

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# **From fear to confidence: A comparative study of video-based education and routine counseling on caregivers' knowledge, attitudes, and practices regarding febrile seizures in children in Pathum Thani Hospital**

Satita Jeamsripong

Department of pediatrics, Pathum Thani hospital

Received August 26, 2025 Revised December 17, 2025 Accepted December 24, 2025

### **Abstract**

**Background:** Febrile seizures are frequently observed in children between 6 months and 5 years of age. While they are generally harmless and spontaneously resolved on their own, the condition often generates considerable anxiety among caregivers because of misconceptions. Delivering clear and accurate information can improve caregivers' knowledge, attitudes, and practices (KAP).

**Objective:** To compare the effectiveness of video-based education with standard hospital-based education in improving caregivers' KAP regarding febrile seizures in children.

**Methods:** This experimental study included 96 caregivers of children aged 6 months to 5 years diagnosed with febrile seizures and admitted to Pathum Thani Hospital between September 1, 2024, and July 31, 2025. Caregivers were allocated into two groups: The intervention group (n = 45) received video-based education, and the control group (n = 51) received standard hospital-based health education. KAP were assessed using a structured questionnaire administered before and after the intervention.

**Results:** At baseline, there were no statistically significant differences in KAP scores between the intervention and control groups except frequencies of febrile seizures. Caregivers in the video-based education group demonstrated significantly greater improvements compared with the control group, including higher knowledge scores (23.5-fold increase, p value 0.004), more positive attitudes (74-fold increase, p value < 0.0001), and more appropriate practices (13.4-fold increase, p value 0.003).

**Conclusion:** Video-based education proved an effective strategy to improve caregivers' knowledge, promoting positive attitudes and enhancing appropriate practices in the management of febrile seizure among children.

**Keywords:** Febrile seizures, Anxiety, Caregivers, Knowledge, Attitudes and practices (KAP)

จากความกลัวสู่ความมั่นใจ: การศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้ด้วยสื่อวิดีโอกับการให้ความรู้แบบ  
ปกติต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ในเด็กในโรงพยาบาลปทุมธานี  
สาธิตา เจียมศรีพงษ์  
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลปทุมธานี

**บทคัดย่อ**

**บทนำ:** ภาวะชักจากไข้พบได้บ่อยในเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี แม้ส่วนใหญ่เป็นภาวะที่ไม่รุนแรงและหายได้  
เองเมื่อโตขึ้น แต่มักสร้างความวิตกกังวลให้กับผู้ดูแลเด็กเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากอาจมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับ  
ภาวะนี้ การให้ความรู้ที่ถูกต้องสามารถพัฒนาด้านความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กได้

**วัตถุประสงค์:** เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้ด้วยสื่อวิดีโอกับการให้ความรู้แบบปกติในโรงพยาบาล  
ต่อระดับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับอาการชักจากไข้

**วิธีการศึกษา:** การศึกษาเชิงทดลองในผู้ดูแลเด็กอายุ 6 เดือน–5 ปี จำนวน จำนวน 96 คน ผู้ป่วยเด็กได้รับการ  
วินิจฉัยภาวะชักจาก ไข้และรับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลปทุมธานี ตั้งแต่ 1 กันยายน พ.ศ. 2567  
ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มทดลอง (45 คน) รับชมสื่อวิดีโอให้ความรู้เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (51  
คน) ได้รับการให้ความรู้แบบปกติ ประเมินผลตอบก่อนและหลังการให้ความรู้โดยใช้แบบสอบถาม KAP

**ผลการศึกษา:** ก่อนการให้ความรู้ ทั้งสองกลุ่มมีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติไม่แตกต่างกันอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นความถี่ของภาวะชักจากไข้ หลังการให้ความรู้ กลุ่มทดลองรับชมสื่อวิดีโอมี  
คะแนนความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ด้านความรู้เพิ่มขึ้น 23.5 เท่า ( $p$  value =  
0.004) ด้านทักษะคิดที่ดีขึ้น 74 เท่า ( $p$  value < 0.0001) และการปฏิบัติที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น 13.4 เท่า ( $p$  value =  
0.003) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้ความรู้แบบปกติ

**สรุป:** การให้ความรู้ผ่านสื่อวิดีโอสามารถเพิ่มความรู้ ปรับทักษะคิดด้านบวก และส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้อง  
ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** อาการชักจากไข้, ความวิตกกังวล, ผู้ดูแลเด็ก, ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัว (KAP)

## บทนำ

ภาวะชักจากไขในเด็ก เป็นภาวะชักที่พบได้บ่อยในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี<sup>1</sup> ตามคำนิยามของ The International League Against Epilepsy (ILAE) คือ มีอาการชัก ร่วมกับมีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส แต่สาเหตุของการชักไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง<sup>2</sup> พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 2-10 ของเด็กในประเทศสหรัฐอเมริกา ยุโรป<sup>3</sup> และเพิ่มมากขึ้นในประเทศแถบเอเชีย<sup>4-5</sup> ส่วนมากพบภาวะนี้ในช่วงอายุตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 5 ปี<sup>6-8</sup> ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กที่พบได้บ่อย<sup>9</sup> สาเหตุของภาวะชักจากไข ยังไม่เป็นที่แน่ชัด พบว่าอาจจะเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากไข ร้อยละ 30-50 มีประวัติคนในครอบครัวที่มีภาวะชักจากไขมาก่อน<sup>6-8</sup> ภาวะชักจากไขในเด็กเป็นภาวะที่ไม่เป็นอันตรายรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต และมัก ไม่มีผลกระทบต่อสมองหรือระดับสติปัญญาของผู้ป่วย แต่มีโอกาสเกิดซ้ำได้ร้อยละ 30<sup>10-15</sup> ส่วนใหญ่ภาวะนี้มักหายได้เองเมื่ออายุเพิ่มขึ้น โดยภาวะชักจากไขที่ไม่ซับซ้อนมีโอกาสเกิดโรคลมชักได้ในอนาคต ร้อยละ 1-2 ซึ่งใกล้เคียงกับโอกาสเกิดโรคลมชักในประชากรทั่วไปที่ไม่เคยมีภาวะชักจากไข<sup>10</sup>

