

# ผลของโปรแกรมควบคุมการชักผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชัก

ณัฐปิ่นท์ แก้วเงิน\* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์\*\* Ph.D. (Nursing)

อนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์\*\*\*พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์, อ.ว. กุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา

## บทคัดย่อ :

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมการชัก ซึ่งเป็นโปรแกรมให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคลมชักผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชัก เพื่อควบคุมไม่ให้เกิดอาการชักซ้ำ ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีและกรอบทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคลมชักที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลระยอง จำนวน 18 ราย โปรแกรมควบคุมการชัก ประกอบด้วยชุดการศึกษาเกี่ยวกับโรคลมชักและชุดการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ส่งให้แก่กลุ่มตัวอย่างผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ มีระยะเวลาการทดลอง 6 สัปดาห์ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามในการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 3 ครั้ง คือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที (สัปดาห์ที่ 6 จากเริ่มต้น) และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 10) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Repeated-measures ANOVA ผลการวิจัย พบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที และ 4 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมควบคุมการชักซึ่งเป็นโปรแกรมการสอนผู้ป่วยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยอาจมีข้อจำกัดในการสรุปว่าผลลัพธ์เกิดจากโปรแกรมเท่านั้นเนื่องจากไม่มีกลุ่มควบคุม แต่คาดว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพสามารถประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อเป็นสื่อในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชักในการป้องกันการชักซ้ำได้

**คำสำคัญ :** โปรแกรมควบคุมการชัก ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคลมชัก

\*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: poolsuk.jan@mahidol.ac.th

\*\*\*ศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 20 สิงหาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความ 18 ตุลาคม 2564 วันตอบรับบทความ 25 ตุลาคม 2564

# Effects of an Epilepsy Control Program via the Line Application on Health Literacy and Health Behavior in Patients with Epilepsy

Natthapan Kaewnguen\* M.N.S. (Adult Nursing)

Poolsuk Janepanish Visudhtibhan\*\* Ph.D. (Nursing)

Anannit Visudhtibhan\*\*\* M.D., Dip. Thai Board of Pediatrics, Dip. Thai Subspecialty Board of Pediatrics

## Abstract:

This quasi-experimental research with a one-group pretest-posttest design aimed to assess the effects of an education program for adequate control of seizure recurrence via the LINE application on health literacy and health behavior. The conceptual framework to guide the study was based on Nutbeam's health literacy concept and relevant literature. The participants were 18 patients with epilepsy who attended the outpatient neurological clinic at Rayong Hospital. All received an education program entitled "Epilepsy Control Program." This program consisted of an education learning package about epilepsy and a skill-training program to develop health literacy and health behaviors, distributed to the participants via the LINE application. The duration for accessing this program was six weeks. The instruments for data collection consisted of questionnaires to elicit personal data, health data, health literacy, and health behavior. Data collection on health literacy and health behavior was performed three times: at baseline, immediately after the program (or the sixth week from baseline), and the fourth week after the program ended (the tenth week). Descriptive statistics and one-way repeated measures ANOVA were used for data analysis. Findings revealed that the participants' scores on health literacy and health behavior, measured immediately after the program and at the fourth week after the program ended, were higher than those at the enrollment time. This study demonstrated that the Epilepsy Control Program through the LINE application was an effective tool for promoting health literacy and health behavior in patients with epilepsy. However, this study might have limitations in concluding that the results occur from the program only because of no control group. Nevertheless, it is expected that integration of this educational program according to the individual's context would be beneficial in decreasing the risks of seizure recurrence.

**Keywords:** Epilepsy control program, Health literacy, Health behavior, Patients with epilepsy

---

\*Master's student, Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

\*\*Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

\*\*\*Professor, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received August 20, 2020, Revised October 18, 2021, Accepted October 25, 2021

## ความสำคัญของปัญหา

โรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบได้บ่อย โดยพบประมาณ 50 ล้านคนทั่วโลก<sup>1</sup> อัตราการเกิดผู้ป่วยโรคลมชักรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 2.4 ล้านคน<sup>2</sup> สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคลมชักร้อยละ 1 จากจำนวนประชากรรวมทั้งประเทศ หรือมีผู้ป่วยโรคลมชักประมาณ 6-7 แสนคน โดยเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 38-60 ปี ซึ่งจัดเป็นวัยทำงาน<sup>3,4</sup> และพบว่าประมาณร้อยละ 1 มีอาการชักมากกว่า 1 ครั้งต่อเดือน<sup>1</sup> ดังนั้นการควบคุมอาการชักจึงมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชัก โรคลมชักต้องรักษาด้วยยากันชัก ซึ่งจะช่วยลดการเกิดอาการชักซ้ำได้ถึงร้อยละ 50 และจะทำให้ผู้ป่วยโรคลมชักไม่มีอาการชักอย่างต่อเนื่อง (remission) เป็นเวลาอย่างน้อย 2-5 ปี ได้ถึงร้อยละ 60-70<sup>5</sup> อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยโรคลมชักอีกร้อยละ 30 ที่รับประทานยากันชักไม่ถูกต้อง ได้แก่ ไม่ตรงตามเวลา ผิดเทคนิค ผิดวัตถุประสงค์ ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ หรือรับประทานยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง<sup>5</sup> ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการตายมากกว่าผู้ป่วยโรคลมชักที่รับประทานยากันชักอย่างถูกต้องประมาณ 3 เท่า<sup>6</sup> นอกจากนี้ปัจจัยด้านยากันชักแล้วยังมีปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่อาจกระตุ้นให้เกิดอาการชักได้แก่ การอดนอน การออกกำลังกายอย่างหักโหม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการมีภาวะเครียด เป็นต้น ซึ่งก่อให้เกิดอาการชักที่ไม่สามารถควบคุมได้

นอกจากนี้ผลกระทบที่เกิดจากการชักมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผลกระทบทางด้านร่างกายที่สำคัญ คือ การเกิดอุบัติเหตุได้แก่อุบัติเหตุบนท้องถนน การจมน้ำตาย การเกิดไฟไหม้ การได้รับบาดเจ็บทางร่างกายและที่ศีรษะ<sup>2</sup> ผลกระทบด้านจิตใจ คือ มีความเครียดเรื้อรัง วิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตว่าอาจจะเกิดอันตราย มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า<sup>7</sup> นอกจากนี้ผลกระทบทางด้านสังคม พบว่า

