

นิพนธ์ฉบับ

Knowledge, attitudes, and practices of caregivers regarding febrile seizures in children in Pathum Thani Hospital

Satita Jeamsripong

Department of Pediatrics, Pathum Thani Hospital

Received June 26, 2025 Revised September 15, 2025 Accepted September 26, 2025

Abstract

Background: Febrile seizures are common in children aged 6 months to 5 years. Although generally benign, they often cause anxiety among caregivers due to misconceptions, such as fears of brain damage, developmental delay, or increased epilepsy risk. Inappropriate first aid during seizures may also lead to injury.

Objective: To assess caregivers' knowledge, attitudes, and practices (KAP) regarding febrile seizures and identify associated factors related to KAP.

Methods: A descriptive, prospective study was conducted at Pathum Thani Hospital from September 2024 to April 2025. A total of 478 caregivers of pediatric patients completed a 32-item KAP questionnaire of febrile seizures.

Results: Among the participants, 83.7% were female and 72.4% were mothers. Most had completed secondary education (51.9%) and had low income (78.0%). Overall, 59.6% had low knowledge scores (<70%). Common misconceptions included inserting objects into the mouth during seizures (46.5%), risk of permanent damage or death (72.6%), and increased epilepsy risk (68.7%). Most caregivers (89.2%) felt anxious and unsure how to respond during seizures. However, many reported correct practices such as staying calm (87.8%), tepid sponging (85.7%), and bringing the child to hospital promptly (97.2%). Logistic regression analysis identified significant associations between higher caregivers' knowledge and the following factors: child's birth order ≥ 4 , diagnosis of febrile seizures, a family history of febrile seizures, and education (voc. cert., high voc. cert., and bachelor's degree). Factors influencing attitudes included child's age ≥ 5 years, seizure history (1-3 times), and bachelor's degree. Factors influencing practices included diagnosis of febrile seizure. Good knowledge was significantly associated with a positive attitude ($OR_{adjusted} = 4.6$) and appropriate practices ($OR_{adjusted} = 2.1$)

Conclusion: Most caregivers had inadequate knowledge and some misconceptions about febrile seizures. Educational interventions are needed to improve understanding, reduce anxiety, and promote appropriate management.

Keywords: Anxiety, Febrile seizures, Caregiver practices, Knowledge, Attitudes, Practices (KAP)

ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ในเด็กของผู้ดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลปทุมธานี

สาธิตา เจียมศรีพงษ์

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลปทุมธานี

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะชักจากไข้พบได้บ่อยในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี แม้ส่วนใหญ่เป็นภาวะที่ไม่รุนแรง แต่อาจทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อความพิการทางสมอง พัฒนาการล่าช้า และโรคลมชัก การปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่ไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่เด็กได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับอาการชักจากไข้ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัว

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า ที่โรงพยาบาลปทุมธานี ตั้งแต่เดือนกันยายน 2567 ถึงเมษายน 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็ก 478 คน ที่ตอบแบบสอบถาม KAP จำนวน 32 ข้อ

ผลการศึกษา: ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.7 และเป็นมารดา ร้อยละ 72.4 ผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 59.6 มีคะแนนความรู้ต่ำ ร้อยละ <70 โดยความเข้าใจผิดที่พบบ่อย ได้แก่ การใส่วัตถุในปากระหว่างชัก ร้อยละ 46.5% เชื่อว่าอาการชักอาจทำให้พิการหรือเสียชีวิต ร้อยละ 72.6 และเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคลมชัก ร้อยละ 68.7 ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่รู้สึกกังวล ร้อยละ 89.2 แต่มีแนวโน้มปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เช่น ตั้งสติ ร้อยละ 87.8% เช็ดตัวลดไข้ ร้อยละ 85.7 และนำเด็กส่งโรงพยาบาลทันที ร้อยละ 97.2 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรู้ที่ดี เช่น ผู้ป่วยเด็กเป็นบุตรลำดับที่ 4 หรือมากกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะชักจากไข้ ประวัติครอบครัวมีภาวะชักจากไข้ และระดับการศึกษา (ปวช. ปวส. และปริญญาตรี) ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติเชิงบวกของผู้ดูแลเด็ก คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีผู้ป่วยอายุมากกว่า 5 ปี ประวัติภาวะชักจากไข้ (1-3 ครั้ง) และการศึกษาระดับปริญญาตรี ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมที่ดี คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะชักจากไข้ ความรู้ในระดับดีมีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่ดี ($OR_{adjusted} = 4.6$) และแนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ($OR_{adjusted} = 2.1$) อย่างมีนัยสำคัญ

สรุป: ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ยังมีความรู้เกี่ยวกับอาการชักจากไข้ที่ไม่เพียงพอและมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน ดังนั้นควรส่งเสริมการให้ความรู้เพื่อเพิ่มความเข้าใจที่ถูกต้อง ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมการปฏิบัติที่เหมาะสม

คำสำคัญ: อาการชักจากไข้, ความวิตกกังวล, ผู้ดูแลเด็ก, ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัว (KAP)

บทนำ

ภาวะชักจากไข้ในเด็ก เป็นภาวะชักที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี¹ พบอุบัติการณ์ของภาวะนี้ประมาณร้อยละ 2-5 ของเด็กในประเทศสหรัฐอเมริกา และในยุโรป² และพบรายงานมากขึ้นในประเทศแถบเอเชีย เช่น เกาหลี ญี่ปุ่น สิงคโปร์ ประมาณ ร้อยละ 8-10^{3,4} ส่วนมากพบในช่วงอายุตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 5 ปี⁵⁻⁷ นิยามของภาวะชักจากไข้ (febrile seizure) ตาม The International League Against Epilepsy (ILAE) คือ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส แล้วกระตุ้นให้เกิดการชัก โดยสาเหตุของการชักไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง⁸ อย่างไรก็ตามสาเหตุของภาวะชักจากไข้ ยังไม่เป็นที่แน่ชัด แต่อาจเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากไข้ ร้อยละ 30-50 มีประวัติคนในครอบครัวที่มีภาวะชักจากไข่มาก่อน⁵⁻⁷ ส่วนใหญ่เป็นภาวะที่ไม่เป็นอันตรายรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต และมักไม่มีผลกระทบต่อสมองหรือระดับสติปัญญาของผู้ป่วย แม้มีโอกาสเกิดภาวะชักจากไข้ซ้ำได้ร้อยละ 30⁹⁻¹² ส่วนใหญ่ภาวะนี้มักหายได้เองเมื่อโตขึ้น โดยภาวะชักจากไข้ที่ไม่ซับซ้อนมีโอกาสเกิดโรคลมชักในอนาคตร้อยละ 1-2 ซึ่งใกล้เคียงกับโอกาสเกิดโรคลมชักในประชากรทั่วไปที่ไม่เคยมีภาวะชักจากไข้¹⁰

ส่วนมากผู้ดูแลเด็กมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการดูแลรักษาเบื้องต้นของภาวะชักจากไข้ และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลจากภาวะชักที่มีต่อสมอง เข้าใจผิดว่าอาจทำให้พัฒนาการช้า ระดับสติปัญญาลดลง โอกาสการเกิดชักซ้ำสูงมาก มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคลมชัก รวมถึงมีโอกาสเสียชีวิตสูง เกิดความเครียดและความวิตกกังวลซึ่งส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้^{5,13-21} โดยหนึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากไข้ที่สำคัญมาก คือ การให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลเด็ก ดังนั้นการมีเครื่องมือที่ช่วยประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจถึงความกังวล และสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องได้อย่างตรงจุด จะช่วยให้ผู้ดูแลเด็กคลายความกังวล แก้ไขความเข้าใจผิดและเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ดูแลเด็กในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้ได้ดีขึ้น เนื่องจากยังมีศึกษาเกี่ยวกับด้านนี้ค่อนข้างจำกัด ดังนั้นวัตถุประสงค์ของงานวิจัยจึงทำเพื่อประเมินความรู้ ทักษะ แนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ในเด็ก โดยเป็นผู้ดูแลเด็กที่พาผู้ป่วยเด็กมาเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของกลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลปทุมธานี ด้วยภาวะชักจากไข้และโรคอื่น ๆ และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็ก เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมความรู้ สร้างความเข้าใจและแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสมในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับอาการชักจากไข้ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัว

