

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

วีระนุช มยุเรศ พย.ม.¹, นันทวี ใจหาญ พย.ม.^{2*},
พัฒนพร ตรีสุนย์ พย.ม.², เกศรา ศรีสำอางค์ พย.บ.³,
พรทิภา ธิวงศ์ พย.ม.³

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: โรคลมชักในเด็กเป็นปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักและศึกษาประสิทธิผลของระบบในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson และแนวทางเวชปฏิบัติของสถาบันประสาทวิทยา เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา และใช้ทฤษฎีระบบเป็นกรอบในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย เด็กโรคลมชัก 45 ราย ผู้ดูแลหลัก 45 ราย และพยาบาลที่ดูแล 55 ราย เก็บข้อมูลระหว่าง 1 กรกฎาคม 2567 – 20 มิถุนายน 2568 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาล แผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทร และระบบติดตามผ่านระบบการแพทย์ทางไกล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย: พบว่าระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณี การใช้แนวปฏิบัติการดูแลแบบ เอื้ออาทร 5 ขั้นตอน ระบบการส่งต่อข้อมูลแบบไร้รอยต่อ และการติดตามเยี่ยมบ้านผ่านระบบการแพทย์ทางไกล เมื่อประเมินผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลพบว่าภายหลังการใช้ระบบ พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากที่สุด ($p < .001$) คะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ที่สำคัญ พบว่าอัตราการกลับมารักษาลดลงภายใน 28 วัน และอัตราการกลับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต ลดลงจากร้อยละ 8.7 เป็นศูนย์

สรุป: ระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลและสมรรถนะผู้ดูแลเด็กโรคลมชักอย่างมีประสิทธิภาพ อาจเป็นต้นแบบให้ผู้บริหารนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง และขยายผลสู่เครือข่ายบริการสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การดูแลแบบเอื้ออาทร โรคลมชักในเด็ก ระบบการพยาบาล การจัดการรายกรณี
การแพทย์ทางไกล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

*ติดต่อผู้พิมพ์: นันทวี ใจหาญ; email: arkidcare64@gmail.com

วันรับ: 1 ธ.ค. 2568 วันแก้ไข: 21 ธ.ค. 2568 วันตอบรับ: 6 ม.ค. 2569

The Development of Nursing System for Pediatric Patients with Epilepsy

Weeranuch Mayurat M.N.S.¹, Nantawadee Jaiharu M.N.S.^{2*},
Patthanaporn Teesoon M.N.S.², Ketsara Srisamang B.N.S.³,
Porntipa Thiwong M.N.S.³

Abstract

Background: Epilepsy in children is a complex health issue that requires continuous and effective care to prevent severe complications. This research aims to develop a nursing care system for pediatric epilepsy patients and to study the effectiveness of the system at Sunpasitthiprasong Hospital.

Methods: This was an action research study, applying Swanson's Theory of Caring and the clinical practice guidelines of the Neurological Institute as the conceptual framework, with systems theory serving as the operational framework. The purposive sample consisted of 45 children with epilepsy, 45 primary caregivers, and 55 nurses. Data were collected from July 1, 2024, to June 20, 2025. Research instruments included nursing practice guidelines, a caring-based nursing plan, and a follow-up system via telemedicine. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

Results: The developed nursing care system comprised four key components: enhancing the competency of case manager nurses, implementing the 5-step caring intervention, establishing a seamless information transfer system, and conducting home follow-ups through telemedicine. Outcome evaluation revealed that, after implementing the system, nurses' adherence to the guidelines improved from a moderate level to the highest level ($p < .001$). Caregivers' knowledge and caregiving behaviors also increased significantly ($p < .001$), and satisfaction was at the highest level. Notably, the 28-day readmission rate and the rate of intensive care unit readmissions decreased from 8.7 percent to zero.

Conclusion: The pediatric epilepsy nursing care system effectively enhances quality of care and caregiver competency for children with epilepsy. It may serve as a model for administrators to develop care for children with chronic diseases and to sustainably expand the approach across health service networks.

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

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Chief Nurse, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubonratchathani

²Registered Nurse, Professional Level, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubonratchathani

³Registered Nurse, Senior Professional Level, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubonratchathani

*Corresponding author: Nantawadee Jaiharu; email: arkidcare64@gmail.com

Received: 1 December 2025 Revised: 21 December 2025 Accepted: 6 January 2026

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคลมชัก (Epilepsy) เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่ออย่างมากและรุนแรงต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัวทั่วโลก จากข้อมูลทางระบาดวิทยาในปี พ.ศ. 2567 ชี้ให้เห็นว่าโรคลมชักยังคงเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งพบอัตราความชุกสูงถึง 3.6–4.4 ต่อประชากร 1,000 คน¹ สำหรับประเทศไทย แม้ระบบสาธารณสุขจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบอัตราความชุกประมาณ 7–7.2 ต่อประชากรเด็ก 1,000 คน โดยกลุ่มเสี่ยงสูงสุดคือเด็กในช่วงวัยแรกเกิดถึง 5 ปี ซึ่งนับเป็นช่วงวัยที่สมองกำลังมีพัฒนาการสูงสุด หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการควบคุมอาการชักอย่างมีประสิทธิภาพ อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและถาวร ได้แก่ ภาวะสมองพิการ พัฒนาการล่าช้า หรือแม้กระทั่งการเสียชีวิตเฉียบพลัน

นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับตัวเด็กแล้ว โรคลมชัก ยังส่งผลกระทบต่อเนื่องทางจิตสังคมและเศรษฐกิจต่อ "ผู้ดูแล" ซึ่งเป็นกำลังหลักในการดูแลผู้ป่วย การต้องแบกรับภาระในการเฝ้าระวังอาการชักตลอด 24 ชั่วโมง ก่อให้เกิดภาวะความเครียดสะสม ความวิตกกังวล และนำไปสู่ภาวะหมดไฟในที่สุดจากการศึกษาของ Al-Harrasi และคณะ² พบว่า ความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตของทั้งตัวเด็กและครอบครัว หากผู้ดูแลขาดความมั่นใจหรือขาดทักษะในการจัดการอาการเบื้องต้น ย่อมส่งผลให้การดูแลที่บ้านขาดประสิทธิภาพ นำไปสู่การใช้บริการห้องฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น หรือการตัดสินใจหยุดยาเองเนื่องจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน²

ในบริบทของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิชั้นสูง และเป็นแม่ข่ายของเขตสุขภาพที่ 10 ที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีความซับซ้อนและอาการรุนแรงได้เผชิญกับปัญหาสำคัญคือ "ภาวะการเจ็บป่วยซ้ำซ้อน" จากสถิติย้อนหลังในปีงบประมาณ 2562–2564 พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU Re-admission) ภายใน 28 วัน ในบางปีสูงถึงร้อยละ 37.0 และพบอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned Readmission) อย่างต่อเนื่อง³ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึง "รอยต่อของระบบบริการ" ที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การขาดเจ้าภาพในการดูแลต่อเนื่องหรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ส่งผลให้การดูแลไม่ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม 2) ระบบการพยาบาลเดิม เป็นรูปแบบการดูแลแบบตั้งรับตามอาการขาดการติดตามเชิงรุกและการประเมินความพร้อมของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ และ 3) ความไม่ต่อเนื่องของการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพและเครือข่ายการดูแลหลังจำหน่าย รวมถึงการขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพและข้อจำกัดด้านระยะทางและเวลา ทำให้ไม่สามารถประเมินหรือแก้ไขปัญหาในบริบทจริงได้ทันทั่วทั้งรอยต่อดังกล่าวส่งผลให้เด็กโรคลมชักมีความเสี่ยงต่อการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเข้าสู่ภาวะวิกฤตซ้ำ

จากวิกฤตการณ์และความท้าทายดังกล่าว ผู้วิจัย จึงเล็งเห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการ "พัฒนาระบบการพยาบาล" เพื่อตัดวงจรการเจ็บป่วยซ้ำซ้อนนี้ โดยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการแก้ปัญหาจริงตามบริบทของงาน โดยเปิดโอกาสให้พยาบาลและทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ปฏิบัติ สะท้อนผล และปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการบูรณาการองค์ความรู้เชิงทฤษฎีและนำมาพัฒนาระบบตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคลมชักของสถาบันประสาทวิทยา⁴ แนวคิดการจัดการรายกรณี⁵ เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการดูแล ผสานเข้ากับทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson⁶ และที่สำคัญคือการนำเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (Telehealth) มาประยุกต์ใช้ในการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นเหมือน "ตาข่ายความปลอดภัย" ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางการแพทย์วิถีใหม่ การวิจัยครั้งนี้ มุ่งหวังให้เกิดระบบ

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย สามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ⁷ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักใน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ก่อน พัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ในโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ ดังนี้

2.1 ผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาล ได้แก่ ความครบถ้วนของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก โรคลมชัก ความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อระบบการพยาบาล ผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ความรู้ของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

2.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันโดยไม่ได้อาบน้ำ และอัตราการ กลับมารักษาในห้องผู้ป่วยหนักใน 28 วันโดยไม่ได้อาบน้ำ

