

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคลมชัก โดยใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเป็นสื่อต่อความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์

The Effects of Ability Promoting Program for Caregivers of School-Age Children with Epilepsy Using CAI on Knowledge, Perceived Self-Efficacy, and Outcome Expectancy

ปณญิตา จรินทร์ธนนต์, พย.ม.¹ ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล Ph.D.^{2*} อนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์ พ.บ.³

Punyisa Jarintana, M.N.S., Chuanruedee Kongsaktrakul, Ph.D., Anannit Visudtibhan, MD.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคลมชักโดยใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเป็นสื่อ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบสะดวก ประกอบด้วยผู้ดูแลเด็กโรคลมชักอายุ 6-12 ปี ที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยเด็กนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดชลบุรี แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 47 คน และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลเด็กโรคลมชักร่วมกับการดูแลตามปกติจำนวน 48 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบวัดความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการรักษาและการจัดการอาการชัก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบแมนนวิทนีย์ ยู และวิลคอกชัน

ผลการวิจัยพบว่า เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการรักษา และความคาดหวังต่อผลลัพธ์การจัดการอาการชัก มากกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.482, p < .05, Z = -3.847, p < .05, Z = -2.656, p < .05, Z = -2.549, p < .05$ ตามลำดับ) ดังนั้นพยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรนำไปใช้เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เหมาะสมในการดูแลเด็ก อันจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลเด็กที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป
คำสำคัญ: ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก โปรแกรมส่งเสริมความสามารถ ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of the ability promoting program for caregivers of school-age children with epilepsy using computer assisted instruction. A convenience sampling with inclusion criteria was used to recruited caregivers of children with

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเด็ก) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ม.มหิดล

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี และ ³ ศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ม.มหิดล

* ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) e-mail: chuanruedee.kon@mahidol.ac.th

epilepsy aged 6-12 years, who attended at the pediatric outpatient department of tertiary care hospitals in Chon Buri province. There were 47 caregivers in the control group receiving regular cares, while there were 48 caregivers in the experimental group receiving the ability promoting program and regular cares. Research instruments included a demographic record form, the knowledge about epilepsy questionnaire, the epilepsy self-efficacy's scale, and the outcome expectancy's scale. Data were analyzed by using descriptive statistics, Mann-Whitney U, and Wilcoxon signed ranks tests.

The results revealed that after completion of the intervention, the experimental group had significantly higher scores of knowledge about epilepsy, perceived epilepsy self-efficacy, outcome expectancy related to the treatment, and outcome expectancy related to epilepsy management than those in the control group ($Z = -6.482, p < .05, Z = -3.847, p < .05, Z = -2.656, p < .05, Z = -2.549, p < .05$, respectively). These findings suggest that the ability promoting program for caregivers of children with epilepsy can enhance knowledge, perceived self-efficacy, and outcome of care in children with epilepsy, leading to appropriate health care behaviors of children with epilepsy.

Key words: Caregiver of children with epilepsy, the ability promoting program, knowledge, self-efficacy, outcome expectancy

ความสำคัญของปัญหา

โรคลมชักเป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยในเด็กวัยเรียน Asawavichienjinda, Sitthi-Amorn and Tanyanont (2002) รายงานผลการสำรวจพบความชุกโรคลมชักในเด็กไทยสูงสุดที่ช่วงอายุ 5 - 9 ปี ที่ 17 ต่อ 1,000 คน และจากสถิติของโรงพยาบาลรามาริบัติ