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า (prospective descriptive study) ใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (index of item objective congruence: IOC) 0.8 เพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และ การแนวทางการปฏิบัติตัวของ ผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ในเด็ก ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2568 โดย ผู้ดูแลเด็กผ่านเกณฑ์คัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มการศึกษาลงนามในแบบเอกสารยินยอม โดยได้รับคำบอกกล่าวและ เต็มใจในการเข้าร่วมในงานวิจัย (informed consent) โดยทดสอบการทำแบบสอบถามเบื้องต้น (pilot study) กับ ผู้ดูแลเด็ก จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ จากนั้นแก้ไขปรับปรุงคำถาม ก่อนนำมาใช้จริง ขั้นตอนการศึกษานี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาล ปทุมธานี ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลการวิจัย เลขที่รับรอง EC-PTH A060-67

กลุ่มประชากรตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กโดยผู้ดูแลมีอายุ ตั้งแต่ 18 ปี ที่พาผู้ป่วยเด็ก อายุไม่เกิน 15 ปี มารับ บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน กลุ่มงานกุมารเวชกรรม ของโรงพยาบาลปทุมธานี ด้วยภาวะชักจากไข้ และ โรคอื่น ๆ

เกณฑ์คัดเลือกเข้าในการวิจัย คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถพูดหรืออ่าน หรือเขียน ภาษาไทยได้เข้าใจ และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์คัดเลือกรอกจากการวิจัย คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี หรือ ไม่สามารถพูด หรือ อ่าน หรือเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการตั้งสมมุติฐานความชุกในเรื่องความรู้ ทักษะ และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อภาวะชักจากไข้ในเด็ก ที่ยังมีไม่เพียงพอหรือยังเข้าใจผิด ประมาณร้อยละ 50 สามารถคำนวณขนาดตัวอย่าง (n) จากสูตร ดังนี้

$$n = (Z^2 \times p \times (1-p)) \div d^2$$

โดยที่

Z = ค่าคงที่จากตาราง Z ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ต้องการ (แทนค่า 1.96 สำหรับระดับความเชื่อมั่น 95%)

p = ความชุกของความรู้หรือพฤติกรรมที่สนใจ (แทนค่า 0.5 สำหรับความชุกของความรู้)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (แทนค่า 0.05 สำหรับความคลาดเคลื่อน 5%)

แทนค่าจากสูตรดังนี้

$$n = ((1.96)^2 \times 0.5 \times (1-0.5)) \div (0.05)^2 = (3.8416 \times 0.25) \div 0.0025 = 384.16$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่างอย่างน้อยที่สุดคือ 385 คน จากนั้นมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เท่ากับ 424 คน เพื่อชดเชยการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือการขาดหายของข้อมูล การศึกษานี้มีการเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมทั้งหมด จำนวน 478 คน

เครื่องมือที่ใช้

ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษาประกอบด้วย อายุ เพศ เชื้อชาติ อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็ก ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย อายุ เพศ วันเดือนปีเกิด เป็นบุตรลำดับที่ เคยมีภาวะชักจากไข้ จำนวนครั้งของภาวะชักจากไข้ ประวัติคนในครอบครัวมีภาวะชักจากไข้ มีเครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ในเด็ก ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ โดยให้ตอบถูกหรือผิด ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ช่วงระดับคะแนน คือ 0 ถึง 10 คะแนน แบ่งระดับความรู้ ดังนี้ หากน้อยกว่า ร้อยละ 70 จัดอยู่ในความรู้ระดับน้อย และมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70 จัดอยู่ในความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบคำถามเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อภาวะชักจากไข้ จำนวน 12 ข้อ แบ่งคะแนนตาม Likert scale เป็น 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 0 คะแนน ไม่เห็นด้วย ได้ 1 คะแนน รู้สึกเฉยๆหรือไม่แน่ใจ ได้ 2 คะแนน เห็นด้วย ได้ 3 คะแนน และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 4 คะแนน โดยคำถามมีทั้งแบบคำถามทัศนคติเชิงบวก และเชิงลบ แบ่งระดับทัศนคติ ดังนี้ หากน้อยกว่าร้อยละ 70 จัดอยู่ในทัศนคติเชิงลบ และตั้งแต่ร้อยละ 70 จัดอยู่ในทัศนคติเชิงบวกต่อภาวะชักจากไข้ในเด็ก

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบคำถามแนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อเด็กมีอาการชักจากไข้ จำนวน 10 ข้อ โดยให้ตอบถูกหรือผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ช่วงระดับคะแนน คือ 0 ถึง 10 คะแนน แบ่งระดับแนวทางการปฏิบัติตัว หากน้อยกว่า ร้อยละ 70 จัดอยู่ในแนวทางการปฏิบัติตัวที่ไม่ดี และมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70 จัดอยู่ในแนวทางการปฏิบัติตัวที่ดี

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กโดยถามความสมัครใจยินยอมเข้าร่วมวิจัยนี้ โดยการเก็บแบบสอบถามมี 2 วิธี คือ ผู้สัมภาษณ์ถามผู้ดูแลเด็กโดยตรงหรือให้ผู้ดูแลเด็กกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองในกระดาษคำถามวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 4 หน้ากระดาษ A4 ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและความสะดวกของผู้ดูแลเด็ก

การวิเคราะห์ทางสถิติ สถิติเชิงพรรณนาแสดงค่าความถี่เป็นร้อยละสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณที่แจกแจงแบบปกติ และสถิติเชิงอนุมาน

(inferential statistics) โดยใช้ binary logistic regression analysis โดย univariate analysis ใช้คัดเลือกปัจจัยที่เป็นข้อมูลพื้นฐานทั่วไปที่ส่งผลต่อความรู้ ทักษะ และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ โดยมีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.2 จากนั้นนำปัจจัยที่ได้มาสร้างโมเดลทางสถิติด้วย multivariable logistic regression รายงานผลเป็นค่า odds ratios และ 95% confidence interval โดยค่า p value ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ทางสถิติทั้งหมดใช้โปรแกรม STATA version 19 (College Station, TX, USA)

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 478 คน ผู้ดูแลเด็กเป็นเพศหญิง 400 คน ร้อยละ 83.7 และส่วนใหญ่เป็นมารดา 346 คน ร้อยละ 72.4 (ตารางที่ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ถึง 69 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 25 ปี ถึง 34 ปี 192 ราย ร้อยละ 40.1 อายุเฉลี่ย 34.4 ± 11.3 ปี เป็นชาวไทย 444 คน ร้อยละ 92.9 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 248 คน ร้อยละ 51.9 ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ จำนวน 373 ราย ร้อยละ 78.0 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท และส่วนใหญ่ มีเครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน จำนวน 308 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.4 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเด็ก เป็นเพศชาย 249 คน ร้อยละ 52.1 มีอายุตั้งแต่ 2 วันถึง 14 ปี 8 เดือน มีอายุเฉลี่ย 3.6 ± 4.1 ปี ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี จำนวน 177 คน ร้อยละ 37.0 ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก จำนวน 232 คน ร้อยละ 48.5 พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะชักจากไข้ คิดเป็น 139 คน ร้อยละ 29.1 และเป็นภาวะชักจากไข้ครั้งแรก คือ จำนวน 87 คน ร้อยละ 56.9 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติคนในครอบครัวมีภาวะชักจากไข้มาก่อน และผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ ไม่มีพี่หรือน้องที่มีภาวะชักจากไข้ จำนวน 442 คน ร้อยละ 92.5

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลเด็กและผู้ป่วยเด็ก จำนวน 478 คน