กรอบแนวคิดการวิจัย

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

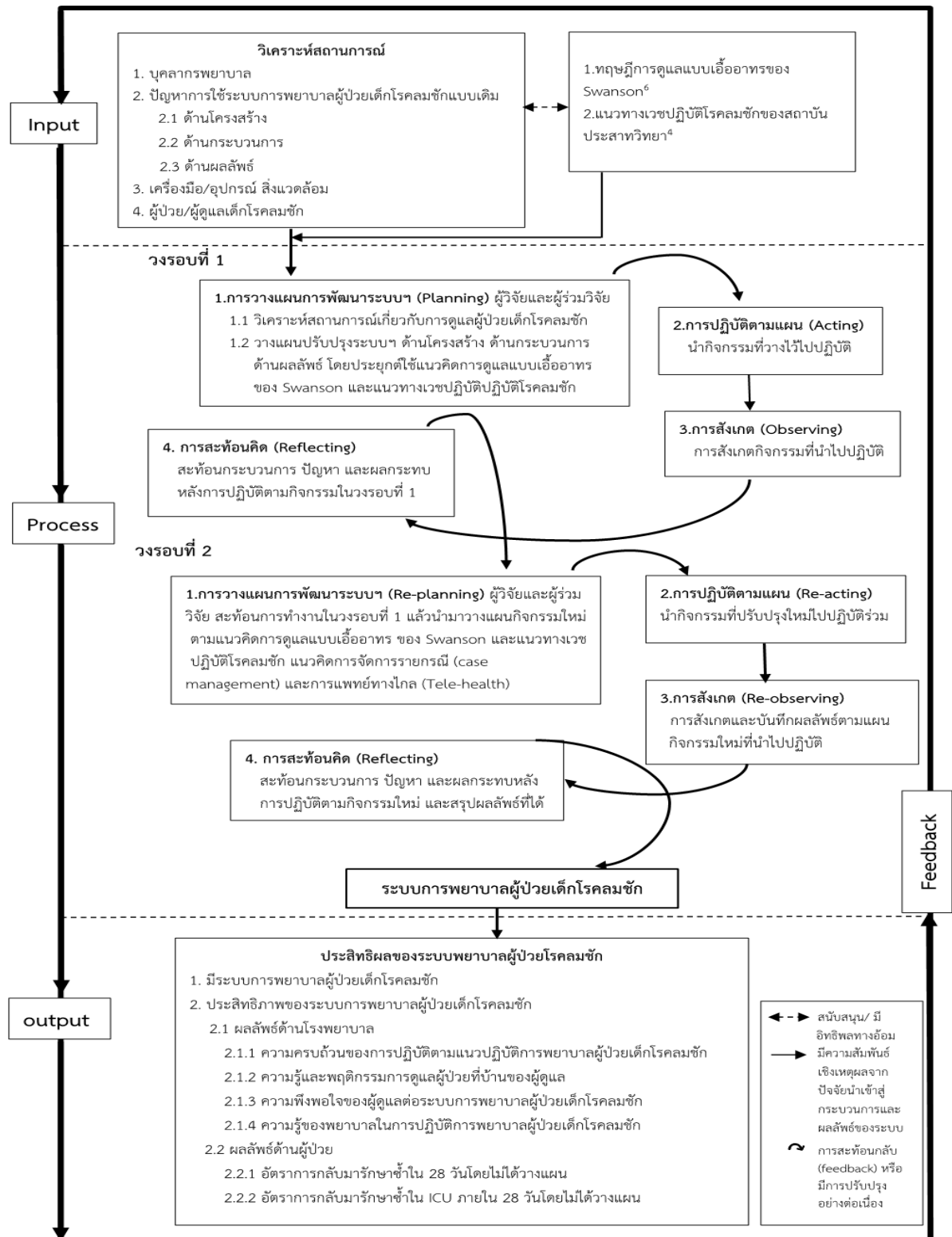
วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก จำนวน 4 หอผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วยสามัญเด็กชั้น 2 หอผู้ป่วยพิเศษเด็กชั้น 3 และห้องผู้ป่วยหนักเด็กชั้น 2 และชั้น 3 ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2567–20 มิถุนายน 2568 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มาพร้อมเด็กในช่วงเวลาเดียวกัน และ 3) พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยเด็กโรคลมชักและผู้ดูแลจำนวน 45 ราย และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กลมชัก ตามหน่วยงานที่กำหนด 55 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อเลือกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับ ปัญหา เพื่อให้สามารถลงมือปฏิบัติ (Action) และสังเกตการณ์สะท้อนผล (Reflection) ได้จริง เพื่อแก้ไขปัญหา ในการดูแลเด็กโรคลมชักได้โดยตรง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าของแต่ละกลุ่ม คือ 1) เด็กอายุ ≤ 15 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคลมชัก ไม่มีโรคเรื้อรังร่วม และสามารถให้ข้อมูลได้ 2) ผู้ดูแลหลัก อายุ 20–70 ปี สื่อสารภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วม และไม่มีข้อจำกัดในการตอบแบบประเมิน และ 3) พยาบาลดูแลผู้ป่วยเด็ก ลมชัก ตามหน่วยงานที่กำหนด มีประสบการณ์ ≥ 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงขณะเข้าร่วมการวิจัยที่ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อได้ ผู้ดูแลไม่สามารถ

เข้าร่วมกิจกรรมหรือให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามกระบวนการวิจัย และพยาบาลมีการย้ายหน่วยงาน หยุดปฏิบัติงาน หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการวิจัยได้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ รหัส 030/67 C ลงวันที่ 25 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยได้แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาในการเก็บข้อมูล อย่างชัดเจน ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผล และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็น ความลับและรายงานเฉพาะในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลการวิจัยได้ถูกจัดเก็บในที่ปลอดภัยและจำกัดการเข้าถึง เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น ภายหลังจากสิ้นสุดการวิจัย ข้อมูลจะถูกทำลายภายในระยะเวลา 3 ปี ตามที่คณะกรรมการ จริยธรรมกำหนด และเนื่องจากการวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเปราะบาง คือ เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ผู้วิจัยจึงได้ขออนุญาตผู้ปกครองของเด็กในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และปฏิบัติการแนวทางการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเปราะบางอย่างเคร่งครัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1.1 แบบวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กกลมชัก ประกอบด้วย การประเมินอาการ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การพยาบาล การเฝ้าระวังติดตามอาการ การให้ข้อมูล/ความรู้ในการดูแล ตนเอง การดูแลทีมสหวิชาชีพ และการประเมินผลการพยาบาล ให้คะแนน ปฏิบัติครบถ้วน ปฏิบัติไม่ครบถ้วน และไม่ปฏิบัติ