พบว่า มีผู้ป่วยเด็กโรคลมชักเข้ารับบริการเป็นจำนวนมาก ในปี พ.ศ.2560 มีจำนวน 568 ราย โดยเด็กวัยเรียนอายุ 6 - 12 ปี เป็นกลุ่มที่มารับการรักษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.54 (Information technology, Ramathibodi hospital, 2017) การที่เด็กวัยเรียนเป็นโรคลมชักนั้นส่งผลกระทบต่อเด็กเป็นอย่างยิ่ง เมื่อมีอาการชัก เด็กอาจได้รับบาดเจ็บ มีการสูดสำลักทำให้เกิดปอดอักเสบ และหากมีอาการชักนานสมองจะขาดออกซิเจนได้ (Visudtibhan, 2011; Wirrell & Livingston, 2011) บางรายมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ (Shafer et al., 2012) พัฒนาการล่าช้า มีภาวะซึมเศร้า และมีความวิตกกังวลมากกว่าเด็กทั่วไป (Russ, Larson & Halfon, 2012) มีปัญหาแยกตัวจากสังคม (Freilinger et al., 2006) เด็กโรคลมชักจึงควรได้รับการดูแลที่เหมาะสมเพื่อลดความเจ็บป่วยและลดโอกาสที่จะเกิดผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น และเด็กและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เด็กอยู่ในวัยที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ แม่เด็กจะมีพัฒนาการและสติปัญญาเหมาะสมกับวัยแต่ยังไม่สามารถที่จะตัดสินใจในเรื่องที่มีความซับซ้อนได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะดูแลและช่วยเหลือเด็กวัยเรียนโรคลมชักให้ปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักไม่มากพอ (Kangwal, Kongsaktrakol, Maneesriwongul & Visudtibhan, 2016) และยังมีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคลมชัก (Kittivittayakul & Chunnawiksit, 2008) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสม เช่น กอดหน้าห้องเด็กเมื่อมีอาการชัก ใช้ช้อนหรือของแข็งใส่ปากผู้ป่วยขณะชักเพื่อป้องกันการกัดลิ้น ผูกมัดผู้ป่วยเมื่อมีอาการชัก ให้รับประทานยากันชักเฉพาะเมื่อมีอาการกำเริบ หรือรับประทายมากกว่าแผนการรักษา (Saengsuwan et al., 2012) การดูแลที่ไม่ถูกต้องอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่เด็กและทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ดูแลเด็กโรคลมชักจึงควรได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลเด็กอย่างถูกต้อง

การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักนั้นสามารถทำได้ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ การสอน การแจก

แผ่นพับ/หนังสือ/คู่มือ การทำค่ายกิจกรรมให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม การบรรยายผ่านสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป และการเล่นบทบาทสมมติ เป็นต้น (Jantzen et al., 2009; Pfafflin, Petermann, Rau & May, 2012; Shore, Perkins & Austin, 2008) การมีความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีได้ ตามแนวคิดของ Bandura (1997) บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด ก็ต่อเมื่อรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งนั้น และคาดหวังว่าการกระทำนั้นจะมีผลลัพธ์ที่ดี ดังนั้น นอกจากการส่งเสริมด้านความรู้แล้ว ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถของตนเองและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลเด็กโรคลมชัก เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมดูแลเด็กโรคลมชักที่ถูกต้องและเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคลมชักโดยใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเป็นสื่อ เนื่องจากเป็นสื่อประสมที่มีลักษณะการนำเสนอที่น่าสนใจ มีแบบทดสอบความรู้และให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ดูแลได้ ร่วมกับการพูดคุยแนะนำ ให้กำลังใจ ให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ดีของการดูแล ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะนำมาใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กโรคลมชักที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลเด็กโรคลมชัก คะแนนความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการรักษา และคะแนนความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการจัดการอาการชักของผู้ดูแล ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดีย (Cognitive theory of multimedia learning) ของ Mayer (2002) และทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) ของ Bandura (1997) โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเป็นสื่อ ซึ่งประกอบด้วยการ์ตูนเคลื่อนไหว มีเสียงบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคลมชักและการดูแลเด็กโรคลมชัก ผู้ดูแลจะรับข้อมูลผ่านประสาทในการมองเห็น และผ่านประสาทการได้ยิน ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ตามธรรมชาติ ช่วยให้เข้าใจเนื้อหาได้ดีและลึกซึ้งกว่าการพูดบรรยายหรือใช้สื่อที่มีตัวหนังสืออย่างเดียว เกิดเป็นความทรงจำระยะสั้น และเมื่อนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติจะช่วยให้เกิดเป็นความทรงจำในระยะยาวต่อไป (Mayer, 2002)