แม้ว่าภาวะชักจากไขในเด็กจะพบได้บ่อยและโดยทั่วไปมีพยากรณ์โรคที่ดี<sup>15</sup> แต่สามารถก่อให้เกิดความหวาดกลัว ความเครียด และความวิตกกังวลอย่างมากต่อผู้ดูแลเด็ก เนื่องจากขาดความรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับภาวะนี้ เช่น พัฒนาการช้า ระดับสติปัญญาแย่งลง ทำให้เสียชีวิต เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข<sup>16-23</sup> ดังนั้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องสามารถช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะชักจากไขได้<sup>24-25</sup> การใช้วีดิโอเป็นสื่อการให้ความรู้ทำให้ได้รับความสนใจและมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพ<sup>26</sup> หากเทียบระหว่างสื่อวีดิโอกับการให้ความรู้แบบปกติ เช่น การให้แนะนำโดยแพทย์หรือพยาบาลที่หอผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับภาวะชักจากไข ยังมีการศึกษาค่อนข้างจำกัด และอาจไม่ได้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลจังหวัด ดังนั้นวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ ทำเพื่อศึกษาประสิทธิผลของสื่อวีดิโอให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะชักจากไขในเรื่องความรู้ ทักษะคิด แนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไขในเด็ก โดยเปรียบเทียบกับการให้คำแนะนำตามปกติ และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับการประเมินความรู้ ทักษะคิด และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะชักจากไข

## วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้ด้วยสื่อวีดิโอกับการให้ความรู้แบบปกติใน โรงพยาบาลต่อระดับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับอาการชักจากไข

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (experimental research design) ใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นกุมารแพทย์โรคระบบประสาท 2 ท่าน และกุมารแพทย์ 1 ท่าน ให้ประเมินความสอดคล้องของแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC) ตามแนวทางของ Rovinelli และ Hambleton<sup>27</sup> ซึ่งกำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน +1, 0 และ -1 แล้วนำมาคำนวณค่าเฉลี่ย พบว่าแบบสอบถามมีค่า IOC เท่ากับ 0.80 สูงกว่าเกณฑ์ยอมรับได้ ( $\geq 0.50$ ) สะท้อนว่าแบบสอบถามมีความตรงเชิงเนื้อหาเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะชักจากไข้ก่อนและหลังทำการทดลอง โดยมีกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูวิดีโอแนะนำ โดยผู้เข้าร่วมการศึกษา ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ผู้ดูแลเด็กที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกเข้า จะต้องลงนามในแบบเอกสารยินยอม โดยได้รับคำบอกกล่าวและเต็มใจในการเข้าร่วมในงานวิจัย (informed consent) โดยทดสอบการทำแบบสอบถามเบื้องต้น (pilot study) กับผู้ดูแลเด็กจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ การศึกษานี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลปทุมธานี เลขที่รับรอง EC-PTH A060-67

**กลุ่มประชากรตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะชักจากไข้ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลปทุมธานี โดยผู้ดูแลเด็กมีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

**เกณฑ์คัดเลือกเข้าในการวิจัย** คือ ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะชักจากไข้ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ที่รับการรักษาผู้ป่วยในแผนกกุมารเวชกรรม โดยผู้ดูแลเด็กมีอายุตั้งแต่ 18 ปี ซึ่งสามารถพูดหรืออ่าน หรือเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

**เกณฑ์คัดเลือกรอกจากการวิจัย** คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี หรือไม่สามารถพูด หรืออ่าน หรือเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ หรือผู้ดูแลเด็กที่ดูแลผู้ป่วยเด็กไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะชักจากไข้ หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

**ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้แบบปกติกับการดูวิดีโอ โดยดูจากคะแนนในเรื่องความรู้ ทักษะ และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กที่มีต่อภาวะชักจากไข้ในเด็ก โดยคำนวณขนาดตัวอย่าง (n) จากสูตร ดังนี้

$$n = (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \delta_d^2 / \Delta^2$$
$$= 2(1.96+0.84)^2 \times 4^2 / 3^2 = 27.9$$

$Z_{1-\alpha/2}$  คือ ค่ามาตรฐาน Z สำหรับระดับนัยสำคัญ แทนค่า 1.96 สำหรับ  $\alpha = 0.05$

$Z_{1-\beta}$  คือ ค่ามาตรฐาน Z สำหรับ power แทนค่า 0.84 สำหรับ 80% power

$\delta_d$  คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่างของคะแนนก่อน-หลัง แทนค่า 4

$\Delta$  คือ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังดูวิดีโอ แทนค่า 3

