

ประสิทธิผลของแนวทาง D-METHOD F-P ต่อความพร้อมของญาติและอัตราการกลับมา
รักษาซ้ำภายใน 28 วันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง
โรงพยาบาลสันป่าตอง Effectiveness of the D-METHOD F-P Guideline on Family
Caregiver Preparedness and 28-Day Readmission Rate among Stroke Patients
in the female Medical Ward, Sanpatong Hospital

สุทธาทิพย์ สิงห์มราช Suthathip Singkarad *

Received: Feb 02, 2026 | Revised: Apr 05, 2026 | Accepted: Apr 22, 2026

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญที่มีอัตราการพิการและการกลับมารักษาซ้ำสูง โดยเฉพาะหลังจำหน่ายที่ผู้ป่วยและญาติยังขาดความพร้อมในการดูแล แนวทาง D-METHOD F-P เป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เน้นการมีส่วนร่วมและการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของแนวทางดังกล่าวต่อระดับความรู้ ความพร้อม และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 40 ราย และญาติผู้ดูแลหลัก 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คู่ โดยกลุ่มทดลองได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางปกติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired-samples t-test, Independent-samples t-test, Chi-square test และ Fisher's Exact Test

ผลการศึกษา: ภายหลังการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้และความพร้อมของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งด้านความรู้ ($p < .001$, 95% CI 4.47–10.24) และความพร้อม ($p < .001$, 95% CI 4.26–11.54) ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองร้อยละ 35.00 มีความพร้อมอยู่ในระดับสูง ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบผู้ที่มีความพร้อมระดับสูง อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 5.00 และ 20.00 ตามลำดับ) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .342$) และญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อกระบวนการวางแผนจำหน่ายในระดับมาก

สรุป: แนวทาง D-METHOD F-P สามารถเพิ่มระดับความรู้และความพร้อมของญาติผู้ดูแล และมีแนวโน้มลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านขนาดกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสถานพยาบาลเดียว ซึ่งอาจจำกัดการนำไปใช้ในบริบทอื่น

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, ญาติผู้ดูแล, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, แนวทาง D-METHOD F-P

Abstract

Introduction: Stroke is a major public health problem associated with high rates of disability and hospital readmission. After discharge, patients and caregivers often lack adequate preparedness for ongoing care. The D-METHOD F-P guideline is a structured discharge planning approach emphasizing participation and systematic preparation. This study aimed to examine the effects of

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ อีเมล: menanuch3373@gmail.com

*Registered Nurse Practitioner Sanpatong Hospital, Sanpatong District, Chiang Mai Province E-mail: menanuch3373@gmail.com

this approach on caregivers' knowledge, readiness, and 28-day readmission rates.

Methods: A quasi-experimental two-group pretest–posttest design was conducted. The sample consisted of 40 stroke patients and 40 primary caregivers, equally assigned to control and experimental groups (20 pairs each). The experimental group received discharge planning based on the D-METHOD F-P guideline, while the control group received usual care. Data were analyzed using descriptive statistics, paired-samples t-test, independent-samples t-test, chi-square test, and Fisher's exact test.

Results: Post-intervention, both groups demonstrated significant improvements in caregivers' knowledge and readiness ($p < .001$). The experimental group had significantly higher posttest scores than the control group in both knowledge ($p < .001$, 95% CI 4.47–10.24) and readiness ($p < .001$, 95% CI 4.26–11.54). In the experimental group, 35.00% of caregivers achieved a high level of readiness, whereas none in the control group did. The 28-day readmission rate was lower in the experimental group than in the control group (5.00% vs. 20.00%); however, the difference was not statistically significant ($p = .342$). Caregivers in the experimental group reported high levels of satisfaction with the discharge planning process.

Conclusion: The D-METHOD F-P guideline improved caregivers' knowledge and readiness and showed a trend toward reducing 28-day readmission rates. However, the study was limited by a small sample size and a single-center setting, which may restrict generalizability.

Keywords: discharge planning; caregivers; stroke patients; D-METHOD F-P approach

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นปัญหาทางระบบประสาทที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ซึ่งพบประมาณร้อยละ 80 และโรคหลอดเลือดสมองแตก พบประมาณร้อยละ 20 ผู้ป่วยมักมีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว การสื่อสาร และความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตประจำวัน⁽¹⁾

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการระยะยาวของโลก โดยในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยมากกว่า 101 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 6.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยประมาณ 349,126 ราย และเสียชีวิตประมาณ 36,214 ราย ซึ่งยังคงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ⁽²⁾ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจำนวนมากยังคงมีความบกพร่องหลังระยะเฉียบพลัน และมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะในช่วง 3–6 เดือนแรกหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นระยะสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽³⁾ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28–30 วัน และสะท้อนคุณภาพของระบบการดูแลต่อเนื่อง^(4,5)

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบเครือข่าย ครอบคลุมตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน รวมถึงแนวทาง Intermediate Care อย่างไรก็ตาม การนำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในระดับโรงพยาบาลทั่วไปยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในด้านการวางแผนจำหน่ายและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล⁽⁶⁾

ข้อมูลจากโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565–2567 มีจำนวน 264, 273 และ 312 ราย ตามลำดับ และมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 21, 12 และ 11 ราย คิดเป็นร้อยละ

7.95, 4.40 และ 3.53 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ การติดเชื้อในปอด จำนวน 5, 9 และ 6 ราย (ร้อยละ 1.89, 3.30 และ 1.92) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จำนวน 3, 3 และ 7 ราย (ร้อยละ 1.14, 1.10 และ 2.24) และแผลกดทับ จำนวน 4, 5 และ 7 ราย (ร้อยละ 1.52, 1.83 และ 2.24) ตามลำดับ แม้มีการดูแลตามแนวทางมาตรฐาน แต่ยังพบว่าระบบการวางแผนจำหน่ายขาดการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมถึงการให้ข้อมูลและการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัยระดับนานาชาติพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28–30 วัน และสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของระบบการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลได้^(4, 5)

งานวิจัยในต่างประเทศสนับสนุนว่า การดูแลผู้ป่วยในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (transitional care) ที่มีโครงสร้างชัดเจน โดยเน้นบทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้ การติดตาม และการประสานการดูแล สามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁷⁾ โดยแนวทางดังกล่าวพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ (discharge planning) ซึ่งมุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน โดยอาศัยกระบวนการให้ความรู้ การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และการติดตามผลหลังจำหน่าย^(8,9) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยดังกล่าวส่วนใหญ่ดำเนินการในบริบทโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือระบบบริการที่มีทรัพยากรพร้อม ซึ่งอาจแตกต่างจากบริบทของโรงพยาบาลทั่วไป

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งประยุกต์ใช้แนวทาง D-METHOD F-P^(8,9) ซึ่งเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความพร้อมของญาติผู้ดูแล ลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายในบริบทของโรงพยาบาลทั่วไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

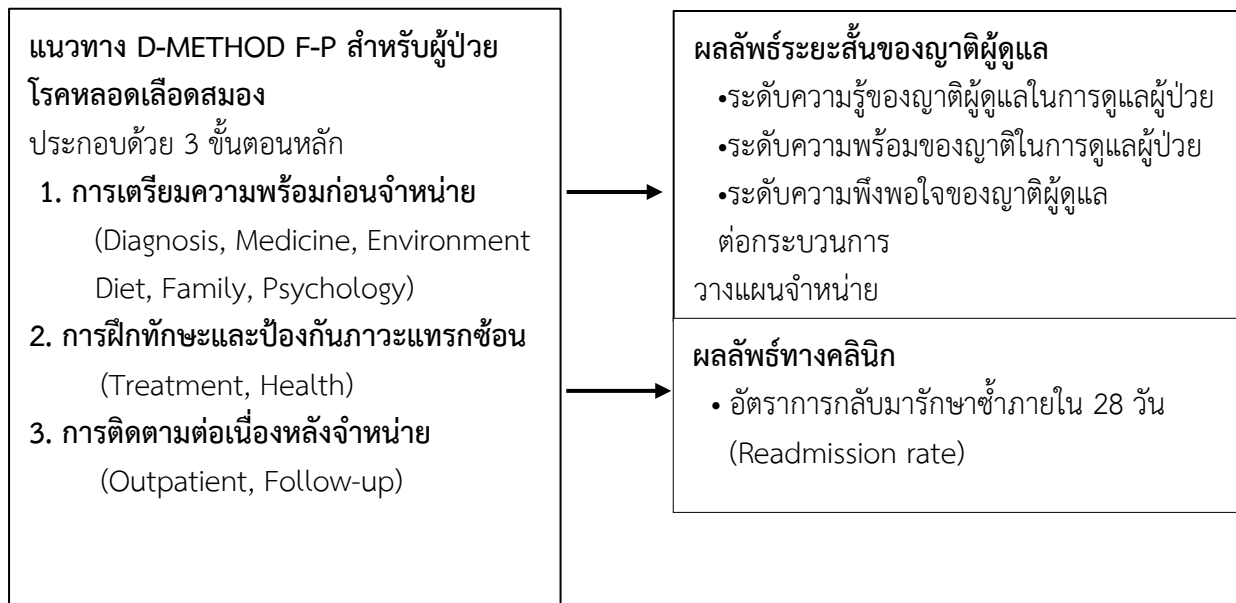
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยเปรียบเทียบทั้งภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P กับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยเปรียบเทียบทั้งภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P กับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของญาติที่มีต่อกระบวนการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P
4. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P กับกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีแนวคิดการวางแผนจำหน่ายแบบองค์รวมตามแนวทาง D-METHOD F-P ซึ่งมุ่งเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสำหรับการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย โดยเน้นบทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้ การวางแผนการดูแล การประสานบริการ และการติดตามผล เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลและลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ (2004)⁽⁸⁾ และแนวทางการวางแผนจำหน่ายของ Jack และคณะ (2009)⁽⁹⁾ แนวทางดังกล่าวครอบคลุมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การใช้จ่าย การจัดการสภาพแวดล้อม การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลด้านโภชนาการ การติดตามการรักษา และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความพร้อมของญาติผู้ดูแลและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่าย

ในการศึกษานี้ แนวทาง D-METHOD F-P ถูกนำมาประยุกต์ใช้เป็นกระบวนการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพยาบาลและญาติผู้ดูแล เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความพึงพอใจ และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

ภายหลังจำหน่าย ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ความพร้อมของญาติเพิ่มขึ้นและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแสดงในแผนภูมิที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลัง (two-group pretest-posttest design) โดยไม่สุ่มตัวอย่าง (non-randomized design) เพื่อเปรียบเทียบผลของการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P กับการดูแลตามแนวทางเดิมของหน่วยงาน

ผลลัพธ์ที่ศึกษา ได้แก่ คะแนนความรู้และคะแนนความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย ระดับความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ และมีแผนจำหน่ายกลับบ้าน

2. ญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีบทบาทในการดูแลและเข้าร่วมกระบวนการวางแผนจำหน่าย

กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากประชากรที่เข้าเกณฑ์การศึกษา โดยใช้วิธีคัดเลือกแบบต่อเนื่องตามลำดับเวลาการเข้ารับการรักษา (consecutive sampling) เพื่อให้สะท้อนลักษณะของประชากรจริงและลดความลำเอียงในการคัดเลือกตัวอย่าง การจัดกลุ่มเป็นแบบไม่สุ่ม (non-randomized allocation) โดยแบ่งกลุ่มตามลำดับช่วงเวลาของการเก็บข้อมูล กล่าวคือ เก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน และเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองภายหลัง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มควบคุม (Control Group) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและการดูแลตามแนวทางมาตรฐานของโรงพยาบาล

2. กลุ่มทดลอง (Experimental Group) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้แนวทาง D-METHOD F-P ร่วมกับญาติผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมกระบวนการวางแผนจำหน่าย

ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มถูกจับคู่แบบรายต่อราย (1:1 matching) และกำหนดเป็นหน่วยวิเคราะห์หลัก (unit of analysis) สำหรับผลลัพธ์ด้านคะแนนความรู้ ความพร้อม และความพึงพอใจ ขณะที่ข้อมูลของผู้ป่วยใช้ในการประเมินอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงผลการศึกษาที่รายงานค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 40.33 ± 6.90 และ 27.07 ± 9.47 ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ เมื่อนำมาคำนวณขนาดอิทธิพลตามเกณฑ์ของ Cohen พบว่ามีค่า Cohen's $d = 1.60$ ซึ่งอยู่ในระดับอิทธิพลขนาดใหญ่⁽¹¹⁾

จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) = 0.80 และการทดสอบแบบสองทาง (two-tailed test) ผลการคำนวณพบว่าควรมีก่อนมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 8 คนต่อกลุ่ม อย่างไรก็ตาม เพื่อเพิ่มความแม่นยำและรองรับการสูญเสียข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion and Exclusion Criteria)

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
3. อยู่ในระยะที่มีแผนจำหน่ายกลับบ้านหลังสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาล
4. มีญาติหรือผู้ดูแลหลักที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
5. ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลหลักยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในแบบแสดงความยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง หรือไม่สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้
2. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่อยู่ในภาวะวิกฤต หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน
3. ผู้ป่วยหรือญาติที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนความยินยอมระหว่างการศึกษา

2. กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมการศึกษา
2. มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับบ้าน
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยและให้ข้อมูลได้
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในแบบแสดงความยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ญาติหรือผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน
2. ไม่สามารถเข้าร่วมการให้ข้อมูลตามช่วงเวลาที่กำหนดในการศึกษา
3. ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนความยินยอมระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 แนวทางการวางแผนจำหน่าย D-METHOD F-P

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์จากแนวคิดการวางแผนจำหน่ายแบบองค์รวมและการดูแลผู้ป่วยในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลสำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน^(4,12)

แนวทางดังกล่าวครอบคลุมการดูแลแบบบูรณาการ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การใช้จ่าย การจัดหาสภาพแวดล้อมที่บ้าน การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การติดตามการรักษา การดูแลด้านโภชนาการ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และการประเมินด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่องและแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง^(1,4,7) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย

1.2 คู่มือการใช้แนวทาง D-METHOD F-P สำหรับพยาบาล

เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่าย โดยประยุกต์จากแนวคิดการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน^(4,12) ครอบคลุมการประเมินด้านความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถในการดูแล และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตามองค์ประกอบของแนวทาง D-METHOD F-P พร้อมแนวทางการประเมิน การให้คะแนน และการให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ

การใช้คู่มือนี้มีเป้าหมายเพื่อให้การวางแผนจำหน่ายเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และส่งเสริมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านภายหลังจำหน่าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Evaluation Instruments)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย 4 ชุด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลประชากรศาสตร์และข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงข้อมูลลักษณะทั่วไปและบริบทการดูแลของญาติผู้ดูแล แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ ระยะเวลาอนาธิปไตย การวินิจฉัยโรค ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และโรคประจำตัว และ (2) ข้อมูลของญาติหรือผู้ดูแล เช่น ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์และลักษณะการดูแล รวมถึงการได้รับคำแนะนำหรืออบรมมาก่อน ข้อมูลที่ได้ใช้เพื่ออธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และเป็นตัวแปรประกอบในการวิเคราะห์ผลของแนวทาง D-METHOD F-P ต่อผลลัพธ์ของการศึกษา

2.2 แบบประเมินความรู้และการมีส่วนร่วมของญาติในการวางแผนจำหน่าย

เป็นแบบประเมินแบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบของแนวทาง D-METHOD F-P และแนวคิดการดูแลต่อเนื่องในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน^(4,12) เพื่อประเมินคะแนนความรู้และการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ข้อ

และ (2) ด้านการมีส่วนร่วมของญาติในการวางแผนจำหน่าย จำนวน 7 ข้อ ลักษณะการให้คะแนนเป็นแบบมาตราประมาณค่า 0-3 คะแนนต่อข้อ โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-45 คะแนน ซึ่งคะแนนที่สูงแสดงถึงระดับความรู้และการมีส่วนร่วมที่สูงขึ้น

2.3 แบบประเมินคะแนนความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่าย

เป็นแบบประเมินตนเองของญาติผู้ดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อประเมินคะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้านก่อนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P และแนวคิดการดูแลต่อเนื่องในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน^(4,12) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ความมั่นใจและการจัดการตนเองของผู้ดูแล และการเข้าถึงการติดตามและการสนับสนุน ลักษณะการให้คะแนนเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ตั้งแต่ 1-5 คะแนนต่อข้อ รวมคะแนนตั้งแต่ 12-60 คะแนน โดยคะแนนที่สูงแสดงถึงระดับความพร้อมของญาติผู้ดูแลที่สูงขึ้น

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อกระบวนการวางแผนจำหน่าย

แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อกระบวนการวางแผนจำหน่าย เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง D-METHOD F-P โดยอ้างอิงแนวคิดการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน^(4,12) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ (1) เนื้อหาและความเหมาะสมของข้อมูล (2) การสื่อสารและการให้ข้อมูลจากพยาบาล (3) ความมั่นใจในการดูแลและการนำไปใช้ และ (4) การติดตามและการสนับสนุนหลังจำหน่าย

ลักษณะการให้คะแนนเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนนต่อข้อ โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 12-60 คะแนน ซึ่งคะแนนที่สูงแสดงถึงระดับความพึงพอใจที่สูงขึ้น

2.5 แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่าย โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลสันป่าตอง ครอบคลุมวันที่จำหน่าย การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เหตุผล และลักษณะของการกลับมารักษา ข้อมูลที่ได้ใช้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกเพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม^(1,7)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Validity and Reliability Testing)

ความตรงของเครื่องมือ (Content Validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่ แนวทางการวางแผนจำหน่าย D-METHOD F-P คู่มือการใช้แนวทาง D-METHOD F-P สำหรับพยาบาล แบบประเมินความรู้และการมีส่วนร่วมของญาติในการวางแผนจำหน่าย แบบประเมินความพร้อมของญาติ และแบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อกระบวนการวางแผนจำหน่าย ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้งหมดให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) พบว่าค่าเฉลี่ย IOC ของเครื่องมือทั้ง 5 ฉบับ เท่ากับ 0.98, 0.95, 0.96, 0.95 และ 0.95 ตามลำดับ แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ในการวิจัยได้

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 3 ฉบับ ได้แก่ แบบประเมินความรู้และการมีส่วนร่วมของญาติในการวางแผนจำหน่าย แบบประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และ แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อกระบวนการวางแผนจำหน่าย ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย และวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80, 0.98 และ 0.90

ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับดีถึงดีมาก แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความเหมาะสมสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมขอความยินยอมจากญาติผู้ดูแลก่อนเริ่มเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบไม่สุ่มตัวอย่าง อาจเกิดอคติจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias) ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการคัดเลือกแบบต่อเนื่องตามลำดับเวลา โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน และเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองภายหลัง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของแนวทาง D-METHOD-P รวมทั้งกำหนดเกณฑ์คัดเลือกอย่างชัดเจนเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกัน

1. กลุ่มควบคุม

ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายและการดูแลตามแนวทางมาตรฐานเดิมของหน่วยงาน โดยผู้วิจัยเริ่มจากการเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จากนั้นประเมินคะแนนความรู้และความพร้อมของญาติผู้ดูแลก่อนการทดลอง (pretest)

ภายหลัง ญาติผู้ดูแลได้รับการดูแลและคำแนะนำตามแนวทางปกติของหน่วยงาน ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา การแนะนำการใช้ยา การดูแลตนเองหลังจำหน่าย การมาตรวจตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติ เมื่อสิ้นสุดการให้ความรู้ มีการประเมินคะแนนความรู้ของญาติผู้ดูแลซ้ำ (posttest) และก่อนจำหน่ายมีการประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

2. กลุ่มทดลอง

ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซึ่งดำเนินการก่อนจำหน่าย 1 วัน ใช้เวลา 30-45 นาทีต่อราย ประกอบด้วยการให้ความรู้ การสาธิต และการประเมินความเข้าใจของญาติผู้ดูแล

ผู้วิจัยเริ่มจากการเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และประเมินคะแนนความรู้และความพร้อมก่อนการทดลอง (pretest) จากนั้นดำเนินการให้ความรู้ตามแนวทาง D-METHOD F-P เมื่อสิ้นสุดการให้ความรู้ มีการประเมินคะแนนความรู้ของญาติผู้ดูแลซ้ำ (posttest) และก่อนจำหน่ายมีการประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อกระบวนการวางแผนจำหน่าย

ภายหลังจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ภายใน 7 วัน เพื่อประเมินปัญหาและให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3. การติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก

ผู้วิจัยติดตามการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ตั้งแต่วันจำหน่ายจนถึงครบ 28 วัน

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS Statistics โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูลและความเท่าเทียมของความแปรปรวน และพบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงของสถิติ จึงเลือกใช้สถิติแบบพารามิเตอร์ในการวิเคราะห์

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent-samples t-test, Chi-square test หรือ Fisher's Exact Test

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนความพร้อมของญาติผู้ดูแล วิเคราะห์ภายในกลุ่มด้วย Paired-samples t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent-samples t-test พร้อมรายงานขนาดอิทธิพล (Cohen's d) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95
3. การแจกแจงระดับความพร้อมของญาติผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ
4. ระดับความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละ
5. อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Fisher's Exact Test
6. การจัดการข้อมูลที่ขาดหาย (missing data) ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบข้อมูลที่ขาดหายในการวิเคราะห์ และได้ใช้ข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมดในการวิเคราะห์

