

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

วีระนุช มยุเรศ พย.ม.¹,
นันทวดี ใจหาญ พย.ม.^{2*},
พัฒน์พร ตริสุนัย พย.ม.²,
เกศรา ศรีลำอังก์ พย.บ.³,
พรทิภา ธิวงศ์ พย.ม.³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักและศึกษาประสิทธิผลของระบบในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson และแนวทางเวชปฏิบัติของสถาบันประสาทวิทยา เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา และใช้ทฤษฎีระบบเป็นกรอบในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย เด็กโรคลมชัก 45 ราย ผู้ดูแลหลัก 45 ราย และพยาบาลที่ดูแล 55 ราย เก็บข้อมูลระหว่าง 1 กรกฎาคม 2567 – 20 มิถุนายน 2568 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาล แผนการพยาบาล แบบเอื้ออาทร และระบบติดตามผ่าน Telehealth วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการวิจัย: พบว่า 1) ระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (nurse case manager) การใช้แนวปฏิบัติการดูแลแบบเอื้ออาทร 5 ขั้นตอน ระบบการส่งต่อข้อมูลแบบไร้รอยต่อ และการติดตามเยี่ยมบ้านผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telehealth) 2) ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผล พบว่าภายหลังการใช้ระบบ พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากที่สุด ($p < .001$) คะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ที่สำคัญ พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Unplanned readmission) และอัตราการกลับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU readmission) ลดลงเป็นศูนย์ (0%) แสดงให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: การดูแลแบบเอื้ออาทร โรคลมชักในเด็ก ระบบการพยาบาล การจัดการรายกรณี การแพทย์ทางไกล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

*Corresponding author email: Arkidcare64@gmail.com

วันที่รับ (received) 1 ธ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 21 ธ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 6 ม.ค. 2569

The Development of Nursing System for Pediatric Patients with Epilepsy

Weeranuch Mayurat M.N.S.¹,

Nantawadee Jaihar M.N.S.^{2*},

Patthanaporn Teesoon M.N.S.²,

Ketsara Srisamang B.N.S.³,

Porntipa Thiwong M.N.S.³

Abstract

This action research sought to develop a nursing care system for pediatric epilepsy patients and assess its effectiveness at Sunpasitthiprasong Hospital. Swanson's Theory of Caring and clinical practice guidelines from the Neurological Institute served as the conceptual framework, while systems theory guided the implementation process. The study involved a purposive sample of 45 pediatric epilepsy patients, 45 primary caregivers, and 55 nurses. Data collection spanned from July 1, 2024, to June 20, 2025. Research instruments included nursing practice guidelines, caring-based nursing care plans, and a telehealth follow-up system. Data analysis was conducted using descriptive statistics and paired t-tests.

Results: The findings indicated that the developed nursing system consisted of four essential components: (1) the competency development of nurse case managers, (2) the implementation of a five-step caring-based nursing practice, (3) a seamless information transfer system, and (4) home follow-up through telehealth services. In terms of effectiveness outcomes, nurses' adherence to nursing practice guidelines significantly improved from a moderate level to the highest level ($p < .001$). Additionally, caregivers' knowledge and caregiving behaviors increased significantly ($p < .001$), and their satisfaction with the system was rated at the highest level. Notably, the unplanned readmission rate within 28 days and the ICU re-admission rate both dropped to zero (0%) following implementation. The findings indicate that the newly developed nursing care system significantly improved continuity of care, patient safety, and quality of life for pediatric epilepsy patients. This system can also serve as a practical model for enhancing nursing services in similar healthcare environments.

Keywords: caring theory, pediatric epilepsy, nursing system, case management, tele-health

¹Expert Professional Nurse, Chief Nurse, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubonratchathani

²Professional Nurse, Senior Professional Level, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubonratchathani

³Professional Nurse, Expert Level, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubonratchathani

*Corresponding author email: Arkidcare64@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคลมชัก (Epilepsy) ถือเป็นความผิดปกติทางระบบประสาทเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่ออย่างมากและรุนแรงต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัวทั่วโลก จากข้อมูลทางระบาดวิทยาล่าสุดในปี พ.ศ. 2567 ชี้ให้เห็นว่าโรคลมชักยังคงเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งพบอัตราความชุกสูงถึง 3.6–44 ต่อประชากร 1,000 คน¹ สำหรับประเทศไทย แม้ระบบสาธารณสุขจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบอัตราความชุกประมาณ 7–7.2 ต่อประชากรเด็ก 1,000 คน โดยกลุ่มเสี่ยงสูงสุดคือเด็กในช่วงวัยแรกเกิดถึง 5 ปี ซึ่งนับเป็นช่วงวัยที่สมองกำลังมีพัฒนาการสูงสุด หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการควบคุมอาการชักอย่างมีประสิทธิภาพ อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและถาวร ได้แก่ ภาวะสมองพิการ พัฒนาการล่าช้า หรือแม้กระทั่งการเสียชีวิตเฉียบพลัน นอกจากนี้ผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับตัวเด็กแล้ว โรคลมชักยังส่งผลกระทบต่อเนื่องทางจิตสังคมและเศรษฐกิจอย่างมหาศาลต่อ "ผู้ดูแล" ซึ่งเป็นกำลังหลักในการดูแลผู้ป่วย การต้องแบกรับภาระในการเฝ้าระวังอาการชักตลอด 24 ชั่วโมง ก่อให้เกิดภาวะความเครียดสะสม ความวิตกกังวล และนำไปสู่ภาวะหมดไฟในที่สุด จากการศึกษาของ Al-Harrasi และคณะ² พบว่า ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตของทั้งตัวเด็กและครอบครัว หากผู้ดูแลขาดความมั่นใจหรือขาดทักษะในการจัดการอาการเบื้องต้น ย่อมส่งผลให้การดูแลที่บ้านขาดประสิทธิภาพ นำไปสู่การใช้บริการห้องฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น หรือการตัดสินใจหยุดยาเองเนื่องจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน² ในบริบทของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิขั้นสูง และเป็นแม่ข่ายของเขตสุขภาพที่ 10 ที่ต้องรับผิชอบดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีความซับซ้อนและอาการรุนแรง ได้เผชิญกับปัญหาสำคัญคือ "ภาวะการเจ็บป่วยซ้ำซ้อน" จากสถิติย้อนหลังในปีงบประมาณ 2562–2564 พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU Re-admission) ภายใน 28 วัน ในบางปีสูงถึงร้อยละ 37.0 และพบอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน อย่างต่อเนื่อง³ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึง "รอยต่อของระบบบริการ" ที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การขาดเจ้าภาพในการดูแลต่อเนื่องหรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ส่งผลให้การดูแลไม่ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม 2) ระบบการพยาบาลเดิมเป็นรูปแบบการดูแลแบบตั้งรับตามอาการ ขาดการติดตามเชิงรุกและการประเมินความพร้อมของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ และ 3) ความไม่ต่อเนื่องของการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพและเครือข่ายการดูแลหลังจำหน่าย รวมถึงการขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพและข้อจำกัดด้านระยะทางและเวลา ทำให้ไม่สามารถประเมินหรือแก้ไขปัญหามิได้ทันที่ รอยต่อดังกล่าวส่งผลให้เด็กโรคลมชักมีความเสี่ยงต่อการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเข้าสู่ภาวะวิกฤตซ้ำ จากวิกฤตการณ์และความท้าทายดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการ "พัฒนาระบบการพยาบาล" เพื่อตัดวงจรการเจ็บป่วยซ้ำซ้อนนี้ โดยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการแก้ปัญหาจริงตามบริบทของงาน โดยเปิดโอกาสให้พยาบาลและทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ปฏิบัติ สะท้อนผล และปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการบูรณาการองค์ความรู้เชิงทฤษฎีและนำมาพัฒนาระบบตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคลมชักของสถาบันประสาทวิทยา⁴ แนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management)⁵ เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการดูแล ผสานเข้ากับทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson⁶ (Knowing, Being with, Doing for, Enabling, Maintaining belief) และที่สำคัญคือการนำเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (Tele-health) มาประยุกต์ใช้ในการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นเหมือน "ตาข่ายความปลอดภัย" ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางการแพทย์วิถีใหม่ การวิจัยครั้งนี้ มุ่งหวังให้เกิดระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย สามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ⁷ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักใน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ก่อน การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

