บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก

Relationships Among Social Support and Perceived Role of Professional Nurses, and Treatment Adherence Among Patients with Epilepsy

สุดาสวรรค์ ตรรกทวีผล[1], นพมาศ ขำสมบัติ[2], เรณู บุญช่วย[3]*

Sudasawan Takathaweephon[1], Nopamas Khjamsombat[2], Renoo Boonchuay[3]*

[1,2] อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

[1,2] Lecturer, Department of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Pathumthani University, Pathumthani, Thailand.

[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร

[3] Registered Nurse (Senior Professional Level) Prasat Neurological Institute, Bangkok, Thailand.

**ผู้รับผิดชอบหลัก: nopamas.k@ptu.ac.th*

**Corresponding author: nopamas.k@ptu.ac.th*

Received 17 April 2026 Revise 08 September 2026 Accept 05 October 2026

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก* ***วิธีดำเนินการ:*** *การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลมชักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทาง กรุงเทพมหานคร จำนวน 146 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพ และความร่วมมือในการรักษา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (IOC = 0.67-1.00) และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .93, .94 และ .99 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน* ***ผลการวิจัย****: พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรักษาและการรับรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด ขณะที่การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในระดับปานกลาง (r_s =.60, p <.001) และการรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในระดับต่ำ (r_s = .48, p < .001)* ***สรุป:*** *ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพควรเพิ่มบทบาทเชิงรุกในการสร้างระบบการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคลมชักโดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแลในการเฝ้าระวังและจัดการยากันชัก ควบคู่กับการพัฒนาบทบาทความรู้เฉพาะโรคลมชัก คำแนะนำเรื่องการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ และการติดตามอาการชักอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและควบคุมอาการชักได้ดีขึ้น อันนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคลมชัก*

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม; การรับรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพ; ความร่วมมือในการรักษา; โรคลมชัก

Abstract

***Objective**: To examine the relationships among social support, the perceived role of professional nurses, and treatment adherence among patients with epilepsy. **Methods:** This descriptive correlational study was conducted among 146 patients with epilepsy who received treatment at a specialized hospital in Bangkok and were selected using purposive sampling base on the specified criteria. The research instruments included a demographic questionnaire, a social support questionnaire, a perceived role of professional nurses questionnaire, and a treatment adherence questionnaire. The content validity of the instruments was assessed by three experts (IOC = 0.67–1.00), and Cronbach's alpha coefficients were .93, .94, and .99, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation. **Results**: Participants reported the highest levels of treatment adherence and perceived role of professional nurses, as well as a high level of social support. Correlation analysis revealed that social support had a moderate positive correlation with treatment adherence (r_s = .60, $p < .001$), whereas the perceived role of professional nurses had a low positive correlation with treatment adherence (r_s = .48, $p < .001$). **Conclusion:** These findings suggest that professional nurses should take a more proactive role in strengthening social support systems for patients with epilepsy, particularly by engaging family members and caregivers in monitoring an managing antiseizure medication use. Nurse should also provide disease-specific health education, medication adherence counseling, and continuous seizure monitoring to enhance treatment adherence, improve seizure control, and ultimately promote better health outcomes among patients with epilepsy.*

Keywords: Social support; Perecived role of professional nurses; Treatment adherence; Epilepsy

ความสำคัญของปัญหา

โรคลมชัก (Epilepsy) เป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบได้บ่อย ซึ่งส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อสุขภาวะของประชากรโลก โดยองค์การอนามัยโลก[1] รายงานว่ามีผู้ป่วยโรคลมชักทั่วโลกมากกว่า 50 ล้านคน สอดคล้องกับการวิเคราะห์ภาระโรคระดับโลกล่าสุดที่พบว่า ความชุกของโรคลมชักที่ปรับตามอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.8 ในช่วง ค.ศ. 1990–2021 และภาระโรคกว่าร้อยละ 80 กระจุกตัวอยู่ในประเทศรายได้น้อยถึงปานกลาง[2] สำหรับประเทศไทย สถาบันประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย[3] รายงานว่า ยังมีอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำในอัตราสูงจากการควบคุมอาการชักที่ไม่เพียงพอ โดยมีผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการที่สถาบันประสาทวิทยาต่อเนื่องหลักหมื่นครั้งต่อปีในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567[4] สะท้อนภาระทางสุขภาพและเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับโรคลมชักอยู่ในระดับสูง