1.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

1.3 แผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทร ตามแนวคิดของ Swanson⁶ ผู้วิจัยปรับปรุงจากการศึกษา ของนุชพร ทองคำ⁸ โดยเน้นแผนการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การรู้จักและเข้าใจ ผู้ดูแล 2) การดูแลใกล้ชิดซัดสมาธิ 3) การดูแลช่วยเหลือ 4) การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถ 5) ดำรงไว้ซึ่ง ความเชื่อและความศรัทธาของบุคคล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

2.2 แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล

2.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย

2.2.2 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคลมชักและพฤติกรรมในการดูแลที่บ้าน ดัดแปลงจาก แบบสอบถามความรู้โรคลมชักของวรธรา แซ่ฮ่วย⁹ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ของฤดีพร เพ็ญสุพรรณ¹⁰ จำนวน 30 ข้อ โดยข้อคำถามประยุกต์ตามแนวคิดของ Swanson⁶ 5 ด้าน

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก จำนวน 15 ข้อ ดัดแปลงจากยุภา เชิดโคกสูง¹¹ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยข้อคำถามประยุกต์ตาม ระยะการดูแลผู้ป่วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย

2.4 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก มี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย จำนวน 53 ข้อ สร้างตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ โดยแนวปฏิบัติประยุกต์ตามแนวคิดของ Swanson⁶ 5 ด้าน ให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้ 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 และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กลมชัก (CVI = .81, .82, .84, และ .81 ตามลำดับ) และทดลองใช้กับกลุ่มนอกตัวอย่าง 10 ราย พบค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับยอมรับได้ โดยแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลที่บ้าน และแบบประเมินความรู้สำหรับพยาบาล มีค่า KR-20 = .81 และ .70 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาล แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) = .75 และ .78.

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

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

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการพัฒนาระบบการพยาบาล นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกับทีมวิจัยและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ประกอบด้วย การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล การจัดระบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี แนวปฏิบัติและแผนการพยาบาล ระบบประสานงานสหวิชาชีพ และระบบติดตามต่อเนื่องผ่านเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล

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

ขั้นตอนที่ 4 การเก็บข้อมูลหลังพัฒนาระบบ (Posttest) เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล การทบทวนเวชระเบียน และการสะท้อนผลจากทีมพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง

การควบคุมความคลาดเคลื่อนของข้อมูล เพื่อเพิ่มความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล มีการควบคุมความคลาดเคลื่อนโดยการนิเทศและชี้แจงแนวทางการเก็บข้อมูลแก่ทีมผู้เก็บข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ การตรวจสอบความครบถ้วนและความตรงของข้อมูลจากเอกสารทางการแพทย์ และการทบทวนข้อมูลร่วมกันในทีมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ ส่วนผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย คือ อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน และอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ใน ICU ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ และค่าร้อยละ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา

2. ตัวแปรผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาล ได้แก่ คะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก คะแนนความรู้เรื่องโรคลมชักและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล คะแนนความพึงพอใจ

ของผู้ดูแลต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วย เด็กโรคลมชัก และคะแนนความรู้ของพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนตัวแปรผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาลในข้อ 2 ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักในโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ ดำเนินการ 2 วงรอบตามกระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล โดยสรุปผล การพัฒนาระบบได้ ดังภาพที่ 2

วงรอบที่ 1 : การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

ขั้นที่ 1 การวางแผนพัฒนาระบบ ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2567 จากการประเมินสถานการณ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักก่อนการพัฒนา นำเสนอผลการศึกษาเป็น 3 ส่วน ดังนี้

จากการประเมินสถานการณ์พบปัญหา 3 ด้าน ได้แก่ 1) **ด้านโครงสร้าง** การนำระบบการจัดการรายการนัดดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักไม่ชัดเจน และไม่มีการติดตามนิเทศอย่างต่อเนื่อง 2) **ด้านกระบวนการ** ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน การดูแลขาดความต่อเนื่องทั้งในและนอกโรงพยาบาล การประสานงานสหสาขาวิชาชีพไม่เป็นระบบ การวางแผนจำหน่ายไม่ครบถ้วน 3) **ด้านผลลัพธ์** ไม่มีการกำหนดและติดตามตัวชี้วัดทางการพยาบาล

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่มร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้ากลุ่มงาน สรุปประเด็นปัญหาการรับรู้ของพยาบาล 6 ประเด็น ดังนี้

1. **ความรุนแรงของโรคลมชักในเด็ก** ให้ความเห็นสอดคล้องกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “โรคลมชักมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ต้องจ้างเหมารถเพื่อมาพบแพทย์” และ “โรคลมชักทำให้พัฒนาการล่าช้า และในเด็กโตทำให้เกิดการเรียนล่าช้ากว่าเด็กปกติ”

2. **รับรู้เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก** ให้ความเห็นสอดคล้องกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “เป้าหมายการดูแลรักษา คือ ผู้ป่วยไม่มีภาวะชักซ้ำและไม่มีความแทรกซ้อน”

3. **รับรู้ปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก** ให้ความเห็นสอดคล้องกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “ปัญหาในการดูแลส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักจะเป็นผู้สูงวัย” “เด็กวัยใหม่อายุ 2-3 ขวบ อยู่กับทวดอายุ 80 ปี พบปัญหาขาดยาเกินครึ่ง” และ “ในเด็กโต พบปัญหาการไม่รับประทานยา จากการใช้สื่อออนไลน์”

