการชักอีกด้วย นอกจากนี้การรักษาและการติดตามความก้าวหน้าของโรคลมชักจะต้องอาศัยอาศัยประวัติการชัก อาการและอาการแสดง แต่เนื่องจากเด็กขณะชักมักไม่รู้สึกรู้สีกตัว ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการชัก ตลอดจนอาการข้างเคียงของยาที่พบแก่แพทย์ ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กโรคลมชักได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาลในการดูแลเด็กโรคลมชัก ผู้ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก ยังไม่สามารถประเมินอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมาว่าเป็นการชักจริงหรือไม่ ทั้งผู้ดูแลเด็กที่มีความวิตกกังวลถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นภายหลังการชัก ผู้ดูแลบางรายค้นคว้าหาความรู้จากสื่อต่างๆด้วยตนเอง ทำให้เกิดความสับสน จากการศึกษาพบว่า บิดามารดาร้อยละ 42 ยังไม่ทราบวิธีการช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการชัก และกว่าครึ่งของพ่อแม่ที่ทราบวิธีการช่วยเหลือนั้นทราบวิธีที่ผิด (Hirfanoglu, et.al, 2008) ผู้ดูแลยังมีการเข้าไปเขย่าหรือพยายาม

ปลูกเด็กขณะกำลังชัก หรือการพยายามอ้าปากของผู้ป่วยเด็กเพื่อที่จะนำอุปกรณ์ต่างๆ ใส่เข้าไปในปากเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกัดฟัน (Huang, Liu, Huang, & Thomas, 2002) ผู้ดูแลหลายรายไม่ทราบผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยาชัก เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาผู้ดูแลไม่ได้ปรับเปลี่ยนยา เนื่องจากจัดยาตามความเคยชิน และยังพบว่าผู้ดูแลไม่มีเวลารับฟังคำแนะนำการใช้ยา ไม่ได้ให้ยาตรงตามเวลา จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตรงตามแผนการรักษา (สุณี เลิศสินอุดมและคณะ, 2551) ดังนั้นพยาบาลจึงควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ปัจจุบันมีงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักพบว่า ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและแนวทางการรักษามากขึ้น ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลเด็กมากขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้อง ทำให้สามารถควบคุมการชักได้ดี และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับเด็ก แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลเด็กโรคลมชักสำหรับผู้ดูแลในรูปแบบต่างๆ เหล่านี้ยังกระจัดกระจาย ไม่มีการทบทวนองค์ความรู้และสังเคราะห์อย่างเป็นระบบ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักอย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลเด็กโรคลมชักต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในประเด็นรูปแบบและองค์ประกอบของโปรแกรม

นิยามศัพท์

ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก หมายถึงผู้ดูแลหลักของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก

โรคลมชัก หมายถึงโรคที่ผู้ป่วยมีอาการชักซ้ำโดยที่ไม่มีปัจจัยกระตุ้น (provoking factor) ชัดเจน อาจพบพบพยาธิสภาพในสมองหรือไม่ก็ได้ (สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย, 2549)

โปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก หมายถึง วิธีการหรือกิจกรรมในการพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีทักษะหรือมีความสามารถในการดูแลเด็กโรคลมชัก

วิธีดำเนินการศึกษา

1. การสืบค้นและรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และทางการแพทย์ ได้แก่ Pubmed, CINAHL, Cochrane library, Scopus, Science Direct สืบค้นด้วยตนเอง(manual search) จากฐานข้อมูลห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น และห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และจากวารสารทางการแพทย์ ในห้องสมุด ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ห้องสมุดคณะสาธารณสุขศาสตร์ และห้องสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล คำสำคัญในการสืบค้นใช้กรอบแนวคิด PICO (Craig, 2002) ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก/ เด็กโรคลมชัก/ ลมบ้าหมู/ parent and epilepsy/ family and epilepsy/ caregiver and family /program/ education/knowledge/ anxiety/ quality of life เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือก ได้แก่ เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการดูแลเด็กโรคลมชัก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก มีการตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย และสามารถเข้าถึงรายงานวิจัยฉบับเต็ม (full text) เป็นงานวิจัยที่มีระดับBขึ้นไป ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่เพิ่มความรู้และผลลัพธ์ทางจิตสังคมของผู้ดูแล ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ.1990-2012 หากพบว่างานวิจัยซ้ำกันหลายฐานข้อมูล จะเลือกมา 1 ฐานข้อมูล และหากพบว่างานวิจัยใดไม่ตรงตามความต้องการจะถูกคัดออก

2. การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

ประเมินคุณภาพงานวิจัยตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) หลังจากนั้น ได้ดึงข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) โดยกำหนดขอบเขตของข้อมูล ได้แก่ วัตถุประสงค์ของงานวิจัย รูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิจัยหรือการจัดกระทำ ผลการวิจัย และข้อสรุปเพื่อนำไปใช้ แล้วนำไปวิเคราะห์สังเคราะห์ เพื่อสรุปเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ผลการศึกษา

1. คุณภาพงานวิจัย

จากการศึกษาได้งานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์ จำนวน 9 เรื่อง ทั้งหมดเป็นการศึกษาในต่างประเทศ เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัยพบว่า มีคุณภาพงานวิจัยในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง ระดับ B จำนวน 8 เรื่อง

2. รูปแบบและองค์ประกอบของโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถจำแนกผลการศึกษาออกเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ คุณภาพงานวิจัย รูปแบบและผลของโปรแกรมการดูแลเด็กโรคลมชักสำหรับผู้ดูแล ดังนี้

2.1 ลักษณะของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่เข้าโปรแกรม

จากงานวิจัยทั้งหมด 9 เรื่อง พบว่า ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดา จำนวน 7 เรื่อง (Arhan et al., 2009 ; Buelow, J.M. , 2010 ; Jantzen et al., 2009 ; Shore et.al., 2008 ; Lewis et.al., 1991 ; Priyadarshini, & Roach, 2010 ; Vona et.al., 2009) เป็นปู่ย่า ตา ยาย จำนวน 1 เรื่อง (Austin et.al., 2002) และไม่ระบุว่ามีความสัมพันธ์อย่างไรกับเด็กจำนวน 1 เรื่อง (Wohlrab et.al., 2007) ผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 18 ถึง 50 ปี (Arhan et al., 2009 ; Shore et.al., 2008 Priyadarshini, & Roach, 2010) มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมปลาย รองลงมาอยู่ในระดับชั้นมัธยมต้น (Arhan et al., 2009; Jantzen et al., 2009; Lewis et.al., 1991; Priyadarshini, & Roach, 2010; Shore et.al., 2008)

สำหรับเด็กโรคลมชัก พบว่า เป็นเด็กที่มีอายุระหว่าง 7-16 ปี จำนวน 3 เรื่อง (Buelow, 2010; Jantzen et al., 2009; Lewis et.al., 1991) อายุต่ำกว่า 13 ปี จำนวน 4 เรื่อง (Austin et al., 2002 ; Priyadarshini, & Roach, 2010; Shore, Perkins & Austin, 2008; Wohlrab et al., 2007) และไม่ได้ระบุอายุของเด็ก จำนวน 2 เรื่อง (Arhan et al., 2009; Vona et.al., 2009)

2.2 รูปแบบของโปรแกรม

2.2.1 ลักษณะของโปรแกรม มีทั้งโปรแกรมรายบุคคล (Individualized program) และโปรแกรมรายกลุ่ม (Group program) ดังนี้

2.2.1.1 โปรแกรมรายบุคคล (Individualized program) พบการศึกษาจำนวน 4 เรื่อง ทั้งหมดเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล โดยเป็นโปรแกรมให้ความรู้แบบการสื่อสารทางเดียว (One-way communication) และโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลแบบการสื่อสารสองทาง (Two-way communication) มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1.1.1 โปรแกรมที่ให้ความรู้

แบบการสื่อสารทางเดียว (One-way Communication) พบการศึกษาจำนวน 2 เรื่อง วิธีการคือ แจกแผ่นพับที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจ EEG ให้ผู้ดูแลได้อ่านก่อนที่เด็กจะเข้ารับรับการตรวจ EEG ผลของโปรแกรมพบว่า สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการตรวจ EEG (Arhan et al., 2009) ให้แก่ผู้ดูแล ส่วนอีกโปรแกรมหนึ่งเป็นการแจกแผ่นพับที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาการศึกษาของเด็ก โรคลมชัก อารมณ์ของมารดาที่สัมพันธ์กับควบคุมการชักไม่ได้ การจัดลำดับความสำคัญสำหรับเด็กของมารดา ตราบาปของเด็กโรคลมชัก ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญด้านปัญหาพฤติกรรมและการเรียนรู้ของเด็ก และแนวทางการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมและการเรียนรู้ของเด็ก โดยให้ผู้ดูแลอ่านในขณะรอตรวจที่คลินิกโรกระบบประสาท ผลของโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้ให้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางจิตใจของเด็กโรคลมชักและแนวทางการแก้ไข (Vona et al., 2009)

2.2.1.1.2 โปรแกรมที่มีการให้

ความรู้แบบการสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) พบการศึกษาจำนวน 2 เรื่อง วิธีการคือ แจกหนังสือเล่มเล็กที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคลมชัก การรักษา และภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ดูแลอ่าน และมีพยาบาลสอนเสริม พร้อมตอบข้อซักถามแก่ผู้ดูแล ผลของโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก (Priyadarshini, & Roach, 2010) และอีกโปรแกรมหนึ่งเป็นโปรแกรมที่เป็นการจัดส่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชักไปให้ผู้ดูแลที่บ้าน ภายหลังจากส่งข้อมูลไปแล้ว 2-4 สัปดาห์พยาบาลโทรศัพท์ติดตามเป็นรายบุคคล และตอบข้อซักถามเกี่ยวกับเนื้อหาความรู้ที่ได้รับหรือปัญหาเกี่ยวกับโรคลมชัก มีการจัดอภิปรายกลุ่มทางโทรศัพท์ (group telephone conference) ระหว่างผู้ดูแลที่มีประสบการณ์เดียวกัน เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ผลของโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กและผู้ดูแลโดยช่วยให้มีทัศนคติแง่บวก และบทบาทในครอบครัวเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชักและการต้องการช่วยเหลือลดลง (Austin et al., 2002)

2.2.1.2 โปรแกรมรายกลุ่ม พบการศึกษา

จำนวน 5 เรื่อง สามารถแบ่งเป็น โปรแกรมที่ให้ความรู้แบบการสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) และโปรแกรมที่มีการให้ความรู้ควบคู่การฝึกปฏิบัติ (Educational and Training Program)

2.2.1.2.1 โปรแกรมรายกลุ่มที่มี

การให้ความรู้แบบการสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) พบการศึกษาจำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ การให้ความรู้โดยใช้วิธีการอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นบุคลากร

ทางสุขภาพที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องของโรคและการรักษา แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับอาการชัก มีการเข้ากลุ่มเพียงครั้งเดียว ผลของโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล (Jantzen et al., 2009) อีกโปรแกรมเป็นโปรแกรมที่ใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มเช่นกัน โดยเข้ากลุ่ม 4 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ครั้งแรกเป็นการเข้ากลุ่มเพื่อทำความรู้จัก พูดคุยแลกเปลี่ยนเรื่องราวเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ผู้ดูแลและเด็ก ครั้งที่สองมีการยกปัญหาส่วนตัวและปัญหาครอบครัวขึ้นมาเพื่อการใช้กระบวนการตัดสินใจ ครั้งที่สามร่วมกันอภิปรายความเหมือนและความแตกต่างในบทบาทของแต่ละครอบครัว และครั้งสุดท้ายอภิปรายและสรุปบทบาทของผู้ดูแล ผลของโปรแกรมเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลและพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ของผู้ดูแล (Lewis et al., 1991) และโปรแกรมที่ผู้ดูแลทำกิจกรรมกลุ่มตามฐานต่างๆ จำนวน 6 ฐานที่ครอบคลุมเนื้อหา 6 หัวข้อคือ หลักการและเนื้อหาของโปรแกรม ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคลมชัก การตรวจวินิจฉัย การรักษา การทำนายโรค และการอยู่ร่วมกับโรคลมชักอย่างปกติสุข และในแต่ละฐานจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ดูแล ผลของโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล (Wohlrab et al., 2007)

2.2.1.2.2 โปรแกรมที่มีการให้

ความรู้ควบคู่การฝึกปฏิบัติ (Educational and Training Program) พบการศึกษาจำนวน 2 เรื่อง เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักร่วมกับการฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแล การให้ความรู้ใช้วิธีการบรรยายประกอบสื่อ ซึ่งนำเสนอโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (power point, computer graphic, animation) การใช้วิดีโอเทป และมีการฝึกปฏิบัติโดยการสาธิตและการเล่นบทบาทสมมติ ผลของโปรแกรมเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล เพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กและผู้ดูแล ลดปัญหาทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Shore et al., 2008) และโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติทักษะการสื่อสารกับทีมสุขภาพ ซึ่งมีการให้ความรู้โดยการแจกหนังสือเล่มเล็กที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคลมชัก และให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติโดยการแสดงบทบาทสมมติในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ ผลของโปรแกรมคือได้แนวทางการจัดโปรแกรมเพื่อพัฒนาการสื่อสาร (Beulow, 2007)

2.2.2 เนื้อหาในโปรแกรม จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก มีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อดังนี้

2.2.2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคลมชัก ประกอบด้วย คำจำกัดความ กลไกของการเกิดการชัก ชนิดและประเภทของการชัก สาเหตุ การสังเกต

อาการชัก ขั้นตอนการวินิจฉัย หัตถการที่ใช้ในการตรวจรักษา (Austin et al., 2002; Jantzen et al., 2009; Shore, Perkins & Austin, 2008; Priyadarshini, & Roach, 2010)

2.2.2.2 การตรวจวินิจฉัย ความสำคัญของการตรวจวินิจฉัย การตรวจพิเศษ EEG, MRI, PET, SPECT ขั้นตอนการทำ EEG (Arhan et al., 2009; Wohlrab et al., 2007)

2.2.2.3 แนวทางการรักษา และทางเลือกในการรักษา ได้แก่ การผ่าตัด การกระตุ้นประสาท อาหารลิโดเจนิค (Jantzen et al, 2009; Shore et al., 2008)

2.2.2.4 ยากันชัก การบริหารยาและการดูแลในการรับประทานยากันชัก ผลข้างเคียงจากยา การประเมินระดับยาในกระแสเลือด การช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการชัก (Jantzen et al, 2009; Shore et.al., 2008; Wohlrab et al., 2007)

2.2.2.5 การช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการชัก ความสำคัญของการสังเกตอาการชัก (Austin et al., 2002; Wohlrab et al., 2007)

2.2.2.6 เทคนิคการพูดคุยกับแพทย์ (Austin et al., 2002)

2.2.2.7 ปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลที่สัมพันธ์กับการชักของเด็ก เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความซึมเศร้า ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความรู้สึกผิด อึดอัด ความลำบากใจ และกลยุทธ์ในการจัดการกับอารมณ์ (Jantzen et al, 2009; Shore et al., 2008; Vona et al., 2009; Wohlrab et al., 2007)

2.2.2.8 ปัญหาด้านอารมณ์ของเด็กคำแนะนำสำหรับผู้ดูแลในการสนับสนุนทางอารมณ์ของเด็ก (Wohlrab et al., 2007)

2.2.2.9 ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาการเรียนรู้ของเด็ก และข้อมูลเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญที่จะช่วยประเมินและให้การรักษา (Vona et al., 2009)

2.2.2.10 กลยุทธ์การจัดการทางจิตใจและลดความวิตกกังวล (Austin et al., 2002) สำหรับผู้ปกครองเด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเรียน อยู่ชั้นเรียนล้าหลังจากเพื่อน รวมถึงการแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมข้อมูลต่างๆ ไว้พบกับเจ้าหน้าที่ในโรงเรียน การเตรียมความพร้อมและการแก้ปัญหาในการไปโรงเรียนของเด็ก รวมถึงสมุดประจำตัวเด็ก ที่จะสามารถใช้ในการสื่อสารกับทางโรงเรียน (Buelow, 2007) แต่อย่างไรก็ตามผลงานวิจัยไม่ได้ระบุรายละเอียดของกลยุทธ์ที่ทำ

2.2.3 ระยะเวลา แต่ละโปรแกรมใช้เวลาแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเนื้อหาและวิธีการ มีระยะเวลาดั้งแต่ 30 นาทีถึง 16 ชั่วโมง ดังนี้

