



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูง

Factors Related to Parental Practices for Children with Febrile Convulsion

สุธิศา	ลำมช้าง	วท.ม.*	Suthisa	Lamchang	M.S.*
ณัฐธินิชา	ศรีบุญยวัฒน์	ปร.ด.**	Nuttanicha	Sriboonyawattana	Ph.D.**
ทิพาพร	นักร้อง	วท.บ.***	Tipaporn	Nuglor	วท.บ.***
ปรีชา	ลำมช้าง	สศ.ม.****	Preecha	Lamchang	M.S.****

บทคัดย่อ

อาการชักจากไข้สูงในเด็กเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้บิดามารดาที่มีความห่วงกังวลอย่างมาก อาจนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูง กลุ่มตัวอย่างคือ บิดามารดาของเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูง เด็กมีอายุ 1 วัน ถึง 6 ปี และเข้ารับการรักษาระหว่างแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่าง เดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 จำนวน 92 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม ความรู้ ทัศนคติ ความห่วงกังวลเกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูง และการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูง ซึ่งพัฒนาโดย ฮวง ฮวง และโหมัส (2549) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดาทั้งหมดรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของเด็กเป็นปัญหา โดย ร้อยละ 64.1 บิดามารดาปฏิบัติเมื่อเด็กมีอาการชักจากไข้เป็นครั้งแรก โดย ร้อยละ 98.9 มีการปฏิบัติในขณะที่เด็กชัก บิดามารดามีปฏิบัติที่ควรทำ คือ ร้อยละ 54.3 ช่วยลดอุณหภูมิร่างกายของเด็ก ร้อยละ 22.8 ปกป้องอันตราย โดยให้นอนบนพื้นนุ่มและปลอดภัย ร้อยละ 35.9 จัดให้เด็กนอนตะแคง ร้อยละ 33.7 สงบสติอารมณ์ ร้อยละ 52.2 สังเกตอาการและระยะเวลาของการชัก และมีปฏิบัติที่ไม่ควรทำ คือ ร้อยละ 81.5 รีบนำเด็กไปพบแพทย์อย่างเร่งด่วนโดยไม่ช่วยเหลือ ร้อยละ 69.6 เขย่าและปลุกขณะที่เด็กชัก ร้อยละ 63.0 กระตุกให้ตื่นขณะที่เด็กมีชัก ร้อยละ 12.0 พยายามช่วยเป่าปากฟิ้นคินซีฟ ร้อยละ 25.0 จัดปากหรือฟิ้นและสอดใส่สิ่งของเข้าในปากของเด็ก ร้อยละ 6.5 ช่วยดูดน้ำลายน้ำมูกจากจมูกและปาก ร้อยละ 2.2 ผูกยึดขณะที่เด็กชัก และร้อยละ 7.6 นวดหัวใจ

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 * Associated Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 ** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 *** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
 *** Professional Nurse, Maharaj Nakhorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai Province
 **** รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 **** Associated Professor, Faculty of Science, Chiang Mai University



ความรู้เกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.31, p<.01$) แต่ทัศนคติและความห่วงกังวลเกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูงไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูง

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า บิดามารดาของเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูงยังมีการปฏิบัติที่ควรทำน้อย และมีการปฏิบัติที่ไม่ควรทำมาก และความรู้เกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูงในเด็กมีสัมพันธ์กับการปฏิบัติของบิดามารดา ดังนั้น พยาบาลควรให้ข้อมูลหรือสอนบิดามารดาเกี่ยวกับการปฏิบัติในขณะที่เด็กมีอาการชัก ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้บิดามารดาปฏิบัติในขณะที่เด็กมีอาการชักได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การปฏิบัติ บิดามารดา เด็ก การชักจากไข้สูง

Abstract

Febrile convulsion in children is often interpreted as a life-threatening event by their parents, causing worry and leading to inappropriate practices. This correlational descriptive study aimed to explore factors related to parental practices on children suffering from febrile convulsion. A purposive sampling technique was used to recruit 92 parents of children with febrile convulsion. The children were aged 1 day to 6 years and were admitted to the pediatric unit of Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Lampang Hospital, and Buddhachinaraj Pitsanulok Hospital during January to April 2015. The research instruments consisted of questionnaires on Parental Knowledge, Attitude and Concerns toward Febrile Convulsion, and Parental Practices for Children with Febrile Convulsion developed by Huang, Huang, and Thomas (2006). Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman rank Correlation Coefficient.

The study results revealed that: All parents ($n=92$) perceived their child's illness as a problem. A proportion of 64.1% of parents experienced their children having a febrile convulsion for the first time. A proportion of 98.9% of the parents reported that they had done during the children had convulsion. Regarding first aid for seizures, some parents used recommended practices. For instance, 54.3% of parents lowered the child's body temperature, 22.8% of parents placed the child on a soft and safe surface, 35.9% of parents positioned the child in a side-lying position, 33.7% of parents kept clam, and 52.2% of parents observed seizure manifestations and duration. Parents also used non-recommended practices. For instance, 81.5% of parents would rush the child to doctor without first aid, 69.6% of parents shook and tried to arouse the convulsing child, 63.0% of parents stimulated the convulsing child, 12.0% of parents attempted mouth-to-mouth resuscitation, 25.0% of parents tried to insert objects into the child's mouth, 6.5%



of parents sucked discharge from nose and mouth, 2.2% of parents restrained the convulsing child, and 7.6% of parents performed cardiac massage. Knowledge of febrile convulsion was statistically significantly correlated to parental practices regarding febrile convulsion ($r=.31, p<.01$). Attitudes and concerns toward febrile convulsion were not statistically correlated to parental practices regarding febrile convulsion.