แนวทางการรักษาหลักของโรคลมชักคือการใช้ยากันชักอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ[5] ซึ่งหากใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมสามารถควบคุมอาการชักได้ถึงร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมด[6] อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญที่พบบ่อยคือความร่วมมือในการรักษาที่ยังคงอยู่ในระดับต่ำ โดยมีรายงานระบุว่าผู้ป่วยร้อยละ 30–50 ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่แพทย์กำหนดได้อย่างต่อเนื่อง[1] ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการชักซ้ำและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น[7,8]ในประเทศไทย การศึกษาของ Kangwal, et al.[9] พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 40 ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยาได้อย่างต่อเนื่อง โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมทั้งลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย ระยะเวลาการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรค และปัจจัยด้านจิตสังคม[10] อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทยที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและ การรับรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพร่วมกันในฐานะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก จึงยังเป็นช่องว่างองค์ความรู้ที่ต้องการการศึกษาเพิ่มเติมในบริบทเฉพาะของผู้ป่วยไทย

ด้านปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมการศึกษาของ Alkoblan, et al.[11] และ Takahashi, et al.[12] ยืนยันว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก สะท้อนว่าเป็นปัจจัยภายนอกที่มีศักยภาพส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ในด้านบทบาทพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลถือเป็นบุคลากรด่านหน้า

ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนความร่วมมือของผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดของ Zoromski and Frazier[13] ตามแนวคิดของ Orem[14] ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนหนึ่งมีภาวะพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งพยาบาลทำหน้าที่เป็นระบบสนับสนุนให้ความรู้เพื่อชดเชยความพร่องดังกล่าว สอดคล้องกับกรอบความร่วมมือในการรักษาของ WHO[15] ที่จัดปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพและทีมผู้ให้บริการเป็นหนึ่งในห้ามิติสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาระดับประเทศล่าสุดของ Hutchinson, et al.[16] ที่ยืนยันว่าบทบาทพยาบาลด้านการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นกลไกสำคัญที่ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Saard[17] และ Siripoon[18] ที่ยืนยันผลลัพธ์เชิงประจักษ์ในบริบทไทย

จะเห็นได้ว่าความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชักได้รับอิทธิพลจากการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง และบทบาทของพยาบาลวิชาชีพเปรียบเสมือนกลไกที่ช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชักให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ประกอบกับช่องว่างองค์ความรู้ที่ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของทั้งสองปัจจัยนี้ร่วมกันในบริบทไทยดังที่กล่าวข้างต้น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชักในครั้งนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของระบบสาธารณสุขไทย ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับพยาบาลวิชาชีพในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลหรือโปรแกรมส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และบทบาทเชิงรุกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคลมชัก ที่จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยากันชักอย่างต่อเนื่อง ลดอัตราการชักซ้ำและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ตลอดจนยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมชักในระยะยาว

คำถามการวิจัย

1. ระดับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพ และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางเป็นอย่างไร
2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชักหรือไม่ อย่างไร
3. การรับรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชักหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