โปรแกรมที่ให้ความรู้เป็นรายบุคคลแบบสื่อสารทางเดียวที่ใช้สื่อการสอนที่เป็นหนังสือเล่มเล็กและมีพยาบาลสอนเสริม ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรมประมาณ 30-45 นาทีต่อคน (Priyadarshini, & Roach, 2010) สำหรับการแจกแผ่นพับไม่ระบุระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม (Arhan et al., 2009; Vona et al., 2009) ส่วนโปรแกรมที่ให้ความรู้เป็นรายบุคคลแบบสื่อสารสองทางโดยการส่งจดหมายแล้วโทรศัพท์ติดตามและมีการอภิปรายกลุ่มทางโทรศัพท์ ไม่ได้ระบุว่าการโทรศัพท์แต่ละครั้งใช้เวลานานเท่าไร เพียงแต่บอกว่าใช้เวลาทั้งหมดนาน 3-4 เดือน (Austin et al., 2002)

โปรแกรมการให้ความรู้รายกลุ่มแบบการสื่อสารสองทางที่เป็นการอภิปรายกลุ่ม 1 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินโปรแกรมประมาณ 60-90 นาที (Wohlrab et al., 2007) โปรแกรมที่เป็นการเข้ากลุ่ม 4 ครั้งใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง (Lewis et al., 1991) ส่วนโปรแกรมที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักร่วมกับการฝึกปฏิบัติทักษะ ใช้เวลาดั้งแต่ 1 วันถึง 2 วัน โดยโปรแกรม 1 วันเป็นโปรแกรมฝึกปฏิบัติทักษะในการสื่อสารกับทีมสุขภาพและผู้ดูแลอื่น (Buelow, 2007) ส่วนโปรแกรมที่ใช้เวลา 2 วัน จะแบ่งออกเป็นวันละ 7-8 ชั่วโมง โดยวันแรกเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา หลังจากนั้นวันที่สองเป็นการพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการ (Jantzen et al., 2009; Shore et al., 2008) ส่วนโปรแกรมที่จัดเป็นฐานความรู้ต่าง ๆ นั้น ไม่ได้ระบุเวลาในการจัดโปรแกรม

2.2.4 ผู้ดำเนินโปรแกรม มีหลากหลายทั้ง พยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพ ได้แก่แพทย์ นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ ผู้เชี่ยวชาญในการทำ EEG ดังนี้

พยาบาลเป็นผู้ดำเนินโปรแกรมเพียงลำพัง มีจำนวน 2 เรื่อง ได้แก่โปรแกรมที่เป็นการแจกหนังสือเล่มเล็กให้อ่านแล้วสอนเสริม และโปรแกรมที่ส่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักไปให้ที่บ้าน (Austin et al., 2002 ; Priyadarshini, & Roach, 2010)

พยาบาลเป็นผู้ดำเนินโปรแกรมร่วมกับทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ร่วมกัน เป็นโปรแกรมที่ให้ผู้ดูแลเข้ากลุ่มอภิปราย มีจำนวน 2 เรื่อง (Below, 2007; Jantzen et al., 2009)

ผู้เชี่ยวชาญในการทำ EEG เป็นผู้ดำเนินโปรแกรมที่ให้ความรู้เรื่อง EEG พบจำนวน 1 เรื่อง (Arhan et al., 2009) และการจัดกิจกรรมพื้นฐานต่าง ๆ ผู้ที่ทำหน้าที่นำกลุ่มต้องผ่านการอบรม มีงานวิจัยทั้งจำนวน 1 เรื่อง (Wohlrab et al., 2007) นอกจากนี้มี

งานวิจัยอีก 3 เรื่อง ไม่ระบุผู้ดำเนินโปรแกรม (Lewis et al., 1991; Shore et al., 2002; Vona et al., 2009)

2.2.5 สถานที่ในการจัดโปรแกรม ส่วนใหญ่จัดที่โรงพยาบาล ได้แก่ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกภายในคลินิกระบบประสาท หรือศูนย์โรคลมชัก จำนวน 7 เรื่อง (Arhan et. Al., 2009, Buelow, 2007; Jantzen et al, 2009; Lewis et al., 1991; Priyadarshini, & Roach, 2010; Shore et al., 2002; Vona et al., 2009) มี 1 เรื่องให้ความรู้โดยการส่งเอกสารข้อมูลไปให้ที่บ้านของผู้ป่วย (Austin et al., 2002) และมี 1 เรื่องที่ไม่ได้ระบุสถานที่ในการจัดโปรแกรม (Beulow, 2007)

อภิปรายผลการศึกษา

จากการสังเคราะห์วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้น 9 เรื่อง เป็นการศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยใช้หลักเกณฑ์การประเมินของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ศาสตร์ (2544) พบงานวิจัยระดับ A จำนวน 1 เรื่อง ระดับ B จำนวน 8 เรื่อง ทั้งหมดเป็นการศึกษาในต่างประเทศ เห็นได้ว่างานวิจัยที่นำมาศึกษานี้ มีคุณภาพงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ถึงแม้บางการศึกษาจะใช้กลุ่มตัวขนาดเล็ก

1. ลักษณะของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่เข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม คือผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ได้แก่ บิดา มารดา หรือเครือญาติ ซึ่งมีความใกล้ชิดกับเด็ก ความสัมพันธ์ดังกล่าวทำให้ดูแลเด็กด้วยความตั้งใจ มีความทุ่มเทอย่างเต็มที่ ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 18 ถึง 50 ปีจัดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีความมั่นคงทางจิตใจ มีพัฒนาการทางความคิดและสติปัญญาที่สมบูรณ์ เหมาะแก่การจดจำประสบการณ์จากการเรียนรู้ เป็นวัยที่มีความกระตือรือร้น มีความสนใจและมีสมาธิมากกว่าวัยรุ่น (อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) ดังนั้นการจัดโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลจึงมีความเหมาะสม แต่หากกลุ่มผู้ดูแลเป็นวัยรุ่นต้องทำโปรแกรมให้เข้าถึงและน่าสนใจมากขึ้น

2. รูปแบบและองค์ประกอบของโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

2.1 ลักษณะของโปรแกรม โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลนั้นมีทั้งโปรแกรมรายบุคคล (Individualized Program) และโปรแกรมรายกลุ่ม (Group Program) โปรแกรมรายบุคคล (Individualized Program) เป็นการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ดูแลโดยตรงได้เร็วที่สุด สามารถทำได้ทุก

เวลาที่สะดวก ทุกสถานที่ ทุกโอกาส ทำให้ผู้รับเกิดความพึงพอใจ สามารถสังเกตพฤติกรรมผู้ดูแลได้ง่าย และประเมินผลการรับรู้ได้ชัดเจน (อกินันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) การให้ความรู้แบบรายบุคคลนี้มีข้อจำกัดที่จะทำได้ครั้งละ 1 คน โปรแกรมที่ใช้รูปแบบสื่อสารทางเดียว (One-way Communication) ผู้ดูแลจะไม่มีโอกาสได้สอบถามหรือปรึกษาหารือ แต่โปรแกรมที่ใช้การสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) ผู้ดูแลจะมีโอกาสได้ซักถามความเข้าใจได้ตามต้องการมากกว่า (บุญศรี ปรานณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดนกุล, 2538) ซึ่งผลการศึกษาพบว่านอกจากสามารถเพิ่มความรู้แล้วยังจัดการทางอารมณ์ได้ดีขึ้นด้วย

โปรแกรมรายกลุ่ม ใช้การดำเนินโปรแกรมแบบอภิปรายกลุ่ม เป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้ให้และผู้รับเป็นศูนย์กลางร่วมกัน มีการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็น ได้ร่วมอภิปราย ได้รับฟังความคิดเห็นจากกลุ่ม ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้น (อกินันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) โปรแกรมรายกลุ่ม เหมาะกับผู้ที่ปัญหาสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน สนใจในเรื่องเดียวกัน วิธีการนี้เหมาะสำหรับกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ในการอภิปรายกลุ่มผู้ดูแลได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น ลักษณะวิธีการนี้จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ดีได้ (อกินันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) ดังนั้นผู้ดำเนินโปรแกรมต้องควบคุมการอภิปรายให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโปรแกรม กระตุ้นให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึงและมีส่วนร่วมในกิจกรรม และผู้ดำเนินกลุ่มควรได้รับการอบรมก่อน

ส่วนโปรแกรมแบบกลุ่มควบคุมการฝึกปฏิบัติ (Educational and Training Program) จะทำให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์ตรง จึงทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในเรื่องที่ฝึกปฏิบัติมากยิ่งขึ้น (อกินันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) ดังนั้นหากต้องการเพิ่มทักษะการจัดการกับอารมณ์ เพิ่มทักษะการสื่อสาร หรือเรื่องที่เฉพาะเจาะจงเหมาะที่จะใช้รูปแบบนี้ แต่อย่างไรก็ตามการฝึกปฏิบัติจะใช้เวลาามากจึงเหมาะสำหรับผู้ดูแลที่มีเวลาและสามารถนัดรวมกลุ่มกันได้

ผลของโปรแกรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มสามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชักที่ถูกต้องจะสามารถเพิ่มระดับความรู้ของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในเรื่องโรค และแนวทางการรักษามากขึ้น มีการปฏิบัติดูแลได้อย่างถูกต้อง พัฒนาในสิ่งที่ไม่รู้ ทำให้เกิดความเข้าใจ รู้สึกสบายใจมากขึ้น ความวิตกกังวลหรือความเครียดจึงลดลงได้ (Huggett, 2001) เด็กโรคลมชักหากควบคุมการชักได้ดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีบทบาททางสังคม มีเพื่อน สุขภาพจิตที่ดี ปัญหาทางอารมณ์ของผู้ดูแลจึงลดลง ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลเพียงพอ มีความเข้าใจการรักษามากขึ้น มีแหล่งสนับสนุนความต้องการข้อมูลอื่นก็จะลดลง

สื่อหรืออุปกรณ์ที่ใช้พบว่ามีความหลากหลาย ได้แก่ การเลือกใช้แผ่นพับ นั้น เนื้อหาต้องกระชับ ครบคลุม เน้นเนื้อหาที่สำคัญและเข้าใจง่าย ข้อจำกัดคือใส่เนื้อหาได้น้อยจึงเหมาะกับเรื่องที่เป็นเรื่องเฉพาะเน้นขั้นตอนการปฏิบัติ เช่นวิธีการตรวจต่างๆ หรือวิธีการช่วยเหลือ เบื้องต้นเป็นต้น การใช้หนังสือเล่มเล็กสามารถรวบรวมเนื้อหาข้อมูลได้มาก และผู้ดูแลสามารถ นำกลับมาทบทวนใหม่ได้ แต่มีข้อจำกัดคือผู้ดูแลจะต้องอ่านหนังสือได้และมีค่าใช้จ่ายในการพิมพ์ การใช้วิดีโอแสดงความแตกต่างของการซัก การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการให้ บรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ภาพและเสียงจะเป็นสื่อที่กระตุ้นให้เกิดความสนใจ (วิณา จิระ แพทย์, 2544) จึงเหมาะที่จะใช้กับเนื้อหาที่อธิบายได้ยาก เช่น ลักษณะอาการชักต่างๆ การใช้วิดีโอ และคอมพิวเตอร์นี้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น ส่วนการจัดกิจกรรมที่เป็นฐานต่างๆ เป็น กิจกรรมที่จะกระตุ้นให้ผู้ดูแลสนใจ สนุกสนาน รู้สึกมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและ กัน เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น การจัดกิจกรรมแบบนี้ยังไม่มีใช้ในประเทศไทย จึงควรนำมาประยุกต์ใช้ กับผู้ดูแลในประเทศไทยให้กว้างขวางมากขึ้น

2.2 เนื้อหาในโปรแกรม จากการศึกษาพบว่าเนื้อหาในแต่ละโปรแกรมมี ความคล้ายคลึงกัน ซึ่งเนื้อหาเหล่านี้เป็นข้อมูล que ผู้ดูแลจะต้องทราบและเป็นข้อมูลที่ตรงความ ต้องการการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก (Beulow et. al., 2006; Shore et. al., 1998; Shore et. al., 2009; Wo et. al., 2008) จากการศึกษาของผกายมาศ กิตติวิทยากุลและวันดี ชุณหวิภิกสิต (2551) ที่ ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการ โดยศึกษา ในผู้ดูแลจำนวน 130 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักต้องการทราบข้อมูลในการดูแล ผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นการจัดให้มีเนื้อหาใน โปรแกรมตรงตามความต้องการของผู้ดูแลย่อมทำให้เกิด ความพึงพอใจ และเกิดประโยชน์สูงสุด

2.3 ระยะเวลา โปรแกรมรายบุคคลใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อราย เหมาะสมกับผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากเป็นวัยที่มีความกระตือรือร้น และมีความสนใจต่อการ รับรู้มากกว่าวัยเด็กและผู้สูงอายุ (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) แต่ต้องระมัดระวัง หากใช้เวลามาก เกินไป อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่ายหรือหมดความรู้สึกละเลยได้ โปรแกรมรายบุคคลนี้ เหมาะสมกับผู้ดูแลที่มีเวลาน้อย หรือมีเวลาว่างจำกัด หรือมีเวลาไม่พร้อมกันกับบุคคลอื่น โดยช่วงเวลา ที่เหมาะสมที่สุดคือช่วงเช้าเนื่องจากผู้ฟังยังมีความสดชื่น กระฉับกระเฉงและตื่นตัว (อภิวัฒน์ แก้ว วรรณรัตน์, 2546) ส่วนโปรแกรมที่เป็นกรอกปรายกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ใช้เวลา ภายใน 1 วัน ส่วนโปรแกรมแบบกลุ่มที่ฝึกปฏิบัติร่วมด้วย ใช้เวลาเฉลี่ย 2 วัน รวมทั้งสิ้น 14-16 ชั่วโมง ซึ่งการใช้วิธีการจัดเป็นโปรแกรมรูปแบบนี้ ที่มีทั้งการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนความ

คิดเห็น และการฝึกปฏิบัติ ผู้ดูแลจะได้รับความรู้และทักษะ แต่จะใช้เวลาค่อนข้างมาก เหมาะกับ ผู้ดูแลที่มีเวลา และควรได้รับความร่วมมือจากทีมสุขภาพในการจัดโครงการ

2.4 ผู้ดำเนินโปรแกรม โปรแกรมที่เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค หลุมชักโดยการสอนและมีการใช้สื่อประกอบนั้น พยาบาลสามารถดำเนินโปรแกรมเพียงลำพัง ส่วน โปรแกรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการทำ EEG มีผู้เชี่ยวชาญในการทำ EEG เป็นผู้ดำเนิน โปรแกรม แต่อย่างไรก็ตามหากนำมาประยุกต์ใช้โดยพยาบาลก็สามารถเป็นผู้ดำเนินโปรแกรมเองก็ สามารถทำได้ ส่วนโปรแกรมที่เป็นการอภิปรายกลุ่มและฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการทางอารมณ์และ ทักษะการสื่อสาร พยาบาลสามารถดำเนินโปรแกรมร่วมกับสหวิชาชีพและมือนักจิตวิทยาเข้าร่วมด้วย ระหว่างดำเนินโปรแกรมจะต้องมีผู้เชี่ยวชาญในกระบวนการกลุ่มควบคุมให้การสนทนาและการฝึก ปฏิบัติอยู่ในขอบเขต ตรงตามวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ก็จะทำให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมาก ขึ้น การจัดโปรแกรมลักษณะนี้จะใช้เวลา งบประมาณ หรือบุคลากรค่อนข้างมากและต้องการความ ร่วมมือ

2.5 สถานที่ในการจัดโปรแกรม คือคลินิกระบบประสาท หรือศูนย์ โรคหลุมชักในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยต้องมารับการตรวจกับแพทย์ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอยู่ แล้ว ดังนั้นการจัดกิจกรรมที่คลินิกจึงเป็นการสะดวกแก่ผู้ดูแลที่จะเข้าร่วมกิจกรรม แต่ทั้งนี้จะต้องมี สถานที่จัดโปรแกรมที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่ถูกรบกวนจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอื่นๆ สะดวกใน การใช้สื่อและอุปกรณ์ สอดคล้องกับจวี มากพุ่ม (2536) แนะนำว่าการจัดโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล หรือผู้ป่วยควรเหมาะสมกับเวลา หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล หรืออยู่ในภาวะวิกฤต สถานที่ สิ่งแวดล้อมและบุคคลเหมาะสม แต่การจัดโปรแกรมในขณะรอตรวจตามนัดนั้นผู้ดูแลบาง คนอาจไม่สะดวกเนื่องจากไม่มีที่รับฝากเด็ก