มีตราบาปทางสังคมที่คิดว่าเป็นผู้พิการไม่สมประกอบ ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสทางการศึกษาขาดโอกาสทางการประกอบอาชีพและมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง<sup>8</sup> จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ต่ำ ทำให้เกิดความยากลำบากในการทำความเข้าใจและจดจำข้อมูลทางสุขภาพ ไม่เข้าใจวิธีการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ขาดความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนการประเมินและเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง จึงทำให้มีทางเลือกทางสุขภาพที่จำกัด ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงไม่เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการรับประทานยากันชัก ไม่หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการชักและไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับภาวะโรคลมชักที่เป็นอยู่<sup>9</sup> ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถจัดการได้โดยให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยโรคลมชัก เพราะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ อีกทั้งปัญหาของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคลมชักจึงต้องมีวิธีปฏิบัติตนที่เฉพาะเจาะจงและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักอาจต้องกระทำซ้ำหลายครั้ง ดังนั้น พยาบาลจะต้องมีการวางแผนวิธีการสอนผู้ป่วยให้มีความเหมาะสม และทันสมัยกับสภาพการณ์ปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยรู้ว่าจะต้องปฏิบัติตนอย่างไร จึงจะปลอดภัย ซึ่งความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาโรค และเป็นเรื่องชีวิตที่สำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพอนามัยอย่างถูกต้อง<sup>10</sup> โดยการมีความรู้และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ บุคคลต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอซึ่งประกอบไปด้วย ทักษะด้านการอ่าน ทักษะด้านตัวเลข และทักษะด้านการทำความเข้าใจเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมิน พิจารณาตัดสินใจในชีวิต

ประจำวันเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ทำตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง เลือกข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เข้าใจถึงเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร<sup>11</sup> และพฤติกรรมการดูแลตนเอง<sup>12</sup> สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคลมชัก พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี<sup>13</sup> มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น<sup>14</sup> มีการสื่อสารที่บกพร่องและไม่เข้าใจแผนการรักษา<sup>15</sup> นอกจากนี้การมีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น<sup>16</sup> ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยโรคลมชักเข้าใจในโรค มีความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคลมชักสามารถป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดอาการชักได้

ปัจจุบันเทคโนโลยีการสื่อสารมีการพัฒนาและเจริญก้าวหน้าอย่างมาก การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจึงควรต้องมีการพัฒนาวิธีการให้ความรู้ควบคู่ไปด้วย การนำเทคโนโลยีแอปพลิเคชันไลน์ ที่กำลังได้รับความนิยมเป็นอย่างมากในปัจจุบัน โดยพบว่ามีจำนวนผู้ใช้มากถึงร้อยละ 83 ของประชากรไทยทั่วประเทศ<sup>17</sup> ซึ่งเหมาะสมกับการนำมาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งต้องเลือกใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้อง แม่นยำและทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ความรอบรู้จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและเป็นมากกว่าการมีความรู้ การใช้แอปพลิเคชันไลน์สามารถสร้างกลุ่มเฉพาะสำหรับการสนทนาที่มีความเกี่ยวข้องระหว่างกันทำให้สามารถเชื่อมต่อและสื่อสารกันภายในกลุ่มได้ การสอนให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์มีข้อดีคือ สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารได้รวดเร็ว อีกทั้งยังเปิดอ่านซ้ำได้หลายครั้งซึ่งเป็นการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมทำให้ผู้ป่วยเกิดการกระตือรือร้นในการให้ข้อมูล กระตุ้นความสนใจ ประหยัดเวลา ประหยัดค่าใช้จ่าย เนื่องจากเป็นแอปพลิเคชันที่เปิดให้บริการฟรี ปัจจุบันมีการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการให้ความรู้อย่างกว้างขวาง ยกตัวอย่างเช่น ไลน์รามธาธิบดี ออฟฟิเชียล (line Ramathibodi official) ใช้ในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ข่าวสาร และให้ความรู้ สามารถเพิ่มเพื่อนได้อย่างไม่จำกัด จากการศึกษาของ สุภาพ พุทธิปัญญา<sup>18</sup> มีการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการให้ความรู้เรื่องการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพ ในกลุ่มบุคคลที่มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่าหลังได้รับโปรแกรม มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูงขึ้น พฤติกรรมการลดน้ำหนักอยู่ในระดับสูงและน้ำหนักตัวหลังการทดลองลดต่ำลง การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศ จึงมีความจำเป็นที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูล มีการเรียนรู้เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ช่องทางผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อเพิ่มระดับความรอบรู้ ได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย ที่เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยในช่วง พ.ศ. 2551-2560 พบการวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 5 เรื่อง ผลการวิจัยทั้ง 5 เรื่อง แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการต่าง ๆ เช่น กระบวนการกลุ่ม การให้คำแนะนำรายบุคคล และการติดตามทางโทรศัพท์ รวมถึงการใช้สื่อหลากหลายประเภทสามารถเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ในส่วนที่เกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคลมชักพบโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้

และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคลมชักผ่านวิธีการต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน วิดีโอ เป็นต้น แต่ยังไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้แก่ผู้ป่วยโรคลมชักที่ใช้แอปพลิเคชันในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมการชักผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งจะทำให้ช่วยลดอุบัติการณ์ภาวะชักของผู้ป่วยโรคลมชักได้

คลินิกอายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลระยอง มีผู้ป่วยโรคลมชักที่มารับบริการ ระหว่างเดือนเมษายน 2562-เมษายน 2563 จำนวน 599 ราย เข้ารับการตรวจ 1,767 ครั้ง ซึ่งก่อนกลับบ้านพยาบาลจะทำหน้าที่สอนให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาและการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอาการชักแก่ผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป ซึ่งเป็นการสอนแบบครั้งเดียวหลังจากผู้ป่วยพบแพทย์ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน เพียงพอ หรือเมื่อเวลาผ่านไปความรู้เชิงความจำอาจลดลง ทำให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องและไม่มีการติดตามผล จึงไม่สามารถตรวจพบปัญหาและอุปสรรคของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงต้องแก้ปัญหาด้วยตนเองทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เกิดความเสี่ยงต่อการชักของผู้ป่วยโรคลมชัก