สมมติฐานการวิจัย

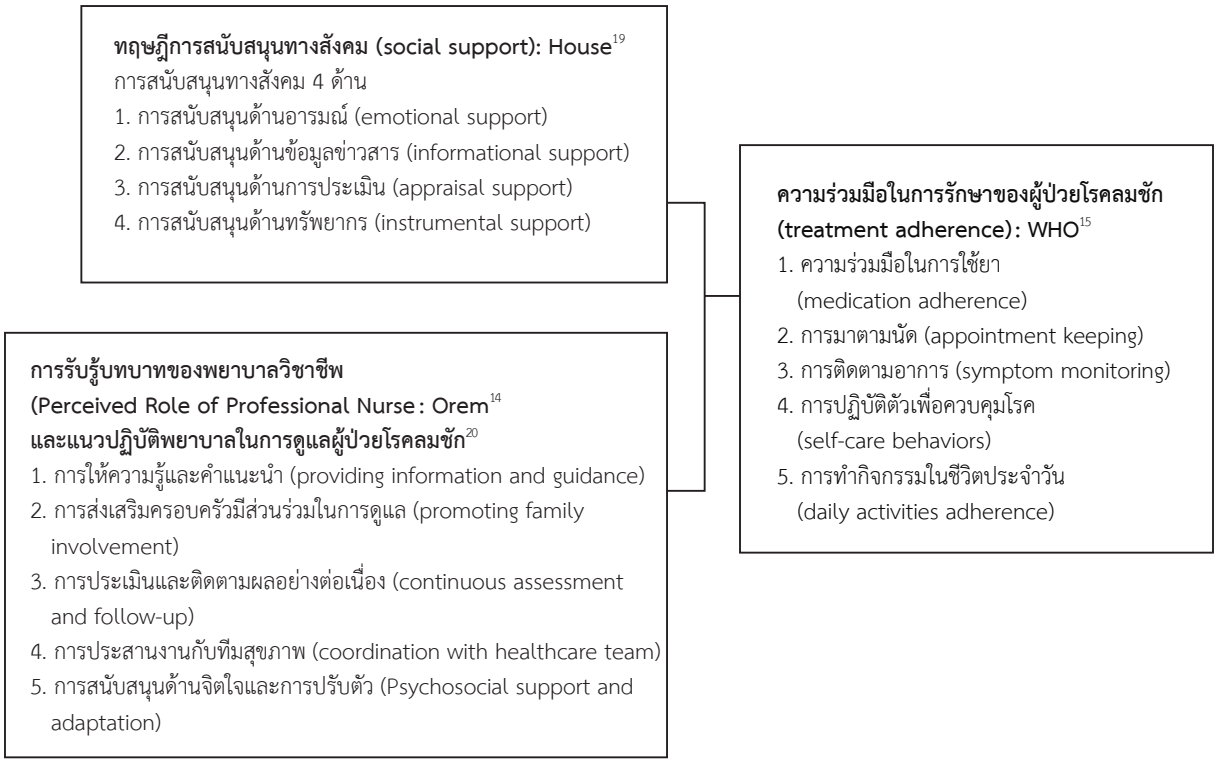
1. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก
2. การรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยผู้วิจัยได้บูรณาการกรอบแนวคิดจาก 3 แหล่งฐานข้อมูลหลัก ได้แก่ 1) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ของ House[19] 2) บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ (professional nursing roles) ของ Orem[14] ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคลมชัก[20] และ 3) แนวคิดความร่วมมือในการรักษา treatment adherence) ของผู้ป่วยโรคลมชัก ขององค์การอนามัยโลก[15]

ความเชื่อมโยงของตัวแปรทั้งสามมีฐานทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ การสนับสนุนทางสังคม[19] ช่วยเสริมการเผชิญความเจ็บป่วยเรื้อรัง สอดคล้องกับบทบาทพยาบาลในฐานะระบบสนับสนุนให้ความรู้ตามแนวคิดของ Orem[14] ที่เชื่อมโยงตรงกับความร่วมมือในการรักษาตามกรอบองค์การอนามัยโลก[15] ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมและบทบาทเชิงรุก

ของพยาบาลสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้น[7,8,13] ผู้วิจัยจึงบูรณาการแนวคิดทั้งสามเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษาครั้งนี้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคลมชัก ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติการรักษาต่อเนื่องและเข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2568 เป็นต้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ ผู้ป่วยโรคลมชัก ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยากันชักต่อเนื่องมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี เนื่องจากมีหลักฐานว่าช่วง 1-3 ปีแรกของการรักษาเป็นช่วงเสี่ยงต่อการไม่ให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจึงกำหนดเกณฑ์คัดเข้าขั้นต่ำที่ 1 ปี เพื่อครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงนี้[21] และไม่เคยได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดสมองเพื่อรักษาโรคลมชัก สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี ยินยอมและสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยแปลงค่า Cohen's d = 0.50 จากงานของ Al-Aqeel, et al[22] เป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ตามแนวทางที่ยอมรับได้[23] ได้ r = 0.24 คำนวณขนาดตัวอย่างด้วย G*Power 3.1[24] (สหสัมพันธ์แบบสองด้าน, α = .05, power = .80) ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 133 คน และเพิ่มร้อยละ 15 ตามแนวทางที่แนะนำสำหรับงานวิจัยทางคลินิก[25] เพื่อรองรับข้อมูลไม่สมบูรณ์หรือการถอนตัวของ ผู้เข้าร่วม ซึ่งหากไม่ชดเชยไว้จะทำให้อำนาจการทดสอบลดลงต่ำกว่าร้อยละ 80 ที่กำหนด รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 153 คน

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยาเลขที่โครงการ 69001 ให้การรับรองวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 โดยการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ และกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา ข้อมูลในการศึกษานี้จะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัย (ภายในตู้เอกสารที่มีระบบล๊อค) ส่วนข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จะถูกจัดเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน จำกัดการเข้าถึงเฉพาะทีมผู้วิจัย ไม่ระบุตัวตนผู้เข้าร่วมวิจัย และจะถูกทำลายภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยเช่นเดียวกับแบบสอบถามฉบับกระดาษและจะถูกทำลาย โดยผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการและการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคลมชักให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากการวิจัยฉบับนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการดำเนินวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria) ดังรายละเอียดในหัวข้อกลุ่มตัวอย่าง โดยการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงความจำนงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร (informed consent) ก่อนเริ่มต้นการเก็บข้อมูล

