

# รูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก

นางเบญจมาภรณ์ เงินปาน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2563

Care Management Model for Prevention of Respiratory  
Syncytial Virus Transmission among Children

Mrs. Bengamapart Ngeanpan

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Nursing Administration  
School of Nursing  
Sukhothai Thammathirat Open University

2020

หัวข้อวิทยานิพนธ์ รูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก  
ชื่อและนามสกุล นางเบญจมาภรณ์ เงินปาน  
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล  
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี  
2. อาจารย์ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2564

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนพะจง เฟิงจาด)

กรรมการ

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี)

กรรมการ

(อาจารย์ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์)

ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.เทพศักดิ์ บุญรัตน์พันธุ์)

**ชื่อวิทยานิพนธ์** รูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก  
**ผู้วิจัย** นางเบญจมาภรณ์ เงินปาน **รหัสนักศึกษา** 2605100318 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 (การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี (2)  
 อาจารย์ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ **ปีการศึกษา** 2563

### บทคัดย่อ

การวิจัยพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก สถาบันบาราศนราดรุ 2) สร้างรูปแบบการจัดการดูแล และ 3) ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลที่พัฒนาขึ้น

ผู้ให้ข้อมูล เลือกแบบเฉพาะเจาะจง มี 2 กลุ่ม 1) ผู้ดูแลเด็กป่วย 5 คน และผู้ให้บริการ คือ แพทย์และพยาบาล 10 คน และ 2) ผู้แทนกลุ่มผู้ให้บริการ 4 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน รวม 7 คน เครื่องมือวิจัย มี 2 ชุด 1) แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ดูแล และผู้ให้บริการ และ 2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.76 , 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติพรรณนา

ผลการวิจัย 1) สภาพการณ์และความต้องการของการจัดการดูแล พบปัญหาของผู้ดูแล 6 ประเด็น(1) ขาดความรู้เรื่องโรคอาร์เอสวี อาการ ความรุนแรง การดำเนินการของโรค และความรู้ในการแพร่กระจายเชื้อ (2) ขาดทักษะในการดูแลเพื่อป้องกัน และการดูแลเมื่อมีความผิดปกติ (3) ขาดความมั่นใจและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเกิดการติดเชื้อ (4) ต้องการความมั่นใจในการดูแลต่อที่บ้านภายใต้การให้คำปรึกษาของผู้ให้บริการ (5) ขาดการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลอย่างต่อเนื่อง (6) ไม่มีบริการช่องทางการรับยาเฉพาะสำหรับเด็กติดเชื้อและได้รับยาอย่างรวดเร็ว และผู้ให้บริการมีความต้องการ 3 ประเด็น (1) ผู้ดูแลต้องมีความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติตน (2) ผู้ให้บริการต้องจัดบริการที่บ้านเพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้ดูแลเด็กป่วย และให้คำปรึกษานอกเวลาราชการได้ นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องพัฒนาจุดให้บริการในโรงพยาบาล สิ่งอำนวยความสะดวก และการประสานงานส่งต่อผู้ป่วย และ (3) จัดทำแผนการจำหน่ายและติดตามการรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องทุกรายจนหายเป็นปกติ และ 2) รูปแบบการจัดการดูแลที่พัฒนาขึ้น มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ บริบทของความเสี่ยง กระบวนการจัดการดูแล และผลลัพธ์ของการจัดการดูแล และ 3) รูปแบบการจัดการดูแลที่พัฒนาขึ้น พบว่า มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในสถาบันบาราศนราดรุ ร้อยละ 89.92

**คำสำคัญ** การจัดการดูแลเด็กเล็ก การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เชื้ออาร์เอสวี สถาบันบาราศนราดรุ

**Thesis this:** Care Management Model for Prevention of Respiratory Syncytial Virus Transmission among Children

**Researcher:** Mrs.Bengamapart Ngeanpan; **ID:** 2605100318; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr.Boontip Siritarungsri, Professor; (2) Dr.Kamolrat Tumer, Associate Professor; **Academic year:** 2020

### **Abstract**

The purposes of this descriptive research were: 1) to analyze the situation and needs of care management for prevention of Respiratory Syncytial Virus (RSV) transmission among children, 2) to develop a care management model, and 3) to evaluate the appropriateness of the developed model for use at Bamrasnaradura Institute.

Samples were selected by purposive sampling technique, and consisted of 2 groups. The first group included 5 care givers and 10 health care providers (doctors and nurses). The second group included 7 persons 4 health care providers from the first group, and 3 experts. Research tools included 2 types: (1) semi-structured interview forms for analyzing the situation and needs of care management for RSV prevention and transmission for both care givers and health care providers, and (2) a questionnaire for evaluating the appropriateness of the developed model. The content validity of these tools was verified by 5 experts, and it was 0.76, 0.87, and 0.84 respectively. Data were analyzed by content analysis and descriptive statistics.

The research results were as follows. 1) Six themes were found describing the situation and needs of care givers as follows: (1) lack of knowledge related to the disease and its transmission; (2) lack of care skills for prevention and occurrence of disorders; (3) lack of confidence and having anxiety related to infection occurrence; (4) need for reassurance about continuing care of the children at home under consultation by health care providers; (5) lack of a discharge plan and continuous care; and (6) no fast track pharmacy for children with infection. Three themes were found about the needs of health care providers: (1) the care givers must have knowledge, skills, and confidence in their practices; (2) the health care providers must provide services at children's homes to raise the confidence of care givers and give consultation after work hours. Further, it is still necessary to develop service points in the hospital, facilities and coordination for patients' referral; (3) a discharge plan should be prepared with follow up and monitoring of at-home care management. 2) The developed care model composed 3 components - risk context, care management process, and care management outcomes. 3) The developed care management model was deemed appropriate (89.92 %) for implementing at Bamrasnaradura Institute.

**Keywords:** Care management model, Respiratory Syncytial Virus Transmission, Children

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และการช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ซึ่งเสียสละเวลาอันมีค่าของท่านในการให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนกระตุ้น และให้กำลังใจแก่นักศึกษาด้วยจิตที่เมตตาเสมอมา และขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่กรุณาให้คำชี้แนะ และให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษาเสมอมา และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำชี้แนะแนวทาง จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลา ตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณ แพทย์พยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม การวิจัย

ท้ายที่สุด ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ พี่น้อง สามี บุตรและหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงานที่ให้การสนับสนุน ทั้งกำลังใจ และกำลังใจแก่ผู้ศึกษา คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอมอบแต่ บุญกวี ครูอาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หากมีข้อบกพร่องประการใด ผู้ศึกษาขอน้อมรับไว้ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการทำวิจัยต่อไปในอนาคต

เบญจมาภรณ์ เงินปาน

ตุลาคม 2564

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	4
กรอบแนวคิดของการวิจัย .....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	7
ขอบเขตของการวิจัย .....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	9
ตอนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเชื้อ อาร์ เอส วี.....	10
ตอนที่ 2 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี.....	15
ตอนที่ 3 การจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์ เอส วี .....	22
ตอนที่ 4 แนวคิดการพัฒนารูปแบบและการประเมินผล.....	31
ตอนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูล (Key informant).....	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	46
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	53

สารบัญ (ต่อ)

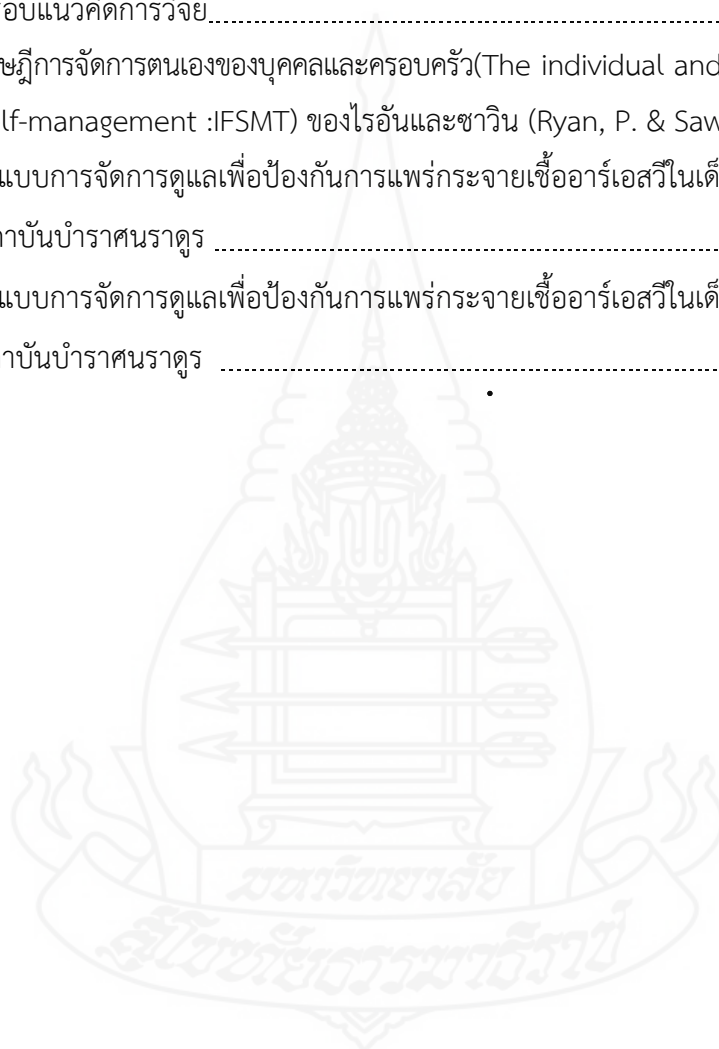
	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
ตอนที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ อาร์ เอส วี ในเด็กเล็ก.....	55
ตอนที่ 2 ร่างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี ในเด็กเล็ก.....	66
ตอนที่ 3 ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจาย เชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก.....	67
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	72
สรุปผลการวิจัย .....	72
อภิปรายผล.....	77
ข้อเสนอแนะ.....	80
บรรณานุกรม.....	82
ภาคผนวก.....	90
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย.....	91
ข ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือวิจัย/วิจัยในมนุษย์.....	93
ค หนังสือขอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ เก็บข้อมูล .....	101
ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	108
จ ประเมินค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน.....	130
ฉ สรุปประเด็นและร่างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ อาร์เอสวี ในเด็กเล็กและประเมินความเหมาะสมของรูปแบบร่างรูปแบบการจัดการ ดูแลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก.....	134
ช ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการเพื่อการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก สถาบันบำราศนราดูร.....	141
ซ การเยี่ยมบ้าน (Home visit).....	154
ประวัติผู้วิจัย.....	158



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
ภาพที่ 2.1 ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว(The individual and family self-management :IFSMT) ของไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009)...	24
ภาพที่ 4.1 รูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก สถาบันบําราศนราดรุร .....	71
ภาพที่ 5.1 รูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก สถาบันบําราศนราดรุร .....	75



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ไวรัสสายพันธุ์“อาร์เอสวี” ( Respiratory Syncytial Virus ) เป็นสายพันธุ์ที่ทำให้เกิดโรคไข้หวัดที่เป็นอันตรายมากที่สุดในเด็กเล็กโดยเฉพาะในเด็กกลุ่มอายุ 0-2 ปี (พรอำภา บรรจงมณี, อมรรัตน์ โรจน์จรัสไพศาล และอัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์, 2559) จากรายงานการประชุมนานาชาติเรื่อง WHO Meeting of Final Review of the RSV Surveillance Pilot Based on the Global Influenza Surveillance and Response System (2018) ซึ่งจัดโดยองค์การอนามัยโลก(WHO) ที่ประเทศไทยพบว่าปัญหาการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของเด็กเล็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี พบโรคปอดบวมจากการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีมีความรุนแรงอย่างมาก และประมาณการไว้ว่าเด็กที่ติดเชื้ออาร์เอสวีจะทำให้เสียชีวิตทั่วโลกถึงปีละ 160,000 ราย จากเด็กติดเชื้ออาร์เอสวี ทั้งหมด 33.8 ล้านคน ในจำนวนนี้ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลถึง 3.4 ล้านคน (สุขุม กาญจนพิมาย, 2561) สำหรับในประเทศไทยจากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคทางห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ การเกิดโรคอาร์เอสวี ช่วงเดือนสิงหาคม – เดือนตุลาคมของปี 2560 -2561 ในโรงพยาบาล 9 แห่ง ทั่วประเทศ พบโรคอาร์เอสวีระบาดในช่วง เดือนสิงหาคม - ตุลาคม ร้อยละ 17.63 และระบาดเร็วในช่วงเดือนกรกฎาคม สูงกว่าปีที่ผ่านมา ร้อยละ 30.26 (โอภาส การย์กวินพงศ์, 2561) ทั้งนี้ข้อมูลการเฝ้าระวังของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (2561) ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2559 พบว่ามีอาการปอดอักเสบรุนแรง 425 ราย และมีการติดเชื้ออาร์เอสวี 187 ราย คิดเป็นร้อยละ 44 ทั้งนี้ พบเชื้ออาร์เอสวีมากในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี และมีเด็กเสียชีวิต 9 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายประมาณ ร้อยละ 5

ผลกระทบในเด็กเล็กที่ติดเชื้ออาร์เอสวีโดยเฉพาะเด็กเล็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปี จะมีขนาดท่อทางเดินหายใจเล็กมาก สั้น และตรงทำให้ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเป็น หลอดลม ปอดอักเสบได้ง่าย ทางเดินหายใจส่วนต้นลักษณะเป็นรูปกรวย ทำให้ทางเดินหายใจแคบ เมื่อน้ำมูกและเสมหะมาก มีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดลม เด็กหายใจแรง หายใจลำบาก อาการรุนแรงทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว และเสียชีวิต (อลิษา ขุนแก้ว และคณะ, 2563) ในเด็กคลอดก่อนกำหนด อายุต่ำกว่า 6 เดือน และเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคปอด เด็กมีความผิดปกติทางภูมิคุ้มกัน และการเป็น