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชักก่อนและหลังได้รับโปรแกรมควบคุมการชัก
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชักก่อนและหลังได้รับโปรแกรมควบคุมการชัก

### สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมควบคุมการชัก

1. คะแนนความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง
2. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง

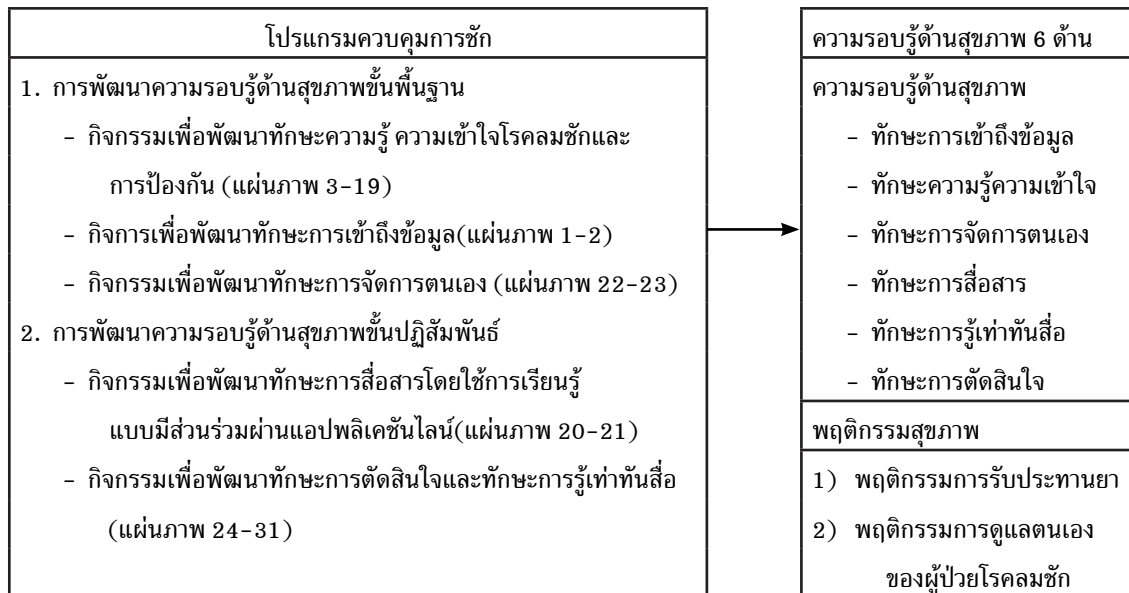
### กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข<sup>19</sup> ที่กล่าวว่าความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์แปลความหมายประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมถึงชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพ และตามแนวคิดของนัทปิม<sup>20</sup> กล่าวว่า สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต โดยผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักเพื่อให้มีความสามารถในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงของตนเองและตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการชัก นัทปิมได้แบ่งระดับของความรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ คือ 1) ระดับพื้นฐาน (functional health literacy) เป็นทักษะพื้นฐานด้านการฟัง การพูด อ่านและเขียน 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) เป็นทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม การเลือกใช้ข้อมูล

ข่าวสาร การประยุกต์ใช้ข้อมูล เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถเปรียบเทียบข้อมูลข่าวสารก่อนนำไปใช้ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้<sup>21</sup>

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่มากกว่าความสามารถในการอ่านคู่มือสุขภาพและปฏิบัติตามได้เท่านั้นแต่หมายรวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และสามารถใช้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความเชื่อมโยงกับการรู้หนังสือ (literate) นำมาซึ่งความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุ กล่าวโดยสรุป ความรู้ด้าน

สุขภาพ หมายถึง ชีตความสามารถทางปัญญา (การคิด พิจารณาไตร่ตรอง เลือกด้วยตนเอง) และสังคม ในระดับปัจเจกชนที่รอบรู้แตกฉานด้านสุขภาพจนสามารถกลั่นกรองประเมินและเลือกรับนำไปสู่การตัดสินใจด้วยความเฉียบคมที่จะเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตัวเอง<sup>22,23</sup> โปรแกรมควบคุมการชักเป็นโปรแกรมการเรียนการสอนผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคลมชักเกิดความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านปฏิบัติตนที่ถูกต้อง โดยนำเสนอชุดจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาการชัก การรับประทานยาเกินชักและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดการชัก การฝึกทักษะการอ่านและการแปลความหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคลมชัก เกิดความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment research design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดซ้ำ โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคลมชักที่มาเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้<sup>1)</sup> ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับการรักษามาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน และได้รับยากันชัก อย่างน้อย 1 ชนิด 2) มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี 3) ไม่มีโรคที่เป็นสาเหตุของการชัก เช่น Stroke การบาดเจ็บที่ศีรษะ โรคเบาหวาน เป็นต้น 4) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยินสายตา การมองเห็น การพูด การอ่านหรือการเขียน 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 6) สามารถสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ได้ 7) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ 8) ไม่มีอาการทางจิตประสาท และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ เกณฑ์คัดออกจากการวิจัย (exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย โดยย้ายภูมิลำเนาไปในจังหวัดอื่น และเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลอื่น ๆ 2) ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ได้ และ 3) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการศึกษาวิจัย การวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G\*power เวอร์ชัน 3.1.9.2 สำหรับสถิติ one-way Repeated Measures ANOVA (Within-subjects factor) กำหนดค่า  $\alpha = .05$  อำนาจการทดสอบ .80 ใช้ค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยของจินทิมา ช่วยชุ่ม<sup>24</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 12 ราย แต่เนื่องจากการตอบแบบสอบถาม 3 ครั้งและต้องส่งทางไปรษณีย์จึงมีโอกาสที่แบบสอบถามอาจเกิดการสูญหายหรือการตอบแบบสอบถาม ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง<sup>25</sup> อีกร้อยละ 50 หรือ 6 คน ทำให้ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 18 ราย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมควบคุมการชัก เป็นชุดกิจกรรมการสอนจัดทำขึ้นเป็นแผนภาพอินโฟกราฟิก 6 ชุดการเรียนรู้ ตามกรอบแนวคิดของนันทิพย์ ระยะเวลาในการทดลอง 6 สัปดาห์ โดยในแต่ละสัปดาห์ผู้วิจัยได้จัดส่งแผนภาพอินโฟกราฟิกผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ให้แก่กลุ่มตัวอย่างตามลำดับดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ยากันชัก กิจกรรมที่เสี่ยงต่อการชัก

สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ยากันชัก กิจกรรมที่เสี่ยงต่อการชัก

สัปดาห์ที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ยากันชัก กิจกรรมที่เสี่ยงต่อการชัก

สัปดาห์ที่ 4 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ยากันชัก กิจกรรมที่เสี่ยงต่อการชัก และทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ

สัปดาห์ที่ 5 ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการสื่อสาร เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 6 ให้ความรู้เกี่ยวกับ ทักษะการตัดสินใจ การเลือกวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องและการรู้เท่าทันสื่อ

ชุดแผนภาพอินโฟกราฟิกได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก จำนวน 3 ท่านได้แก่ 1) แพทย์ผู้ชำนาญด้านโรคลมชัก 2) อาจารย์พยาบาลทางการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีความเชี่ยวชาญความรู้ด้านสุขภาพ และ 3) พยาบาลชำนาญการเฉพาะทางด้าน

โรคทางระบบประสาท พิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำไปปรับปรุงแก้ไข โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อให้ความสมบูรณ์ จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคลมชักที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ราย ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักเข้าใจในเนื้อหาของโปรแกรมควบคุมการชักได้เป็นอย่างดีโดยมีความตรงเชิงเนื้อหาและภาษาที่ใช้ (content validity index) เท่ากับ .93

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ที่อยู่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ลักษณะงานหรืออาชีพ การรู้หนังสืออ่านออกเขียนได้ ความพอเพียงทางเศรษฐกิจ อุปกรณ์สื่อสารในครัวเรือน บทบาทในชุมชน ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร และการค้นหาข้อมูลสุขภาพ

2) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย การมองเห็น การได้ยิน ความดันโลหิต โรคร่วมอื่น ๆ ระยะเวลาเริ่มป่วย ระยะเวลาการรักษา ความถี่ในการชัก ความรุนแรงในการชัก จำนวนยากันชัก และสิทธิการรักษาพยาบาล

3) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของนันทิมา และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ คือ 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก 6 ข้อ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการรู้เท่าทันสื่อ 4 ข้อ 3) การทบทวนและซักถามของผู้ป่วยโรคลมชัก 8 ข้อ 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชัก 6 ข้อ 5) การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชัก 6 ข้อรวมเป็น 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับของลิเคิร์ต คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง

น้อย และน้อยที่สุด คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 30-150 คะแนน การแปลความหมายคะแนนมาก หมายถึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี

4) แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชัก เป็นการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากน้อยเพียงใด พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา ในเรื่องความถูกต้อง ความตรงเวลา ความสม่ำเสมอ การสังเกตอาการข้างเคียง การติดตามระดับยากันชัก มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ และด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดอาการชักในเรื่องการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นและการจัดการความเครียด คำถามมีจำนวน 10 ข้อ จำนวนคำถามรวม 19 ข้อ เป็นคำถามทางด้านลบ 4 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 15-75 คะแนน การแปลความหมายคะแนนมาก หมายถึงมีพฤติกรรมสุขภาพดี

แบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์ผู้ชำนาญด้านโรคลมชัก 2) อาจารย์พยาบาลทางการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีความเชี่ยวชาญความรู้ด้านสุขภาพ และ 3) พยาบาลผู้ชำนาญการเฉพาะทางด้านโรคทางระบบประสาท ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .93 จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคลมชักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 20 ราย นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพได้เท่ากับ .87 และ .91 ตามลำดับและในผู้ป่วยโรคลมชักที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 ราย ได้เท่ากับ .84 และ .90 ตามลำดับ



## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมวิจัยในคน โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. MURA 2019/628 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ แจ้งสิทธิในการยินยอมและการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ผลวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2563 จนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2563 หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล นำเรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. เมื่อได้รับอนุมัติผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าคลินิกโรคลมชักและพยาบาลประจำคลินิก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอความร่วมมือพยาบาลประจำคลินิกให้ช่วยแนะนำผู้วิจัยกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

2. ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่ม

ตัวอย่าง สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงชื่อยินยอมให้ทำการวิจัยโดยสมัครใจ

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ซึ่งบางส่วนผู้วิจัยได้เขียนไว้ให้แล้วโดยขอข้อมูลมาจากเวชระเบียน หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ขอให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเข้าร่วมไลน์กลุ่มวิจัยโรคลมชัก จากนั้นผู้วิจัยเริ่มโปรแกรมควบคุมการชักผ่านแอปพลิเคชันไลน์เป็นเวลา 6 สัปดาห์

4. เริ่มโปรแกรมควบคุมการชักสัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 6 โดยผู้วิจัยได้จัดส่งแผ่นภาพอินโฟกราฟิก แผ่นภาพที่ 1-31 ตามลำดับในตารางสอน ส่งเข้าไปในกลุ่มไลน์การวิจัยโรคลมชักโดยจัดส่งในวันจันทร์ อังคาร พุธ ศุกร์ เสาร์ เวลา 09:00 น. ซึ่งพบว่ามีการเปิดอ่านครบทั้ง 18 ราย ในรายที่เปิดอ่านแล้วยังไม่เข้าใจผู้วิจัยได้ส่งไลน์อธิบายเพิ่มเติมให้ในไลน์ส่วนตัว และถ้ายังไม่เข้าใจอีกผู้วิจัยได้โทรไปอธิบายจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจครบทุกคนซึ่งผู้วิจัยได้โทรทางไลน์ติดต่อสอบถามและพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างทุก ๆ สัปดาห์

5. หลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยส่งแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพให้กลุ่มตัวอย่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 (ตอบแบบสอบถามครั้งแรกเมื่อเริ่มเข้าร่วมวิจัย) และส่งแบบสอบถามกลับให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์โดยผู้วิจัยได้แนบซองเปล่าจำหน่ายซองกลับถึงผู้วิจัยและติดแสตมป์ไว้แล้ว จากนั้นหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครั้งที่ 3 แล้วส่งกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ในกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ยังไม่ส่งผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดตาม และกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ล่าช้าผู้วิจัยได้ไปรับแบบสอบถามด้วยตัวเองที่บ้าน

โดยบางรายผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ใหม่จนผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามครบทั้ง 3 ครั้ง และเป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ครบถ้วน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการแจกแจงความถี่ สำหรับข้อมูลด้านความรู้ด้านสุขภาพ และข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ one-way repeated measures ANOVA

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคลมชัก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมระบบประสาทโรงพยาบาลระยองจำนวน 18 ราย เป็นเพศชาย และเพศหญิงเท่ากัน มีอายุเฉลี่ย 33.83 ปี (SD = 10.21) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลระยอง (ร้อยละ 66.67) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 44.44) อาศัยอยู่กับบิดามารดา หรือคู่สมรส หรือบุตร หรือญาติพี่น้อง ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีโทรศัพท์สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 55.56) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มองเห็นชัดเจนจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 83.33) มีการได้ยินปกติ จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 94) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคเรื้อรัง 11 ราย (ร้อยละ 61.11) โรคไขมันในเลือดสูง 3 ราย (ร้อยละ 16.67) โรคหอบหืด

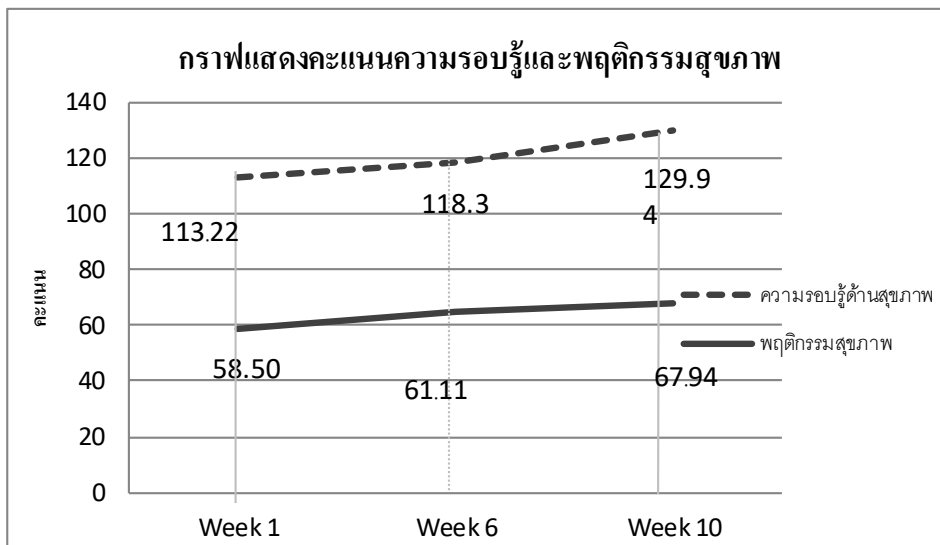
โรคความดันเลือดสูง โรคกระเพาะอาหาร และโรคข้อเข่าอักเสบ อย่างละ 1 ราย ในรอบ 1 เดือนไม่มีอาการชัก 10 ราย (ร้อยละ 55.56) มีอาการชัก 1 ครั้ง จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 27.78) และมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 16.67) เริ่มป่วยเป็นโรคลมชักตั้งแต่อายุ น้อยสุด 14 ปี และอายุมากที่สุด 45 ปี ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาด้วยยาอยู่ระหว่าง 1-15 ปี เฉลี่ย 5.86 ปี (SD = 3.55) ลักษณะอาการชัก จัดเป็นอาการชักที่ไม่รุนแรง (รู้ตัว ปากชา กรามแข็ง เป็นตอนหลัง) จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 61.11) ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยากันชัก 1 ชนิด จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 44.44) ผู้ป่วยรับรู้ว่าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชัก จากแพทย์ (ร้อยละ 100) รองลงมาจากพยาบาล (ร้อยละ 72.22) ผู้ป่วยสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชักจากอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 100) และสิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์บัตรทองจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 72.22)

ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมการชัก พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 1 คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ (Mean = 113.22, SD = 1.32) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที (สัปดาห์ที่ 6 จากเริ่มต้น) คะแนน (Mean = 118.39, SD = .83) และในการติดตามผลสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 10 จากเริ่มต้น) (Mean = 129.94, SD = .56) กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 1 มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ (Mean = 58.50, SD = 2.28) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที (สัปดาห์ที่ 6 จากเริ่มต้น) คะแนน (Mean = 65.11, SD = 2.08) และในการติดตามผลเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 10 จากเริ่มต้น) 10 คะแนน (Mean = 67.94, SD = 1.51) แสดงดังตารางที่ 1

ผู้ป่วยที่ แก้วเงิน และคณะ

ตารางที่ 1 คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (N = 18)

สัปดาห์	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				พฤติกรรมสุขภาพ			
	Mean	SD	ต่ำสุด	สูงสุด	Mean	SD	ต่ำสุด	สูงสุด
สัปดาห์ 1	113.22	1.32	110	116	58.50	2.28	57	59
สัปดาห์ 6	118.39	.83	117	120	65.11	2.08	64	66
สัปดาห์ 10	129.94	.56	129	131	67.94	1.51	67	68



ภาพที่ 2 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนเริ่มโปรแกรม สิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ 6 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ 10

ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ one-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk Test พบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและข้อมูลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง มีการกระจายแบบปกติและทดสอบความเท่ากันของค่าความแปรปรวนระหว่างข้อมูลแต่ละครั้ง โดยใช้สถิติ Levene Test พบว่าข้อมูลมีความแปรปรวนในแต่ละช่วงเวลาของการวัด

ไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนเริ่มโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 4 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชัก (N = 18)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
<b>ความรู้ด้านสุขภาพ</b>					
เวลา	2639.148	2	1319.574	80.085	<.001
ค่าคลาดเคลื่อน	840.333	51	16.477		
รวม	3479.481	53			
<b>พฤติกรรมสุขภาพ</b>					
เวลา	845.593	2	422.796	107.158	<.001
ค่าคลาดเคลื่อน	201.222	51	3.946		
รวม	1046.815	53			