ดังนั้นขนาดตัวอย่าง (n) ประมาณ 28 คนต่อกลุ่ม จากนั้นมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ทำให้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 30 คน เพื่อชดเชยการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือการขาดหายของข้อมูล การศึกษานี้มีการเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมทั้งหมด จำนวน 96 คน เป็นกลุ่มควบคุม 51 คน และกลุ่มทดลอง 45 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยถูกสุ่ม เพื่อแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้วิธีการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยจับสลากที่มีตัวเลข 1 สำหรับกลุ่มควบคุม และ 2 สำหรับกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบปกติจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น กุมารแพทย์ พยาบาลในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ ใช้เวลาแนะนำประมาณ 5-10 นาที และกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับชมวิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ ซึ่งความยาวประมาณ 8 นาที สถานที่ในการให้คำแนะนำและเนื้อหาการแนะนำของทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน ประกอบด้วย คำนิยามของภาวะชักจากไข้สาเหตุ วิธีการปฐมพยาบาลเบื้องต้น สิ่งไม่ควรและไม่ควรทำขณะชัก และการพยากรณ์โรค โดยทั้งสองกลุ่มจะทำแบบประเมินความรู้ ทักษะคิด และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 13 ข้อ เกี่ยวกับอายุ เพศ เชื้อชาติ อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็ก ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย อายุ เพศ เป็นบุตรลำดับที่ เคยมีภาวะชักจากไข้ จำนวนครั้งของภาวะชักจากไข้ ประวัติคนในครอบครัวมีโรคลมชักและภาวะชักจากไข้ มีเครื่องวัตถุอันตรายที่บ้าน

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

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบคำถามเกี่ยวกับทักษะคิดที่มีต่อภาวะชักจากไข้ จำนวน 12 ข้อ โดยคำถามทักษะคิดประกอบด้วย การประเมินด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านความรู้สึกรู้สึก และด้านพฤติกรรม แบ่งคะแนนตาม Likert scale เป็น 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 0 คะแนน ไม่เห็นด้วย ได้ 1 คะแนน รู้สึกเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจ ได้ 2 คะแนน เห็นด้วย ได้ 3 คะแนน และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 4 คะแนน โดยคำถามมีทั้งแบบคำถามทักษะคิดเชิงบวกและเชิงลบ แบ่งระดับทักษะคิด ดังนี้หากน้อยกว่าร้อยละ 70 จัดอยู่ในทักษะคิดเชิงลบ และตั้งแต่ร้อยละ 70 จัดอยู่ในทักษะคิดเชิงบวก

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

## วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจกับผู้ดูแลเด็กขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยนี้ ผู้สัมภาษณ์ถามผู้ดูแลเด็กโดยตรงหรือให้ผู้ดูแลเด็กกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองในแบบสอบถาม จำนวน 32 ข้อ โดยทำแบบสอบถามแบบก่อนได้รับความรู้ (pretest) และหลังได้รับความรู้ (posttest) ในวันเดียวกัน หรือวันถัดมา โดยกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับชมสื่อวิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะชักจากไข้

## การวิเคราะห์ทางสถิติ

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ แสดงผลด้วยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณแสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานใช้วิธี binary logistic regression analysis โดยในขั้นแรกทำการวิเคราะห์แบบ univariate analysis เพื่อคัดเลือกปัจจัยพื้นฐานทั่วไปที่อาจมีอิทธิพลต่อความรู้ ทักษะ และแนวทางปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกที่ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่าเท่ากับ 0.20 จากนั้นนำปัจจัยที่ผ่านการคัดเลือกเข้าสู่การวิเคราะห์ด้วย multivariable logistic regression model และรายงานผลเป็นค่า odds ratio (OR) และ 95% confidence interval (95% CI) โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05 การวิเคราะห์ทั้งหมดดำเนินการด้วยโปรแกรม STATA version 19 (College Station, TX, USA)

## ผลการศึกษา

ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มควบคุม จำนวน 51 คน มีอายุเฉลี่ย  $36.7 \pm 11.5$  ปี และในกลุ่มทดลอง จำนวน 45 คน มีอายุเฉลี่ย  $32.0 \pm 10.3$  ปี พบว่าผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดา ช่วงอายุ 25-34 ปี ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีรายได้น้อย ส่วนใหญ่ไม่มีเครื่องวัดอุณหภูมิ ดังตารางที่ 1 ผู้ป่วยเด็กในกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย  $2.5 \pm 1.6$  ปี และในกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย  $2.2 \pm 1.3$  ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุของผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากไข้ครั้งแรก คือ 1-2 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติครอบครัวหรือประวัติที่น้องเคยมีภาวะชักจากไข้ ข้อมูลพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงจำนวนครั้งของภาวะชักจากไข้ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลเด็กและผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้ จำนวน 96 คน

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนคน ร้อยละ		p value
	กลุ่มควบคุม (n=51)	กลุ่มทดลอง (n=45)	
<b>เพศของผู้ดูแลเด็ก</b>			
เพศหญิง	43 (84.3)	38 (84.4)	1.000
เพศชาย	8 (15.7)	7 (15.5)	
<b>ความสัมพันธ์กับเด็ก</b>			
มารดา	33 (64.7)	34 (75.5)	0.117
บิดา	7 (13.7)	8 (17.8)	
ญาติ	11 (21.6)	3 (6.7)	
<b>ช่วงอายุของผู้ดูแลเด็ก (ปี)</b>			
น้อยกว่า 25	5 (9.8)	11 (24.4)	0.193
25-34	20 (39.2)	20 (44.4)	
35-44	16 (31.4)	10 (22.2)	
45-59	6 (11.8)	3 (6.7)	
มากกว่าเท่ากับ 60	4 (7.8)	1 (2.2)	
<b>เชื้อชาติ</b>			
ไทย	46 (90.2)	40 (88.9)	1.000
ต่างชาติ	5 (9.8)	5 (11.1)	
<b>ระดับการศึกษา</b>			
ไม่ได้รับการศึกษา-ประถมศึกษา	11 (21.6)	6 (13.3)	0.473
มัธยมศึกษา	27 (52.9)	27 (60.0)	
ปวช. ปวส.	7 (13.7)	5 (11.1)	
ปริญญาตรี	6 (11.8)	5 (11.1)	
สูงกว่าปริญญาตรี	0 (0)	2 (3.9)	
<b>ระดับรายได้ต่อเดือน (บาท)</b>			
0-15,000	43 (84.3)	33 (73.3)	0.315
15,001-30,000	6 (11.8)	7 (15.5)	
30,000	2 (3.9)	5 (11.1)	

