ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวีซีดี และคู่มือสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนโรคลมชักของผู้ดูแล*

The effects of educative supportive program using VCD and handbook on caregivers' caring behaviors for school age epilepsy

บทความวิจัย
วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2560
Volume 40 No.2 (April-June) 2017

ฤดีพร เพียสุพรรณ์ พย.ม.** ชลิดา ธนัฐธีรกุล ปร.ด.***
Ruedeeporn Piasupan MSN. ** Chalida Thanattheerakul Ph.D. ***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดก่อนและหลังนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวีซีดี และคู่มือสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนโรคลมชักของผู้ดูแล จำนวน 90 คน ที่พาเด็กมารักษา ณ งานผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 45 คน และกลุ่มทดลอง 45 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม ตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบสัมภาษณ์ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.73 วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.03$, $p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็ก หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.32$, $p < 0.05$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล โรคลมชัก โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

Abstract

This quasi - experimental research two group pre - post test aimed to study the effect of educative supportive program using VCD and handbook on caregivers' caring behaviors for school age epilepsy. The sample was 90 caregivers at outpatient pediatric services, Khon Kaen Hospital. They were 45 of the control group and 45 of the experimental group. The research instruments were a record of personal information and an interview about caring behavior using the model of Orem's self-care. The reliability of the interview was calculated using Cronbach's alpha coefficient, and it was at 0.73. The data were analyzed using the percentage, mean, standard deviation, and t-test. Results showed the experimental group's mean score of caring behaviors was significantly higher than those in the control group ($t = -12.03$, $p < 0.05$) and mean score of caring behaviors after intervention was significantly higher than before intervention ($t = -8.32$, $p < 0.05$).

keywords: caregivers'care behaviors, epilepsy, educative supportive program.

***Research funds by Graduate School, Khon Kaen University**

****Master of Nursing Science in Pediatric Nursing of Faculty of Nursing, Khon Kaen University**
*****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University**

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคลมชัก เป็นโรคที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาท พบได้ทุกเพศทุกวัย ประมาณ ร้อยละ 0.5 – 1 ของประชากรโลก[1] มักพบครั้งแรกในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี พบสูงสุดวัยทารกแรกเกิด มักเริ่มต้นมีอาการชักในวัยเด็กเล็ก ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคลมชักประมาณ 50 ล้านคน โดยร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา[2] ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา พบการเกิดโรคลมชักในเด็กประมาณ 40 รายต่อประชากรเด็ก 100,000 คนต่อปี โดยพบสูงสุดในอายุน้อยกว่า 1 ปี[3,4] ประเทศไทยพบประมาณ 120 รายต่อ 100,000 คน โดยช่วงอายุ 1–10 ปี พบ 40 – 50 รายต่อ 100,000 คน วัยรุ่นตอนต้นพบประมาณ 20 รายต่อ 100,000 คน[5]

ผู้ป่วยโรคลมชักต้องรับประทานยากันชักต่อเนื่อง 3–5 ปี เมื่อไม่มีอาการชัก แพทย์จึงพิจารณาลดขนาดยากันชักลงจนหยุดการใช้ยา[6,7] การชักส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของเด็ก[8] สมองเสื่อมถอยลง ร่วมกับมีอาการซึมเศร้า[9] เด็กจะมีปัญหาด้านพฤติกรรม ด้านจิตสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และปัญหาการเรียนที่เลวลง[10,11] ส่งผลต่อพัฒนาการ พฤติกรรม[12] ไม่สามารถเรียนหนังสือได้ บางรายชักรุนแรงต่อเนื่องอาจเกิดอุบัติเหตุจากการชัก บาดเจ็บ และเสียชีวิตได้[13] ส่งผลต่อเศรษฐานะของครอบครัว[2] และประเทศชาติต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา[14]