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (ตารางที่ 1) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 40 ราย มีอายุเฉลี่ย 66.63 ± 14.40 ปี โดยอายุและระยะเวลาอนรรักษา (length of stay: LOS) ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ ≥ 70 ปี

ด้านลักษณะทางคลินิก พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็น ischemic stroke (92.50%) มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองได้ (70.00%) ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (72.50%) และมีโรคร่วมที่พบบ่อยคือความดันโลหิตสูง (82.50%) โดยลักษณะทางคลินิกดังกล่าวไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

สำหรับญาติผู้ดูแล พบว่ามีอายุเฉลี่ย 48.60 ± 14.40 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40–59 ปี (40.00%) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตร (62.50%) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (50.00%) และประกอบอาชีพรับจ้าง (62.50%) โดยส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (90.00%) และไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วย (100.00%) ทั้งนี้ ลักษณะของญาติผู้ดูแลไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

โดยสรุป กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันก่อนการทดลอง และมีความเหมาะสมสำหรับการเปรียบเทียบผลลัพธ์ในขั้นตอนต่อไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จำแนกตามกลุ่ม

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n=40)	กลุ่มควบคุม (n=20)	กลุ่มทดลอง (n=20)	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	
ข้อมูลผู้ป่วย				
อายุ (ปี), Mean ± SD	66.63 ± 14.40	65.65 ± 16.48	67.60 ± 10.48	0.658 ^c
กลุ่มอายุของผู้ป่วย				0.815 ^a
< 60 ปี	13 (32.50)	7 (35.00)	6 (30.00)	
60–69 ปี	9 (22.50)	5 (25.00)	4 (20.00)	
≥ 70 ปี	18 (45.00)	8 (40.00)	10 (50.00)	
ระยะเวลาอนรักษา				
(LOS, วัน), Mean ± SD	6.28 ± 8.56	7.70 ± 10.62	4.85 ± 5.78	0.299 ^c
การวินิจฉัยโรค				1.000 ^b
Ischemic stroke	37 (92.50)	19 (95.00)	18 (90.00)	
Hemorrhagic stroke	3 (7.50)	1 (5.00)	2 (10.00)	
ระดับ ADL				0.150 ^a
ทำกิจวัตรได้เอง	28 (70.00)	12 (60.00)	16 (80.00)	
พึ่งพาบางส่วน	11 (27.50)	8 (40.00)	3 (15.00)	
ต้องพึ่งพาผู้อื่น	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (5.00)	
อุปกรณ์ช่วยเดิน				0.560 ^a
ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน	29 (72.50)	13 (65.00)	16 (80.00)	
ไม้เท้า	3 (7.50)	2 (10.00)	1 (5.00)	
รถเข็น	8 (20.00)	5 (25.00)	3 (15.00)	
โรคร่วม				0.090 ^a
เบาหวาน	13 (32.50)	4 (20.00)	9 (45.00)	
ความดันโลหิตสูง	33 (82.50)	16 (80.00)	17 (85.00)	
ไตเรื้อรังระยะที่ 3	2 (5.00)	0 (0.00)	2 (10.00)	

ข้อมูลญาติ/ผู้ดูแล

อายุผู้ดูแล (ปี),	48.60 ± 14.40	45.00 ± 16.36	52.20 ± 11.42	0.116 ^c
Mean ± SD				

กลุ่มอายุผู้ดูแล0.115^a

< 40 ปี	12 (30.00)	9 (45.00)	3 (15.00)
40–59 ปี	16 (40.00)	6 (30.00)	10 (50.00)
≥ 60 ปี	12 (30.00)	5 (25.00)	7 (35.00)

ความสัมพันธ์ผู้ดูแล0.277^a

คู่สมรส	10 (25.00)	3 (15.00)	7 (35.00)
บุตร	25 (62.50)	15 (75.00)	10 (50.00)
ญาติ/เพื่อนบ้าน	5 (12.50)	2 (10.00)	3 (15.00)

ระดับการศึกษา1.000^b

ประถมศึกษา	20 (50.00)	10 (50.00)	10 (50.00)
มัธยมศึกษา	16 (40.00)	8 (40.00)	8 (40.00)
ปริญญาตรีขึ้นไป	4 (10.00)	2 (10.00)	2 (10.00)

อาชีพ1.000^b

เกษตรกร	15 (37.50)	7 (35.00)	8 (40.00)
รับจ้าง	25 (62.50)	13 (65.00)	12 (60.00)

ประสบการณ์การดูแล0.106^b**ผู้ป่วย**

เคย	4 (10.00)	4 (20.00)	0 (0.00)
ไม่เคย	36 (90.00)	16 (80.00)	20 (100.0)

เคยได้รับการอบรมการ

-

ดูแลผู้ป่วย

ไม่เคย	40 (100.00)	20 (100.00)	20 (100.00)
--------	-------------	-------------	-------------

สถานะการอยู่อาศัยของ
ญาติผู้ดูแล

0.661^a

อาศัยอยู่กับผู้ป่วย	34 (85.00)	18 (90.00)	16 (80.00)
มาเยี่ยมเพื่อดูแล	5 (12.50)	2 (10.00)	3 (15.00)
ร่วมดูแลกับผู้อื่น	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (5.00)

หมายเหตุ:

^a ใช้สถิติ Chi-square test; ^b ใช้สถิติ Fisher's Exact Test; ^c ใช้สถิติ Independent-samples t-test
p < .05 หมายถึงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ; - หมายถึงตัวแปรที่มีค่าคงที่ ไม่สามารถทดสอบทางสถิติได้

ผลของการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P ต่อคะแนนความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยหลัง
จำหน่าย

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ของญาติในทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการทดลอง โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 36.70 ± 4.07 เป็น 48.45 ± 3.61 คะแนน ($t(19) = 11.63, p < .001$, Cohen's $d = 2.60$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 36.70 ± 4.07 เป็น 58.40 ± 3.75 คะแนน ($t(19) = 17.35, p < .001$, Cohen's $d = 3.88$)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ($t(38) = 0.00, p = 1.00$) ขณะที่ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(38) = 8.56, p < .001$, Cohen's $d = 2.71$, 95% CI [4.47, 10.24])

โดยสรุป ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของญาติก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ช่วงเวลา	Mean $\pm$ SD	t(df)	p-value	Effect size (Cohen's d)	95% CI
ภายในกลุ่มควบคุม (n=20)	ก่อนทดลอง	36.70 ± 4.07				-
	หลังทดลอง	48.45 ± 3.61	11.63 (19)	< .001*	2.60	
ภายในกลุ่มทดลอง (n=20)	ก่อนทดลอง	36.70 ± 4.07				-
	หลังทดลอง	58.40 ± 3.75	17.35 (19)	< .001*	3.88	
ระหว่างกลุ่มควบคุม vs ทดลอง	ก่อนทดลอง	36.70 ± 4.07 vs 36.70 ± 4.07	0.00 (38)	1.000	0.00	-
	หลังทดลอง	48.45 ± 3.61 vs 58.40 ± 3.75	8.56 (38)	< .001*	2.71	4.47-10.24

หมายเหตุ: วิเคราะห์ภายในกลุ่มด้วย Paired t-test และระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test; รายงาน 95% CI สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง

ผลของแนวทาง D-METHOD F-P ต่อความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพร้อมของญาติในทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการทดลอง โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 29.70 ± 1.78 เป็น 41.20 ± 2.26 คะแนน ($t(19) = 26.61, p < .001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 30.00 ± 1.38 เป็น 47.00 ± 2.18 คะแนน ($t(19) = 28.01, p < .001$) เมื่อ

เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(38) = 0.60, p = .555$) ขณะที่ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(38) = 8.26, p < .001, \text{Cohen's } d = 2.61, 95\% \text{ CI } 4.26-11.54$)

โดยสรุป ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความพร้อมเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมของญาติ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ช่วงเวลา	Mean $\pm$ SD	t(df)	p-value	Effect size (Cohen's d)	95% CI
ภายในกลุ่ม	ก่อนทดลอง	29.70 $\pm$ 1.78				
ควบคุม (n=20)	หลังทดลอง	41.20 $\pm$ 2.26	26.61 (19)	< .001	-	-
ภายในกลุ่ม	ก่อนทดลอง	30.00 $\pm$ 1.38				
ทดลอง (n=20)	หลังทดลอง	47.00 $\pm$ 2.18	28.01 (19)	< .001	-	-
ระหว่างกลุ่ม	ก่อนทดลอง	29.70 $\pm$ 1.78				
ควบคุม vs		Vs 30.00 $\pm$ 1.38	0.60 (38)	.555	0.19	-
ทดลอง	หลังทดลอง	41.20 $\pm$ 2.26				
		vs 47.00 $\pm$ 2.18	8.26 (38)	< .001*	2.61	4.26-11.54

หมายเหตุ:

วิเคราะห์ภายในกลุ่มด้วย Paired-samples t-test และวิเคราะห์ระหว่างกลุ่มด้วย Independent-samples t-test; รายงานช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง

การแจกแจงระดับความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมทั้งหมดมีระดับความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 100.00) และไม่พบผู้ที่มีระดับความพร้อมสูง ขณะที่กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-D พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับความพร้อมปานกลาง (ร้อยละ 65.00) และมีร้อยละ 35.00 อยู่ในระดับความพร้อมสูง

ผลการแจกแจงดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีส่วนของญาติผู้ดูแลที่มีระดับความพร้อมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับผลการเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมในตารางที่ 3

ตารางที่ 4 การแจกแจงจำนวนและร้อยละของระดับความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย

ระดับความพร้อม	รวม (n=40) n (%)	กลุ่มควบคุม (n = 20)n (%)	กลุ่มทดลอง (n = 20) n (%)
ระดับต่ำ (< 36 คะแนน)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ระดับปานกลาง (36–47 คะแนน)	33 (82.50)	20 (100.00)	13 (65.00)
ระดับสูง (≥ 48 คะแนน)	7 (17.50)	0 (0.00)	7 (35.00)
รวม	40 (100.00)	20 (100.00)	20 (100.00)

ผลการประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อกระบวนการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P

จากตารางที่ 5 พบว่า ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทาง D-METHOD F-P โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านที่ 1 เนื้อหาและความเหมาะสมของข้อมูล ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อมูลที่ช่วยเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Mean = 4.55, SD = 0.51) รองลงมาคือ การได้รับข้อมูลการดูแลหลังจำหน่ายอย่างครบถ้วน (Mean = 4.40, SD = 0.60)

ด้านที่ 2 การสื่อสารและการให้ข้อมูลจากพยาบาล พบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ พยาบาลเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย (Mean = 4.70, SD = 0.57) รองลงมาคือ การอธิบายการดูแลอย่างเป็นขั้นตอนและเป็นระบบ (Mean = 4.60, SD = 0.68)

ด้านที่ 3 ความมั่นใจในการดูแลและการนำไปใช้จริง พบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเกือบทุกข้อ ยกเว้นความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 4.10, SD = 0.64)