อาร์เอสวีครั้งแรกจะมีอาการรุนแรงมากกว่าเป็นครั้งหลัง (โกลดา ทองปาน และยง ภู่วรรณ, 2561) ปัจจัยทางคลินิกที่ต้องนอนโรงพยาบาลมากที่สุดคือ ตรวจร่างกายพบมีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (ชัยศิริ ศรีเจริญวิจิตร, สมถวิล อัมพรอารีกุล และวิศัลย์ มูลศาสตร์, 2561) เมื่อเทียบกับโรคไข้หวัดใหญ่ เชื้ออาร์เอสวีทำให้เด็กติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างมากกว่า การถ่ายรังสีปอดจะพบน้ำและลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (ลานทิพย์ สุทธิรัตน์, ศรสุภา ลิ้มเจริญ และวราวุฒิ เกรียงบุรพา, 2559) ความเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และผู้ดูแลขาดรายได้เนื่องจากต้องมาดูแลบุตรหลานที่เจ็บป่วย รวมทั้งค่าใช้จ่ายของภาครัฐ

ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีน และยารักษาโรคโดยตรงมีเพียงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและแพร่กระจายเชื้อโรคอาร์เอสวีเท่านั้น หากเกิดขึ้นกับเด็กเล็กที่อายุต่ำกว่า 2 ปี และเด็กกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เด็กที่มีปัญหาโรคปอดเรื้อรัง เด็กคลอดก่อนกำหนด โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เด็กมีประวัติเป็นภูมิแพ้ และเด็กมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง บางรายอาการรุนแรงระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และหยุดหายใจในเด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด (พรอำภา บรรจงมณี, อมรรัตน์ โรจน์จรัสไพศาล และอัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์, 2559) และเด็กมีประวัติเป็นโรคหอบหืดมาก่อนเมื่อเป็นอาร์เอสวีจะมีอาการรุนแรงกว่าเด็กทั่วไป (โกลดา ทองปาน และ ยง ภู่วรรณ, 2561) จะเห็นได้ว่าการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีจึงมีความสำคัญ และความจำเป็นอย่างยิ่ง จึงต้องมีรูปแบบในการจัดการดูแลที่มีความเหมาะสมกับบริบทของสถาบันหรือโรงพยาบาลที่ดูแลรักษาเด็กป่วยนั้น

สถาบันบำราศนราดูร ซึ่งเป็นหน่วยบริการทางสุขภาพด้านโรคติดต่อ ให้การรักษาโรคติดต่อทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ในที่นี้จะกล่าวถึงในกลุ่มเด็กเล็กที่เป็นอาร์เอสวีอายุน้อยกว่า 2 ปี ที่มาตรวจแผนกผู้ป่วยนอก และต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี 2559, 2560 และ 2561 ตามลำดับดังนี้ ผู้ป่วยเด็กทั้งหมด 134 ราย นอนโรงพยาบาล 94 ราย (70.14), ผู้ป่วยเด็กทั้งหมด 105 ราย นอนโรงพยาบาล 52 ราย (49.52), ผู้ป่วยเด็กทั้งหมด 106 ราย นอนโรงพยาบาล 100 ราย (94.33) จะพบได้ว่า เด็กที่เป็นอาร์เอสวีมีทั้งนอนโรงพยาบาล และกลับไปสังเกตอาการที่บ้านต่อ การควบคุมพฤติกรรมของเด็กค่อนข้างยาก เด็กมีโอกาสแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีสู่เด็กอื่น เช่น ในครอบครัว เด็กรอตรวจเพื่อรับการรักษา และเด็กป่วยนอนโรงพยาบาลแล้วก็ตาม จากสถิติการแพร่กระจายเชื้อสถาบันบำราศนราดูร พบแพร่กระจายเชื้อที่โรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยในและนอก ผู้ป่วยเด็กทั้งหมด 202 ราย ติดเชื้ออาร์เอสวี จำนวน 4 ราย (1.98 ราย), ผู้ป่วยเด็กทั้งหมด 94 ราย ติดเชื้ออาร์เอสวี 2 ราย (2.12) ผู้ป่วย และผู้ป่วยเด็กทั้งหมด 161 ราย ติดเชื้ออาร์เอสวี 3 ราย (1.86 ราย) สถิติในการแพร่กระจายเชื้อที่โรงพยาบาลไม่มากนักเมื่อเทียบกับจำนวนวันนอน แต่ในกลุ่มเด็กเล็กมีความจำเป็นที่ต้องนอนโรงพยาบาลเป็นส่วนมากเนื่องจากมีอาการที่รุนแรงต่อระบบการหายใจ ทำให้มีค่าใช้จ่ายในรักษาที่สูง ค่ารักษาเฉลี่ย 7,386 -20,000 บาท/คน/ครั้ง

ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของเด็ก จำนวนวันนอนเฉลี่ยคนละ 4-6 วัน (งานกุมารเวชกรรม สถาบันบําราศนรา ตูร, 2561) เนื่องจากแผนกผู้ป่วยนอก ใช้พื้นที่เดียวกันในการตรวจเด็กป่วยด้วยโรคอื่นด้วย มีการจัดแบ่งแยกโซนรอตรวจ แต่ในเด็กมักมีพฤติกรรมไม่ค่อยอยู่นิ่ง การควบคุมพฤติกรรมเป็นไปได้ยากจึงมีโอกาสดต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคไปยังเด็กได้ง่าย เพราะเด็กมีภูมิคุ้มกันต่ำมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย ถึงแม้เจ้าหน้าที่จะเน้นย้ำและแจ้งผู้ดูแลให้ดูแลเด็กเป็นอย่างดีก็ตาม ส่วนในหอผู้ป่วยก็เช่นเดียวกันบางครั้งญาติพาเด็กเล็กมาเยี่ยมด้วย เพราะที่บ้านไม่มีผู้ดูแล ถึงแม้จะมีป้ายห้ามนำเด็กเล็กมาเยี่ยมและให้ข้อมูลแล้วก็ตาม ทั้งนี้ยังพบว่าเด็กที่อายุ 1 ปี เป็นโรคหัวใจตั้งแต่กำเนิด และมีประวัติคลอดก่อนกำหนดติดเชื้ออาร์เอสวีจากพี่ชาย ได้รักษาที่แผนกผู้ป่วยวิกฤติประมาณ 1 เดือน (งานเวชสถิติ สถาบันบําราศนรา ตูร, 2561) จากเหตุการณ์ดังกล่าวเด็กมีโอกาสได้รับเชื้อโรคจากเด็กอื่นในครอบครัวเดียวกันได้ง่าย หากผู้ดูแลไม่รู้จักโรค ความรุนแรงของอาร์เอสวี รวมถึงการปฏิบัติเพื่อการป้องกัน

ดังนั้น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อผู้ดูแลเด็กต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงผลกระทบต่อตัวเด็กที่อันตรายและความรุนแรงที่จะเกิดกับเด็ก รวมถึงการจัดบริการที่เหมาะสมของสถาบันเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจึงมีความจำเป็น อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาสถาบันมีเพียงแนวทางในการดูแลรักษาโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจทั่วไป ไม่มีแนวทางเฉพาะโรคในเรื่องของการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเมื่อต้องดูแลเด็กป่วยที่บ้าน และที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กจึงเป็นหัวใจสำคัญ มีความจำเป็นต้องศึกษาถึงการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก เพราะถ้าเด็กเล็กหรือเด็กกลุ่มเสี่ยงติดเชื้ออาร์เอสวีจะมีอาการที่รุนแรงอันตรายถึงชีวิต

จากประเด็นปัญหาของการติดเชื้อทั้งที่บ้านและโรงพยาบาลถึงแม้มีจำนวนไม่มากก็ตามแต่มีผลกระทบต่อความรุนแรงหากเป็นอาร์เอสวีในเด็กเล็ก ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็กเล็ก เห็นความจำเป็นในการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก โดยให้ผู้ดูแลเด็ก และผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลสำหรับการสร้างรูปแบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีไปยังเด็กเล็ก ที่อายุน้อยกว่า 2 ปีหรือเด็กกลุ่มเสี่ยง ทั้งที่นอนโรงพยาบาล และที่บ้าน กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยด้วยการบูรณาการ 3 แนวคิด ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ได้แก่ (1) แนวคิดหลักคือแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวจึงใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The individual and family self-management : IFSMT) ของไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009) (2) แนวทางของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2019) และ (3) มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโดยอิงมาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Hospital

and Healthcare Standard (HA, 2018) เพื่อการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันการติดเชื้ออาร์เอสวีเท่าที่ศึกษาในประเทศไทยยังไม่พบว่ามิงงานวิจัยดังกล่าวโดยตรง มีแต่งานวิจัยด้านโรคติดต่อชนิดอื่นเช่น การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคมมาลาเรีย ของสมหมาย งามประโคน, จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์ และสมศักดิ์ ศรีภักดี (2559) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า การใช้รูปแบบป้องกันมาเลเรียประชาชนมีความรู้และมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าช่วยลดการแพร่ระบาดและการเกิดโรคมมาเลเรียได้ ดังนั้น การมีรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีสำหรับสถานบริการ ตามบริบทที่ดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าว น่าจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อได้

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก

2.2 เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก

2.3 เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก สถาบันบาราศนราครุ ที่พัฒนาขึ้น

## 3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก สถาบันบาราศนราครุ จังหวัดนนทบุรี โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ตามแนวทางการบูรณาการ 3 แนวคิดได้แก่ 1) แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (The individual and family self-management :IFSMT) ของ ไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009) ซึ่งประกอบด้วย (1) มิติบริบท (context dimension) ด้านปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยการป้องกัน ประกอบด้วย ปัจจัยเฉพาะโรค ได้แก่ ความซับซ้อนของโรคและการรักษา สิ่งแวดล้อมด้านร่างกายและสังคม ได้แก่ การเข้าถึงการดูแล

รักษาของตนเองและครอบครัว และการป้องกัน (2) มิติกระบวนการจัดการตนเอง (process dimension) ทักษะความสามารถในดูแลเด็กเล็กที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงมีความจำเป็นต้องใช้บุคคลในครอบครัว เป็นจุดศูนย์กลางในการดูแล ผู้ดูแลต้องมีระดับความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และความสามารถในการ ควบคุมดูแลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลสุขภาพ (3) มิติผลลัพธ์(Outcome dimension) ร่วมกับ 2) แนวทางการดูแลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2019) เป็นแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระบบทางเดินหายใจสำหรับบุคลากร ทางการแพทย์และผู้ดูแล และ3) แนวทางการดูแลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Hospital and Healthcare Standard (HA, 2018) เป็นแนวทางการดูแลคนไข้ตามกระบวนการดูแล การเข้าถึง และเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผน การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูล และเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ ครอบครัว และการดูแลต่อเนื่อง จากนั้นนำผลของข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์และความ ต้องการการจัดการดูแลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก มาจัดเป็นรูปแบบการ ดูแลให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งผู้ดูแล และผู้ให้บริการ ผนวกกับแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมา หลังจากนั้นนำมาสร้างรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กสถาบันบำราศนราดูร ดังแสดงกรอบแนวคิด ใน ภาพ ที่ 1.1



**วิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการของการจัดการดูแล  
เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก**

โดยการประยุกต์ 3 แนวคิด 1) ของไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009) ประกอบด้วย บริบทของความเสียหาย กระบวนการจัดการดูแล และผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการดูแล ร่วมกับ 2) แนวทางการดูแลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC, 2019) ในการดูแลเรื่องการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี และ 3) แนวทางการดูแลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA, 2018) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ (1)การเข้าถึงและบริการ (2) การประเมินผู้ป่วย (3) การให้ข้อมูลเรื่องโรค (4) การวางแผน (5) การดูแล (6) การให้ข้อมูลเสริมพลัง และ(7) การดูแลต่อเนื่อง โดยมีแนวคิดหลักของ ไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009) เป็นกรอบแนวคิดหลัก ดังนี้

**บริบท** (Context dimension) หมายถึงปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยป้องกันโรคประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ (1) ปัจจัยเฉพาะโรค (2) ปัจจัยด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม (3) ปัจจัยภายใน การเข้าถึงและระบบการส่งต่อ และปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว

**กระบวนการ** (Process dimension) คือความรู้ ความเชื่อ ทักษะในการควบคุมตนเองในการควบคุมและป้องกันโรคและระบบการจัดการเพื่ออำนวยความสะดวกเพื่อช่วยในการควบคุมและป้องกันโรค

**ผลลัพธ์** (Outcome dimension)

การจัดการปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเฉพาะโรค ปัจจัยทางกายภาพและปัจจัยของสิ่งแวดล้อม มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ การจัดการทำกระบวนการบริการต่างๆจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพและระบบบริการในระยะสั้นและระยะยาว

ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่ได้ จาก 6

**มติ (AGREE II, 2556 ของกรมการแพทย์)**

1. มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย
2. มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3. มิติด้านพัฒนาความเข้มแข็งในการสร้างรูปแบบ
4. มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ
5. มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้
6. มิติด้านความอิสระในการกำหนดรูปแบบ

รูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีสำหรับ  
สถาบันบําราศนราดรุร