คลินิกโรคลมชักเด็กโรงพยาบาลขอนแก่น เปิดทำการทุกวันพุธ มีพยาบาลวิชาชีพชักประวัติการเจ็บป่วย 1–2 คน ต่อเด็กโรคลมชัก 45–55 คน และเป็นเด็กวัยเรียนมากที่สุด การให้ความรู้เรื่องโรคลมชักของพยาบาล ไม่ได้จัดเตรียมข้อมูลการสอนอย่างเป็นระบบ ขาดความต่อเนื่อง จะอธิบายตามปัญหาที่พบเท่านั้น ด้วยมีข้อจำกัดด้านภาระงานที่ไม่เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแล แม้เด็กวัยนี้จะสามารถดูแลตัวเองได้ แต่หากเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสามารถในการดูแลตนเองย่อมลดลง ซึ่งผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพแทนเด็ก ถึงแม้ว่าจะมีโครงการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักแบบเบ็ดเสร็จ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องแล้ว แต่ยังพบปัญหาการดูแลเด็กของผู้ดูแลที่ไม่ถูกต้อง และยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างยั่งยืน จากการทบทวนงานวิจัยยังไม่พบงานที่กล่าวถึงแนวทางการส่งเสริมความรู้ของผู้ดูแลเด็กตามวัย โดยใช้ระบบพยาบาลสนับสนุนให้ความรู้ที่มีเพียงคู่มือแนวทางดูแลผู้ป่วยโรคลมชักสำหรับแพทย์และพยาบาลเท่านั้น จึงเป็นช่องว่างให้ผู้วิจัย สนใจการศึกษาในครั้งนี้

สิ่งสำคัญที่จะควบคุมการชักคือ การได้รับการดูแลที่ถูกต้อง โดยผู้ดูแลเป็นผู้ริเริ่มด้วยตนเอง จงใจ และมีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ ความปกติสุขของบุคคลที่ต้องพึ่งพา บุคคลจะทำการดูแลคนอื่นได้อย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง อยู่ภายใต้อิทธิพลของความรู้ แรงจูงใจ ทักษะ และความสามารถในการดูแล[15,16] โดยผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลด้วยระบบพยาบาลสนับสนุนให้ความรู้ ใช้วีซีดีการ์ตูนแอนิเมชั่นแทนการสอนด้วยเนื้อหาที่ยาว ๆ เพื่อความน่าสนใจ สนุกสนาน เพลิดเพลิน สามารถดูซ้ำได้หลายครั้ง โดยที่เนื้อหายังคงเหมือนเดิม[17] และยังเพิ่มสื่อคู่มือสุขภาพมีเนื้อหาครอบคลุมโรคลมชัก และเน้นการปฐมพยาบาลเมื่อมีอาการชัก ในการสอนให้ความรู้ชี้แนะ พยาบาลจะส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลบันทึกการชัก อาการผิดปกติลงในส่วนท้ายของคู่มือ การใช้สื่อร่วมกันน่าจะเป็นหนทางช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถดูแลเด็กได้อย่างถูกต้องมากกว่าที่ผ่านมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวีซีดี และคู่มือสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนโรคลมชักของผู้ดูแล