ด้านที่ 4 การติดตามและการสนับสนุนหลังจำหน่าย พบว่าญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการทราบช่องทางติดต่อโรงพยาบาลเมื่อเกิดปัญหาหลังจำหน่าย (Mean = 4.65, SD = 0.59)

โดยสรุป ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อกระบวนการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อกระบวนการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P รายข้อ (n = 20)

ข้อ	รายการประเมินความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านที่ 1 เนื้อหาและความเหมาะสมของข้อมูลการวางแผนจำหน่าย				
1	ข้อมูลที่ได้รับมีความชัดเจน เข้าใจง่าย	4.30	0.57	มาก
2	ข้อมูลที่ได้รับเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและครอบครัว	4.25	0.79	มาก
3	ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหลังจำหน่ายอย่างครบถ้วน	4.40	0.60	มาก
4	ข้อมูลที่ได้รับช่วยให้เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	4.55	0.51	มาก
ด้านที่ 2 การสื่อสารและการให้ข้อมูลจากพยาบาล				
5	พยาบาลอธิบายเรื่องโรคและการดูแลได้เข้าใจง่าย	4.30	0.80	มาก
6	พยาบาลเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	4.70	0.57	มาก
7	การอธิบายการดูแลผู้ป่วยเป็นขั้นตอน ชัดเจน และเป็นระบบ	4.60	0.68	มาก
8	พยาบาลให้กำลังใจและสนับสนุนญาติในการเตรียมดูแลผู้ป่วย	4.55	0.61	มาก
ด้านที่ 3 ความมั่นใจในการดูแลและการนำไปใช้จริง				
9	รู้สึกมั่นใจว่าสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้	4.10	0.64	มาก
10	คำแนะนำที่ได้รับสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงที่บ้าน	4.35	0.75	มาก
11	รู้วิธีปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือเหตุฉุกเฉิน	4.25	0.55	มาก
ด้านที่ 4 การติดตามและการสนับสนุนหลังจำหน่าย				
12	ทราบช่องทางการติดต่อโรงพยาบาลหรือบุคลากร เมื่อมีปัญหาหลังจำหน่าย	4.65	0.59	มาก

ผลการเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P และกลุ่มควบคุม

จากตารางที่ 6 พบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมเท่ากับร้อยละ 20.00 ขณะที่กลุ่มทดลองมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำร้อยละ 5.00 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fisher's Exact Test, p = .342)

โดยสรุป กลุ่มทดลองมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าวไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน	รวม (n=40) n (%)	กลุ่มควบคุม (n = 20) n (%)	กลุ่มทดลอง (n = 20) n (%)	p-value
ไม่กลับมารักษาซ้ำ	35 (87.50)	16 (80.00)	19 (95.00)	0.342
กลับมารักษาซ้ำ	5 (12.50)	4 (20.00)	1 (5.00)	
รวม	40 (100.00)	20 (100.00)	20 (100.00)	

หมายเหตุ: วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test

การอภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านข้อมูลประชากร ลักษณะทางคลินิก และบริบทของญาติผู้ดูแล สะท้อนว่าทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการออกแบบการวิจัยกึ่งทดลอง และช่วยลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P⁽¹³⁾

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและได้รับการวินิจฉัยเป็น ischemic stroke โดยมีโรคร่วมที่พบบ่อยคือความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในระดับโลก^(14,15) ขณะที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร อยู่ในวัยแรงงาน และเกือบทั้งหมดไม่เคยได้รับการอบรมหรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน ลักษณะดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นของการเตรียมความพร้อมและการให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่รายงานว่า การขาดความรู้และทักษะของญาติผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย^(16,17)

โดยสรุป ความเทียบเคียงกันของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มสนับสนุนว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะถัดไปอาจสะท้อนผลของการวางแผนจำหน่ายตามแนวทางD-METHOD F-P มากกว่าความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ผลของการวางแผนจำหน่ายตามแนวทางD-METHOD F-P ต่อระดับความรู้ของญาติผู้ดูแล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบกับกรวางแผนจำหน่ายตามแนวทางเดิมของหน่วยงาน สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการเตรียมความพร้อมด้านความรู้แก่ญาติผู้ดูแล ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากลักษณะสำคัญของแนวทาง D-METHOD F-P ซึ่งเป็นการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้ยา การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนหลังจำหน่าย โดยเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการซักถามและฝึกทักษะ ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเรียนรู้ของผู้ดูแล⁽¹⁸⁾

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับแนวคิด Transitional Care ที่เน้นการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมก่อนเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานและถ่ายทอดความรู้หลัก งานวิจัยหลายฉบับรายงานว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีโครงสร้างชัดเจนและให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ดูแล สามารถเพิ่มระดับความรู้และความมั่นใจของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ^(4,8)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับความรู้พื้นฐานใกล้เคียงกันก่อนการทดลอง อย่างไรก็ตาม ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน ซึ่งสนับสนุนว่าความแตกต่างที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการใช้แนวทาง D-METHOD F-P โดยตรง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่รายงานว่า การให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลโดยใช้แนวทางที่เป็นระบบและมุ่งเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สามารถเพิ่มความรู้ในการดูแลและส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้^(19,20) ดังนั้น แนวทาง D-METHOD F-P จึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลของการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P ต่อระดับความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P ส่งผลให้ระดับความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการ

ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง สะท้อนว่าแนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบและให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ดูแล สามารถส่งเสริมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายได้⁽¹²⁾

นอกจากนี้ การแจกแจงระดับความพร้อมภายหลังจำหน่ายพบว่า กลุ่มทดลองมีญาติผู้ดูแลบางส่วนอยู่ในระดับความพร้อมสูง ขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ซึ่งสะท้อนแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพของระดับความพร้อมภายหลังการใช้แนวทาง D-METHOD F-P และมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน⁽²¹⁾

แม้ว่ากลุ่มควบคุมจะมีระดับความพร้อมเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง แต่การเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดกว่าในกลุ่มทดลองอาจสะท้อนถึงบทบาทของการจัดเนื้อหาอย่างเป็นระบบ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล และการเน้นการนำไปใช้จริง ซึ่งอาจช่วยเสริมประสิทธิภาพของการให้ความรู้มากกว่าการให้ข้อมูลทั่วไปเพียงอย่างเดียว^(22,23) ทั้งนี้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่เน้นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย^(4, 12)

โดยสรุป แนวทาง D-METHOD F-P อาจมีส่วนช่วยในการเพิ่มระดับความพร้อมของญาติผู้ดูแลทั้งในเชิงสถิติและเชิงปฏิบัติ และมีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อกระบวนการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P

ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อกระบวนการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากเกือบทุกข้อ โดยเฉพาะด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของข้อมูล รวมถึงด้านการสื่อสารและการให้ข้อมูลจากพยาบาล สะท้อนว่าแนวทางดังกล่าวมีส่วนช่วยให้ข้อมูลมีความชัดเจนเป็นระบบ และสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และอาจช่วยเสริมความมั่นใจของญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่าย^(24,25)

อย่างไรก็ตาม ความพึงพอใจในด้านความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอยู่ในระดับมาก แต่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่นในบางข้อ ซึ่งสะท้อนว่าญาติผู้ดูแลยังมีความกังวลต่อภาระและความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่าย แม้จะได้รับข้อมูลและการสนับสนุนแล้วก็ตาม ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังต้องการการติดตามและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย^(16,25)

โดยสรุป แนวทาง D-METHOD F-P อาจมีส่วนช่วยในการเพิ่มความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล และอาจเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยเฉพาะในด้านการติดตามและการสนับสนุนเพื่อเสริมความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

ผลของการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 5.00 และร้อยละ 20.00 ตามลำดับ) แม้ว่าความแตกต่างดังกล่าวจะยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มเชิงบวกของการวางแผนจำหน่ายที่มีโครงสร้างชัดเจนและเน้นการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลในการลดความเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่าย

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (transitional care) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล การให้ข้อมูลที่ครอบคลุม และการจัดระบบติดตามหลังจำหน่าย มีบทบาทสำคัญในการลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^(4, 12) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเสริมสร้างความรู้และความพร้อมของญาติผู้ดูแลสามารถช่วยให้เกิดการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหลังจำหน่าย

อย่างไรก็ตาม การที่ผลการเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาลงในครั้งนี้นี้ ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจมีความสัมพันธ์กับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างจำกัด ซึ่งส่งผลต่ออำนาจการทดสอบทางสถิติ (statistical power) นอกจากนี้ การกลับมารักษาลงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายด้าน เช่น ความรุนแรงของโรคเดิม โรคร่วม ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และบริบททางสังคมของผู้ป่วย ซึ่งอาจไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมดในการศึกษานี้^(26, 27)

แม้ผลลัพธ์จะยังไม่แสดงนัยสำคัญทางสถิติ แต่แนวโน้มการลดลงของอัตราการกลับมารักษาลงในกลุ่มทดลองสนับสนุนว่า แนวทาง D-METHOD F-P อาจมีศักยภาพในการส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลหลังจำหน่าย และลดภาระการกลับมารักษาลงในระยะสั้นได้ หากมีการขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างหรือระยะเวลาติดตามในอนาคต อาจช่วยให้เห็นผลของแนวทางดังกล่าวได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่า การวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD F-P มีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความรู้และความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับวางแผนจำหน่ายตามแนวทางเดิม นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีแนวโน้มอัตราการกลับมารักษาลงภายใน 28 วันลดลง และญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อกระบวนการวางแผนจำหน่ายอยู่ในระดับมาก สะท้อนถึงความเหมาะสมและความเป็นระบบของแนวทางดังกล่าวในการดูแลช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ข้อเสนอเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

ควรส่งเสริมให้พยาบาลนำแนวทาง D-METHOD F-P ไปใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเสริมสร้างความพร้อมของญาติผู้ดูแล ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนคุณภาพการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล สันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ SPT REC 018/2568

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Stroke, cerebrovascular accident fact sheet**. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. Department of Disease Control. **Thailand public health statistics report 2023**. Bangkok: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai).
3. Dajpratham P. **Stroke rehabilitation**. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2018. (in Thai)
4. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. **Discharge planning from hospital**. Cochrane Database Syst Rev. 2022;(2):CD000313.
5. Sahay S, Nair S, Gupta S. **Readmission after stroke: incidence, risk factors, and prevention strategies**. Stroke Res Treat. 2021;2021:1–8.
6. Office of the Permanent Secretary. **Intermediate care service plan**. Bangkok: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai).