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนคน ร้อยละ		p value
	กลุ่มควบคุม (n=51)	กลุ่มทดลอง (n=45)	
เครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน			
มี	17 (33.3)	13 (28.9)	0.639
ไม่มี	34 (66.7)	32 (71.1)	
เพศของผู้ป่วย			
หญิง	18 (35.3)	21 (46.7)	0.528
ชาย	33 (64.7)	24 (53.3)	
อายุของผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากไข้ครั้งแรก			
น้อยกว่า 1 ปี	11 (21.6)	12 (26.7)	0.368
1-2 ปี	32 (62.7)	22 (48.9)	
มากกว่า 2 ปี	8 (15.7)	11 (24.4)	
ผู้ป่วยเป็นบุตรลำดับที่			
1	21 (41.2)	17 (37.8)	0.609
2	17 (33.3)	20 (44.4)	
3	10 (19.6)	7 (15.5)	
มากกว่าเท่ากับ 4	3 (5.9)	1 (2.2)	
จำนวนครั้งภาวะชักจากไข้			
1	7 (13.7)	29 (64.4)	0.00004*
2	28 (54.9)	7 (15.5)	
3	7 (13.7)	4 (8.9)	
มากกว่าเท่ากับ 4	9 (17.6)	5 (11.1)	
ประวัติครอบครัวมีภาวะชักจากไข้			
ไม่ใช่	32 (62.7)	35 (77.8)	0.109
ใช่	19 (37.2)	10 (22.2)	
ประวัติพี่น้องของผู้ป่วยมีภาวะชักจากไข้			
ไม่ใช่	42 (82.3)	42 (93.3)	0.105
ใช่	9 (17.6)	3 (6.7)	

ด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ พบว่าก่อนได้รับความรู้ของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) ในด้านความรู้ พบว่าร้อยละของผู้ที่มีคะแนนความรู้รวมมากกว่าเท่ากับร้อยละ 70 เพิ่มจากร้อยละ 73.3 เป็นร้อยละ 97.8 ในกลุ่มทดลอง ขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มจากร้อยละ 54.9 เป็นร้อยละ 66.7 พบว่าหลังให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ในทุกข้อ โดยเฉพาะข้อ 3 (ใช้อุปกรณ์ใส่ในปากป้องกันการกัดลิ้น) เพิ่มจากร้อยละ 68.9 เป็น 97.8 แสดงถึงผลของสื่อวิดีโอในการแก้ไขความเข้าใจผิดได้อย่างชัดเจน ด้านทัศนคติ ภาพรวมก่อนให้ความรู้ มีทัศนคติด้านบวกค่อนข้างน้อย คือ กลุ่มควบคุม ร้อยละ 7.8 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 22.2 และหลังได้รับความรู้ กลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำแบบปกติ เพิ่มขึ้นเล็กน้อย เป็นร้อยละ 21.6 กลุ่มทดลองที่ได้รับชมวิดีโอ มีทัศนคติที่ดีขึ้นมาก คือ ร้อยละ 84.4 โดยเฉพาะในแง่ความกังวล เรื่องความเสี่ยงสูงในการเป็นโรคลมชักได้มากกว่าคนปกติพัฒนาการช้า และเสียชีวิต และด้านการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็ก พบว่าภาพรวมก่อนให้ความรู้มีการปฏิบัติตัวที่ค่อนข้างดีและใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม กลุ่มควบคุมร้อยละ 76.5 และกลุ่มทดลองร้อยละ 71.1 หลังได้รับความรู้พบว่ากลุ่มควบคุมเพิ่มเป็นร้อยละ 80.4 และกลุ่มทดลองเพิ่มสูงถึงร้อยละ 100 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้

ความรู้ ทักษะ และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็ก	กลุ่มควบคุม จำนวนคนที่ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ) n = 51		กลุ่มทดลอง จำนวนคนที่ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ) n = 45	
	ก่อนให้ คำแนะนำ	หลังให้ คำแนะนำ	ก่อนดู วิดีโอ	หลังดู วิดีโอ
<b>ความรู้เกี่ยวกับภาวะชักจากไข้</b>				
1. ภาวะชักจากไข้ พบได้ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี (ถูก)	44 (86.3)	49 (96.1)	42 (93.3)	45 (100.0)
2. ภาวะชักจากไข้ มีโอกาสชักซ้ำได้หากมีไข้ (ถูก)	48 (94.1)	46 (90.2)	45 (100.0)	45 (100.0)
3. ขณะชัก ควรใช้อุปกรณ์ใส่ในปากป้องกันการกัดลิ้น (ผิด)	35 (68.6)	38 (74.5)	31 (68.9)	44 (97.8)
4. ขณะชัก ควรกดหน้าอก เป่าปากช่วยหายใจ (ผิด)	41 (80.4)	42 (82.3)	39 (86.7)	45 (100.0)
5. ขณะชัก ควรจัดท่านอนหงายหรือนอนตะแคงศีรษะต่ำ (ถูก)	41 (80.4)	43 (84.3)	35 (77.8)	45 (100.0)
6. ภาวะชักจากไข้ ทำให้พัฒนาการช้า สมองได้รับบาดเจ็บ พิการ เสียชีวิต (ผิด)	15 (29.4)	16 (31.4)	13 (28.9)	42 (93.3)