การมีความรู้จะช่วยให้คุณปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ (outcome expectancies) บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูง และมีความคาดหวังมากว่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ดี ย่อมมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นเพิ่มขึ้น ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองพัฒนามาจากแหล่งสนับสนุน (source of self-efficacy) สี่แหล่ง คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) ตัวแบบ (modeling) การได้รับคำพูดชักจูง (verbal persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลได้ศึกษาบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนที่มีการนำเสนอเนื้อหาผ่านการ์ตูนแอนิเมชัน ซึ่งเป็นตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic model) ทำให้รู้สึกว่าการดูแลเด็กโรคลมชักนั้นไม่ใช่เรื่องยาก เป็นพฤติกรรมที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ หลังการศึกษาบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ผู้วิจัยได้สอบถามผู้ดูแลถึงประสบการณ์การดูแลเด็กโรคลมชักที่ช่วยลดอันตราย หรือควบคุมอาการชักได้ (mastery experiences) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่า สามารถดูแลเด็กโรคลมชัก

ได้ นอกจากนี้ได้เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลชักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ภายใต้บรรยากาศที่เป็นกันเอง ผ่อนคลาย เพื่อให้เกิดอารมณ์ในแง่บวก (emotional arousal) ลดความรู้สึกเครียด และความวิตกกังวล และผู้วิจัยพูดคุย สนับสนุน ชมเชย ให้กำลังใจและใช้คำพูดโน้มน้าวให้ผู้เกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลเด็กได้ (verbal persuasion)

นอกจากนี้ ในบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนยังมีรูปภาพและเสียงบรรยายอย่างต่อเนื่องให้เห็นถึงการดูแลเด็กที่ถูกต้องสามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือ สามารถควบคุมอาการชักได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการชัก ทำให้ผู้ดูแลมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลเด็กโรคลมชักตามมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลของเด็กโรคลมชักที่มารับการตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยเด็กนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดชลบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คืออายุ 18 - 60 ปี ใช้ภาษาไทยในการสื่อสาร และเด็กโรคลมชักได้รับการรักษาด้วยยากันชัก กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบสะดวกตามเกณฑ์ที่กำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ อำนาจการทดสอบ 0.95 ใช้ค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Tanajaroenchananchai, Pongjaturawit & Chaimongkol, 2014) คำนวณได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 42 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลสองแห่ง แห่งละ 50 คน โดยแต่ละแห่งแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คน และกลุ่มทดลอง 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Computer Assisted Instruction: CAI) เรื่อง โรคลมชักในเด็กดูแลอย่างไร ของ Kongsaktrakul, Jarintanan, Panjatharakul and Visudtibhan (2017) มีความยาวประมาณ 20 นาที และแผนการสอนของโปรแกรม ออกแบบโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย

วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการสร้างสัมพันธ์ภาพ การส่งเสริมความรู้ การรับรู้ความสามารถและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแล และแบบสนทนาหลังการศึกษากับบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และแบบวัดผลลัพธ์ของโปรแกรมดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก รายได้ครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการรับรู้ความรุนแรงของอาการชัก และข้อมูลของเด็กวัยเรียนโรคลมชัก ได้แก่ เพศ อายุ อาการชักในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และการรับประทานยากันชัก

2.2 แบบสอบถามความรู้โรคลมชัก ซึ่ง Kangwal, Kongsaktrakol, Maneesriwongul and Visudtibhan (2016) เป็นผู้พัฒนา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบว่า “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ” เกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน และข้อที่ตอบผิดหรือตอบ “ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ” ได้ 0 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 การศึกษาครั้งนี้มีค่าความเที่ยง KR-20 เท่ากับ .81