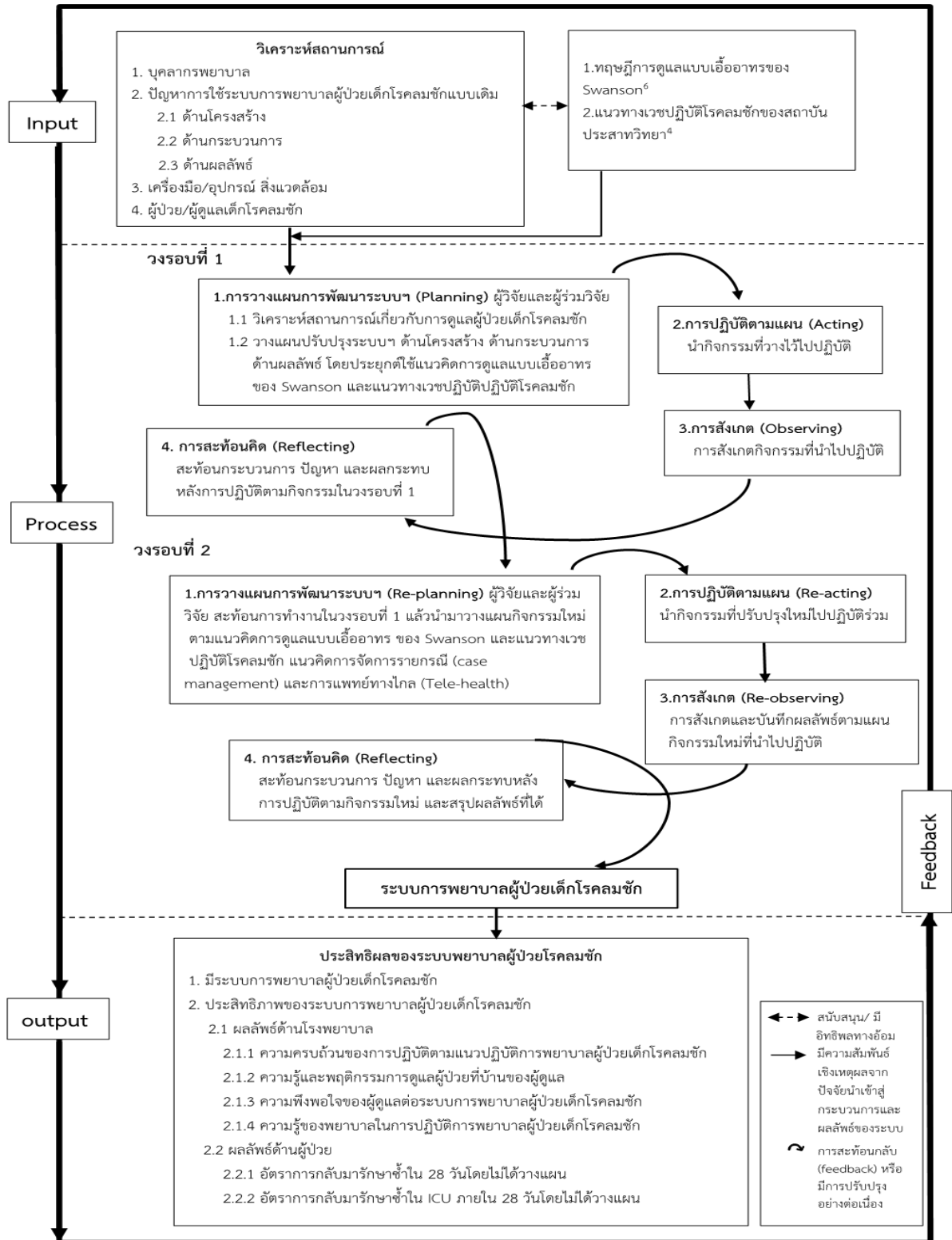
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ในโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ ดังนี้

2.1 ผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาล ได้แก่ ความครบถ้วนของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก โรคลมชัก ความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อระบบการพยาบาล ผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ความรู้ของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