ในส่วนของขั้นตอนการดำเนินงาน ผู้วิจัยชี้แจงวิธีตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง แล้วให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-administered) ในพื้นที่ส่วนตัวของแผนก ระหว่างรอพบแพทย์ตามนัด โดยไม่จำกัดเวลา เพื่อลดอคติจากการมีผู้สัมภาษณ์ร่วมด้วย ทีมผู้วิจัย 2 คน บันทึกหมายเลขโรงพยาบาล (Hospital Number) ในบัญชีควบคุมแยกจากแบบสอบถามเพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลซ้ำ โดยแบบสอบถามกำกับด้วยรหัสลำดับแทนข้อมูลระบุตัวตน แจกทั้งหมด 153 ฉบับ ได้กลับคืน 146 ฉบับ (ร้อยละ 95.42) ส่วนที่ตอบไม่ครบถ้วนจะถูกคัดออก

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือทั้ง 3 ชุดพัฒนาโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ยกร่างข้อคำถามให้ครอบคลุมนิยามเชิงปฏิบัติการของแต่ละองค์ประกอบ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้วยดัชนี IOC ปรับปรุงและตัดข้อคำถามที่มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ออก แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงก่อนเก็บข้อมูลจริง ดังนี้

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรและประวัติการรักษา ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคลมชัก ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามตามกรอบแนวคิดของ House[19] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (emotional support): การได้รับความเห็นอกเห็นใจและกำลังใจ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support): การได้รับคำแนะนำและการปรึกษาเกี่ยวกับโรค 3) ด้านการประเมินค่า (appraisal support): การได้รับการยอมรับและการสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองและ 4) ด้านทรัพยากร (instrumental support): การได้รับความช่วยเหลือในด้านกิจวัตรประจำวันและค่าใช้จ่าย ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน (น้อยที่สุด) ถึง 5 คะแนน (มากที่สุด) คะแนนรวมสูงสะท้อนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง เช่น “ท่านมีคนที่คอยให้กำลังใจ” (ด้านอารมณ์) และ “ท่านมีคนคอยช่วยเหลือจัดการเรื่องยาและการพบแพทย์ตามนัด” (ด้านทรัพยากร)

ส่วนที่ 3: แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ WHO[15] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้ 1) ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence): ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาตามแผนการรักษา 2) การมาตามนัด (appointment keeping): การมาพบแพทย์ตามกำหนดเวลา 3) การติดตามอาการ (symptom monitoring): การสังเกตและบันทึกอาการชักหรือผลข้างเคียงจากยา 4) การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค (self-care behaviors): การปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การพักผ่อน และการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นและ 5) การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (daily activities adherence): การเลือกทำกิจกรรมที่ปลอดภัยต่อโรค ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน (ไม่ปฏิบัติเลย) ถึง 5 คะแนน (ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ) คะแนนรวมสูงสะท้อนความร่วมมือในการรักษาระดับสูง เช่น “ฉันรับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด” (การใช้ยา) และ “ฉันสังเกตอาการ

ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากโรคลมชัก" (การติดตามอาการ)

ส่วนที่ 4: แบบสอบถามบทบาทพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคลมชัก ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของ Orem[14] ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคลมชัก[20] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 5 บทบาท ได้แก่ 1) การให้ความรู้และคำแนะนำ (providing information and guidance) 2) การส่งเสริมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล (promoting family involvement) 3) การประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (continuous assessment and follow-up) 4) การประสานงานกับทีมสุขภาพ (coordination with health care team) และ 5) การสนับสนุนด้านจิตใจและการปรับตัว (psychosocial support and adaptation) ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน (ไม่เคยเลย) ถึง 5 คะแนน (เป็นประจำ/สม่ำเสมอ) คะแนนรวมที่สูงบ่งชี้ว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลมีบทบาทในการดูแลระดับสูง เช่น "พยาบาลอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชักอย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย"(การให้ความรู้และคำแนะนำ) และ "พยาบาลประเมินอาการและผลการรักษาของผู้ป่วยเป็นประจำ" (การประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง)