7. Levine DA, Langa KM, Vijan S, Hayward RA, Willis AW, Kabeto MU. **Risk factors for 30-day readmission after stroke.** *Stroke.* 2018;49(12):2999–3005.
8. Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff (Millwood).* 2011;30(4):746–54.
9. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization. *Ann Intern Med.* 2009;150(3):178–87.
10. Prayin P, Saengsawang M, Jitrak S. Development of a care model for stroke patients during the rehabilitation phase. *J Thai Nurs Counc.* 2022;37(4):112–25.
11. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
12. Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. Components of comprehensive and effective transitional care. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(6):1119–25.
13. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice.* 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
14. Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. Global burden of stroke. *Circ Res.* 2017;120(3):439–48.
15. World Health Organization. *World stroke fact sheet.* Geneva: World Health Organization; 2022.
16. Cameron JI, Naglie G, Silver FL, Gignac MA. Stroke family caregivers' support needs change across the care continuum: a qualitative study. *Patient Educ Couns.* 2016;99(3):365–72.
17. Bakas T, Clark PC, Kelly-Hayes M, King RB, Lutz BJ, Miller EL. Evidence for stroke family caregiver and dyad interventions: a statement for healthcare professionals. *Stroke.* 2019;50(9):2836–45.
18. Bakker M, de Vries B, van den Heuvel W, Hagedoorn M. Supporting stroke caregivers: a systematic review of caregiver education and training programs. *Clin Rehabil.* 2019;33(3):459–71.
19. Camicia M, Lutz BJ, Markoff N, Catlin A. Determining the needs of family caregivers of stroke survivors during inpatient rehabilitation. *Rehabil Nurs.* 2019;44(2):83–91.
20. Jones F, Partridge C, Reid F. The Stroke Self-Management Programme: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2020;34(3):347–59.
21. Bakas T, McCarthy M, Miller ET, Clark PC. Update on the state of the evidence for stroke family caregiver and dyad interventions. *Stroke.* 2019;50(5):e122–5.
22. Harrison JD, Auerbach AD, Quinn K, Kynoch K, Mourad M. Assessing the impact of nurse-led discharge planning on patient outcomes: a systematic review. *J Clin Nurs.* 2016;25(17–18):2575–87.
23. Naylor MD, Hirschman KB, Toles MP, Jarrin OF, Shaid EC, Pauly MV. Adaptations of the transitional care model in the United States. *Health Aff (Millwood).* 2017;36(4):709–16.

24. Weiss ME, Yakusheva O, Bobay KL. Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization. *Health Serv Res.* 2017;52(5):1653–71.
25. Bakitas MA, Dionne-Odom JN, Pambianchi MS, Azari S, Vergara C, Kvale E. Engaging family caregivers in care planning and coordination for patients with serious illness. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55(2):403–12.
26. Bjerkreim AT, Thomassen L, Waje-Andreassen U, Selvik HA, Næss H. Hospital readmission after ischemic stroke and TIA: a nationwide study. *J Neurol Sci.* 2019;405:116–21.
27. Lin HJ, Chang WL, Tseng MC. Factors associated with readmission in patients with stroke: a population-based study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(18):1–12.

ผลของรูปแบบการพยาบาลโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก
ของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

The Effects of a Family – Inclusive in Nursing Care Model on Clinical Outcomes of
Pediatric Pneumonia Patients in the Pediatric Ward of
San Patong Hospital Chiang Mai Province

วราภรณ์ หนู่มศรี (Waraporn Numstri)

Received: Feb 26, 2026 | Revised: May 06, 2026 | Accepted: May 22, 2026

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคปอดอักเสบในเด็กเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยและการกลับมารักษาซ้ำ โดยเฉพาะเมื่อผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะที่เหมาะสม การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมจึงเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแล การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้ ความสามารถ และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี และผู้ดูแลหลัก จำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คู่ กลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความสามารถ แบบประเมินการมีส่วนร่วม และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired samples t-test, independent samples t-test, Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา: หลังการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้และความสามารถเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม และเมื่อพิจารณาคะแนนการเปลี่ยนแปลง พบว่ากลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญในทุกตัวแปร ได้แก่ ความรู้ (95% CI: -2.67 ถึง -1.19; $p < .001$) ความสามารถ (95% CI: -2.58 ถึง -0.49; $p = .005$) และการมีส่วนร่วมของครอบครัว (95% CI: -3.91 ถึง -1.69; $p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับสูง ขณะที่ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล การได้รับ HFNC การย้ายเข้า ICU และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

สรุปผล: รูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยเพิ่มความรู้ ความสามารถ และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ยังไม่พบความแตกต่างของผลลัพธ์ทางคลินิก แต่แนวโน้มที่ดีขึ้นอาจสะท้อนถึงศักยภาพของรูปแบบการดูแลนี้

คำสำคัญ: โรคปอดอักเสบในเด็ก; การมีส่วนร่วมของครอบครัว; ความรู้ผู้ดูแล; ความสามารถผู้ดูแล; การพยาบาลกุมารเวชกรรม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ อีเมล: menanuch3373@gmail.com

*Registered Nurse Practitioner Sapatong Hospital, Sanpatong District, Chiang Mai Province E-mail: menanuch3373@gmail.com

Abstract

Background: Pediatric pneumonia is a significant health problem associated with morbidity and hospital readmission, particularly when caregivers lack adequate knowledge and caregiving skills. Promoting family participation is therefore considered an important strategy for improving the quality of care. This study aimed to examine the effects of a family participation-enhancing nursing model on caregivers' knowledge, caregiving ability, and clinical outcomes of pediatric patients with pneumonia.

Methods: A quasi-experimental two-group pretest–posttest design was conducted. The sample consisted of 60 pairs of pediatric patients aged 1 month to 5 years and their primary caregivers, divided into a control group and an experimental group (30 pairs each). The experimental group received the developed nursing model. Data collection tools included a knowledge test, a caregiving ability assessment, a family participation assessment, and a clinical record form. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including paired samples t-test, independent samples t-test, Chi-square test, and Fisher's exact test.

Results: After the intervention, both groups showed significant improvements in knowledge and caregiving ability ($p < .001$). Based on change scores, the experimental group demonstrated significantly greater improvements than the control group in all outcomes: knowledge (95% CI: -2.67 to -1.19 ; $p < .001$), caregiving ability (95% CI: -2.58 to -0.49 ; $p = .005$), and family participation (95% CI: -3.91 to -1.69 ; $p < .001$), with large effect sizes. However, no significant differences were found in clinical outcomes, including length of hospital stay, HFNC use, ICU admission, and 28-day readmission ($p > .05$).

Conclusion: The family participation–based nursing model significantly improved caregivers' knowledge, ability, and participation. Although no significant differences in clinical outcomes were observed, the positive trends suggest the potential effectiveness of this care model.

Keywords: pediatric pneumonia; family participation; caregiver knowledge; caregiving ability; pediatric nursing

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นการติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่พบบ่อยในเด็ก โดยเฉพาะอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเสี่ยงต่ออาการรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากระบบทางเดินหายใจยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ องค์การอนามัยโลกจัดให้โรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในเด็กทั่วโลก แม้สามารถป้องกันและรักษาได้หากได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม⁽¹⁾ สถานการณ์ในประเทศไทยยังพบอัตราป่วยโรคปอดอักเสบในเด็กสูง โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 0–4 ปี ซึ่งเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต นอกจากนี้ การกลับมารักษซ้ำในระยะเวลาอันสั้นยังสะท้อนข้อจำกัดของการดูแลต่อเนื่องและการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลังจำหน่าย^(2, 3)

การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจึงไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะการรักษาทางการแพทย์เท่านั้น แต่ต้องให้ความสำคัญกับบทบาทของครอบครัว โดยเฉพาะผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก แนวคิดการพยาบาลที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลเด็กอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และการกลับมารักษซ้ำ^(4, 5) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการ

ให้ความรู้หรือโปรแกรมระยะสั้น และยังขาดการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลที่เป็นระบบและครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ⁽⁶⁾

ข้อมูลจากหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบอายุ 1 เดือน–5 ปี จำนวน 124, 335 และ 238 ราย ตามลำดับ โดยพบภาวะหายใจล้มเหลวที่ต้องได้รับออกซิเจนอัตราการใช้สูง ร้อยละ 2.42, 0.60 และ 2.10 ตามลำดับ การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ร้อยละ 3.23, 0.90 และ 2.10 และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 1.61, 1.19 และ 1.26 ตามลำดับ สะท้อนถึงความเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องจากการทบทวนเวชระเบียนและการปฏิบัติงาน พบข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การประเมินอาการทางระบบหายใจยังไม่เป็นระบบ การใช้เครื่องมือมาตรฐานไม่สม่ำเสมอ และการดูแลที่แตกต่างกันตามประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ผู้ปกครองบางคนยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลเด็ก ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการดูแลและเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ แม้งานวิจัยก่อนหน้านี้จะสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว แต่ยังขาดรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการการประเมิน การดูแล และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายอย่างเป็นระบบในบริบทของโรงพยาบาล

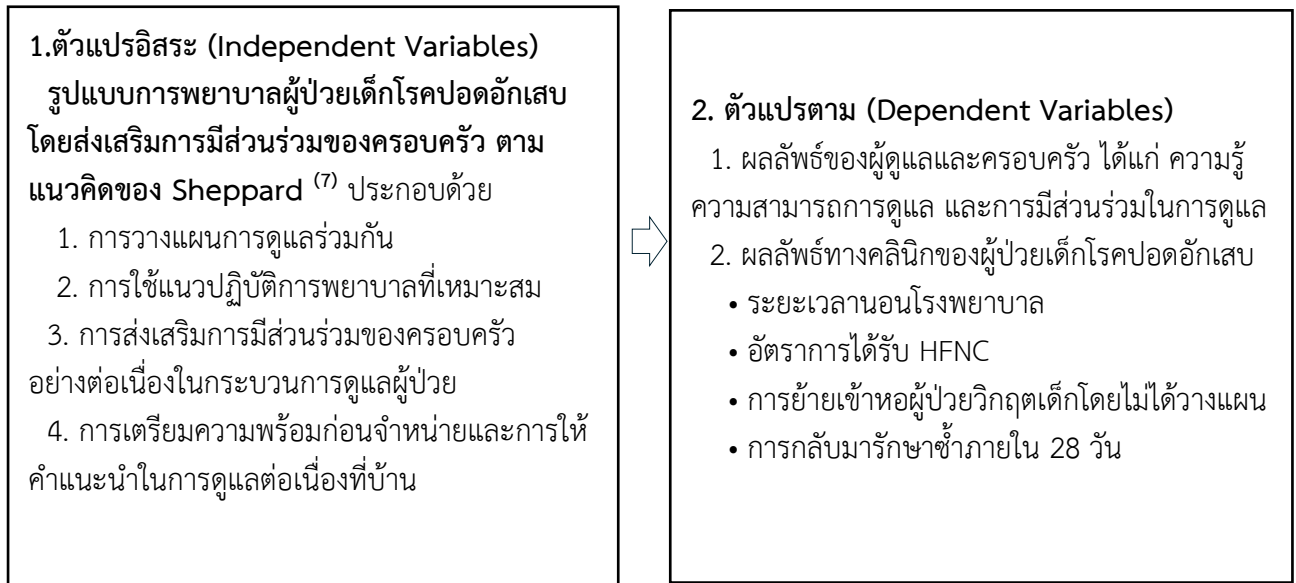
แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Sheppard (1995)⁽⁷⁾ เน้นความร่วมมือระหว่างบุคลากรสุขภาพและครอบครัวในทุกระยะของการดูแล โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแล ความพึงพอใจของผู้ปกครอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเด็ก^(4,8) รวมทั้งเสริมสร้างความมั่นใจและบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย⁽⁹⁾ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางเดินหายใจยังช่วยเพิ่มความสามารถในการสังเกตอาการผิดปกติ ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย และช่วยให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กดีขึ้น รวมทั้งสนับสนุนคุณภาพของระบบบริการพยาบาล⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวในรูปแบบการพยาบาลที่เป็นระบบสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบยังมีจำกัด ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยอิงแนวคิดของ Sheppard⁽⁷⁾ และประเมินผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ของผู้ดูแล เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน และลดการกลับมารักษาซ้ำ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความสามารถและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้แก่ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล, อัตราการได้รับ HFNC, การย้ายเข้า PICU โดยไม่ได้วางแผนและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Participation) ของ Sheppard⁽⁷⁾ ซึ่งเน้นความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพตลอดกระบวนการรักษา โดยผู้วิจัยได้นำมาพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ผ่านการวางแผนการดูแลร่วมกัน การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายร่วมกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลหลักและส่งผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ดังแสดงในภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest–posttest design) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคะแนนความรู้ ความสามารถในการดูแล และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลัก รวมถึงผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

การวิจัยดำเนินการในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยจัดสรรกลุ่มตัวอย่างแบบลำดับช่วงเวลา (sequential allocation) กล่าวคือ เก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามแนวทางปกติก่อน และเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระยะถัดไป เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ คู่ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (Caregiver–Patient Dyads) ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยกำหนดหน่วยวิเคราะห์เป็นคู่ (1:1 Matching) เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้ ความสามารถในการดูแล และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลัก ร่วมกับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล อัตราการใช้ High Flow Nasal Cannula (HFNC) การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม (PICU) และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบต่อเนื่อง (consecutive sampling) และจัดสรรเข้ากลุ่มแบบลำดับช่วงเวลา (sequential allocation) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ 2) ผู้ดูแลหลักอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการรักษและต่อเนื่องที่บ้าน 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตหรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังรับไว้รักษา 2) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวรุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง หรือโรคทางระบบประสาท และ 3) ผู้ดูแลหลักขอลอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการศึกษา

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระ (independent samples t-test) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.80 ตามเกณฑ์ของ Cohen ⁽¹¹⁾ กำหนดระดับ

นัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 26 คู่ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อรองรับการสูญหายของข้อมูลระหว่างการติดตาม ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คู่ รวมทั้งสิ้น 60 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1) เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1.1 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Sheppard⁽⁷⁾ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การวางแผนการดูแลร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว 2) แนวปฏิบัติกรพยาบาลมาตรฐานที่ครอบคลุมการจัดการภาวะหายใจลำบากและการดูแลผู้ได้รับ HFNC 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 4) การวางแผนจำหน่ายร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ (แรกรับ, ระหว่างนอนโรงพยาบาล และก่อนจำหน่าย) พร้อมการติดตามผลหลังจำหน่าย 28 วัน ทั้งนี้รูปแบบดังกล่าวดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเพื่อความเป็นมาตรฐานเดียวกันในการปฏิบัติงาน

1.2 คู่มือการให้ความรู้ผู้ดูแลหลักในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างนอนโรงพยาบาลและหลังกลับบ้าน เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยและทีมพยาบาลพัฒนาขึ้นเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ การดูแลระหว่างรักษาและหลังจำหน่าย การใช้อุปกรณ์ออกซิเจนหรือ HFNC การสังเกตสัญญาณอันตราย การใช้ยา และการติดตามผลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

1.3 แผ่นพับสรุปการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบสำหรับผู้ดูแลหลัก เป็นสื่อให้ความรู้สำหรับแจกผู้ดูแลระหว่างรักษาและก่อนจำหน่าย ครอบคลุมเนื้อหาเรื่องโรคปอดอักเสบ แนวทางดูแลต่อเนื่อง การใช้ยา การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจนหรือ HFNC การสังเกตสัญญาณอันตรายที่ต้องรีบพบแพทย์ และช่องทางการติดต่อหน่วยงาน

2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและประวัติสุขภาพ เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเด็ก (อายุ, เพศ, ข้อมูลส่วนตัวร่างกาย, โรคประจำตัว, น้ำหนักแรกคลอด, ประวัติฉีดยา, ระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล และผลตรวจเชื้อ) และผู้ดูแลหลัก ได้แก่ อายุ, เพศ, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, ระดับการศึกษา, อาชีพ, บทบาทการดูแลระหว่างนอนโรงพยาบาล และประสบการณ์การดูแลเด็กโรคปอดอักเสบมาก่อน

2.2 แบบทดสอบความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดการดูแลแบบผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง^(10,12) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ⁽¹³⁻¹⁴⁾ เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบและการดูแลผู้ป่วยระหว่างนอนโรงพยาบาลและหลังจำหน่าย จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่/ไม่แน่ใจ) ให้คะแนนตอบถูก 1 คะแนน และตอบผิดหรือไม่แน่ใจ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-14 คะแนน โดยคะแนนสูงสะท้อนระดับความรู้ที่มากขึ้น

2.3 แบบบันทึกการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Sheppard⁽⁷⁾ เพื่อให้พยาบาลประเมินระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักผ่านการสังเกตและการสัมภาษณ์ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รวมจำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมี/ไม่มี โดยให้คะแนน 1 และ 0 ตามลำดับ คะแนนรวมที่สูงขึ้นสะท้อนระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่มากขึ้น

2.4 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลหลัก เป็นแบบประเมินรายงานตนเอง (self-report questionnaire) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ เพื่อประเมินความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลเมื่อมีไข้ การจัดการน้ำมูกและเสมหะ การพ่นยา

อย่างถูกวิธี และการสังเกตสัญญาณอันตราย ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรฐานค่า 3 ระดับ ได้แก่ 2 คะแนน = ปฏิบัติได้ถูกต้องหรือมีความมั่นใจมาก 1 คะแนน = ปฏิบัติได้บางส่วนหรือมีความมั่นใจปานกลาง และ 0 คะแนน = ไม่สามารถปฏิบัติได้หรือไม่มีความมั่นใจ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน โดยคะแนนสูงสะท้อนถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มากขึ้น

2.5 แบบบันทึกการติดตามหลังจำหน่าย เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อติดตามอาการและการดูแลต่อเนื่องผ่านทางโทรศัพท์หรือการพบแพทย์ตามนัด ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) อาการผิดปกติหลังจำหน่าย 2) การปฏิบัติตามแผนการรักษา 3) การรับรู้สัญญาณอันตราย 4) การมาตามนัดหรือการกลับมารักษาซ้ำ และ 5) สรุปผลพร้อมคำแนะนำเพิ่มเติม โดยข้อมูลนี้จะถูกนำไปใช้ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกหลังจำหน่ายภายใน 28 วัน

2.6 แบบตรวจสอบทางคลินิก เป็นแบบตรวจสอบรายการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินและติดตามการดูแลอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 3 ชุดหลัก ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะหายใจลำบาก (Pediatric Respiratory Distress Assessment Checklist: PRDAC) 2) แบบตรวจสอบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจนหรือ HFNC และ 3) แบบประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย (Pediatric Pneumonia Discharge Readiness Checklist: PPDR) โดยใช้เพื่อเฝ้าระวังอาการและส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดการรักษา⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

3) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดได้รับการตรวจสอบคุณภาพดังนี้ 1) ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity): เครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทุกฉบับ ผ่านการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อหาดัชนีความสอดคล้อง (IOC) พบว่ามีค่าระหว่าง 0.92-1.00 2) ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คู่ โดยแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลและแบบบันทึกการมีส่วนร่วมวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.85 และ 0.96 ตามลำดับ ส่วนแบบทดสอบความรู้ซึ่งเป็นข้อคำถามชนิดให้คะแนน 0/1 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.88 แสดงว่าเครื่องมือทุกฉบับมีความตรงและความเชื่อมั่นในระดับสูง เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยพร้อมขอความยินยอมจากผู้ดูแลหลักก่อนเริ่มเก็บข้อมูล โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน และใช้แนวทางการประเมินมาตรฐานเดียวกันในผู้ประเมินทุกคน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูลและควบคุมอคติจากการวัด ดังนี้

1. **กลุ่มควบคุม** ผู้ป่วยเด็กได้รับการพยาบาลตามแนวทางปกติของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) เก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลหลัก 2) ประเมินคะแนนความรู้ ความสามารถ และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักก่อนการทดลอง (pretest) 3) ให้การดูแลตามแนวทางปกติ ได้แก่ การพยาบาลตามแผนการรักษา การติดตามอาการและสัญญาณชีพ การให้ยา การดูแลทางเดินหายใจ และการให้คำแนะนำทั่วไปตามแนวทางของหอผู้ป่วย 4) ภายหลังการดูแล ผู้วิจัยประเมินคะแนนความสามารถและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล และประเมินคะแนนความรู้ก่อนจำหน่าย (posttest) และ 5) ให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายตามแนวทางปกติของหอผู้ป่วยร่วมกับการให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ

2. **กลุ่มทดลอง** ผู้ป่วยเด็กได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) เก็บข้อมูลพื้นฐานและประเมินคะแนนความรู้ ความสามารถ และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักก่อนการทดลอง (pretest) 2) ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยพยาบาลใช้คู่มือและแผนพับให้ความรู้รายบุคคลอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 20-30 นาที ร่วมกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย มีการใช้ checklist ทางคลินิกเพื่อประเมินภาวะหายใจลำบาก (PRDAC) และ

การดูแลเด็กที่ได้รับ O₂/HFNC พร้อมบันทึกการมีส่วนร่วมของครอบครัวและประเมินความสามารถของผู้ดูแลหลักจากการสังเกตพฤติกรรมการดูแล และ 3) ภายหลังการทดลอง ผู้วิจัยประเมินคะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลัก (posttest) และประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายด้วยแบบประเมิน (PPDRC) เพื่อใช้วางแผนการดูแลต่อเนื่อง พร้อมให้คำแนะนำในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยผู้ดูแลหลักได้รับคู่มือและแผ่นพับที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