กรณีที่ผู้ดูแลมีเวลาว่างไม่ตรงกัน ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมด้วยกันได้ อาจจัดโปรแกรมที่บ้าน ดังเช่นการศึกษาของออสตินและคณะ(Austin et al., 2002) ที่เลือกใช้การส่ง เอกสารข้อมูลไปให้ผู้ดูแลที่บ้าน เนื่องจากโปรแกรมเป็นเพียงการสนับสนุนให้ความรู้ ไม่ได้มีการ ฝึกปฏิบัติ จึงสะดวกที่ใช้รูปแบบนี้ แต่ต้องมีการติดตามว่าผู้ดูแลได้รับเอกสารครบถ้วนหรือไม่ มีข้อ สงสัยหรือข้อซักถามใด ต้องมีการชี้แจงรายละเอียดที่ถูกต้อง และกรณีการให้ข้อมูลที่เฉพาะเรื่อง สั้นๆ เช่นการให้ข้อมูลการทำ EEG ก็จัดสถานที่โดยเลือกใช้ EEG center ได้ (Arhan et al., 2009)

ข้อจำกัดของงานวิจัยที่ศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษางานวิจัยที่มีการตีพิมพ์ฉบับเต็มเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น ทำให้มีข้อจำกัดในการค้นคว้า เนื่องจากงานวิจัยบางฉบับได้มีการตีพิมพ์เป็นภาษาอื่น และบางงานวิจัยไม่มีฉบับเต็ม และงานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรมบางเรื่องไม่ได้ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินโครงการ เนื้อหาของโปรแกรม จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปประยุกต์ใช้

ข้อเสนอแนะ

1) การนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมต่าง ๆ ที่นำมาทบทวนวรรณกรรมนั้นช่วยเพิ่มความรู้ ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กและผู้ดูแล จึงควรนำโปรแกรมเหล่านี้มาใช้กับผู้ดูแล โดยเลือกลักษณะของโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ดูแล สำหรับผู้ดูแลที่ไม่มีเวลาหรือไม่สามารถจัดรวมกลุ่มได้ ควรเลือกใช้โปรแกรมรายบุคคล ซึ่งการใช้โปรแกรมที่ให้ความรู้แบบสื่อสารสองทางจะเกิดประโยชน์สูงสุดเนื่องจากผู้ดูแลสามารถสอบถามเกี่ยวกับปัญหากับผู้ดำเนินโปรแกรมได้ทันที ส่วนกรณีที่สามารถรวมกลุ่มผู้ดูแลได้ควรเลือกใช้โปรแกรมแบบกลุ่มเนื่องจากสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์จากผู้ดูแลด้วยกันได้ หากต้องการส่งเสริมทักษะหรือความรู้ความเข้าใจในปัญหาที่เฉพาะเจาะจงควรเลือกใช้การฝึกปฏิบัติทักษะ

2) ควรมีการพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลเด็กโรคลมชักสำหรับผู้ดูแลต่อไป

3) งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ในครั้งนี้เป็นงานวิจัยในต่างประเทศ ซึ่งอาจมีบริบททางสังคมและระบบสาธารณสุขที่แตกต่างจากประเทศไทย สำหรับประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการให้ความรู้ พัฒนาทักษะ และลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก จึงควรทำการศึกษาในบริบทของประเทศไทย และควรเป็นการศึกษาที่แยกเป็นกลุ่มผู้ดูแลวัยเดียวกัน หรือในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีอาการชักแบบเดียวกัน

4) งานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมต่อความรู้ของผู้ดูแล ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมต่อตัวแปรทางด้านอารมณ์และจิตสังคมของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น และควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมต่อการปฏิบัติการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล

A SYSTEMATIC REVIEW OF CARE PROGRAMS FOR CAREGIVERS OF CHILDREN WITH EPILEPSY

POTCHANEE DANDAMRONGRAK 5236431 RAPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: CHUANRUDEE KONGSAKTRAKUL, Ph.D. (NURSING), AUTCHAREEYA PATOOMWAN, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Epilepsy was one of the most common disorders of the nervous system in children. The prevalence of epilepsy in children from newborn to 17 years old was 6.3 per 1,000 populations in USA, and the prevalence of epilepsy in children from newborn to 18 years old was 6.24 per 1,000 populations in India (Shiley& Kandyce, 2012). The survey on the prevalence of epilepsy in all age groups in Thailand reported 7-7.2 per 1,000 populations (Bunditchart et al., B.E. 2544; Asawavichaienjinda, Sitthiamorn, & Tanyanont, 2002). Although there had not been any study on the prevalence of epilepsy in children, the survey on epileptic children who visited the outpatient unit at tertiary hospitals found that a large number of children with epilepsy had visited the hospital for medical treatment each year. For instance, during B.E. 2550-2552, Prasat Neurological Institute reported an average of 1,887 epileptic children from newborn to 15 years old annually (Neuro-Pediatric Clinic, Prasat Neurological Institute, B.E. 2554), and during B.E. 2554-2556, Ramathibodi Hospital had offered medical care for an average of 828 epileptic children from newborn to 15 years old annually (Information Services Unit, Health Information Department, Ramathibodi Hospital, B.E. 2557).

Epilepsy was a chronic disease which had adverse effects on children in the physical, behavioral, emotional, and social aspects. During attack of seizure, children were usually unconscious, so they might be injured from accidents, and possible milk or food in lungs after choking might result in pneumonia. Several children with epilepsy would stop breathing while experiencing seizures, so oxygen supplies would not sufficient, and brain hypoxia after prolonged seizures could lead to brain dysfunction or death (Wittayasooorn, J., B.E. 2546). A previous study revealed that epileptic children usually had changing behaviors, together with attention deficit disorder, faced problems with sociability, became depressed and anxious (Bander & Littlejohn, 2004), and were not in favor of being acquainted with or playing with other children (Freilinger et al., 2006). In addition, children who were provided with anti-epileptic drug would suffer a variety of side effects, i.e., feeling drowsy, lacking tolerance, losing interest in studies, and some cases needed to take extra tutorial class (Wagner et al., 2009), being dizzy, suffering from double vision, having loss of balance, or changing perception process which interrupted sleep and caused insufficient rest, and so on (Diana & Ellen, 2008).

Epilepsy was a curable disease. The disease was mainly treated by anti-epileptic drug. 60-70% of patients who received proper and regular medications would be recovered (Locharernkul, C., B.E. 2544). A previous study found that children with epilepsy whose seizure could be effectively controlled would have better quality of life, physical condition, and mental condition when compared to those with uncontrollable seizure (Lv et al., 2009). However, in case of improper or incomplete dose of anti-epileptic drug would make seizure uncontrollable and cause greater difficulty against treatment, so epileptic children needed to take anti-epileptic drug completely and regularly (Locharernkul, C., B.E. 2544). Nevertheless, since childhood were dependent and unable to perform self-care properly, epileptic children needed to rely on caregivers.

Regarding care for children with epilepsy, in addition to ensure proper intake of medicine, caregivers had to monitor possible side effects from anti-epileptic drug, avoid factors triggering to seizure, and prevent any injuries during seizure attack. In addition, the treatment and follow-up on progress of seizure required the information on history of seizure, symptoms, and signs. However, since children

were usually unconscious while having seizure, caregivers were significant persons who would provide doctors with information on seizure as well as side effects from medicines. Therefore, caregivers should have knowledge and capabilities in taking care of epileptic children correctly and properly.

Based on experiences in providing nursing care for children with epilepsy, the researcher realized that caregivers of these children lacked understanding about epilepsy, and had not been able to assess whether patients' sign was an actual seizure. Moreover, caregivers were worried about possible impacts after the seizure. Some caregivers searched for knowledge from various sources by themselves, and such action made them confused. A previous study found that 42% of parents had not known how to provide assistance once seizure was in progress, and about a half of parents acquired false information about methods of assistance (Hirfanoglu et al, 2008). Caregivers managed to shake or tried to awake children during the seizure, or have children's mouth forced open and put something inside the mouth so as to prevent children from gnashing the teeth (Huang, Liu, Huang, & Thomas, 2002). Several caregivers did not realize side effects of anti-epileptic drug intake. After changing the treatment plan, caregivers did not adjust the medication due to their habitual practice, and it was found that caregivers were too busy to be advised of use of medicine, and failed to provide punctual medication, so patients did not take medicines as per the treatment plan (Lertsinudom, S., B.E. 2551). Therefore, nurses should provide support to ensure that caregivers take care of children properly.

At present, research on care programs for caregivers of children with epilepsy could better enable caregivers to have knowledge and understanding of the disease and treatment, feel confident in taking care of children, and provide care for children properly, so the seizure could be effectively controlled, resulting in better quality of life of children. However, such studies on care program for caregivers of children with epilepsy had been conducted without systematic review and synthesis. Thus, the researcher was interested in conducting systematic literature review in relation to care program for caregivers of children with epilepsy in order to acquire guidelines for promoting proper care for children with epilepsy.

Objectives

To conduct literature review in relation to care program for caregivers of children with epilepsy with respect of patterns and components of the program.

Definition of terms

Caregivers of children with epilepsy mean main caregivers of children who were diagnosed with epilepsy.

Epilepsy means the recurrence of seizure in patients without any clear provoking factor, regardless of brain damage (Epilepsy Society of Thailand, B.E. 2549).

Care programs for caregivers of children with epilepsy mean the approach or activity of development to enable caregivers to acquire knowledge, skills, or capabilities in taking care of children with epilepsy.

Research methodology

1. Retrieving and collecting relevant researches

The researcher retrieved researches relevant to care program for caregivers of children with epilepsy from electronic databases on health sciences and nursing, namely Pubmed, CINAHL, Cochrane library, Scopus, Science Direct, including through manual search from library databases of Chulalongkorn University, Kasetsart University, Khon Kaen University, and Chiang Mai University, as well as from nursing journals in libraries of Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Faculty of Public Health, and Central Library of Mahidol University. Keywords were designated based on the PICO framework (Craig, 2002) as follows: Caregivers of children with epilepsy/ epileptic children/ epilepsy/ parent and epilepsy/ family and epilepsy/ caregiver and family/ program/ education/ knowledge/ anxiety/ quality of life. The inclusion criteria were as follows: Being relevant to care program for children with epilepsy, whereby the sample were caregivers of children with epilepsy, being published in English or Thai with accessibility to full text version, being researches

classified at level B and above on the program contributing to knowledge and psychosocial outcomes of caregivers which had been published during 1990-2012. If any research was repeatedly found in several databases, only one database would be chosen, and any research which could not meet the inclusion criteria would be removed.

2. Research analysis and synthesis

The assessment on research quality was made based on the criteria of the Royal College of Physicians of Thailand (B.E. 2544). Afterward, the data extraction was carried out by defining scope of the data, i.e., research objectives, research design, sample, tools and data collection, research methodology or scrutinizing data, results, and conclusion for research utilization. Then, the data were analyzed and synthesized in order to acquire body of knowledge on care program for caregivers of children with epilepsy.

Results

1. Research quality

According to the review, a total of nine research papers could meet the inclusion criteria. All of these research papers were conducted abroad. Based on the assessment on research quality, one research was classified at level A, and eight research papers were classified at level B.

2. Patterns of the program

Based on the analysis on relevant researches, the results could be divided into two main issues: Research quality, and patterns and outcomes of care program for caregivers of children with epilepsy, as described below.

2.1 Characteristics of caregivers of children with epilepsy attending the program

Based on a total of nine research papers, the majority of caregivers who attended the program were fathers or mothers in seven research papers

(Arhan et al., 2009; Buelow, J.M., 2010; Jantzen et al., 2009; Shore et al., 2008; Lewis et al., 1991; Priyadarshini, & Roach, 2010; Vona et al., 2009), grandfathers and grandmothers in 1 research (Austin et al., 2002), and unknown relationships between caregivers and children in 1 research (Wohlrab et al., 2007). Caregivers aged between 18-50 years old (Arhan et al., 2009; Shore et al., 2008; Priyadarshini, & Roach, 2010), and their education level was mainly high school, followed by secondary school (Arhan et al., 2009; Jantzen et al., 2009; Lewis et al., 1991; Priyadarshini, & Roach, 2010; Shore et al., 2008).

As for epileptic children, those at the age of 7-16 years old were reported in three research papers (Buelow, 2010; Jantzen et al., 2009; Lewis et al., 1991), being younger than 13 years old in fourth research papers (Austin et al., 2002; Priyadarshini, & Roach, 2010; Shore, Perkins & Austin, 2008; Wohlrab et al., 2007), and unspecified age in two research papers (Arhan et al., 2009; Vona et al., 2009).

2.2 Patterns of the program

2.2.1 The program consisted of both individualized program and group program as below.

2.2.1.1 The individualized program was reported in fourth research papers. All programs provided knowledge for caregivers in the form of one-way communication and two-way communication as per the following details:

2.2.1.1.1 The educational program in the form of one-way communication was reported in two research papers. This program was carried out by distributing leaflets containing the process of EEG test to be read by caregivers before children underwent the EEG test. The results showed that the program could enhance knowledge of caregivers on EEG test (Arhan et al., 2009). Another program was to distribute leaflets presenting problems of children's behaviors and learning, epilepsy, relationships between mother's emotion and uncontrollable seizure, prioritization for children by mothers, stigma of epileptic children, information about specialists in problems of children's behaviors and learning, and solutions to problems of children's behaviors and learning, whereby these leaflets were offered to caregivers so that they could read while waiting for

medical treatment at the neurology clinic. The results showed that the program could enhance knowledge of caregivers on problems of behaviors and learning among epileptic children and solutions (Vona et al., 2009).

2.2.1.1.2 The educational program in the form of two-way communication was reported in 2 researches. This program was carried out by distributing pamphlets regarding epilepsy, treatment, and complications to be read by caregivers, and nurses also provided supplementary teaching as well as answered the questions to caregivers. As a result, the program could enhance knowledge on epilepsy (Priyadarshini, & Roach, 2010). Another program was to send the information on epilepsy to caregivers at home. After the information sent for 2-4 weeks, nurses monitored on a case-by-case basis over the phone, and answered questions on provided knowledge or problems of epilepsy. The group telephone conference was held among caregivers with same experiences so as to mutually discuss and exchange opinions. As a result, the program could enhance knowledge on epilepsy, reduce anxiety of caregivers, and raise quality of life of children and caregivers by promoting positive attitudes and roles in their families, while caregivers had less requirements for information on epilepsy and assistance (Austin et al., 2002).

2.2.1.2 The group program was reported in fifth research papers. This kind of program was either in the form of two-way communication or the educational and training program.

2.2.1.2.1 The group educational program in the form of two-way communication was reported in 3 researches. Firstly, the group discussion was used to provide knowledge, whereby the group leader was health personnel who motivated caregivers to discuss and exchange opinions on the disease and treatment, as well as share experiences about the disease and seizure management. This kind of group discussion was held only one time. As a result, the program could enhance knowledge on epilepsy, and reduce anxiety of caregivers (Jantzen et al., 2009). Another program utilized the group discussion as well, totaling 4 times for 1 hour per time. The first session was to start to make acquaintance and discuss, as well as exchange general information among caregivers and children. The second session was to take some personal and family problems as an exercise of decision-making. The third session was to jointly discuss about similarities and differences of roles in each family. The last

session was to discuss and conclude roles of caregivers. As a result, the program could enhance knowledge on epilepsy, and reduce anxiety of caregivers, as well as develop caregivers' coping skills for managing emotions (Lewis et al., 1991). Caregivers engaged in doing activities at a total of 6 stations covering 6 topics as follows: Principle and content of the program, fundamental knowledge on epilepsy, diagnosis, treatment, prognosis, and living happily with epilepsy. At each station, caregivers would exchange opinions among one another. As a result, the program could enhance knowledge on epilepsy, and reduce anxiety of caregivers (Wohlrab et al., 2007).

2.2.1.2.2 The educational and training program was reported in two research papers. This program provided knowledge on epilepsy in association with training on coping skills for managing emotions of caregivers. Provision of knowledge was implemented through giving lectures along with teaching materials presented by computer programs (power point, computer graphic, animation), including using videotapes, and training by demonstration and role-playing. As a result, the program could enhance knowledge on epilepsy, reduce anxiety of caregivers, raise quality of life of children and caregivers, and relieve emotional problems of caregivers (Shore et al., 2008). Another program was to provide knowledge in association with skill training on communication with health team members. Provision of knowledge was implemented by distributing pamphlets regarding epilepsy, and caregivers were trained by role-playing requiring them to communicate with health team members. As a result, the program brought about guidelines on arranging the program for communication development (Beulow, 2007).

2.2.2 The content of the program – Based on the research analysis, knowledge provided for caregivers of children with epilepsy covered the following topics:

2.2.2.1 General knowledge on epilepsy consisted of definitions, mechanism of the incidence of seizure, type of seizure, causes, observation of seizure, diagnostic process, and treatment methods (Austin et al., 2002; Jantzen et al, 2009 ; Shore, Perkins & Austin, 2008 ; Priyadarshini, & Roach, 2010).

2.2.2.2 Diagnosis, significance of diagnosis, special test of EEG, MRI, PET, SPECT, and EEG process (Arhan et al., 2009; Wohlrab et al., 2007).