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของค่าเฉลี่ยคะแนนของแบบสอบถามทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา และแบบสอบถามบทบาทพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยคำนวณค่าเฉลี่ยรายด้านและรวมของแต่ละชุดแยกกัน แล้วแปลผลตามเกณฑ์อันตรภาคชั้นของ Best[26] เป็นรายเครื่องมือ ดังนี้ 4.21-5.00 มากที่สุด 3.41-4.20 มาก 2.61-3.40 ปานกลาง 1.81-2.60 น้อย และ 1.00-1.80 น้อยที่สุด ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา และแบบสอบถามบทบาทพยาบาลวิชาชีพ โดยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ประสาทวิทยา 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคลมชัก 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) เกณฑ์มากกว่า 0.5 จึงถือว่าใช้ได้[27] ผลพบว่าแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาและบทบาทพยาบาลวิชาชีพผ่านเกณฑ์ครบ 20 ข้อทั้งสองชุด ส่วนแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมตัดออก 2 ข้อที่ IOC ต่ำกว่าเกณฑ์ คงเหลือ 18 ข้อ (IOC = 0.67-1.00)

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ภายหลังการปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง ณ สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคลมชัก แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก และแบบสอบถามบทบาทพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคลมชัก เท่ากับ .93 .94 และ .99 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า 0.60 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้[28]

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Jamovi ซึ่งเป็นโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติแบบโอเพนซอร์ส (Open-source) ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนทางสังคม ระดับการรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ และระดับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก โดยก่อนดำเนินการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test ผลการตรวจสอบพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีค่าเท่ากับ 0.93 ($p < .001$) บทบาทของพยาบาลวิชาชีพมีค่าเท่ากับ 0.78 ($p < .001$) และความร่วมมือในการรักษามีค่าเท่ากับ 0.90 ($p < .001$) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าข้อมูลของตัวแปรทั้งหมดมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงเลือกใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เนื่องจากเป็นสถิติที่เหมาะสมสำหรับข้อมูลที่ไม่เป็นไปตามการแจกแจงแบบปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของ Best[26] โดยแบ่ง

ระดับความสัมพันธ์ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.81-1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับมาก 0.51 - 0.80 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง 0.21-0.50 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ 0.01-0.20 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยมาก และค่าเท่ากับ 0.00 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคลมชักที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 146 คน พบว่า เป็นเพศหญิง จำนวน 74 คน (ร้อยละ 50.68) และเป็นเพศชาย จำนวน 72 คน (ร้อยละ 49.32) ซึ่งใกล้เคียงกัน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.40 ปี (SD = 14.40) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 143 คน (ร้อยละ97.95) สถานภาพโสด จำนวน 103 คน (ร้อยละ 70.55) ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 83 คน (ร้อยละ 56.85) รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี จำนวน 56 คน (ร้อยละ 38.36) ส่วนใหญ่ว่างงาน จำนวน 67 คน (ร้อยละ 45.90) รองลงมาคือ ประกอบอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง จำนวน 31 คน (ร้อยละ 21.23) และประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 17 คน (ร้อยละ 11.64) ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์ระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชักระดับของการสนับสนุนทางสังคมและระดับการรับรู้ของบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าโดยรวม ผู้ป่วยโรคลมชักมีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.46, SD = 0.50) โดยจำแนกเป็นระดับมากที่สุด 103 คน (ร้อยละ 70.55) ระดับมาก 40 คน (ร้อยละ 27.40) และระดับปานกลาง 3 คน (ร้อยละ 2.05) ไม่พบผู้ที่มีความร่วมมือระดับน้อยหรือน้อยที่สุด ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก (M = 4.04, SD = 0.78) และมีการรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.40, SD = 0.80) โดยแปลผลตามเกณฑ์อันตรภาคชั้นของ Best[26] รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก ระดับของการสนับสนุนทางสังคม และระดับการรับรู้ของบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ (N = 146)

ตัวแปร	จำนวนข้อ	M	SD	แปลผล
1. ความร่วมมือในการรักษา	**20**	**4.46**	**0.50**	**มากที่สุด**
1.1 ความร่วมมือในการใช้ยา	5	4.57	0.69	มากที่สุด
1.2 การมาตามนัด	3	4.65	0.62	มากที่สุด
1.3 การติดตามอาการ	4	4.41	0.80	มากที่สุด
1.4 การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค	5	4.31	0.83	มากที่สุด
1.5 การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน	3	4.39	0.79	มากที่สุด
2. การสนับสนุนทางสังคม	**18**	**4.04**	**0.78**	**มาก**
2.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์	3	4.09	1.02	มาก
2.2 การสนับสนุนด้านข้อมูล	5	4.08	0.93	มาก
2.3 การสนับสนุนด้านประเมินค่า	4	3.79	1.15	มาก
2.4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร	6	4.14	1.00	มาก
3. การรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ	**20**	**4.40**	**0.80**	**มากที่สุด**
3.1 การให้ความรู้และคำแนะนำ	5	4.52	0.74	มากที่สุด
3.2 การส่งเสริมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล	4	4.42	0.92	มากที่สุด
3.3 การประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง	4	4.42	0.89	มากที่สุด
3.4 การประสานงานกับทีมสุขภาพ	3	4.24	1.06	มากที่สุด
3.5 การสนับสนุนด้านจิตใจและการปรับตัว	4	4.32	1.01	มากที่สุด