The results from this study indicate that some parents of children with febrile convulsion use recommended practices, yet most use non-recommended practices. Knowledge of febrile convulsion was correlated to parental practices. Thus nurses should give information or educate the parents regarding first aid for seizures in order to improve practices for the treatment of convulsing children

Key words: practice, parents, children, febrile convulsion

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการชักจากไข้สูง (febrile convulsion) พบบ่อยในเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2012 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคลมชักประมาณ 50 ล้านรายทั่วโลก และมีความชุกประมาณ 6-8 ราย ต่อประชากร 1,000 ราย โดย ร้อยละ 80 ของประชากรที่เป็นโรคลมชักพบในประเทศที่กำลังพัฒนา (World Health Organization, 2012) จากการศึกษาอาการชักซ้ำจากไข้ของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ในประเทศจีนตอนใต้ พบอายุเฉลี่ยของเด็ก 1-3.2 ปี ในแต่ละปีพบอุบัติการณ์การเกิดอาการชักร้อยละ 35 ของประชากรทั้งหมด 31,700 ราย การศึกษาติดตามพบว่า เด็กเล็กที่อายุต่ำกว่า 6 ปี ทั้งหมด 565 ราย มีการเกิดอาการชักซ้ำจากไข้จำนวน 103 ราย และ ร้อยละ 12.7 18.7 และ 20.5 มีอาการชักซ้ำสูงขึ้นในระยะเวลา 1 2 และ 3 ปี ตามลำดับ (Chung, Wat, & Wong, 2006) ในประเทศไทยมีรายงานการคาดประมาณประชากรที่มีภาวะชักประมาณ 1.8 ล้านคน จากประชากรทั้งหมด 63 ล้านคน (Asawavichienjinda, Sitthi-Amorn, & Tanyanont, 2002) และจากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอินทร์บุรี ในปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ.2554 พบผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้

จำนวน 217 ราย ส่วนใหญ่อยู่เด็กอยู่ในช่วง 13-36 เดือน (เฉลี่ย 22.22 ± 13.21 เดือน) และผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้โดยเฉลี่ยปีละ 36 คน หรือ ร้อยละ 4.06 ของผู้ป่วยในทั้งหมด (ทัศนียา วังสะจันทานนท์ และ อ้อมจิต ว่องวานิช, 2555) ซึ่งผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูงยังเป็นปัญหาสำคัญและอาจส่งผลกระทบต่อเด็กและครอบครัว

อาการชักที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งอาการชักเป็นอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้การรับรู้สติลดลง พฤติกรรมและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Friedman & Sharieff, 2006) ด้านร่างกายเด็กมีอาการเหนื่อยล้า ไม่กระตือรือร้นในการทำกิจกรรมใดๆ (Hesdorffer, Benn, Cascino, & Hauser, 2009; Kerr, Nixon, & Angalakuditi, 2011) หากเด็กมีอาการรุนแรงและเป็นซ้ำๆ อาจเป็นโรคลมชักด้านจิตใจและอารมณ์ เมื่อเด็กอายุมากขึ้น อาจมีความคับข้องใจ โดยเฉพาะช่วงที่ถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆ กลัวว่าตนเองจะชัก และได้รับบาดเจ็บขณะชัก ไม่กล้าอยู่คนเดียว หรือทำกิจกรรมเพียงลำพัง (Kerr, Nixon, & Angalakuditi, 2011) ด้านสังคม เด็กไม่สามารถเผชิญปัญหาด้วยตนเองได้ ปรับตัวช้ากว่าเด็กปกติ และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Yagil & Skura-Elimeleh, 2012)



นอกจากนี้อาการชักของเด็กยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว

อาการชักนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด ทำให้ครอบครัวโดยเฉพาะบิดามารดามีความกังวลและกลัวเด็กตาย (Flury, Aebi, & Donati, 2001, Parmar, Sahu, & Bavdekar, 2001) เชื่อว่าอาการชักในเด็กเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามและมีความกังวลว่าเด็กจะเป็นโรคลมชัก (Kayserili, Unalp, Apa, Asilsoy, Hizarcioglu, Gulez., & Agin, 2008) ทำให้นอนไม่หลับ เพื่อกินอาหาร (Parmar, Sahu, & Bavdekar, 2001) ทำให้บิดามารดาออกไปใช้ชีวิตประจำวันนอกบ้านและพบปะผู้คนลดลง ส่งผลให้คุณภาพในการดำเนินชีวิตลดลง และเกิดตราบาในจิตใจมากขึ้น (Lv, Wu, Jin, Lu, Wang, Qu, & Liu, 2009; Mcnelis, Buelow, Myers, & Johnson, 2007; Modi, 2009; Tonia & Steven, 2007)

เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และต้องอาศัยบิดามารดาในการดูแลและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเกือบทั้งหมด ดังกล่าวแล้วว่อาการชักจากไข้สูงพบบ่อยในเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี เมื่อเด็กมีอาการชักจากไข้สูง บิดามารดาควรมีการจัดการดูแลและช่วยเหลือในระยะเริ่มแรกของอาการชักได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะชักซ้ำและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะชัก แต่เนื่องจากอาการชักของเด็กเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความตื่นตระหนกสำหรับบิดามารดาและเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝันจัดว่าเป็นสถานการณ์วิกฤติ (situational crisis) เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะวิกฤติจะมีการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพและมีความวิตกกังวล (Benter, 2005) จากการศึกษาของ พามาร์ ซาฮู และบาร์ดีกา (Parmar, Sahu, & Bavdekar, 2001) ศึกษาในบิดามารดาของเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูงจำนวน 140 คน พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.7) บิดามารดาจะไม่ได้ปฏิบัติจัดการอาการชักก่อนที่จะพาเด็กมาโรงพยาบาล สิ่งที่บิดามารดาปฏิบัติคือ ร้อยละ 2.1 เขย่าตัวเด็ก ร้อยละ 2.9 เช็ดตัวลดไข้ ร้อยละ 7.1 ระวังเกี่ยวกับการสำลักจากการอาเจียน และร้อยละ 2.9 จัดให้นอนราบช่วยป้องกันอันตราย จากการศึกษาของ ฮวง หลิว

ฮวง และโทมัส (Huang, Liu, Huang, & Thomas, 2002) พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่มีความเชื่อไม่ถูกต้อง คือ เชื่อว่าการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองและเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูง และเด็กที่มีอาการชักควรเลื่อนการรับวัคซีน มีความกังวลเกี่ยวกับผลจากโรคลมชักมากเกินไปจนความจริงกังวลการชักที่อาจเกิดในเวลากลางคืน ทำให้บิดามารดาวิตกกังวลร่างกายเด็กบ่อยครั้ง รับนำเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูงส่งโรงพยาบาลโดยไม่มีการช่วยเหลือเบื้องต้น นอกจากนี้ยังพบว่า บิดามารดามีการปฏิบัติและป้องกันการเกิดอาการชักในเด็กที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ให้ยาลดไข้ในปริมาณที่มากเกินไป หรือมีการให้ยาลดไข้ซ้ำเกินไป และมีความกังวลผลข้างเคียงของยาลดไข้ จึงไม่สามารถให้ยาลดไข้ได้อย่างถูกต้อง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อร่างกายและมีการอาการชักจากไข้ (Walsh et al., 2007) จากการศึกษาของ พัทศินยา วังสะจันทานนท์ และ อ้อมจิต ว่องวานิช (2555) เกี่ยวกับประสบการณ์ของมารดาและการจัดการภาวะไข้ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่ามารดามีการให้ยาลดไข้แก้มบุตรโดยไม่ได้นิ่งถึงขนาดของยาตามน้ำหนักตัวของบุตร และส่วนใหญ่อ่อนการให้ยาแก้มบุตร มารดาไม่ได้ตรวจสอบวันหมดอายุของยาดังนั้นจึงพบว่าบิดามารดามีการปฏิบัติเมื่อเด็กมีอาการชักจากไข้สูงที่ไม่เหมาะสม

อนึ่งเมื่อเกิดภาวะวิกฤติหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งสำคัญ (Benter, 2005) จากการศึกษาของ เคย์เซรีลี และคณะ (Kayserili, et al, 2008) บิดามารดาไม่ทราบว่าจะทำอย่างไรขณะที่เด็กชักจากไข้สูงและกังวลว่าเด็กจะเป็นโรคลมชักในอนาคต และจากการศึกษาของ พามาร์ ซาฮู และเบวดีการ์ (Parmar, Sahu, & Bavdekar, 2001) ศึกษาในบิดามารดาเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูงชาวอินเดีย จำนวน 140 คน พบว่า ร้อยละ 77.9 บิดามารดาไม่ทราบว่าการชักเกิดจากไข้ หากบิดามารดาของเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูงยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูงอย่างแท้จริงจะนำไปสู่ความกังวลและการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม และจากการศึกษาของควัคและคิม (Kwak, & Kim, 2014) ศึกษาในผู้ดูแลของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยมีอาการ



ชักจากไข้สูงชาวเกาหลี จำนวน 133 คน พบว่า ร้อยละ 48.5 เชื่อว่าอาการชักจากไข้สูงทำให้สมองถูกทำลายและไม่ทราบความเสี่ยงการเกิดโรคลมชัก มีความกังวลอยู่ในระดับสูง มีความกังวลการชักของเด็กในเวลากลางคืน และมีการปฏิบัติที่ไม่แนะนำให้ปฏิบัติสำหรับเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูง ความรู้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกังวลเกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูง และความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการเกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูง

อาการชักจากไข้สูงเป็นเหตุการณ์ก่อให้เกิดความตื่นตระหนกต่อบิดามารดา หากบิดามารดามีความรู้ความเข้าใจ ทศคดี และความกังวลเกี่ยวกับอาการชักไม่ถูกต้อง อาจนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กไทยที่มีอาการชักจากไข้สูง ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางส่งเสริมให้บิดามารดามีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูง รวมทั้งแนวทางลดความกังวล และส่งเสริมการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูงให้ถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูงเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูง

คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูงเป็นอย่างไร
2. ความรู้ ทศคดี และความกังวลเกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูงหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม อาการชักจากไข้สูงพบบ่อยในเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี บิดามารดาคิดว่าเด็กอาจเสียชีวิตและรับนำเด็ก

ส่งโรงพยาบาล โดยไม่มีการปฏิบัติช่วยเหลืออย่างเหมาะสม อาจเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องสาเหตุของการชักจากไข้สูง การประเมินทางการแพทย์ ความเสี่ยงในการชักซ้ำ การให้ยาควบคุมอาการชัก และทัศนคติเกี่ยวกับการรักษา การพยากรณ์โรค การตรวจ การดูแลประจำวัน ความเกี่ยวข้องด้านสังคมวัฒนธรรม และความกังวลเกี่ยวกับการรักษา การชักซ้ำ และผลจากการชักจากไข้สูง ซึ่งความรู้ ทศคดี ความห่วงกังวล ที่เหมาะสม อาจช่วยให้บิดามารดาปฏิบัติช่วยเหลือเด็กได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของบิดามารดาของเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูง จะเป็นข้อมูลในการหาแนวทางในการส่งเสริมให้บิดามารดาตัดสินใจในการปฏิบัติในขณะที่เด็กมีอาการชักได้อย่างเหมาะสมและอาจช่วยลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับเด็กได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บิดามารดาของเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูงอายุตั้งแต่แรกเกิด ถึง 6 ปี ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดภาคเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาหรือมารดาของเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูงอายุตั้งแต่แรกเกิด ถึง 6 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าประมาณความสัมพันธ์ (estimated population correlation; ρ) เท่ากับ 0.30 และอำนาจการทดสอบ .80 เปิดตารางสำเร็จรูปได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย (Polit, 2010) และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันสูญหายอีกร้อยละ 10 แต่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์



จำนวน 2 ราย ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวน 92 ราย แบ่งตามสัดส่วนในแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เท่ากับ 34 34 และ 24 ราย ตามลำดับ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามกำหนดคุณสมบัติดังนี้ อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป บุตรไม่มีอาการรุนแรงถึงขั้นวิกฤต เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ หอบ เหยว ไม่มีพยาธิสภาพที่สมองและไม่มีอาการชักต่อเนื่อง สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว ประสบการณ์ การดูแลเด็กที่มีอาการชัก และการได้รับความรู้เรื่องเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูง 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ เด็กป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค อายุ เพศ ประวัติการชัก ประวัติการเจ็บป่วย และยาที่ได้รับในปัจจุบัน 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูงเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของการชักจากไข้สูง การประเมินทางการแพทย์ ความเสี่ยงในการชักซ้ำ หรือเป็นโรคลมชัก การได้รับยาควบคุมอาการชัก และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเมื่อเด็กมีอาการชัก มีจำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบคือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว การให้คะแนน ถ้าตอบถูก ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ถูกหรือตอบไม่ทราบให้ 0 คะแนน การแปลผลจากคะแนนรวม 4) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูงเป็นข้อคำถามความคิดเห็นของบิดามารดาเกี่ยวกับการรักษา การพยากรณ์โรค การตรวจ การดูแลประจำวัน และความเกี่ยวข้องด้านสังคมวัฒนธรรม มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ลำดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การให้คะแนน 5 ถึง 0 คะแนน หากข้อความที่บิดามารดาไม่มีความคิดเห็นจะไม่คิดคะแนนในข้อดังกล่าว การแปลผลจากคะแนนรวม 5) แบบสอบถามความกังวลเกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูงเป็น

ข้อคำถามเกี่ยวกับความกังวลหรือความวิตกกังวลของ บิดามารดาในเรื่องการรักษา การชักซ้ำ และผลจากการชักจากไข้สูงมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ลำดับ คือ กังวลมากที่สุด จนถึง ไม่กังวล การให้คะแนน 5 ถึง 0 คะแนน หากข้อความที่บิดามารดาไม่มีความคิดเห็นจะไม่คิดคะแนนในข้อดังกล่าว การแปลผลจากคะแนนรวม 6) แบบสอบถามการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูงเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการกระทำหรือการจัดการของบิดามารดาเมื่อเด็กมีอาการชัก มีจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็นการปฏิบัติที่ควรทำ จำนวน 5 ข้อ การปฏิบัติที่ไม่ควรทำ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) การปฏิบัติที่ควรทำ ถ้าบิดามารดาปฏิบัติให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน การปฏิบัติที่ไม่ควรทำ ถ้าบิดามารดาปฏิบัติให้ 0 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 1 คะแนน การแปลผลจากคะแนนรวม

แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ แบบสอบถามความกังวล และ แบบสอบถามการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูงของ ฮวง ฮวง และ โทมัส (Huang, Huang, & Thomas, 2006) นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับ แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูงและแบบสอบถามความกังวลเกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูง หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.73 และ 0.77 ตามลำดับ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูง หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson-20) ได้เท่ากับ 0.70 แบบสอบถามการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูง เนื่องจากเป็นแบบตรวจสอบรายการ เกี่ยวกับการปฏิบัติที่ควรทำและการปฏิบัติที่ไม่ควรทำ โดยให้บิดามารดาระบุในสิ่งที่ได้ปฏิบัติ จึงไม่นำมาตรวจสอบความเชื่อมั่น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย



เชียงใหม่ คณะกรรมการรักษามาตรฐานและจริยธรรม วิชาชีพ โรงพยาบาลลำปาง และคณะกรรมการการ จริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธ ชินราช พิษณุโลก ตามเอกสารเลขที่ 182/2557 469/2557 082/2557 และ 6/2558 ตามลำดับ ผู้วิจัย ขอความยินยอมในการเป็นกลุ่มตัวอย่างจากบิดามารดา ในเด็กที่ชักจากไข้สูง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการ ตอบรับหรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่เด็กได้รับ รวมทั้งกลุ่ม ตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้ โดยไม่ ต้องแจ้งเหตุผล และมีสิทธิที่ไม่ตอบคำถามบางคำถามที่ เป็นเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องที่ไม่ต้องการเปิดเผย และข้อมูล ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้นำเสนอโดยภาพรวม ไม่มีการระบุ ชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้ง นี้เป็นความลับ รวมทั้งการวิจัยครั้งนี้จะไม่รบกวนการเข้า รับบริการตรวจรักษาจากแพทย์และพยาบาลของเด็กใน ขณะที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ถ้าเด็กมีอาการ เปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยจะยุติการรวบรวมข้อมูลไว้ก่อน และ รายงานให้แพทย์พยาบาลให้การช่วยเหลือเด็กทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและ มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีอาการชัก โดยเตรียม ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการวิจัย การขอความยินยอม อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย และวิธีการรวบรวม ข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยสำรวจ รายชื่อบิดาหรือมารดาของเด็กตามคุณสมบัติที่กำหนด และเข้าพบบิดาหรือมารดาของเด็กที่มีอาการชักที่มา รับ การตรวจรักษาที่โรงพยาบาล แนะนำตัวเองพร้อมทั้ง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ให้ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครและขอ ความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อบิดาหรือ มารดาของเด็กยินยอมและลงลายมือชื่อในเอกสารแสดง ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วย วิจัยให้บิดาหรือมารดาของเด็กตอบสอบถามด้วยตนเอง โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2558 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและ

ครบถ้วนสมบูรณ์ ได้รับแบบสอบถามคืน 94 ชุด แต่มี ข้อมูลไม่สมบูรณ์ 2 ชุด เหลือ 92 ชุด แล้วนำข้อมูลไป วิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาและเด็ก และ ข้อมูลการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูงด้วย สถิติพรรณนา เมื่อตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลความรู้ ทัศนคติ ความกังวลต่ออาการชัก และการปฏิบัติของบิดา มารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูง ด้วยสถิติโคโมโกรอฟ ซามินอฟ (Kolmogorov – Smirnov test) พบว่าข้อมูลไม่มีการ แจกแจงแบบปกติ จึงหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ ความกังวลต่ออาการชัก กับ การปฏิบัติของบิดา มารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูง ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบสเปียร์แมน (Spearman rank Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 92 คน ร้อยละ 81.5 เป็นมารดา ร้อยละ 45.7 มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 44.6 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (เฉลี่ย 30.84 ปี S.D.= 7.23) ร้อยละ 47.8 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา ร้อยละ 41.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง ครึ่งหนึ่ง มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 62.0 เป็นครอบครัวขยายอยู่ร่วมกับปู่ย่า ตายาย หรือญาติที่ น้อง ครึ่งหนึ่งเคยดูแลเด็กขณะที่มีอาการชัก ร้อยละ 53.3 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูง โดยร้อยละ 54.3 ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่พยาบาล และร้อยละ 44.6 ได้รับคำแนะนำจากแพทย์

ผู้ป่วยเด็กในปกครองของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 57.6 เป็นเพศชาย ร้อยละ 69.6 อายุต่ำกว่า 3 ปี ร้อยละ 73.9 มีอาการชักจากไข้สูงร้อยละ 26.1 เป็นโรคลมชัก ร้อยละ 53.3 การชักครั้งนี้เป็นครั้งแรก ร้อยละ 64.1 เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 80.4 ไม่มี บุคคลในครอบครัวเป็นโรคลมชัก ยาที่ได้รับในปัจจุบัน ร้อยละ 71.7 ได้รับยาลดไข้ และร้อยละ 37.0 ได้รับยา ควบคุมอาการชัก