4. **รับรู้การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก** ให้ความเห็นสอดคล้องกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “การดูแลต่อเนื่องจะส่งต่อข้อมูลเฉพาะรายที่ให้อาาต่อที่ รพ.ใกล้เคียง หรือ การปรับขนาดของยาต่าง ๆ” และ “ควรจัดทำทีมรับผิดชอบในเครือข่าย เพื่อติดตามต่อเนื่องในชุมชน”

5. **รับรู้จุดด้อยของการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก** ให้ความเห็นสอดคล้องกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “พยาบาลให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ปกครอง แตกต่างกัน ตามประสบการณ์ของพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรายใหม่อาจจะได้รับความรู้ไม่เพียงพอ”

6. ให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก โรคลมชัก ให้ความเห็นสอดคล้องกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “*ควรมีผู้จัดการรายกรณีในหอผู้ป่วย และมีผู้ดูแลประสานงานที่ OPD, ER*” และ “*ควรมีระบบ Tele-health*”

จากการสนทนากลุ่มร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้ากลุ่มงาน พบว่า โรคลมชักส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจครอบครัว การเดินทาง และพัฒนาการเด็ก โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การควบคุมอาการชัก และป้องกันภาวะแทรกซ้อนปัญหาสำคัญ ได้แก่ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงวัย ขาดความรู้เรื่องยา เด็กเล็กมีปัญหาขาดยา เด็กโตไม่ร่วมมือในการรักษา รวมถึงระบบส่งต่อและการติดตามต่อเนื่องที่ยังไม่ทั่วถึง โดยรวมสะท้อนว่าระบบบริการยังขาดมาตรฐาน เครื่องมือ สื่อ และความเชื่อมต่อของการดูแล ส่งผลให้พยาบาลมีความต้องการพัฒนาระบบการพยาบาลที่สนับสนุนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลถึงที่บ้าน

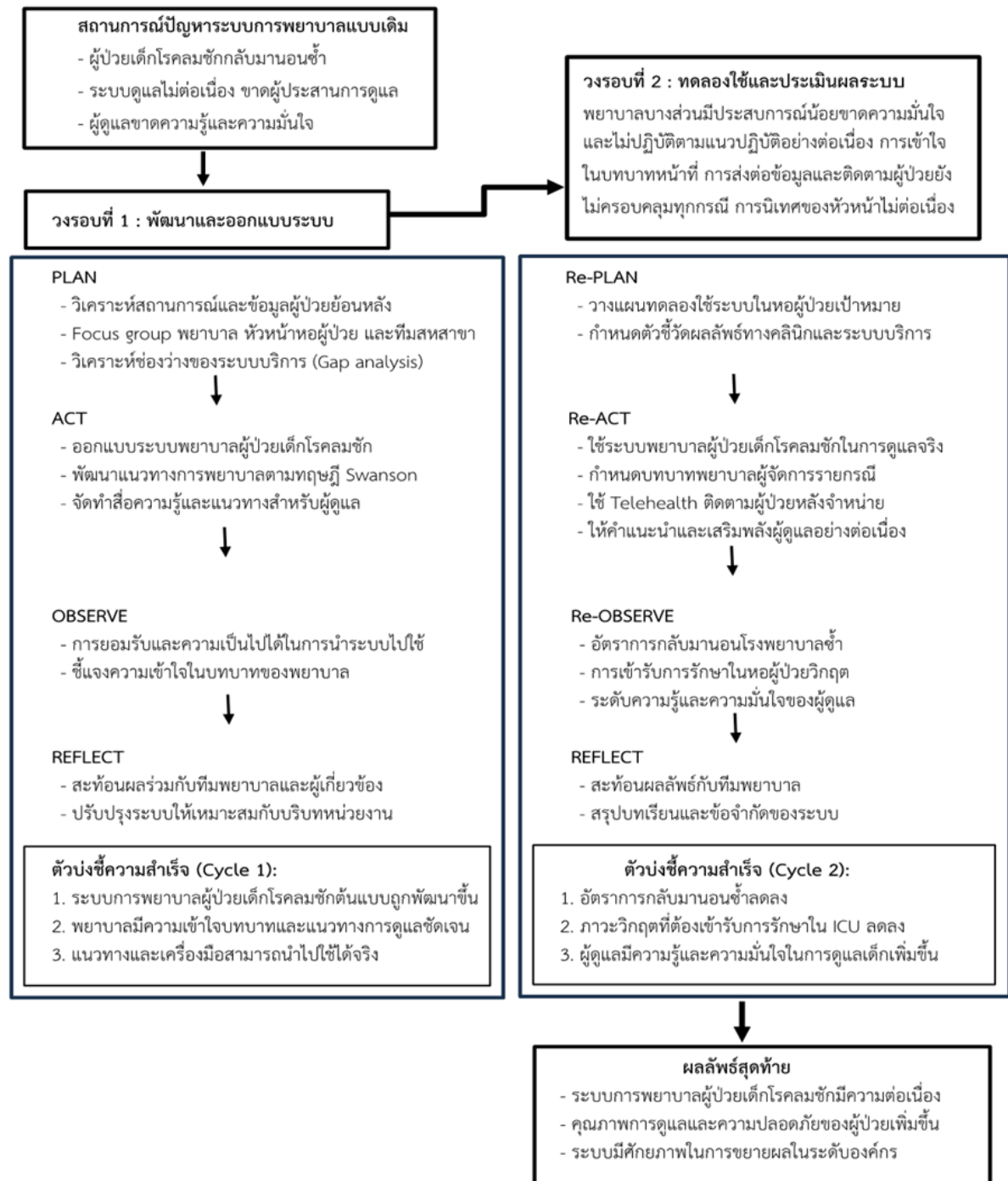
การวางแผนพัฒนาระบบประกอบด้วยการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ผ่านการประชุมวิชาการ จัดตั้งทีมพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และเตรียมระบบประเมินสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการ โดยจัดทำแนวปฏิบัติและแผนการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson⁶ จัดระบบการจัดการรายกรณี การประสานงานสหวิชาชีพ การส่งต่อข้อมูล สื่อการสอน และการติดตามต่อเนื่องผ่าน เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (ภาพที่ 2)