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้วย Bonferroni method พบว่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในสัปดาห์ที่ 6 และ 4 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean differences

= 5.17 และ 16.72,  $p < .001$ ) ตามลำดับ และพบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในสัปดาห์ที่ 6 และ 4 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean differences = 6.61 และ 9.44,  $p < .001$ ) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย สัปดาห์ 1 สัปดาห์ 6 และสัปดาห์ 10 โดยใช้วิธีทดสอบของ Bonferroni

สัปดาห์ I-สัปดาห์ J	ความรู้ด้านสุขภาพ			95% Confidence		พฤติกรรมสุขภาพ			95% Confidence	
	Mean Difference	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound	Mean Difference	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
สัปดาห์ 6-สัปดาห์ 1	5.17	1.498	.009	1.19	9.14	6.61	.506	<.001	5.27	7.95
สัปดาห์ 10-สัปดาห์ 1	16.72	1.311	<.001	13.24	20.20	9.44	.525	<.001	8.05	10.84
สัปดาห์ 10-สัปดาห์ 6	11.56	.864	<.001	9.26	13.85	2.83	.445	<.001	1.65	4.01

### การอภิปรายผล

การวิจัยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมควบคุมการชัก สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมควบคุมการชักผ่านทางแอปพลิเคชัน

ไลน์ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพเพื่อให้บุคคลสามารถควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพเริ่มต้นด้วยสมรรถนะพื้นฐานด้านการอ่าน การคิดคำนวณและการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ก่อนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนปฏิบัติ ความรู้

ด้านสุขภาพของนั้ฐป้ฒท์ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การมีความรู้ความเข้าใจสาระสำคัญด้านสุขภาพ มีทักษะการสื่อสาร การกำหนดเป้าหมายวางแผนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถส่วนบุคคลรวมทั้งทักษะทางสังคมและทักษะการจัดการตนเอง<sup>26</sup> ผู้ที่มีพัฒนาการความรู้ด้านสุขภาพดีจะมีทักษะและความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมด้านสุขภาพเพื่อมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงแนวทางการปฏิบัติในสังคม ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ คือการมีโอกาสเข้าถึงทางเลือกการมีสุขภาพดีมากขึ้น

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมควบคุมการช้ก ซึ่งเป็นโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการช้กแก่ผู้ป่วยโรคลมช้กผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ในระดับพื้นฐานและปฏิสัมพันธ์ โดยเน้นกิจกรรมการพัฒนาทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในระดับขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วยกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมช้กและการป้องกันการช้ก (แผนภาพ 3-19) กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (แผนภาพ 1-2) กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมช้ก (แผนภาพ 22-23) โดยใช้แผนภาพอินโฟกราฟิกและคำอธิบายสั้น ๆ ใช้สีและรูปภาพที่มองเห็นได้ชัด สามารถเข้าใจได้ง่าย ดึงดูดความสนใจและนำศึกษา การใช้สื่อเป็นรูปภาพและมีภาพประกอบแทนคำบรรยาย สามารถทำให้ผู้รับบริการเข้าใจข้อมูลสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 27 เมื่อเปรียบเทียบกับสื่อทางสุขภาพที่ไม่มีรูปภาพและภาพประกอบ<sup>27</sup> ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตและจัดลำดับการสอนประจำสัปดาห์ ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมช้กได้ตามลำดับจากความรู้พื้นฐานไปสู่การปฏิบัติตนรวมทั้งการรับประทานยา ส่งผลให้

ผู้ป่วยโรคลมช้กเข้าใจและตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น หากไม่รับประทานยาป้องกันการช้กอย่างสม่ำเสมอ และสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการช้กของตนเองได้ การเพิ่มทักษะการเข้าถึงข้อมูลโดยการแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสืบค้นข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือได้ และการเพิ่มทักษะการจัดการตนเอง จะกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้คิดวิเคราะห์ถึงปัญหาสุขภาพหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการช้กของตนเองมากขึ้น สามารถแก้ปัญหาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงได้ดีขึ้น

ส่วนกิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสาร (แผนภาพ 20-21) กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจและทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (แผนภาพ 24-31) ผู้วิจัยเน้นใช้การสนทนาภายในกลุ่มไลน์ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแสดงข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในกลุ่มไลน์ เป็นการกระตุ้นเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ เพราะกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายทั้งด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และวิถีการดำเนินชีวิต การที่สมาชิกภายในกลุ่มมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยกำหนดประเด็นขึ้นนี้ เป็นการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ช่วยให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดการเรียนรู้ในประเด็นที่กว้างขวางมากยิ่งขึ้น มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมช้กมากขึ้น มีมุมมองหรือทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางบวก สามารถค้นหาปัจจัยเสี่ยงของตนเองจากเว็บไซต์ที่น่าเชื่อถือ สามารถวางแผนและตั้งเป้าหมายการแก้ไข ปัญหาของตนเองได้ และมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการช้ก ผู้วิจัยมีการประเมินผลสัมฤทธิ์การสื่อสารในไลน์ด้วยทำที่ที่อ่อนโยนและเป็นมิตร โดยใช้เทคนิคการสอนกลับ (teach back) การทำให้ดู (show me) และเทคนิคการถาม-บอก-ถาม (ask-tell-ask) ซึ่งเป็นเทคนิคที่ใช้ได้ผลดีมาก<sup>30</sup>

การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (telehealth) เช่น การใช้แอปพลิเคชันไลน์ช่วยให้การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างสะดวกรวดเร็วขึ้น สามารถติดตาม กระตุ้นเตือน และให้คำปรึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย สามารถส่งรูปการปฏิบัติสุขภาพ เช่น การรับประทานยากันชักที่ถูกต้อง หรือการออกกำลังกาย ให้กับสมาชิกในกลุ่มได้ โดยไม่เสียค่าบริการเพิ่มขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ นอกจากนี้ยังพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนได้ก่อตั้งไลน์กลุ่มเล็ก ๆ เพื่อใช้สำหรับการติดต่อสื่อสารและกระตุ้นเตือน ให้คำปรึกษากันรวมทั้งชักชวนกันไปออกกำลังกายเป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ใกล้เคียงกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของนักปม<sup>20</sup> เกี่ยวกับการมีความรอบรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็น และเหตุผลของวิธีการรักษา การปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง หรือการหลีกเลี่ยงกิจกรรมบางประการเพื่อจะช่วยให้อาการของโรคสงบลงสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ พุทธิปัญญาและคณะ<sup>18</sup> ที่ใช้กิจกรรมไลน์กลุ่มเป็นช่องทางการสื่อสาร การนัดหมายทำกิจกรรม การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้คำแนะนำในข้อสงสัย ทำให้สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนเป้าหมายในการดูแลสุขภาพและสร้างแรงบันดาลใจในการดูแลสุขภาพ เช่นเดียวกับงานของแม็คเคิร์ทและคณะ<sup>21</sup> ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรูสึก ความสะดวกต่อการใช้งานและการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ และมีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ

นอกจากนี้การใช้สื่อรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ สื่อภาพ อินโฟกราฟิก ภาพการสาธิตการปฏิบัติจริง เช่น การออกกำลังกาย การอ่านฉลากโภชนาการจากผลิตภัณฑ์ประเภทต่าง ๆ ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจ กระตือรือร้นที่จะทดลอง

ปฏิบัติและสามารถนำความรู้ที่ได้นำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน มีการกำกับและกระตุ้นเตือนตนเองด้วยการบันทึกการปฏิบัติในการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ซึ่งมีคำแนะนำและแนวทางในการปฏิบัติตัวสำหรับให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านทบทวนได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะอ่านศึกษาทำความเข้าใจด้วยตนเองก็ครั้งก็ได้ ก่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้ง ซึ่งจะเห็นว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นตามลำดับจากสัปดาห์ที่ 1 เมื่อเกิดการเรียนรู้ผู้ป่วยโรคลมชักมีความรอบรู้เพิ่มขึ้น เข้าใจการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงการชัก เห็นความสำคัญของการรับประทานยา คะแนนจึงเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 6 และในสัปดาห์ที่ 10 กลุ่มตัวอย่างสามารถจดจำแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้มากขึ้น มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น จึงทำให้มีระดับคะแนนเพิ่มมากขึ้นในสัปดาห์ที่ 10 และนอกจากนี้ในบางรายที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลระยอง ผู้วิจัยได้ไปเยี่ยมที่บ้าน พบปะพูดคุยกับญาติ ๆ ของผู้ป่วย เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในโรคลมชักที่ตนเองเป็นอยู่และมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการได้รับโปรแกรมควบคุมการชักพบว่า สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอธิบายได้ว่าโปรแกรมควบคุมการชัก ซึ่งเป็นโปรแกรมการสอนให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมการชัก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการรับประทานยา เข้าใจความสำคัญของการรับประทานยา เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ และเข้าใจการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอาการชัก สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี จันทรินทรการ<sup>31</sup> ที่พบว่าความรู้ด้านสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง และการศึกษาของนางนงลักษณ์ แก้วทอง<sup>32</sup> ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี

ความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ จะมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้องกว่ากลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ<sup>28</sup> บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีผลต่อองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบต่ำตามไปด้วย และมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง<sup>29</sup> งานวิจัยนี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานยา หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการชัก เกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเองผ่านการสนทนาทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม ประกอบกับได้รับความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ ได้ทดลองและปฏิบัติจริง ทำให้เกิดตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ ค้นพบปัจจัยเสี่ยงของตนเอง และจากการได้รับแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการชักจากโปรแกรมควบคุมการชัก จึงทำให้เกิดทักษะและความมั่นใจในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการชักการใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ และได้เรียนรู้การปฏิบัติจากสมาชิกรายอื่น ๆ ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาให้ถูกต้องและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่อการชัก อีกทั้งได้รับการติดตามกระตุ้นเตือนและตอบข้อสงสัย หรือให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลจากผู้วิจัยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะดูแลตนเองไม่ให้เกิดอาการชัก กลุ่มตัวอย่างบางคนได้ชักชวนให้เพื่อนและบุคคลในครอบครัวปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของอดิญาณ ศรเกตริน<sup>33</sup> ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส การสาธิต

และสาธิตย้อนกลับ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การยกตัวอย่างภาพประกอบอาหารและการใช้คู่มือเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชนจังหวัดนครปฐม ของวิมา เทียงธรรม และคณะ<sup>34</sup> พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า โปรแกรมควบคุมการชักซึ่งเป็นโปรแกรมการสอนผู้ป่วยโรคลมชักให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นการสอนผู้ป่วยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาและการปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ การหลีกเลี่ยงกิจกรรมบางอย่างที่มีผลกระตุ้นต่อการชัก มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมควบคุมการชักที่ใช้สอนผู้ป่วยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ใช้ได้ผลจริง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการปฏิบัติบทบาทเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคลมชักผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นได้
2. สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคลมชักได้

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การซักถามจากญาติที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยหรือแบบสังเกตพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยให้การประเมินพฤติกรรมสุขภาพมีความน่าเชื่อถือ มากกว่าการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนแต่เพียงอย่างเดียว

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยซึ่งสอนผ่านแอปพลิเคชันอื่น ๆ ในการสอนผู้ป่วยออนไลน์ เช่น Application Zoom, Google Meet, และ Line แล้วนำผลคะแนนมาเปรียบเทียบกันว่าแอปพลิเคชันใดใช้ในการสอนผู้ป่วยโรคลมชักได้ผลคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากัน

## ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. ระยะเวลาในการศึกษาเพียง 10 สัปดาห์ อาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคลมชักได้อย่างถาวร

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงอาจมีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลวิจัยไปอ้างอิงกับกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคลมชักที่มีคุณสมบัติแตกต่างไปจากกลุ่มตัวอย่าง

## เอกสารอ้างอิง

1. Mac TL, Tran DS, Quet F, Odermatt P, Preux, PM, Tan, CT. Epidemiology, aetiology, and clinical management of epilepsy in Asia: a systematic review. *Lancet Neurol.* 2007;6(6):533-43.
2. World Health Organization (WHO). Epilepsy [cited 2018 July 13]. Available from: <http://www.who.int/new-room/factsheets/detail/epilepsy>