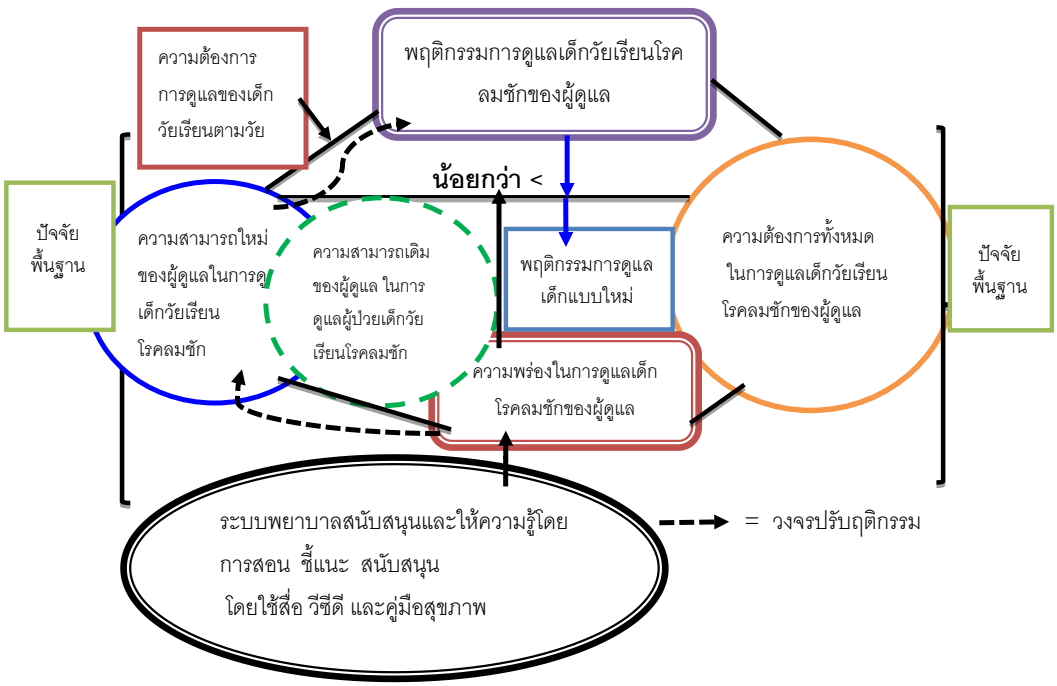
สมมติฐานการทดลอง

กลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม

การดูแลเด็กสูงกว่า กลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กหลังการทดลองจะสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม กล่าวคือ เมื่อเด็กชักจะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงมีบทบาททำกิจกรรมแทนเด็ก หากความสามารถเดิมในการดูแลเด็กมีน้อยกว่าความต้องการ จะเกิดความพร่องในการดูแล ระบบพยาบาลสนับสนุนจะมีส่วนช่วยส่งเสริมด้วยการสอน สนับสนุน การชี้แนะ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการรับรู้ การคิดวิเคราะห์ของผู้ดูแลเองแล้วปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเด็กแบบใหม่ สรุปความสัมพันธ์ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษากึ่งทดลอง (quasi- experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest – post test design) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคลมชักรายเก่าจำนวน 90 คน ที่มารับบริการ ณ ห้องตรวจกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 45 คนต่อกลุ่ม จากสูตรการวิจัยกึ่งทดลองที่เป็นอิสระต่อกัน ทดสอบแบบทางเดียว กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบ 80% อ้างอิงค่าความแปรปรวนจากงานวิจัยที่ผ่านมาของรัชดา นาคสี[18] ที่วัดพฤติกรรมผู้ดูแลเด็ก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดย 45 คนแรก จัดเป็นกลุ่มควบคุม แล้วเลือกกลุ่มทดลอง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันจนครบ 45 คน เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ที่มีข้อจำกัดในการให้ความร่วมมือขณะทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและของผู้ป่วยเด็ก และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาตามตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ของงานวิจัยกึ่งทดลองเรื่องผลของสื่อการ์ตูนแอนิเมชั่นร่วมกับนิทานภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย [19] มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 33 ข้อ คะแนนรวม 132 คะแนน มีทั้งข้อสัมภาษณ์ด้านบวกและด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อสัมภาษณ์ที่มีพฤติกรรมด้านบวกข้อสัมภาษณ์ที่มีพฤติกรรมด้านลบ

ด้านบวก		ด้านลบ	
ไม่เคยปฏิบัติ	= 1 คะแนน	ไม่เคยปฏิบัติ	= 4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	= 2 คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง	= 3 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	= 3 คะแนน	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	= 2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	= 4 คะแนน	ปฏิบัติเป็นประจำ	= 1 คะแนน

2. เครื่องมือใช้ในการทดลอง ได้แก่ สื่อให้ความรู้วีซีดีการ์ตูนแอนิเมชั่น “เมื่อน้องขมเป็นลมชัก” เนื้อหากล่าวถึง สาเหตุ อาการ การวินิจฉัย และการรักษาที่เหมาะสมโดยมีตัวละครดำเนินเรื่องความยาว 11 นาที และมีคู่มือสุขภาพ “ดูแลลูกรักเมื่อชักให้ปลอดภัย” เป็นภาพการ์ตูนประกอบคำบรรยาย ซึ่งจะเน้นการปฐมพยาบาลเมื่อมีอาการชัก ในส่วนท้ายเล่มของคู่มือ มีตารางจดบันทึกการชักที่เปลี่ยนแปลง สื่อทั้งสองมีความสอดคล้องกับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน[16] เพื่อช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI= 0.84 และนำไปทดลองใช้ (tryout) 10 ราย หาค่าความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) โดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.73 สามารถนำเครื่องมือไปใช้ได้จริง [20]

จริยธรรมในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่จริยธรรม HE 592112 รับรองเมื่อ 18 เม.ย.2559 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่จริยธรรม KE 590062 รับรองเมื่อ 16 พ.ค.2559

ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล และดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองมีขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มควบคุม: เตรียมความพร้อมโดย หัวหน้าห้องตรวจกุมารเวชกรรมและผู้วิจัย พูดอธิบายก่อนการเก็บข้อมูล และชี้แจงว่า จะนำข้อมูลไปอธิบายในภาพรวม ไม่ระบุชื่อ เพื่อตัดสินใจ และเซ็นยินยอมร่วมโครงการ

ครั้งที่ 1: วันแรกที่ตัดสินใจ และเซ็นยินยอมร่วมโครงการ โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลตามแบบสัมภาษณ์และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็ก (pre-test) ใช้เวลา 10 นาที พร้อมซักประวัติการเจ็บป่วย ส่งพบแพทย์ และรับคำแนะนำจากพยาบาลหน้า

ห้องตรวจเรื่องการติดต่อรับยา การมาตรวจตามนัด

ครั้งที่ 2 : สัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็ก ครั้งที่ 2 (post-test) ผู้วิจัยกำหนดนัดให้ตรงกับวันที่แพทย์นัดติดตามการรักษา

กลุ่มทดลอง : ขั้นที่ 1 เตรียมความพร้อม โดย หัวหน้าห้องตรวจกุมารเวชกรรม พูดประชาสัมพันธ์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ และการพิทักษ์สิทธิ์ให้กับผู้ดูแลทราบ โดยให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงชื่อยินยอม จากนั้นผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติม จึงเริ่มเก็บข้อมูล

ขั้นที่ 2 พัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคลมชักตามโปรแกรมที่กำหนดไว้

ครั้งที่ 1: วันแรกที่เข้าร่วมโครงการ (วันมาตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลตามแบบสัมภาษณ์และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็ก (pre-test) ใช้เวลา 10 นาที พร้อมประเมินความพร่องในการดูแลเด็ก จากนั้นดำเนินการสอนรายเดี่ยว ให้ชมวีซีดีการ์ตูนอะนิเมชั่น ความยาว 11 นาที เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้คู่มือสุขภาพพร้อมอธิบายวิธีการใช้คู่มือ ให้ผู้ดูแลนำไปทบทวนที่บ้าน ใช้เวลาประมาณ 10 นาที และใช้สถานที่ห้องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง ที่ไม่มีคนเดินผ่าน

ครั้งที่ 2: สัปดาห์ที่ 2 (ตรงกับวันที่แพทย์นัดมาฟังผลตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง) ทบทวนความรู้ที่ผ่านมา อธิบายข้อมูลเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ดูแลสงสัย หลังจากได้รับความรู้จากการชมวีซีดี และศึกษาคู่มือสุขภาพเพิ่มเติม พร้อมชี้แนะ สนับสนุน ให้กำลังใจ ให้ปฏิบัติการดูแลเด็ก กระตุ้นให้สะท้อนคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรคในการดูแลเด็กโรคลมชัก และชมเชยอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง และใช้สถานที่บริเวณหน้าห้องตรวจระหว่างรอรับยา

ครั้งที่ 3: สัปดาห์ที่ 3 หลังจากเว้นช่วงเวลาเพื่อให้ผู้ดูแลได้ทบทวนความรู้ และคิดวิเคราะห์ นำสู่การปรับพฤติกรรมการดูแลเด็ก โดยสอบถามทางโทรศัพท์ใช้เวลาไม่เกิน 5 นาทีต่อคน พร้อมช่วยสนับสนุนให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักที่ถูกต้อง

ครั้งที่ 4: สัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กครั้งที่ 2 (post-test) โดยจะนัดให้ตรงกับวันที่แพทย์นัดติดตามการรักษา