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติตามแผน ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม 2567 โดยมีกิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) พัฒนาสมรรถนะพยาบาล ผ่านการประชุมวิชาการ 2) จัดระบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่เป็นเจ้าของไข้ ประเมินปัญหา วางแผนการดูแล ประสานสหวิชาชีพ ให้คำปรึกษา และติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย 3) นำแนวปฏิบัติและแผนการพยาบาลสู่การปฏิบัติจริงในทุกกระบวนการดูแล พร้อมพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูล การติดตามผ่านเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลและปรับปรุงสถานที่ เครื่องมือ สื่อการสอน และโซนดูแลเฉพาะ

ขั้นที่ 3 การสังเกตผล ดำเนินการเดือนพฤศจิกายน 2567 พบว่า พยาบาลมีการพัฒนาการปฏิบัติงานดีขึ้น มีการใช้แผนการพยาบาล การให้ข้อมูลผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่ายเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติตามแนวทางบางรายการยังไม่สม่ำเสมอ เช่น การชักประวัติอาการนำก่อนชัก การตรวจร่างกายการให้ข้อมูลต่อเนื่อง และการติดตามผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล เป็นต้น

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล การดำเนินงานในเดือนธันวาคม 2567 พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยยังขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่ยังไม่สม่ำเสมอ และความเข้าใจบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่คลาดเคลื่อน ทำให้การดูแลขาดความต่อเนื่องผลการสะท้อนดังกล่าวจึงเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการปรับปรุงและพัฒนาระบบการพยาบาลในรอบที่ 2

Flowchart: Action Research
การพัฒนาระบบพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก



ภาพที่ 2 Flow chart การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

วกรอบที่ 2 : การปรับปรุงระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

1. การวางแผนปรับปรุง (Re-planning) ดำเนินการเดือนมกราคม 2568

จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในวกรอบแรก พบจุดอ่อนสำคัญ ได้แก่ พยาบาลบางส่วนยังขาดความมั่นใจและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อข้อมูลและการติดตามผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมทุกกรณี รวมถึงการนิเทศงานที่ยังไม่สม่ำเสมอ จึงมีการวางแผนปรับปรุงระบบโดยจัดให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศและที่ปรึกษาแก่ทีมการพยาบาล จัดระบบการนิเทศอย่างต่อเนื่องโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพอาวุโส พร้อมพัฒนาการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องและการติดตามผู้ป่วยผ่านเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลให้ครอบคลุมทุกราย

2. การปฏิบัติตามแผน (Re-acting) การดำเนินงานระหว่างกุมภาพันธ์-มีนาคม 2568 มุ่งพัฒนาสมรรถนะพยาบาลและยกระดับระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก โดยจัดตั้งทีมพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและพัฒนาศักยภาพพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีการนำแนวปฏิบัติและแผนการพยาบาลสู่การปฏิบัติจริงในทุกระยะการดูแล พร้อมทั้งจัดระบบประสานงานสหวิชาชีพ การส่งต่อข้อมูล และการติดตามผู้ป่วยผ่านเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลควบคู่กับการพัฒนาแนวปฏิบัติ สื่อการสอน และโซนดูแลเฉพาะเพื่อให้การดูแลมีมาตรฐานและต่อเนื่อง

3. การสังเกตผล (Re-observing) ในเดือนเมษายน 2568 พบว่าการดำเนินงานตามระบบที่พัฒนาในวกรอบที่ 2 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างชัดเจน ทั้งด้านสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลและความครบถ้วนต่อเนื่องของการปฏิบัติการพยาบาล ระบบการทำงานของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทีมพยาบาล และทีมสหวิชาชีพเป็นไปตามมาตรฐานมากขึ้น มีการสื่อสารข้อมูลและติดตามผู้ป่วยผ่านเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการพัฒนาสภาพแวดล้อม อุปกรณ์ และสื่อการสอนที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

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

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่พัฒนาขึ้นก่อนและหลังดำเนินการมีผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเด็กโรคลมชักมีอายุเฉลี่ย 7.02 ปี ($S.D. = 4.58$) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 5-10 ปี (ร้อยละ 44.4) และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคลมชักเมื่ออายุเฉลี่ย 3.45 ปี ($S.D. = 4.05$) โดยร้อยละ 42.2 ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่อายุต่ำกว่า 1 ปี ผู้ดูแลเด็กมีอายุเฉลี่ย 39.96 ปี ($S.D. = 10.77$) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 44.4) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 84.4) และสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 42.2) พยาบาลมีอายุเฉลี่ย 36.62 ปี ($S.D. = 7.71$) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 43.6) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 12.78 ปี ($S.D. = 7.24$) โดยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.1) มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี อย่างไรก็ตาม พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.6) ไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านการพยาบาลเด็ก ดังตารางที่ 1