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 4. นิยามศัพท์เฉพาะ

รูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก

4.1 เชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก หมายถึง เชื้อไวรัสสายพันธุ์ Syncytial Virus ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจของเด็ก และมีโอกาสแพร่กระจายไปยังเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี

4.2 เด็กกลุ่มเสี่ยง หมายถึง เด็กคลอดก่อนกำหนด เด็กเป็นโรคปอดแต่กำเนิด เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิด หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องอยู่ในครอบครัวเดียวกัน

4.3 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี หมายถึง การมีพฤติกรรมดูแลและการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก

4.4 ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ปกครองหรือคนที่ดูแลเด็กป่วยทั้งที่บ้านและสถาบัน

4.5 รูปแบบการจัดการดูแล หมายถึง องค์ประกอบที่มีความเชื่อมโยงระหว่างบริบทกระบวนการ และผลลัพธ์ของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The individual and family self-management: IFSMT) ของไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009)

4.6 สภาพการณ์และความต้องการการจัดการดูแล หมายถึง การศึกษาสิ่งที่เป็นอยู่ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนรวมทั้งสิ่งที่พึงประสงค์ของผู้ดูแล และการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กโดยผู้ให้บริการ

4.7 ความเหมาะสมของรูปแบบ หมายถึง รูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของสถาบัน ตามแนวทางการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II : AGREE II, 2556) จัดทำโดย สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (2556)

#### 5. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนา เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กที่มารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอาร์เอสวี ตั้งแต่เดือน ตุลาคม - พฤษภาคม 2564 ซึ่งเป็นการดำเนินงานวิจัยโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย



ร่วมให้ข้อมูลคือผู้ให้บริการกับผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลมาสร้างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของสถาบันบาราศนราดรุร จังหวัดนนทบุรี

## 6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 สถาบันบาราศนราดรุรได้รูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ที่มีความเหมาะสมในการนำไปใช้เนื่องจากได้พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และมุมมองของผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์ตรงในการจัดดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่ติดเชื้ออาร์เอสวี

6.2 ได้แนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาอื่นๆ ของสถาบัน โดยผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีส่วนร่วม



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็ก รวมทั้งบริบทการจัดการดูแลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางเดินหายใจของสถาบันที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ และนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ แบ่งเป็น 5 ตอนดังนี้

#### ตอนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเชื้ออาร์เอสวี

- 1.1 ความหมายและการแพร่กระจายของเชื้ออาร์เอสวี
- 1.2 พยาธิสรีรวิทยา
- 1.3 ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ
- 1.4 อาการและอาการแสดง
- 1.5 การวินิจฉัยและการบำบัดรักษา

#### ตอนที่ 2 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี

- 2.1 หลักการและแนวทางการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีนานาชาติ
- 2.2 หลักการและแนวทางการป้องกันระดับชาติ
- 2.3 หลักการและแนวทางการป้องกันของสถาบันบำราศนราดูร

#### ตอนที่ 3 การจัดการดูแลเพื่อป้องกันการการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี

- 3.1 แนวคิดทฤษฎีการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
- 3.2 แนวคิดทฤษฎีการจัดการดูแลของงานวิจัย
- 3.3 แนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามแนวทางการดูแลของศูนย์

#### ควบคุมและป้องกันโรค

- 3.4 แนวทางการดูแลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA, 2018)

#### ตอนที่ 4 แนวคิดการพัฒนารูปแบบและการประเมินผล

- 4.1 แนวคิดในการสร้างรูปแบบ
- 4.2 แนวคิดในการประเมินผลของรูปแบบ

#### ตอนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## ตอนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเชื้ออาร์เอสวี

เชื้ออาร์เอสวีเป็นเชื้อไวรัส Respiratory syncytial virus (RSV) คือไวรัสชนิด RNA virus และเป็นสาเหตุที่ทำให้ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก ทางซีกโลกเหนือจะติดเชื้อสูงสุดเดือนพฤศจิกายน ถึง เมษายน ส่วนมากพบในเด็กเล็กจะป่วยด้วยเชื้ออาร์เอสวี ส่วนมากทำให้ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และส่วนล่างที่พบบ่อยและเฉียบพลันคือหลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบ อาการ และความรุนแรงต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันของร่างกายแต่ละคน ความรุนแรง และอันตรายถึงชีวิตจะพบมากในเด็กเล็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปี เชื้ออาร์เอสวีเป็นสาเหตุที่สำคัญของโรกระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง และเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เด็กอายุ น้อยกว่า 2 เดือน มีอาการที่รุนแรง ต้องนอนโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามยังมียาฆ่าเชื้อและยาขยายหลอดลมสำหรับเด็กหอบ (Hall et al., 2009) ในประเทศไทยเชื้ออาร์เอสวีเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดลมอักเสบของระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อย เป็นอันดับสองรองจากไข้หวัดใหญ่ โรคนี้เป็นแล้วเป็นอีกได้ การติดเชื้อครั้งแรกอาการจะรุนแรงมากกว่าครั้งหลัง และเด็กเล็กจะรุนแรงกว่าในเด็กโต ระยะเวลา พักตัว 3-5 วัน (ไอลดา ทองปาน และยง ภูววรรณ, 2561) พบบ่อยในช่วงฤดูฝนและฤดูหนาว ไวรัสจะมีชีวิตอยู่ภายนอกร่างกายได้เป็นเวลาหลายชั่วโมง โดยอาศัยอยู่ตามวัตถุต่าง ๆ และแพร่กระจายได้ง่ายผ่านการไอ หรือการจาม ที่พบบ่อยเป็นโรคหลอดลมอักเสบซึ่งพบในเด็กเกือบทุกคน และเด็กมักเคยเป็นโรคอาร์เอสวีตั้งแต่วัยเด็กโรคอาร์เอสวีเป็นซ้ำได้ และส่วนมากอาการไม่รุนแรงเมื่อมีอายุมากขึ้น สามารถหายป่วยได้เองภายใน 1 – 2 สัปดาห์ เชื้ออาร์เอสวีเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน หลอดลมตีบและแคบ หายใจมีเสียงดัง ก่อให้เกิดโรคปอดอักเสบมากที่สุด มีอาการรุนแรง โดยเฉพาะเกิดในเด็กอายุ ระหว่าง 2 เดือนถึง 2 ปี (พรอำภา บรรจงมณี อมรรัตน์ โรจน์จรัสไพศาล และอัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์, 2559) นอกจากนี้ยังพบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้ออาร์เอสวีในเด็กที่นอนโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (Acute tract infection) และมีความรุนแรงที่สุดในช่วงอายุ 2 ขวบปีแรกโดยเฉพาะในเด็กอายุ 6- 11 เดือน เป็นหลอดลมอักเสบ และมีอาการ มากกว่า 7 วัน (Paul et al., 2017) ในเด็กกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง คลอดก่อนกำหนด เด็กที่เป็นโรคหัวใจ และโรคปอดแต่กำเนิดจะมีอาการที่รุนแรงด้วยเช่นกัน ในประเทศไทยการระบาดมักเกิดในฤดูฝน หรือปลายฝนต้นหนาว ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม – ตุลาคมของทุกปี (ชัยศิริ ศรีเจริญวิจิตร, สมถวิล อัมพรอารีกุล และวิศัลย์ มูลศาสตร์, 2561)

## 1.1 ความหมายและการแพร่กระจายของเชื้ออาร์เอสวี

**1.1.1 เชื้ออาร์เอสวี** คือ เชื้อไวรัสชนิดที่มีเปลือกหุ้ม lipid envelope สร้างโปรตีนได้หลายชนิด มีชื่อเต็มว่า Respiratory Syncytial Virus หรือ RSV เป็นเชื้อไวรัส ระบาดในลิง จึงชื่อว่า Chimpanzee coryza ต่อมานำเพาะเลี้ยงเชื้อ พบว่าเซลล์ติดกัน เป็นรูปแบบ syncytial cell จึงตั้งชื่อเป็น Respiratory Syncytial Virus มี 2 สายพันธุ์ RSV-A และ RSV-B ในประเทศไทยสายพันธุ์ ทั้งสองชนิดสลับ กันเกิด ส่วน RSV-B มีสายพันธุ์ย่อยอีกจึงเป็นแล้วเป็นอีกได้ การติดเชื้อไวรัส RSV (Respiratory Syncytial Virus) เกิดจากการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ที่ติดเชื้อ โดยไวรัสเข้าสู่ร่างกายผ่านทางตา จมูก ปาก หรือสัมผัสเชื้อโดยตรงจากการจับมือ (ธัญวีร์ ภูธนกิจ, 2560)

**1.1.2 การแพร่กระจายของเชื้ออาร์เอสวี** หมายถึง การแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในระบบทางเดินหายใจจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง โดยผ่านช่องทาง ไอ จาม มีละอองฝอย (droplet) หรือการสัมผัส (contact) ละอองฝอย เมื่อได้รับเชื้อจากการใช้มือสัมผัสสิ่งคัดหลั่งพื้นผิวบริเวณรอบๆ หรือวัตถุเหล่านั้นที่มีเชื้อโรคแล้วมาสัมผัสตา จมูกหรือปาก เชื้ออาร์เอสวีสามารถอาศัยอยู่บนพื้นผิวแข็งของสิ่งของได้นาน 6 ชั่วโมง เช่น ลูกบิด โต๊ะ เติง แก้ว และอยู่บนผิวหนัง(มือ) 25 นาที (Drysdale et al., 2016) และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะรักษาระยะห่าง เมื่อมีการไอจาม จากผู้ป่วยอย่างน้อย 1 เมตร หรือ 3 ฟุต (ธัญวีร์ ภูธนกิจ, 2560)

เด็กที่ติดเชื้ออาร์เอสวีระยะฟักตัวก่อให้เกิดโรคประมาณ 4-6 วัน หลังจากสัมผัสเชื้อ เด็กทั่วไปสามารถรับเชื้อได้จากนอกบ้าน เช่น ที่โรงเรียน ศูนย์รับเลี้ยงเด็ก และยังสามารถแพร่เชื้อต่อให้กับบุคคลอื่นในบ้านต่อได้ ผู้ที่เลี้ยงดูเด็กสามารถส่งผ่านเชื้อได้หากไม่ล้างมือหลังสัมผัสน้ำมูก น้ำลายของเด็กที่ติดเชื้อ เด็กๆที่ใช้ของเล่นร่วมกัน หรือเล่นในพื้นที่เดียวกัน อาจส่งต่อเชื้อกันได้ เด็กๆ มักเป็นผู้ติดเชื้อ และแพร่เชื้อไปให้เด็กอื่นที่เลี้ยงร่วมกันผู้ดูแลต้องมีความรู้ในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีด้วยจะทำให้ปลอดภัยจากโรคดังกล่าว

## 1.2 พยาธิสรีรวิทยา

เมื่อเชื้อไวรัสเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจเข้าทางเยื่อจมูก ความรุนแรงขึ้นกับเชื้อไวรัส ที่เซลล์เยื่อจมูกของทางเดินหายใจจากการสูดดม หรือสัมผัส จากนั้นติดเชื้อเซลล์บุทางเดินหายใจทำให้คัดจมูก จามออกมา มีเยื่อและเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิล และยังมีสาร prostaglandin F<sub>2</sub> α ทำให้คัดจมูก เจ็บคอ และไอ (ภพ โกศลา, 2548) หลังจากนั้นจะเพิ่มจำนวนไวรัสในเซลล์ และทำให้เกิดการอักเสบของทางเดินหายใจ (airway inflammation) มีโรคแทรกซ้อน หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ตามมาเป็นมีการหลั่งสาร cytokines และกระตุ้นเม็ดเลือดขาวให้เกิดการอักเสบมากยิ่งขึ้น ในช่วงที่มีการอักเสบของหลอดลม เยื่อหลอดลมจะมีลักษณะบวมแดง และมีสารคัดหลั่งเป็นจำนวนมาก (สถาพร ธิติวิเชียรเลิศ,

2548) หากมีการสำลักร่วมกับการไอ ทำให้เชื้อเข้าสู่ปอดเป็นอักเสบมีเม็ดเลือดขาวเม็ดเลือดแดงมารวมตัวกันมากบริเวณที่มีการอักเสบ ระยะเริ่มต้น การติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี อยู่ในจุมูกกระจายไปในหลอดลมเข้าไปทางเดินหายใจเล็กๆ เข้าทางเดินหายใจส่วนล่าง ใช้เวลา 1-3 วัน ถ้าติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง หลอดลมจะบวม มีเสมหะเยอะ จะทำให้อุดกั้นทางเดินหายใจ (Dawson-Caswell, M. & Muncie, H. L. JR, M., 2011)

