

แนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Clinical Nursing Practice Guideline for Empowerment in epilepsy patients Roi Et hospital

วรัญญา จิตต์เพียร*

Warunsiya Jitpean

Corresponding author: E-mail; anooch1974@gmail.com

(Received: May 7, 2025; Revised: May 12, 2025; Accepted: June 7, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก พัฒนาแนวปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

ระเบียบวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคลมชัก ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักและมีการรักษาด้วยยากันชัก ที่มารับบริการตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปในคลินิกอายุกรรมประสาทและลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 35 คน และกลุ่มผู้ให้บริการด้านการพยาบาล จำนวน 9 ราย ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือน เมษายน 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินประเมินคุณภาพชีวิต สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน Paired sample t-test กำหนดช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย : การดูแลผู้ป่วยโรคลมชักนั้น มีประเด็นปัญหาหลายอย่างที่ยาบาลและผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งคือ ผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะการจัดการยา รวมถึงอุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย การลางาน ข้อยกเว้นสถานที่และเวลาโดยรวมแล้ว ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก ทั้งในมิติของการให้ความรู้ การเสริมสร้างทักษะให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ และการอำนวยความสะดวกในด้านการเดินทางและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ จากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ นำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก ประกอบด้วย 7 แนวทาง คือ (1) การสร้างกลุ่ม (2) ส่งผู้ป่วยตรวจทาง Telemedicine โรงพยาบาลใกล้บ้าน (3) ส่งยาทางไปรษณีย์ (4) ทำปฏิทินสื่อการสอนรายการยา (5) จัดทำ Protocol ในการคัดกรองผู้ป่วยรับยาไปรษณีย์ (6) จัดทำคู่มือดูแลตนเองที่บ้าน และ (7) การสร้างแบบฟอร์มการส่งผู้ป่วยรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน ผลการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (Mean= 4.55, SD. = 0.54) ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคลมชักมีความพึงพอใจ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม จึงควรนำผลการศึกษามาใช้ในการขยายผล และพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่นๆ

คำสำคัญ : โรคลมชัก; การเสริมสร้างพลังอำนาจ

Abstract

Purposes : To study the problems of care for patients with epilepsy and develop guidelines and evaluate the results of used the clinical nursing practice guideline for empowerment in epilepsy patients, Roi Et hospital.

Study design : Action research.

Material and Methods : The sample group consisted of epilepsy patients aged 18 years and over, both male and female, diagnosed with epilepsy and treated with antiepileptic drugs, who received services at least 2 times at the Neurology and Epilepsy Clinic, Roi Et Hospital, total 35 people, and 9 nursing service providers. The study was conducted between November 2024 and April 2025. The research instruments were: 1) The experimental instrument was the Nursing Practice Guidelines for Empowering Epilepsy Patients. 2) The instruments used for data collection were the general information questionnaire, the satisfaction assessment form, and the quality of life assessment form. Statistics used in the analysis include descriptive statistics and inferential statistics and Paired sample t-test. 95% confidence interval.

Main finding : Care for patients with epilepsy. Several problems were found that nurses and patients had to face, one of the most important being patients' lack of knowledge and skills in medication management, as well as barriers such as cost, leave, space and time constraints. Overall, these problems reflected the challenges in caring for patients with epilepsy, in terms of providing knowledge, building skills for patients to self-care, and facilitating travel and access to medical services. From the analysis and synthesis of empirical evidence, it led to the development of nursing practice guidelines to empower epilepsy patients, consisting of 7 approaches: 1. Creating a group 2. Sending patients to check via Telemedicine at a nearby hospital 3. Sending medicine by mail 4. Creating a calendar of teaching media for a list of medicines 5. Creating a protocol for screening patients to receive medicine by mail 6. Creating a self-care manual at home and 7. Creating a form for referring patients to a nearby hospital for treatment. The results of using the guidelines found that the sample group had the highest level of satisfaction (Mean= 4.55, SD. = 0.54). Before and after using the guidelines, the sample group had significantly different satisfaction and quality of life ($p < .05$).

Conclusion and recommendations : Nursing practice guidelines to empower epilepsy patients resulted in tangible satisfaction and improved quality of life for epilepsy patients. Therefore, the results of this study should be used to expand and develop nursing care for patients with other diseases.