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
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

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
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

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักของพยาบาล และคะแนนความรู้โดยรวมของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าภายหลังการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก คะแนนเฉลี่ยสูงของทั้งสองตัวแปรสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก และคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ($n = 55$)

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
คะแนนความรู้โดยรวมของพยาบาลวิชาชีพ	14.05	3.51	20.91	2.84	5.80	7.91	13.07	<.001

* $p < .001$

3.ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล พบว่าภายหลังการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ตัวแปรทั้งสองมีค่าสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบการพยาบาลเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

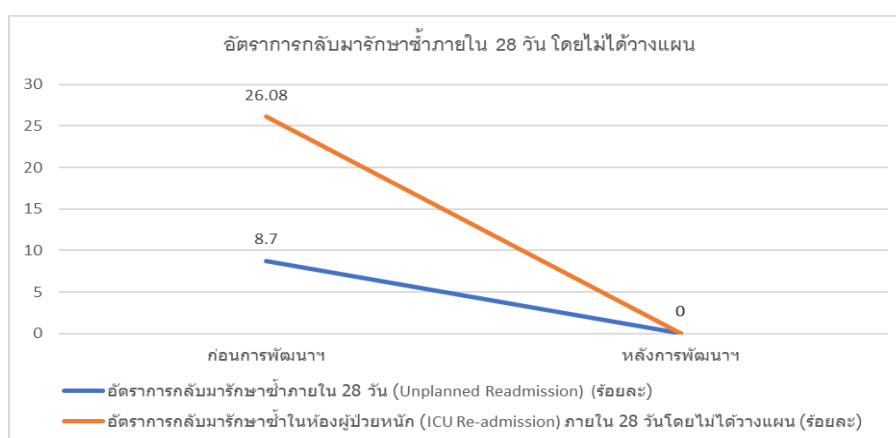
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ($n = 45$)

	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

$p < .001$

4. คะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแล ($n = 45$) ต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักภายหลังการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.94, S.D. = 0.19)

การเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และอัตราการกลับมารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนก่อนและหลังการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก พบว่า อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำทั้งในหอผู้ป่วยหนักและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน ลดลงจากร้อยละ 8.7 และร้อยละ 26.08 ตามลำดับ เหลือเท่ากับศูนย์



ภาพที่ 3 กราฟเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และอัตราการกลับมารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนัก

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่พัฒนาขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาวิกฤตของระบบบริการเดิมได้อย่างมีประสิทธิภาพมีความยั่งยืน เนื่องจากบูรณาการเข้ากับการประจำ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ เสริมศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้ลดการกลับมารักษาซ้ำและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และมีแนวโน้มคุ้มค่าด้านเศรษฐศาสตร์เมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลแบบเดิม โดยสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และอัตราการกลับเข้า หอผู้ป่วยวิกฤต ให้เหลือร้อยละ 0 ได้สำเร็จ ถือเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จที่เป็นรูปธรรมสูงสุดในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ซึ่งเกิดจากการทำงานที่สอดคล้องประสานกันของกลไกสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ พลังของการจัดการรายกรณีที่มีบูรณาการร่วมกับการดูแลแบบเอื้ออาทร บทบาทของเทคโนโลยีในฐานะตาข่ายความปลอดภัย (Safety Net) และการปรับเปลี่ยนระบบเชิงโครงสร้างและวัฒนธรรมคุณภาพที่จะทำให้อาสาสมัครเชื่อและเห็นคุณค่าของคุณภาพงาน ดังการอภิปรายในรายละเอียดต่อไปนี้