คะแนนเต็ม 5 คะแนน

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชักในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .60, p < .001) แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม

เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้มีความร่วมมือในการรักษาสูงขึ้น และยังพบอีกว่า การรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชักในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .48, p < .001) ซึ่งเป็นค่าที่ใกล้เคียงกับเกณฑ์ระดับปานกลาง (r_s ≥ .51) แสดงให้เห็นว่า การรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่มขึ้น มีแนวโน้มส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย แม้ความสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับการสนับสนุนทางสังคม รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก (N = 146)

	ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก	
ตัวแปร	**ค่าความสัมพันธ์ (r_s)**	**ระดับความสัมพันธ์**
การสนับสนุนทางสังคม	.60**	ปานกลาง
บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ	.48**	ต่ำ

** p <.001

การอภิปรายผลการวิจัย

ระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคลมชัก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง (M = 4.46, SD = 0.50 คิดเป็นร้อยละ 89.20 ของคะแนนเต็ม) และเมื่อพิจารณาเป็นรายระดับพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.95 อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด และไม่พบผู้ที่มีความร่วมมือในระดับต่ำ ซึ่งเมื่อเทียบเชิงทิศทางแล้วสูงกว่าอัตราการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่รายงานในการศึกษาก่อนหน้า Kangwal, et al.[9] พบว่าผู้ป่วยไทยร้อยละ 40 ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยาได้อย่างต่อเนื่อง และ Awan, et al.[7] พบอัตราการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาในระดับสูงเช่นกันในผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนี้เนื่องจากตัวชี้วัดต่างกัน (สัดส่วนผู้ไม่ปฏิบัติตามเทียบกับคะแนนเฉลี่ยจากมาตรวัด) การเปรียบเทียบจึงเป็นเพียงการเทียบเชิงทิศทาง มิใช่การเทียบค่าตัวเลขโดยตรงความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้รับการรักษาด้วยยากันชักต่อเนื่องมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และเข้ารับบริการที่สถาบันเฉพาะทางระดับตติยภูมิที่มีระบบติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง ปัจจัยด้านระยะเวลาการรักษาและบริบทสถานพยาบาลดังกล่าวอาจเอื้อให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับแผนการรักษาและมีความร่วมมือสูงกว่าบริบทอื่น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ ข้อสังเกตนี้จึงเป็นเพียงข้อสังเกตเชิงพรรณนาที่ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรักษา ผลการวิเคราะห์พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .60, p < .001) ซึ่งอาจสะท้อนว่าการสนับสนุนทางสังคมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย สอดคล้องกับทฤษฎีของ House[19] ที่จำแนกการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร ซึ่งแต่ละด้านมีกลไกเชื่อมโยงกับพฤติกรรมความร่วมมือตามกรอบแนวคิด WHO[15] ที่แตกต่างกัน เช่น การสนับสนุนด้านอารมณ์และการประเมินค่าช่วยลดความเครียดและเสริมพลังใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ขณะที่การสนับสนุนด้านข้อมูลและทรัพยากรช่วยลดอุปสรรคเชิงปฏิบัติ เช่น การเข้าถึงยาและการเดินทางมาตามนัด สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Shallcross, et al[29] ที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยากันชักในผู้ป่วยโรคลมชัก