2.3 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการดูแลเด็กโรคลมชัก ผู้วิจัยปรับมาจากแบบวัดสมรรถนะการรับรู้ในตนเองของผู้ป่วยโรคลมชักของ Dilorio, Shafer, Letz, Henry, Schomer and Yeager (2003) ที่สร้างตามแนวคิดของ Bandura (1997) มีข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 11 ระดับ (0 - 10 คะแนน) โดย คะแนน 0 หมายถึง ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติได้โดยสิ้นเชิง และคะแนน 10 หมายถึง ผู้ดูแลสามารถทำได้อย่างแน่นอน ผ่านการตรวจสอบความจริงของการแปลและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

2.4 แบบวัดความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการรักษาและการจัดการอาการชัก ผู้วิจัยปรับมาจากแบบวัดความคาดหวังในผลลัพธ์ของโรคลมชัก ของ Dilorio et al. (2003) ที่สร้างตามแนวคิดของแบนดูรา ประกอบด้วย

แบบวัดความคาดหวังต่อผลการรักษาเด็กโรค มีข้อคำถาม 12 ข้อ และแบบวัดความคาดหวังต่อการจัดการอาการชัก ในเด็กโรคลมชัก มีข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (1 - 5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อความด้านบวก ถ้าตอบ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คิดเป็น 1 คะแนน จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คิดเป็น 5 คะแนน ส่วนข้อความด้านลบจะให้คะแนนกลับกัน แบบสอบถามนี้ผ่านตรวจสอบความตรงของการแปลและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทั้งสองฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากัน คือ .94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส 12-59-17 ว และโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี รหัส 06-60/O/q ก่อนทำการทดลอง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ รวมทั้งแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถขอถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ-สกุล โดยจะเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และจะมีการทำลายเอกสารหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมกราคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2560 โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุมให้ครบก่อนจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองต่อไป เพื่อลดการเกิดการปนเปื้อนของแผนการวิจัยจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลกันและกัน การเก็บข้อมูลครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ช่วยแจกและเก็บแบบสอบถาม ช่วยดูแลเด็กโรคลมชักขณะที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนดำเนินการวิจัย การดำเนินการเก็บข้อมูลมีดังนี้ ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มารับการตรวจและคัดเลือกผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่จะเข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือก

กลุ่มควบคุม ระหว่างผู้ป่วยเด็กโรพบแพทย์ผู้วิจัย

แนะนำตนเองและผู้ช่วยวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ และเชิญเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถาม (10 นาที) จากนั้นผู้ดูแลพาเด็กโรคลมชักเข้ารับการตรวจรักษาตามคิว หลังการตรวจได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาและการดูแลสุขภาพตามปัญหาของเด็กโรคลมชัก ขณะรอรับยาผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามอีกครั้งก่อนกลับบ้าน (10 นาที)

กลุ่มทดลอง ระหว่างผู้ป่วยเด็กโรพบแพทย์ผู้วิจัย

แนะนำตนเองและผู้ช่วยวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ และเชิญเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถาม (10 นาที) จากนั้นผู้ดูแลพาเด็กโรคลมชักเข้ารับการตรวจรักษาตามคิว หลังการตรวจได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาและการดูแลสุขภาพตามปัญหาของเด็กโรคลมชัก ขณะรอรับยาผู้ดูแลจะเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลเด็กโรคลมชัก โดยผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับการใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่อง โรคลมชักในเด็กดูแลอย่างไร และให้ศึกษาด้วยตนเองจนจบ (ประมาณ 20 นาที) จากนั้นผู้วิจัยทวนสอบความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผู้ดูแลทำแล้วประสบความสำเร็จ พูดคุยเกี่ยวกับปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคลมชัก และให้คำแนะนำเพิ่มเติมให้กำลังใจและชื่นชมสิ่งที่ผู้ดูแลปฏิบัติได้ถูกต้อง และพูดให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และผลลัพธ์ที่ดีของการรักษาและการจัดการกับอาการชัก ด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง ผ่านคลาย (10-20 นาที) รวมเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมดประมาณ 30-40 นาที จากนั้นจึงให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามอีกครั้งก่อนกลับบ้าน (10 นาที)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้การทดสอบ Chi-square ทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลเด็กโรคลมชัก และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการรักษาและการจัดการอาการชัก ก่อนและหลัง