การปฏิบัติของบิดามารดาเมื่อเด็กมีอาการชัก ร้อยละ 64.1 บิดามารดาปฏิบัติเมื่อเด็กมีอาการชักจากไข้ครั้งแรก และร้อยละ 35.9 บิดามารดาปฏิบัติเมื่อเด็กมีอาการชักจากไข้ซ้ำ โดยปฏิบัติตามการปฏิบัติที่ควรทำ ดังนี้ ร้อยละ 54.3 ช่วยลดอุณหภูมิร่างกายของเด็ก ร้อยละ 22.8 ปกป้องอันตรายโดยให้นอนบนพื้นนุ่มและปลอดภัย ร้อยละ 35.9 จัดให้เด็กนอนตะแคง ร้อยละ 33.7 สงบสติอารมณ์ ร้อยละ 52.2 สังเกตอาการและระยะเวลาของการชัก และปฏิบัติตามการปฏิบัติที่ไม่ควรทำดังนี้ ร้อยละ 81.5 รีบนำเด็กไปพบแพทย์อย่างเร่งด่วน โดยไม่ช่วยเหลือเบื้องต้น ร้อยละ 69.6 เขย่าและปลุก ขณะที่เด็กชัก ร้อยละ 63.0 กระตุกให้ตื่นขณะที่เด็กมี

อาการชัก ร้อยละ 12.0 พยายามช่วยเป่าปากฟันคั่นซีฟ ร้อยละ 25.0 จัดปากหรือฟันของเด็กที่กำลังชักและสอดใส่สิ่งของเข้าไปในปากของเด็ก ร้อยละ 6.5 ช่วยดูต่อน้ำลายน้ำมูกจากจมูกและปากของเด็ก ร้อยละ 2.2 ผูกยึดขณะที่เด็กมีอาการชัก ร้อยละ 7.6 นวดหัวใจ ดังตารางที่ 1

ความรู้เกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.31, p<.01$) แต่ทัศนคติและความกังวลเกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูงไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูง (n=92)

การปฏิบัติของบิดามารดา	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
การปฏิบัติที่ควรทำ		
ช่วยลดอุณหภูมิร่างกายของเด็ก	50 (54.3)	42 (45.7)
ปกป้องอันตรายโดยให้นอนบนพื้นนุ่มและปลอดภัย	21 (22.8)	71 (77.2)
จัดให้เด็กนอนตะแคง	33 (35.9)	59 (64.1)
สงบสติอารมณ์	31 (33.7)	61 (66.3)
สังเกตอาการและระยะเวลาของการชัก	48 (52.2)	44 (47.8)
การปฏิบัติที่ไม่ควรทำ		
ไม่ได้ทำอะไร	1 (1.1)	91 (98.9)
รีบนำเด็กไปพบแพทย์อย่างเร่งด่วน	75 (81.5)	17 (18.5)
เขย่าและปลุกขณะที่เด็กกำลังชัก	64 (69.6)	28 (30.4)
กระตุกให้ตื่นขณะที่เด็กมีอาการชัก	58 (63.0)	34 (37.0)
พยายามช่วยเป่าปากฟันคั่นซีฟจัดปาก/ฟันและสอดใส่ สิ่งของเข้าไปในปากของเด็ก	11 (12.0)	81 (88.0)
ช่วยดูต่อน้ำลายน้ำมูกจากจมูกและปากของเด็ก	23 (25.0)	69 (75.0)
ช่วยดูต่อน้ำลายน้ำมูกจากจมูกและปากของเด็ก	6 (6.5)	86 (93.5)
ผูกยึดขณะที่เด็กมีอาการชัก	2 (2.2)	90 (97.8)
ช่วยนวดหัวใจ	7 (7.6)	85 (92.4)



ตารางที่ 2 ค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และความกังวลเกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูงกับการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูง (n=92)

ปัจจัย	r_s	p-value
ความรู้เกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูง	.32*	.002
ทัศนคติเกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูง	.10	.101
ความกังวลเกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูง	-.09	.397

* $p < .01$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่บิดามารดามีความห่วงกังวลว่าอาการชักจากไข้เป็นอันตรายต่อชีวิตและบิดามารดามีทัศนคติเกี่ยวกับอาการชักจากไข้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต อาการชักจากไข้เป็นสาเหตุให้สมองถูกทำลาย ดังนั้น เมื่อเด็กมีอาการชักส่วนใหญ่บิดามารดาจึงรีบนำเด็กไปพบแพทย์อย่างเร่งด่วนโดยไม่ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อให้แพทย์รักษาเร็วที่สุดและประมาณสองในสามบิดามารดาจะเขย่าและปลุกและกระตุ้นให้ตื่นขณะที่เด็กมีอาการชัก อาจเนื่องจากเด็กส่วนใหญ่จะไม่รู้สึกตัวในขณะที่มีอาการชัก อาจเข้าใจว่าการเขย่าหรือกระตุ้นเด็กจะเป็นการปลุกให้เด็กตื่นและไม่เสียชีวิต ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าอาการชักในเด็กเป็นเหตุการณ์น่าตื่นตระหนก (Kayserili, et al., 2008) บิดามารดาารู้สึกช็อกและคิดว่าเด็กจะตาย (Baumer, David, Valentine, Roberts., & Hughes, 1981) เช่นเดียวกับการศึกษาของโคลาชิและทามอร์เรซซาดีช (Kolahi & Tahmoorezadeh, 2009) พบว่ามารดาที่มีความกังวลเด็กจะเป็นปัญญาอ่อน (mental retardation) และกลัวว่าจะมีความผิดปกติของการมองเห็น สูญเสียการได้ยิน สูญเสียความจำ สมองผิดปกติ พัฒนาการล่าช้า แพ้ยาและเสียชีวิต และจะรีบนำเด็กมาพบแพทย์ให้เร็วที่สุด