2.2.2.3 Treatment guidelines and options, i.e., surgery, neurostimulation therapy, and ketogenic diet (Jantzen et al, 2009; Shore et al., 2008).

2.2.2.4 Anti-epileptic drug, drug administration, and caring for drug intake, side effects of drugs, assessment on concentration of drug in patients' bloodstream, and assistance upon seizure (Jantzen et al, 2009; Shore et al., 2008; Wohlrab et al., 2007).

2.2.2.5 Assistance upon seizure, and significance of observation on seizure (Austin et al., 2002; Wohlrab et al., 2007).

2.2.2.6 Technique of discussion with doctors (Austin et al., 2002)

2.2.2.7 Emotional problems of caregivers relating to children's seizure, such as anxiety, fear, depression, family problems, guilty feeling, discomfort, embarrassment, and strategy for emotional management (Jantzen et al, 2009; Shore et al., 2008; Vona et al., 2009; Wohlrab et al., 2007).

2.2.2.8 Emotional problems of children, and advices for caregivers regarding emotional support for children (Wohlrab et al., 2007).

2.2.2.9 Problems of children's behaviors and learning, and information about specialists who would assist with assessment and treatment (Vona et al., 2009).

2.2.2.10 Strategy for psychological management and anxiety reduction (Austin et al., 2002) for parents whose children had problems with study performance and became laggards, including advices on preparing information prior to meeting with school staff, preparation and solution to the problem of going to school, and children's progress report used for purpose of communication with the school staff (Buelow, 2007). However, the results of the study did not specify details of the implemented strategy.

2.2.3 Duration – Duration of each program was varied by its content and approach, ranging from 30 minutes to 16 hours as described below.

The educational program in the form of one-way communication using the pamphlet as teaching material including supplementary teaching provided by nurses took approximately 30-45 minutes per person (Priyadarshini & Roach, 2010). As for the distribution of leaflets, the duration of the program was not specified (Arhan et al., 2009; Vona et al., 2009). With regard to the educational program in the form of two-way communication by sending a letter and following up on phone as well as having a group discussion on phone, the duration of each phone call was not specified, but a total duration was reported to be 3-4 months (Austin et al., 2002).

The educational program in the form of two-way communication consisted of 1 group discussion taking approximately 60-90 minutes (Wohlrab et al., 2007), and 4 group discussions taking approximately 1 hour per time (Lewis et al., 1991). The educational and training program which provided knowledge on epilepsy took 1-2 days. 1-day program was the skill training on communication with health team members and other caregivers (Buelow, 2007). 2-day program took 7-8 hours per day, whereby the first day was to provide information about the disease and treatment, and the second day was to develop coping skills for managing the symptom (Jantzen et al., 2009; Shore et al., 2008). The duration of the program of knowledge stations was not specified.

2.2.4 The program facilitators consisted of several parties, ranging from nurses, health team members, i.e., doctors, psychologists, social workers, and specialists in EEG test as described below.

Only nurses were the program facilitators in two research papers, namely the program which distributed pamphlets for reading including supplementary teaching, and the program which sent the information on epilepsy to caregivers at home (Austin et al., 2002 ; Priyadarshini & Roach, 2010).

Nurses were the program facilitators in association with health team members, i.e., doctors, psychologists, or social workers altogether. two research papers reported that the program required caregivers to participate in a group discussion (Below, 2007; Jantzen et al, 2009).

One research reported that the program facilitators were specialists in EEG who provided knowledge about EEG (Arhan et al., 2009). Regarding the program of knowledge stations, one research reported that the group leader needed to be trained (Wohlrab et al., 2007). In addition, other three research papers did not specify program facilitators (Lewis et al., 1991; Shore et al., 2002; Vona et al., 2009).

2.2.5 The program in seven research papers was mainly held at the hospital, i.e., the outpatient unit, or epilepsy center (Arhan et al., 2009, Buelow, 2007; Jantzen et al., 2009; Lewis et al., 1991; Priyadarshini, & Roach, 2010; Shore et al., 2002; Vona et al., 2009). one research provided knowledge by sending information to patients at home (Austin et al., 2002), and one research did not specify the venue of the program (Beulow, 2007).

Discussion

Based on the synthesis on a total of relevant nine literatures and research papers, all research papers were conducted abroad. According to the assessment on research quality based on the criteria of the Royal College of Physicians of Thailand (B.E. 2544), 1 research was classified at level A, and eight research papers were classified at level B. The quality of researches which were reviewed in this study was reliable despite the small size of sample in some researches.

1. Characteristics of caregivers of children with epilepsy attending the program

The sample in the program were caregivers of children with epilepsy, namely fathers, mothers, or relatives who had close relationships with children. Due to such relationship, these persons paid attention to and fully dedicated themselves to taking care of children. The majority of caregivers were female at the age of 18-50 years old. They were in the adulthood which had psychological stability, complete cognitive and intellectual development, while being in an appropriate age for learning by experiences, with more enthusiasm, interest, and concentration, when compared to adolescents (Kaewwannarat, A., B.E. 2546). Therefore, the care program for

caregivers was deemed appropriate. However, if caregivers were adolescents, the program should be redesigned in order to ensure more accessibility and attractiveness.

2. Patterns of the program

2.1 Type of the program - The program for caregivers consisted of the individualized program and the group program. The individualized program could provide knowledge straight to caregivers most quickly, and it could be carried out at any convenient time, every place, and all occasions, so the program satisfied caregivers, facilitated the observation of caregivers' behaviors, and clearly made assessment on outcomes (Kaewwannarat, A., B.E. 2546). Regarding the program in the form of one-way communication, caregivers would not have any opportunity to ask for information or advices, and this kind of program was restricted to be implemented with only one person each time. However, as for the program in the form of two-way communication, caregivers would have the opportunity to ask for more understanding (Prabsak, B. & Jirawatkul, S., B.E.2538). The findings of the study revealed that in addition to an increase in knowledge, it could also improve emotional management.

The group program was carried out through the group discussion. Knowledge was provided, whereby both senders and receivers served as a co-mediator, and reacted to each other. Caregivers were allowed to express opinions, discuss, and listen to opinions from the group, resulting in improved knowledge and understanding (Kaewwannarat, A., B.E. 2546). The group program was suitable for people who shared similar health problems and interests. This approach was proper for caregivers of children with epilepsy. In the group discussion, caregivers had the opportunity to express their opinions, and exchange experiences with other people. Such approach would bring about positive changes in knowledge, attitudes, and health behaviors (Kaewwannarat, A., B.E. 2546). Therefore, the program facilitators had to direct the discussion to meet with the objectives of the program, stimulate all caregivers to freely express opinions and involve in the activities. In this regard, the group program facilitators should be previously trained.

The educational and training program would provide caregivers with direct experiences, so they would gain more knowledge and

understanding, as well as skills from the training (Kaewwannarat, A., B.E. 2546). Thus, it was appropriate to use this kind of program if needed to increase coping skills for managing emotions, level up communication skills, or in case of any specific matter. However, the training was time-consuming, so it was suitable for caregivers who had spare time and were available for a group appointment.

As a consequence, both individualized program and group program could improve knowledge and understanding about epilepsy, and relieve anxiety of caregivers. To acquire accurate information about epilepsy could level up knowledge of caregivers. As a result, caregivers would gain more understanding about the disease and treatment, be able to provide proper care, eliminate ignorance, feel more comfortable, resulting in relieved anxiety or stress (Huggett, 2001). If epileptic children could effectively control seizure, they would improve their quality of life, social roles, friends, and mental health. As a result, emotional problems of caregivers became decreased. If caregivers received sufficient information, had better understanding about the treatment, and gained support, their requirement for other information would be in decline.

Materials or equipment in use were diverse, for example, to use the leaflet, the contents had to be concise, and comprehensive, with an emphasis on main and simple contents. Due to limited spaces for contents, it was suitable for only subject which emphasized procedures, such as diagnostic approaches, or primary aid, and so on. With regard to the pamphlet, it could contain a large amount of data which could be reviewed by caregivers, but had some limitations, i.e., caregivers had to be literate, and printing fees were charged. Use of the videotape featured various types of seizures. Regarding use of computer programs for presentation of knowledge on epilepsy, images and sounds would draw interest of audiences (Jiraphat, V., B.E. 2544), so it could be properly used with complicated contents, such as different types of seizures, so as to create better understanding. As for the knowledge stations, this kind of activity motivated caregivers to be attentive, enjoyable, and involve in exchanging opinions with one another. It was suitable for adolescents. Since such activity had not been held in Thailand, it should be applied to caregivers in Thailand more extensively.

2.2 Contents of the program – The study revealed that contents of each program were similar. Caregivers were required to acknowledge these contents which provided essential information regarding care for epileptic children (Beulow et al., 2006; Shore et al., 1998; Shore et al., 2009; Wo et al., 2008). According to the study of Kittivitayakul, P., and Chunhavigsit, W. (B.E. 2551) on requirements of caregivers of children with epilepsy and factors relating to requirements which was conducted with 130 caregivers, it was found that caregivers of children with epilepsy mostly needed to acquire the information about patient care. Therefore, the contents of the program which met with requirements of caregivers would be able to maximize satisfaction and benefits.

2.3 Duration – The individualized program which took approximately 30-45 minutes per person was suitable for caregivers in the adulthood since people in this age group were more likely to be enthusiastic and attentive, when compared to children and elderly people (Kaewwannarat, A., B.E. 2546). However, it should be aware that too long duration might make caregivers feel bored or lose interest. This individualized program was suitable for caregivers who had time constraint, or limited spare time, or could not have the same free time slot as others had. The most appropriate period should be in the morning since audiences remained fresh, active, and alert (Kaewwannarat, A., B.E. 2546). The program which included the group discussion and exchange of opinions took 1 day, while the group program including the training took averagely 2 days, totaling 14-16 hours. This kind of program which consisted of knowledge provision, exchange of opinions, and training would provide caregivers with knowledge and skills. However, it was time-consuming and suitable for caregivers who had spare time, and should gain cooperation from health team members in running the project.

2.4 The program facilitator – The educational program which provided knowledge on epilepsy through teaching along with teaching materials could be carried out by only nurses, while the program which provided knowledge on EEG process was carried out by specialists in EEG. However, if it was applied by nurses, they could carry out the program by themselves. As for the program involving the group discussion and training on coping skills for managing emotions and communication skills, nurses could carry out the program in association with

multidisciplinary teams and psychologists. During the program, specialists in the group process were required to ensure that conversations and trainings be within the scope in alignment with the objectives of the program in order to enhance efficiency of the program. This kind of program employed time, budget, or personnel to a great extent, and needed to gain cooperation.

2.5 The venue of the program – The program was held at the neurology clinic or epilepsy center in the outpatient unit. Since normally patients had to visit the doctors at the outpatient unit, it was convenient for caregivers to participate in activities held at the clinic. However, the venue of the program should be the private area, without any disturbance from people or other environments, and convenient to use materials and equipment. Accordingly, Makpoom, C. (B.E. 2536) suggested that the program for caregivers or patients should be held at a proper time, place, together with suitable environments and people, as well as avoid factors contributing to anxiety or crisis. Nevertheless, the program which was held while waiting for the doctor as appointment booking might be inconvenient for some caregivers due to unavailability of child care services.

In the case that each caregiver could not have the same spare time, and failed to join the activity together, the program might be held at home. Likewise, the study of Austin et al. (2002) chose to send various information to caregivers at home. Since the program was just to provide knowledge without any training, it was convenient to carry out as mentioned earlier. However, it was advisable to follow up whether caregivers completely received all documents or had any questions. Accurate details had to be provided. In case of brief information, such as information on EEG test, the venue could be EEG center (Arhan et al., 2009).

Limitations of the study

This study reviewed researches of which full text version were published in English or Thai only. As a result, the research exploration was restricted since some researches were published in other languages, while full text version was unavailable for some researches. In addition, some researches which were reviewed in this study

did not specify details of the project implementation, or contents of the program. Therefore, the application might confront limitations.

Suggestions

1. Regarding the application of the results to clinical nursing practices, it was found that several programs from the literature review could improve knowledge, relieve anxiety of caregivers, and increase quality of life of children and caregivers. Therefore, these programs should be applied to caregivers by selecting patterns of the program appropriate with each caregiver. Caregivers who had time constraint or were unable to form the group should select the individualized program. The educational program in the form of two-way communication would be extremely beneficial as caregivers could ask the program facilitators about any problem immediately. In the case that caregivers could be formed into a group, the group program should be selected since these caregivers could exchange opinions and experiences among one another. If needed to enhance skills or knowledge and understanding about specific problems, the skill training program should be selected.

2. The results should be further developed into nursing practice guidelines on caring for epileptic children to be adopted by caregivers.

3. The research papers which were synthesized in this study were conducted abroad. Social context and public health system of such international researches might be different from that in Thailand. There had not been any studies in Thailand on effects of the program on knowledge provision, skill development, and anxiety relieve for caregivers of epileptic children. Therefore, next study should be conducted in the context of Thailand, and it should be separated into a group of same age caregivers of epileptic children, or a group of caregivers of children with the same type of seizure.

4. The majority of research papers which were reviewed in this study explored effects of the program on knowledge of caregivers. More studies on effects of the program on emotional and psychosocial variables of caregivers should be conducted, and the effects of the program on caring for epileptic children by caregivers should be studied as well.

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข และโครงการรักษาโรคลมชักครบวงจร ในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี. (2546). ใน ชัยชนต์ โลว์เจริญกุล (บก.). *การผ่าตัดโรคลมชัก*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- คลินิกกุมารประสาทวิทยา สถาบันประสาท. (2554). *สถิติผู้ป่วยนอกโรคลมชัก*. (เอกสารอัดสำเนา). จริยา วิทยุสกร. (2546). พยาธิสรีรวิทยาของชักและลมชัก. ใน สุจินดา ริมศิริทอง สุดาพรรณ ชัญจิรา และอรุณศรี เตชะหงส์ (บก.). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: การเจริญพานิช.
- ฉวี มากพุ่ม. (2530). ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดี. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต* ไม่ได้ตีพิมพ์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัยชน โลว์เจริญกุล. (2544). การจำแนกอาการชัก. *วิทยาการโรคลมชัก* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เอ จี เน็ตเวิร์ค.
- ชุลีกร คำนุทธศิลป์. (2541). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลและการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดาของมารดาคลอดบุตรก่อนกำหนดโรงพยาบาลรามธิบดี. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต* ไม่ได้ตีพิมพ์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทายาท ดิสุจิต. (2544). สาเหตุและกลไกการเกิดโรคลมชัก. ใน ชัยชน โลว์เจริญกุล (บก.). *วิทยาการโรคลมชัก* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เอ จี เน็ตเวิร์ค.
- บุญศรี ปราบนศักดิ์ และศิริพร จิรวัดนกุล. (2538). *การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล*. ขอนแก่น: มุลนิธิแพथศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ผกายมาศ กิตติวิทยากุลและวันดี ชุนหวักสิต (2551). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 26(4), 339-347.
- วีณา จิระแพทย์. (2544). *สารสนเทศทางการพยาบาลและทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำการสร้างแนวทางเวชปฏิบัติ. *สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย*. 18(6), 36-47.

- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัวและผู้ดูแล. *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์.
- สมพร สุนทราภา. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ใน บุญเพียร จันทวัฒนา ฟองคำ ดิลกสกุลชัย วิไล เลิศธรรมเทวี และศรีสมบุรณ์ (บก.). *การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาโรคระบบประสาท*. กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.
- สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย. (2549). *แนวทางการรักษาโรคลมชัก*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย และชมรมโรคลมชักเพื่อประชาชน. (ม.ป.ป.). *ความรู้โรคลมชักสำหรับประชาชน*. กรุงเทพฯ: อภิสร.
- สุณี เลิศสินอุดม กรแก้ว จันทรภาษา สมศักดิ์ เทียมเก่า กลุ่มศึกษาวิจัยโรคลมชัก และอาภรณ์ ไชยาคำ. การศึกษาสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคลมชัก. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน*. 7(1), 31-45.
- สุรางค์ เจียมจรรยา. (2536). โรคลมชักในเด็ก. ใน พงษ์ศักดิ์ วิสุทธิพันธ์ และสุรางค์ เจียมจรรยา (บก.). *ประสาทวิทยาในเด็ก: โรคที่พบบ่อยและปัญหาที่น่าสนใจ*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- สุรางค์ เจียมจรรยา. (2540). อาการชัก. ใน วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริบุญย์ และสุรางค์ เจียมจรรยา (บก.). *ตำรากุมารเวชศาสตร์ 2*. กรุงเทพฯ: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- หน่วยบริการข้อมูล ฝ่ายเวชสารสนเทศ โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2557). *สถิติผู้ป่วยนอกโรคลมชัก*. (เอกสารอัดสำเนา).
- อนุรักษ์ บัณฑิตชาติ พนมศรี เสาร์สาร ภักคนพิน กิตติรักษนนท์ และวรรณ จุฑา. (2544). ระบาดวิทยาของความคิดปกติทางจิตของประชาชนไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 46(4), 335-343.
- อนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์. (2554). *ตำราโรคลมชักในเด็ก*. กรุงเทพฯ: โฮลิดิก พับลิชชิง.
- อภิรักษ์ แก้ววรรณรัตน์. (2546). การเขียนแผนการให้ความรู้ทางสุขภาพ. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- Aicardi, J., Blume, W.T., Dulac, O., Fejerman, N., Seino, M., Wolf, P., & Engle, J.Jr. (2008) Epilepsy syndromes. In Engel, J.Jr. & Pedley, T.A. (Eds). *Epilepsy a comprehensive textbook (2nd ed)*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Arhan, E., Serdaroglu, A., Soysal, S., Ozcelik, A., Gucuyener, K., & Demir, E. (2009). Assessment of mothers' knowledge and perceptions of electroencephalography and determination of the short-term effect of an informational leaflet. *Epilepsy & Behavior*. 15, 491-495.