### 1.3 ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ

#### 1.3.1 ปัจจัยเสี่ยง แบ่งเป็น 2 ด้าน

1) *ปัจจัยภายใน* คือความแข็งแรง ภูมิคุ้มกันทานในเด็กแต่ละคนแตกต่างกันขึ้นกับอายุ เด็กบางคนมีภูมิคุ้มกันต่อโรคต่ำ, ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ,เป็นโรคหัวใจ และในเด็กคลอดก่อนกำหนดส่วนมากมักมีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ เพราะทารกที่คลอดก่อนกำหนดจะมีระบบทางเดินหายใจที่ยังพัฒนาไม่เต็มที่ เช่น การขาดสารลดแรงตึงผิวในปอด จะทำให้ปอดไม่สามารถขยายและหดตัวได้ตามปกติ ซึ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจอาจมีพยาธิสภาพที่ปอดเรื้อรัง เป็นหอบหืด นอกจากนี้ในเด็กคลอดก่อนกำหนดยังพบปัญหาเกี่ยวกับระบบการไหลเวียนของเลือด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจเกิน (Patent Ductus Arteriosus หรือ PDA) เกิดจากการเปิดของเส้นเลือดหลัก 2 เส้นที่หัวใจ ซึ่งควรจะปิดลงหลังทารกคลอดทำให้มีเลือดสูบฉีดผ่านปอดเป็นจำนวนมาก และอาจส่งผลให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอดและหัวใจล้มเหลวได้ในอนาคต ปัญหาการติดเชื้อทารกคลอดก่อนกำหนดจะสามารถติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากทารกมีระบบภูมิคุ้มกันที่ยังพัฒนาได้ไม่เต็มที่ ได้รับสารภูมิคุ้มกันหรือแอนติบอดี (Antibody) จากมารดาในปริมาณเล็กน้อยหน้าที่กำจัดสิ่งแปลกปลอมที่เข้ามาในร่างกายจึงได้ไม่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหลอดลมเล็ก (Bronchiole) และถุงลม (Alveoli) อักเสบ ทำให้มีการสร้างสิ่งคัดหลั่ง ออกมาในปริมาณมาก และมีการหดตัวของหลอดลมเนื่องจากการบวมของเยื่อหลอดลมและทางเดินหายใจต่างๆ ส่งผลให้เด็กมีอาการหอบ เหนื่อย หายใจลำบาก และอาจทำให้ปอดอักเสบติดเชื้อ โดยเฉพาะในเด็กเล็กจะมีอาการปอดบวม ถ้าเป็นมากขึ้นจะมีอาการหายใจล้มเหลวได้ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคที่รุนแรงได้แก่ ทารกที่คลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ น้อยกว่า 29 สัปดาห์ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยเฉพาะเด็กที่เป็นโรคปอดหรือหัวใจพิการแต่กำเนิดและเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 เดือน (ฉันทวีร์ ภูธนกิจ, 2560)

2) *ปัจจัยภายนอก* โรคอาร์เอสวีพบมาก และเจริญเติบโตได้ดีในช่วงที่มีอากาศเปลี่ยนแปลง ประเทศแถบตะวันตกมักระบาดในฤดูหนาว ฤดูใบไม้ผลิ หน้าหนาว ช่างเดือน กันยายน ถึงเดือน พฤศจิกายน (Azzari et al., 2021) ในประเทศไทยพบได้ตลอดปี แต่จะพบมากในช่วงฤดูฝน ระหว่าง เดือนกรกฎาคม – พฤศจิกายน ระบาดมากเดือน กรกฎาคมและเดือนสิงหาคม อาการรุนแรง

มากในเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ และเด็กกลุ่มเสี่ยง ไม่ค่อยมีอาการรุนแรงในเด็กโตและผู้ใหญ่ มีอาการคล้ายคลึงกับไข้หวัด (ไอลดฯ ทองปาน และยง ภู่วรรณ, 2561)

**1.3.2 สาเหตุ** เชื้ออาร์เอสวีเกิดจากการติดเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง ตั้งแต่ทางเดินหายใจส่วนบนจนถึงทางเดินหายใจส่วนล่าง โดยติดต่อทางเดินหายใจ หรือสัมผัสสารคัดหลั่ง จากน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ เป็นต้น และมีระยะฟักตัวของโรคประมาณ 2-7 วัน (ธัญวีร์ ภูธนกิจ, 2560)

#### 1.4 อาการและอาการแสดง

เชื้ออาร์เอสวี เป็นเด็กเล็กอาการคล้ายหวัด เมื่อได้รับเชื้อระยะฟักตัว ประมาณ 4-6 วัน ระยะเวลาในการติดเชื้อ 5-12 วัน (น้ำทิพย์ เหนียงจิตต์, 2561) อาการป่วยจะคล้ายไข้หวัดธรรมดา คือ ไข้ต่ำ ไอ จาม คัดจมูก น้ำมูกใส เด็กบางคนอาจเกิดกล่องเสียงอักเสบ เมื่อการดำเนินโรคของทางเดินหายใจส่วนล่างมีมากขึ้น จะทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบหายใจมีเสียง Wheezing โรคปอดบวมหรือปอดอักเสบ หายใจลำบากมี grunting จุกบวม กระบังลมยกสูงเวลาหายใจ ต้องช่วยหายใจ ในเด็กเล็กหยุดหายใจ (Dawson-Caswell & Muncie, 2011)

ระยะแรกมักมีอาการคล้ายไข้หวัดธรรมดา มีอาการ น้ำมูกจะใส ต่อมาจะชุ่มๆ ประกอบด้วยเยื่อที่หลุดออกมา และเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิล อาการกระสับกระส่ายร้องกวน ต่อมาจะมีไข้ พบว่าหลังรับเชื้ออาร์เอสวีสามารถแสดงอาการได้เร็วที่สุดหลังติดเชื้อ 2 วัน ผู้ใหญ่หรือเด็กโตที่แข็งแรง อาการมักไม่รุนแรงและหายได้เอง (พรอำภา บรรจงมณี, อมรรัตน์ โรจน์จรัสไพศาล และอัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์, 2559)

ปัจจัยที่ทำให้มีอาการรุนแรงมากในเด็กเล็กโดยเฉพาะในเด็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปี และเด็กที่คลอดก่อน ก่อนอายุครรภ์ 35 สัปดาห์ กำหนด มีโรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง ภูมิคุ้มบกพร่อง ภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นต้น โรคระบบประสาท กล้ามเนื้อเด็กที่ติดเชื้อครั้งแรกพบร้อยละ 20-30 มีอาการระบบทางเดินหายใจส่วนล่างได้แก่ หลอดลมใหญ่อักเสบ หลอดลมฝอยอักเสบและปอดอักเสบตามมา เมื่อการดำเนินโรคของทางเดินหายใจส่วนล่างมีมากขึ้นรุนแรงมากขึ้นปอดอักเสบ (ไข้ ไอ หอบ) โดยเด็กแสดงอาการมีไข้สูง ไอแรง หอบเหนื่อย หายใจมีเสียง (Wheez) หืดหิว หรือเสียงครืดคราดในลำคอ บางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนเช่น หูอักเสบ ไชนิส หรือปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน ซึ่งจะมีอาการรุนแรงมากขึ้นได้ (ไอลดฯ ทองปาน และยง ภู่วรรณ, 2561)

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี ติดต่อดี้ง่าย จากการไอ จาม สัมผัสเสมหะ ในระยะ 3 พุ่ต การป้องกันที่ดีที่สุดคือการล้างมือ แยกสิ่งของเครื่องใช้ แยกคนป่วย ทำความสะอาดอุปกรณ์ ของใช้ เช่น ใ้ผ้าจุ่มก ป้องกันการติดต่อในเด็กเล็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปี และเด็กกลุ่มเสี่ยง เพราะเด็กเหล่านี้มีภูมิคุ้มกันต่ำทำให้เมื่อติดเชื้ออาร์เอสวีแล้วจะทำให้มีอาการที่รุนแรงและเกิด

ภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ง่าย ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกัน (ไอรดา ทองปาน และยง ภู่วรรณ, 2561) มีทางเดียวคือการป้องกันโรคเท่านั้น

ดังนั้นความรู้ ทักษะ และการดูแลจากผู้ดูแลมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไม่ให้เชื้อไปสู่เด็กอื่นและผู้สูงอายุในบ้าน

## 1.5 การวินิจฉัยและการบำบัดรักษา

**1.5.1 การวินิจฉัย** การตรวจเอ็กซเรย์ปอดในเด็กวินิจฉัยว่าเป็นหลอดลมฝอยอักเสบ (bronchiolitis)

### 1.5.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การหาเชื้อไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูงและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันคือ การตรวจจาก nasal swab หรือ nasopharyngeal aspirate โดยการตรวจ rapid antigen detection เทคนิค immune-chromatography หรือ การตรวจด้วย reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR) ซึ่งการตรวจ RSV rapid antigen detection ในเด็กความไวสูงประมาณ ร้อยละ 80-90 ความจำเพาะสูง และใช้เวลาไม่นานมาก แต่อย่างไรก็ตามการส่งตรวจ PCR มีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง ในทางปฏิบัติจึงมีการส่งตรวจ PCR เพื่อการวิจัยทางการแพทย์ หรือในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง หรือมีข้อบ่งชี้เท่านั้น นอกจากนี้ควรประเมินว่าผู้ป่วยมีลักษณะของ asthma predictive index หรือไม่ เช่น ประวัติของโรคหอบหืดในครอบครัว ตรวจร่างกายดูลักษณะของ allergic rhinitis หรือ atopic dermatitis อาจดู CBC เพื่อดู eosinophil ที่สูงขึ้น (ธัญวีร์ ภูธนกิจ, 2560)

### 1.5.3 แนวทางการบำบัดรักษา

การรักษาเด็กติดเชื้ออาร์เอสวีในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่นโรคหลอดลมฝอยอักเสบหรือปอดบวม (Pneumonia) เน้นการรักษาตามอาการ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น หูชั้นกลางอักเสบ และปอดบวมจากเชื้อแบคทีเรีย หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน หรือมีอาการหอบให้ออกซิเจน พ่นยาขยายหลอดลมในประเทศไทย ไม่มียารักษาเฉพาะ มีเพียงการรักษาตามอาการ ทานยาแก้ไอ ยาละลายเสมหะ ยาลดไข้ ในเด็กบางรายที่มีเสมหะเหนียวมาก ต้องทำการพ่นยาขยายหลอดลมล้างจมูกด้วยน้ำเกลือ นอนโรงพยาบาลเมื่อมีไข้สูง เมื่อหลอดลมและถุงลมฝอยของเด็กจะมีการอักเสบ ปอดมีเสียงผิดปกติหายใจหอบเหนื่อยต้องให้ออกซิเจนละอองฝอย เคาะปอดและดูดเสมหะ ถ้าระบบทางเดินหายใจอาการรุนแรงมากขึ้นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และมีเชื้อแบคทีเรียเข้ามาแทรกซ้อนต้องให้ยาปฏิชีวนะนาน 3-7 วัน ตามอาการ (ธัญวีร์ ภูธนกิจ, 2560) เป็นที่ทราบกันว่าโรคนี้อย่างไม่มีวัคซีนป้องกัน ดังนั้นวิธีการสำคัญที่สุดคือการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อ

ในต่างประเทศจะให้ความสำคัญกับการติดเชื้ออาร์เอสวีเนื่องจากรุนแรงทำให้เกิดปอดอักเสบโดยเฉพาะในเด็กเล็กที่มีอายุขวบปีแรก ได้มีการพัฒนาวัคซีนเพื่อป้องกัน แบ่งเป็น 3 แนวทาง

- 1) Maternal Immunization ในหญิงตั้งครรภ์ในเพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกันให้ไตรมาสแรก อายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีภูมิคุ้มกันโรคที่สูงขึ้นให้ผ่านทางรกสู่เด็กในครรภ์ป้องกันได้ในช่วงอายุ 3 เดือนแรกเป็นการศึกษาในระยะที่ 3 พบว่าป้องกันได้ดี วัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกัน เชื้ออาร์เอสวีที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างหรือปอดอักเสบ ได้ร้อยละ 39 ซึ่งยังต้องวิจัยพัฒนาเพิ่มเติมเนื่องจากองค์การอนามัยโลกตั้งเกณฑ์ไว้ว่าวัคซีนควรมีประสิทธิภาพต้อง ร้อยละ 70 ขึ้นไป และยังมีอีกหลายชนิดที่กำลังทดลองทางคลินิก ในระยะ 2-3
- 2) การให้วัคซีนในเด็ก (Pediatric immunization) เป็นการให้วัคซีนช่วง ขวบปีแรกในเด็ก เป็นการวิจัยทางคลินิกในระยะที่ 2 โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 เข็ม ห่างกัน 1 เดือน อยู่ระหว่างการติดตามประสิทธิภาพในเด็กอายุ 6-24 เดือน และ
- 3) RSV Antibody เป็นการให้ passive antibody ในประเทศพัฒนาแล้วมีการใช้ Palivizumab ในการป้องกันการติดเชื้ออาร์เอสวีสำหรับเด็กกลุ่มเสี่ยง เช่น คลอดก่อนกำหนด หรือโรคหัวใจ แต่มีข้อจำกัดเรื่อง การให้เดือนละครั้ง และเรื่องค่าใช้จ่ายสูง และกำลังพัฒนา Extended half-life RSV Ab โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อเพียงครั้งเดียว มีอายุประมาณ 5-6 เดือนใช้ฉีด ช่วงที่มีการระบาด (ธันวาวีร์ ภูวนกิจ, 2562) ให้ยาต้านไวรัส ดูดเสมหะ ล้างจมูก ให้สารน้ำ ให้ออกซิเจน ให้ยาขยายหลอดลม(Dawson-Caswell, M. & Muncie, H. L. Jr., 2011)

## ตอนที่ 2 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Isolate precaution) การแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่คนอื่นได้มากกว่า 1 วิธี ใดความจำเป็นต้องให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อสามารถป้องกันตนเองและผู้อื่นได้ การแพร่กระจายเชื้อมี 2 วิธี (สถาบันบำราศนราดูร: คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, 2556) คือ