การทดลองโดยใช้การทดสอบ Mann-Whitney U และ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Wilcoxon Signed Rank test เนื่องจากตัวแปรมีการแจกแจงไม่ปกติ

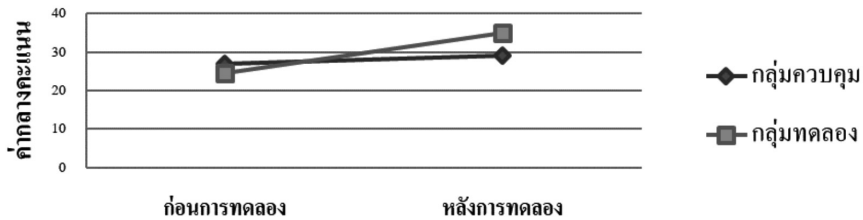
ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคลมชัก จำนวน 95 คน เป็นกลุ่มควบคุม 47 คน และกลุ่มทดลอง 48 คน ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.9 และ 72.9 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 39.06 ปี (SD = 7.81) และ 42.08 ปี (SD = 9.36) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์เป็นบิดาหรือมารดาของเด็กโรคลมชัก (ร้อยละ 83.0 และ 77.1 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีรายได้ ครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 15,001-49,999 บาท ร้อยละ 48.9 และ 45.8 ตามลำดับ มีระยะเวลาในการดูแลเด็ก โรคลมชักเฉลี่ย 5.05 ปี และ 4.71 ปี (SD = 2.88, 3.00) ตามลำดับ ส่วนใหญ่รับรู้ว่าเด็กโรคลมชักมีอาการชักไม่รุนแรง (ร้อยละ 55.3 และ 65.6 ตามลำดับ)

เด็กโรคลมชักในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย

ร้อยละ 57.4 กลุ่มทดลองมีเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ร้อยละ 50.0 มีอายุเฉลี่ย 8.96 และ 9.28 ปี (SD = 2.18, 1.84) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาการชักในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 55.3 และ 62.5 ตามลำดับ และส่วนใหญ่รับประทาน ยากันชัก 1 ชนิดต่อวัน ร้อยละ 63.8 และ 75.0 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปพบว่า ทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่ากลางคะแนน (median) เท่ากับ 27.00 (Q1=22.00, Q3=31.00) และ 24.50 (Q1=20.25, Q3=29.00) คะแนนตามลำดับ โดยกลุ่มควบคุม มีคะแนนมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.108, p < .05$) หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองมีค่ากลางคะแนน เท่ากับ 29.00 (Q1=23.00, Q3=31.00) และ 35.00 (Q1=33.00, Q3=37.00) คะแนนตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.482, p < .05$) ดังภาพที่ 1

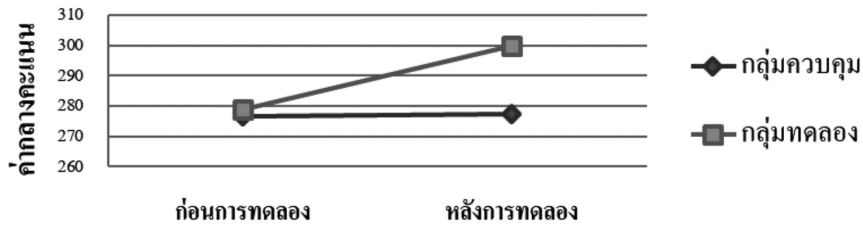


ภาพที่ 1 คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ในการวิเคราะห์ลำดับถัดไป เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน จึงได้ตัดออกจากการวิจัย เหลือกลุ่มควบคุม 46 คน และกลุ่มทดลอง 47 คน