3. การติดตามข้อมูลหลังจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ ระยะเวลาอนโรพยาบาล การได้รับ O₂/HFNC ภาวะแทรกซ้อน การย้ายเข้า PICU โดยไม่ได้วางแผน และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จากข้อมูลเวชระเบียน โดยใช้รหัสแทนชื่อเพื่อรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$ โดยตรวจสอบการกระจายตัวแบบปกติของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test และความแปรปรวนเท่ากันระหว่างกลุ่มด้วย Levene's test ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย independent samples t-test, Chi-square test หรือ Fisher's exact test ตามความเหมาะสมของข้อมูล

2. ตัวแปรตามด้านผู้ดูแล โดยเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความสามารถในการดูแล และการมีส่วนร่วมภายในกลุ่มด้วย Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test โดยพิจารณาทั้งคะแนนก่อนการทดลอง และคะแนนการเปลี่ยนแปลง (Change score) พร้อมรายงานค่าช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) และขนาดอิทธิพล (Cohen's d)

3. ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระยะเวลาอนโรพยาบาลวิเคราะห์ด้วย Independent t-test, อัตราการได้รับ HFNC, การย้ายเข้า PICU และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ คู่ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คู่ จากตารางที่ 1 พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานเทียบเคียงกันได้ และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทั้งด้านข้อมูลผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI น้ำหนักแรกคลอด ระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล เพศ และผลการตรวจเชื้อ รวมถึงข้อมูลผู้ดูแลหลัก ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์ การศึกษา อาชีพ บทบาทการดูแลในโรงพยาบาล และประสบการณ์การดูแล

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลหลักจำแนกตามกลุ่ม (n = 60 คู่)

ลักษณะทั่วไป	รวม (n=60)	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง(n=30)	p-value
ข้อมูลผู้ป่วยเด็ก				
อายุ (เดือน), Mean $\pm$ SD	6.92 $\pm$ 2.90	7.17 $\pm$ 3.03	6.67 $\pm$ 2.78	.508 ^a
น้ำหนัก (kg), Mean $\pm$ SD	12.00 $\pm$ 4.00	12.01 $\pm$ 4.19	11.99 $\pm$ 3.88	.985 ^a
ส่วนสูง (cm), Mean $\pm$ SD	81.53 $\pm$ 11.95	82.40 $\pm$ 12.10	80.67 $\pm$ 11.94	.579 ^a
BMI (kg/m ²), Mean $\pm$ SD	17.39 $\pm$ 3.51	17.30 $\pm$ 3.50	17.47 $\pm$ 3.58	.856 ^a
น้ำหนักแรกคลอด (kg), Mean $\pm$ SD	3.14 $\pm$ 0.33	3.11 $\pm$ 0.30	3.17 $\pm$ 0.36	.476 ^a
ระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนมา รพ. (วัน), Mean $\pm$ SD	3.23 $\pm$ 1.44	3.33 $\pm$ 1.47	3.13 $\pm$ 1.43	.596 ^a
เพศ				.793 ^b
ชาย	35 (58.33)	18 (60.00)	17 (56.67)	
หญิง	25 (41.67)	12 (40.00)	13 (43.33)	
โรคประจำตัว				
ไม่มี	60 (100.00)	30 (100.00)	30 (100.00)	-
การได้รับวัคซีน				
ครบ	60 (100.00)	30 (100.00)	30 (100.00)	-
ผลตรวจเชื้อก่อโรค				.190 ^b
ไม่ได้ตรวจ/ไม่มีผล	25 (41.67)	10 (33.33)	15 (50.00)	
พบเชื้อไวรัส	35 (58.33)	20 (66.67)	15 (50.00)	
ข้อมูลผู้ดูแลหลัก				.292 ^a
อายุ (ปี), Mean $\pm$ SD	32.60 $\pm$ 9.72	31.27 $\pm$ 8.28	33.93 $\pm$ 10.95	
เพศ				.612 ^c
ชาย	4 (6.67)	3 (10.00)	1 (3.33)	
หญิง	56 (93.33)	27 (90.00)	29 (96.67)	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				.288 ^b
บิดา	6 (10.00)	4 (13.33)	2 (6.67)	
มารดา	49 (81.67)	25 (83.33)	24 (80.00)	
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	5 (8.33)	1 (3.33)	4 (13.33)	
ระดับการศึกษา				.992 ^b
ประถมศึกษา	15 (25.00)	8 (26.67)	7 (23.33)	
มัธยมศึกษา	33 (55.00)	16 (53.33)	17 (56.67)	
ปวช./ปวส.	2 (3.33)	1 (3.33)	1 (3.33)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	10 (16.67)	5 (16.67)	5 (16.67)	

อาชีพ				.981 ^b
เกษตรกรรม	13 (21.67)	6 (20.00)	7 (23.33)	
รับจ้าง	28 (46.67)	15 (50.00)	13 (43.33)	
ค้าขาย	12 (20.00)	6 (20.00)	6 (20.00)	
ข้าราชการ	2 (3.33)	1 (3.33)	1 (3.33)	
อื่นๆ	5 (8.33)	2 (6.67)	3 (10.00)	
ผู้ดูแลหลักระหว่างนอน รพ.				1.000 ^c
ไม่ใช่	5 (8.33)	2 (6.67)	3 (10.00)	
ใช่	55 (91.67)	28 (93.33)	27 (90.00)	
ประสบการณ์ดูแลเด็ก				.592 ^b
ปอดอักเสบ				
ไม่เคย	22 (36.67)	10 (33.33)	12 (40.00)	
เคย	38 (63.33)	20 (66.67)	18 (60.00)	

หมายเหตุ: ข้อมูลแสดงเป็นจำนวนและร้อยละ [n (%)] หรือค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean $\pm$ SD);

^a Independent t-test; ^b Chi-square test; ^c Fisher's exact test; – ตัวแปรที่มีค่าเดียวกันทุกกลุ่ม จึงไม่สามารถทดสอบทางสถิติได้

2) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลัก จากการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในตารางที่ 2 พบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน ($p = .536$) อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนการเปลี่ยนแปลงของความรู้ (K_change) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีขนาดอิทธิพลในระดับสูงมาก (Cohen's $d = 1.35$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมความรู้ของผู้ดูแลหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

การเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง (Mean $\pm$ SD)	หลังทดลอง (Mean $\pm$ SD)	95% CI	Cohen's d	p-value
ภายในกลุ่ม					
ควบคุม (n=30)	6.60 $\pm$ 1.04	9.30 $\pm$ 1.58	-3.24 to -2.16	1.87	< .001*
ทดลอง (n=30)	6.80 $\pm$ 1.42	11.43 $\pm$ 1.46	-5.17 to -4.10	3.25	< .001*
ระหว่างกลุ่ม					
ควบคุม vs ทดลอง	6.60 $\pm$ 1.04 vs 6.80 $\pm$ 1.42		-0.84 to 0.44	0.16	.536
ระหว่างกลุ่ม					
ควบคุม vs ทดลอง		2.70 $\pm$ 1.44 vs 4.63 $\pm$ 1.43	-2.67 to -1.19	1.35	< .001*
(K_change)					

หมายเหตุ: * $p < .05$ มีนัยสำคัญทางสถิติ; K_change = หลังทดลอง – ก่อนทดลอง

3) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จากตารางที่ 3 พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความสามารถของผู้ดูแลหลักเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการทดลอง

($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการเปลี่ยนแปลงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีขนาดอิทธิพลในระดับปานกลางถึงสูง ($p = .005$; Cohen's $d = 0.76$)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n=60$)

การเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง (Mean $\pm$ SD)	หลังทดลอง (Mean $\pm$ SD)	95% CI	Cohen's d	p-value
ภายในกลุ่ม					
ควบคุม ($n=30$)	14.97 $\pm$ 1.99	20.93 $\pm$ 2.45	5.26 to 6.68	3.14	< .001*
ทดลอง ($n=30$)	14.90 $\pm$ 2.07	22.83 $\pm$ 1.88	7.50 to 8.37	6.77	< .001*
ระหว่างกลุ่ม					
ควบคุม vs ทดลอง	14.97 $\pm$ 1.99 vs 14.90 $\pm$ 2.07		-1.34 to 0.61	0.19	.455
ระหว่างกลุ่ม					
ควบคุม vs ทดลอง (Ability change)		5.97 $\pm$ 1.90 vs 7.93 $\pm$ 1.17	-2.58 to -0.49	0.76	.005*

หมายเหตุ * $p < .05$ มีนัยสำคัญทางสถิติ; Ability_change = คะแนนความสามารถหลังทดลอง – ก่อนทดลอง

4) ผลการเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .455$) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับพื้นฐานใกล้เคียงกัน ภายหลังการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีขนาดอิทธิพลในระดับสูง

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=60$)

การเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง Mean $\pm$ SD	หลังทดลอง Mean $\pm$ SD	95% CI	Cohen's d	p-value
ภายในกลุ่ม					
ควบคุม ($n=30$)	12.00 $\pm$ 1.78	14.60 $\pm$ 2.49	-3.39 to -1.81	1.23	< .001*
ทดลอง ($n=30$)	12.37 $\pm$ 1.99	17.77 $\pm$ 1.74	-6.22 to -4.58	2.47	< .001*
ระหว่างกลุ่ม					
ควบคุม vs ทดลอง	12.00 $\pm$ 1.78 vs 12.37 $\pm$ 1.99		-1.34 to 0.61	0.19	.455
ระหว่างกลุ่ม					
ควบคุม vs ทดลอง (Participation change)		2.60 $\pm$ 2.11 vs 5.40 $\pm$ 2.19	-3.91 to -1.69	1.30	< .001*

หมายเหตุ $p < .05$ มีนัยสำคัญทางสถิติ; Participation change = คะแนนหลังทดลอง – ก่อนทดลอง

5) ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบภายหลังการทดลอง พบว่า ระยะเวลานอนโรงพยาบาล อัตราการได้รับ HFNC และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และไม่พบการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กโดยไม่ได้วางแผนในทั้งสองกลุ่ม (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 60)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มควบคุม (n = 30)	กลุ่มทดลอง (n = 30)	p-value	95% CI
ระยะวันนอนโรงพยาบาล(วัน), Mean $\pm$ SD	4.57 $\pm$ 1.87	4.23 $\pm$ 1.94	.501 ^a	-0.65 to 1.32
ได้รับ HFNC, n (%)	2 (6.67)	1 (3.33)	1.000 ^b	-
การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โดยไม่ได้อาสา (PICU), n (%)	0 (0.00)	0 (0.00)	-	-
การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน, n (%)	3 (10.00)	0 (0.00)	.237 ^b	-0.02 to 0.29