ความรู้ ทักษะ และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็ก	กลุ่มควบคุม จำนวนคนที่ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ) n = 51		กลุ่มทดลอง จำนวนคนที่ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ) n = 45	
	ก่อนให้ คำแนะนำ	หลังให้ คำแนะนำ	ก่อนดู วิดีโอ	หลังดู วิดีโอ
	<b>ความรู้เกี่ยวกับภาวะชักจากไข้</b>			
7. ภาวะชักจากไข้มีความเสี่ยงโรคลมชักสูงมากกว่าคนทั่วไป (ผิด)	13 (25.5)	17 (33.3)	18 (40.0)	39 (86.7)
8. ปัจจัยเสี่ยง คือมีคนในครอบครัวที่มีภาวะชักจากไข้ (ถูก)	36 (70.6)	35 (68.6)	32 (71.1)	43 (95.5)
9. ผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากไข้มักควรได้รับยากันชักทุกราย (ผิด)	39 (76.5)	40 (78.4)	38 (84.4)	42 (93.3)
10. ผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากไข้มักควรตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองทุกราย (ผิด)	35 (68.6)	40 (78.4)	33 (73.3)	43 (95.5)
คะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	28 (54.9)	34 (66.7)	33 (73.3)	44 (97.8)
<b>ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้</b>				
1. ท่านกลัว กังวล ไม่ทราบว่าจะควรทำอย่างไรขณะชัก	5 (9.8)	9 (17.6)	2 (4.4)	7 (1.5)
2. ท่านกังวลเรื่องชักจากไข้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต	2 (3.9)	4 (7.8)	8 (1.8)	36 (80.0)
3. ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากไข้ อาจมีพัฒนาการช้า	11 (21.6)	14 (27.4)	10 (22.2)	42 (93.3)
4. ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากไข้ มีโอกาสเสียชีวิตได้	12 (23.5)	19 (37.2)	42 (93.3)	44 (97.8)
5. ท่านคิดว่าควรดูแลผู้ป่วยที่เคยมีภาวะชักจากไข้อย่างใกล้ชิด	49 (96.1)	49 (96.1)	38 (84.4)	44 (97.8)
6. ท่านคิดว่าภาวะชักจากไข้ หายได้เอง เมื่อโตขึ้น	41 (80.4)	44 (86.3)	45 (100.0)	45 (100.0)
7. ท่านคิดว่าควรมีเครื่องวัดอุณหภูมิในบ้านที่มีผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากไข้	49 (96.1)	49 (96.1)	38 (84.4)	43 (95.5)
8. ท่านคิดว่าภาวะชักจากไข้มีความเสี่ยงสูงในการเป็นโรคลมชักได้มากกว่าคนปกติ	14 (27.4)	16 (31.4)	41(91.1)	44 (97.8)

ความรู้ ทัศนคติ และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็ก	กลุ่มควบคุม จำนวนคนที่ตอบถูก n = 51 (%)		กลุ่มทดลอง จำนวนคนที่ตอบถูก n = 45 (%)	
	ก่อนให้ คำแนะนำ	หลังให้ คำแนะนำ	ก่อนดู วิดีโอ	หลังดู วิดีโอ
9. ท่านอยากให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้และคำแนะนำ	49 (96.1)	49 (96.1)	37 (82.2)	40 (88.9)
10. ควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์หลายโรงพยาบาลเพื่อความมั่นใจ	32 (62.7)	37 (72.5)	26 (57.8)	30 (66.7)
11. ควรพาผู้ป่วยไปพบกุมารแพทย์ระบบประสาทและสมอง	14 (27.4)	22 (43.1)	29 (64.4)	35 (77.8)
12. หากบุตรหลานต้องนอนโรงพยาบาล ส่งผลต่อฐานะทาง การเงินของครอบครัว	29 (56.8)	31 (60.8)	41 (91.1)	45 (100.0)
คะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	4 (7.8)	11 (21.6)	10 (22.2)	38 (84.4)
<b>แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้</b>				
1. ตั้งสติ สังเกตท่าชักและระยะเวลาที่ชัก (ถูก)	43 (84.3)	44 (86.3)	41 (91.1)	45 (100.0)
2. ถ่ายวิดีโอบันทึกเหตุการณ์ขณะชัก หากสามารถทำได้ (ถูก)	20 (43.1)	24 (47.0)	11 (91.1)	34 (75.5)
3. ใช้เครื่องวัดอุณหภูมิเพื่อวัดไข้ หากสามารถทำได้ (ถูก)	38 (74.5)	38 (74.5)	25 (55.5)	40 (88.9)
4. กระตุ้นให้ตื่น เช่น เขย่าตัว ปลุกให้ตื่น (ผิด)	19 (37.2)	21 (41.2)	22 (48.9)	45 (100.0)
5. จัดท่านอนหงายหรืออนตะแคงให้ศีรษะต่ำ (ถูก)	39 (76.5)	38 (74.5)	36 (80.0)	45 (100.0)
6. จับอ้าปาก ใช้อุปกรณ์ใส่ในปาก เช่น ช้อน นิ้วมือ ผ้า (ผิด)	38 (74.5)	39 (76.5)	37 (82.2)	43 (95.5)
7. กู้ชีพเบื้องต้น ด้วยการเป่าปาก และ/หรือ กดนวดหัวใจ (ผิด)	45 (88.2)	46 (90.2)	39 (86.7)	45 (100.0)
8. เช็ดตัวเพื่อลดไข้ หากผู้ป่วยดูไม่สบาย (ถูก)	47 (92.1)	48 (94.1)	42 (93.3)	45 (100.0)
9. ให้รับประทานยาลดไข้ทันทีขณะชัก (ผิด)	38 (74.5)	38 (74.5)	37 (82.2)	43 (95.5)
10. หากชักนาน ควรรีบพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน (ถูก)	51 (100.0)	51 (100.0)	45 (100.0)	45 (100.0)
คะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	39 (76.5)	41 (80.4)	32 (71.1)	45 (100.0)

การวิเคราะห์แบบปัจจัยเดียวที่สัมพันธ์กับความรู้ ทัศนคติ และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็ก พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับด้านความรู้ คือ ผู้ป่วยเป็นบุตรลำดับที่มากกว่าเท่ากับ 4 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่เป็นญาติ และการมีเครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ คือ อายุของผู้ดูแลเด็ก เชื้อชาติ รายได้ ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็ก คือ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา และการมีเครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์แบบปัจจัยเดียวที่สัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้