- Asawavichaienjinda, T., Sitthiamorn, C., & Tanyanont, W. (2002). Prevalence of epilepsy in rural Thailand: a population-based study. *Journal of medication association of Thailand*. 85(10), 1066-1073.
- Austin, J.K., McNelis, A., Shore, C.P., Dunn, D.W., & Musick, B. (2002). A Feasibility Study of family Seizure Management Program: 'Be Seizure Smart'. *Journal of Neuroscience Nursing*, 34(1), 30-37.
- [Aytch, L.S.](#), [Hammond, R.](#), & [White, C.](#) (2001). Seizures in infants and young children: an exploratory study of family experiences and needs for information and support. *Journal of Neuridcience Nursing*. 33(5), 278-285.
- Ball, J., & Bindle, R.C., (2008). *Pediatric nursing: caring for nursing (3 ed)*. New Jersey: Prentice Hall.
- Beghi, E., (2004). Aetiology of epilepsy. In Simon, D., Perucca, E., Fish, D.R., & Dodson, W.E. (Eds.), *The treatment of epilepsy* (pp.50-62).
- Beulow, J.M., (2007). An Intervention for Parents of Children With Epilepsy and Significant Learning Problems: Lessons Learned From a Feasibility Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 6(1), 146-152.
- Beulow, J.M., Long, L., Rossi, A.M. & Gilbert, K.L., (2004). *AANN Core curriculum for neuroscience nursing (4 ed)*. In Bader, M.K. & Littlejohns, L.R. (Eds), USA.: Saunders Elsevir.
- Beulow, J.M., McNelis, A., Shore, C.P., & Austin, J.K. (2006). Stressors of parents of children with epilepsy and intellectual disability. *Neuroscience Nursing*. 38(3), 147-176.
- Cokendall, D.S., Gauderer, M.W.L., Blouin, R.R., & Morales, A. (2010). Vagus nerve stimulation for the management of seizures in children: 8-year experience. *Journal of Pediatric Surgery*. 45,1479-1483.
- Dean, P. (2011). Counseling of parents of a child with uncontrollable seizures. *Seminars in Pediatric Neurology*. 18, 209-212.
- Dodson, W.E. (2004). Definitions and Clasification of epilepsy. In Simon, D., Perucca, E., Fish, D.R., & Dodson, W.E. (Eds.), *The treatment of epilepsy* (pp.3-16).

- Freilinger, M., Reisel, B., Reiter, E., Zelenko, M., Hauser, E., & Seidl, R. (2006). Behavioral and emotional problem in children with epilepsy. *Journal of child Neurology*. 21(11), 940-945.
- Gallop, K., Wild, D., Nixon, A., Verdian, L. & Cramer, J.A. (2009). Impact of Lennox-Gastaut Syndrome (LGS) on health- related quality of life (HRQL) of patients and caregiver: Literature review. *British Epilepsy Association*. 18, 554-558.
- Greenlee, J. & Scharlach, A. (2001). Family Caregivers in California. Retrieved April 26, 2014, from http://cssr-pw01.berkeley.edu/pdfs/famcare_03.pdf.
- Hamandi, K. (2010). Epilepsy. In Fillit, H., Rockwood, K., & Woodhouse, K. (Eds.). *Text book of geriatric medicine and gerontology*. Philadelphia: Saunders.
- [Hirfanoglu, T.](#), [Serdaroglu, A.](#), [Cansu, A.](#), [Soysal, A.S.](#), [Derle, E.](#), & [Gucuyener, K.](#) (2009). Do knowledge of, perception of, and attitudes toward epilepsy affect the quality of life of Turkish children with epilepsy and their parents?. *Epilepsy & Behavior*. 14(1), 71-77.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2007). Seizure and epilepsy. *Wong' Nursing care of infants and children*. Canada: Mosby.
- Hopkins, A. (1995). The causes of epilepsy, the risk factors for epilepsy and the precipitation of seizure. In Hopkins, A., Shorvon, S. & Cascino., G. (Eds.), *Epilepsy*. London: Chapman & Hall medical.
- Huang, M.C., Liu, C.C., & Thomas, K. (2002). Paretal responses to first and recurrent febrile convulsions. *Acta Neural Scand*. 105, 293-299.
- Huggett, S. (2001). Patient information leaflets. In *EANM Technologists Education Sub-Committee*. EANM Technologist Committee.
- Jantzen, S., Muller, G.E., Hallfahrt, k.T., Aksu, F., Pust, B., Kohl, B. et al. (2009). FLIB&FLAP- A training programme for children and adolescents with epilepsy and their parents. *Seizure*. 18, 478-486.
- Kankirawatana, P., Jirapinyo, P., Kankirawatana, S., Wongarn, R., & Thamanasiri, N. (2001). Ketogenic diet: an alternative treatment for refractory epilepsy in children. *Journal of the medication association of Thailand*. 84(7), 1027-32.

- Kraemer, D.A., & Barker, E. (2008). Management of seizure and epilepsy. In Barker, E. (Ed.). *Neuroscience nursing A spectrum of Care*. U.S.A: Mosby.
- Lefevre, F., & Aronson, N. (2000). Ketogenic diet for the treatment of refractory epilepsy in children: A systematic review of efficacy. *Journal of the American academy of pediatric*. 105(4), 1-7.
- Lewis, M.A., Hatton, C.L., Salas, I., Leake, B., & Chiofalo, N. (1991). Impact of the children's Epilepsy program on parent. *Epilepsia*. 32(3), 365-374.
- Ly, R., Wu, L., Jin, L., Lu, Q., Wang, M., Qu, Y., Liu, H. (2009). Depression, Anxiety and quality of life in parents of children with epilepsy. *Acta neurologica scandinavica*. 120, 334-341.
- McNelis, A.M., Beulow, J.M., Myers, J., & Johnson, E.A. (2007). Concern and needs of children with epilepsy and their parent. *Clinical nurse specialis*. 21(4), 195-202.
- [Nabangchang, C.](#), [Sakoolnamarka, S.](#), [Paeksakon, P.](#), & [Chinvarun, Y.](#) (2005). Epilepsy surgery in children and adolescence; Phramongkutklao College of Medicine's experience. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 88(3), 263-270.
- National Alliance for Caregiving. (2010). Care for the family caregiver: A Place to start. Retrieved May 7, 2014, from http://www.caregiving.org/data/Emblem_CfC10_Final2.pdf
- [Neal, E.G.](#), [Chaffe, H.](#), [Schwartz, R.H.](#), [Lawson, M.S.](#), [Edwards, N.](#), [Fitzsimmons, G.](#), [Whitney, A.](#), & [Cross, J.H.](#) (2008). The ketogenic diet for the treatment of childhood epilepsy: a randomised controlled trial. *Lancet Neurology*. 7(6), 500-506.
- Piyasil. V., Sriudomkajorn, S., & Suwanpairat, J. (2008). Behavioral problems of epileptic children at Queen Sirikit National Institute of Child Health. *Journal of medication association of Thailand*. 91(3), S9-S14.
- Priyadarshini, S., & Roach, E.J. (2010). Effectiveness of an educational programme on epilepsy care and home management for mothers. *International Journal of Nursing Education*. 2(1), 42-47.
- Satishchandra, P., Gururaj, G., Mohammed, Q.D., Senanayake, N., & Silpakit, O. (2001). *Epilepsy: Out of shadow*. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.

- [Shore, C.P.](#), [Austin, J.K.](#), [Huster, G.A.](#), & [Dunn, D.W.](#) (2002). Identifying risk factors for maternal depression in families of adolescents with epilepsy. *Journal for specialist in pediatric nursing*. 7(2), 71-80.
- Shore, C.P., Austin, J., Musick, B., Dunn, D., McBrid, A., & Creasy, K. (1998). Psychosocial Care Needs of parents of children with New-Onset Seizure. *Journal of neuroscience nursing*. 30(3), 169-174.
- Shore, C.P., Beulow, J.M., Austin, J.K., & Johnson, E.A. (2009). Continuing Psychosocial care needs in children with new-onset epilepsy and their parents. *Journal of neuroscience nursing*. 41(5), 244-250.
- Shore, C.P., Perkins, S.M., & Austin, J.K. (2008). The Seizure and Epilepsy Education (SEE) Program for families of children with epilepsy: A preliminary study. *Epilepsy & Behavior*. 12, 157-164.
- Smith, M.D., Tubbs, S.R., Bebin, M.E., Grabb, P.A., & Blount, J.P. (2003). Complications of chronic vagus nerve stimulation for epilepsy in children. *Journal of Neurosurgery*. 99, 500-503.
- Spencer, S.S. (2008). Seizure and epilepsy. In [Goldman, L.](#), [Ausello, D.A.](#), [Arend, W.](#), [Armitage, J.O.](#) & [Clemmons, D.](#), [Drazen, J.](#), et al (Eds.), *Cecil medicine*. Philadelphia: Saunders.
- The International League Against Epilepsy. (1981). Proposal for Revised Clinical and Electroencephalographic Classification of Epileptic Seizure. *Epilepsia*. 22, 489-501.
- The International League Against Epilepsy. (1989). Proposal for Revised Classification of Epilepsy and epileptic syndrom. *Epilepsia*. 30(4), 389-399.
- Trescher, W.H., & Lesser, R.P. (2008). The epilepsies. *Neurology in clinical practice*. 5ed. Philadelphia: Heinemann.
- Vona, P., Siddarth, P., Sankar, R., & Caplan, R. (2009). Obstacles to mental health care in pediatric epilepsy: Insight from parents. *Epilepsy & Behavior*. 14, 360-366.
- Wagner, J.L., Sample, P.L., Ferguson, P.L., Pickelsimer, E.E., Smith, G.M., & Selassie, A.W. (2009). Impact of pediatric epilepsy: Voice from a focus group and implications for public policy change. *Epilepsy & Behavior*. 16, 161-165.
- Weinstein, S.C. (2007). SEIZURE AND TEEN: The Impact of Seizures and Epilepsy on Families. *The Exceptional Parent*. 37(6), 61-65.

- Williams, J., Steel, C., Sharp, B.G., DelosReyes, E., Phillips, T., Bates, S., Lange, B., & Griebel, L.M. (2003). Parent anxiety and quality of life in children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior. 4*, 483-486.
- Wohlrab, G.C., Rinnert, S., Bettendorf, U., Fischbach, H., Heinen, G., Klein, P., Kluger, G., Jacob, K., Rahn, D., Winter, R., Pfafflin, M., & Famoses Project Group. (2007). Famoses: A modular educational program for children with epilepsy and their parents. *Epilepsy & Behavior. 10*, 44-48.



การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
ผู้วิจัย I. Lewis, M.A., Hatton, C.L., Salas, I., Leake, B., & Chiofalo, N. (1991)	วัตถุประสงค์ เปรียบเทียบความรู้และ ทักษะการตัดสินใจของ บิดามารดาเกี่ยวกับการ ควบคุมอาการชัก ระหว่างกลุ่มที่เข้า โปรแกรม และกลุ่มที่ ไม่ได้เข้าโปรแกรม	รูปแบบการวิจัย Randomized control trail Two group pretest-posttest design ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ A วิธีการวิจัย กลุ่มทดลอง	ผลการวิจัย ก่อนเข้าโปรแกรม 1. กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความรู้ไม่แตกต่างกัน หลังเข้าโปรแกรม 1. กลุ่มทดลองมีความรู้ใน 8 หัวข้อเพิ่มขึ้น ได้แก่ ความไม่ เหมาะสมของการนำอุปกรณ์ ใส่ในปากเมื่อเกิดการชัก ความไม่เหมาะสมในการ ผูกมัดขณะเกิดการชัก ความ ไม่เหมาะสมของการเยี่ยมใน ห้องฉุกเฉินหลังเกิดการชัก ความมีคุณค่าของการจะ ตรวจระดับยาในเลือดเพื่อ	การนำไปใช้ สามารถนำ โปรแกรมไปใช้ ในกลุ่มผู้ดูแลเด็ก โรคลมชักที่มีอายุ 7-14 ปี วิธีการจัด กลุ่มแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นไป ตามฐาน 6 ฐาน โดยช่วยเพิ่ม ความรู้เกี่ยวกับ โรคลมชัก และลด ความวิตกกังวล ของผู้ดูแลได้
เรื่อง Impact of children's epilepsy program on parents.	กลุ่มตัวอย่าง บิดามารดาเด็กโรคลมชัก ที่เด็กมีอายุ 7-14 ปี จำนวน 252 ครอบครัว ถูกสุ่มเลือกจาก 1,000 ครอบครัว แบ่งเป็น กลุ่ม	วัตถุประสงค์ 1. ก่อนเข้าโปรแกรมบิดามารดาจะรู้สึกอึดอัด เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน และทำแบบสอบถามความรู้ เกี่ยวกับโรคลมชัก ความวิตกกังวล 2. บิดามารดาเข้าร่วมโปรแกรม โดยการเข้ากลุ่ม 4 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงครึ่ง (ไม่ระบุระยะห่างแต่ละ ครั้ง) ดังนี้	ผลการวิจัย 1. ก่อนเข้าโปรแกรมบิดามารดาจะรู้สึกอึดอัด เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน และทำแบบสอบถามความรู้ เกี่ยวกับโรคลมชัก ความวิตกกังวล 2. บิดามารดาเข้าร่วมโปรแกรม โดยการเข้ากลุ่ม 4 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงครึ่ง (ไม่ระบุระยะห่างแต่ละ ครั้ง) ดังนี้	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง /สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
ควบคุมจำนวน 180 คน ประกอบด้วย บิดา 71 คน มารดา 109 คน เด็ก กลุ่มทดลองจำนวน 185 ประกอบด้วย บิดา 25 คนมารดา 120 คน	1) Telling a story บิดามารดาทำความเข้าใจกัน แลกเปลี่ยนเรื่องราวส่วนตัวเกี่ยวกับตนเอง และเด็ก ประสบการณ์การดูแล และการ แยกการดูแลข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชัก ว่าข้อมูล ใดเป็นจริงเป็นเท็จ เพื่อให้เรียนรู้ข้อมูลที่ ถูกต้อง แก้ไขความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรค ลมชัก	2) Making Decisions สอนกระบวนการ ตัดสินใจ โดยให้บิดามารดาในกลุ่ม ยกตัวอย่างปัญหาส่วนตัวและปัญหา ครอบครัวขึ้นมา ฝึกใช้กระบวนการ ตัดสินใจในการแก้ปัญหา	3. กลุ่มควบคุมมีความรู้ใน 5 หัวข้อ ดังนี้ ความไม่ เหมาะสมของการนำอุปกรณ์ ใส่ในปากเมื่อเกิดการชัก ความไม่เหมาะสมในการ	การวินิจฉัย ความเหมาะสม ของการทำกิจกรรม ความไม่ เหมาะสมของการจำกัด กิจกรรม การเรียนรู้ ประโยชน์ของการทำ EEG และความรู้เกี่ยวกับจุดกำเนิด ของการชักในสมอง ทดลอง โปรแกรม - กลุ่มตัวอย่าง ใหญ่
คุณลักษณะของกลุ่ม				
ตัวอย่าง				
กลุ่มทดลอง				
- ร้อยละ 50 บิดา มารดามีระดับ				
การศึกษาดำรงมัธยม ปลาย				
- ร้อยละ 40 บิดา				