1. การแพร่กระจายโดยการสัมผัส มีทั้งทางตรงและทางอ้อม สิ่งคัดหลั่ง เช่น เสมหะ การไอ จามใส่กัน
2. การแพร่กระจายโดยละอองฝอย น้ำมูก น้ำลาย เชื้ออาร์เอสวีเป็นโรคของระบบทางเดินหายใจที่มีอาการคล้ายไข้หวัด เป็นแล้วเป็นซ้ำได้อีก ติดต่อกันจากการ ไอ จาม การสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง ในเด็กเล็กเป็นอาร์เอสวีจะมีอาการที่รุนแรงหายใจลำบากเกิดหลอดลมฝอยอักเสบ ปอดอักเสบ ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดประกอบด้วย 3 ประการได้แก่



## 2.1 หลักการและแนวทางการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีนานาชาติ

สถานการณ์ปัจจุบันโลก และสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงมากมายที่เกิดขึ้น และเชื้อโรคต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอด พบโรคติดต่อใหม่ๆ และโรคเก่าที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี เป็นโรคติดต่อที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ ส่วนโรคที่มีอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่ ถึงแม้จะมีวัคซีนป้องกันแล้วก็ตามแต่ในขณะเดียวกัน ยังมีไข้หวัดสายพันธุ์ที่ยังไม่มีวัคซีนป้องกัน และยารักษาโรค และเมื่อในเด็กเล็กเป็น อากาศจะรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้คือ โรคไวรัสชนิดอาร์เอสวีมักมาพร้อมกับสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีเป็นแนวทางเดียวที่จะป้องกันการเกิดโรคในเด็กเล็กได้ การป้องกันประกอบไปด้วย การป้องกันระดับโลก ของ World Health Organization (WHO, 2018) แนวทางการป้องกันแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2019) และแนวทางการป้องกันของ American Academy of Pediatrics (AAP, 2014) ดังนี้

**2.1.1 หลักการ หลักการขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018)** ส่งเสริมการผลิตวัคซีนที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพแต่ยังไม่ประสบความสำเร็จ กล่าวคือ องค์การอนามัยโลกจัดการประชุมกรุงเจนีวา รายงานการประชุม ว่าการทดลองใช้วัคซีนในเด็กกลุ่มเสี่ยง และการให้ภูมิต้านทานในหญิงตั้งครรภ์ การวิจัยอยู่ในระยะที่ 3 หากมีความสำเร็จการประกาศนโยบายคงต้องดูเรื่องการคุ้มทุนในการใช้วัคซีนต่อไป (Giersing et al., 2019) และองค์การอนามัยโลกจัดทำโครงการนำร่องสร้างกลยุทธ์การเฝ้าระวัง RSV ที่มั่นคงด้วยมาตรฐานที่อิงตามหลักฐานและกลไกการทดสอบสำหรับการเฝ้าระวังโรคอาร์เอสวีตาม Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS) เป็นระบบการเฝ้าระวังและตอบสนองไข้หวัดใหญ่ทั่วโลก การขยายระยะเวลา 3 ปี (พ.ย. 2561 - ต.ค. 2564) มีวัตถุประสงค์เพื่อรวมความสำเร็จของการลงทุนดั้งเดิมและเสนอให้เน้นการป้องกันโรคอาร์เอสวีเฝ้าระวังเฟส - II (2019-2021) มีวัตถุประสงค์ให้เฝ้าระวังในทารกและเด็กเล็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปี มุ่งเน้นที่อาการรุนแรงต้องนอนโรงพยาบาล เพิ่มความเข้าใจที่แข็งแกร่งของฤดูกาลกลุ่มความเสี่ยงและโรคที่รุนแรงต้องนอนโรงพยาบาลที่เป็นอาร์เอสวี โดยมีตัวแทนภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก เพิ่มประสิทธิภาพการตรวจสอบ ทางห้องปฏิบัติการในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ช่วงที่มีการระบาดตามฤดูกาล เดือนที่หนาว 5-35 สัปดาห์ และช่วงหน้าฝน ให้เก็บข้อมูลลงในแบบฟอร์ม ที่ อาร์เอสวีสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาล กลุ่มอายุที่ป่วย การนอน ไอ ซี ยู อัตราการตาย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาเฟส - II (WHO, 2018) พัฒนามาตรฐานการตรวจโรคอาร์เอสวี จัดตั้งโปรแกรมคุณภาพภายนอกสำหรับติดตามอาร์เอสวี และทำความเข้าใจเกี่ยวกับฤดูกาลทั่วโลก และแนะนำการป้องกันใช้หลัก Standard precaution, Hand Hygiene, Respiratory hygiene and cough etiquette และใช้ droplet

precaution, contact precaution (สถาบันบำราศนราดูร: คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, 2556)

**2.1.2 การป้องกันแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2019)** สำหรับการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ใช้หัตถ์อาร์เอสวีป้องกันโดยระวังการไอ จาม ไม่นำมือมา สัมผัส ให้ตระหนักในเรื่อง การล้างมืออย่างน้อย 20 วินาที ในเด็กและผู้ใหญ่ เวลา ไอจาม ไอจามไต้รักแร้ ไม่นำมือมาสัมผัสใบหน้าและควรไปล้างมือ ระวัง นำมือจับ สัมผัสบริเวณใบหน้าโดยไม่ล้างมือ ให้ทำความสะอาดใช้ของร่วมกัน พื้นผิวที่จับประตู หยุดอยู่ บ้านเมื่อป่วย ระยะทางในการติดต่อ การแพร่กระจายเชื้อจากละอองฝอยเป็นต้น

การดูแลเพื่อการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรค (Centers for disease and prevention CDC, 2019) การควบคุมการติดเชื้อการดูแลสุขภาพจากการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายของการติดเชื้อจากผู้ป่วยไปยังผู้ป่วยมี หรือจัดผู้ป่วยประเภทเดียวกันไว้ด้วยกัน ประกอบด้วย

1) การแยกผู้ป่วย Isolation precaution หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันมิให้ เชื้อจุลชีพจากผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหรือมีเชื้อแต่ยังไม่มีการ (Carrier หรือ Colonize) แพร่ไปสู่ผู้อื่นหรือ ญาติ มีความจำเป็นต้องแยกผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น กรณีนอนห้องรวมกับโรคอื่นต้องจัดเตียง ระยะห่างมากกว่า 3 ฟุต และให้มีการระบายอากาศ ถ่ายเทที่ดีสู่ภายนอกอาคาร ดังนี้

(1) การป้องกันทั่วไป (Standard Precautions) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อ โดยมุ่งเน้นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จากเลือด สารคัดหลั่ง เยื่อเมือก รวมถึงชิ้น เนื้อทางห้องปฏิบัติการด้วย

(ก) การทำความสะอาดมืออย่างถูกต้อง

(ข) การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายให้เหมาะสม

(ค) การป้องกันการฟุ้งกระจาย

(ง) จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย

(2) การป้องกันตามวิธีการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี (Transmission- base precaution) หมายถึงการดูแลผู้ป่วยมีวิธีการแพร่กระจายเชื้อ 2 วิธี คือ

วิธีที่ 1 การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อ โดยละอองฝอย (droplet precaution) เป็นมาตรการเสริมสำหรับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทางละอองฝอยเสมหะขนาดใหญ่กว่า 5 ไมครอน น้ำมูก น้ำลาย ที่เกิดจาก ไอ จาม รดกัน รักษา ระยะห่างอย่างน้อย 3 ฟุต เชื้อจะเข้าสู่ร่างกายทางจมูก และเยื่อตาหรือผิวหนัง

(1) สำหรับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่แยกผู้ป่วย แยกห้องผู้ป่วย กรณีห้องไม่พอ จัดเตียงระยะห่าง 3 ฟุต ใช้อุปกรณ์เฉพาะราย ให้ใส่ผ้าปิดปาก จมูก ตลอดเวลา

วิธีที่ 2 การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส (Contact precaution) มาตรการเสริมสำหรับผู้ป่วยที่แพร่กระจายโดยการสัมผัสโดยตรง (direct contact) เช่น การสัมผัสแผล สิ่งคัดหลั่งโดยตรง หรือติดต่อโดยการสัมผัสทางอ้อม (Indirect contact) เช่น การสัมผัสเครื่องมือ ปนเปื้อน

**2.1.3 แนวทางการป้องกันของ American Academy of Pediatrics (AAP, 2014)** การให้ palivizumap รักษาโรคอาร์เอสวีให้เพื่อป้องกันตามฤดูกาลให้กับเด็กที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงมาก อาจทำให้ตายจากการติดเชื้ออาร์เอสวีที่นอนโรงพยาบาลและประสิทธิผลของยาเพื่อป้องกันการหายใจมีเสียง Wheezing palivizumap เป็นยากระตุ้นภูมิคุ้มกันในร่างกายได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของอเมริกา (US Food and Drug Administration:FDA) ให้ทดลองใช้ในเด็กที่เป็นอาร์เอสวี ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เดือนละครั้งนานเป็นเวลา 5 เดือน ใช้ในเด็กกลุ่มเสี่ยงต่างๆที่เป็นโรคอาร์เอสวี เช่น เด็กคลอดก่อนกำหนด เด็กเป็นโรคหัวใจ เด็กเป็นโรคปอดแต่กำเนิด เด็กที่เป็นโรคผิดปกติทางพันธุกรรม จะเห็นได้ว่า palivizumap มีราคาแพงเมื่อต้องใช้ในเด็กที่นอนโรงพยาบาลควร ใช้กับเด็กบางกลุ่มเท่านั้น มาตรการการควบคุมที่ดี ในการป้องกันในเด็กคือ การให้ความรู้ พ่อแม่ ผู้ดูแล เห็นคุณค่าการป้องกันเกี่ยวกับความสำคัญของการลดการสัมผัส และการแพร่กระจายของโรคอาร์เอสวี รวมถึงการไปสถานที่ที่มีการติดต่อได้ง่ายเช่น สถานรับเลี้ยงเด็กและเน้นเรื่องการล้างมือทั้งที่บ้านและห้องเด็กวิฤต และช่วงที่มีการสัมผัสเด็กที่ป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ สิ่งสำคัญสำหรับเด็กต้องทานนมมารดาหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ และผู้สูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามต้องตระหนักถึงการป้องกันโรค เพื่อให้เด็กมีสุขภาพชีวิตที่ดี

## 2.2 หลักการและแนวทางการป้องกันระดับชาติ

โรคอาร์เอสวีมีความรุนแรงและจำเป็นในการดูแลเพื่อการป้องกัน มีการจัดประชุมนานาชาติเรื่อง WHO Meeting of Review of the RSV Surveillance Pilot Based on the Global Influenza Surveillance and Response System ซึ่งจัดโดยองค์การอนามัยโลก ว่าปัญหาการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ด้วยโรคปอดบวมจากการติดเชื้อ RSV มีความรุนแรง องค์การอนามัยโลก (WHO) ประมาณการว่า เชื้อ RSV คร่าชีวิตเด็กทั่วโลกถึงปีละ 160,000 ราย โดยมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก ติดเชื้อไวรัสดังกล่าว 33.8 ล้านคน ในจำนวนนี้ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลถึง 3.4 ล้านคน แต่หลายประเทศ ยังขาดข้อมูลที่แสดงถึงผลกระทบที่เกิดจากโรคนี้อุบัติการณ์ระบาดของโรค และกลุ่มเสี่ยงในช่วงอายุต่างๆ ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ การเฝ้าระวังโรคจากการติดเชื้อจาก RSV มีความสำคัญที่แต่ละประเทศ จะได้นำข้อมูลมาใช้ในการกำหนดนโยบาย และมาตรการในการ

ควบคุม ป้องกันโรค ตลอดจนการบริหารวัคซีนที่อาจนำมาใช้ได้ในอนาคต จึงได้จัดตั้งโครงการ The RSV Surveillance Pilot ขึ้นมา และขอความร่วมมือจากกระทรวงสาธารณสุขไทย ที่มีระบบเฝ้าระวังโรคที่มีความเข้มแข็ง ซึ่งดำเนินการโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมควบคุมโรคและศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (TUC) (สุขุม กาญจนพิมาย, 2561) ประกอบด้วย

**2.2.1 แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก การควบคุมการติดเชื้อ Infection Control (IC)** คือมาตรการในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อโดยมีเป้าหมายในการลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ ในสถานที่ ที่มีคนหนาแน่น ตามโรงพยาบาล โรงเรียน สถานรับเลี้ยงเด็ก เน้นการป้องกันระบบทางเดินหายใจ (ไอลดตา ท้องปาน และยง ภู่วรรณ, 2561) ในเด็กเล็ก การควบคุมการติดเชื้อแตกต่างจากผู้ใหญ่เนื่องจากเด็กมีปัจจัยภายในและภายนอกที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่นภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สมบูรณ์และเด็กมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น การคลาน การเดิน การเอาสิ่งของเข้าปาก การใช้ของเล่นร่วมกันลักษณะทางกายวิภาคต่างจากผู้ใหญ่ (วรมันต์ ไวดาบ, 2560)

**แนวทางการป้องกันการติดเชื้อในเด็กที่สำคัญ** (วรมันต์ ไวดาบ, 2560) สรุปได้ดังนี้

1. มาตรการในการแยกผู้ป่วยเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ (Isolation precaution) Hand hygiene การทำความสะอาดมืออย่างถูกวิธีครบ ขั้นตอน 7 ขั้นตอน (5 moments for hand hygiene) เป็นมาตรการที่ง่ายและมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
2. มาตรการและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อโรคที่พบบ่อยในเด็ก
  - 1) เด็กมีความจำเพาะในการเกิดโรค บางครั้งโรคเกิดนอกโรงพยาบาล แต่เกิดระบาดในโรงพยาบาล เพราะขาดความตระหนักในบุคลากรและผู้ดูแล เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อระบบทางเดินอาหารการเฝ้าระวังติดเชื้อทางเดินหายใจโดยเฉพาะหลอดลมฝอยอักเสบปอดอักเสบในทารกและเด็กเล็กที่เชื้อก่อโรคเป็นโรคอาร์เอสวีใช้ขวดใหญ่สายพันธุ์ต่างๆ แพร่กระจายโดยการสัมผัส (contact) และการไอจาม (droplet)
3. มาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากสิ่งแวดล้อม
  - 1) ของเล่นพบความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ enterovirus ในเด็กเล็กให้ล้างมือหรือทำความสะอาดที่เหมาะสม
  - 2) สถานพยาบาลที่มีผู้ป่วยหนาแน่น เช่น ห้องตรวจกุมาร มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อทางเดินหายใจกลุ่มไวรัส เช่น อาร์เอสวี หัด สุกใส และเชื้อระบบทางเดินอาหาร rotavirus, enterovirus ต้องแยกประเภทผู้ป่วยออกจากกัน