ปัจจัย	Odds ratio (95% CI); p value		
	ความรู้	ทักษะ	การปฏิบัติตัว
อายุผู้ป่วยเด็ก (ปี)	0.9 (0.9-1.0); 0.5	0.9 (0.9-1.0); 0.2	1.0 (0.9-1.0); 0.6
เพศของผู้ป่วยเด็ก			
หญิง	Ref.	Ref.	Ref.
ชาย	0.6 (0.2-1.7); 0.35	0.7 (0.3-1.6) 0.4	0.7 (0.1-2.6); 0.6
ผู้ป่วยเป็นบุตรลำดับที่			
1-3	Ref.	Ref.	Ref.
มากกว่าเท่ากับ 4	0.2 (0.0-1.6); 0.1*	0.4 (0.0-4.5); 0.5	0.3 (0.0-3.8); 0.4
จำนวนครั้งของภาวะชักจากไข้			
1	Ref.	Ref.	Ref.
2	2.6 (0.2-1.7); 0.3	0.6 (0.1-2.2); 0.5	1.8 (0.2-16.1); 0.5
3	1.0 (0.1-5.3); 0.9	0.4 (0.0-1.6); 0.2*	empty
มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง	0.4 (0.1-1.7); 0.2	0.3 (0.0-1.4); 0.1*	0.7 (0.1-4.1); 0.7
อายุที่ชักครั้งแรก			
น้อยกว่า 12 เดือน	Ref.	Ref.	Ref.
12-24 เดือน	0.5 (0.1-2.1); 0.3	1.0 (0.3-2.9); 0.9	0.2 (0.0-2.1); 0.2
มากกว่า 24 เดือน	1.4 (0.2-9.5); 0.7	1.8 (0.5-6.3); 0.3	0.9 (0.0-15.4); 0.9
ผู้ป่วยมีคนในครอบครัวเคยมีภาวะชักจากไข้			
ไม่ใช่	Ref.	Ref.	Ref.
ใช่	2.0 (0.6-6.8); 0.2	0.8 (0.3-2.0); 0.7	0.9 (0.2-3.3); 0.8
ประวัติพี่น้องของผู้ป่วยเคยมีภาวะชักจากไข้			
ไม่ใช่	Ref.	Ref.	Ref.
ใช่	3.4 (0.4-27.8); 0.2	0.5 (0.1-1.7); 0.2	0.7 (0.1-3.8); 0.7

ปัจจัย	Odds ratio (95% CI); p value		
	ความรู้	ทัศนคติ	การปฏิบัติตัว
<b>ความสัมพันธ์กับเด็ก</b>			
มารดา	Ref.	Ref.	Ref.
บิดา	0.6 (0.1-2.6); 0.5	1.1 (0.3-3.5); 0.8	1.6 (0.1-14.3); 0.6
ญาติ	0.2 (0.0-0.7); <0.00001*	0.5 (0.1-1.8); 0.3	0.4 (0.0-1.9); 0.2
<b>เพศของผู้ดูแลเด็ก</b>			
หญิง	Ref.	Ref.	Ref.
ชาย	0.9 (0.2-3.6); 0.8	0.9 (0.2-2.8); 0.8	1.9 (0.2-16.6); 0.5
<b>ช่วงอายุ (ปี) ผู้ดูแลเด็ก</b>			
น้อยกว่า 25	Ref.	Ref.	Ref.
25-34	1.8 (0.4-7.8); 0.3	0.3 (0.1-1.1); 0.0*	0.4 (0.0-4.3); 0.5
35-44	1.8 (0.3-8.6); 0.4	0.4 (0.1-1.5); 0.2*	0.8 (0.0-9.6); 0.8
45-59	1.1 (0.1-8.0); 0.8	0.3 (0.0-1.6); 0.1*	0.5 (0.0-9.7); 0.6
มากกว่าเท่ากับ 60	0.5 (0.0-4.1); 0.5	0.1 (0.0-1.6); 0.1*	0.1 (0.0-1.4); <0.0001*
<b>เชื้อชาติ</b>			
ไทย	Ref.	Ref.	Ref.
ต่างชาติ	0.4 (0.1-2.1); 0.3	0.5 (0.1-2.3); 0.1*	0.2 (0.0-1.1); <0.0001*
<b>ระดับการศึกษา</b>			
ไม่มี-ประถมศึกษา	Ref.	Ref.	Ref.
มัธยมศึกษา	1.3 (0.3-5.0); 0.6	1.3 (0.4-4.2); 0.5	4.0(1.0-16.4);<0.0001*
ปวช. ปวส.	0.9 (0.1-5.1); 0.9	0.9 (0.1-4.3); 0.9	4.5 (0.4-45.6); 0.1*
ปริญญาตรี	3.6 (0.3-37.8); 0.2	2.1 (0.4-9.3); 0.3	empty
สูงกว่าปริญญาตรี	empty	empty	empty
<b>ระดับรายได้ต่อเดือน (บาท)</b>			
น้อยกว่าเท่ากับ 15,000	Ref.	Ref.	Ref.
15,001-30,000	1.7 (0.3-8.4); 0.6	2.5 (0.8-7.9); 0.1*	2.1 (0.2-17.9); 0.4
มากกว่า 30,000	empty	2.5 (0.4-16.3); 0.3	empty

ปัจจัย	Odds ratio (95% CI); p value		
	ความรู้	ทัศนคติ	การปฏิบัติตัว
เครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน			
ไม่มี	Ref.	Ref.	Ref.
มี	3.6 (1.2-10.4); <0.0001*	1.6 (0.6-4.1); 0.2	7.6 (1.8-31.3); <0.0001*