2.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันโดยไม่ได้อาการ และอัตราการ กลับมารักษาในท้องผู้ป่วยหนักใน 28 วันโดยไม่ได้อาการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยอาศัยการบูรณาการทฤษฎีการดูแล แบบเอื้ออาทรของ Swanson⁶ แนวทางเวชปฏิบัติโรคลมชักของสถาบันประสาทวิทยา⁴ และทฤษฎีระบบ โดยทฤษฎีของ Swanson⁶ ใช้เป็นกรอบกำหนดบทบาทและกระบวนการดูแลที่เน้นความเข้าใจผู้ป่วยและผู้ดูแล การเสริมพลัง และการดูแลต่อเนื่อง แนวทางเวชปฏิบัติโรคลมชักใช้สนับสนุนการดูแลทางคลินิกให้เป็นไปตาม มาตรฐานเดียวกัน ในขณะที่ทฤษฎีระบบใช้ในการออกแบบโครงสร้างและกลไกการดำเนินงานของระบบ ตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดูแล จนถึงผลลัพธ์ ส่งผลให้ระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมทั้งมิติ การดูแล มาตรฐานวิชาชีพ และประสิทธิผลของระบบโดยรวม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่เข้ารับการรักษาใน SCH-2 สามัญ, SCH-3 พิเศษ, SCH-ICU2, SCH-ICU3 และ PCICU ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2567–20 มิถุนายน 2568 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มาพร้อมเด็กในช่วงเวลาเดียวกัน และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอย่างน้อย 1 ปี การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงนี้ เพื่อเลือกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับปัญหา เพื่อให้สามารถลงมือปฏิบัติ (Action) และสังเกตการณ์สะท้อนผล (Reflection) ได้จริง เพื่อแก้ไขปัญหาในการดูแลเด็กโรคลมชักได้โดยตรง

เกณฑ์การคัดเข้า กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 1) เด็กโรคลมชัก 45 ราย อายุ ≤ 15 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคลมชัก ไม่มีโรคเรื้อรังร่วม และสามารถให้ข้อมูลได้ 2) ผู้ดูแล 45 ราย เป็นผู้ดูแลหลัก อายุ 20–70 ปี สื่อสารภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วม และไม่มีข้อจำกัดในการตอบแบบประเมิน 3) พยาบาล 55 ราย ดูแลผู้ป่วยเด็กลมชักตามหน่วยงานที่กำหนด มีประสบการณ์ ≥ 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงขณะเข้าร่วมการวิจัยที่ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อได้ ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามกระบวนการวิจัย สำหรับพยาบาลมีการย้ายหน่วยงาน หยุดปฏิบัติงาน หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการวิจัยได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ รหัส 030/67 C ลงวันที่ 25 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยได้แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอย่างชัดเจน ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผล และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและรายงานเฉพาะในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลการวิจัยได้ถูกจัดเก็บในที่ปลอดภัยและจำกัดการเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น ภายหลังสิ้นสุดการวิจัย ข้อมูลจะถูกทำลายภายในระยะเวลา 3 ปี ตามที่คณะกรรมการจริยธรรมกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1.1 แบบวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กลมชัก ประกอบด้วย การประเมินอาการ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การพยาบาล การเฝ้าระวังติดตามอาการ การให้ข้อมูล/ความรู้ในการดูแลตนเอง การดูแลทีมสหวิชาชีพ และการประเมินผลการพยาบาล ให้คะแนน ปฏิบัติครบถ้วน ปฏิบัติไม่ครบถ้วน และไม่ปฏิบัติ

1.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

1.3 แผนการพยาบาลแบบเอ้ออาทร ตามแนวคิดของ Swanson⁶ ผู้วิจัยปรับปรุงจากการศึกษาของนุชพร ทองคำ⁸ โดยเน้นไปที่ผู้ดูแลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การรู้จักและเข้าใจผู้ดูแล 2) การดูแลใกล้ชิดสม่ำเสมอ 3) การดูแลช่วยเหลือ 4) การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถ 5) ดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ ความศรัทธาของบุคคล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

2.2 แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล

2.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย

2.2.2 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคลมชักและพฤติกรรมในการดูแลที่บ้าน ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้โรคลมชักของวรวิภา แซ่ฮู่⁹ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักของฤดีพร เพียสุพรรณ¹⁰ จำนวน 30 ข้อ โดยข้อคำถามประยุกต์ตามแนวคิดของ Swanson⁶ 5 ด้าน

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก จำนวน 15 ข้อ ดัดแปลงจากยูภา เชิดโคกสูง¹¹ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยข้อคำถามประยุกต์ตามระยะการดูแลผู้ป่วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย

2.4 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก มี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย จำนวน 53 ข้อ สร้างตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยแนวปฏิบัติประยุกต์ตามแนวคิดของ Swanson⁶ 5 ด้าน ให้คะแนน 3 ระดับดังนี้ 2 = ปฏิบัติครบถ้วน 1 = ปฏิบัติไม่ครบถ้วน และ 0 = ไม่ปฏิบัติ

2.5 แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบเลือกคำตอบที่ถูกต้อง จำนวน 20 ข้อ ให้คะแนน 1 = ถูกต้อง 0 = ไม่ถูกต้อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้เครื่องมือ 4 ชนิด ได้แก่ แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลที่บ้าน แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาล แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และแบบประเมินความรู้สำหรับพยาบาล เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคลมชักในเด็ก พยาบาลที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยเด็กลมชัก อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กลมชัก (CVI = 0.81, 0.82, 0.84, 0.81) และทดลองใช้กับกลุ่มนอกตัวอย่าง 10 ราย พบค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับยอมรับได้ ได้แก่ KR-20 = 0.81 และ 0.70 และ Cronbach's Alpha = 0.75 และ 0.78.