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนคน (ร้อยละ)
เพศของผู้ดูแลเด็ก	
เพศหญิง	400 (83.7)
เพศชาย	78 (16.3)
ความสัมพันธ์กับเด็ก	
บิดา	72 (15.1)
มารดา	346 (72.4)
ญาติ	60 (12.5)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนคน (ร้อยละ)
ช่วงอายุของผู้ดูแลเด็ก (ปี)	
น้อยกว่า 25	83 (17.3)
25-34	192 (40.1)
35-44	123 (25.7)
45-59	60 (12.5)
มากกว่าหรือเท่ากับ 60	20 (4.1)
เชื้อชาติ	
ไทย	444 (92.9)
ต่างชาติ	34 (7.1)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้รับการศึกษา-ประถมศึกษา	90 (18.8)
มัธยมศึกษา	248 (51.9)
ปวช. ปวส.	66 (13.8)
ปริญญาตรี	72 (15.1)
สูงกว่าปริญญาตรี	2 (0.4)
ระดับรายได้ต่อเดือน (บาท)	
0-15,000	373 (78.0)
15,001-30,000	84 (17.6)
มากกว่า 30,000	21 (4.4)
เครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน	
มี	308 (64.4)
ไม่มี	170 (35.6)
เพศของผู้ป่วย	
หญิง	229 (47.9)
ชาย	249 (52.1)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนคน (ร้อยละ)
อายุของผู้ป่วย	
น้อยกว่า 6 เดือน	162 (33.9)
6 เดือน-5 ปี	177 (37.0)
มากกว่า 5 ปี	139 (29.1)
ผู้ป่วยเป็นบุตรลำดับที่	
1	232 (48.5)
2	157 (32.8)
3	72 (15.1)
มากกว่าเท่ากับ 4	17 (3.5)
การวินิจฉัยโรค	
โรคอื่นๆที่ไม่ใช่ ภาวะชักจากไข้	254 (53.1)
ภาวะชักจากไข้	139 (29.1)
โรคทางระบบประสาทที่ไม่มีภาวะชักจากไข้	78 (16.3)
โรคลมชักที่เคยมีประวัติภาวะชักจากไข้	7 (1.5)
จำนวนครั้งของภาวะชักจากไข้ (N=139)	
1	87 (56.9)
2	14 (9.1)
3	20 (13.1)
มากกว่าเท่ากับ 4	32 (20.9)
ผู้ป่วยมีคนในครอบครัวเคยมีภาวะชักจากไข้	
ไม่ใช่	398 (83.3)
ใช่	80 (16.7)
ประวัติพี่น้องของผู้ป่วยเคยมีภาวะชักจากไข้	
ไม่ใช่	442 (92.5)
ใช่	36 (7.5)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ของผู้ดูแลเด็ก 478 คน จำนวน 10 ข้อ ได้คะแนน 2 ถึง 10 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 6.1 คะแนน พบว่าผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ยังมีความรู้เกี่ยวกับภาวะชักจากไข้น้อย คือ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 70 จำนวน 285 คน ร้อยละ 59.6 ส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ในข้อคำถาม เช่น ภาวะชักจากไข้ มีโอกาสชักซ้ำได้หากมีไข้ ชะกชักไม่ควรกดหน้าอก เป่าปากเพื่อช่วยหายใจ ชะกชักควรจัดท่านอนหงายหรือนอนตะแคงศีรษะต่ำ เป็นต้น และผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ในข้อคำถาม เช่น ทำให้พัฒนาการช้า สมองได้รับบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิตได้ ทำให้มีความเสี่ยงโรคลมชักมากกว่าคนทั่วไป และชะกชักควรใช้อุปกรณ์ใส่ในปาก เพื่อป้องกันการกัดลิ้น เป็นต้น (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ของผู้ดูแลเด็ก จำนวน 478 คน

คำถาม	จำนวนคนที่ตอบถูก (ร้อยละ)
1. ภาวะชักจากไข้ พบได้ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี (ถูก)	344 (71.9)
2. ภาวะชักจากไข้ มีโอกาสชักซ้ำได้หากมีไข้ (ถูก)	431 (90.3)
3. ชะกชักควรใช้อุปกรณ์ใส่ในปาก เพื่อป้องกันการกัดลิ้น (ผิด)	256 (53.5)
4. ชะกชักควรกดหน้าอก เป่าปากช่วยหายใจ (ผิด)	387 (79.0)
5. ชะกชักควรจัดท่านอนหงายหรือนอนตะแคงศีรษะต่ำ (ถูก)	337 (70.5)
6. ภาวะชักจากไข้ ทำให้พัฒนาการช้า สมองได้รับบาดเจ็บ พิการ เสียชีวิตได้ (ผิด)	131 (27.4)
7. ภาวะชักจากไข้ ทำให้มีความเสี่ยงโรคลมชักมากกว่าคนทั่วไป (ผิด)	150 (31.3)
8. บ้างก็เสี่ยงภาวะชักจากไข้ คือ มีประวัติคนในครอบครัวที่มีภาวะชักจากไข้ (ถูก)	287 (58.1)
9. ผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากไข้ควรได้รับยากันชักทุกราย (ผิด)	279 (58.3)
10. ผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากไข้ควรตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองทุกราย (ผิด)	317 (66.3)

ด้านทัศนคติเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ของผู้ดูแลเด็ก จาก Likert scale จำนวน 12 ข้อ พบว่าผู้ดูแลเด็กยังมีทัศนคติภาวะชักจากไข้เชิงลบ (ตารางที่ 3) ในหัวข้อความรู้สึกกลัว กังวล ไม่ทราบว่าควรทำอย่างไร กังวลเรื่องภาวะชักซ้ำได้หากมีไข้ เรื่องพัฒนาการช้า มีความเสี่ยงสูงในการเป็น โรคลมชัก และมีโอกาสเสียชีวิต เป็นต้น และผู้ดูแลเด็กมีทัศนคติเชิงบวกในด้านการดูแล เช่น ควรดูแลผู้ป่วยเด็กที่เคยมีภาวะชักจากไข้อย่างใกล้ชิด ควรมีเครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน อยากให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้และแนวทางปฏิบัติ เป็นต้น นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลเด็ก 259 คน ร้อยละ 54.1 คิดว่าหากบุตรหลานมีภาวะชักจากไข้ที่อาจต้องนอนโรงพยาบาล ไม่มีผลกระทบต่อฐานะทางการเงิน ผู้ดูแลเด็ก 225 คน ร้อยละ 47.0 คิดว่าไม่จำเป็นต้องพาไปพบแพทย์หลายโรงพยาบาล และ

ผู้ดูแลเด็กส่วนน้อย จำนวน 119 คน ร้อยละ 24.8 เห็นว่าไม่จำเป็นต้องไปพบ กุมารแพทย์ระบบประสาทและสมองโดยตรง จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีความกังวลในภาวะชักจากไข้ก่อนข้างสูง

ตารางที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ของผู้ดูแลเด็ก จำนวน 478 คน

คำถาม	จำนวนคนที่มิตักษะเชิงบวก (ร้อยละ)
1. ท่านกลัว กังวล ไม่ทราบว่าจะควรทำอะไร หากบุตรของท่านเกิดภาวะชักจากไข้	52 (10.8)
2. ท่านกังวลเรื่องชักจากไข้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต	40 (8.3)
3. ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากไข้ อาจมีพัฒนาการช้า	85 (17.7)
4. ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากไข้ มีโอกาสเสียชีวิตได้	83 (17.3)
5. ท่านคิดว่าควรดูแลผู้ป่วยที่เคยมีภาวะชักจากไข้อย่างใกล้ชิด	460 (96.2)
6. ท่านคิดว่าภาวะชักจากไข้ หายได้เอง เมื่อโตขึ้น	297 (62.1)
7. ท่านคิดว่าควรมีเครื่องวัดอุณหภูมิในบ้านที่มีผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากไข้	452 (94.5)
8. ท่านคิดว่าภาวะชักจากไข้มีความเสี่ยงสูงในการเป็นโรคลมชักได้มากกว่าคนปกติ	102 (21.3)
9. ท่านอยากให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติ	454 (94.9)
10. ควรพาผู้ป่วยเด็กไปพบแพทย์หลายโรงพยาบาลเพื่อความมั่นใจ	225 (47.0)
11. ควรพาผู้ป่วยเด็กไปพบกุมารแพทย์ระบบประสาทและสมองโดยตรง	119 (24.8)
12. หากบุตรหลานมีภาวะชักจากไข้ที่อาจต้องนอนโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อฐานะทางการเงินของครอบครัว	259 (54.1)

แนวทางการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ของผู้ดูแลเด็ก จำนวน 10 ข้อ ได้ตั้งแต่ 3 ถึง 10 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 7.0 คะแนน พบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีแนวทางการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ที่ดี คือ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 70 คือ จำนวน 292 คน ร้อยละ 61.1 (ตารางที่ 4) พบว่าแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กที่ถูกต้อง เช่น ตั้งสติ สังเกตท่าชักและระยะเวลาที่ชัก ร้อยละ 87.8 เช็ดตัวเพื่อลดไข้ ร้อยละ 85.7 และรีบพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 97.2 ส่วนแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กที่ควรปรับปรุง เช่น ควรถ่ายวิดีโอบันทึกเหตุการณ์ขณะชักถ้าทำได้ ไม่จำเป็นต้องกระตุ้นให้ตื่น เช่น เขย่าตัว ปลุกให้ตื่น และพบว่าผู้ดูแลเด็กบางส่วนยังมีความเข้าใจผิดในเรื่องการช่วยเหลือขณะชัก เช่น จับอ้าปาก ใช้อุปกรณ์ใส่ในปาก เพื่อป้องกันการกัดลิ้น เช่น ช้อน นิ้วมือ ผ้า เป่าปากรวมถึงการกดนวดหัวใจ เป็นต้น

ตารางที่ 4 แนวทางการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ของผู้ดูแลเด็ก จำนวน 478 คน

คำถาม	จำนวนคนที่ตอบถูก (ร้อยละ)
1. ตั้งสติ สังเกตท่าชักและระยะเวลาที่ชัก (ถูก)	420 (87.8)
2. ถ่ายวิธีโอบันทีกเหตุการณ์ขณะชัก (ถูก)	181 (37.8)
3. ใช้เครื่องวัดอุณหภูมิเพื่อวัดไข้ (ถูก)	320 (66.9)
4. กระตุ้นให้ตื่น เช่น เขย่าตัว ปลุกให้ตื่น (ผิด)	208 (43.5)
5. จัดท่านอนหงายหรือนอนตะแคงให้ศีรษะต่ำ (ถูก)	359 (75.1)
6. จับอ้าปาก ใช้อุปกรณ์ใส่ในปาก เช่น ช้อน นิ้วมือ ผ้า (ผิด)	279 (58.3)
7. คุ้มพบบื่องตัน ด้วยการเป่าปาก และ/หรือ กดนวดหัวใจ (ผิด)	370 (77.4)
8. เช็ดตัวเพื่อลดไข้ (ถูก)	410 (85.7)
9. ให้รับประทานยาลดไข่วันที่ขณะชัก (ผิด)	348 (72.8)
10. รับพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน (ถูก)	465 (97.2)

จากการวิเคราะห์แบบปัจจัยเดียวที่สัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ พบว่าความรู้ของผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับช่วงอายุ การวินิจฉัย ผู้ป่วยเป็นบุตรลำดับที่ จำนวนครั้งของภาวะชักจากไข้ ผู้ป่วยมีคนในครอบครัวเคยมีภาวะชักจากไข้ ประวัติพี่น้องของผู้ป่วยเคยมีภาวะชักจากไข้ ความสัมพันธ์กับเด็กและผู้ตอบแบบสอบถาม ช่วงอายุผู้ดูแลเด็ก และมีเครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์แบบปัจจัยเดียวที่สัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ในเด็ก

ปัจจัย	ความรู้			p value
	ความรู้ไม่ดี (ร้อยละ)	ความรู้ดี (ร้อยละ)	Odds ratio 95% CI	
อายุ				
น้อยกว่า 6 เดือน	104 (21.7)	58 (12.1)	1.0 (0.6-1.6)	0.9
6 เดือน-5 ปี	91 (19.0)	86 (18.1)	1.7 (1.1-2.7)	<0.0001*
มากกว่า 5 ปี	90 (18.8)	49 (10.2)	Ref.	

ปัจจัย	ความรู้			p value
	ความรู้ไม่ดี (ร้อยละ)	ความรู้ดี (ร้อยละ)	Odds ratio 95% CI	
เพศของผู้ป่วย				
หญิง	141 (29.5)	88 (18.4)	Ref.	
ชาย	144 (30.1)	105 (22.0)	1.1 (.8-1.6)	0.4
การวินิจฉัย				
โรคอื่นๆ	178 (37.2)	76 (15.9)	Ref.	
ภาวะชักจากไข้	51 (10.7)	88 (18.4)	4.0 (2.6-6.2)	<0.0001*
โรกระบบประสาทที่ไม่มี	51 (10.7)	27 (5.6)	1.2 (0.7-2.1)	0.4
ภาวะชักจากไข้	5 (1.0)	2 (0.4)	0.9 (1.7-4.9)	0.9
โรคลมชักที่เคยมีประวัติชัก จากไข้				
ผู้ป่วยเป็นบุตรลำดับที่				
1-3	277 (57.9)	184 (38.5)	Ref.	
มากกว่าเท่ากับ 4	8 (1.7)	9 (1.9)	1.6 (0.6-4.4)	0.2*
จำนวนครั้งของภาวะชักจากไข้				
0	225 (47.1)	100 (2.1)	Ref.	
1-3	45 (9.4)	76 (15.9)	3.8 (2.4-5.8)	<0.0001*
มากกว่าเท่ากับ 4	15 (3.1)	17 (3.5)	2.5 (1.2-5.3)	0.012*
ผู้ป่วยมีคนในครอบครัวเคยมี ภาวะชักจากไข้				
ไม่ใช่	261 (54.6)	137 (28.7)	Ref.	
ใช่	24 (5.0)	56 (11.7)	4.4 (2.6-7.4)	<0.0001*
ประวัติพี่น้องของผู้ป่วยเคยมี ภาวะชักจากไข้				
ไม่ใช่	275 (57.5)	167 (34.9)	Ref.	
ใช่	10 (2.1)	26 (5.4)	4.2 (2.0-9.1)	<0.0001*

ปัจจัย	ความรู้			p value
	ความรู้ไม่ดี (ร้อยละ)	ความรู้ดี (ร้อยละ)	Odds ratio 95% CI	
ความสัมพันธ์กับเด็ก				
มารดา	207 (43.3)	139 (29.1)	Ref.	
บิดา	38 (7.9)	34 (7.1)	1.3 (0.7-2.2)	0.2*
ญาติ	40 (8.3)	20 (4.2)	0.7 (0.4-1.3);	0.3
เพศของผู้ดูแลเด็ก				
หญิง	240 (50.2)	160 (33.4)	Ref.	
ชาย	45 (9.4)	33 (6.9)	1.1 (0.6-1.7)	0.7
ช่วงอายุ (ปี) ผู้ดูแลเด็ก				
น้อยกว่า 25	53 (11.1)	30 (6.3)	Ref.	
25-34	112 (23.4)	80 (16.7)	1.2 (0.7-2.1)	0.3
35-44	112 (23.4)	47 (9.8)	1.0 (0.6-1.9)	0.7
45-59	31 (6.5)	29 (6.1)	1.6 (0.8-3.2)	0.1*
มากกว่าเท่ากับ 60	13 (2.7)	7 (1.5)	0.9 (0.3-2.6)	0.9
เชื้อชาติ				
ไทย	265 (55.4)	179 (37.4)	Ref.	
ต่างชาติ	20 (4.1)	14 (2.9)	1.0 (0.5-2.1)	0.9
ระดับการศึกษา				
ไม่มี-ประถมศึกษา	56 (11.7)	34 (7.1)	Ref.	
มัธยมศึกษา	153 (32.0)	95 (19.9)	1.0 (0.6-1.6)	0.9
ปวช. ปวส.	39 (8.1)	33 (6.9)	1.3 (0.7-2.6)	0.3
ปริญญาตรี	1 (0.2)	1 (0.2)	1.6 (0.0-27.2)	0.7
สูงกว่าปริญญาตรี	36 (7.5)	30 (6.2)	1.3 (0.7-2.6)	0.3