Ref: reference group; \*: significance  $\leq 0.2$

และผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับผลลัพธ์แบบแยกกันในตารางที่ 3 นำไปสู่การวิเคราะห์แบบพหุปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ ทัศนคติ และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็ก (ตารางที่ 4) ในด้านความรู้ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการคู่มือโอมีคะแนนความรู้ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ สูงถึง 23.5 เท่า (p value 0.004, 95%CI = 2.7-198.7) และผู้ปกครองที่มีเครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน มีคะแนนความรู้ที่ดีกว่า 5.7 เท่า (p value 0.008, 95%CI = 1.5-21.1) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีเครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน ในด้านทัศนคติ ปัจจัยที่มีผล คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับการคู่มือวีดีโอแล้วมีทัศนคติเชิงบวกมากกว่ากลุ่มควบคุม 74 เท่า (p value <0.0001, 95%CI = 18.3-298.4) ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ที่ถูกต้อง มีผลต่อความรู้ และเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ และด้านการปฏิบัติตัว ผู้ปกครองที่มีเครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน มีแนวโน้มปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่ไม่มี 9.4 เท่า (p value 0.003, 95%CI = 2.1-41.9) และกลุ่มทดลองที่ได้รับการคู่มือวีดีโอมีแนวโน้มปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากกว่ากลุ่มควบคุม 13.4 เท่า (p value 0.019, 95%CI = 1.5-117.7)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์แบบพหุปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ ทัศนคติ และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ในเด็ก

ปัจจัย	Odds ratio	95%CI	p value
ด้านความรู้			
เครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน			
ไม่มี	Ref.	Ref.	Ref.
มี	5.7	1.5-21.1	0.008*
กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย			
กลุ่มควบคุม ได้รับคำแนะนำตามปกติ	Ref.	Ref.	Ref.
กลุ่มทดลอง ได้รับการคู่มือวีดีโอ	23.5	2.7-198.7	0.004*

ปัจจัย	Odds ratio	95%CI	p value
<b>ด้านทัศนคติ</b>			
<b>กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย</b>			
กลุ่มควบคุม ได้รับคำแนะนำตามปกติ	Ref.	Ref.	Ref.
กลุ่มทดลอง ได้รับการคู่มือ	74	18.3-298.4	0.000*
<b>ด้านการปฏิบัติตัว</b>			
<b>เครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้าน</b>			
ไม่มี	Ref.	Ref.	Ref.
มี	9.4	2.1-41.9	0.003*
<b>กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย</b>			
กลุ่มควบคุม ได้รับคำแนะนำตามปกติ	Ref.	Ref.	Ref.
กลุ่มทดลอง ได้รับการคู่มือ	13.4	1.5-117.7	0.019*

### อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษานี้พบว่าสื่อวิดีโอเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และส่งเสริมการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะชักจากไข้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลสูงจากความเข้าใจผิด สอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมาก<sup>15, 17-19, 21-23</sup> ด้านความรู้ กลุ่มทดลองที่รับชมสื่อวิดีโอ มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น ประเด็นที่ผู้ดูแลมักเข้าใจผิด เช่น การใส่ผ้าคลุมในปากระหว่างชัก ซึ่งก่อนนี้ให้ความรู้พบว่ามีความเข้าใจผิดสูง การเปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Clements CJ. และคณะ ที่พบว่าวิดีโอช่วยลดความเข้าใจผิดทางการแพทย์ได้ดีในกลุ่มผู้ปกครอง<sup>28</sup> Schnellinger M. และคณะ พบว่าสื่อวิดีโอสามารถให้ความรู้แก่ผู้ปกครองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าแผ่นพับ<sup>26</sup> และ Najimi A. และคณะ พบว่าโปรแกรมให้ความรู้ส่งผลต่อความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติของมารดาในการป้องกันภาวะชักจากไข้ในเด็กได้<sup>25</sup>

ด้านทัศนคติ พบว่าสื่อวิดีโอมีผลต่อทัศนคติเชิงบวกในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.2 เป็นร้อยละ 84.4 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ดังนั้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องทางสื่อวิดีโอช่วยลดความกังวลและความเข้าใจผิด เช่น ความเสี่ยงของการเป็นโรคลมชัก พัฒนาการล่าช้า หรือการเสียชีวิต<sup>10-11</sup> ซึ่งเป็นความกลัวที่มักมาพร้อมกับภาวะชักจากไข้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wassmer E และ Hanlon M ว่าการให้ข้อมูลที่ถูกต้องช่วยเพิ่มความรู้และลดความกังวลของผู้ปกครองได้อย่างมาก<sup>24</sup> ส่วนการศึกษาของ Blacow R. และคณะ พบว่าวิดีโอช่วยลดความกลัวและความเครียดในผู้ปกครองได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>29</sup>

ด้านการปฏิบัติ พบว่าสื่อวิดีโอสามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติที่ถูกต้องได้ถึงร้อยละ 100 ผลการวิเคราะห์แบบพหุปัจจัยพบว่า การได้รับชมวิดีโอมีผลต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Paul F. และคณะ พบว่าข้อมูลที่มีคุณภาพสามารถเพิ่มความรู้และส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ปกครองได้<sup>16</sup> การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการแก้ไขความเข้าใจผิดที่พบได้บ่อยในหลายการศึกษา<sup>18-19, 21-22</sup>

ผลการวิเคราะห์ยังพบว่า การมีเครื่องวัดอุณหภูมิที่บ้านมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของความรู้ ทักษะคิดเชิงบวก และส่งผลกระทบต่อปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ดูแลเด็ก โดยผู้ที่มีเครื่องวัดอุณหภูมิมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติได้ถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีถึง 9.4 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee YH. และคณะ ที่พบว่าอุปกรณ์สนับสนุนในบ้าน เช่น เครื่องวัดอุณหภูมิหรือชุดปฐมพยาบาล มีผลต่อความมั่นใจและการตอบสนองที่ถูกต้องของผู้ดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญ<sup>30</sup> สะท้อนให้เห็นว่า การมีเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการดูแลเบื้องต้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพในการนำความรู้ไปใช้จริง และบางครั้งการแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อาจยังไม่เพียงพอ การใช้สื่อวิดีโอก็เป็นเครื่องมือที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพได้อย่างดี