หมายเหตุ : หากผู้ร่วมโครงการวิจัยไม่สามารถมาตามวันที่นัดหมายได้ ผู้วิจัยโทรศัพท์เพื่อเลื่อนนัด และควรห่างจากช่วงเวลาเดิมไม่เกิน 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและของเด็กวัยเรียน ใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้ histogram with normal curve ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลและใช้ Kolmogorov – Smirnov test ทดสอบการใช้สถิติที (t-test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กระหว่างกลุ่มใช้ independent t – test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กภายในกลุ่ม ใช้ paired t – test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ผู้ดูแล เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.9 และเป็นมารดาของเด็กร้อยละ 64.5 และ 71.1 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 40 ปี ร้อยละ 37.8 และ 55.6 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวทั้ง 2 กลุ่ม ประมาณ 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 48.9 และ 44.4 ตามลำดับ มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 97.8 และ 93.3 ตามลำดับ ส่วนการศึกษากลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.2 และกลุ่มทดลองอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.3 และมีอาชีพเป็นพ่อบ้านหรือแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 42.3 และ 49.0 ตามลำดับ

2. ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยเรียนโรคลมชัก เด็กในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.8 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.1 เด็กในกลุ่มควบคุมอายุ 9-12 ปี มีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 73.3 เด็กในกลุ่มทดลองอายุ 6 - 9 ปี มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.1 ลำดับการเกิดในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันคิดเป็นร้อยละ 33.3 ในกลุ่มทดลองเป็นบุตรคนแรกมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 44.4 การชักครั้งแรกของเด็กในกลุ่มควบคุม เมื่ออายุ 6-12 ปี มีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48.9 ในกลุ่มทดลอง พบมากที่สุดที่อายุ 1- 6 ปี และ 6 -12 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.7 ทั้ง 2 กลุ่มป่วยโรคลมชักมา 1 - 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.9 และ 40.0 ตามลำดับ ใน 1 เดือนก่อนการเก็บข้อมูลเด็กทั้ง 2 กลุ่มไม่มีชักคิดเป็นร้อยละ 88.9 และ 71.1 ตามลำดับ และใน 6 เดือน เด็กทั้ง 2 กลุ่มไม่มีอาการป่วยรุนแรงจนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 91.2 และ 88.9 ตามลำดับ และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) คิดเป็นร้อยละ 91.2 และ 95.6 ตามลำดับ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนโรคลมชักของผู้ดูแล ก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโดยรวมของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.29$, $p > 0.05$) โดยคะแนนกลุ่มควบคุม ($\overline{X}$= 115.31, S.D. = 8.85) มีค่าใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง ($\overline{X}$=117.16, S.D. = 6.88) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการดูแลที่จำเป็นทั่วไปทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.01$, $p > 0.05$) โดยคะแนนกลุ่มควบคุม ($\overline{X}$=33.56, S.D. =4.11) มีค่าใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง ($\overline{X}$=34.93, S.D. =2.37) ด้านการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการคะแนนทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.82$, $p > 0.05$) โดยคะแนนกลุ่มควบคุม ($\overline{X}$ =24.27, S.D. =3.37) มีค่าใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง ($\overline{X}$=25.29, S.D. =2.47) และด้านการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.77$, $p > 0.05$) โดยคะแนนกลุ่มควบคุม ($\overline{X}$=57.48, S.D.=3.46) มีค่าใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง ($\overline{X}$=56.94, S.D.=5.11) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนโรคลมชักของผู้ดูแลก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ด้าน	กลุ่มควบคุม(ก่อน)		กลุ่มทดลอง (ก่อน)		t	p-value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.		
พฤติกรรมการดูแลเด็กโดยรวมของผู้ดูแล	115.31	8.85	117.16	6.88	-1.29	0.21*
-ด้านการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป	33.56	4.11	34.93	2.37	-2.01	0.06*
-ด้านการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ	24.27	3.37	25.29	2.47	-1.82	0.08*
-ด้านการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ	57.48	3.46	56.94	5.11	0.77	0.45*

*p > .05

4. **เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนโรคลมชักของผู้ดูแล หลังการทดลอง**