หมายเหตุ: ^a independent t-test; ^b Fisher's exact test

อภิปรายผลการวิจัย

1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะเทียบเคียงกันได้ก่อนการทดลอง ช่วยลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนและเพิ่มความน่าเชื่อถือในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการวิจัย⁽¹³⁾ พบว่า ผู้ป่วยเด็กมีอายุเฉลี่ย 6.92 เดือน ซึ่งอยู่ในช่วงวัยทารกที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจสูง โดยเฉพาะการติดเชื้อไวรัส เช่น RSV และ influenza สอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าโรคปอดอักเสบพบมากในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี⁽¹⁾ ซึ่งเป็นแนวโน้มที่พบได้ในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างในเด็ก⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ ผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัวและได้รับวัคซีนครบตามช่วงอายุ ซึ่งอาจช่วยลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน⁽¹⁸⁾ โดยผลการตรวจเชื้อส่วนใหญ่เป็นเชื้อไวรัส สอดคล้องกับหลักฐานทางคลินิกที่ระบุว่าโรคปอดอักเสบในเด็กเล็กมักมีสาเหตุจากไวรัส⁽¹⁾ ด้านผู้ดูแลหลัก พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีความสัมพันธ์เป็นมารดา สอดคล้องกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ซึ่งผู้ปกครองมักมีบทบาทสำคัญในการดูแลและตัดสินใจด้านสุขภาพของเด็ก⁽¹⁸⁾ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลเด็กระหว่างนอนโรงพยาบาล และมากกว่าครึ่งเคยมีประสบการณ์ดูแลเด็กปอดอักเสบมาก่อน ซึ่งอาจช่วยเพิ่มความคุ้นเคยและความพร้อมในการมีส่วนร่วมดูแลตามแนวคิด Family-Centered Care⁽⁴⁾ ส่วนด้านการศึกษาและอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา และประกอบอาชีพรับจ้างหรือเกษตรกร ซึ่งสะท้อนบริบทของประชากรในชุมชน และอาจเกี่ยวข้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น การให้ความรู้จึงควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและมีสื่อประกอบที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนการนำไปปฏิบัติจริง⁽¹⁹⁾

2) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลัก ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความรู้ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน (K_change) และมีขนาดอิทธิพลในระดับสูง สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient- and Family-Centered Care) ที่เน้นการสร้างความร่วมมือและให้ข้อมูลที่ชัดเจน เพื่อเพิ่มความพร้อมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วย^(19,21) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกได้ย้ำถึงความสำคัญของการให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการสำคัญ (Red flags) เช่น หายใจลำบากหรือซีดลง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ⁽²²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Panadda Wongwaitongdee และคณะ ที่พบว่าโปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้และการติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²³⁾ อย่างไรก็ตาม การที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้นเช่นกัน อาจเกิดจากการได้รับคำแนะนำตามมาตรฐานของหอผู้ป่วย รวมถึงผลของการประเมินซ้ำที่อาจทำให้ผู้เข้าร่วมเกิดการเรียนรู้จากการตอบแบบทดสอบเดิม (testing effect) ดังนั้น การติดตามผลในระยะยาวหลังจำหน่ายจะช่วยยืนยันความคงทนของความรู้ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3. การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความสามารถของผู้ดูแลหลักเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการเปลี่ยนแปลง (Ability_change) สูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีขนาดอิทธิพลในระดับสูง สอดคล้องกับแนวคิด Family-Centered Care ที่เน้นความร่วมมือระหว่างบุคลากรสุขภาพและครอบครัว การให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ การสื่อสารแบบสองทาง และการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก⁽¹⁹⁾ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Sukanya Pinhom และคณะ ที่พบว่าโปรแกรมการชี้แนะมารดาช่วยเพิ่มพฤติกรรมดูแลเด็กโรคปอดอักเสบอย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁴⁾ รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมที่ระบุว่า การให้ความรู้ ร่วมกับการสาธิตและฝึกทักษะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลและเฝ้าระวังอาการของเด็กได้⁽²⁵⁾ อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการนำทักษะไปใช้หลังจำหน่ายอาจขึ้นอยู่กับบริบทการให้บริการและความพร้อมของครอบครัว จึงควรมีการติดตามผลระยะยาวต่อไป”

4) ผลของรูปแบบการพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีขนาดอิทธิพลในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม สะท้อนว่ารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถช่วยเพิ่มบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิด Family-Centered Care⁽¹⁹⁾ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยเพิ่มพฤติกรรมดูแล ความร่วมมือในการรักษา และความมั่นใจของผู้ดูแล โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน^(9,26) รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้ดูแลที่ดีขึ้น⁽²⁷⁾ ผลการศึกษาสะท้อนว่า การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็ก และควรนำไปประยุกต์ใช้ในงานพยาบาลเด็กอย่างต่อเนื่อง

5) การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบภายหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบภายหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($p > .05$) ทั้งด้านระยะเวลานอนโรงพยาบาล การได้รับ HFNC และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน รวมถึงไม่พบการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กโดยไม่ได้วางแผนในทั้งสองกลุ่ม ซึ่งอาจสะท้อนว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาตามแนวทางมาตรฐานเดียวกัน^(28,29) แม้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองมีแนวโน้มของอัตราการได้รับ HFNC และการกลับมารักษาซ้ำต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับบทบาทของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเฝ้าระวังอาการและการดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิด Family-Centered Care⁽¹⁹⁾ และรายงานการศึกษาในประเทศไทย⁽³⁰⁾ นอกจากนี้ จำนวนเหตุการณ์ของภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำมีค่อนข้างน้อย ซึ่งอาจจำกัดพลังอำนาจในการทดสอบทางสถิติ⁽³¹⁾ ดังนั้น การศึกษาในอนาคตควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างหรือขยายระยะเวลาดูตาม เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ: รูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถพัฒนาความรู้ ความสามารถ และการมีส่วนร่วมดูแลเด็กโรคปอดอักเสบได้ดีกว่าการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีแนวโน้มผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กปอดอักเสบอย่างต่อเนื่อง และควรศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นหรือขยายเวลาดูตามผล เพื่อยืนยันผลลัพธ์ทางคลินิกให้ชัดเจน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ SPT REC 0017/2568

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Pneumonia in children**. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. Department of Disease Control. **Surveillance report of pneumonia cases from the disease surveillance system**. Nonthaburi: Bureau of Epidemiology; 2022. (in Thai)
3. Department of Disease Control. **Annual epidemiological surveillance report**. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2023. (in Thai)
4. Shields L, Zhou H, Pratt J, Taylor M, Hunter J, Pascoe E. **Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 years**. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10: CD004811.
5. Smith J, Swallow V, Coyne I. **Involving parents in managing their child's long-term condition: a concept synthesis of family-centered care and partnership-in-care**. J Pediatr Nurs. 2020;52: e102-15.
6. Kulkongka T. **Effectiveness of a nursing practice guideline to promote family participation in the care of children with pneumonia in hospital**. Mahidol Univ J Nurs Sci. 2019;37(1): 50-61. (in Thai)
7. Sheppard JJ. **Family-centered care in pediatric practice**. Pediatr Nurs. 1995;21(4): 379-81.
8. Shields L, Pratt J, Hunter J. **Family centred care: a review of qualitative studies**. J Clin Nurs. 2006;15(10): 1317-23.
9. Coyne I, O'Neill C, Murphy M, Costello T, O'Shea R. **What does family-centred care Mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice?** J Adv Nurs. 2016;72(11): 2614-26.
10. Al-Mutair A, Plummer V, O'Brien A, Clerehan R. **Family participation in the care of hospitalized patients: a systematic review**. Int J Nurs Stud. 2021;112: 103725.
11. Cohen J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
12. Seniwati T, Rustina Y, Nurhaeni N, Wanda D. **Patient and family-centered care for children: A concept analysis**. Belitung Nurs J. 2023;9(1): 17-24.
13. Purwati NH, Rustina Y, Supriyatno B. **Knowledge and healthcare-seeking behavior of family caregivers of children with pneumonia: A qualitative study in an urban community in Indonesia**. Belitung Nurs J. 2021;7(2): 107-12.
14. Srisdipaisarn L, Wittaya K, Nuwong K. **Model development and evaluation of the effectiveness of family-centered care for pediatric patients with acute lower respiratory tract infections at Phrapokklao Hospital**. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center. 2025;42(1): 75-83. (in Thai)
15. Pediatric Respiratory and Critical Care Society of Thailand. **Clinical practice guidelines for the management of acute respiratory tract infections in children**. 1st ed. Bangkok: Beyond Enterprise; 2019. (in Thai)
16. Franklin D, Babl FE, Schlapbach LJ, Oakley E, Craig S, Neutze J, et al. **A randomized trial of high-flow oxygen therapy in infants with bronchiolitis**. N Engl J Med. 2018;378(12): 1121-31.
17. Hockenberry MJ, Wilson D. **Wong's nursing care of infants and children**. 12th ed. St. Louis: Elsevier; 2021.
18. Centers for Disease Control and Prevention. **Pneumococcal disease and vaccination**. Atlanta: CDC; 2024.

19. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. **Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care.** *Matern Child Health J.* 2018;22(6): 745-52.
20. Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K. **International handbook of health literacy.** Bristol: Policy Press; 2019.
21. Institute for Patient- and Family-Centered Care. **Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals.** Bethesda: IPFCC; 2017.
22. World Health Organization. **Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses.** 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2019.
23. Wongwaithongdee P, Mikki K. **Effects of a pneumonia care program on knowledge and caregiving behaviors among caregivers of children with pneumonia.** *R3 Med PHJ.* 2025;22(2): 96-104. (in Thai).
24. Pinhom S, Sananruangsak S, Teerarungsikul N. **Effects of a maternal guidance program on maternal caregiving behaviors for children with pneumonia.** *Bamrasnaradura Infect Dis Inst J.* 2021;15(2): 82-93. (in Thai).
25. Hill C, Knafl KA, Santacroce SJ. **Family-centered care from the perspective of parents of children cared for in a pediatric intensive care unit: an integrative review.** *J Pediatr Nurs.* 2018;41: 22-33.
26. Foster M, Whitehead L, Maybee P, Cullens V. **The parents', hospitalized child's, and health care providers' perceptions and experiences of family-centered care within a pediatric critical care setting.** *J Fam Nurs.* 2016;22(4): 432-57.
27. Hodgson KA, Brown SR, McLean L, Thompson DR. **Family engagement in pediatric health care: a systematic review of family-centered care and caregiver satisfaction.** *J Pediatr Nurs.* 2024;74: 45-52.
28. Pediatric Respiratory Critical Care Club. **Clinical practice guideline for management of pneumonia in children.** Bangkok: The Royal College of Pediatricians of Thailand; 2019. (in Thai).
29. Florin TA, Ambroggio L, Brokamp C, Zhang Y, Rattan MS, Crotty EJ, et al. **Reliability of examination findings in suspected community-acquired pneumonia.** *Pediatrics.* 2017;140(3): e20170310.
30. Kulkongka T. **Effectiveness of a nursing practice guideline to promote family Participation in the care of children with pneumonia in hospital.** *Mahidol Univ J Nurs Sci.* 2019;37(1): 50-61. (in Thai).
31. Button KS, Ioannidis JPA, Mokrysz C, Nosek BA, Flint J, Robinson ESJ, et al. **Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience.** *Nat Rev Neurosci.* 2013;14(5): 365-76.