เมื่อพิจารณาร่วมกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (อายุเฉลี่ย 36.40 ปี ส่วนใหญ่โสดร้อยละ 70.55 การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 56.85 และว่างงานร้อยละ 45.90) อาจสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างพึ่งพาการสนับสนุนจากคนใกล้ชิดเป็นหลักมากกว่าเครือข่ายอื่น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้สอบถามการรับรู้การสนับสนุนในภาพรวมไม่ได้จำแนกแหล่งที่มาอย่างจำเพาะเจาะจง ข้อสังเกตนี้จึงเป็นเพียงข้อสังเกตเชิงพรรณนาที่ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับความร่วมมือในการรักษาการรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (rs = .48, p < .001) สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Kalimashe and du Plessis30 ในผู้ป่วยจิตเวชที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การมีอยู่ของพยาบาลกับความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูงกว่า (r = .69) และ Aliafsari, Soleimani and Zirak31 ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจในพยาบาลกับความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูงเช่นกัน (r = .61) ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Zoromski and Frazier[13] ที่ระบุว่าบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการให้คำปรึกษาและการสร้างกลยุทธ์การดูแลเฉพาะบุคคลมีส่วนสำคัญในการประเมินอุปสรรคของการใช้ยาและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Saard17 ที่พบว่าการส่งเสริมบทบาทผู้ดูแลและให้ความรู้เชิงลึกช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักให้ดียิ่งขึ้น ความแตกต่างของขนาดความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาครั้งนี้กับการศึกษาข้างต้นอาจเนื่องมาจากความซับซ้อนของโรคลมชักที่มีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพหรือระยะเวลาในการดำเนินโรค อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ยังคงยืนยันว่าการรับรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก

องค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษานี้ คือหลักฐานเชิงประจักษ์ชิ้นแรกในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักไทยที่ชี้ให้เห็นว่า แม้ว่าการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษา แต่มีน้ำหนักความสำคัญไม่เท่ากันในบริบทของสถานพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิ โดยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์สูงกว่าการรับรู้บทบาทพยาบาลอย่างชัดเจน ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นทิศทางการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่ควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการพัฒนาบทบาทเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชักอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. เนื่องจากการวิจัยนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลเฉพาะทางเพียงแห่งเดียวในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยจึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคลมชักในบริบทอื่นที่มีความแตกต่างกัน เช่น โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค

2. การศึกษานี้มุ่งเน้นเพียงสองปัจจัยหลัก คือการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพ จึงยังไม่ครอบคลุมปัจจัยร่วมอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ ผลข้างเคียงจากยากันชัก หรือระดับความรุนแรงของโรค

3. ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาได้จากการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report) ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการรับรู้หรือการให้คำตอบที่สอดคล้องกับความคาดหวังทางสังคม (social desirability bias)

สรุป

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชัก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรักษาและรับรู้บทบาทพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรักษา และบทบาทพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงมีข้อเสนอแนะให้พยาบาลเพิ่มบทบาทเชิงรุกในการสร้างระบบการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับครอบครัว เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาที่มีประสิทธิผลให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพควรส่งเสริมให้ครอบครัวและคนใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การประเมินค่า และทรัพยากร ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในการศึกษานี้

2. ควรพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุกที่บูรณาการการเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมเข้ากับระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตามทางโทรศัพท์หรือระบบดิจิทัล เพื่อเฝ้าระวังอาการและสนับสนุนความร่วมมือในการรักษาให้มีประสิทธิผลมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาในครั้งต่อไปอาจขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมหลายสถาบันหรือหลายระดับสถานบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงทั่วไป (generalizability) ของผลการวิจัย

2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาเพิ่มเติม เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อด้านสุขภาพ และ

คุณภาพชีวิต โดยอาจใช้การวิเคราะห์โมเดลเชิงสาเหตุเพื่อทดสอบเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอย่างเป็นระบบ

3. ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมและบทบาทพยาบาลต่อความร่วมมือในการรักษาอย่างเป็นเหตุเป็นผล

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้เขียนบทความมีส่วนร่วมทุกกระบวนการวิจัย

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ และ ดร.ภัทร์พิชชา ครุฑางคะ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ที่ให้คำปรึกษาในกระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1 GBD Epilepsy Collaborators. Global, regional, and national burden of epilepsy, 1990-2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Public Health. 2025; 10(3): e203-27. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00302-5.

2 World Health Organization. Epilepsy [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 1]. Available from: https://www.who.int/health-topics/epilepsy

3 Epilepsy Society of Thailand. Clinical practice guidelines for epilepsy. Bangkok: Epilepsy Society of Thailand; 2021. Thai.

4 Statistical Unit, Neurological Institute of Thailand. Number of outpatients with epilepsy, 2022-2024 [Unpublished raw data]. Bangkok: Neurological Institute of Thailand; 2025. Thai.

5 Kanner AM, Bicchi MM. Antiseizure medications for adults with epilepsy: A review. JAMA. 2022; 327(13): 1269-1281. doi:10.1001/jama.2022.3880.