3) การเยี่ยม มีความสัมพันธ์กับการแพร่กระจายเชื้อระหว่างชุมชนแลโรงพยาบาล ปัญหาคือความเสี่ยงในการติด และจำนวนคนที่เข้าเยี่ยม และบางคนมีเด็กมาเยี่ยมอาจเป็นผู้รับเชื้อหรือแพร่กระจายเชื้อได้

การควบคุมการติดเชื้อในเด็กต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจธรรมชาติและพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กตามอายุและนำมาสร้างแนวทางการดูแลเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ลดค่าใช้จ่าย และความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยเด็ก

โดยทั่วไป เน้นลดการสัมผัสโรค โดยเฉพาะในสถานรับเลี้ยงเด็กและในโรงพยาบาล ควรมีการแยกเด็ก งดการเข้าเยี่ยมเน้นการล้างมือก่อน และหลังสัมผัสผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมรอบตัว เจ้าหน้าที่ใส่อุปกรณ์ป้องกัน กาวน์ ถุงมือ หน้ากากอนามัย

### 2.2.2 กรมควบคุมโรคมีการป้องกันและควบคุมโรคตามแนวทางการดูแลการป้องกัน

**การแพร่กระจายเชื้อ** (กรมควบคุมโรค: แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ 2560-2564, 2559) ดังนี้

1) การป้องกันโรค (Prevention) การป้องกันโรคหมายถึง มาตรการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการก่อนการเกิดโรคภัยเพื่อไม่ให้เกิดโรค

2) การควบคุมโรค (Control) การควบคุมโรคหมายถึงมาตรการและกิจกรรมที่ดำเนินการหลังจากที่เกิดโรคหรือภัย โดยมีวัตถุประสงค์ที่ให้โรคหรือภัยสงบโดยเร็ว ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและความเป็นอยู่ โดยมี 3 ช่วงวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน ดังนี้ Primary Prevention ส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน ส่งเสริมให้ร่างกายมีการต้านทานโรคและส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม Secondary Prevention เป็นการป้องกันระยะที่ไม่เกิดขึ้นแล้ว วัตถุประสงค์ระงับการดำเนินการของโรค ป้องกันการแพร่ระบาดเชื้อและระบาดโรคไปยังบุคคลอื่น Tertiary Prevention มีวัตถุประสงค์เพื่อ ป้องกันความสูญเสียจากโรค เช่น ป้องกันความพิการ หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของ

**แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของกรมควบคุมโรค** (กรมควบคุมโรค, 2563) สำหรับประชาชนและผู้ป่วย ดังนี้

#### สำหรับประชาชน

- 1) หมั่นล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร
- 2) หลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อผู้ป่วยไข้หวัดหรือปอดอักเสบโดยเฉพาะในเด็กที่คลอดก่อนกำหนดและทารกในช่วงอายุ 1-2 เดือน
- 3) ไม่ควรใช้มือที่ไม่สะอาดป้ายจมูกหรือตา

- 4) หลีกเลี่ยงการใช้แก้วน้ำร่วมกันโดยเฉพาะที่ผู้ป่วยใช้
- 5) ทำความสะอาดของเล่นเด็กเป็นประจำโดยเฉพาะพบว่าเด็กป่วยมาเล่น

### สำหรับผู้ป่วย

- 1) หากมีอาการป่วยควรหยุดพักและปิดปากปิดจมูกเมื่อ ไอ จาม ทำความสะอาดบ้าน อยู่เสมอ
- 2) ควรดื่มน้ำมากๆ เพราะน้ำจะทำให้สารคัดหลั่งเช่นน้ำมูก เสมหะ ไม่เหนียว ไม่ขัดขวางการทำงานของระบบทางเดินหายใจ
- 3) อาการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีจะดีขึ้นในเด็กโตและผู้ใหญ่ หากไม่ดีขึ้นให้รีบมาพบแพทย์ใช้แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจมาบูรณาการมาใช้กับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเด็กเข้ามารับบริการ

### 2.3 หลักการและแนวทางการป้องกันของสถาบันบาราศนราดรุร

โรงพยาบาลบาราศนราดรุร ถูกปรับเปลี่ยนโครงสร้างส่วนราชการตามพระราชบัญญัตินี้ มาเป็น "สถาบันบาราศนราดรุร" สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2545 สถาบันบาราศนราดรุรเป็นสถาบันด้านโรคติดต่อ ก่อสร้างเมื่อปี พ.ศ. 2502 โดยพระยาบาราศนราดรุรเป็นผู้ก่อตั้ง เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ ณ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ใกล้โรงพยาบาลโรคทรวงอก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า สถาบันบาราศนราดรุร เป็นสถาบันต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อทั้งในและต่างประเทศ เป็นสถาบันขนาด 300 เตียง มีแพทย์อายุรกรรม แพทย์ระบบทางเดินอาหาร แพทย์ศัลยศาสตร์ทั่วไป แพทย์กุมารเวชกรรม ไม่มีแพทย์ศัลยศาสตร์เฉพาะทาง ถ้ามีผู้ป่วยมีโรคดังกล่าวรีบส่งต่อโรงเรียนแพทย์ที่มีศักยภาพที่สูงกว่า รับผู้ป่วยเบิกได้ตามระเบียบราชการ รัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม มีแพทย์ทางด้านโรคติดต่อผู้ใหญ่ 5 ท่าน และแพทย์เฉพาะทาง โรคติดต่อในเด็ก 3 ท่าน ในที่นี้จะกล่าวถึงแพทย์ด้านโรคติดต่อในเด็ก เปิดให้บริการทั้งป่วยใน และผู้ป่วยนอก

**หลักการ** จากสถานการณ์การที่ผ่านมามีเกิดโรคอาร์เอสวีในเด็ก การดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำนวนมากเป็นระยะ ในเด็กที่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องรับไว้รักษาที่สถาบันในขณะเดียวกันเด็กที่มีการไม่รุนแรง จะให้กลับไปสังเกตอาการต่อที่บ้าน ในเด็กป่วยเหล่านี้มีโอกาสแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี หากผู้ดูแลไม่ทราบวิธีดูแลเพื่อการป้องกัน เช่นใส่ผ้าปิดจมูก การล้างมือ การแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี ที่เกิดจากการสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง การไอ จามรดกัน การใช้ของร่วมกัน เช่นของเล่นหรือของใช้ในบ้านอื่นๆร่วมกันจะเห็นว่ามีโอกาส เกิดการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีไปยังเด็กอื่น เด็กกลุ่มเสี่ยงหรือในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 2 ปี เมื่อเด็กเหล่านี้ได้รับเชื้อจะมีอาการที่รุนแรงต่อระบบทางเดินหายใจ

**แนวทางการป้องกัน** สถาบันบำราศนราดูรการดูแลคนไข้เด็กที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจให้การดูแลตามแนวทางของโรค MERS – Co V (Middle East Respiratory Syndrome) สถาบันบำราศนราดูร ( 2557) มีเพียงแนวทางปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจทั่วไปเท่านั้น แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การดูแลที่ชัดเจน และเหมาะสมกับโรคอาร์เอสวีในการดูแลป้องกัน และการควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีโดยเฉพาะ

ดังนั้น จึงควรมีการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ที่เหมาะสม ตั้งแต่เข้ารับบริการ จนถึงสิ้นสุดกระบวนการดูแลรักษา

### ตอนที่ 3 การจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าแนวคิดเพื่อมาจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กพบว่า มีทฤษฎีที่เหมาะสมคือทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว The individual and family self-management : IFSMT ไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009) มาบูรณาการร่วมกับแนวทางการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระบบทางเดินหายใจของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ Center for Disease Control and prevention (CDC, 2019) และแนวทางการดูแลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Hospital and Healthcare Standard (HA, 2018) การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี ในเด็กเล็กที่ใช้เป็นมาตรฐานและแนวปฏิบัติ สำหรับทีมสุขภาพได้แก่ แพทย์ พยาบาล เพื่อให้ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริงเกี่ยวข้องกับการพยาบาล

**3.1 แนวคิดทฤษฎีการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการป้องกันความเสี่ยง**  
การจัดการดูแล หมายถึง การให้บุคคลเข้ามาทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกันของการดูแล ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การจัดการองค์กร การสรรบุคคลากรการนำหรือสั่งการ และการควบคุมองค์กร หรือความพยายามที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ร่วม เพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและ ครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง

สมาน อัครภูมิ (2561) ความเสี่ยง (Risk) คือสิ่งที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ คาดไม่ถึง แผนที่ยาวไว้ไม่ครอบคลุม ไม่ชัดเจน สิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นโดยไม่โดยไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อวัตถุประสงค์ ต้องการทางป้องกัน หรือแก้ไขให้ทันเวลา ความเสี่ยงอาจจะไม่เกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นได้น้อย

ชุดข้อย วัฒนธรรม(2558) การบริหารจัดการดูแล (self - care management) แนวคิดการจัดการตนเองหมายถึง การเฝ้าระวังและการจัดการกับอาการ และการปฏิบัติตามแผนการรักษาและจัดการผลกระทบการเจ็บป่วย เพื่อการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาวะที่ดี เรียนรู้ทางสังคม มีความเชื่อว่าการเรียนรู้ด้วยการเสริมพลังจะช่วยให้ แก้ปัญหาโรคสุขภาพได้ ทำชีวิตที่ดีขึ้น การป้องกันปัญหาในการควบคุมโรค ต้องเตรียมตัวให้เข้าใจกับโรคที่เป็นอยู่ วิธีการดูแลวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย และมีการจัดการตนเองในการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการป้องกันโรค

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการจัดการดูแลตนเอง และการจัดการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในครอบครัว โดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการดูแล ต้องมีความเข้าใจเรื่องโรค การดำเนินของโรค การป้องกันโรค ดังนั้นการให้ความรู้ การฝึกทักษะการจัดการตนเองจะช่วยในเรื่องการควบคุมโรค และการดูแลการเจ็บป่วยจะช่วยให้สามารถกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

ผู้วิจัยได้ศึกษาคนคว่ำหาทฤษฎีที่เหมาะสมเพื่อใช้ในการดูแลเด็กป่วยเพราะเด็กไม่สามารถจัดการดูแลตนเองได้ต้องมีผู้ดูแล เพื่อจัดการอาการของโรค การป้องกันโรคการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน การป้องกันโรคที่ถูกต้องช่วยลดอาการแทรกซ้อนจากโรคได้ ทำให้เด็กมีสุขภาพดีเจริญเติบโตตามวัย จึงได้เลือกใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The individual and family self-management : IFSMT) ของไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009) มาบูรณาการร่วมกับแนวทางการดูแลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ตามแนวทางของศูนย์ควบคุม และป้องกันโรค Center for Disease Control and prevention (CDC, 2019) และแนวทางการดูแลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Hospital and Healthcare Standard (HA, 2018) และนำแนวคิดการจัดการดูแลทั้ง 3 แนวคิด มาเป็นกรอบ เพื่อประยุกต์ใช้การจัดการภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ในการสร้างรูปแบบการจัดการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ดังนี้

### 3.2 แนวคิดทฤษฎีการจัดการดูแลของงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีการดูแลที่เหมาะสมใช้ในการดูแลเด็กป่วยเพื่อการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองเด็กเล็กมีความสำคัญในการทำกิจกรรม การดูแล การป้องกันโรค เพราะเด็กเล็กไม่สามารถดูแลตนเองหรือทำกิจกรรมเองได้ทั้งหมด ดังนั้นการเลือกใช้ทฤษฎีการดูแลเด็กป่วยที่เหมาะสม 3 แนวคิดมาบูรณาการร่วมกันได้แก่ 1) การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The individual and family self-management : IFSMT) ของ ไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009) ร่วมกับ 2) แนวทางการดูแลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2019) เป็นแนวทางการดูแลเพื่อ



ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระบบทางเดินหายใจสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแล และ3) แนวทางการดูแลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Hospital and Healthcare Standard (HA, 2018) ตามลำดับดังนี้

### 3.2.1 ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The individual and family self-management : IFSMT) ของไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009) ดังภาพ 2.1

บริบทของความเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน	กระบวนการจัดการดูแล	ผลลัพธ์ของการจัดการดูแล
<p>(1) ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคอาร์เอสวี อาการ ความรุนแรง การดำเนินการของโรค การแพร่กระจายเชื้อโรคอาร์เอสวี และการกลับเป็นซ้ำ</p> <p>(2) ผู้ดูแลขาดทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติทางร่างกายเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน</p> <p>(3) ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเกิดการติดเชื้ออาร์เอสวีในเด็ก</p> <p>(4) ผู้ดูแลต้องการความมั่นใจในการดูแลต่อที่บ้านและสามารถโทรปรึกษาเมื่อเด็กมีอาการรุนแรงมากขึ้น</p> <p>(5) ผู้ดูแลต้องการให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจนกว่าเด็กจะหายจากโรคและ</p> <p>(6) ผู้ดูแลต้องการให้บริการช่องทางรับยาเฉพาะสำหรับเด็กติดเชื้อและได้รับยาอย่างรวดเร็ว</p>	<p>(1) ผู้ดูแล ต้องมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี และ</p> <p>(2) ผู้ให้บริการ จัดบริการสร้างความมั่นใจผู้ดูแลเด็กป่วยที่บ้านและสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์นอกเวลาราชการ มีการพัฒนาจุดบริการ สิ่งอำนวยความสะดวก และ</p> <p>(3) ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย และจัดทำแผนการจำหน่ายและติดตามการรักษาผู้ป่วยเด็กอาร์เอสวีต่อเนื่องทุกรายจนหายเป็นปกติ</p>	<p>- ไม่มีการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน</p> <p>- เด็กเล็กปลอดภัยจากการติดเชื้ออาร์เอสวีและไม่เป็นโรคซ้ำ</p>

ภาพที่ 2.1 ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The individual and family self-management :IFSMT) ของไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009)

การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว หมายถึง การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวโดยใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการเพิ่มความสามารถในการจัดภาวะสุขภาพเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทฤษฎีนี้มีจุดเน้นที่ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกัน

สร้างทักษะและความสามารถในการควบคุมตนเอง (self-regulation) ดูแลตนเอง และการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกทางสังคม (family as a unit) มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว จึงใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The individual and family self-management :IFSMT) ของไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009) มาเป็นกรอบแนวคิดในการจัดการดูแลตนเองและครอบครัวซึ่งในเด็กเล็กไม่สามารถดูแลตนเองได้จึงต้องมีมารดาหรือผู้ดูแลช่วยจัดการดูแลเด็กโดยมีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ดังนี้

**1) บริบท (Context dimension)** มีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน (risk & Protective Factors) ประกอบด้วย

(1) ปัจจัยเฉพาะโรคอาร์เอสวี มีความซับซ้อนเรื่องโรคลักษณะทางสรีรวิทยา อากา การรักษา และการป้องกันโรค

(2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพและสังคม การเข้าถึงบริการ การดูแลสุขภาพ การให้บริการ การสนับสนุนทางสังคม ให้การดูแลส่วนบุคคล และบทบาทการส่งเสริมคนในครอบครัวช่วยดูแลสุขภาพ

(3) ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว การพัฒนาความสามารถในการดูแล มีพฤติกรรมดูแลเฉพาะโรค ความรู้เรื่องโรค

**2) กระบวนการ (Process dimension)** กระบวนการจัดการดูแลตนเองแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเชื่อ การใช้ทักษะความสามารถ ประกอบด้วย

(1) ความรู้และความเชื่อ (knowledge & belief) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพเฉพาะโรคอาร์เอสวี การรับรู้ความสามารถในพฤติกรรมของตนเอง การมีส่วนร่วมในพฤติกรรมจัดการกับโรค เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ทางสุขภาพที่ต้องการ เช่น มีความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันโรคติดต่อได้

(2) ทักษะความสามารถในการควบคุมตนเอง (self-regulation) เป็นการกระทำโดยใช้ผู้มีส่วนร่วมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมด้านสุขภาพโดยใช้การตัดสินใจ การวางแผน ดำเนินการ ประเมินตนเองในการจัดการการดูแล เช่น ความสามารถในการควบคุม และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นได้ และสามารถการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ถูกต้อง เช่นการล้างมือ การใส่ผ้าปิดจมูก

(3) การอำนวยความสะดวกทางสังคม (social facilitation) ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องโรคเป็นผู้ให้ข้อมูลให้คำแนะนำ ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในพฤติกรรมดูแลที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมเรื่องของ เครื่องมืออุปกรณ์

### 3) ผลลัพธ์ (Outcome dimension)

(1) ผลลัพธ์ระยะสั้น (Proximal Outcomes) ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว การมีพฤติกรรมจัดการความเสี่ยงเฉพาะโรค อาร์เอสวี ลดลงหรือพบได้ในเด็กกลุ่มเสี่ยงน้อยที่สุด ดูแลตนเองและบุตรหลานเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนได้ ลดการสูญเสียรายได้จากการเจ็บป่วย

(2) ผลลัพธ์ระยะยาว (Distal Outcomes) ได้แก่ เด็กไม่มีโรคแทรกซ้อนหลังป่วย มีร่างกายที่สมบูรณ์และแข็งแรงเจริญเติบโตตามวัย การมีสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งมีผลต่อค่ารักษาพยาบาล

**3.3 แนวทางการดูแลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามแนวของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ Center for Disease Control and prevention (CDC, 2019) เป็นแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ**

1) แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจมีแนวทาง ดังนี้คือการปฏิบัติการดูแลเพื่อการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรค สำหรับบุคคลากรทางการแพทย์และบุคคลทั่วไป มีการแพร่กระจายเชื้อ 2 แบบ ดังนี้คือ

(1) การปฏิบัติการดูแลเพื่อการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรค สำหรับบุคคลากรทางการแพทย์

ก) การแยกผู้ป่วย Isolation precaution หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันมิให้เชื้อจุลชีพจากผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหรือมีเชื้อแต่ยังไม่มีอาการ (Carrier หรือ Colonize) แพร่ไปสู่ผู้อื่นหรือญาติ มีความจำเป็นต้องแยกผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น กรณีนอนห้องร่วมกับโรคอื่นต้องจัดเตียงระยะห่างมากกว่า 3 ฟุต และให้มีการระบายอากาศ ถ่ายเทที่ดีสู่ภายนอกอาคาร ดังนี้

ข) ใช้ Standard Precaution ร่วมกับ Droplet Precaution หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค หรือสงสัยว่าจะเป็นโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อทางละอองน้ำมูก น้ำลายที่มีการกระจายละอองฝอยที่มีขนาดใหญ่กว่า 5 ไมครอน ใส่เครื่องป้องกันร่างกายระยะการแพร่กระจายที่ 3 ฟุต

ค) ใช้ Standard Precautions ร่วมกับ Contact Precautions หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค หรือสงสัยว่าจะเป็นโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส Standard Precautions เป็นมาตรฐานในการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสสิ่งคัดหลั่งทุกราย เช่น เลือด สารน้ำจากผู้ป่วย สวมใส่อุปกรณ์ ดังนี้ การใส่หมวก แวนตา ถุงมือ ผ้าปิดจมูก เสื้อกาวน์ รองเท้าบูท

- ใส่ถุงมือทุกครั้งที่คาดว่าจะมีการสัมผัสเลือด สารน้ำ หรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย

- ล้างมือทุกครั้งหลังสัมผัสเลือด สารน้ำหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยและทุกครั้งหลังถอดถุงมือ

- ใส่ผ้าปิดปาก-จมูกและแว่นป้องกันตาทุกครั้งที่มีความเสี่ยงที่จะมีการกระเด็นของเลือด สารน้ำหรือ สารคัดหลั่งของผู้ป่วยถูกบริเวณใบหน้าและใส่ผ้ากันเปื้อน (ยาง พลาสติก) หรือรองเท้าบูทเพื่อป้องกัน บริเวณลำตัว เท้า

(2) การปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรค สำหรับบุคคลทั่วไป

ก) การปฏิบัติป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางละอองฝอย (Droplet precaution)

- ขณะไอจามให้ใช้ผ้าปิดปาก หรือจามใต้วงแขน
- ระยะห่างการแพร่กระจายเชื้อที่ระยะ ไอ จาม ไม่ถึงคือ 3 ฟุต หรือ 1 เมตร
- เชื้อโรคอาร์เอสวีอยู่ในอากาศ ได้นาน 5 นาที

ข) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส (Contact precaution) การสัมผัสโดยตรง ได้แก่ สัมผัสสิ่งคัดหลั่งเช่น น้ำมูก น้ำลาย เสมหะการสัมผัสทางอ้อม เช่นการใช้ของร่วมกัน

- เน้นเรื่องการล้างมือบ่อยๆนาน 20 วินาที
- ไม่นำมือมาสัมผัสกับใบหน้า
- ระวังเรื่องการสัมผัส การหอมแก้ม การใช้ของใช้ร่วมกัน เช่น แก้วน้ำ จาน ชาม

ผ้าเช็ดตัว

- ทำความสะอาดของใช้ที่สัมผัส เช่น ของเล่น ลูกบิดประตูหรือหลังสัมผัสของใช้

ต่างๆ

- เมื่อป่วยให้อยู่บ้าน หรือหยุดเรียน กำหนดขอบเขตของการพักอาศัย

### 3.4 แนวทางการดูแลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและสุขภาพ (HA, 2018)

มาตรฐานทางการดูแลต่อผู้รับบริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัยในชีวิต และความสะดวกในการใช้บริการจึงใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย ตามมาตรฐาน HA (Hospital and Healthcare Standards, 2018) ที่มีมาตรฐานมากำกับดูแลตามกระบวนการต่างๆให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในด้านการรักษาและบริการ โดยมี 5 ขั้นตอนดังนี้

1) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry) ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหา

สุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล ผู้ป่วยได้รับการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว

## 2) การประเมินผู้ป่วย (Assessment)

การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม

### ก. การประเมินผู้ป่วย

1) มีการประเมินผู้ป่วยครอบคลุมรอบด้านและประสานงานกันเพื่อลดความซ้ำซ้อนผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยร่วมมือกันวิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมินมีการระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนและสำคัญ

### 2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย

(1) ประวัติสุขภาพ

(2) การตรวจร่างกาย

(3) การรับรู้ความต้องการของตนมีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากรที่มีอยู่ ในการประเมินผู้ป่วย (ถ้ามีแนวทางดังกล่าวอยู่)

3) ทีมผู้ให้บริการอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย

### ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค

1) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นตามศักยภาพขององค์กร

2) มีระบบสื่อสารและบันทึกผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่มีประสิทธิผล ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม และมีการรักษาความลับอย่างเหมาะสม

3) มีการอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย

### ค. การวินิจฉัยโรค

1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลเพียงพอที่สนับสนุนการวินิจฉัย

2) มีการทบทวนความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพในทีมผู้ให้บริการอย่างสมส่วน

3) การวางแผน (Planning)

### การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา / ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย ดังนี้

- 1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ
- 2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองอย่างครบถ้วนต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมิน.
- 3) มีการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
- 4) ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล.
- 5) แผนการดูแลผู้ป่วยมีการระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ (ครอบคลุมทั้งในระยะสั้น และระยะยาว)
- 6) มีการสื่อสาร/ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลในเวลาที่เหมาะสม สมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ

มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายออกจากองค์กร ดังนี้

- 1) มีการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย
- 2) มีการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ช่วงแรกของการดูแลรักษา
- 3) แพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย
- 4) มีการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง

### 3) การดูแลผู้ป่วย (Plan of Care)

#### การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ดังนี้

1) มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดยมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม การดูแลในทุกจุดบริการเป็นไปตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน

2) มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะอาดสงบและความสะอาด การป้องกันอันตราย/ความเครียด/เสียง/สิ่งรบกวนต่างๆ

#### 4) การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว (Information and Empowerment for Patients / Families)

##### การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้ เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล ดังนี้

1) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วย เพื่อวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ การประเมินครอบครัว ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย ชีตความสามารถ ภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ ความพร้อมในการเรียนรู้และดูแลตนเอง

2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่จำเป็นและช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเองและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัว อย่างเหมาะสมกับปัญหา ทันเวลา มีความชัดเจนและเป็นที่ยอมรับง่าย มีการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ

3) ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย/ครอบครัว ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์การดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งติดตามปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

4) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

5) ทีมผู้ให้บริการประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัว

#### 5) การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

##### กระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตาม และดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี ดังนี้

1) มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมาได้รับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้. มีระบบช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม

2) องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ องค์กร ชุมชน และภาคส่วน

3) มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำผลการติดตามมาใช้ปรับปรุงและวางแผนบริการในอนาคต

จากกระบวนการดูแลผู้ป่วย 5 ขั้นตอนของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA, 2018) นำมาเป็นแนวทางในการประเมินสถานการณ์ประเมินผู้ป่วยและ นำมาเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ของผู้ดูแลหรือทีมสุขภาพเพื่อหาปัญหาและจัดทำแนวทางการดูแล เพื่อมีระบบบริการที่มีมาตรฐาน

สรุปจากหลักแนวคิด และทฤษฎีทั้ง 3 นำข้อมูลที่ได้มามาบูรณาการ ประมวลผลกับที่เกี่ยวข้องแล้วสร้างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กที่ และวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของสถาบันฯ เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการให้เกิดความพึงพอใจร่วมกันอย่างเหมาะสมกับพื้นที่และบริบทเพื่อเป็นการพัฒนาให้เกิดคุณภาพที่ยั่งยืนในการให้บริการต่อไป

#### ตอนที่ 4 แนวคิดการพัฒนารูปแบบและการประเมินผล

การสร้างรูปแบบจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก สถาบัน บำราศนราดรุ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อมาพัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการดูแล จากเอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เหมาะสมในการดูแลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก โดยมีการศึกษาแนวคิดและทฤษฎี ดังนี้