ปัจจัย	ความรู้			p value
	ความรู้ไม่ดี (ร้อยละ)	ความรู้ดี (ร้อยละ)	Odds ratio 95% CI	
ระดับรายได้ต่อเดือน (บาท)				
0-15,000	225 (47.0)	148 (31.0)	Ref.	
15,001-30,000	49 (10.2)	35 (7.3)	1.0 (0.6-1.7)	0.7
30,000	11 (2.3)	11 (2.3)	1.3 (0.5-3.3)	0.4
เครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน				
ไม่มี	117 (24.4)	53 (11.1)	Ref.	
มี	168 (35.1)	140 (29.2)	1.8 (1.2-2.7)	0.002*

Ref: reference group; *: significance ≤ 0.2

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับทัศนคติ คือ การวินิจฉัย จำนวนครั้งของภาวะชักจากไข้ ผู้ป่วยมีคนในครอบครัวเคยมีภาวะชักจากไข้ ประวัติพี่น้องของผู้ป่วยเคยมีภาวะชักจากไข้ ระดับการศึกษา และระดับรายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลเด็ก (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์แบบปัจจัยเดียวที่สัมพันธ์กับทัศนคติของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้มันเด็ก

ปัจจัย	ทัศนคติ			p value
	ทัศนคติไม่ดี (ร้อยละ)	ทัศนคติดี (ร้อยละ)	OR (95%CI)	
อายุ				
น้อยกว่า 6 เดือน	148 (31.0)	14 (2.9)	Ref.	
6 เดือน-5 ปี	168 (35.1)	9 (1.9)	1.5(.6-3.8)	0.8
มากกว่า 5 ปี	131 (27.4)	8 (1.8)	(.3-2.3)	0.7
เพศของผู้ป่วย				
หญิง	140 (29.3)	13 (2.7)	Ref.	
ชาย	149 (31.2)	18 (3.8)	1.2 (0.6-2.7)	0.4

ปัจจัย	ทัศนคติ			p value
	ทัศนคติไม่ดี (ร้อยละ)	ทัศนคติดี (ร้อยละ)	OR (95%CI)	
การวินิจฉัย				
โรคอื่นๆ	254 (53.1)	14 (2.9)	Ref.	
ภาวะชักจากไข้	139 (29.1)	15 (3.1)	2.0 (0.9-4.4)	0.06*
โรคทางระบบประสาทที่ไม่มี ภาวะชักจากไข้	78 (16.3)	2 (0.4)	(0.1-2.0)	0.3
โรคลมชักที่เคยมีประวัติชัก จากไข้	7 (1.5)	0 (0.0)	-	-
ผู้ป่วยเป็นบุตรลำดับที่				
1-3	247 (51.7)	29 (6.1)	Ref.	
มากกว่าเท่ากับ 4	15 (3.1)	2 (0.4)	1.9 (0.4-9.1)	0.3
จำนวนครั้งของภาวะชักจากไข้				
0	309 (64.6)	16 (3.3)	Ref.	
1-3	107 (22.4)	14 (2.9)	2.5 (1.1-5.3)	0.015*
มากกว่าเท่ากับ 4	31 (6.5)	1 (0.2)	(0.0-4.8)	0.6
ผู้ป่วยมีคนในครอบครัวเคยมี ภาวะชักจากไข้				
ไม่ใช่	238 (49.8)	20 (4.2)	Ref.	
ใช่	51 (10.7)	11 (2.3)	3.0 (1.3-6.5)	0.006*
ประวัติพี่น้องของผู้ป่วยเคยมี ภาวะชักจากไข้				
ไม่ใช่	269 (56.3)	24 (5.0)	Ref.	
ใช่	20 (4.2)	7 (1.5)	4.2 (1.6-10.5)	0.002*

ปัจจัย	ทัศนคติ			p value
	ทัศนคติไม่ดี (ร้อยละ)	ทัศนคติดี (ร้อยละ)	OR (95%CI)	
ความสัมพันธ์กับเด็ก				
มารดา	323 (67.6)	23 (4.8)	Ref.	
บิดา	66 (13.8)	6 (1.2)	1.2 (0.5-3.2)	0.6
ญาติ	58 (12.1)	2 (0.4)	0.4 (0.1-2.1)	0.3
เพศของผู้ดูแลเด็ก				
หญิง	240 (50.2)	26 (5.4)	Ref.	
ชาย	49 (10.2)	5 (1.0)	0.9 (0.3-2.6)	0.9
ช่วงอายุ (ปี) ผู้ดูแลเด็ก				
น้อยกว่า 25	77 (16.1)	6 (1.2)	Ref.	
25-34	178 (37.2)	14 (2.9)	1.0 (0.3-2.7)	0.9
35-44	117 (24.5)	6 (1.2)	0.6 (0.2-2.0)	0.4
45-59	56 (11.7)	4 (0.8)	(0.2-3.4)	0.8
มากกว่าเท่ากับ 60	19 (4.0)	1 (0.2)	0.6 (0.0-5.9)	0.7
เชื้อชาติ				
ไทย	281 (58.8)	29 (6.1)	Ref.	
ต่างชาติ	8 (1.7)	2 (0.4)	0.8 (0.2-3.9)	0.8
ระดับการศึกษา				
ไม่มี-ประถมศึกษา	88 (18.4)	4 (0.8)	Ref.	
มัธยมศึกษา	231 (48.3)	14 (2.9)	1.5 (0.5-4.8)	0.4
ปวช. ปวส.	65 (13.6)	7 (1.5)	2.3 (0.6-8.2)	0.1*
ปริญญาตรี	2 (0.4)	0 (0.0)	-	-
สูงกว่าปริญญาตรี	63 (13.2)	3 (0.6)	1.0 (0.2-4.7)	0.9

ปัจจัย	ทัศนคติ			p value
	ทัศนคติไม่ดี (ร้อยละ)	ทัศนคติดี (ร้อยละ)	OR (95%CI)	
ระดับรายได้ต่อเดือน (บาท)				
0-15,000	350 (73.2)	23 (4.8)	Ref.	
15,001-30,000	79 (16.5)	5 (1.0)	0.9 (0.3-2.6)	0.9
มากกว่า 30,000	18 (3.8)	3 (0.6)	2.5 (0.6-9.2)	0.1*
เครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน				
ไม่มี	0 (0.0)	12 (2.5)	Ref.	
มี	289 (60.4)	19 (4.0)	0.8 (0.4-1.8)	0.7

Ref: reference group; *: significance ≤ 0.2

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับแนวทางการปฏิบัติตัว คือ ช่วงอายุผู้ป่วย การวินิจฉัย จำนวนครั้งของภาวะชักจากไข้ ผู้ป่วยมีคนในครอบครัวเคยมีภาวะชักจากไข้ ประวัติพี่น้องของผู้ป่วยเคยมีภาวะชักจากไข้ ความสัมพันธ์กับเด็ก และผู้ตอบแบบสอบถาม เพศของผู้ดูแลเด็ก ช่วงอายุผู้ดูแลเด็ก ระดับการศึกษา และมีเครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์แบบปัจจัยเดียวที่สัมพันธ์กับแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ ในเด็ก

ปัจจัย	แนวทางการปฏิบัติตัว			p value
	ปฏิบัติตัวไม่ดี (ร้อยละ)	ปฏิบัติตัวดี (ร้อยละ)	OR (95%CI)	
อายุ				
น้อยกว่า 6 เดือน	71 (14.8)	91 (19.0)	0.8 (0.5-1.3)	0.5
6 เดือน-5 ปี	59 (12.3)	118 (24.7)	1.3 (0.8-2.1)	0.2*
มากกว่า 5 ปี	56 (11.7)	83 (17.4)	Ref.	
เพศของผู้ป่วย				
หญิง	94 (19.7)	135 (28.2)	Ref.	
ชาย	92 (19.2)	157 (32.8)	1.1 (0.8-1.7)	0.3