6 World Health Organization. Epilepsy: A public health imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2025 Oct 1]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/epilepsy-a-public-health-imperative

7 Awan SA, Khawaja I, Babar M, et al. Prevalence of non-adherence to antiepileptic drugs in patients with epilepsy presenting to emergency with fits. Cureus. 2022; 14(7): e27072. doi:10.7759 cureus.27072.

8 Kahsay GG, Gidey K, Berha AB. Treatment outcomes, medication adherence and predictors among patients with epilepsy in Mekelle City Hospitals, Ethiopia: A multicentre observational cross-sectional study. BMJ Open.2025;15(6):e097067. doi:10.1136/bmjopen-2024-097067.

9 Kangwal C, Kongsaktrakul C, Maneesriwongkol W, et al. Factors related to medication adherence in children with epilepsy. Rama Nurs J. 2017; 23(1): 44-59. Thai.

10 Mongkolpetch W, Jitpanya C. Factors related to antiepileptic drug adherence in post-neurosurgeries patients. Srinagarind Med J. 2023; 38(1): 70-76. Thai.

11 Alkoblan FI, Alsoadan MM, Alhajri AA, et al. Social anxiety, social support, and quality of life in patients with epilepsy at a tertiary care hospital in Saudi Arabia. Cureus. 2023; 15(9): e45447. doi:10.7759/cureus.45447.

12 Takahashi K, Fujikawa M, Ueno T, et al. Network analysis of the relationship between social support and quality of life in patients with epilepsy. Epilepsy Behav. 2023; 149: 109504. doi: 10.1016/j.yebeh.2023.109504.
13 Zoromski L, Frazier S. Nurses' role in promoting medication adherence. Nursing. 2023; 53(1): 39-44. doi: 10.1097/01.NURSE.0000902956.76232.93.
14 Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
15 World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
16 Hutchinson K, Ryder T, Coleman H, et al. Determining the role and responsibilities of the community epilepsy nurse in the management of epilepsy. J Clin Nurs. 2023; 32(13-14): 3730-45. doi: 10.1111/jocn.16582.
17 Saard N. The effects care of children with epilepsy on caregivers' knowledge and care behavior. Songkhla Hospital Academic Dissemination Document. 2024; 4: 1-15. Thai.
18 Siripoon P. The role of nurse in caring for children with epilepsy. J R Thai Army Nurses. 2022;23(2): 33-41. Thai.
19 House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and processes of social support. Annu Rev Sociol. 1988;14(1):293-318.
20 Neurological Institute of Thailand. Nursing care guidelines for patients with epilepsy for general nurses. 1st ed. Bangkok: Thana Place; 2020. Thai.
21 Yehenew N, Getnet M, Tesfaye T, et al. Non-adherence to epileptic medications among adult patients in South West Shewa Zone hospitals of central Ethiopia. Sci Rep. 2025; 15(1): 17309. doi:10.1038/s41598-025-00558-6.
22 Al-Aqeel S, Gershuni O, Al-Sabhan J, et al. Strategies for improving adherence to antiepileptic drug treatment in people with epilepsy. Cochrane Database Syst Rev. 2020; (10) doi:10.1002/14651858.CD008312.pub4.
23 Borenstein M, Hedges LV, Higgins JPT, Rothstein HR. Introduction to meta-analysis. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2009.
24 Faul F, Erdfelder E, Buchner A, et al. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009; 41(4): 1149-60. doi:10.3758/BRM.41.4.1149.
25 Suresh KP, Chandrashekara S. Sample size estimation and power analysis for clinical research studies. J Hum Reprod Sci. 2012; 5(1): 7-13. doi:10.4103/0974-1208.97779.
26 Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
27 Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Tijdschrift voor Onderwijsresearch. 1977; 2(2): 49-60.
28 Taber KS. The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. Res Sci Educ. 2018; 48(6): 1273-96. doi:10.1007/s11165-016-9602-2.
29 Shallcross AJ, Becker DA, Singh A, et al. Psychosocial factors associated with medication adherence in ethnically and socioeconomically diverse patients with epilepsy. Epilepsy Behav. 2015; 46: 242-5. doi:10.1016/j.yebeh.2015.01.034.
30 Kalimashe L, du Plessis E. Mental healthcare users' self-reported medication adherence and their perception of the nursing presence of registered nurses in primary healthcare. Health SA Gesondheid. 2021; 26: a1618.

31 Aliafsari Mamaghani E, Soleimani A, Zirak M. Trust in nurses and its association with medication adherence of cardiovascular patients: a descriptive correlational study. Int J Nurs Stud Adv. 2024; 7: 100278. doi:10.1016/j.ijnsa.2024.100278.