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บข้อมูลก่อนพัฒนาระบบ (Baseline data) ศึกษาสภาพการณ์ปัญหาการดำเนินงานของระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กโรคลมชักย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2564–2566 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก การสนทนากลุ่มพยาบาลที่เกี่ยวข้อง การสังเกตการปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วม และการสำรวจสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ และสื่อการสอนที่ใช้ในการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการพัฒนาระบบการพยาบาล นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกับทีมวิจัยและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ประกอบด้วย การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล การจัดระบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี แนวปฏิบัติและแผนการพยาบาล ระบบประสานงานสหวิชาชีพ และระบบติดตามต่อเนื่องผ่าน Tele-health

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้ระบบ (Implementation) นำระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มารับบริการในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยมีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมการประชุมกลุ่มย่อยทุก 1–2 เดือน เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 4 การเก็บข้อมูลหลังพัฒนาระบบ (Post-test) เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล การทบทวนเวชระเบียน และการสะท้อนผลจากทีมพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง

การควบคุมความคลาดเคลื่อนของข้อมูล เพื่อเพิ่มความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล มีการควบคุมความคลาดเคลื่อนโดยการนิเทศและชี้แจงแนวทางการเก็บข้อมูลแก่ทีมผู้เก็บข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ การตรวจสอบความครบถ้วนและความตรงของข้อมูลจากเอกสารทางการแพทย์ และการทบทวนข้อมูลร่วมกันในทีมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ เนื่องจากตัวแปรผลลัพธ์หลัก ได้แก่ คะแนนความรู้และความมั่นใจของพยาบาลและผู้ดูแล เป็นข้อมูลเชิงต่อเนื่อง (Continuous data) และเป็นการวัดซ้ำในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน (Pre-post design) นอกจากนี้ก่อนการวิเคราะห์ได้มีการตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้น ได้แก่ การกระจายตัวของข้อมูลแบบปกติ (Normal distribution) จึงเลือกใช้สถิติดังกล่าวเพื่อประเมินความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินการอย่างเหมาะสม สำหรับข้อมูลด้านผลลัพธ์ทางระบบบริการ เช่น อัตราการกลับมาใช้บริการรักษาซ้ำ ซึ่งเป็นข้อมูลในลักษณะสัดส่วน (Proportion) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้ทำการทดสอบทางสถิติ สำหรับตัวแปรดังกล่าว เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีขนาดค่อนข้างน้อย และการวิจัยมีลักษณะเป็นการพัฒนาระบบการพยาบาล ที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงแนวโน้มของผลลัพธ์และความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้จริงมากกว่าการสรุปอ้างอิงเชิงประชากร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำเสนอข้อมูลอัตราการกลับมารักษาซ้ำในรูปแบบร้อยละและการเปรียบเทียบเชิงพรรณนา เพื่อสะท้อนผลของการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักในบริบทการปฏิบัติงานจริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Action Research ที่เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติและการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ส่วนการใช้ Content analysis ของข้อมูลเชิงคุณภาพ กระทำโดยการถอดเทปและอ่านข้อมูลซ้ำ เพื่อทำความเข้าใจบริบทการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก จากนั้นให้รหัสข้อมูล จัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ และสังเคราะห์ประเด็นที่สะท้อนปัญหาและแนวทางพัฒนาระบบการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาล วิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละ อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน และอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ใน ICU ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน วิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละ และเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา

1.2 คะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก คะแนนความรู้เรื่องโรคลมชัก และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล คะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก คะแนนความรู้ของพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักในโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ ดำเนินการ 2 วงรอบตามกระบวนการของ Action Research ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกตผล (Observing) และการสะท้อนผล (Reflecting) โดยสรุปผลการพัฒนาระบบได้ ดังภาพที่ 2

วงรอบที่ 1 : การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

1. การวางแผนพัฒนาระบบ (Planning) ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม

2567

1.1 สถานการณ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักก่อนการพัฒนา

1.1.1 จากการประเมินพบปัญหาดังนี้ **1) ด้านโครงสร้าง** การนำระบบการจัดการรายกรณีสู่การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักไม่ชัดเจน และไม่มีการติดตามนิเทศอย่างต่อเนื่อง **2) ด้านกระบวนการ** ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน การดูแลขาดความต่อเนื่องทั้งในและนอกโรงพยาบาล การประสานงานสหสาขาวิชาชีพไม่เป็นระบบ การวางแผนจำหน่ายไม่ครบถ้วน **3) ด้านผลลัพธ์** ไม่มีการกำหนดและติดตามตัวชี้วัดทางการพยาบาล