ปัจจัย	แนวทางการปฏิบัติตัว			p value
	ปฏิบัติตัวไม่ดี (ร้อยละ)	ปฏิบัติตัวดี (ร้อยละ)	OR (95%CI)	
การวินิจฉัย				
โรคอื่นๆ	109 (22.8)	145 (30.3)	Ref.	
ภาวะชักจากไข้	41 (8.6)	98 (20.5)	1.7 (1.1-2.7)	0.0009*
โรกระบบประสาทที่ไม่มี	33 (6.9)	45 (9.4)	1.0 (0.6-1.7)	0.9
ภาวะชักจากไข้	3 (0.6)	4 (0.8)	1.0 (0.2-4.5)	0.9
โรคลมชักที่มีประวัติชักจาก				
ไข้				
ผู้ป่วยเป็นบุตรลำดับที่				
1-3	180 (37.6)	281 (58.8)	Ref.	
มากกว่าเท่ากับ 4	6 (1.2)	11 (2.3)	1.1 (0.4-3.2)	0.7
จำนวนครั้งของภาวะชักจากไข้				
0	139 (29.1)	186 (38.9)	Ref.	
1-3	35 (7.3)	20 (4.2)	1.8 (1.1-2.8)	0.008*
มากกว่าเท่ากับ 4	12 (2.5)	235 (49.2)	1.2 (0.5-2.6)	0.5
ผู้ป่วยมีคนในครอบครัวเคยมี				
ภาวะชักจากไข้	163 (34.1)	235 (49.2)	Ref.	
ไม่ใช่	23 (4.8)	57 (11.9)	1.7 (1.0-2.9)	0.043*
ใช่				
ประวัติพี่น้องของผู้ป่วยเคยมี				
ภาวะชักจากไข้	177 (37.0)	265 (55.4)	Ref.	
ไม่ใช่	9 (1.9)	27 (5.6)	2.0 (0.9-4.3)	<0.0001*
ใช่				

ปัจจัย	แนวทางการปฏิบัติตัว			p value
	ปฏิบัติตัวไม่ดี (ร้อยละ)	ปฏิบัติตัวดี (ร้อยละ)	OR (95%CI)	
ความสัมพันธ์กับเด็ก				
มารดา	143 (30.0)	203 (42.5)	Ref.	
บิดา	21 (4.4)	31 (6.5)	1.7 (0.9-2.9)	0.05*
ญาติ	22 (4.6)	38 (7.9)	1.2 (0.6-2.1)	0.4
เพศของผู้ดูแลเด็ก				
หญิง	162 (33.9)	238 (49.8)	Ref.	
ชาย	24 (5.0)	54 (11.3)	1.5 (0.9-2.5)	0.1*
ช่วงอายุ (ปี) ผู้ดูแลเด็ก				
น้อยกว่า 25	39 (8.1)	44 (9.2)	Ref.	
25-34	73 (15.3)	119 (24.9)	1.4 (0.8-2.4);	0.1*
35-44	46 (9.6)	77 (16.1)	1.4 (0.8-2.6)	0.1*
45-59	23 (4.8)	37 (7.7)	1.4 (0.7-2.8)	0.3
มากกว่าเท่ากับ 60	5 (1.0)	15 (3.1)	2.6 (0.8-7.9)	0.08*
เชื้อชาติ				
ไทย	174 (36.4)	270 (56.4)	Ref.	
ต่างชาติ	12 (2.5)	22 (4.6)	1.1 (0.5-2.4)	0.8
ระดับการศึกษา				
ไม่มี-ประถมศึกษา	30 (6.2)	60 (12.5)	Ref.	
มัธยมศึกษา	102 (21.3)	148 (31.0)	0.7 (0.4-1.1)	0.1*
ปวช. ปวส.	27 (5.6)	45 (9.4)	0.8 (0.4-1.5)	0.5
ปริญญาตรี	1 (0.2)	1 (0.2)	0.5 (0.0-8.2)	0.6
สูงกว่าปริญญาตรี	26 (5.4)	40 (8.3)	0.7 (0.39-1.4)	0.4

ปัจจัย	แนวทางการปฏิบัติตัว			p value
	ปฏิบัติตัวไม่ดี (ร้อยละ)	ปฏิบัติตัวดี (ร้อยละ)	OR (95%CI)	
ระดับรายได้ต่อเดือน (บาท)				
0-15,000	145 (30.3)	228 (47.7)	Ref.	
15,001-30,000	32 (6.7)	52 (10.9)	1.0 (0.6-1.6)	0.8
มากกว่า 30,000	9 (1.9)	12 (2.5)	0.8 (0.3-2.0)	0.7
เครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน				
ไม่มี	75 (15.7)	95 (19.9)	Ref.	
มี	111 (23.2)	197 (41.2)	1.4 (0.9-2.0);	0.08*

Ref: reference group; *: significance ≤ 0.2

จากการวิเคราะห์แบบพหุปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ (ตารางที่ 8) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรู้ที่ดี คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีผู้ป่วยเด็กได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะชักจากไข้ มีความรู้ดีกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีผู้ป่วยเด็กได้รับการวินิจฉัยจากโรคอื่น 3.14 เท่า (p value <0.0001, 95%CI=1.9-5.2) ผู้ดูแลเด็กที่มีผู้ป่วยเด็กเป็นบุตรลำดับที่ 4 หรือมากกว่า มีความรู้ที่ดี 1.28 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลเด็กที่มีผู้ป่วยเด็กเป็นบุตรลำดับที่ 1 หรือ 2 หรือ 3 (p value 0.02, 95%CI=1.0-1.6) มีประวัติครอบครัวที่มีภาวะชักจากไข้มีความรู้ดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีประวัติครอบครัว 2.67 เท่า (p value 0.001, 95%CI=1.5-4.8) และการศึกษาระดับมัธยม (p value 0.019, 95%CI=1.1-4.6) และปวช. ปวส. (p value 0.044, 95%CI=1.0-4.2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับทัศนคติด้านบวก คือ ช่วงอายุผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี (p value 0.047, 95%CI= 0.09-1.0) จำนวนภาวะชักจากไข้ 1-3 ครั้ง (p value 0.001, 95%CI=1.8-12.6) ประวัติพี่น้องของผู้ป่วยเคยมีภาวะชักจากไข้ (p value 0.001, 95%CI=2.0-17.5) และการศึกษาระดับปริญญาตรี (p value 0.044, 95%CI=1.0-15.7) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับแนวทางการปฏิบัติตัวที่ดี คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีผู้ป่วยเด็กได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะชักจากไข้ มีความรู้ดีกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีผู้ป่วยเด็กได้รับการวินิจฉัยจากโรคอื่น 1.79 เท่า (p value 0.009, 95%CI=1.1-2.8)

ตารางที่ 8 การวิเคราะห์แบบพหุปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็ก เกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ในเด็ก

ปัจจัย	Odds ratio	95%CI	p value
ด้านความรู้			
การวินิจฉัย			
โรคอื่นๆที่ไม่ใช่ ภาวะชักจากไข้	Ref.		
ภาวะชักจากไข้	3.14	1.9-5.2	<0.0001*
โรคทางระบบประสาทที่ไม่มีภาวะชัก	1.11	0.6-1.9	0.701
จากไข้	0.76	0.1-4.7	0.770
โรคลมชักที่เคยมีประวัติภาวะชักจาก			
ไข้			
ผู้ป่วยเป็นบุตรลำดับที่			
1-3	Ref.		
มากกว่าเท่ากับ 4	1.28	1.0-1.6	0.027*
ประวัติครอบครัวมีภาวะชักจากไข้			
ไม่ใช่	Ref.		
ใช่	2.67	1.5-4.8	0.001*
ระดับการศึกษา			
ไม่มี-ประถมศึกษา	Ref.	0.8-2.3	0.310
มัธยมศึกษา	1.32	1.0-4.2	0.044*
ปวช-ปวส	2.08	1.1-4.6	0.019*
ปริญญาตรี	2.30	0.08-29.3	0.770
สูงกว่าปริญญาตรี	1.54		
ค่าคงที่	0.17	0.1-0.3	0.000