Keyword : Epilepsy; Empowerment

*Registered Nurse Professional Level, Roi Et Hospital.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดความพิการทางสมองอันเป็นผลทั้งต่อตัวผู้ป่วยและเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อประเทศชาติทั้งด้านทรัพยากรมนุษย์และเศรษฐกิจ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วโรคนี้สามารถป้องกันและรักษาได้ หากได้รับการวินิจฉัยและรักษาแต่เนิ่น ๆ จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว World Health Organization¹ ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสมอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก ลักษณะอาการคืออาการชักช้าๆ ซึ่งเป็นอาการสั้นๆ ของการเคลื่อนไหวโดยไม่ตั้งใจซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับส่วนหนึ่งของร่างกาย (บางส่วน) หรือทั้งร่างกาย (ทั่วไป) และบางครั้งจะสูญเสียสติและควบคุมการทำงานของลำไส้หรือกระเพาะปัสสาวะร่วมด้วย² ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมองถือว่าเป็นสาเหตุสำคัญของภาระโรคของโลก จากสถิติพบว่าส่งผลกระทบต่อผู้คนประมาณ 50 ล้านคนทั่วโลกที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง สัดส่วนโดยประมาณของประชากรทั่วไปที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรคหลอดเลือดสมองทุกประเภทของ ซึ่งอยู่ในระหว่าง 4 - 10 ต่อประชากร 1,000 คน และโดยรวมทั่วโลกคาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประมาณ 5 ล้านคนที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแต่ละปี สำหรับประเทศที่มีรายได้สูง ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 49 ต่อ 100,000 คน ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ตัวเลขนี้อาจสูงถึง 139 ต่อ 100,000 คน³ ซึ่งอาจเนื่องมาจากความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะโรคประจำถิ่น เช่น มาลาเรียหรือโรคอุจจาระร่วงในระบบประสาท อุบัติการณ์การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนที่สูงขึ้น การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการคลอดบุตร และการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างพื้นฐานทางการแพทย์ ความพร้อมของโปรแกรมสุขภาพเชิงป้องกันและการดูแลที่สามารถเข้าถึงได้พบว่ามีประมาณ 80% ของผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และพบอุบัติการณ์ประมาณ 20-50 ต่อประชากรแสนคน หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วย จะอยู่ในช่วงอายุต่ำกว่า 20 ปี หรืออยู่ในช่วงวัยเด็กถึงวัยรุ่น และนอกจากนี้ในทุกๆ ปีมีผู้ป่วย

รายใหม่เพิ่มขึ้น 2.4 ล้านคน ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเสียชีวิตก่อนอายุขัยมากกว่าคนทั่วไปถึง 2-6 เท่า นอกจากนี้กระบวนด้านสุขภาพแล้วยังมีปัญหาคือตามมาพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะถูกรังเกียจ เลือกปฏิบัติ ถูกแยกจากสังคมและเป็นปมด้อยเนื่องจากความเข้าใจที่ผิดว่าเป็นโรคติดต่อหรือโดนผีสิง การศึกษาทางการแพทย์ปัจจุบันยืนยันว่าโรคหลอดเลือดสมองไม่ใช่โรคติดต่อที่ติดต่อทางการหายใจ การสัมผัสไอ จามใดๆ และการถ่ายทอดทางพันธุกรรมสู่ลูกนั้นมีโอกาสประมาณ ร้อยละ 1 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสาเหตุการชักจากพันธุกรรม และโรคหลอดเลือดสมองสามารถพบได้ทุกเพศทุกวัย แตกต่างตามสาเหตุ⁴ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ซับซ้อนและมีอาการที่หลากหลาย จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างครอบคลุมโดยแพทย์ผู้ชำนาญการ เช่น การให้ยากล่อมประสาท การบำบัดด้วยอาหาร การกระตุ้นเส้นประสาทสมองและการผ่าตัด นอกจากนี้การรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบเฉพาะบุคคลที่มีความจำเพาะเจาะจงและการเฝ้าติดตามอาการอย่างระมัดระวังยังเป็นสิ่งที่ยังสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยซึ่งต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความชำนาญในการดูแลรักษาโรค การรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบ่งได้ 2 วิธีใหญ่ๆ คือ ใช้อายันชักอย่างเดี่ยว และใช้อายันชักร่วมกับวิธีอื่นๆ เช่น การรักษาโดยการผ่าตัด การกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้า การใช้อาหารสูตรพิเศษ Ketogenic diet คืออาหารประเภทที่มีสัดส่วนของไขมันสูง คาร์โบไฮเดรตต่ำ และมีโปรตีนที่เพียงพอเหมาะสมสำหรับการรับประทานยาวนานเท่าใดขึ้นกับชนิดของโรคหลอดเลือดสมองและบางชนิดไม่จำเป็นต้องรับประทานยาตลอดชีวิตสามารถรักษาหายได้

จากข้อมูลการสำรวจโดยสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย³ พบว่า พ.ศ. 2555 มีความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมี 25 คนต่อประชากร 1,000 คน และจากการศึกษาความชุกของผู้มารับบริการคลินิกโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลศรีนครินทร์⁵ พบว่าจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการในคลินิกโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวน 1,329 คน แบ่งเป็นชาย 619 คน (ร้อยละ 46.58) และหญิง 710 คน (ร้อยละ 53.42) ช่วงอายุ ที่มารับการรักษามากที่สุดคือช่วงอายุ 18-24 ปี รองลงมาคือช่วงอายุมากกว่า 65 ปี เป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1,282 คน (ร้อยละ 96.46)

สำหรับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คลินิกอายุรกรรมประสาทและลมชัก ซึ่งเป็นหน่วยงานผู้ป่วยนอกที่รักษาเฉพาะทางสมองโดยใช้การรักษาทางยา โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่ทำการรักษาโรคทางสมองโดยใช้ยารวมถึงโรคลมชักในผู้ใหญ่ ซึ่งเปิดให้บริการรักษาเป็นเวลากว่า 8 ปี จากสถิติ 3 ปีย้อนหลัง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคลมชักเพิ่มขึ้นเรื่อยๆทั้งที่สามารถควบคุมการชักด้วยยาได้ พบว่าสถิติมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการรักษาตั้งแต่ปีพ.ศ.2563-2565 มีจำนวนดังนี้ 446 ราย, 507 ราย, 532 ราย ทั้งนี้อายุ 15-59 มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 78.70, 80.47, 76.75 ตามลำดับ⁶ และจากจำนวนผู้เข้ารับบริการรักษาโรคลมชักพบมีผู้ป่วยโรคลมชักที่ยังควบคุมการชักไม่ได้คิดเป็นร้อยละ 10.1 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงานรวมถึงผู้พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จากการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกอายุรกรรมประสาทและลมชักพบว่าผู้ป่วยโรคลมชักขาดนัดจำนวน 46 ราย ในระยะเวลา 3 เดือน ประกอบด้วยผู้ป่วยที่ควบคุมอาการชักได้และผู้ป่วยที่คุมอาการชักไม่ได้ บางรายยังมีการเตือนแต่ไม่มีการชัก นอกจากนี้มีทั้งผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องจากความไม่ตระหนักรต่อการรักษาด้วยสภาพปัญหาต่างๆ เช่น ไม่มีเวลามารับยาหรือติดตามอาการเนื่องจากต้องทำงาน ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อเป็นโรคลมชักทำให้ไม่สามารถควบคุมการชักได้และเบื่อหน่ายกับการรับประทานยาจนมีผลต่อการรักษาที่ต่อเนื่องทำให้การรักษาโรคลมชักต้องใช้ระยะเวลายาวนานหรือตลอดชีวิตผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนหนึ่งมีความพิการทางสมองที่ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการมารับยาหรือมาติดตามอาการ ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องทำงานหารายได้บางรายอยู่ต่างอำเภอเดินทางลำบากทำให้ไม่อยากมารับยาเสียค่าใช้จ่ายกระทบต่อครอบครัว การรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคลมชักจึงมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะบุคคลในวัยทำงานและสามารถทำงานได้ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและสม่ำเสมออาจจะมีผลกระทบต่องานความสามารถทางความคิดที่ค่อยๆเสื่อมถอยลง ผลกระทบทางด้านการใช้ชีวิตในสังคมสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการประกอบอาชีพ การตีตราจากสังคมว่าเป็นผู้สติปัญญาไม่ติ

ไร้ความสามารถ รวมถึงครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย การดูแลในรายที่ไม่สามารถทำงานได้หรือมีความพิการ ด้านการรักษาถ้าไม่รักษาต่อเนื่องส่งผลให้ควบคุมการชักของโรคไม่ได้จะก่อให้เกิดเป็นภาวะอย่างชักต่อเนื่อง (Status epilepticus ; SE) ซึ่งถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตทางอายุรศาสตร์ของโรคที่ต้องรีบให้การดูแลรักษาเร่งด่วนจนถึงแก่การเสียชีวิต การรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่สำคัญผู้ป่วยจะต้องใส่ใจในการรับประทานยาสม่ำเสมอมีศักยภาพพอเพียงในการดูแลตนเอง การเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพได้รับการรักษาพบแพทย์อย่างต่อเนื่องและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปฏิบัติตัวให้ถูกต้องจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำเนินโรคในทางบวก ดังนั้น

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยโรคลมชักที่เข้ารับบริการในคลินิกอย่างมีมาตรฐานสอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์ อีกทั้งเพื่อส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคลมชักและป้องกันผู้ป่วยโรคลมชักเข้าสู่ภาวะวิกฤตของโรคจนนำไปสู่การสูญเสียชีวิตและเพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคลมชักจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในการให้การสนับสนุนทางด้านการรักษา การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีบทบาทในการพัฒนากระบวนการพยาบาลที่เน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย เพื่อให้พวกเขาสามารถรับมือกับโรคลมชักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก พัฒนาแนวปฏิบัติการและประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย

เชิงปฏิบัติการ (Action Research) และนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ Gibson⁷ มาเป็นกรอบแนวคิดร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชัก ที่มารับ การรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาทและลมชัก งานผู้ป่วยนอก ชั้น 3 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และกลุ่มผู้ให้บริการผู้ป่วยโรคลมชัก ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เภสัชกร รวมถึงสหวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วยโรคลมชัก ที่คลินิกอายุรกรรมประสาทและลมชัก งานผู้ป่วยนอก ชั้น 3 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชักไปใช้จริงในหน่วยงาน และระยะที่ 4 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคลมชัก ที่มารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาทและลมชัก งานผู้ป่วยนอก ชั้น 3 โรงพยาบาลร้อยเอ็ดระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือน เมษายน 2568

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมประสาท จำนวน 4 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน 2 ท่าน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 ท่าน และพนักงานพิมพ์ 1 ท่าน ซึ่งปฏิบัติงานในคลินิกอายุรกรรมประสาทและลมชัก งานผู้ป่วยนอก ชั้น 3 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด รวมทั้งหมด จำนวน 9 คน

2. กลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยโรคลมชัก ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคลมชักและมีการรักษาด้วยยากันชัก ที่มารับบริการตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ในคลินิกอายุรกรรมประสาทและลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size)

สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ย วัดก่อนและหลังการใช้นวปฏิบัติ (Heinisch, 1965)⁸ สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$n = \left[\frac{(Z_\alpha + Z_\beta)\sigma}{\delta} \right]^2$$

n คือ จำนวนขนาดตัวอย่าง

Z_α คือ ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ค่า α เท่ากับ 0.05 ดังนั้น ค่า Z_α เท่ากับ 1.96

Z_β คือ ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่กำหนดให้อำนาจการทดสอบเท่ากับ 95 ค่า β เท่ากับ 0.05 ดังนั้น Z_β เท่ากับ 1.645

δ คือ Mean difference ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยเป็นค่าเฉลี่ยจากการวัดผล Posttest เท่ากับ 1.37

σ คือ Standard deviation of mean difference เท่ากับ 2.14

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยของวรราชา แซ่อู๋⁹ เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้โรคลมชักโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 3.18 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 4.53 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.37 นำมาแทนค่าในสูตร ดังนี้

$$n = \left[\frac{(Z_\alpha + Z_\beta)\sigma}{\delta} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{(1.96 + 1.645)2.14}{1.35} \right]^2$$

n = 35

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่าง 35 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยโรคลมชัก ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชัก
3. ได้รับการรักษาด้วยยากันชัก
4. มารับบริการในคลินิกอายุรกรรมประสาทและลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป
5. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัยและ

ยินดีสมัครเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยว่าเป็นลมชักจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและโรคระบบประสาทอื่นๆ
2. มีอาการชักจากการดื่มสุรา เสพยาเสพติด
3. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเภทร่วมด้วย
4. ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติดูแลประจำ
5. ไม่ยินดียินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัยและไม่ยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การยุติการวิจัย (Termination criteria)

1. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการน้อยกว่าร้อยละ 50
2. เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น อาสาสมัครเกิดอาการชักระหว่างเข้าร่วมวิจัย มากกว่า ร้อยละ 20-30 การเกิดข้อขัดแย้ง และข้อร้องเรียนจากผู้ดูแล เป็นต้น

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ภายหลังการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตผู้บริหารโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเพื่อดำเนินโครงการวิจัย
2. ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัยให้แก่อาสาสมัครรับทราบ
3. ผู้ช่วยวิจัยขอความยินยอมจากอาสาสมัครโดยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ด้วยเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ สถานที่ในการขอความยินยอมคือ ห้องให้คำปรึกษา ห้องประชุมเล็กคลินิกอายุกรรมประสาทและลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
4. ผู้วิจัยทำการสำรวจผู้ป่วยโรคลมชัก ที่มีอายุ 18 ขึ้นไป เพศหญิงและเพศชาย ได้รับการรักษาด้วยยากันชัก มารับบริการในคลินิกอายุกรรมประสาทและลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป
5. ดำเนินการเลือกแบบจำเพาะเจาะจงตามคุณสมบัติการคัดเลือก และเกณฑ์การคัดออก ตามการคำนวณขนาดตัวอย่าง จำนวน 35 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก ตามหลักแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁷ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การค้นหาปัญหาสถานการณ์ความจริงของพื้นที่วิจัย 2. การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นอย่างมีวิจารณ์ญาณครอบคลุม 3. การวางแผนการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทและปัญหาของผู้รับบริการในพื้นที่ศึกษา และ 4. การคงไว้ซึ่งแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจแก่บุคคล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์ ใช้สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในคลินิกอายุกรรมประสาทและลมชัก กระบวนการการสัมภาษณ์ เริ่มจากผู้วิจัยแนะนำตัวต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และสร้างบรรยากาศการสัมภาษณ์ที่เป็นกันเอง พูดคุยทักทายเป็นกันเองปล่อยให้ผู้ร่วมวิจัยมีความคิดอิสระ ไม่กดดันแต่อยู่ในประเด็นที่ศึกษา ผู้วิจัยใช้เวลาการสัมภาษณ์ไม่เกิน 30-60 นาทีในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง จนกว่าข้อมูลชัดเจนและอิ่มตัว ตลอดระยะเวลา 6 เดือนทั้งนี้ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงตั้งแต่ก่อนลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย สถานที่ในการสัมภาษณ์ คือ ห้องให้คำปรึกษา ห้องประชุมเล็กคลินิกอายุกรรมประสาทและลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2.2 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะภาพ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ระยะเวลาการรักษาโรคลมชัก สิทธิในการรักษาพยาบาล วิธีที่ใช้เดินทางมารับการรักษา และค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน จาก 1 – 5 คะแนน จากระดับน้อยที่สุด ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด ตามลำดับ มีเกณฑ์การแปลความหมายการให้คะแนน¹⁰ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.50 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 – 4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.50 – 3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.50 – 2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 – 1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 การประเมินคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก (ชุดย่อ) ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-

BREF-THAI) ของกรมสุขภาพจิตที่พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล¹¹ โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือของ อัครบาร์ ยะโกะ¹² ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นมาให้ใช้ได้ไม่จำกัดวัฒนธรรม มีความเป็นสากลของแบบวัด โดยได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำจำนวน 3 รอบ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81 ประกอบด้วย 26 คำถาม มีค่าคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยคะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับกลาง และคะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดี