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
มารดาในระดับการศึกษา มัธยมปลายหรือ เทียบเท่า กลุ่มควบคุม - ร้อยละ 66 บิดา	มารดาที่มีระดับการศึกษา ต่ำกว่ามัธยมปลาย - ร้อยละ 27 บิดา	สามารถแยกแยะบทบาทของแต่ละสมาชิก ในครอบครัว และให้เกิดความเข้าใจว่า อาการชักมีผลต่อบทบาทหน้าที่ของ ครอบครัวอย่างไร 4) Coping and adapting อภิปรายเกี่ยวกับ วิธีการเผชิญความเครียด สรุบบทบาทของ บิดามารดา ที่สนับสนุนให้มีส่วนในการ ตัดสินใจ เกี่ยวกับหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ ให้เกิดชัก และการดูแลตนเอง บิดามารดา ยังได้รับคำแนะนำให้สนับสนุนเด็ก สมาชิก ในครอบครัวและเพื่อน ได้เปิดใจคุยกัน อย่างเปิดเผย	ผู้มึ้นขณะเกิดการชัก ความ ไม่เหมาะสมของการเชื่อมโยงใน ห้องฉุกเฉินหลังเกิดการชัก ความมีคุณค่าของการเจาะ ตรวจระดับยาในเลือดเพื่อ การวินิจฉัย ความเหมาะสม ของการทำกิจกรรม การออก กำลังกายเพิ่มขึ้นภายหลังเข้า ร่วมโปรแกรม	
มารดาที่มีระดับการศึกษา มัธยมปลายหรือ เทียบเท่า - มากกว่าร้อยละ 60 ของมารดาทั้งสองกลุ่ม เป็นแม่บ้าน	มารดาที่มีระดับการศึกษา ต่ำกว่ามัธยมปลาย - ร้อยละ 27 บิดา	มารดาที่มีระดับการศึกษา ต่ำกว่ามัธยมปลาย - ร้อยละ 27 บิดา	มารดาที่มีระดับการศึกษา ต่ำกว่ามัธยมปลาย - ร้อยละ 27 บิดา	มารดาที่มีระดับการศึกษา ต่ำกว่ามัธยมปลาย - ร้อยละ 27 บิดา

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง /สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
สถานที่				
เครื่องมือ/แบบวัด	หอผู้ป่วยเด็ก ประเทศชิลี	1. ก่อนเข้าโปรแกรมติดตามการดูแลตามข้อมูลพื้นฐาน ตอบข้อคำถามความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคลมชัก ความวิตกกังวล 2. ติดตามการดูแลเด็ก เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน (group support) 3 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง (ไม่ระบุระยะห่างแต่ละครั้ง) ติดตามการดูแลเด็กที่รับการบรรยาย นำเสนอเกี่ยวกับความรู้ทั่วไป แนวทางการรักษา โรคลมชัก มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และตอบข้อซักถามโดยแพทย์		
	- แบบสอบถามความรู้จัดทำขึ้นเอง			
- แบบประเมินความวิตกกังวลของ Taylor's Manifest Anxiety				
- แบบวัดผลของโปรแกรมจัดทำขึ้นเอง		4. ภายหลังเสร็จสิ้น โปรแกรมแล้ว 5 เดือน บิดา มารดาถูกสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน แบบทดสอบความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคลมชักและความวิตกกังวลเดิม		

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	รูปแบบการวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
2. Austin, J. K., McNelis, M. A., Shore, P. C., Dunn, W. D., Musick, B. 2002	ศึกษาความเป็นไปได้ ของการใช้ และ เปรียบเทียบทัศนคติและ บทบาทของครอบครัว ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการให้ข้อมูล	Quasi Experimental Research One group pretest-posttest design ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ B	ภายหลังการศึกษาพบว่า ด้านครอบครัว 1. มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค ลมชักเพิ่มขึ้น (P<0.05) 2. ต้องการข้อมูลน้อยลง และ ต้องการความช่วยเหลือ น้อยลง (P<0.05)	สามารถนำ โปรแกรมนี้ไปใช้ ในผู้ดูแลและเด็ก โรคลมชัก อายุ 7- 13 ปี เป็น โปรแกรมให้ ความรู้แบบ
เรื่อง	โรคลมชักและการ สนับสนุนด้านจิตใจ	วิธีการวิจัย	3. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ลมชักลดลง (P<0.05) 4. มีความกังวลและกลัวเกี่ยวกับ การจัดการการชักลดลง มี ทัศนคติแง่บวก มีบทบาทใน ครอบครัวเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีการ เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ โรคลมชัก และลด	สื่อสารสองทาง ใช้วิธีการจัดตั้ง ข้อมูลและ โทรศัพท์ติดตาม ผลเพิ่มความ ทัศนคติเกี่ยวกับ โรคลมชัก และลด
A feasibility study of family seizure management program: 'Be Seizure Smart'	กลุ่มตัวอย่าง ครอบครัวเด็กโรคลมชัก ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยมา อย่างน้อย 2 เดือน แต่ น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 10	1. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลติดต่อทาง โทรศัพท์แจ้งวัตถุประสงค์ ให้คำแนะนำก่อนเข้า โปรแกรม พร้อมสัมภาษณ์ประเมินความรู้ทั่วไป ความกังวล ความกลัวเกี่ยวกับโรคลมชัก ความ ต้องการข้อมูลและการสนับสนุนต่างๆ โดยบันทึก เพื่อหาการสนทนาไว้ จากนั้นจัดส่งข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ได้แก่ ยากันชัก		

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
ครอบครัว โดยเด็กมีอายุ 7-13 ปี ประกอบด้วย - เด็กโรคลมชัก 9 คน - มารดา 8 คน - บิดา 2 คน - ตาหรือยาย 1 คน	คำแนะนำการพูดคุยกับแพทย์ การช่วยเหลือเมื่อเกิด การชัก กลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาด้านสังคม และความกังวลของเด็กและครอบครัว ไปทาง จดหมาย และนัดแนะการพูดคุยทางโทรศัพท์ครั้งแรก ต่อไป ภายหลังที่ได้อ่านเนื้อหาที่จัดส่งแล้ว 2. 2-4 สัปดาห์ต่อมา โทรศัพท์สอบถามครอบครัว ถึงข้อความหรือปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับเนื้อหาโรค ลมชัก โดยพยาบาลจะพบทวนผลการประเมิน ความรู้ และให้คำตอบที่ถูกต้องในทุกข้อที่ตอบผิด ไป 3. 2-4 สัปดาห์ต่อมา จัด group telephone conference วัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้เด็กได้ พูดคุยกับเด็ก และครอบครัว ได้พูดคุยกับครอบครัว อื่น ที่เป็นโรคลมชักเช่นเดียวกัน 4. โทรศัพท์สัมภาษณ์แต่ละครอบครัว ในเรื่องทั้ง	ค่าแนะนำการพูดคุยกับแพทย์ การช่วยเหลือเมื่อเกิด การชัก กลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาด้านสังคม และความกังวลของเด็กและครอบครัว ไปทาง จดหมาย และนัดแนะการพูดคุยทางโทรศัพท์ครั้งแรก ต่อไป ภายหลังที่ได้อ่านเนื้อหาที่จัดส่งแล้ว 2. 2-4 สัปดาห์ต่อมา โทรศัพท์สอบถามครอบครัว ถึงข้อความหรือปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับเนื้อหาโรค ลมชัก โดยพยาบาลจะพบทวนผลการประเมิน ความรู้ และให้คำตอบที่ถูกต้องในทุกข้อที่ตอบผิด ไป 3. 2-4 สัปดาห์ต่อมา จัด group telephone conference วัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้เด็กได้ พูดคุยกับเด็ก และครอบครัว ได้พูดคุยกับครอบครัว อื่น ที่เป็นโรคลมชักเช่นเดียวกัน 4. โทรศัพท์สัมภาษณ์แต่ละครอบครัว ในเรื่องทั้ง	ทางสถิติ ($P > .05$) ด้านเด็ก 1. มีความกังวลทั่วไปเกี่ยวกับ โรคลมชักลดลง ($P < .05$) 2. มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค ลมชักเพิ่มขึ้น ($P < .05$) 3. มีความต้องการในข้อมูลลดลง ($P < .05$) 4. มีบทบาทหน้าที่ในครอบครัว เพิ่มขึ้น ($P < .05$) 5. มีทัศนคติในแง่บวกแต่ไม่มี การเปลี่ยนแปลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)	ความกังวลทั่วไป โปรแกรมเป็นการ ให้ข้อมูลแบบ รายบุคคล มีการ จัดทำกลุ่ม telephone conference ข้อจำกัดของ การศึกษา - กลุ่มตัวอย่าง ค่อนข้างเล็ก ไม่มีกลุ่ม เปรียบเทียบ - จัดทำ

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	วิธีปฏิบัติ / ขั้นตอน / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
	เครื่องมือ/แบบวัด	กังวลหรือยังไม่ได้รับข้อมูล		telephone
	- แบบสอบถามความรู้ ทั่วไปเกี่ยวกับโรคลมชัก พัฒนาขึ้นเอง	5. โทรศัพท์สัมภาษณ์เพื่อประเมินความรู้เดิม พร้อมกับประเมินความพึงพอใจ ตลอดโปรแกรมจะใช้เวลาประมาณ 3-4 เดือน		conference ได้ ลำบาก เนื่องจากต้อง ใช้เวลา สะดวกของ ครอบครัวซึ่ง อาจไม่ตรงกัน
	- แบบสอบถามความ กังวลและความกลัว ทั่วไปพัฒนาขึ้นเอง			
	- แบบสอบถามความ กังวลเกี่ยวกับการจัดการ โรคลมชัก พัฒนาขึ้นเอง			

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	รูปแบบการวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
3. Shore, C.P., Perkins, S.M., Austin, J.K. 2008	ศึกษาผลของโปรแกรม โดยเปรียบเทียบคุณภาพ ชีวิต การจัดการกับ อาการ การนำไปใช้ใน การดูแลสุขภาพ ของ ครอบครัวที่มีบุตรเป็น โรคลมชัก ก่อนและหลัง เข้าโปรแกรม The Epilepsy Education (SEE) Program for families of children with epilepsy: A preliminary study	Quasi Experimental Research One group pretest-posttest design ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ B วิธีการวิจัย 1. ก่อนเข้าโปรแกรมติดตามและเด็คตอบ แบบสอบถามความรู้โรคลมชัก การจัดการโรค ลมชัก การใช้บริการสุขภาพ และคุณภาพชีวิต 2. เด็กและครอบครัวเข้าร่วมโปรแกรมด้วยกันใน วันสุดสัปดาห์ ใช้เวลาวันละ 8 ชั่วโมงทั้งหมด 2 วัน รวมทั้งสิ้น 16 ชั่วโมง วันที่ ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรค	หลังการศึกษาพบว่า บิดามารดา 1. การรับรู้เกี่ยวกับภาวะทาง อารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก มากขึ้นใน 1 เดือน ($P<.05$) 2. ปัญหาทางด้านอารมณ์ ที่ สัมพันธ์กับการชักของลูก ลดลงใน 6 เดือน ($P<.05$) 3. ความกังวล และการไม่ได้รับ การตอบสนองตามต้องการ ลดลงใน 1 และ 6 เดือน ($P<.05$) 4. ความเชื่อมั่น ในการจัดการกับ โรคของลูกเพิ่มมากขึ้นใน 1	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้ การนำไปใช้ สามารถนำ โปรแกรมนี้ไป ใช้ได้กับผู้ดูแลเด็ก โรคลมชัก โดยเด็ก มีอายุ 12-18 ปี ไม่ มีปัญหาการเรียนรู้ และการได้ยิน เพื่อ เพิ่มความรู้ การ จัดการกับโรค และลดความวิตก กังวล โปรแกรม เป็นการให้ข้อมูล แบบกลุ่ม

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
18 ปี ไม่มีปัญหาการ เรียนรู้และการได้ยิน จำนวน 15 ครอบครัว	18 ปี ไม่มีปัญหาการ เรียนรู้และการได้ยิน จำนวน 15 ครอบครัว	สมัชชาประกอบด้วย คำจำกัดความ การบรรยาย กลไกการเกิดอาการชัก วิดีโอแบบความแตกต่าง ของชนิดการชัก การสังเกต และการจัด ประเภท สาเหตุ ขั้นตอนการวินิจฉัย หัตถการ ในการตรวจรักษา การบริหารยากล่อมชัก ได้แก่ ผลข้างเคียงของยา ระดับยาในกระแสเลือด และอธิบายทางเลือกในการรักษา ได้แก่ การ ผ่าตัด การกระตุ้นประสาท อาหารคีโตเจนิค วันที่ 2 ส่งเสริมทักษะการจัดการกับปัญหา ทางด้านอารมณ์ ที่สัมพันธ์กับการชัก เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ซึมเศร้า และปัญหา ในครอบครัว การให้ความรู้ในด้านจิตสังคม นำเสนอโดยการ ใช้ Power point computer graphics animation การสาธิต วิดีโอเทป และ การเล่นบทบาทสมมติ	เดือน (P<.05) 5. ระดับความรู้เพิ่มขึ้นที่ 1 และ 6 เดือน (P<.05) 6. ก่อนและหลังการทดลอง บิดา มารดา มีการใช้บริการด้าน สุขภาพไม่แตกต่างกัน 1. การรับรู้เกี่ยวกับภาวะทาง อารมณ์เพิ่มขึ้นที่ 1 และ 6 เดือน (P<.05) 2. คะแนนด้านความภาคภูมิใจใน ตนเองเพิ่มขึ้นที่ 1 และ 6 (P<.05) (P<.05) 3. คะแนนอาการซึมเศร้าลดลงที่ 1 และ 6 (P<.05)	ข้อจำกัดของ การศึกษา - ไม่ได้รับผู้ ดำเนินโปรแกรม
คุณลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง บิดาอายุเฉลี่ย 39 ปี มารดาอายุเฉลี่ย 45 ปี ร้อยละ 45 มีระดับ การศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 55 มีระดับ การศึกษามัธยมศึกษา	คุณลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง บิดาอายุเฉลี่ย 39 ปี มารดาอายุเฉลี่ย 45 ปี ร้อยละ 45 มีระดับ การศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 55 มีระดับ การศึกษามัธยมศึกษา			
สถานที่ ประเทศสหรัฐอเมริกา	สถานที่ ประเทศสหรัฐอเมริกา			

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
เครื่องมือ/แบบวัด - แบบสอบถามการ จัดการเกี่ยวกับโรคลมชัก พัฒนาขึ้นเอง - แบบประเมิน คุณภาพชีวิตของ Multiple Affect Adjustive Checklist (MAACL)	3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 และ 6 เดือน ตอบ ข้อคำถามความรู้ การจัดการกับอาการ การ ดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิตเดิม (แบบประเมิน ส่งไปให้ที่บ้าน)	4. คะแนนคุณภาพชีวิต ด้าน กิจกรรมในครอบครัวเพิ่มขึ้น ที่ 1 เดือน ($P<.05$)		
ผู้วิจัย 4. Jantzen, S., Muller, G.E., Hallfahrt, K. T.,	วัตถุประสงค์ ศึกษาผลของโปรแกรม โดยเปรียบเทียบความรู้ โรคลมชัก ที่ทักษะการ	รูปแบบการวิจัย Quasi Experimental Research Two group pretest-posttest design	ผลการวิจัย ภายหลังเข้าโปรแกรม ด้านบิดามารดา 1. กลุ่มทดลอง มีความรู้ในหัวข้อ	การนำไปใช้ โปรแกรมนี้ใช้ได้ ในผู้ดูแลและเด็กที่ ได้รับการวินิจฉัย

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	วัตถุประสงค์ / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
Aksu, F., Pust, B., Kohl, B., Redlich, A., Sperner, J., Thyen. U.	จัดการกับอาการชัก คุณภาพชีวิต ความวิตกกังวล ในเด็กโรคลมชัก และบิดามารดา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม FLIP&FLAP	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ B วิธีการวิจัย กลุ่มทดลอง 1. ก่อนเข้าโปรแกรมทันที บิดามารดาและเด็กตอบแบบสอบถามความรู้โรคลมชัก ข้อมูลส่วนบุคคล ทักษะการจัดการกับอาการชัก คุณภาพชีวิต ความวิตกกังวล 2. บิดามารดาและเด็กเข้าร่วม โปรแกรมใช้เวลานี้ 16 ชั่วโมง หรือ 1 วันครั้ง (16 ชั่วโมง) โดยผู้ปกครองและเด็กจะแยกกลุ่มกัน กลุ่มละ 5-8 ครอบครัว เข้ากลุ่มและถูกสัมภาษณ์	ยา ความคาดหวังในสังคม ถึงกระตุนให้เกิดการชักเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (P<.05) 2. กลุ่มทดลอง ควบคุมดูแลจำกัดกิจกรรมเด็กลดลง และมีทักษะการจัดการกับการชักเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (P<.05) 3. กลุ่มทดลอง ให้อิสระในการทำกิจกรรมกับเด็กเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (P<.05) 4. กลุ่มทดลอง มีระดับความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับโรคลมชักลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (P<.05)	เป็นโรคลมชัก อายุระหว่าง 8-16 ปี ซึ่งกำลังได้รับยา กันชัก โดย สามารถเพิ่มระดับ ความรู้ทักษะการ จัดการเกี่ยวกับ โรคลมชัก คุณภาพชีวิตของ เด็ก และลดความ วิตกกังวลใน ผู้ดูแล ได้ โปรแกรมเป็นการ เข้ากลุ่ม discussion
เรื่อง FLIP&FLAP- A training programme for children and adolescents with epilepsy, and their parents.	กลุ่มตัวอย่าง ที่มีอายุ 8-16 ปี กำลัง ได้รับการชักแบ่ง ออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง บิดามารดา 72 คน เด็ก 55 คน รวม 137 คน	วัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาผลกระทบของโปรแกรม FLIP&FLAP ต่อความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก และทักษะการจัดการกับอาการชัก 2. เพื่อศึกษาผลกระทบของโปรแกรม FLIP&FLAP ต่อความวิตกกังวลของบิดามารดาและเด็ก 3. เพื่อศึกษาผลกระทบของโปรแกรม FLIP&FLAP ต่อความวิตกกังวลของเด็กและวัยรุ่น 4. เพื่อศึกษาผลกระทบของโปรแกรม FLIP&FLAP ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแล	ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก และทักษะการจัดการกับอาการชัก ความวิตกกังวลของบิดามารดาและเด็ก ความวิตกกังวลของเด็กและวัยรุ่น ความวิตกกังวลของผู้ดูแล	