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลเด็ก โรคลมชัก ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมี ค่ากลางคะแนนเท่ากับ 276.50 (Q1=256.25, Q3=300.50) และ 279.00 (Q1=252.00, Q3=298.00) คะแนนตาม ลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า มีคะแนนไม่แตกต่างกัน

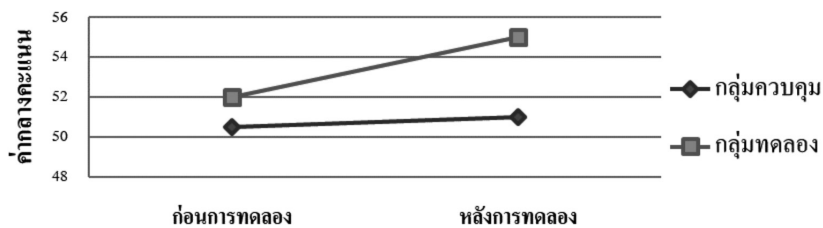
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -0.380, p > .05$) หลังการ ทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่ากลางคะแนน เท่ากับ 277.50 (Q1=257.50, Q3=301.25) และ 300.00 (Q1=290.00, Q3=319.00) คะแนนตามลำดับ เมื่อ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($Z = -3.847, p < .05$) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคลมชัก

ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการรักษา ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่ากลางคะแนนเท่ากับ 50.50 (Q1=45.75, Q3=55.00) และ 52.00 (Q1=46.00, Q3=56.00) คะแนนตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -0.389, p > .05$) หลัง

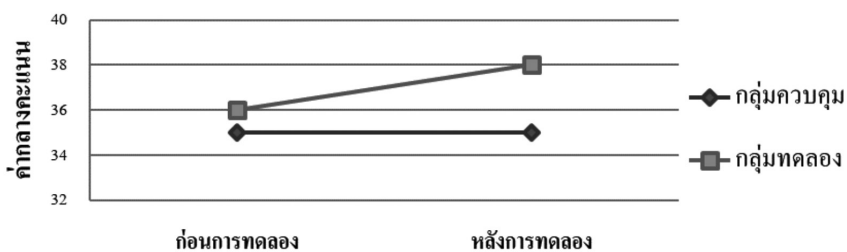
การทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่ากลางคะแนนเท่ากับ 51.00 (Q1=46.75, Q3=55.00) และ 54.34 (Q1=49.00, Q3=58.00) คะแนนตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.656, p < .05$) ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 คะแนนความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการรักษาเด็กโรคลมชัก

ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการจัดการอาการชัก ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่ากลางคะแนนเท่ากับ 35.00 (Q1=31.00, Q3=39.00) และ 36.00 (Q1=32.00, Q3=40.00) คะแนนตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.059,$

$p > .05$) หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่ากลางคะแนนเท่ากับ 35.00 (Q1=30.75, Q3=39.00) และ 38.00 (Q1=35.00, Q3=40.00) คะแนนตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.549, p < .05$) ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 คะแนนความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการจัดการอาการชัก

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุม มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักมากกว่ากลุ่มทดลอง แต่ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักมากกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่าการที่ผู้ดูแลพาเด็กมารับการตรวจรักษาและได้รับคำแนะนำตามปกติ สามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่การเข้าร่วมโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้ได้มากกว่า เนื่องจากโปรแกรมมีเนื้อหาที่ครอบคลุมทั้งความรู้เรื่องโรคลมชัก การรักษา วิธีการดูแลหรือการจัดการเมื่อเด็กมีอาการชัก และการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว โดยการนำเสนอความรู้ผ่านบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนที่เป็นสื่อประสม ประกอบด้วยการ์ตูนเคลื่อนไหวและคำบรรยาย เป็นการส่งสารผ่านทางการมองเห็นร่วมกับเสียงพากย์ที่เป็นการส่งสารผ่านทางประสาทการได้ยิน ทำให้เกิดการเรียนรู้และจดจำได้ดีกว่า การฟังหรือการได้เห็นเพียงตัวหนังสือหรือรูปภาพหนึ่ง ๆ เพียงอย่างเดียว (Mayer, 2002) ประกอบกับการที่ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กโรคลมชัก พร้อมให้คำแนะนำเพิ่มเติม ช่วยให้ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักเกิดความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Songthip, Sanasuttipun and Srichantaranit (2015) ที่พบว่า การใช้สื่อคอมพิวเตอร์ ที่ประกอบด้วยภาพเคลื่อนไหวและเสียงบรรยาย ร่วมกับการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล สามารถช่วยให้มารดาที่ดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวมีความรู้ในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวเพิ่มขึ้น

สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลเด็กโรคลมชัก ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลเด็กโรคลมชักทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่าตัวการ์ตูนที่แสดงบทบาทผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนนั้นเป็นตัวแทนเชิงสัญลักษณ์ที่มีบทบาทคล้ายคลึงกับผู้ดูแล ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นตัวแบบพฤติกรรมที่สามารถทำตามได้ไม่ยาก เกิดการรับรู้ว่าตนเองสามารถที่จะกระทำได้เช่นกัน ทำให้เกิดความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลนอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการดูแล

เด็กโรคลมชัก ภายใต้บรรยากาศที่เป็นกันเอง ผ่อนคลาย เป็นการกระตุ้นอารมณ์ในแง่บวก การได้ซักถามข้อสงสัย ช่วยลดความรู้สึกรุนแรง และความวิตกกังวล จึงเพิ่มความมั่นใจในการจัดการอาการชัก นอกจากนี้การพูดสนับสนุน ให้กำลังใจ โน้มน้าวให้เกิดความมั่นใจจากผู้วิจัย ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hayeese, Sap-In, Pichaisongkram and Chaimongkol (2016) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยมีสื่อวีดิทัศน์ที่แสดงตัวแบบพฤติกรรมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ร่วมกับการพูดคุยสนับสนุนให้มีประสบการณ์ใช้คำพูดให้กำลังใจ โน้มน้าวให้เกิดความมั่นใจ ทำให้มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น นำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลทารกที่ดีตามมา

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลเด็กโรคลมชัก ทำให้ผู้ดูแลมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์การดูแลเด็กโรคลมชักที่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องจากเนื้อหาในบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน มีรูปภาพและเสียงบรรยายย้ำเตือนให้เห็นว่า การดูแลเด็กที่ต้องสามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ร่วมกับหลังศึกษาบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ผู้วิจัยได้พูดเน้นย้ำถึงผลลัพธ์ที่ดีของดูแลเด็กโรคลมชักอย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น สามารถช่วยลดอันตรายหรือควบคุมอาการชักของเด็กโรคลมชักได้ ทำให้ผู้ดูแลมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์การดูแลเด็กโรคลมชักทางบวกเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลเด็กโรคลมชัก ไปใช้กับผู้ดูแลเด็กเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีความคาดหวังผลลัพธ์ในการดูแลเด็กโรคลมชักที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลเด็กโรคลมชักต่อไป และควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว นอกจากนี้ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมต่อผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในด้านอื่น เช่น พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชัก และผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ความรุนแรงของอาการชัก อัตราการชักซ้ำ อัตราการเข้ารับการรักษา