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
1. ด้านร่างกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพ	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบความตรงของเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่านและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 ท่าน และนำไปหาคุณภาพเครื่องมือเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.78

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ในเขตพื้นที่ใกล้เคียง และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)¹³ ดังต่อไปนี้

2.1 แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .81

2.2 ประเมินคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก (ชุดย่อ) ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของกรมสุขภาพจิตที่พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ¹¹ โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือของ อัครบาร์ ยะโกะ¹² ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นมาให้ใช้ได้ไม่จำกัดวัฒนธรรม มีความเป็นสากลของแบบวัด โดยได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำจำนวน 3 รอบ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81

การดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก การวิเคราะห์สถานการณ์ การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิกอายุรกรรมประสาทและลมชักโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ร่วมกับการศึกษาข้อมูลสถิติการให้บริการ และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคลมชัก ร่วมกับการประชุมกลุ่มย่อยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหา

ปัญหาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก วางแผนแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลปัญหาและความต้องการจากผู้ป่วยโรคลมชักที่มาใช้บริการในคลินิกอายุรกรรมประสาทและลมชัก การทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ศึกษามาสร้างแนวปฏิบัติตามแนวคิดของการสร้างเสริมพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ของ Gibson⁷ คือ 1. การค้นหาปัญหาสถานการณ์ความจริงของพื้นที่วิจัย 2. การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นอย่างมีวิจารณ์ญาณครอบคลุม 3. การวางแผนการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทและปัญหาของผู้รับบริการในพื้นที่ศึกษา และ 4. การคงไว้ซึ่งแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจแก่บุคคล ทั้งนี้ผู้วิจัยจะวิเคราะห์และวางแผนปฏิบัติการพยาบาลสู่ผู้ร่วมวิจัยและยกวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลนั้นสู่การปฏิบัติในหน่วยงานซึ่งเป็นพื้นที่วิจัย โดยอธิบายในทีมผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ศึกษาได้แก่บุคลากรแพทย์และพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้ร่วมวิจัยให้รับทราบถึงแนวทางการปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พร้อมทั้งตอบข้อสงสัยของทีม เพื่อความเข้าใจตรงกัน

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชักไปใช้ ลงมือปฏิบัติตามแผนโดยนำร่างการปฏิบัติที่ได้ในขั้นตอนที่ 1 นำไปสู่การปฏิบัติในหน่วยงานพื้นที่วิจัย โดยผู้ร่วมวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติตามร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในฐานะผู้วิจัยและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่วิจัยรวมถึงเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้รับบริการ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก การติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การกระตุ้นบุคคลกรในหน่วยงานในการปฏิบัติตามร่างที่นำมาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งอาจใช้ระยะเวลา 4 เดือนในระยะปฏิบัติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความอึดตัวของข้อมูล

ระยะที่ 4 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ สังเกตผลการปฏิบัติหรือเป็นการตรวจเช็คความถูกต้องในขณะที่ปฏิบัติตามแผนร่างเพื่อให้ครอบคลุมประเด็นของการศึกษา

เนื่องจากผู้วิจัยคือผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ศึกษา ทำให้สะดวกในการสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ตลอดการวิจัย โดยผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลต่างๆ เช่น อุปสรรคปัญหาในการนำร่างการเสริมสร้างพลังอำนาจไปปฏิบัติ การรับรู้ความต้องการเสริมสร้างพลังอำนาจที่นอกเหนือแผนยกร่างและศักยภาพของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการและผู้ดูแลไปพร้อมกันในระหว่างที่ปฏิบัติตามร่างที่ยกมาโดยการบันทึกภาคสนาม เพื่อนำข้อมูลและปัญหาความต้องการรวมถึงข้อบกพร่องของปัญหาที่พบระหว่างการปฏิบัติตามร่างแผนการแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวไปวิเคราะห์ในขั้นตอนสะท้อนปัญหาว่าปฏิบัติตามแผนได้หรือไม่ และมีปัญหาใดเกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติตามแผน

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการประเมินผลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติในผู้ป่วยโรคลมชัก และสะท้อนผลการปฏิบัติงานให้แก่ผู้ร่วมวิจัยที่ปฏิบัติงานในพื้นที่วิจัยได้รับทราบ รวมถึงร่วมแสดงความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติเพื่อแก้ไขการปรับปรุงการพยาบาลผู้ป่วยลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ให้มีความเหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ใช้สถิติพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติอนุมาน โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Paired t-test
3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความตระหนักและให้ความสำคัญในด้านจริยธรรมของการทำวิจัย ทั้งนี้เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้แนะนำตัวเองแจ้งวัตถุประสงค์ทุกครั้งก่อนทำการสัมภาษณ์ สทนากลุ่มและก่อนทำการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยทั่วไป มีทั้งการขออนุญาตด้วยวาจา และเซ็นต์ชื่อยินยอมทุกครั้งเพื่อเป็นหลักฐานแสดงถึงความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้เข้าร่วมวิจัย กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้เข้าร่วมวิจัย