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
กลุ่มควบคุม บิดามารดา 72 คน เด็ก 70 คน รวม 142 คน		โดยแพทย์ ช่วงที่สองนำกลุ่มโดยนักจิตวิทยา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องประสบการณ์ เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับอาการชัก และ หนังสือเกี่ยวกับโรคลมชัก	5. กลุ่มทดลองมีการเปิดเผยมาก ขึ้น ($P < 0.05$) 6. มีระดับความพึงพอใจที่ได้รับ โปรแกรมอยู่ในระดับสูง ด้านเด็ก	แลกเปลี่ยนความ คิดเห็นเกี่ยวกับ โรคลมชัก ปัญหา ทางอารมณ์และ การจัดการกับ อาการ
		กลุ่มเด็ก มีการพูดคุยแสดงความคิดเห็น นำกลุ่ม โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ได้แก่ พยาบาล นัก สังคมสงเคราะห์ แพทย์ นักจิตวิทยา ครังละ 2 คน และแจกหนังสือการดูแลโรคลมชักกลุ่มเด็ก และผู้ปกครองจะชมภาพยนตร์โรคลมชักและ การเล่นเกมส์เกี่ยวกับอาการชัก โดยมีขอบเขต ของเนื้อหาจากการเข้ากลุ่ม focus group ดังนี้	1. เด็กวัยเรียนกลุ่มทดลองมี ระดับความรู้โรคลมชักเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($P < 0.05$) 2. เด็กวัยเรียนกลุ่มทดลองมีระดับ ความรู้โรคลมชักหัวข้อการ รักษาและถึงกระตุ่นให้เกิดการ ชักเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่ม ควบคุม ($P < 0.05$) 3. เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นทั้งกลุ่ม	ข้อจำกัดของ การศึกษา - ใช้ได้ในกลุ่ม เด็กที่ไม่มี ปัญหาการ เรียนรู้ - นำกลุ่มเด็ก โดย
		โรค แนวทางการรักษา - อารมณ์ที่สัมพันธ์กับโรค ได้แก่ความ วิตกกังวล ความรู้สึกลึกซึ้ง อึดอัดลำบาใจ		

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
- ร้อยละ 48 ปีตามารดา มีระดับการศึกษาสูงกว่า มัธยมต้น - ร้อยละ 76.3 มารดา ทำงาน - ร้อยละ 97 ปีดาทำงาน		และกลยุทธ์การจัดการกับอารมณ์ - การสื่อสารในครอบครัวและการสื่อสาร กับแพทย์ - แนะนำแนวทางการจัดการกับอาการ การ ส่งเสริมเด็กในการรับประทานยา การ เลือกทำกิจกรรม การมีส่วนร่วมในสังคม - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค	ควบคุมและทดลอง มีระดับ ความรู้หัวข้อสังคม ไม่แตกต่าง กัน ($P < .05$) 4. เด็กและวัยรุ่นกลุ่มทดลองมี คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น เมื่อ เทียบกับกลุ่มควบคุม ($P < .05$) 5. มีระดับความพึงพอใจที่ ได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับสูง	ผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพ ได้แก่ พยาบาล นัก สังคม สงเคราะห์ แพทย์ นักจิตวิทยา ครั้งละ 2 คน - บิดามารดา ต้องใช้เวลา - ต้องมีการ เลือกใช้ สถานที่และ เวลาที่
สถานที่ ศูนย์โรคลมชัก ประเทศ เยอรมัน		3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 6 เดือน ตอบแบบ ประเมินเดิมร่วมกับแบบประเมินความพึงพอใจ ต่อโปรแกรม กลุ่มควบคุม		
เครื่องมือ/แบบวัด		1. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 6 เดือน และก่อนเข้าร่วม โปรแกรมทันที บิดามารดาและเด็กตอบข้อคำถาม ความรู้โรคลมชัก ข้อมูลส่วนบุคคล ทักษะการ จัดการกับอาการชัก คุณภาพชีวิต ความวิตกกังวล		

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคລຸມຈັກ				
ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / ตัวอย่าง / สถานที่	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
Knowledge Profile				
(EKP-G)				
- แบบสอบถามความรู้				
โรคລຸມຈັກของเด็ก				
พัฒนาตนเอง				
- แบบสอบถามการ				
จัดการตนเองของเด็ก				
พัฒนาตนเอง				
2. เด็กและผู้ปกครองเข้าใจโปรแกรมเดียวกับกลุ่ม				
ทดลอง				
3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว 6 เดือน ตอบข้อ				
คำถามเดิมและตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อ				
โปรแกรม				
เหมาะสม				

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	รูปแบบการวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
5. Priyadarshini, S. & Roach, E.J., 2010	เปรียบเทียบความรู้ของ มารดา ในการดูแลเด็ก โรคลมชักที่บ้าน ก่อน และหลังเข้าร่วม โปรแกรม	Quasi-Experimental Research one group pretest-posttest design ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ B	ก่อนเข้าโปรแกรม 1. ร้อยละ 60 ของมารดามี ระดับความรู้ปานกลาง (8-14 คะแนน) 2. ร้อยละ 31 มีระดับความรู้ต่ำ (0-7 คะแนน) 3. ร้อยละ 8.57 มีระดับความรู้ดี (15-22 คะแนน)	สามารถนำ โปรแกรมนี้ไปใช้ ในผู้ดูแลเด็กโรค ลมชัก ที่มีอายุ 2- 12 ปี เพื่อเพิ่ม ความรู้ และการ จัดการดูแลที่บ้าน โปรแกรมเป็นการ ให้ข้อมูลแบบ รายบุคคล โดยมี การสนเสริม แบบเฉพาะบุคคล ควบคู่ไปกับตอบ ข้อสงสัย
Effectiveness of an educational programme on epilepsy care and home management for mothers.	กลุ่มตัวอย่าง มารดาเด็กโรคลมชักที่มี อายุ 2-12 ปี จำนวน 35 คน	วิธีการวิจัย 1. ก่อนเข้าโปรแกรม มารดาตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และตอบข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับ โรคลมชัก 2. แจกหนังสือเล่มเล็ก (Booklet) ที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้เข้าใจง่าย ครอบคลุมถึงความหมายของโรค ลมชัก สาเหตุ ประเภท การวินิจฉัย การรักษา การ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน วิธีการช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการชัก	1. ร้อยละ 85.71 ของมารดามี ระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้นอยู่ใน ระดับดี ร้อยละ 14.28 มีระดับ ความรู้ปานกลาง 2. ระดับความรู้ของมารดาเพิ่ม	
คุณลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	- มารดาอายุระหว่าง 25-			

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง /สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
40 ปี	ภาวะแทรกซ้อน การทำนายโรค โดยหนังสือเล่มเล็ก	สูงขึ้น (P<.05)		
- ส่วนใหญ่ ร้อยละ 34 มี การศึกษาระดับมัธยม ปลาย	ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ และมีการทดลอง ใช้กับมารดาเด็กโรคลมชักมาแล้ว โดยมีพยาบาล สอนเสริมควบคู่กับหนังสือแบบรายบุคคล พร้อม ตอบข้อสงสัยของมารดา ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อราย	3. เมื่อเปรียบเทียบ ความสัมพันธ์ของตัวแปรพบว่า ภูมิปัญญา การศึกษาของมารดา การเข้าถึงสื่อต่างๆ ระยะเวลาที่ เป็นโรคของโรค และประวัติโรค ลมชักในครอบครัว มี ความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ของมารดา (P<.05)	ข้อจำกัดของ การศึกษา - กลุ่มตัวอย่าง ค่อนข้างเล็ก - มีการติดตาม ประเมิน ภายหลังเพียง 8 วัน เพียง ได้รับข้อมูล ระดับความรู้ จึงยังไม่ลด	
- ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 ฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ใน ระดับปานกลาง	3. ภายหลังจากได้รับหนังสือเล่มเล็กร่วมกับการ สอนแล้ว 8 วัน มารดา ตอบข้อคำถามเดิม	4. ร้อยละ 75.35 ของมารดา เห็นด้วยที่จะมีการนำหนังสือเล่ม เล็กไปใช้		
สถานที่ คลินิกเด็กภายใน โรงพยาบาล ประเทศ อินเดีย				
เครื่องมือ/แบบวัด				
- แบบสอบถามความรู้				

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
โรคลมชักที่พัฒนาขึ้นเอง				
ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	รูปแบบการวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
6. Buelow, J.M. 2010	ทดสอบความตรงตาม เนื้อหาในโปรแกรม และ ทดสอบความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้	Qualitative Research Design ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ B	ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) วิเคราะห์เนื้อหาต่างๆ ที่ได้จากกระบวนการกลุ่ม แบ่ง ออกมาเป็น 5 คำแนะนำ ดังนี้ 1. ควรจัดทำหนังสือคู่มือเล่มเล็ก และ สมุดบันทึกประจำวัน เพื่อที่จะนำไปใช้ ร่วมกับ โรงเรียน หรือผู้ที่มีส่วนร่วม ในการดูแลเด็ก โดยมีเนื้อหา เรื่องข้อมูลยา การเรียนรู้ของ เด็ก ปัญหาพฤติกรรมต่างๆ	สามารถนำข้อมูล จากการศึกษาไป ปรับปรุงใช้ในการ ทำโปรแกรม เพื่อให้ข้อมูล ผู้ดูแลเด็กโรค ลมชักที่มีอายุ 6-18 ปี ได้รับยกกันซัก และมีการเรียนlä หลังจากเพื่อน อย่างน้อย 2 ชั้นปี
เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการวิจัย		
An intervention for parents of children with epilepsy and significant learning problem: lessons learned from a feasibility study.	ขั้นตอนที่ 1 เป็นการ พัฒนา โปรแกรม กลุ่ม ตัวอย่างเป็นมารดาเด็ก โรคลมชักจำนวน 8 คน ขั้นตอนที่ 2 เป็นการ	พัฒนาโปรแกรมโดยตรง ของเนื้อหา (Content Validity) เพื่อนำมาจัดเป็น เนื้อหาของโปรแกรม โดย 1. มารดาเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม อภิปรายกันใน เรื่องของการต้องการ ความรู้สึกรูปแบบของ		

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง /สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
ทดสอบโปรแกรม กลุ่ม ตัวอย่าง เป็นมารดาเด็ก โรคลมชัก จำนวน4 คน ซึ่งเด็กอายุ 6-18 ปี ยังมี อาการชักภายใน 6 เดือน ที่ผ่านมา ได้รับยารักษา และเรียนสัปดาห์หลังจาก เพื่อนวัยเดียวกัน อย่าง น้อย 2 ชั้นปี	ทดสอบโปรแกรม กลุ่ม ตัวอย่างเป็นมารดาเด็ก โรคลมชัก จำนวน4 คน ซึ่งเด็กอายุ 6-18 ปี ยังมี อาการชักภายใน 6 เดือน ที่ผ่านมา ได้รับยารักษา และเรียนสัปดาห์หลังจาก เพื่อนวัยเดียวกัน อย่าง น้อย 2 ชั้นปี	การจัดหาคำแนะนำ ที่มารดาต้องการได้รับการได้รับใน โปรแกรม 2. วิเคราะห์ เนื้อหาต่างๆที่ได้จากการอภิปรายกลุ่ม และสร้างเป็นโปรแกรม ขั้นตอนที่2 ทดสอบความเป็นไปได้ในการ นำไปใช้ 1. มารดาเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 1 วัน และ ติดตามกลุ่ม ผู้เข้าร่วมโปรแกรม โดยสัมภาษณ์ เกี่ยวกับได้รับคำถามเกี่ยวกับ อะไรที่ชอบ หรือไม่ชอบในโปรแกรมนี้ จะทำให้โปรแกรม ในวันนี้น่าสนใจได้อย่างไร สิ่งไหนในโปรแกรมที่ ยากสำหรับ ผู้เข้าร่วม เป็นคำถามปลายเปิดและ คำถามปลายปิด วิเคราะห์ข้อมูล โดยการใส่ รหัส และจัดให้เป็นประเภทที่เหมือนกัน โดยมี 4 เป้าหมายของกิจกรรม ดังนี้	ข้อมูลต่างๆ ที่จะสามารถ นำไปใช้ในการวางแผนการ เรียน หรือข้อมูลที่จะช่วย แสดงความก้าวหน้าของเด็ก เพื่อไว้รายงานแพทย์ หรือใช้ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับคนอื่นที่ ร่วมดูแลมีประโยชน์ แต่ เสียเวลาในการทำ 2. การจัดให้มีสื่อประกอบ ความรู้ เช่น วิดีโอ คลิป จะ ช่วยทำให้เกิดความเข้าใจมาก ขึ้น เช่น ความแตกต่างของ ชนิดการชัก 3. ควรมีเอกสารอ้างอิง เพื่อ นำไปใช้ในการค้นหาความรู้	ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับยา การเรียนรู้และ ปัญหาพฤติกรรม ของเด็ก แหล่ง ประโยชน์ หรือ การติดต่อขอความ ช่วยเหลือจาก แพทย์และทีม สุขภาพ จัดให้มีหนังสือ คู่มือเล่มเล็ก เกี่ยวกับเด็ก แล ความก้าวหน้าของ

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
	ประเทศสหรัฐอเมริกา	1. ขั้นตอนแนะนำและเตรียมตัว มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชักที่ถูกต้อง โดยการนำเสนอข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับโรคลมชักจากแพทย์หรือพยาบาล แนะนำกลุ่มให้ทำหนังสือคู่มือเล่มเล็กที่เกี่ยวกับการชักของเด็ก	เพิ่มเติม 4. มีความต้องการข้อมูลทาง การแพทย์ มารดากังวลถึงเวลา ที่เหมาะสม ในการที่จะโทร ติดต่อขอความช่วยเหลือจาก แพทย์หรือทีมสุขภาพ หรือ การเตรียมข้อมูลก่อนพบ แพทย์ครั้งต่อไป โดยกลุ่ม มารดายังไม่ได้รับการอธิบาย ในส่วนนี้	โรค เพื่อใช้ในการ สื่อสารกับแพทย์ หรือบุคคลที่เข้า ร่วมในการดูแล จัดให้มีการ พูดคุยกับบิดา มารดาเด็กอื่นที่มี ประสบการณ์ คล้ายคลึงกัน
	เครื่องมือ/แบบวัด เพื่อบันทึกการเข้ากลุ่ม	2. ส่งเสริมให้มีทักษะการสื่อสารที่ประสบความสำเร็จกับทีมสุขภาพ โดยการเข้ากลุ่มเล็ก ๆ แจ้งให้ทราบเกี่ยวกับประโยชน์ของการสื่อสารที่ดี แสดงบทบาท สมมุติสถานการณ์การสื่อสารกับทีมสุขภาพ	5. โรงเรียนจะเป็นแหล่งของ ความเครียดมากที่สุด จาก ประสบการณ์ของมารดาเด็ก จะมีปัญหาทางสังคม ขาด ความเชื่อมั่นในตนเอง ยากใน	ข้อจำกัดของ การศึกษา - เป็นการศึกษา เชิงคุณภาพ ไม่มีการจัด
		3. ส่งเสริมให้มีทักษะ การสื่อสารที่ประสบความสำเร็จ กับบุคลากรของโรงเรียน และตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงในการเรียนรู้ของเด็ก มีการนำเสนอโดยพ่อแม่ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาการศึกษาของเด็ก		