การปฏิบัติที่ควรทำของบิดามารดามีดังนี้ บิดามารดา ประมาณครึ่งหนึ่งช่วยลดอุณหภูมิร่างกายของเด็กและสังเกตอาการและระยะเวลาของการชัก ประมาณหนึ่งในสี่ปกป้องอันตรายโดยให้นอนบนพื้นนุ่มและปลอดภัย และประมาณหนึ่งในสามจัดให้เด็กนอนตะแคงและสงบสติอารมณ์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากบิดามารดาเกือบ

ครึ่งหนึ่งที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กขณะที่มีอาการชัก ดังนั้นบิดามารดาอาจไม่ทราบว่าจะต้องให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในขณะที่เด็กชัก และต้องระมัดระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่นำเด็กส่งโรงพยาบาล ดังการศึกษาของ พามาร์ ซาฮู และเบวเดการ์ (Parmar, Sahu, & Bavdekar, 2001) พบว่า บิดามารดา ร้อยละ 2.9 เช็ดตัวลดไข้ ร้อยละ 7.1 ระวังเกี่ยวกับการสำลักจากการอาเจียน และร้อยละ 2.9 จัดให้นอนราบช่วยป้องกันอันตราย และการศึกษาของ ฮวง ฮวง และโทมัส (Huang, Huang, & Thomas, 2006) พบว่า บิดามารดาของเด็กมีอาการชักจากไข้สูงครั้งแรก ร้อยละ 33 เช็ดตัวลดไข้ ร้อยละ 15 จัดให้เด็กนอนตะแคงขณะที่เด็กชัก และจากการศึกษาของ โคลาชิและทามอร์เรซซาดีช (Kolahi & Tahmoorezadeh, 2009) พบว่า ร้อยละ 76 ของมารดาไม่ทราบว่าจะต้องทำอะไรเมื่อเด็กมีอาการชักซ้ำ ดังการศึกษาของ พามาร์ ซาฮู และเบวเดการ์ (Parmar, Sahu, & Bavdekar, 2001) พบว่า ส่วนใหญ่บิดามารดาไม่ได้ปฏิบัติจัดการอาการชักก่อนที่นำเด็กมาโรงพยาบาล และการศึกษาของโคลาชิและทามอร์เรซซาดีช (Kolahi & Tahmoorezadeh, 2009) พบว่า ประมาณสองในสามบิดามารดาไม่ได้ปฏิบัติจัดการอาการชักก่อนพาเด็กมาโรงพยาบาล และการศึกษาของ ฮวง ฮวง และโทมัส (Huang, Huang, & Thomas, 2006) พบว่า เมื่อเด็กมีอาการชักจากไข้สูงครั้งแรก ส่วนใหญ่บิดามารดารีบพาเด็กมาพบแพทย์ และประมาณครึ่งหนึ่งบิดามารดาจะเขย่าและกระตุ้นเด็กให้รู้สึกตัวขณะที่มีอาการชัก

ความรู้เกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจาก



ไข้สูง ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าความรู้มีความสำคัญทำให้เกิดความเข้าใจในสิ่งที่จะปฏิบัติ บิดามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการชักจากไข้สูง การประเมินทางการแพทย์ ความเสี่ยงในการชักซ้ำหรือเป็นโรคลมชัก การได้รับยาควบคุมอาการชัก และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเมื่อเด็กมีอาการชัก ทำให้สามารถกระทำหรือจัดการ เมื่อเด็กมีอาการชักได้อย่างถูกต้อง เช่นเดียวกับการศึกษาของควัก และคิม (Kwak, & Kim, 2014) ศึกษาในผู้ดูแลของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยมีอาการชักจากไข้สูงชาวเกาหลี จำนวน 133 คน พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการเกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูง และการศึกษาของคานีมูรา และคณะ (Kanemura et al., 2013) พบว่า บิดามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับอาการชักจากไข้มาก่อนจะมีความตระหนักและจัดการภาวะชักได้เหมาะสมกว่าบิดามารดาที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูง

แต่ทัศนคติและความกังวลเกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูงไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากบิดามารดาทั้งหมดรู้สึกว่าการชักเป็นปัญหาและต้องการช่วยเหลือจากแพทย์ ส่วนใหญ่บิดามารดาที่มีความห่วงกังวลว่า

อาการชักจากไข้เป็นอันตรายต่อชีวิต และมีทัศนคติเกี่ยวกับอาการชักจากไข้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต อาการชักจากไข้เป็นสาเหตุให้สมองถูกทำลาย ดังนั้นส่วนใหญ่จึงรีบนำเด็กส่งโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด จึงอาจมีการปฏิบัติในเด็กที่มีอาการชักไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้พบว่าความรู้เกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูง ดังนั้น พยาบาลควรนำไปเป็นข้อมูลในการให้ความรู้แก่บิดามารดาของเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูง เพื่อส่งเสริมให้บิดามารดามีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับเด็ก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ ความห่วงกังวลเกี่ยวกับอาการชักจากไข้สูง และการปฏิบัติของบิดามารดาของเด็กที่ชักจากไข้สูงกับบิดามารดาของเด็กที่เป็นโรคลมชัก