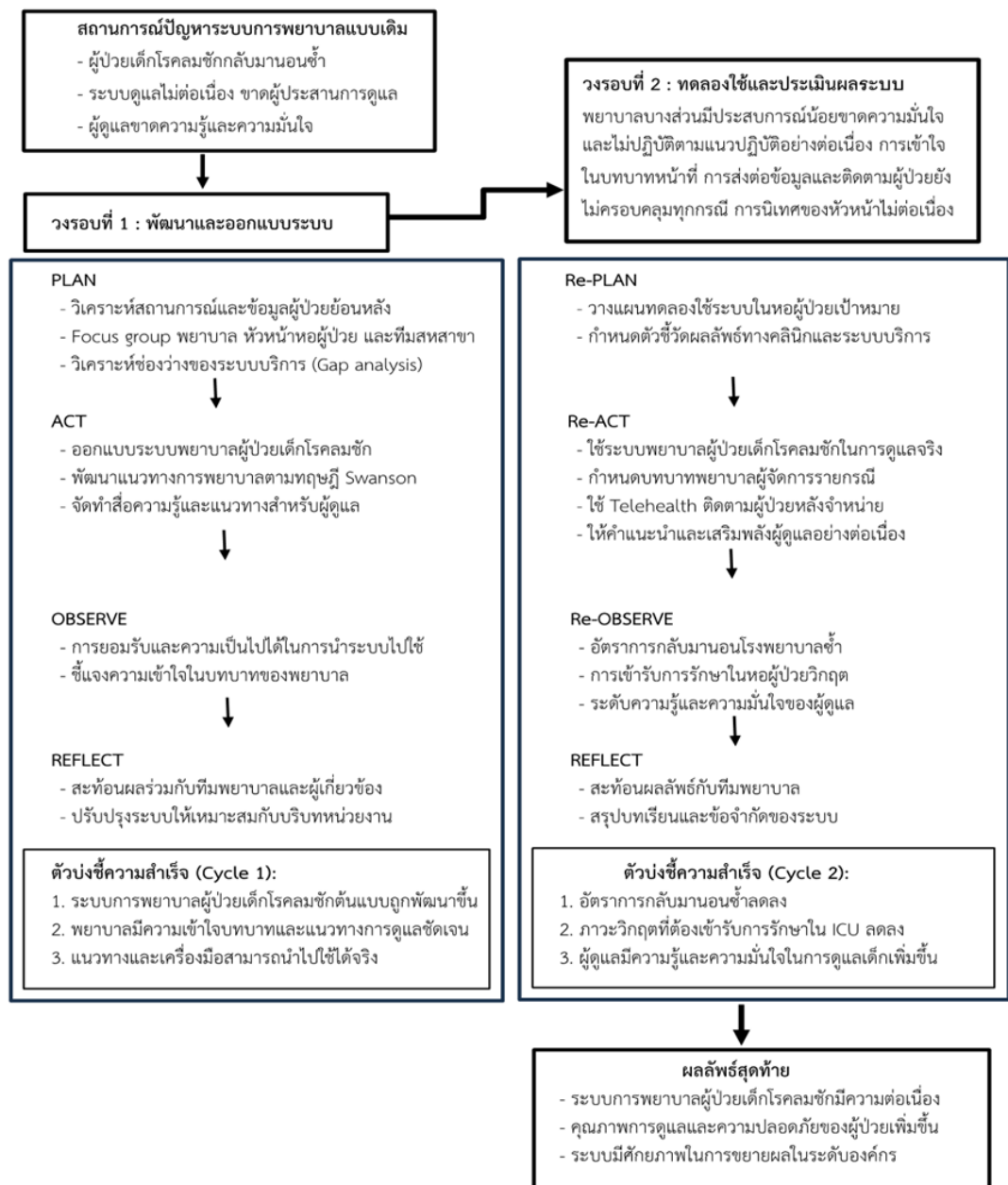
1.1.2 ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้ากลุ่มงาน สรุปประเด็นปัญหาการรับรู้ของพยาบาลดังนี้

1) ความรุนแรงของโรคลมชักในเด็ก ให้ความเห็นสอดคล้องกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “โรคลมชักมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ต้องจ้างเหมารถเพื่อมาพบแพทย์” และ “โรคลมชักทำให้พัฒนาการล่าช้า และในเด็กโตทำให้เกิดการเรียนรู้ล่าช้ากว่าเด็กปกติ”

2) รับรู้เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ให้ความเห็นสอดคล้องกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “เป้าหมายการดูแลรักษาคือ ผู้ป่วยไม่มีภาวะชักซ้ำและไม่มีความแทรกซ้อน”

3) รับรู้ปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ให้ความเห็นสอดคล้องกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “ปัญหาในการดูแลส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักจะเป็นผู้สูงวัย” “เด็กรายใหม่อายุ 2-3 ขวบ อยู่กับทวดอายุ 80 ปี พบปัญหาขาดยาเกินครึ่ง” และ “ในเด็กโต พบปัญหาการไม่รับประทานยาจากการใช้สื่อออนไลน์”

Flowchart: Action Research
การพัฒนาระบบพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก



ภาพที่ 2 Flow chart การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

4) รับรู้การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ให้ความเห็นสอดคล้องกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “การดูแลต่อเนื่องจะส่งต่อข้อมูลเฉพาะรายที่ให้อยู่ที่ รพ.ใกล้เคียง หรือ การปรับขนาดของยาต่างๆ” และ “ควรจัดหาทีมรับผิดชอบในเครือข่าย เพื่อติดตามต่อเนื่องในชุมชน”

5) รับรู้จุดด้อยของการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ให้ความเห็นสอดคล้องกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “พยาบาลให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ปกครอง แตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรายใหม่อาจจะได้รับความรู้ไม่เพียงพอ”

6) ให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ให้ความเห็นสอดคล้องกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “*ควรมีผู้จัดการรายกรณีในหอผู้ป่วย และมีผู้ดูแลประสานงานที่ OPD, ER*” และ “*ควรมีระบบ Tele-health*”

จากการทำ Focus group พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้ากลุ่มงาน พบว่าโรคลมชักส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจครอบครัว การเดินทาง และพัฒนาการเด็ก โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการควบคุมอาการชักและป้องกันภาวะแทรกซ้อนปัญหาสำคัญ ได้แก่ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ขาดความรู้เรื่องยา เด็กเล็กมีปัญหาขาดยา เด็กโตไม่ร่วมมือในการรักษา รวมถึงระบบส่งต่อและการติดตามต่อเนื่องที่ยังไม่ทั่วถึง โดยรวมสะท้อนว่าระบบบริการยังขาดมาตรฐาน เครื่องมือ สื่อ และความเชื่อมต่อของการดูแล ส่งผลให้พยาบาลมีความต้องการพัฒนาระบบการพยาบาลที่สนับสนุนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลถึงที่บ้าน

1.1.3 การวางแผนพัฒนาระบบประกอบด้วยการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผ่านการประชุมวิชาการ จัดตั้งทีมพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และเตรียมระบบประเมินสมรรถนะเชิงวิชาชีพควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการ โดยจัดทำแนวปฏิบัติและแผนการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson⁶ จัดระบบการจัดการรายกรณี การประสานงานสหวิชาชีพ การส่งต่อข้อมูล สื่อการสอน และการติดตามต่อเนื่องผ่าน Tele-health

2. การปฏิบัติตามแผน (Acting) ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม 2567 โดยมีกิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) พัฒนาสมรรถนะพยาบาล ผ่านการประชุมวิชาการ 2) จัดระบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่เป็นเจ้าของใช้ ประเมินปัญหา วางแผนการดูแล ประสานสหวิชาชีพ ให้คำปรึกษา และติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย 3) นำแนวปฏิบัติและแผนการพยาบาลสู่การปฏิบัติจริงในทุกระยะการดูแล พร้อมพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูล การติดตามผ่าน Tele-health และปรับปรุงสถานที่ เครื่องมือ สื่อการสอน และโซนด์ดูแลเฉพาะ