ในโรงพยาบาล เป็นต้น

References

- Asawavichienjinda, T., Sitthi-Amorn, C., & Tanyanont, W. (2002). Prevalence of epilepsy in rural Thailand: a population-based study. *Journal of the Medical Association of Thailand, 85*(10), 1066-1073. [In Thai]
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Dilorio, C., Shafer, P., Letz, R., Henry, T., Schomer, D., & Yeager, K. (2003). The association of stigma with self-management and perceptions of health care among adults with epilepsy. *Epilepsy and Behavior, 4*(3), 259-267.
- Freilinger, M., Reisel, B., Reiter, E., Zelenko, M., Hauser, E., & Seidl, R. (2006). Behavioral and emotional problems in children with epilepsy. *Journal of child neurology, 21*(11), 939-945.
- Hayeese, W., Sap-In, N., Pichaisongkram, S., & Chaimongkol, N. (2016). Effects of the perceived self-efficacy promotion program of caregivers on quality of life of Muslim preterm infants in naradhiwas province. *The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University, 24*(2), 51-60. [In Thai]
- Information Technology Ramathibodi Hospital. (2017). *The statistics of children with epilepsy at the pediatric outpatient department, Ramathibodi hospital*. [In Thai]
- Jantzen, S., Müller-Godeffroy, E., Hallfahrt-Krisl, T., Aksu, F., Püst, B., Kohl, B., & Thyen, U. (2009). FLIP&FLAP-A training programme for children and adolescents with epilepsy, and their parents. *Seizure, 18*(7), 478-486.
- Kangwal, C., Kongsaktrakol, C., Maneesriwongul, W., & Visudtibhan, A. (2016). Factors Related to Medication Adherence among Children with Epilepsy. *Ramathibodi Nursing Journal, 23*(1), 44-59. [In Thai]
- Kittivittayakul, P., & Chunhawiksit, W. (2008). The needs and related factors of caregivers when caring for epileptic children. *Songklanagarind Medical Journal, 26*(4), 339-347. [In Thai]
- Kongsaktrakul, C., Jarintanan, P., Panjatharakul, P., & Visudtibhan, A., (2017). Research reports: *The development of computer assisted instruction for caregivers of children with epilepsy*. Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. [In Thai]
- Mayer, R. E. (2002). Cognitive Theory and the Design of Multimedia Instruction: An example of the two-way street between cognition and instruction. *New Directions for Teaching and Learning, 2002*(89), 55-71.
- Pfafflin, M., Petermann, F., Rau, J., & May, T. W. (2012). The psychoeducational program for children with epilepsy and their parents (FAMOSEs): Results of a controlled pilot study and a survey of parent satisfaction over a five-year period. *Epilepsy & Behavior, 25*(1), 11-16.
- Russ, S. A., Larson, K., & Halfon, N. (2012). A national profile of childhood epilepsy and seizure disorder. *Pediatrics, 129*(2), 256-264.
- Saengsuwan, J., Boonyaleepan, S., Srijakkot, J., Sawanyawisuth, K., Tiamkao, S., & Integrated Epilepsy Research Group. (2012). Factors associated with knowledge and attitudes in persons with epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 24*(1), 23-29.

- Shafer, P. O., Buelow, J. M., Noe, K., Shinnar, R., Dewar, S., Levisohn, P. M., & Barkley, G. L. (2012). A consensus-based approach to patient safety in epilepsy monitoring units: recommendations for preferred practices. *Epilepsy & Behavior, 25*(3), 449-456.
- Shore, C. P., Perkins, S. M., & Austin, J. K. (2008). The Seizures and Epilepsy Education (SEE) program for families of children with epilepsy: A preliminary study. *Epilepsy & Behavior, 12*(1), 157-164.
- Songthip, S., Sanasuttipun, W., & Srichantaranit, A., (2015). The effects of supportive-educative nursing system program on knowledge and behaviors of mothers of children with acyanotic congenital heart disease aged 0-2 years. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 26*(2), 25-38. [In Thai]
- Tanajaroenchananchai, R., Pongjaturawit, Y., & Chaimongkol, N. (2014). Effects of the perceived self-efficacy promotion program on maternal confidence to perform nasal irrigation for children with retained nasal secretion. *The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University, 22*(2), 28-38. [In Thai]
- Visudtibhan, A. (2011). *Textbook for epilepsy in children*. Bangkok: Olishing. [In Thai]
- Wirrell, E., & Livingston, J. H. (2011). Epilepsy beginning in middle childhood. *Childhood Epilepsy: Management from Diagnosis to Remission* (pp. 29-72), Cambridge University Press.