พลังของการจัดการรายกรณีที่มีบูรณาการร่วมกับการดูแลแบบเอื้ออาทร ซึ่งทำให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์นี้เกิดจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานจากการตั้งรับ (Reactive) มาเป็นเชิงรุก (Proactive) อย่างเต็มรูปแบบ ผ่านบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager) ที่ทำหน้าที่เสมือนเจ้าภาพหลักในการเชื่อมประสานรอยต่อของการดูแลตั้งแต่ระยะแรกเริ่มจนถึงการจำหน่าย บทบาทนี้ช่วยแก้ปัญหาความไม่ต่อเนื่องของข้อมูลที่มีกักขังในระบบเดิม แต่สิ่งที่ทำให้ระบบนี้มีความพิเศษและแตกต่างคือการนำทฤษฎีการดูแลของ Swanson มาใช้ในการขับเคลื่อนกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะในขั้นตอนการมีความรู้ความเข้าใจ (Knowing) และการอยู่เคียงข้าง (Being with) พยาบาลไม่ได้ทำหน้าที่เพียงผู้ให้การรักษา แต่เป็นผู้รับฟังและทำความเข้าใจบริบทชีวิตจริงของครอบครัว กระบวนการนี้ช่วยสร้างความไว้วางใจ (Trust) ระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจและได้รับการเสริมพลังอำนาจ (Enabling) จึงกล้าที่จะเปิดเผยปัญหาที่แท้จริง เช่น ความไม่เข้าใจวิธีการบริหารยา หรือความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับอาการชัก ทำให้ทีมพยาบาลสามารถแก้ไขพฤติกรรมในการดูแลที่ไม่ถูกต้องได้ก่อนที่จะถึงขั้นผู้ป่วยจะกลับบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนุชพร ทองคำ และสุรศักดิ์ ตรินัย⁸ ที่พบว่า การดูแลแบบเอื้ออาทรช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริหารยาของผู้ปกครองเด็กโรคลมชักได้ และส่งผลให้การควบคุมอาการชักที่บ้านมีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทบาทของเทคโนโลยีในฐานะตาข่ายความปลอดภัย ความสำเร็จในการลดอัตราการเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตจนเหลือศูนย์ สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบติดตามผ่านเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลที่เข้ามาปิดช่องว่างทางกายภาพและเวลา ระบบนี้ทำหน้าที่เป็นเสมือนตาข่ายความปลอดภัยที่ช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้แม้จะอยู่ที่บ้าน การมีช่องทางสื่อสาร ที่รวดเร็วช่วยให้พยาบาลสามารถทำหน้าที่ประเมินอาการและคัดกรองความเสี่ยงได้ทันเวลาที่ เปรียบเสมือนระบบเตือนภัยล่วงหน้าที่จะช่วยตรวจจับสัญญาณเตือน (Warning signs) ของภาวะชักซ้ำได้ก่อนที่จะมีอาการจะลุกลามรุนแรงจนเข้าสู่ภาวะวิกฤต นอกจากนี้การเข้าถึงทีมพยาบาลได้ง่ายยังช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งความเครียดของผู้ดูแลมักเป็นปัจจัยแฝงที่ทำให้เกิดการตัดสินใจที่ผิดพลาดในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริรัตน์ วงศ์ประกรณ์กุล¹² ที่ระบุว่าในยุคใหม่ของการดูแลสุขภาพระบบผ่านเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลโรคเรื้อรัง และช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล รวมถึงสอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาในระดับสากลของ Klotz, et al.¹³ ที่พบว่าการใช้ผ่านเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลในผู้ป่วยเด็กโรคลมชักช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การปรับเปลี่ยนระบบเชิงโครงสร้างและวัฒนธรรมคุณภาพที่จะทำให้อาสาสมัครเชื่อและเห็นคุณค่าของคุณภาพงาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผลลัพธ์มีความยั่งยืน โดยอาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ความสำเร็จนี้ไม่ได้เกิดจากการสั่งการจากบนลงล่าง (Top-down) แต่เกิดจากการเรียนรู้และปรับปรุงร่วมกัน โดยเฉพาะการพัฒนาในวงรอบที่ 2 ที่มีการนำระบบพี่เลี้ยง (Mentoring) โดยพยาบาลอาวุโสและหัวหน้าหอผู้ป่วยเข้ามาใช้ ระบบพี่เลี้ยงนี้ช่วยปิดช่องว่างระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติจริง ช่วยสร้างความมั่นใจให้กับพยาบาลน้องใหม่ในการใช้แนวปฏิบัติ ส่งผลให้คะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางสู่ระดับมากที่สุด ปรากฏการณ์นี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาระบบที่มีคุณภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับเครื่องมือหรือเครื่องมือเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ (Quality culture) ที่

พยาบาลทุกคนตระหนักถึงคุณค่าของบทบาทตนเองและมีความเป็นเจ้าของในระบบงานที่สร้างขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ พัชริภรณ์ สุรนาทขยานันท์ และคณะ¹⁴ ที่พบว่า การพัฒนาระบบการพยาบาลโดยเน้นการมีส่วนร่วมและการกำกับติดตามอย่างเป็นระบบ สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เป็นเลิศและลดอัตราการเสียชีวิตได้จริง

สรุปการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักโดยบูรณาการทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson⁶ แนวทางเวชปฏิบัติ และทฤษฎีระบบ รวมทั้งองค์ประกอบอื่น ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นช่วยยกระดับคุณภาพการดูแล ความต่อเนื่องของบริการ และสมรรถนะของผู้ดูแล อีกทั้งมีศักยภาพในการขยายผลสู่หน่วยงานและเครือข่ายบริการสุขภาพอื่นอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรนำระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นที่มีบริบทใกล้เคียง เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและมาตรฐานของการดูแล
2. ควรขยายผลระบบไปสู่เครือข่ายบริการสุขภาพในระดับเขตหรือระดับภูมิภาค โดยใช้รูปแบบการจัดการรายการและการดูแลต่อเนื่องเป็นกลไกหลัก
3. โรงพยาบาลควรกำหนดให้มีระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักแบบครบวงจรทั้งการพยาบาลรายกรณีและผ่านเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลเป็นมาตรฐานการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคลมชักทุกราย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักในระยะยาว เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านการกลับมารักษาซ้ำและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. ควรศึกษาความคุ้มค่าและต้นทุน-ประสิทธิผลของระบบ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายในการขยายผล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่ให้การสนับสนุนเอื้อเฟื้อสถานที่ในการดำเนินการศึกษานี้ 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 จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพ 2568;48:74-87.
12. ศิริรัตน์ วงศ์ประกรณ์กุล. ยุคใหม่ของการดูแลสุขภาพด้วยระบบนิเวศทางธุรกิจและเทเลเฮลธ์. 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. พัชรภรณ์ สุรนาทขยานันท์, วนิดา เคนทองดี, สุพัตรา กมลรัตน์. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลเลย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;36:207-15.