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.03$, $p < 0.05$) โดยคะแนนในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$= 127.16, S.D.= 3.95) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$= 112.60, S.D.= 7.84) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนน ด้านการดูแลที่จำเป็นทั่วไปมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.61$, $p < 0.05$) โดยคะแนนในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$= 38.04, S.D.= 1.78) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$= 32.49, S.D. = 4.73) ด้านการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.06$, $p < 0.05$) โดยคะแนนในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 27.21, S.D.= 1.52) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$= 23.91, S.D. = 2.68) และด้านการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.10$, $p < 0.05$) โดยคะแนนในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$= 61.91, S.D. = 2.59) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 56.20, S.D. = 4.32) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนโรคลมชักของผู้ดูแลภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ด้าน	กลุ่มควบคุม (หลัง)		กลุ่มทดลอง (หลัง)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลโดยรวม	112.6	7.84	127.16	3.95	-12.03	0.00*
-ด้านการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป	32.49	4.73	38.04	1.78	-7.61	0.00*
-ด้านการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ	23.91	2.68	27.21	1.52	-7.06	0.00*
-ด้านการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ	56.20	4.32	61.91	2.59	-8.10	0.00*

* $p < .05$

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนโรคลมชักของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

หลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.32$, $p < 0.05$) โดยคะแนนหลังการทดลอง ($\bar{X}$=127.16, S.D. = 3.95) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$= 117.16, S.D. = 6.88) เมื่อพิจารณาคะแนนด้านการดูแลที่จำเป็นทั่วไป ค่าเฉลี่ยคะแนนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.80$, $p < 0.05$) โดยคะแนนหลังการทดลอง ($\bar{X}$=38.04, S.D.=1.78) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$= 34.93, S.D. = 2.37) ด้านการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ค่าเฉลี่ยคะแนนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.59$, $p < 0.05$) โดยคะแนนหลังการทดลอง ($\bar{X}$= 27.21, S.D.= 1.52) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$= 25.29,S.D. = 2.47) และด้านการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.51$, $p < 0.05$)

โดยคะแนนหลังการทดลอง ($\bar{X}$= 61.91, S.D. = 2.59) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$=56.93, S.D. = 5.11) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนโรคลมชักของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

ด้าน	กลุ่มทดลอง				t	p-value
	(ก่อนการทดลอง)		(หลังการทดลอง)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลโดยรวม	117.16	6.88	127.16	3.95	-8.32	0.00*
-ด้านการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป	34.93	2.37	38.04	1.78	-6.80	0.00*
-ด้านการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ	25.29	2.47	27.21	1.52	-4.59	0.00*
-ด้านการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ	56.93	5.11	61.91	2.59	-5.51	0.00*

*p < .05

อภิปรายผลการศึกษา

1. ผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งโดยรวมและรายด้านซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐาน ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ โดยให้รับชมวีซีดีการ์ตูนแอนิเมชั่น ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ จากการได้ยินเสียง การมองเห็นภาพ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เหมือนจริง ช่วยให้เข้าใจเนื้อหาได้เป็นอย่างดี ส่วนหนังสือคู่มือสุขภาพที่แจกให้ผู้ดูแล อ่านทบทวนเพิ่มเติมด้วยตนเองที่บ้าน เนื้อหาจะเป็นประโยคสั้น ๆ มีภาพประกอบ ทำให้เข้าใจ และจดจำได้ดี มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกของภารณี พราหมณ์กระโทก ชลิดา ธนัฐธีรกุล[21] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้วยวีซีดีและแผ่นพับร่วมกับการเยี่ยมบ้านและนริศรา วิสูงเร จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย[22] ศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อม โดยให้ผู้ดูแลชมวีดิทัศน์และคู่มือประกอบภาพ พบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและวรรษมน ปาพรม จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย[23] ศึกษาผลของนวัตกรรมสื่อการ์ตูนอะนิเมชั่น 3 มิติ และคู่มือประกอบภาพต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กป่วยวัยก่อนเรียน โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดระยะรักษาแบบเข้มข้น พบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน และการที่ผู้วิจัยโทรศัพท์กระตุ้นเตือน ชี้แนะและให้กำลังใจผู้ดูแล ตามแนวทางการพูดคุยทางโทรศัพท์ ดังนั้นโปรแกรมการสอนนี้เป็นวิธีการช่วยให้ผู้ดูแลเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชัก อย่างถูกต้องเหมาะสม สำหรับกลุ่มควบคุม ได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลตามปัญหา ณ เวลาที่พูดคุยกันขณะนั้น ไม่มีการวางแผน และขาดการกระตุ้นต่อเนื่อง ส่งผลการดูแลตามแบบเดิมที่เคยทำมา