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
4. จัดหาแหล่งประโยชน์ โดยบุคลากรในสถาบัน โรคลมชัก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ใน ชุมชน และการใช้อินเตอร์เน็ต				
			การมีเพื่อน โดยควรมีเนื้อหา ความรู้ในเรื่องจะจัดการกับ ปัญหาทางสังคมนี้ ส่งเสริม เรื่องการเตรียมข้อมูล หรือ คำถามต่างๆ ที่จะใช้ พบกับ เจ้าหน้าที่ในโรงเรียน	กลุ่ม เปรียบเทียบ ก - กลุ่มตัวอย่าง เล็ก ไม่ สามารถ อ้างอิง
			6. ควรมีการจัดการจัดหาและพัฒนา ผู้ที่จะช่วยให้การช่วยเหลือใน การดูแล ได้ดีร่วมกัน ดูแลเด็ก	ประชากร - ไม่มีการ ประเมินก่อน การทดลอง
			การยอมรับและความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้	การจัด โปรแกรมต้อง ได้รับความ ร่วมมือจาก แพทย์ ช่าง
			1. เมื่อหาความรู้ที่นำเสนอในวัน แรก ไม่เพียงพอโดยต้องการ ข้อมูลเกี่ยวกับลมชักมากขึ้น	

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก				
ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
			พอกับข้อมูลอาการทั่วไปของเด็ก 2. บิดามารดาต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับพ่อแม่เด็กอื่นที่มีประสบการณ์เหมือนกันหรือสถานการณ์เดียวกัน และขอเวลาเพิ่มในการร่วมอภิปราย 3. บิดามารดาไม่สามารถแยกแยะปัญหาและตั้งเป้าหมายในวันแรกที่เข้าร่วม โดยต้องมีการนัดพูดคุยในครั้งต่อไป 4. เนื้อหาของโปรแกรมที่กล่าวถึง การสร้างผู้ร่วมดูแล	ผู้ดูแลเด็ก ขณะที่มีการให้ข้อมูล สำหรับมารดา

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
			ได้อย่างไร ใน โรงเรียน หรือ หน่วยราชการเป็นเรื่องสำคัญ อุปสรรคและการนำไปใช้ ความคิดเห็นของบิดามารดา 1. โปรแกรมใช้เวลาเข้าร่วม 1 วัน มีความเหมาะสม 2. ต้องการข้อมูล และการ สนับสนุนต่างก็มีจำนวนมาก แต่ทีมผู้ศึกษาพบว่า 3. ไม่มีผู้ดูแลได้กระหว่าร่วม โครงการ จึงควรจัดให้มี สถานดูแลได้กระหว่าร่วม โครงการ ความคิดเห็นของผู้จัดโครงการ 1. เนื่อหาตามความต้องการ	

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
			มารดาเมื่อรวบรวมไว้ให้อยู่ ภายในวันเดียวอาจไม่ เพียงพอ	
			2. หากเข้าร่วมโครงการได้น้อย เนื่องจากไม่ได้รับความ ร่วมมือจากแพทย์ผู้ตรวจ	
ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	รูปแบบการวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
7. Wohlrab, G.C., Rinnert, S., Bettendorf, Fischbach, H., Heinen, G., Klein, P., Kluger, G., Jacob, K., Rahn, D.,	เป็นบทความที่แนะนำ โปรแกรม Famoses ซึ่ง เป็นโปรแกรมที่เพิ่ม ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก แก่เด็กโรคลมชักและพ่อ แม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ช่วยให้พ่อแม่มีความ	ไม่ได้ระบุในการศึกษา ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ B วิธีการวิจัย บทความแสดงโปรแกรมที่พัฒนาโดยทีมสห สาขาวิชา ได้แก่ แพทย์ระบบประสาท นักจิตวิทยา	นำไปใช้ในศูนย์โรคลมชัก คลินิกผู้ป่วยนอก นำไปใช้เฉพาะ บุคคล สามารถนำไปใช้ได้ สถานที่ที่แตกต่างกัน จำกัด จำนวนเด็กไม่ควรเกิน 6 คน พ่อ แม่ไม่เกิน 12 คน ต่อโปรแกรม มี การนำไปโปรแกรมสำหรับเด็กไป	สามารถนำ โปรแกรมนี้ไปใช้ ในเด็กโรคลมชัก ที่มีอายุ 7-13 ปี และผู้ดูแล เพื่อ เพิ่มความรู้อย่าง เข้าใจเกี่ยวกับโรค

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
Winter, R., Pfafflin, M., & famoses project group, 2007	เข้าใจในโรค เพิ่มความ มั่นใจ ลดความวิตกกังวล ที่เกี่ยวกับโรคลมชัก	นักสังคมสงเคราะห์ และนักการศึกษา โปรแกรมใช้ เวลา 60-90 นาที ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1. โปรแกรมสำหรับพ่อแม่ (ผู้ดูแล) จัดกลุ่มสัมพันธ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ โดยผู้ฝึกสอน 2 คน โดยมีเนื้อหาครอบคลุม 6 หัวข้อ 1.1 อธิบายคร่าวๆเกี่ยวกับหลักการและเนื้อหา ของโปรแกรม โดยมีการจูงใจให้สมาชิกกลุ่ม มีส่วน ร่วมในการสะท้อนความคิดเห็น 1.2 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสาเหตุ หรือกลไก การเกิดโรคลมชัก ความแตกต่างของอาการชัก 1.3 การตรวจวินิจฉัย (EEG, MRI, PET, SPECT) อธิบายความสำคัญของการวินิจฉัย การ รักษา การสังเกตการณ์ชัก ให้คำแนะนำในการ สนับสนุนอารมณ์ของเด็ก และอธิบายเด็กต่อถึง ความสำคัญของโรคลมชัก	ใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ.2005 สำหรับพ่อ แม่ตั้งแต่ปี ค.ศ.2006 โดยปัจจุบัน ได้มีการนำมาใช้อย่างเป็น ทางการในประเทศไทยร่วมกับ ประเทศสวีเดนแลนด์ และ อนุญาตให้วางในร้านขาย หนังสือทั่วไป โดยเนื้อหาใน หนังสือเป็นการสอนวิธีการและ การเตรียมผู้สอน	ลมชัก โปรแกรม เป็นการให้ข้อมูล แบบกลุ่ม และเป็น โปรแกรมที่มี มาตรฐาน ข้อจำกัดของ การศึกษา - ไม่มี รายละเอียด ของโปรแกรม ต้องซื้อคู่มือ และโปรแกรม จาก ต่างประเทศ

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
		2. โปรแกรมสำหรับเด็ก จัดให้เด็กเล่นบทบาทสมมติเป็นกะลาสีเรือ เล่นเรือไปยังเกาะต่างๆรวม 7 เกาะ โดยแต่ละเกาะจะเป็นฐานความรู้ดังนี้ 2.1 ทำเรื่องเป็นฐานแรกที่จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความคุ้นเคย จูงใจให้ไปตามแผนของโครงการกระตุ้นให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น 2.2 เกาะหิน เป็นฐานที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ของโรคลมชัก ผลต่อชีวิตประจำวัน และการตอบสนองต่อคนที่ชัก ส่งเสริมให้เด็กพูดถึงอารมณ์ที่สัมพันธ์กับโรคลมชัก และวิธีการจัดการของพวกเขา 2.3 เกาะภูเขาไฟ เป็นฐานที่อธิบายกลไกการเกิดโรคลมชัก สาเหตุ ความแตกต่างของชนิดการชัก และเด็กเหล่านั้นมีการชักแบบใด 2.4 เกาะชุมทรัพย์ เป็นฐานที่บอกให้ทราบ		

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก				
ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
เกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจวินิจฉัย (EEG,MRI) ความสำคัญของการสังเกตและอธิบาย ลักษณะการชัก 2.5 เกาะเห็ดตรา เป็นฐานในการแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น เกณฑ์การรักษาส่วนใหญ่ การ ใ้ยา และทางเลือกอื่นเมื่อยาไม่ไ้ผล 2.6 เกาะพัคผ่อน เป็นฐานที่สอนเกี่ยวกับวิธีการ พูด การแจ้งใ้ผู้ส่พื่อนทราบเกี่ยวกับลมชัก เช่นการ สังเกตเมื่อเกิดการชัก 2.7 เกาะประกาศการ เป็นฐานที่สรุปรเนื่อหา ทั้งหมดของโครงการ				

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก				
ผู้วิจัย / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / ตัวอย่าง / สถานที่	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	รูปแบบการวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
8. Arhan, E., Serdaroglu. A., Soysal, S., Ozcelik, A., Gucuyener, K., & Demir, E. 2009	เปรียบเทียบความรู้และ ความเข้าใจเรื่องการทำ EEG ในมารดาเด็กที่มี อาการชัก ก่อนและหลัง ได้อ่านแผ่นพับข้อมูล (leaflet)	Quasi Experimental Research One group pretest-posttest design ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ B	ก่อนอ่านใบปลิว 1. ร้อยละ 89.5 ของมารดา รู้ว่า ทำไม่ต้องการ EEG 2. ร้อยละ 67.6 รู้ว่า EEG คือ อะไร 3. ร้อยละ 78.1 เชื่อว่าการทำ EEG เปรียบเสมือนการทำ แผนที่สมอง 4. 1 ใน 3 ของมารดา กล่าวว่า ลูก จะถูกรังสีจากการทำ EEG โดยร้อยละ 9.3 คิดว่าทำให้ เกิดความปวด 5. ร้อยละ 41 รู้ว่า EEG แบบ routine กับ sleep EEG	สามารถนำ วิธีการใช้ใบปลิว ข้อมูลการทำ EEG ในกลุ่มผู้ดูแลเด็ก โรคลมชักเพื่อเพิ่ม ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการทำ EEG แผนการให้ ข้อมูลแบบ รายบุคคล ข้อจำกัดของ การศึกษา
เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดของ
Assessment of mother's knowledge and perceptions of electroencephalogra phy and	มารดาเด็กที่มีอาการชัก ต้องทำ EEG จำนวน 333 คน ร้อยละ 37 ถูกวินิจฉัย เป็นโรคลมชัก	1. ก่อนได้รับใบปลิวข้อมูล มารดาถูกสัมภาษณ์ จากผู้เชี่ยวชาญในการทำ EEG ตอบข้อคำถาม ความรู้ทั่วไปและการรับรู้เกี่ยวกับการทำ EEG 2. อ่านใบปลิวขนาดเอ 4 ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล ขั้นตอนการทำ EEG มีความยาว 270 คำ ใช้ภาษาที่ เข้าใจง่าย 3. ภายหลังอ่านใบปลิวไปแล้ว 1 เดือน มารดาถูก	ผลการวิจัย	ข้อจำกัดของ
คุณลักษณะของกลุ่ม				

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
determination of the short-term effect of an informational leaflet.	ตัวอย่าง - มารดาที่มีอายุระหว่าง 18-50 ปี - ร้อยละ 45 อายุระหว่าง 31-40 ปี - ร้อยละ 76 เป็นแม่บ้าน - ร้อยละ 54 มีการศึกษา ระดับประถมศึกษา - ร้อยละ 29 มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา - ร้อยละ 17 มีการศึกษา ระดับปริญญา	โทรศัพท์ติดตาม เพื่อตอบข้อคำถามเดิม	แตกต่างกัน 6. ร้อยละ 29.4 คิดว่า EEG ทำ เพื่อรักษาโรคลมชัก 7. ร้อยละ 82.3 คิดว่าการรักษา ขึ้นอยู่กับผลการทำ EEG 8. ร้อยละ 25.8 เชื่อว่า ยานอน หลับทำให้ระหว่างการทำ EEG เป็นอันตราย 9. ร้อยละ 29.7 กังวลและกลัว ผลกระทบ ภายหลังการติด อิเล็กทรอนิกส์	- ไม่มีกลุ่ม ควบคุม

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก				
ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
สถานที่				
EEG Center ของภาควิชา ระบบประสาทเด็ก มหาวิทยาลัย Gazi ประเทศตุรกี	ภายหลังอ่านใบปลิว			
	1. มารดาทุกกลุ่มการศึกษา มีความรู้และการรับรู้เพิ่มขึ้น โดยมารดาระดับการศึกษา ประถมศึกษา มีความรู้เพิ่มขึ้น มากกว่ามารดากลุ่มระดับ การศึกษาอื่น (P<.05)			
	2. กลุ่มที่เคยทำ EEG หลายครั้ง และกลุ่มที่ทำ EEG เป็นครั้งแรก มีความรู้และการรับรู้ เพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่ม (P<.05)			
เครื่องมือ/แบบวัด	แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ การทำ EEG ที่พัฒนาขึ้นเอง	3. มารดามีความเข้าใจที่ถูกต้อง เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการทำ EEG ไม่ใช้การทำแผนที่สมอง		
		อันตรายจากยานอนหลับที่ใช้		

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
การทำ EEG และขณะทำ EEG ไม่มีอันตรายจากการแผ่รังสีเพิ่มขึ้น (P<0.5)				
ผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	รูปแบบการวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
9. Vona, P., Siddarth, P., Sankar, R., & Caplan, R. (2009)	เพื่อเปรียบเทียบปัญหาอุปสรรคของมารดา ในการดูแลสุขภาพจิตผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ก่อนและหลังได้รับแผ่นพับ	Quasi Experimental Research One group pretest-posttest design	1. ภายหลังจากอ่านแผ่นพับข้อมูลมารดา มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของเด็กโรคลมชักและการรักษาเพิ่มขึ้น (P<.05)	สามารถนำการให้ข้อมูลโดยการใช้แผ่นพับ ที่เนื้อหาเป็นภาษาเดียวกับเจ้าของโรคลมชักและการเชื้อสายของมารดา ไปใช้กับผู้ดูแลเด็กโรค
เรื่อง	ความรู้เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคลมชัก	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ B	มารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของเด็กโรคลมชักและการรักษาเพิ่มขึ้น (P<.05)	ผู้ดูแลเด็กโรค
Obstacles to mental health care in pediatric epilepsy: Insight from parent.	มารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของเด็กโรคลมชักและการรักษาเพิ่มขึ้น (P<.05)	วิธีการวิจัย 1. ก่อนอ่านแผ่นพับข้อมูลมารดาตอบข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ปัญหาการเรียนรู้และการรักษาเด็กโรคลมชัก และข้อคำถามต้องการ	มารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของเด็กโรคลมชักและการรักษาเพิ่มขึ้น (P<.05)	มารดา ไปใช้กับผู้ดูแลเด็กโรค
MHC ต่อ comorbidity อย่าง				

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง /สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
มี 1 กลุ่มได้แก่ มารดา เด็กโรคลมชักเชื้อสาย ยุโรป จำนวน 20 คน เชื้อ สายสเปน 20 คน	ข้อมูลและความคิดเห็นของมารดา 2. มารดาอ่านแผนพับข้อมูล สำหรับมารดาเชื้อสาย ยุโรปอ่านฉบับภาษาอังกฤษ สำหรับมารดาเชื้อสาย สเปน อ่านฉบับภาษาสเปนแผนพับประกอบด้วย 6 หัวข้อย่อย เกี่ยวกับข้อมูลพ่อแม่ต้องการ ได้แก่ 2.1 ปัญหาพฤติกรรมและการศึกษาของเด็ก 2.2 อารมณ์ของมารดาเกี่ยวกับการจัดการการ ชักไม่ได้ 2.3 การจัดลำดับความสำคัญสำหรับเด็กของ มารดา 2.4 ตราบาปของเด็กภายหลังเป็นโรคลมชัก 2.5 ประเภทผู้เชี่ยวชาญที่สามารถประเมินและ รักษาปัญหาพฤติกรรมและการเรียนรู้ 2.6 การรักษาปัญหาพฤติกรรมและการเรียนรู้ ของเด็ก	ไม่มีนัยสำคัญ	ข้อจำกัดของ การศึกษา - กลุ่มตัวอย่าง มีขนาดเล็ก - ไม่มีกลุ่ม เปรียบเทียบ	

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลงชัก				
ลำดับ / ผู้วิจัย/ ปี/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์ / กลุ่ม ตัวอย่าง / สถานที่	รูปแบบการวิจัย / ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ / วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	ความเกี่ยวข้อง และแนวทางการ นำงานวิจัยไปใช้
เครื่องมือ/แบบวัด แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมและการเรียนรู้ของเด็กที่พัฒนาจาก Child and Adolescent Service Assessment (CASA) 3. ภายหลังได้อ่านแผ่นพับ มารดาตอบข้อคำถาม ความรู้เดิม				

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ-สกุล

นางสาวพจนีย์ ค่านดำรงรักษ์

วัน เดือน ปีเกิด

28 ธันวาคม พ.ศ. 2523

สถานที่เกิด

กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลศาสตรบัณฑิต
พ.ศ. 2542-2545

ที่อยู่ปัจจุบัน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
270 ถนนพระราม6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี
จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10400