3. Pradit C. Depression in people with epilepsy receiving treatment in outpatient department of Suan Prung Hospital. [thesis]. Chiang Mai University; 2005. (in Thai)
4. Phabphal K, Geater A, Limapichat K, Sathirapanya P, Sethawatcharawanich S. Risk factors of recurrent seizure, co-morbidities, and mortality in new onset seizure in elderly. *Seizure.* 2013;22(7):577-80.
5. Lertsinudom S, Chantlang K, Thiamkao S, Chaiyakham A. Study on the causes of drug non-cooperation among patients with epilepsy. *Isan Journal of Internal Medicine.* 2008;7(1):37-45. (in Thai)
6. Moran NF, Poole K, Bell G, Solomon J, Kendall S, McCarthy M, et al. Epilepsy in the United Kingdom: seizure frequency and severity, antiepileptic drugs utilization, and impact on life in 1652 people with epilepsy. *Seizure.* 2004;13(6),425-33.
7. Bell GS, Gaitazis A, Bell CL, Johnson AL, Sander JW. Suicide in people with epilepsy: how great is the risk?. *Epilepsia.* 2009;50(8):1933-42.
8. Brandit C, Nozadze M, Heuchert N, Rattka M, Loscher W. Disease-modifying effects of phenobarbital and the NKCC1 inhibitor bumetanide in the pilocarpine model of temporal lobe epilepsy. *J Neurosci.* 2010;30(25):8602-12.
9. Binhocent W. The results of using tools for self-learning on the knowledge and practice of epilepsy patients. [Master's thesis], Mahidol University; 1993. (in Thai)
10. Thipwong A, Numphun, J. The associations between health literacy related to obesity and health behavior: eating and exercise in over nutritional children. *Journal of Public Health Nursing.* 2014;28(2):1-11. (in Thai)
11. Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes. *J Gen Intern Med.* 2004;19(12):1228-39.
12. Hongkrajok H. Influence of discernment on health perception of self-efficacy and communication between patient and health personnel on self-care behavior of primary hypertensive patients. [Master's thesis], Faculty of Nursing, Burapha University. 2016;35-50. (in Thai)



13. Elliot JO, Shneker BF. A health literacy assessment of epilepsy. *Seizure*.2009;18(6): 434–9.
14. Barnett SG, Kaske B. Impact of a health literacy presentation during an Introductory pharmacypractice experience. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning* 2012;4(1):39–45.
15. von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J. Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health Educ Behav*. 2009;36(5):860–77.
16. Johnston MV, Diab M, Kim SS. Health literacy, morbidity, and quality of life among individuals with spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Med*. 2005;28(3):230–240.
17. Waewasak T. Adoption of innovation that influences application buying behavior for consumers' smartphones in Bangkok. [Master's thesis], Faculty of Business Administration, Graduate School Srinakharinwirot University; 2013. (in Thai)
18. Phuttapanyo S. Effectiveness of health behavior development program on health intelligence, weight loss behavior, and the weight of over-nutrition personnel in Roi-Et Hospital. Muang District, Roi Et Province. *Nursing and Education Journal*. 2016;9(4):42–58. (in Thai)
19. Health Education Division, Department of Health Service Support Ministry of Public Health. Development guidelines for health. 2014;12(6):44–59. (in Thai)
20. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2072–2078.
21. Mackert M, Mabry-Flynn A, Champlin S, Donovan EE, Pounders K. Health literacy and health information technology adoption: The potential for a new digital divide. *Journal of Medical Internet Research*. 2016;18(10):e264. doi: 10.2196/jmir.6349
22. Rootman I, Ronson B. Literacy and health research in Canada: where have we been and where should we go?. *Can J Public Health*. 2005; 96(Suppl 2):S62–S77.
23. Choaisuwan V. Health literacy concept and application for nursing practice. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2017;44(3):183–97. (in Thai)
24. Chuaihum C, Jitpanya C. Relationships among knowledge self-efficacy adverse drug reactions stigma depression and medication adherence in patients with epilepsy. *Journal of the Police Nurses*, 2013;5(2):107–119. (in Thai)
25. Kaewkungwal J, Singhasivanon P. Textbook of clinical research. In Pittisuttithum P. (ed.), 1st ed. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2011. (in Thai)
26. Kanfer, FH. Self-management methods. In Kanfer FH, Goldstein AP. (eds.), *Helping people change: textbook of methods* (2nd ed, pp. 334–89). New York: Pergamon Press; 1980.
27. Brotherstone H, Miles A, Robb K, Atkin W, Wardle J. The impact of illustration on public understanding of the aim of cancer screening. *Patient Educ Couns*. 2006;63(3):484–94.
28. Rootman I. Health literacy and health promotion [Internet]. *Ontario Health Promotion E-Bulletin*. 2002;3(6):145–57.
29. U.S. Department of Education. National assessment of adult literacy (NAAL) status among older adult. *JAMA Intern Med*. 2003;165(17):1946–52.
30. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health Literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2011;(199):1–941. PMID: 23126607; PMCID: PMC4781058.
31. Chantarintrakorn A. Relationship between health literacy and dengue hemorrhagic fever prevention and control behaviors of public health volunteers in Suanluang sub district municipality, Krathum Baen District, Samut Sakhon Province. [Thesis]. Kasetsart University; 2014. (in Thai)
32. Darvishpour J, Omidi S, Farmanbar R. The relationship between health literacy and hypertension treatment control and follow-up. *Caspian J Health Res*. 2016;12(21):1–8.
33. Sornkasetrin A, Janattra R, Kwanchum R, Ruangduang L. Results of the program modify health behaviors according to the guidelines of 3O.2S. of regular public health volunteers. Mueang District, Surat Thani. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2017;4(1):253–64. (in Thai)

ผลของโปรแกรมควบคุมการชักผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคลมชัก

34. Asawavichienjinda T, Sitthi-Amorn C, Tanyanont W. Prevalence of epilepsy in rural Thailand: a population-based study. *J Med Assoc Thai.* 2002;85(10):1066-73
35. Aaberg KM, Gunnes N, Bakken IJ, Soraas CL, Berntsen A, Magnus P, et al. Incidence and prevalence of childhood epilepsy: A nationwide cohort study. *Pediatrics.* 2017;139(5):e20163908.
36. Thiengtham W, Phao-Wattana A, Pongsomboon O. Prevention program primary hypertension for the at-risk population in the community Nakhon Pathom Province. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University.* 2010;22(1-3):11-28. (in Thai)