ปัจจัย	Odds ratio	95%CI	p value
ด้านทัศนคติ			
ระดับอายุผู้ป่วย			
น้อยกว่า 6 เดือน	Ref.		
6 เดือน-5 ปี	1.54	0.1-4.0	0.365
มากกว่า 5 ปี	0.29	0.1-1.0	0.047*
จำนวนครั้งของภาวะชักจากไข้			
0	Ref.		
1-3	4.83	1.9-12.6	0.001*
มากกว่าเท่ากับ 4	0.79	0.1-7.8	0.843
ระดับการศึกษา			
ไม่มี-ประถมศึกษา	Ref.		
มัธยมศึกษา	1.85	0.6-5.9	0.296
ปวช-ปวส	1.27	0.3-6.2	0.761
ปริญญาตรี	4.03	1.0-15.7	0.044*
สูงกว่าปริญญาตรี	1	-	-
ค่าคงที่	0.02	0.0-0.1	0.000
ด้านแนวทางการปฏิบัติตัว			
การวินิจฉัย			
โรคอื่นๆที่ไม่ใช่ ภาวะชักจากไข้	Ref.		
ภาวะชักจากไข้	1.79	1.2-2.8	0.009*
โรคทางระบบประสาทที่ไม่เคยมี	1.02	0.6-1.7	0.925
ภาวะชักจากไข้	1.00	0.2-4.6	0.998
โรคทางระบบประสาทที่เคยมีภาวะชักจากไข้			
ค่าคงที่	1.33	1.0-1.7	0.024

ผู้ดูแลที่มีระดับความรู้ที่ดีมีผลทำให้มีทัศนคติเชิงบวกมากขึ้น 4.6 เท่า (p value 0.000, 95%CI=2.0-10.7) และส่งผลทำให้มีแนวทางการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้น 2.1 เท่า (p value 0.000, 95%CI=1.4-3.1) นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีทัศนคติเชิงบวกก็ส่งผลให้มีแนวทางการปฏิบัติตัวที่ดีมากขึ้น 6.4 เท่า (p value 0.002, 95%CI=1.9-21.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการศึกษา

ผู้ดูแลเด็กจำนวน 478 คน มีความรู้ ทัศนคติ และแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้โดยรวมยังไม่เพียงพอ ในด้านความรู้ได้คะแนนเฉลี่ย 6.1 คะแนน จาก 10 คะแนน ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ยังมีความรู้ที่น้อยซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ประเทศซาอุดีอาระเบียของ Almousa A¹⁷ และ AlZweihary¹⁹ ประเทศอียิปต์²¹ อินเดีย²² และประเทศเอเชียนตะวันออกเฉียงใต้ เช่น จีน ญี่ปุ่น เกาหลี มาเลเซีย อินโดนีเซีย สิงคโปร์²³ มีระดับความรู้ปานกลางถึงต่ำ พบว่าผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ เข้าใจถูกต้องเรื่องอายุที่มีภาวะชักจากไข้ได้ และมีโอกาสชักซ้ำได้หากมีไข้ แต่ยังเข้าใจผิดในการปฐมพยาบาลขณะชัก เช่น ผู้ดูแลเด็กครึ่งหนึ่ง ทราบว่าไม่ควรใช้อุปกรณ์ใส่ปาก ส่วนใหญ่ไม่ทำการเป่าปาก กดนิ้วหัวใจ ยังมีบางส่วนที่เข้าใจผิดจากการไม่ได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งอาจทำให้เกิดการได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วยจากการปฐมพยาบาลที่ผิดวิธี และมีเพียงหนึ่งในสามของผู้ดูแลเด็ก ที่เข้าใจว่าภาวะชักจากไข้ ไม่ค่อยมีผลทำให้พัฒนาการช้า สมองได้รับบาดเจ็บ พิกัด และเสียชีวิต รวมถึงไม่เพิ่มโอกาสเสี่ยงเกิดโรคลมชัก ตามลำดับ ทำให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ดูแลเด็กสูงกว่าความเป็นจริง ส่วนมากผู้ดูแลเด็ก เข้าใจว่าประวัติครอบครัวที่มีภาวะชักจากไข้ เป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะชักจากไข้ แต่ยังมีเกือบครึ่งที่ไม่ทราบข้อมูล การให้ความรู้ที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการรักษา ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้

ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนความรู้ที่ดี คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะชักจากไข้ ทำให้ผู้ดูแลเด็กหาความรู้เพิ่มเติมก่อนและระหว่างนอนโรงพยาบาล เช่น ทางอินเทอร์เน็ต ทำให้คนกลุ่มนี้มีคะแนนที่ดีกว่ากลุ่มอื่น ส่วนผู้ดูแลเด็กที่มีผู้ป่วยเป็นบุตร 4 คนหรือมากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีความรู้ดี อาจเกิดจากประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มากกว่า นอกจากนี้ประวัติครอบครัวที่มีภาวะชักจากไข้ ทำให้มีการหาความรู้ และความเข้าใจที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติครอบครัว ซึ่งประวัติครอบครัวมีภาวะชักจากไข้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Almousa A¹⁷ ด้านระดับการศึกษา พบว่าระดับมัธยม และปวช. ปวส. มีผลต่อความรู้ที่ดี แตกต่างจากการศึกษาของ Almousa A¹⁷ และ Eta EV²⁰ ที่พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าการศึกษาที่สูงขึ้น คือ ปริญญาตรีหรือมากกว่า ซึ่งมีจำนวนน้อยไม่มีผลต่อความรู้ที่ดีเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ แสดงให้เห็นว่ามีความจำเป็นในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กในทุกระดับการศึกษา สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ไม่พบว่ามีผลต่อความรู้ อย่างมีนัยสำคัญ เช่น อายุ เพศ อาชีพ รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยของ Almousa A¹⁷

ด้านทัศนคติ พบว่าผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงลบ ในเรื่องความรู้สึกลัว กังวล ไม่ทราบว่าจะควรทำอย่างไรขณะชัก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในหลายประเทศ^{17, 21-23} กังวลเรื่องภาวะชักซ้ำได้หากมีไข้ เรื่องพัฒนาการช้า มีความเสี่ยงสูงในการเป็นโรคลมชักได้มากกว่าคนปกติ และมีโอกาสเสียชีวิตได้ ตามลำดับ และผู้ดูแลเด็กเกือบครึ่งหนึ่ง คิดว่าภาวะชักจากไข้ส่งผลกระทบต่อฐานะทางการเงินของครอบครัว ผู้ดูแลเด็กมีทัศนคติเชิงบวกในด้านการดูแล เช่น ควรดูแลผู้ป่วยเด็กที่เคยมีภาวะชักจากไข้อย่างใกล้ชิด ควรมีเครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน และส่วนใหญ่อยากให้นักวิชาการทางการแพทย์ให้ความรู้และแนวทางปฏิบัติ แม้ภาวะนี้มักไม่รุนแรง และหายได้เองแต่พบว่าผู้ดูแลเด็กน้อยกว่าครึ่งหนึ่งที่เห็นว่าไม่จำเป็นเป็นต้องไปพบแพทย์หลาย ๆ โรงพยาบาลเพื่อความมั่นใจ และส่วนน้อยที่เห็นว่าไม่จำเป็นต้องพาไปพบกุมารแพทย์ระบบประสาท ซึ่งควรให้คำแนะนำและความมั่นใจว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และกุมารแพทย์สามารถดูแลภาวะชักจากไข้ได้ ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ดูแลเด็กที่จะต้องไปพบแพทย์หลายโรงพยาบาล และจะส่งพบกุมารแพทย์ระบบประสาทเมื่อมีอาการที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น มีภาวะชักจากไข้มากกว่าเท่ากับ 4 ครั้งเพื่อพิจารณาตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติ คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีผู้ป่วยเด็กอยู่ในช่วงอายุมากกว่า 5 ปี มีประสบการณ์การดูแล อาจทำให้ความวิตกกังวลน้อยกว่าในกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า จำนวนภาวะชักจากไข้ 1-3 ครั้ง แต่ตั้งแต่ 4 ครั้งไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรสร้างความตระหนักและทัศนคติที่ดีแม้ว่าจะมีภาวะชักจากไข้มากครั้งแล้วก็ตาม อาจยังมีทัศนคติแง่ลบได้ มีประวัติพี่น้องของผู้ป่วยที่เคยมีภาวะชักจากไข้ ทำให้มีประสบการณ์และความรู้มากขึ้น และการศึกษาระดับปริญญาตรี บางปัจจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Almousa A¹⁷ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติเชิงบวก คือ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ประวัติครอบครัวเคยมีภาวะชักจากไข้