3. การสังเกตผล (Observing) ดำเนินการเดือนพฤศจิกายน 2567 พบว่า พยาบาลมีการพัฒนาการปฏิบัติงานดีขึ้น มีการใช้แผนการพยาบาล การให้ข้อมูลผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่ายเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติตามแนวทางบางรายการยังไม่สม่ำเสมอ เช่น การซักประวัติอาการนำก่อนชัก การตรวจร่างกาย การให้ข้อมูลต่อเนื่อง และการติดตามผู้ป่วยด้วย Tele-health เป็นต้น

4. การสะท้อนผล (Reflecting) การดำเนินงานในเดือนธันวาคม 2567 พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยยังขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่ยังไม่สม่ำเสมอ และความเข้าใจบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่คลาดเคลื่อน ทำให้การดูแลขาดความต่อเนื่อง ผลการสะท้อนดังกล่าวจึงเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการปรับปรุงและพัฒนาระบบการพยาบาลในวงรอบที่ 2

วงรอบที่ 2 : การปรับปรุงระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

1. การวางแผนปรับปรุง (Re-planning) ดำเนินการเดือนมกราคม 2568

จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในวงรอบแรก พบจุดอ่อนสำคัญ ได้แก่ พยาบาลบางส่วนยังขาดความมั่นใจและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อข้อมูลและการติดตามผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมทุกกรณี รวมถึงการนิเทศงานที่ยังไม่สม่ำเสมอ จึงมีการวางแผนปรับปรุงระบบโดยจัดให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศและที่ปรึกษาแก่ทีมการพยาบาล จัดระบบการนิเทศอย่างต่อเนื่องโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพอาวุโส พร้อมพัฒนาการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องและการติดตามผู้ป่วยผ่าน Tele-health ให้ครอบคลุมทุกราย

2. การปฏิบัติตามแผน (Re-acting) การดำเนินงานระหว่างกุมภาพันธ์-มีนาคม 2568 มุ่งพัฒนาสมรรถนะพยาบาลและยกระดับระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก โดยจัดตั้งทีมพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและพัฒนาศักยภาพพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีการนำแนวปฏิบัติและแผนการพยาบาลสู่การปฏิบัติจริงในทุกกระบวนการดูแล พร้อมทั้งจัดระบบประสานงานสหวิชาชีพ การส่งต่อข้อมูล และการติดตามผู้ป่วยผ่าน Tele-health ควบคู่กับการพัฒนาแนวปฏิบัติ สื่อการสอน และโซนดูแลเฉพาะ เพื่อให้การดูแลมีมาตรฐานและต่อเนื่อง

3. การสังเกตผล (Re-observing) ในเดือนเมษายน 2568 พบว่าการดำเนินงานตามระบบที่พัฒนาในวงรอบที่ 2 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างชัดเจน ทั้งด้านสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลและความครบถ้วนต่อเนื่องของการปฏิบัติการพยาบาล ระบบการทำงานของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทีมพยาบาล และทีมสหวิชาชีพเป็นไปตามมาตรฐานมากขึ้น มีการสื่อสารข้อมูลและติดตามผู้ป่วยผ่าน Tele-health อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการพัฒนาสภาพแวดล้อม อุปกรณ์ และสื่อการสอนที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

4. การสะท้อนผล (Reflecting) ดำเนินการเดือนพฤษภาคม 2568 ผลการพัฒนาพบว่าระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมีมาตรฐานชัดเจนขึ้น ทีมพยาบาลมีทักษะและความมั่นใจในการดูแลเพิ่มขึ้น ระบบนิเทศมีความสม่ำเสมอ และเกิดการพัฒนาคูณาการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในส่วนการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการศึกษา ผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่พัฒนาขึ้น ก่อนและหลังดำเนินการมีผลการวิจัยดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เด็กโรคลมชัก (n=45)		
อายุของเด็กโรคลมชัก (ปี) (Mean 7.02± S.D. 4.58)		
< 1	5	11.1
1-5	9	20.0
5-10	20	44.4
> 10	11	24.5
รวม	45	100
อายุของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก (ปี) (Mean 3.45± S.D. 4.05)		
< 1	19	42.2
1-5	18	40.0
5-10	3	6.7
> 10	5	11.1
รวม	45	100

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก (n=45)		
อายุของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก (ปี) (Mean 39.96 ± S.D. 10.77)		
20-30	7	15.6
30-39	20	44.4
40-49	11	24.4
50-59	4	8.9
> 60	3	6.7
รวม	45	100
สถานภาพสมรสของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก		
สมรส	38	84.4
หม้าย	4	8.9
โสด	3	6.7
รวม	45	100
ระดับการศึกษาของผู้ดูแล		
ประถมศึกษา	14	31.1
มัธยมศึกษา	19	42.2
อื่นๆ	12	26.7
รวม	45	100
พยาบาล (n=55)		
อายุ (ปี) (Mean 36.62± S.D. 7.71)		
21-30	13	23.6
31-40	24	43.6
41-50	15	27.3
51-60	3	5.5
รวม	55	100
ประสบการณ์การทำงาน (ปี) (Mean 12.78± S.D. 7.24)		
>1-3	3	5.4
>3-5	5	9.1
>5-10	20	36.4
>10	27	49.1
รวม	55	100
การอบรมเฉพาะทาง		
ทารกและเด็กวิกฤติ	5	9.1
เด็กวิกฤติ	6	10.9
เฉพาะทางอื่นๆ	9	16.4
ไม่เคยอบรม	35	63.6
รวม	55	100

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (n = 55)

ข้อมูล	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		95% confidence interval		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Lower	Upper		
คะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	49.02	5.81	99.65	12.91	47.32	53.95	30.65	<.001

* $P < 0.001$

จากตารางที่ 2 ภายหลังการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (n = 45)

	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		95% confidence interval		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Lower	Upper		
1.ด้านความรู้โรคลมชักในเด็ก	9.32	1.95	12.79	1.34	2.95	4.00	13.33	<.001
2.ด้านพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล	24.34	3.05	28.66	1.53	3.59	5.04	12.06	<.001
โดยรวม	33.66	4.05	41.45	2.40	6.87	8.71	17.20	<.001