## บทสรุป

ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะชักจากไขข้ออาจมีความเข้าใจผิดและความกลัวนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องและเป็นอันตรายได้ การนำเสนอข้อมูลที่ถูกต้องในรูปแบบที่เข้าถึงง่ายและเข้าใจได้ง่ายผ่านสื่อวิดีโอเป็นวิธีการเพิ่มความรู้ที่ถูกต้อง แก้ไขความเข้าใจผิด ส่งเสริมทักษะคิดเชิงบวกและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเปรียบเทียบกับ การให้คำแนะนำตามปกติ ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการใช้สื่อวิดีโอเป็นเครื่องมือในการให้ความรู้ในโรงพยาบาลและชุมชนเพื่อส่งเสริมการจัดการภาวะชักจากไขข้ออย่างเหมาะสมและปลอดภัยยิ่งขึ้น

## ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับข้อมูลด้านความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กต่อภาวะชักจากไขข้อในเด็กได้มาจากการรายงานด้วยตนเอง อาจมีอคติจากความทรงจำ (recall bias) ผู้ดูแลเด็กอาจแสดงทักษะคิดของตนเองอาจได้รับอิทธิพลจากความต้องการให้สังคมยอมรับ (social desirability) ซึ่งนำไปสู่การรายงานทักษะคิดเชิงบวกมากเกินไป และลดการรายงานทักษะคิดเชิงลบลง นอกจากนี้ กลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ตามวิธีปฏิบัติปกติอาจมีความแปรผันของเนื้อหาเมื่อเทียบกับกลุ่มแทรกแซงที่ได้รับสื่อวิดีโอซึ่งมีมาตรฐานแน่นอน แม้ว่าผู้วิจัยจะได้จัดการอบรมบุคลากรก่อนการให้ความรู้เพื่อสร้างความสอดคล้องของเนื้อหาแล้วก็ตาม ความแปรผันดังกล่าวยังคงเป็นข้อจำกัดที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มได้

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ดูแลเด็ก ผู้ป่วยเด็กที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยใน กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลปทุมธานี ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูล และรองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิง ดร. สหฤทัย เจียมศรีพงษ์ ที่ปรึกษาทางด้านสถิติ

## เอกสารอ้างอิง

1. Randel A. AAP updates guidelines for evaluating simple febrile seizures in children. *Am Fam Physician*. 2011;83:1348–50.
2. Commission on epidemiology and prognosis, international league against epilepsy. Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. *Epilepsia*. 1993;34:592-6.
3. Tsubai T. Epidemiology of febrile and afebrile convulsions in children in Japan. *Neurology*. 1984;34:175–81.
4. Hackett R, Hackett L, Bhakta P. Febrile seizures in a south Indian district: Incidence and associations. *Dev Med Child Neurol*. 1997;39:380–4.
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. 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.
9. Jamal MM, Ahmed W. To identify the factors affecting the risk of recurrent febrile seizures in Saudi children. *Pak Armed Forces Med J*. 2015;65:458–63.
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, Lin KL, Chang WN, Wang PJ. 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. Offringa M, Newton R. Prophylactic drug management for febrile seizures in children. *Evid Based Child Health*. 2013;8:1376–85.
14. Leung AKC, Hon KL, Leung TNH. Febrile seizures: An overview. *Drugs Context*. 2018;7:212536.
15. 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.
16. Paul F, Jones MC, Hendry C, Adair PM. The quality of written information for parents regarding the management of a febrile convulsion: A randomized controlled trial. *J Clin Nurs*. 2007;16:2308–22.
17. Kolahi AA, Tahmooszadeh S. First febrile convulsions: Inquiry about the knowledge, attitudes and concerns of the patients' mothers. *Eur J Pediatr*. 2009;168:167–71.
18. Shibeef NF, Altufaily YAS. Parental knowledge and practice regarding febrile seizure in their children. *Med J Babylon*. 2019;16:58–61.
19. 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.
20. 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.
21. AlZweihary A, Alkhalifah RS, Alrayes RM, Alshutily AS, Alotaibi GA. 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.
22. 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.
23. 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.
24. Wassmer E, Hanlon M. Effects of information on parental knowledge of febrile convulsions. *Seizure*. 1999;8:421–3.
25. Najimi A, Dolatabadi NK, Esmaeili AA, Sharifirad GR. The effect of educational programs on knowledge, attitude and practice of mothers regarding prevention of febrile seizure in children. *J Educ Health Promot*. 2013;2:26.

26. Schnellinger M, Finkelstein M, Thygeson MV, Vander Velden H, Karpas A, Klevens RM. Animated video vs pamphlet: Comparing the success of educating parents about proper antibiotic use. *Pediatrics*. 2010;125:990–6.
27. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch J Educ Res*. 1977;2:49-60.
28. Clements CJ, Williams L, Price R, Wright S. Effectiveness of video-based education on parental understanding of febrile seizures: A randomized trial. *J Pediatr Health Care*. 2020;34:234–40.
29. Blacow R, Patel S, D’Souza A. Using visual media to address parental anxiety in febrile seizures: A controlled study. *Patient Educ Couns*. 2022;105:900–6.
30. Lee YH, Chen CC, Liao CY, Lin LH, Chiu YY, Ko PC. Home-based health tools improve caregiver confidence and febrile seizure management: A cross-sectional study. *BMC Pediatr*. 2023;23:58