ไม่สะดวกผู้วิจัยจะความเคารพสิทธิโดยไม่บังคับสามารถถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ให้อิสระในการซักถามคำถามและการตัดสินใจ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะไม่ระบุชื่อของผู้ให้สัมภาษณ์หรือผู้ให้ข้อมูล แต่บันทึกโดยใช้รหัสแทนผู้ให้สัมภาษณ์/ผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้เพื่อเป็นการปกป้อง รักษาความลับ และพิทักษ์สิทธิส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลในด้านสถานที่ทำการศึกษาค้นคว้าได้ทำเอกสารขออนุญาตก่อนการศึกษาค้นคว้า โดยขอรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่โครงการ RE129/2567 เพื่อแสดงว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กระทำโดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่สถานที่ทำการศึกษาค้นคว้า หลังสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงและรหัสต่างๆ ที่ได้บันทึกเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ร่วมวิจัยด้วยตนเองเพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายต่อผู้ร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. การศึกษาบริบทผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และญาติ การสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ การวิเคราะห์และสังเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงการทบทวนแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จึงค้นพบประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนี้

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดเทียบเท่าโรงพยาบาลศูนย์ มีแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่พร้อม รวมถึงยาที่ใช้รักษาโรคมีความพร้อม ทำให้เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่ต้องรับรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นกลุ่มหนึ่งที่โรงพยาบาลชุมชน ทั้งในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด และใกล้เคียงต้องส่งผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด อายุรกรรมประสาทและหลอดเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่มีประสิทธิภาพ จึงมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อรับการตรวจรักษา นอกจากนี้ ด้านความรู้ความสามารถในการดูแลเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมการรักษาให้ผู้ป่วยลมนซกมีโอกาสดีขึ้นนำไปสู่การหายจากโรค ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง

ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมถึงขาดความตระหนักในการดูแลตนเองและความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

2. การศึกษาบริบทของการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คลินิกอายุรกรรมประสาทและหลอดเลือด กลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทาง 4 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน ผู้ช่วยพยาบาล 1 ท่าน ผู้ช่วยเภสัชกร 1 ท่าน พนักงานพิมพ์ 1 ท่าน ให้บริการผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคทางสมองที่ไม่ต้องผ่าตัดและรักษาทางยา โดยมีผู้รับบริการเฉลี่ย 76.5 รายต่อวัน มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะจำนวน 18-20 ราย ทำให้ภาระงานค่อนข้างหนักร่วมกับการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองที่ต้องใช้ระยะเวลาในการตรวจประมาณ 1 ชม. ต่อราย ทำให้การดูแล ให้คำแนะนำผู้ป่วยไม่ทั่วถึงเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความจำที่ลดลงและญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุต้องใช้เวลาในการสื่อสารงาน ซึ่งการทำงานในคลินิกเร่งรีบทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทำให้การจดจำคำแนะนำไม่ครบถ้วน ในกรณีผู้ป่วยที่ผู้ดูแลมารับยาแทน อันเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การนำผู้ป่วยมาลาบากระยะทางไกล การไม่ยอมให้สังคมรับรู้ความเจ็บป่วยของบุตรหรือญาติที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะรีบเร่งในการกลับไปทำงาน และต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว ทำให้การที่จะนำผู้ป่วยซึ่งมีความพิการมาด้วยลำบากมากขึ้น จึงเป็นการชักประวัติหรือจากคำบอกเล่าของผู้ดูแลที่ไม่ได้ประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์

ด้านสถานที่ในการรองรับผู้ป่วย สถานบริการค่อนข้างคับแคบเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเยอะประกอบกับผู้ป่วยแต่ละรายต้องมีญาติติดตามมา 1-2 คน ไม่ได้เป็นห้องตรวจเฉพาะแต่ละโรคแต่เปิดรวมกันทุกโรครวมที่เกี่ยวกับระบบสมองที่ไม่ได้ผ่าตัด เช่น โรคสมองเสื่อม (Alzheimer's disease) โรคอัมพฤกษ์อัมพาต (Stroke) พาร์กินสัน (Parkinson) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Myasthenia gravis) เป็นต้น รวมถึงรับปรึกษาต่างแผนก (Consult) และรับส่งต่อในกรณีที่ไม่ฉุกเฉินบริเวณโดยรอบห้องตรวจค่อนข้างเสี่ยงอันตรายจากการให้บริการ

3. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁷ ได้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยโรคลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 7 แนวทางการปฏิบัติ ดังนี้ 1) สร้างไลน์กลุ่มผู้ป่วยโรคลมชัก 2) ส่งผู้ป่วยตรวจทาง Telemedicine โรงพยาบาลใกล้บ้าน 3) ส่งยาทางไปรษณีย์ ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชักหรือความถี่การชักลดลง/ไม่เพิ่มขึ้น 4) ทำปฏิทินสื่อสารสอนรายการยากันชักที่ใช้ในคลินิกผลข้างเคียงสรุปเนื้อหาที่สำคัญเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคลมชักที่จำเป็นต้องทราบเนื้อหากระชับจดจำได้ง่ายรวมถึงการนับจำนวนเม็ดยาประเมินการรับประทานยาว่าสม่ำเสมอหรือไม่ให้ผู้ป่วยเล็งเห็นความสำคัญ 5) จัดทำ Protocol ในการคัดกรองผู้ป่วยรับยาไปรษณีย์ Telemedicine โรงพยาบาลใกล้บ้าน ส่งรับยาร้านยา 6) จัดทำคู่มือดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคลมชัก และสมุดบันทึกอาการชัก และ 7) การสร้างแบบฟอร์มการส่งผู้ป่วยรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน

ในการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพ

4. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก

4.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (54.30%) อายุเฉลี่ย 44.60 ปี (SD. = 13.35) สถานภาพสมรส (51.40%) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา (65.80%) ศาสนาพุทธ (100.00%) อาชีพเกษตรกรกรรม (45.70%) โรคประจำตัว โรคลมชัก (100.00%) ไม่สูบบุหรี่ (88.60%) ไม่ดื่มสุรา (88.60%) ระยะเวลาการรักษาโรคลมชักเฉลี่ย 16.71 ปี (SD. = 9.58) สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (88.60%) การเดินทางมารับการรักษาโดยรถประจำทาง (62.90%) และค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ย 537.14 บาท (SD. = 402.62)

4.2 ก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับปานกลาง (Mean= 3.35, SD. = 0.33) และหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (Mean= 4.55, SD. = 0.54) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (n=35)

ระดับความพึงพอใจ	ผู้ป่วยโรคลมชัก	
	Mean(SD.)	แปลผล
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ	3.35(0.33)	ปานกลาง
หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ	4.55(0.54)	มากที่สุด

หลังการใช้แนวปฏิบัติผู้ป่วยโรคลมชักมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ

มากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ 1.19 คะแนน (95% CI : 0.97 – 1.42) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ความพึงพอใจ	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE)	95%CI	p
ผู้ป่วยโรคลมชัก					
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	35	3.35(0.33)	1.19(0.10)	0.97 – 1.42	<.001
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	35	4.55(0.54)			

4.3 ก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตภาพรวมระดับปานกลาง (Mean= 81.34, SD. = 5.77) หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม ในระดับดี และคุณภาพชีวิตภาพรวม ระดับดี (Mean= 113.94, SD. = 7.10) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ระดับคุณภาพชีวิต	ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ		หลังการใช้แนวปฏิบัติ	
	Mean(SD.)	แปลผล	Mean(SD.)	แปลผล
1. ด้านร่างกาย	21.71(2.34)	ปานกลาง	33.51(2.22)	ดี
2. ด้านจิตใจ	21.54(1.40)	ปานกลาง	28.48(1.75)	ดี
3. ด้านสัมพันธภาพ	8.89(1.43)	ปานกลาง	14.17(1.24)	ดี
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	29.20(2.74)	ปานกลาง	37.77(2.63)	ดี
ภาพรวม	81.34(5.77)	ปานกลาง	113.94(7.10)	ดี

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อการใช้นโยบายการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยหลังการใช้แนวปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ 32.60 คะแนน (95% CI : 29.08 – 36.11) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

คุณภาพชีวิต	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE)	95%CI	p
ผู้ป่วยโรคลมชัก					
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	35	81.34(5.77)	32.60(1.73)	29.08 – 36.11	<.001
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	35	113.94(7.10)			

วิจารณ์

แนวปฏิบัติการพยาบาลสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดของ Gibson⁷ รวมถึงการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถอภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

สถานการณ์ปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยโรคลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยการประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และญาติ การสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ การวิเคราะห์และสังเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงการทบทวนแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง พบประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น คือ ในบริบทของผู้ให้บริการพยาบาล ภาระงานค่อนข้างหนักร่วมกับการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองที่ต้องใช้ระยะเวลาในการตรวจประมาณ 1 ชม. ต่อราย ทำให้การดูแลให้คำแนะนำผู้ป่วยไม่ทั่วถึง เนื่องจากผู้ป่วยโรคลมชักมีภาวะทางสมองความจำที่ลดลง และญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุต้องใช้เวลาในการสื่อสารนาน ซึ่งการทำงานในคลินิกเร่งรีบทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทำให้การจดจำคำแนะนำไม่ครบถ้วน บริบทของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคลมชักขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมถึงขาดความตระหนักในการดูแลตนเองตัวและความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคลมชักรวมถึงต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล มานะกิจ¹⁴ ศึกษาการรับรู้และความเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคลมชักพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักน้อย ซึ่งส่งผลต่อการดูแลที่ไม่เพียงพอ เช่นเดียวกับการศึกษาของของ สมชัย กฤษณา¹⁵ ที่พบปัญหาการเข้าถึงบริการการรักษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตามแนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁷ ได้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยโรคลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 7 แนวทางการปฏิบัติ ดังนี้ 1. สร้างไลน์กลุ่มผู้ป่วยโรคลมชัก 2. ส่งผู้ป่วยตรวจทาง Telemedicine โรงพยาบาลใกล้บ้าน 3. ส่งยาทางไปรษณีย์

ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชักหรือความถี่การชักลดลง/ไม่เพิ่มขึ้น
4. ทำปฏิทินสื่อการสอน รายการยากันชักที่ใช้ในคลินิก
5. จัดทำ Protocol ในการคัดกรองผู้ป่วยรับยาไปรษณีย์ Telemedicine โรงพยาบาลใกล้บ้าน ส่งรับยาร้านยา
6. จัดทำคู่มือดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคลมชัก และสมุดบันทึกอาการชัก และ 7. การสร้างแบบฟอร์มการส่งผู้ป่วยรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้านในการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพ ซึ่งพบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยของ Smith, et al.¹⁶ กับแนวคิดของกิบสันที่เน้น การทบทวนปัญหาเชิงลึก โดยเฉพาะ การรับรู้ถึง “ความเป็นไปได้ในการกระทำ (Affordances)” จากสิ่งแวดล้อม เกี่ยวกับแอปพลิเคชันสุขภาพสนับสนุนว่า การออกแบบสื่อที่เข้าใจง่าย เช่น ปฏิทินยาพร้อมภาพประกอบ ช่วยเพิ่มการรับรู้ศักยภาพประสิทธิภาพการสื่อสารของผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของณัฐปัทม์ แก้วเงิน¹⁷ เกี่ยวกับแอปพลิเคชันบันทึกอาการชักและงานของ รัชณี กาญจนารักษ์¹⁸ เกี่ยวกับโปรแกรมดูแลตนเอง สนับสนุนว่าการใช้เทคโนโลยีและการให้ข้อมูลเฉพาะทางช่วยเพิ่มการควบคุมตนเองได้

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Davis L.¹⁹ ได้ศึกษาการใช้แอปพลิเคชันเพื่อการจัดการอาการชักในผู้ป่วยโรคลมชัก พบว่า ผู้ป่วยสามารถบันทึกข้อมูลการชัก การใช้ยา และข้อมูลสุขภาพได้อย่างสะดวก ลดความถี่ของอาการชัก และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคลมชัก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น ควรนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการขยายผลและพัฒนากายภาพ สำหรับผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่นๆ ด้วย ส่วนด้านการพยาบาล ควรมีการสร้างแนวทางการพยาบาลแบบองค์รวมที่บูรณาการการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการเข้าถึงบริการ

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคลมชักเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของแพลตฟอร์มดิจิทัล (Mobile Application) เพื่อใช้ในการบันทึกอาการชัก การแจ้งเตือนการนัดหมาย และการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม (Interactive Education) และควรมีการศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้ AI หรือ Chatbot เพื่อตอบคำถามพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

- องค์การอนามัยโลก (WHO). โรคลมชัก [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
- สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการรักษาโรคลมชักสำหรับแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.neurothai.org/images/2012/download/epilepsy.pdf>
- สุรัช ลิขสิทธิ์วัฒนกุล. Paroxysmal/Non-epileptic events. ใน: Epilepsy digest. สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: 2002;1:4-9.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาประเทศไทย. 2566;37(4): 54-60.
- รัตนา อินทะผิว, นันทพรณ์ ชัยนิรันดร์, สีนินา มุ่งมานิตยมงคล, สมศักดิ์ เทียมเก่า. ความทุกข์ของผู้มารับบริการคลินิกโรคลมชักในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience. 2565;17(4):1-7.
- ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติผู้ป่วยโรคลมชักที่มารับบริการคลินิกอายุรกรรมประสาทและลมชัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2566.
- Gibson C H. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing. 1995;21:1201-10.
- Heinisch O. Cochran W. G.: Sampling Techniques, 2. Aufl. John Wiley and Sons, New York, London 1963. Preis s. Biometrische Zeitschrift. 1965;7(3):203.
- วรธชา แซ่อ้อย. เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้โรคลมชักโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ภาพการ์ตูนเคลื่อนไหวสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก. วารสารกรมการแพทย์. 2565;47(2):53-60.
- Balasubramanian N. Likert Technique of Attitude Scale Construction in Nursing Research. Asian J. Nur. Edu. & Research. 2012;2(2):65-9.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชดย่อฉบับภาษาไทย. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2545.
- อัคบาร์ ยะโกะ. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา อาคารเย็นศิระ [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.
- Polit D. Hungler B. Nursing Research: Principle and Method, 6th ed.; Philadelphia: Lippincott Company; 1999.
- นฤมล มานะกิจ. การรับรู้และความเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคลมชัก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2565;35(2):145-56.
- สมชัย กฤษณา. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชักในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2563;49(3):173-83.
- Smith J A, Marks H L. Cognitive-behavioral therapy for depression in epilepsy patients: A randomized controlled trial. Journal of Epilepsy Research. 2020;27(3):143-52.
- ณัฐพันธ์ แก้วเงิน. ผลของโปรแกรมควบคุมการชักผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชัก. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2565;28(1):3-18.

18. รัชณี กาญจนารักษ์. การประเมินโปรแกรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลมชักในประเทศไทย. วารสารสุขภาพ. 2563;19(4);203-15.
19. Davis L, Faulkner M, Thompson R. Mobile application for epilepsy management: Improving patient adherence and reducing seizure frequency. Epilepsy & Behavior; 2021.