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของบิดามารดาของเด็กที่ชักจากไข้สูง เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ M-C. Huang ที่อนุญาตให้นำเครื่องมือแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ ความห่วงกังวล และการปฏิบัติของบิดามารดาในเด็กที่ชักจากไข้สูง มาใช้ในการศึกษานี้ และขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่สนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

- ทัศนียา วังสะจันทานนท์ และอ้อมจิต ว่องวาณิช. (2555). ประสบการณ์ของมารดาและการจัดการภาวะไข้ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 30*(4), 117-123.
- 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.
- Baumer, J. H., David, T.J., Valentine, S. J., Roberts, J. E., & Hughes, B.R. (1981). Many parents think their child is dying when having a first febrile convulsion. *Developmental Medicine and Child Neurology, 23*, 462-464.
- Benter, S. E. (2005). Crisis intervention. In G. W. Stuart & M. T. Laraia (edition), *Principles and practice: Psychiatric nursing*. 8th ed (pp 221-238), St.Louis: Elsevier Mosby.
- Chung, B., Wat, L. C., & Wong, V. (2006). Febrile seizures in southern Chinese children: Incidence and recurrence. *Pediatric Neurology, 34*(2), 121-126.
- Flury, T., Aebi, C., Donati, F. (2001). Febrile seizures and parental anxiety: Does information help? *Swiss Medical Weekly, 22*, 131, 556-560.
- Friedman, M. J., & Sharieff, G. Q. (2006). Seizures in children. *Pediatric Clinics of North America, 53*(2), 257-277.
- Hesdorffer, D. C., Benn, E. K., Cascino, G. D., & Hauser, W. A. (2009). Is a first acute symptomatic seizure epilepsy? Mortality and risk for recurrent seizure. *Epilepsia, 50*(5), 1102-1108.
- Huang, M-C., Huang, C-C., & Thomas, K. (2006). Febrile convulsions: Development and validation of questionnaire to measure parental knowledge, attitude, concerns and practices. *Journal of the Formosan Medical Association, 105*(1), 38-46.
- Huang, MC., Liu, C-C., Huang, C-C., Thomas, K. (2002). Parental responses to first and recurrent febrile convulsions. *Acta Neurologica Scandinavica, 105*(4), 293-299.
- Kanemura, H., Sano, F., Mizorogi, S., Tando, t., Sugita, K., & Aihara, M. (2013). Parental thoughts and actions regarding their child's first febrile seizure. *Pediatrics International, 55*(3), 315-319.
- Kayserili, E., Unalp, A., Apa, H., Asilsoy, S., Hizrcioglu, M., Gulez, Pamir., & Agin, H. (2008). Parental knowledge and practices regarding febrile convulsions in Turkish children. *Turkish Journal Medical Sciences, 38*(4), 343-350.
- Kerr, C., Nixon, A., & Angalakuditi, M. (2011). The impact of epilepsy on children and adult patients' lives: Development of a conceptual model from qualitative literature. *Seizure, 20*(10), 764-774.
- Kolahi, A., & Tahmoorezadeh, S. (2009) First febrile convulsions: Inquiry about the knowledge attitudes and concerns of the patients' mothers. *European Journal of Pediatrics, 168*(2), 167-171.
- Kwak, AR., & Kim, JS. (2014). Caregivers'knowledge, concerns and management of pediatric febrile convulsions. *Child Health Nursing Research, 20*(3), 149-158.



- Lv, R., Wu, L., Jin, L., Lu, Q., Wang, M., Qu, Y., & Liu, H. (2009). Depression, anxiety and quality of life in parents of children with epilepsy. *Acta Neurologica Scandinavica*, 120(5), 335 -341.
- McNelis, A. M., Buelow, J., Myers, J., & Johnson E. A. (2007). Concerns and needs of children with epilepsy and their parents. *Clinical Nurse Specialist*, 21(4), 195-202.
- Modi, A. C. (2009). The impact of a new pediatric epilepsy diagnosis on parents: Parenting stress and activity patterns. *Epilepsy & Behavior*, 14(1), 237-242.
- Parmar, RC., Sahu, DR., & Bavdekar, SB. (2001). Knowledge, attitude and practices of parents of children with febrile convulsion. *Journal of Postgraduate Medicine*, 47(1), 19-23.
- Tonia, J., & Steven, J. J. (2007). Childhood Febrile Seizures: Overview and Implications. *International Journal of Medical Sciences*, 4(2), 110-114.
- Walsh, A., Edwards, H., & Fraser, J. (2007). Influences on parents' fever management: Beliefs, experiences and information sources. *Journal of Clinical Nursing*, 16(12), 2331-2340.
- World Health Organization. (2012). *Epilepsy: key fact*. Retrieved October 6, 2014, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/>.
- World Health Organization. (2012). *Management of febrile seizures*. Retrieved October 6, 2014, from http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/epilepsy/q3/en/ Management of febrile seizures.
- Yagil, D., & Skura-Elimeleh, Y. (2012). The impact of child and mother's characteristics on the adjustment of children with epilepsy. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 7(2), 174-185.