$p < .001$

จากตารางที่ 3 ภายหลังการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบการพยาบาลเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักภายหลังการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (n=45)

ข้อมูล	Mean	S.D.	ระดับ
ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	4.94	0.19	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 คะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักภายหลังการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอยู่ในระดับมากที่สุด

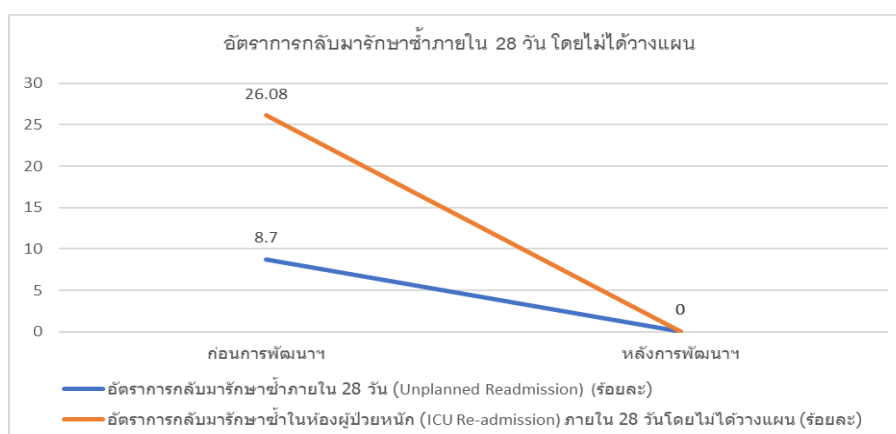
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักของพยาบาลวิชาชีพ (n = 55)

	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		95% confidence interval		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Lower	Upper		
ความรู้โดยรวมของพยาบาลวิชาชีพ	14.05	3.51	20.91	2.84	5.80	7.91	13.07	<.001

* $P < .001$

จากตารางที่ 5 คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักสูงกว่าก่อนการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$

การเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Unplanned Readmission) และอัตราการกลับมารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนัก (ICU Re-admission) ภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก พบว่า อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำทั้งในหอผู้ป่วยหนักและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนลดลงเท่ากับศูนย์



ภาพที่ 3 กราฟเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Unplanned Readmission) และอัตราการกลับมารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนัก (ICU Re-admission)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่พัฒนาขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาวิกฤตของระบบบริการเดิมได้อย่างมีประสิทธิภาพมีความยั่งยืน เนื่องจากบูรณาการเข้ากับการประจำ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ เสริมศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้ลดการกลับมารักษาซ้ำและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และมีแนวโน้มคุ้มค่าด้านเศรษฐศาสตร์เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบเดิม โดยสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Readmission) และอัตราการกลับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU Re-admission) ให้เหลือร้อยละ 0 ได้สำเร็จ ถือเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จที่เป็นรูปธรรมสูงสุด

ในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเกิดจากการทำงานที่สอดคล้องกันของกลไกสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

ประการแรก คือพลังของการจัดการรายกรณีที่บูรณาการร่วมกับการดูแลแบบเอื้ออาทร ซึ่งทำให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์นี้เกิดจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานจาก "การตั้งรับ" (Reactive) มาเป็น "เชิงรุก" (Proactive) อย่างเต็มรูปแบบ ผ่านบทบาทของ "พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager)" ที่ทำหน้าที่เสมือน "เจ้าภาพหลัก" ในการเชื่อมประสานรอยต่อของการดูแล ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มจนถึงการจำหน่าย บทบาทนี้ช่วยแก้ปัญหาความไม่ต่อเนื่องของข้อมูลที่มีกบฏในระบบเดิม แต่สิ่งที่ทำให้ระบบนี้มีประสิทธิภาพและแตกต่างคือการนำทฤษฎีการดูแลของ Swanson มาใช้ในการขับเคลื่อนกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะในขั้นตอน "การมีความรู้ความเข้าใจ (Knowing)" และ "การอยู่เคียงข้าง (Being with)" พยาบาลไม่ได้ทำหน้าที่เพียงผู้ให้การรักษา แต่เป็นผู้รับฟังและทำความเข้าใจบริบทชีวิตจริงของครอบครัว กระบวนการนี้ช่วยสร้าง "ความไว้วางใจ" (Trust) ระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจและได้รับการ "เสริมพลังอำนาจ (Enabling)" จึงกล้าที่จะเปิดเผยปัญหาที่แท้จริง เช่น ความไม่เข้าใจวิธีการบริหารยา หรือความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับอาการชัก ทำให้ทีมพยาบาลสามารถแก้ไขพฤติกรรมดูแลที่ไม่ถูกต้องได้ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนุชพร ทองคำ และสุรศักดิ์ ตรีชัย⁸ ที่พบว่า การดูแลแบบเอื้ออาทรช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริหารยาของผู้ปกครองเด็กโรคลมชักได้ และส่งผลให้การควบคุมอาการชักที่บ้านมีประสิทธิภาพมากขึ้น **ประการต่อมา** คือบทบาทของเทคโนโลยีในฐานะ "ตาข่ายความปลอดภัย" (Safety Net) ความสำเร็จในการลดอัตราการเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตจนเหลือศูนย์ สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบติดตามผ่าน Tele-health ที่เข้ามาปิดช่องว่างทางกายภาพและเวลา ระบบนี้ทำหน้าที่เป็นเสมือนตาข่ายความปลอดภัยที่ช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้แม้จะอยู่ที่บ้าน การมีช่องทางสื่อสารที่รวดเร็วช่วยให้พยาบาลสามารถทำหน้าที่ประเมินอาการและคัดกรองความเสี่ยงได้ทันทั่วถึง เปรียบเสมือนระบบเตือนภัยล่วงหน้าที่จะช่วยตรวจจับ "สัญญาณเตือน (Warning signs)" ของภาวะชักซ้ำได้ก่อนที่อาการจะลุกลามรุนแรงจนเข้าสู่ภาวะวิกฤต นอกจากนี้การเข้าถึงทีมพยาบาลได้ง่ายยังช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งความเครียดของผู้ดูแลมักเป็นปัจจัยแฝงที่ทำให้เกิดการตัดสินใจที่ผิดพลาดในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริรัตน์ วงศ์ประภรณ์กุล¹² ที่ระบุว่าในยุคใหม่ของการดูแลสุขภาพระบบ Tele-health เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลโรคเรื้อรัง และช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล รวมถึงสอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาในระดับสากลของ Klotz และคณะ¹³ ที่พบว่า การใช้ Tele-health ในผู้ป่วยเด็กโรคลมชักช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ**ประการสุดท้าย** คือการปรับเปลี่ยนระบบเชิงโครงสร้างและวัฒนธรรมคุณภาพที่จะทำให้คนในองค์กรเชื่อและเห็นคุณค่าของคุณภาพงาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผลลัพธ์มีความยั่งยืน โดยอาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ความสำเร็จนี้ไม่ได้เกิดจากการสั่งการจากบนลงล่าง (Top-down) แต่เกิดจากการเรียนรู้และปรับปรุงร่วมกัน โดยเฉพาะการพัฒนาในวงรอบที่ 2 ที่มีการนำระบบ "พี่เลี้ยง" (Mentoring) โดยพยาบาลอาวุโสและหัวหน้าหอผู้ป่วยเข้ามาใช้ ระบบพี่เลี้ยงนี้ช่วยปิดช่องว่างระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติจริง ช่วยสร้างความมั่นใจให้กับพยาบาลน้องใหม่ในการใช้แนวปฏิบัติ ส่งผลให้คะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางสู่ระดับมากที่สุด ปรากฏการณ์นี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบที่มีคุณภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับเครื่องมือหรือเครื่องมือเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการสร้าง "วัฒนธรรมคุณภาพ (Quality culture)" ที่พยาบาลทุกคนตระหนักถึงคุณค่าของบทบาทตนเองและมีความเป็นเจ้าของในระบบงานที่สร้างขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ พัชรินทร์ สุรนาทชยานันท์ และคณะ¹⁴ ที่พบว่า