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็ก สูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายเพิ่มเติมได้ดังนี้ ตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม[16] ในระบบ สนับสนุนและให้ความรู้เริ่มจาก การสร้างสัมพันธภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความไว้วางใจ เพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร แล้วประเมินความพร่องในการดูแลเด็กของผู้ดูแล เพื่อให้การสนับสนุนให้ความรู้ต่อไปดังนี้

1) การสอน โดยการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับ การดูแลเด็กเมื่อมีอาการชัก การดูแลให้รับ

ประทานยากันชักอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ ไม่หยุดรับประทานยากันชัก แม้จะไม่มีอาการชัก การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นชัก ซึ่งตามแนวความคิดทฤษฎีของโอเร็ม[16] ผู้ฟังต้องพร้อมและสนใจ เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดี จึงจะช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลเด็ก

2) การชี้แนะ แนะนำเพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลเด็กโรคลมชัก สามารถตัดสินใจในการเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาได้ ได้แก่ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการชัก ดูแลให้เด็กรับประทานยากันชักอย่างสม่ำเสมอ และสังเกตผลข้างเคียงของการรับประทานยา การชี้แนะ จะทำให้ผู้ดูแลได้คิด ตัดสินใจ เลือกวิธีการดูแลเด็กอย่างเหมาะสม เกิดพฤติกรรมที่เป็นการกระทำอย่างจงใจ และมีเหตุผล เล็งเห็นความสำคัญของการปฏิบัติ

3) การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กได้ แม้จะมีภาวะเครียดเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เด็กต้องเผชิญจากพยาธิสภาพของโรค วิธีการสนับสนุนจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และเกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลเด็ก สร้างความมั่นใจว่า ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การกล่าวคำชมเชย หรือยกย่องจะเป็นเครื่องกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามบทบาทของตนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีความต่อเนื่อง

4) การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ ให้รับชมวีซีดีการ์ตูนแอนิเมชั่น ในห้องที่เงียบ ไม่มีคนเดินผ่าน ให้สัมผัสกับภาพเคลื่อนไหวจากวีซีดีการ์ตูนแอนิเมชั่น เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หลังรับชมผู้วิจัยได้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ดูแลยังไม่เข้าใจและต้องการสอบถามเพิ่มเติมครอบคลุมตามความต้องการของผู้ดูแลแต่ละคน

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำสื่อการสอนไปพัฒนา และปรับใช้กับผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยลดภาระงาน ในสภาวะที่บุคลากรมีจำกัด ควรมีการจัดรูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อความต่อเนื่องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ด้านการศึกษาพยาบาล สนับสนุนการผลิตนวัตกรรมทางการพยาบาล มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับยุคสมัยที่มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา

ด้านการวิจัย ควรมีการวิจัยเพื่อติดตามและศึกษาในระยะยาวเกี่ยวกับการให้ข้อมูล ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตั้งแต่เริ่มรับการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา เพื่อให้ทราบว่าพฤติกรรมการดูแลเปลี่ยนแปลงอย่างไร และต่อยอดงานวิจัย การให้ข้อมูลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักในวัยอื่น ๆ ควรมีการวิจัยคิดค้นพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลในการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความทันสมัย และเพิ่มประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อกิจกรรมการรักษาพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ให้คำแนะนำ และพัฒนากระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ และช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ขอบคุณผู้ดูแลเด็ก และผู้ป่วยเด็กโรคลมชักทุกคน ขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายของโรงพยาบาลขอนแก่นที่มีส่วนช่วยอำนวยความสะดวกในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

References

1. Kanjanasilp J. **Pharmaceutical care improved outcomes in epileptic.** [Internet]. 2007. [cited 7/10/2016]. Available from http://www.google.co.th.
2. Visudtibhan A. **Childhood epilepsy syndromes.** Bangkok: holistic publishing. 2012. (in Thai)
3. Wirrell EC, Grossardt BR, Wong - Kisiel LCL, et al. Incidence and classification of new-onset

epilepsy and epileptic syndromes in children in Olmsted County, Minnesota from 1980 to 2004: apopulation-based study. **Epilepsy Res 2011; 95** (110).