ด้านแนวทางการปฏิบัติตัว พบว่าผู้ดูแลเด็กเกินครึ่ง มีแนวทางที่ถูกต้อง เช่น ตั้งสติ สังเกตท่าชักและระยะเวลาที่ชัก ส่วนใหญ่จะรีบเช็ดตัวลดไข้ และรีบพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน เป็นแนวทางที่ปฏิบัติมากที่สุด คล้ายกับการศึกษาของ Almousa A¹⁷ และ Eta EV²⁰ แนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กที่ควรแนะนำเพิ่มเติม คือควรบันทึกวิดีโอเหตุการณ์ขณะชักถ้าสามารถทำได้ และไม่จำเป็นต้องกระตุ้นให้ตื่น เช่น เขย่าตัว ปลุกให้ตื่น ไม่ใช้อุปกรณ์ใส่ในปากขณะชัก ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อแนวทางการปฏิบัติตัว คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะชักจากไข้ ผู้ดูแลเด็กมีความกังวลและสนใจในการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วย และพบว่าผู้ดูแลเด็กบางส่วนได้หาความรู้จากโซเชียลมีเดีย ระหว่างและหลังเกิดภาวะชักจากไข้ทันที

ระดับความรู้ที่ดีมีผลต่อทัศนคติเชิงบวกที่มากขึ้น 4.6 เท่า คล้ายกับการศึกษาของ Almousa A¹⁷ และส่งผลให้แนวทางการปฏิบัติตัวที่ดีมากขึ้น 2.1 เท่า เนื่องจากความรู้ทำให้ลดความวิตกกังวลและเข้าใจภาวะชักจากไข้ดีขึ้น นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีทัศนคติเชิงบวกก็ส่งผลให้มีแนวทางการปฏิบัติตัวที่ดี มากขึ้นสูงถึง 6.4 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลเด็ก เช่น การให้ความรู้ระหว่างที่ผู้ป่วยเด็กนอนโรงพยาบาล หรือระหว่างการรอพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก

เช่น การทำแผนพับความรู้ การทำสื่อการสอน เป็นต้น ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ และมีผลต่อเนื่องทำให้แนวทางการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้ได้รับการช่วยเหลือดูแลได้อย่างเหมาะสม

บทสรุป

ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ยังมีความรู้ เกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ในเด็กที่ยังไม่เพียงพอ บางส่วนมีทัศนคติเชิงลบ ผู้วิจัยคิดว่าอาจส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวล ในครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ดูแลเด็กเกินครึ่งมีแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง พบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีผู้ป่วยเด็กเป็นบุตรลำดับที่ 4 หรือมากกว่า ประวัติครอบครัวมีภาวะชักจากไข้ ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ที่ดีขึ้น ดังนั้นมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลเด็กควรได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้จากบุคลากรทางการแพทย์ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคนี้ จะช่วยขจัดความกลัวและนำไปสู่การจัดการกับภาวะชักจากไข้ในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้านี้มีข้อจำกัดหลายประการที่ควรกล่าวถึง เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กต่อภาวะชักจากไข้ในเด็กได้มาจากการรายงานด้วยตนเอง ซึ่งอาจมีอคติจากความทรงจำ (recall bias) ผู้ดูแลเด็กอาจแสดงทัศนคติของตนเองอาจได้รับอิทธิพลจากความต้องการให้สังคมยอมรับ (social desirability) ซึ่งนำไปสู่การรายงานทัศนคติเชิงบวกมากเกินไป และลดการรายงานทัศนคติเชิงลบลง และผู้เข้าร่วมการศึกษามีและไม่เคยมีประสบการณ์จริงของภาวะชักจากไข้ ทำให้ข้อมูลมีความหลากหลาย ในอนาคตควรมีการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มที่สนใจเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความเฉพาะมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ดูแลเด็ก ผู้ป่วยเด็กที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เจ้าหน้าที่หน่วยงานกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมธานี ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูล และรองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิง สหฤทัย เจริญศรีพงษ์ ที่ปรึกษาทางด้านสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Randel A. AAP updates guidelines for evaluating simple febrile seizures in children. Am Fam Physician. 2011;83:1348-50.

2. Tsubai T. Epidemiology of febrile and afebrile convulsions in children in Japan. *Neurology*. 1984;34:175-81.
3. Hackett R, Hackett L, Bhakta P. Febrile seizures in a south Indian district: Incidence and associations. *Dev Med Child Neurol*. 1997;39:380-4.
4. Patel N, Ram D, Swiderska N, Mewasingh LD, Newton RW, Offringa M. Febrile seizures. *BMJ*. 2015;351:h4240.
5. Srinivasa S, Syeda KA, Patel S, Harish S, Bhavya G. Parental knowledge, attitude, and practices regarding febrile convulsion. *Int J Contemp Pediatr*. 2018;5:515-9.
6. Tiwari A, Meshram RJ, Singh RK. Febrile seizures in children: A review. *Cureus*. 2022;14:e31509.
7. Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K. Familial history and recurrence of febrile seizures: A systematic review and meta-analysis. *Iran J Pediatr*. 2013;23:389-95.
8. Commission on epidemiology and prognosis, international league against epilepsy. guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. *Epilepsia*. 1993;34:592-6.
9. Whelan H, Harmelink M, Chou E, Sallowm D, Khan N, Patil R, et al. Complex febrile seizures: A systematic review. *Dis Mon*. 2017;63:5-23.
10. Lee SH, Byeon JH, Kim GH, Eun BL, Eun SH. Epilepsy in children with a history of febrile seizures. *Korean J Pediatr*. 2016;59:74-9.
11. Chang YC, Guo NW, Huang CC, Wang ST, Tsai JJ. Neurocognitive attention and behavior outcome of school-age children with a history of febrile convulsions: A population study. *Epilepsia*. 2000;41:412-20.
12. Subcommittee on febrile seizures; American academy of pediatrics. Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics*. 2011;127:389-94.
13. Leung AKC, Hon KL, Leung TNH. Febrile seizures: An overview. *Drugs Context*. 2018;7:212536.
14. Zeglam AM, Alhmadi S, Beshish A. Auditing the attitude and knowledge of parents of children with febrile seizures. *Afr J Neurol Sci*. 2010;29:3-8.
15. Kolahi AA, Tahmooreszadeh S. First febrile convulsions: Inquiry about the knowledge, attitudes and concerns of the patients' mothers. *Eur J Pediatr*. 2009;168:167-71.
16. Shibeef NF, Altufaily YAS. Parental knowledge and practice regarding febrile seizure in their children. *Med J Babylon*. 2019;16:58-61.

17. Almousa A, Alshahrani D, Almubarak MS, Alothman A, Alrashoudi AM, Alsharif A, et al. Parents' knowledge, attitude, and practice regarding febrile convulsion in children in Riyadh, Saudi Arabia. *Cureus*. 2023;15:e47314.
18. Sajadi M, Khosravi S. Mothers' experiences about febrile convulsions in their children: A qualitative study. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2017;5:284-91.
19. AlZweihary A, Alkhalifah RS, Alrayes RM. Knowledge, attitude, and practices of parents of children with febrile convulsion in Al-Qassim, Saudi Arabia. *Int J Med Dev Ctries*. 2021;5:229-36.
20. Eta EV, Gaelle AN. Knowledge, attitudes and practices of parents regarding convulsion in children under five years in Muea community, Cameroon. *Pediatr Neonatal Nurs Open J*. 2021;7:13-20.
21. El Sayed HI. Recognition of parents' knowledge, attitude and practice regarding febrile seizures in children under five. *Am J Nurs Res*. 2020;8:72-81.
22. Krishnan A, Sreeja PA. A prospective study on the assessment of knowledge, attitude and practice of parents regarding febrile seizure. *Int Res J Pharm*. 2020;11:8-12.
23. Ng HL, Li H, Jin X, Wong CL. Parental knowledge, attitudes, and practices towards childhood fever among South-East and East Asian parents: A literature review. *PLoS One*. 2023;18:e0290172.