การพัฒนากระบวนการพยาบาลโดยเน้นการมีส่วนร่วมและการกำกับติดตามอย่างเป็นระบบ สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เป็นเลิศและลดอัตราการเสียชีวิตได้จริง

สรุปการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักโดยบูรณาการทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson แนวทางเวชปฏิบัติ และทฤษฎีระบบ รวมทั้งองค์ประกอบอื่น ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นช่วยยกระดับคุณภาพการดูแล ความต่อเนื่องของบริการ และสมรรถนะของผู้ดูแล อีกทั้งมีศักยภาพในการขยายผลสู่หน่วยงานและเครือข่ายบริการสุขภาพอื่นอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ระดับนโยบาย: โรงพยาบาลควรกำหนดให้มี "ระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักแบบครบวงจร" (Case Management + Tele-health) เป็นมาตรฐานการพยาบาล (Standard of Care) สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคลมชักทุกราย
2. ควรนำระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นที่มีบริบทใกล้เคียง เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและมาตรฐานของการดูแล
3. ควรขยายผลระบบไปสู่เครือข่ายบริการสุขภาพในระดับเขตหรือระดับภูมิภาค โดยใช้รูปแบบการจัดการรายการหนี้และการดูแลต่อเนื่องเป็นกลไกหลัก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักในระยะยาว เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านการกลับมารักษาซ้ำและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. ควรศึกษาความคุ้มค่าและต้นทุน-ประสิทธิผลของระบบ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายในการขยายผล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่ให้การสนับสนุนเอื้อเฟื้อสถานที่ในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำอันทรงคุณค่าในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้ปกครองและเด็กโรคลมชักรวมทั้งพยาบาลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Eslamian M, Shafiei H, Mojahed F, Bahreini A. Prevalence of epilepsy in children and adolescents worldwide: a literature overview. Health Providers. 2024;4:99–108.
2. Al-Harrasi M, Al-Siyabi W, Al-Busaidi M, Al-Adawi S. Caregivers' knowledge on epilepsy and its relationship with quality of life. Eur J Med Health Sci. 2023;5:1–5.
3. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. สถิติผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562–2564. อุบลราชธานี: กลุ่มงานเวชระเบียน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์; 2564.
4. ทินนกร ยาดี, บรรณาธิการ. แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาโรคลมชัก สำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์; 2565.

5. ศักดิ์ชินทร์ นรสาร, วิไลวรรณ วัฒนานนท์. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี: บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2560;40:138-145.
6. Swanson KM. Empirical development of a middle range theory of caring. Nursing Research 1991;40:161-6.
7. Tharakum E, Wisoon C. Implementing nurse-led case management guideline for vulnerable children and their families. J Thailand Nurs Midwif Counc 2024;39:64-82.
8. นุชพร ทองคำ, สุรศักดิ์ ตรีนัย. ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการดูแลของสแกนสันต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารยาของผู้ปกครองเด็กวัยเรียนโรคลมชัก.วารสารกรรมการแพทย์ 2564;46:15-23.
9. วรธา แซ่อยู่. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้โรคลมชักโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ภาพการ์ตูนเคลื่อนไหวสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก. วารสารกรรมการแพทย์ 2565;47:53-60.
10. ฤดีพร เพียสุพรรณ, ชลิตา ธนฐธีรกุล. ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวีซีดี และคู่มือสุขภาพ ต่อพฤติกรรมกาดูแลเด็กวัยเรียนโรคลมชักของผู้ดูแล.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2560;40:11-21.
11. ยุภา เชิดโคกสูง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัด นครราชสีมา. วารสารสุขภาพ 2568;48:74-87.
12. ศิริรัตน์ วงศ์ประกรณ์กุล. ยุคใหม่ของการดูแลสุขภาพด้วยระบบนิเวศทางธุรกิจและเทเลเฮลธ์. วารสาร Mahidol R2R e-Journal 2563;4:1-15.
13. Klotz KA, Borlot F, Scantlebury MH, Payne ET, Appendino JP, Schönberger J, Jacobs J. Telehealth for children with epilepsy is effective and reduces anxiety independent of healthcare setting. Front Pediatr 2021;9:642381.
14. พัชรินทร์ สุรนาทขยานันท์, วนิดา เคนทองดี, สุพัตรา กมลรัตน์. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลเลย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;36:207-15.