4. Guerrni R. Epilepsy in children. **Lancet 2006; 367**; 499-524.
5. Narong A. Management of status epilepticus in children. **The Journal of Neuroscience 2554; 6** (2). (in Thai)
6. Chaichon L. **Comprehensive epileptology 1.** Bangkok : The treatment of patients with epilepsy. Unified under the patronage of Her Royal Highness. Princess Chulabhorn Walailak Archdiocese Royal; 2010. (in Thai)
7. Epilepsy Research Group**. Guidelines in diagnosis and treatment of epilepsy.** 3 rded. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2016. (in Thai)
8. Carlton-Ford S., Miller R., Brown M., Nealeigh N., Jennings P. Epilepsy and children social and psychological adjustment. **Journal of Health and Social Behavior 1995; 36**(3): 285-301.
9. Baki O., Erdogen A., Kantarci O., Akisik G., Kayaalp L., Yalcinkaya C. Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers. **Epilepsy and Behaviors 2004; 5**(6).
10. Austin JK, Smith MS, Risinger MW, McNelis AM. Childhood epilepsy and asthma: Comparison of quality of life. **Epilepsia 1994; 35**(3).
11. McDermott S., Mani S., Krishnaswami S. A population-based analysis of specific behavior problems associated with childhood seizure. **Journal of Epilepsy 1995; 8:** 110-8.
12. Yotin C. **Epilepsy.** [Internet]. 2012 [cited 2/10/2016]. Available from http://www.newswit.com/food/2011-04-04.
13. Ficker DM. Sudden unexplained death and injury in epilepsy. **Epilepsia 2000; 1**(Suppl.2): S7- S12.
14. World Health Organization [WHO]. **Atlas epilepsy care in the World : Global campaign against epilepsy.** Retrieved February 11, 2010, form http://www.who.int/ Mental-health/ neurology/Epilepsy - atlasr1.pdt; 2005.
15. Orem DE. **Nursing:Concept of practice. 5thed.** St Louis: Mosby Year Book; 1995.
16. Orem DE. **Nursing:Concept of practice. 6thed.** St Louis: Mosby Year Book; 2001.
17. Tongbai W, Tangvoraphonkchai J. **Nursing innovation to reduce fears associated with new chemotherapy treatment among children with lymphoblastic.** Journal of Faculty of Nursing. KKU 2007; 30(2): 1-11. (in Thai)
18. Naksee R, Tangvoraphonkchai J. **The effects of information program on maternal perception and** self care behavior for children with pneumonia in Khaosuankwang hospital Khon Kaen**province.** Journal of Nursing Sciences & Health 2010; 33(2): 18-26. (in Thai)
19. Khumnonghee P. **The effects of cartoon animation and cartoon story book on self care behavior in school age with thalassemia.** [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014. (in Thai)
20. Polit DF, Beck CT. **Nursing research**: Generating and assessing evidence for nursing practice ; 2008.
21. Pramkratok P. Thanattheerakul C. The effect of program using VCD, leaflet and home visit on caregivers' caring behavior whom caring children with bronchiolitis aged 0-1 year old.

Journal of Nursing Science & Health 2010: 33(3): 12-21. (in Thai)

22. Visungrae N, Tangvoraphonkchai J. Effect of preparing program on caregivers' care behavior for preschool children with first diagnosed cute lymphoblastic leukemia. Journal of Nursing Sciences & Health 2016; 39(4) 109-17. (in Thai)

23. Paprom W, Tangvoraphonkchai J. The effect of an oral mucositis care innovation on caregivers' care behavior among pre-school children with leukemia receiving consolidation phase chemotherapy. Journal of Nursing Scince & Health 2014: 37(1): 21-9. (in Thai)