##### 4.1 แนวคิดในการสร้างรูปแบบ

การพัฒนารูปแบบหรือแบบจำลอง (Model) เป็นกระบวนการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง จากสภาพที่เป็นปัญหาไปสู่สภาพที่ดีขึ้นจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รูปแบบเป็นแนวคิดที่



สร้างขึ้นตามแนวคิดหรือทฤษฎีโดยการใช้แผนผัง หรือรูปภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจแล้วนำรูปแบบที่ได้ไปใช้ นักพัฒนาและนักพัฒนาได้กล่าวถึงนักพัฒนา กล่าวถึงการพัฒนารูปแบบมีดังนี้

#### 4.1.1 ความหมายการพัฒนารูปแบบ

รูปแบบหมายถึง โครงสร้างแสดงถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบตัวแปร ปรากฏการณ์ ที่มีในธรรมชาติ มีขั้นตอนและกิจกรรมเป็นระบบ (บุญชม ศรีสะอาด อ่างโน วาโร เฟิงส์วสต์ , 2553) รูปแบบเป็นกรอบแนวคิดมีหลักการ วิธีการ ดำเนินการ เป็นระบบ เพื่อใช้เป็นแนวทางให้ดำเนินงานให้สำเร็จ แบ่งประเภทรูปแบบ 2 รูปแบบ คือ

1) **รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical mode)** รูปแบบของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Model of ) สร้างเหมือนจริงทุกประการ และรูปแบบเพื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Model for) เช่นการจำลองแบบที่ออกไว้เพื่อเป็นต้นแบบ

2) **รูปแบบเชิงแนวคิด (Conceptual Model )** แบ่งออกเป็น รูปแบบเชิงแนวคิดของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเรียก (Conceptual Model of ) คือรูปแบบหรือรูปแบบจำลองโดยจำลองมาจากทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว เช่นรูปแบบที่มีสร้างมาจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม รูปแบบเชิงแนวคิดเพื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Conceptual Model for) เป็นรูปแบบที่สร้างขึ้นเพื่ออธิบายทฤษฎีหรือปรากฏการณ์ เช่นรูปแบบที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีการจัดการตนเองเพื่ออธิบายทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ในงานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิด Conceptual Model ของทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The individual and family self-management :IFSMT)ของไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009) เป็นกรอบแนวคิดหลัก ซึ่งประกอบด้วย 3 มิติ (1) มิติบริบท (Context dimension) ประกอบด้วย ด้านปัจจัยเสี่ยง (Risk) และปัจจัยการป้องกัน (protective) ประกอบด้วย ปัจจัยเฉพาะโรค ได้แก่ความซับซ้อนของโรคและการรักษา สิ่งแวดล้อมด้านร่างกายและสังคม ได้แก่ การเข้าถึงการดูแลรักษาของตนเองและครอบครัว (2) มิติกระบวนการ (Process dimension) การจัดการตนเอง ทักษะความสามารถในดูแล เพราะเด็กเล็กไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงมีความจำเป็นต้องใช้บุคคลในครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางในการดูแล ผู้ดูแลต้องมีระดับความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และความสามารถในการควบคุมดูแลเพื่อให้เกิด (3) มิติผลลัพธ์ (Outcome dimension) ที่ดีในการดูแลสุขภาพ ร่วมกับ2)แนวทางการดูแลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2019) ร่วมกับ3) มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโดยอิงมาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA, 2018) เป็นกรอบแนวคิดหลักสร้างขึ้นเพื่ออธิบายทฤษฎีดังกล่าวงานวิจัยของ ภัทร์ภรณ์ อยู่สุข, ศิริยุพาสันน์เรื่องศักดิ์ และนฤมล ธีรรังสิกุล (2560) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย พบว่า การจัดการชีวิตประจำวันของเด็กที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย มีมารดาหรือผู้ดูแล

จะสามารถจัดการดูแลได้ดีเมื่อมารดารับรู้ความรุนแรงของโรคและการสนับสนุนทางสังคม และงานวิจัยของ วิลโล เกิดผล และออร์จิตร แก้วสี (2559) การพัฒนาศักยภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกโดยมีทีมดูแลสุขภาพ ร่วมกับครอบครัวและชุมชนพบว่า การพัฒนาสมรรถนะทีมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องช่วยทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ การปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นช่วยให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย และไม่เกิดการแพร่กระจายโรคในชุมชน จะเห็นว่าทฤษฎีที่ใช้การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและและทีมสุขภาพ จะช่วยอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและนำมาปรับใช้กับงานวิจัยให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อสร้างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กได้

#### 4.1.2 วิธีการสร้างรูปแบบการสร้าง (Model) ดังนี้

1) ลักษณะการสร้างรูปแบบบรรยาย สร้างจากทฤษฎี สร้างจากการทดลอง การนำข้อมูลที่ได้มาเป็นต้นแบบ ช่วยให้เห็นภาพกิจกรรมอย่างเป็นระบบเห็นส่วนที่สัมพันธ์และเกี่ยวข้องกัน รูปแบบเห็นทางเลือกและแนวทางในการดำเนินงาน มีประโยชน์ในการดำเนินงานใช้วิเคราะห์ตัดสินใจงานเรื่องนั้นๆ

2) ขั้นตอนการสร้างรูปแบบต่างๆ คือระบุความต้องการ เป้าหมายและข้อจำกัดต่างๆ วัตถุประสงค์สร้างเกณฑ์ต่างๆ ให้ตรงกับวัตถุประสงค์ ใช้ข้อมูลและประสบการณ์เพื่อปรับปรุงขั้นตอน

3) การเก็บข้อมูลสำหรับการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ การสนทนาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความต้องการหรือปรับปรุงพัฒนาสิ่งที่ต้องการศึกษา สัมภาษณ์ ต้องมีการจดบันทึก อัด เสียง มาถอดเทป การสัมภาษณ์ต้องมีความตรงของเนื้อหาและสอดคล้อง กับความเป็นจริง จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ความรู้และการดูแลมาผนวกกับความรู้เชิงทฤษฎีออกมาเป็นรูปแบบที่ต้องการและแก้ไขปัญหา และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจอีกครั้งเพื่อความสมบูรณ์ของรูปแบบ

#### 4.1.3 องค์ประกอบของรูปแบบ

การกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบจะประกอบด้วยอะไร จำนวนเท่าไร มีโครงสร้างและความสัมพันธ์อย่างไร ขึ้นกับปัจจัยและปรากฏการณ์ หรือตัวแปรที่กำลังศึกษา ซึ่งออกแบบตามแนวคิดทฤษฎี งาน วิจัยและหลักการพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบนั้นเป็นหลัก (วาโร เฟิงส์วีสดี, 2553) เช่นการวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ของ กฤษดา จนวนวันเพ็ญ, บุญทิพย์ สิริธรังศรี และบุญจง แซ่จิ่ง (2557) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสถาบันโรคทรวงอก พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1)นโยบายและยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล 2)

องค์ประกอบด้านผู้ให้บริการหรือทีมสหวิชาชีพ 3) องค์ประกอบด้านผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย 4) องค์ประกอบด้านชุมชนหรือโรงพยาบาลใกล้เคียง ส่วนใหญ่ขึ้นกับลักษณะเฉพาะของปรากฏการณ์ที่ผู้สนใจจะดำเนินการศึกษา แต่องค์ประกอบโดยรวมของรูปแบบจะมีรูปแบบดังนี้ 1) ทฤษฎี หลักการ แนวคิดและความเชื่อที่เป็นพื้นฐานของรูปแบบนั้นๆ 2) อธิบายสภาพ หรือลักษณะการจัดการที่สอดคล้องกับหลักการที่ยึดถือ 3) การจัดระบบคือองค์ประกอบนำไปสู่เป้าหมายของกระบวนการนั้น 4) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการและเทคนิคจะช่วยให้กระบวนการนั้นเกิดประโยชน์สูงสุด

ลักษณะรูปแบบที่ดี ควรมีลักษณะดังนี้ (วาโร เฟิงส์วีสต์, 2553)

- 1) ประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างตัวแปรมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงธรรมดา เพราะความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงมีประโยชน์ในช่วงของการพัฒนารูปแบบ
- 2) รูปแบบควรนำไปสู่การทำนายผลที่ตามมา ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์โยเมื่อทดสอบรูปแบบแล้วไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์รูปแบบนั้นต้องถูกยกเลิก
- 3) รูปแบบควรอธิบายโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผลเรื่องที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน
- 4) รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างความคิดรวบยอด (Concept) ใหม่และสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรใหม่ ซึ่งเป็นการเพิ่มองค์ความรู้ (Body of knowledge) ในเรื่องที่กำลังศึกษา
- 5) รูปแบบจะเป็นเช่นไรขึ้นอยู่กับกรอบทฤษฎีในเรื่องนั้น

พัฒนา พรหมณี (2560) รูปแบบ คือใช้ศิลปะในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค รูปแบบจำลองที่พัฒนาขึ้นจาก ปรัชญา ทฤษฎี หลักการ แนวคิด และความเชื่อที่มีโครงสร้างที่สามารถอธิบายได้ วิธีการสร้างรูปแบบ ต้องประกอบด้วย 7 ประเภท 1) วัตถุประสงค์ 2) ทฤษฎีพื้นฐานและหลักการ 3) ระบบงานและกลไก 4) วิธีดำเนินงาน และแนวทางการประเมินผล 5) การนำไปใช้และประเมินรูปแบบ 6) คำอธิบายประกอบรูปแบบ 7) เงื่อนไขการนำไปใช้และ 8) คู่มือการใช้ การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ ว่ามีคุณภาพดี เหมาะกับการนำไปใช้ได้จริง หรือประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดความรู้ เจตคติ ทักษะ ให้เกิดกับประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากรูปแบบการดูแลและส่วนที่สำคัญของรูปแบบที่กล่าวมาผู้วิจัยค้นคว้าและศึกษาได้ศึกษาแนวทางสร้างรูปแบบการจัดการการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ที่เหมาะสม ได้บูรณาการจากทั้ง 3 แนวคิด โดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัวเป็นกรอบใหญ่ ร่วมกับแนวทางการดูแลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค มาเป็นแนวทางสร้างรูปแบบ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานการวิจัย และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ ในการป้องกันให้เด็กปลอดภัยจากโรคติดเชื้อ

## 4.2 แนวคิดในการประเมินผลของรูปแบบ

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการประเมินแนวปฏิบัติมาประยุกต์เป็นแนวทางในการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ คุณภาพรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก เนื่องจากเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อดูแลดังนี้

4.2.1 แนวคิดในการประเมินผลของรูปแบบ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ของรูปแบบที่สร้างขึ้นต้องมีความเป็นไปได้เชิงทฤษฎี ในการนำไปปฏิบัติทดลอง ปรับปรุง ตรวจสอบรูปแบบจากหลักฐานเชิงลักษณะ (Eisner, 1976) โดยตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ ว่าเชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์ หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผสมกับวิจารณ์จากผู้ทรงคุณวุฒิ เกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตามความเหมาะสมที่จะประเมิน

4.2.2 แนวคิดการประเมินรูปแบบที่นำมาใช้ ได้แก่เครื่องมือ ของ AGREE II (*The Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II: AGREE II*) ฉบับภาษาไทย (AGREE II, 2556) จัดทำโดยสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่ามีมาตรฐานในการประเมินแนวปฏิบัติที่ดี ที่ใช้กันค่อนข้างแพร่หลาย โดยมีคำถามประเมินภาพรวมดังนี้

1) แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นมีความหมายตรงหรือไม่ การประเมินอาจถามด้วยคำถามต่อไปนี้

(1) ใครเป็นคนพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก แนวปฏิบัติ อาจต้องพัฒนาโดยบุคคล แต่โดยมากจะพัฒนาโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

(2) ผู้จัดทำแนวปฏิบัติได้ใช้วิธีการและหลักฐานที่เหมาะสมในการสรุปวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมหรือไม่

(3) มีการพิจารณาทางเลือกและผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ทั้งหมดหรือไม่ แนวปฏิบัติฯ จะมีความน่าเชื่อถือได้ ผู้จัดทำแนวปฏิบัติต้องพิจารณาทางเลือกที่เป็นไปได้ทั้งหมด

(4) มีการพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดหรือไม่ ผู้จัดทำแนวปฏิบัติฯ ควรอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการที่ใช้ในการคัดเลือก วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

(5) มีการพิจารณาความลำเอียงหรืออคติของหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ตีพิมพ์หรือไม่

(6) วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นมีความเป็นปัจจุบันทันสมัยเชิงเทคโนโลยี และการพัฒนาความรู้ใหม่

(7) วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นมีการทดสอบหรือไม่

2) วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นมีความสำคัญหรือไม่ ถึงแม้แนวปฏิบัติจะมีความตรง  
น่าเชื่อถือ ผู้อ่านต้องประเมินว่ามีความสำคัญหรือไม่ อาจประเมินด้วยคำถามต่อไปนี้

(1) ขนาดอิทธิพลมีความใหญ่ขนาดไหนผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจะต้องมากเพียงพอ

(2) วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นมีความเข้มแข็งเพียงใดผู้จัดทำแนวปฏิบัติสามารถจะ  
ให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติที่เข้มแข็งได้

(3) วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้น มีประโยชน์หรือไม่ ถึงแม้ว่าแนวปฏิบัตินั้นมี  
ความสำคัญและน่าเชื่อถือแต่อาจไม่มีประโยชน์สำหรับทุกคน อาจประเมินด้วยคำถามต่อไปนี้

(ก) วิธีปฏิบัติที่แนะนำนั้นเหมาะกับหน่วยงานหรือไม่ กลุ่มเป้าหมายคล้าย  
กับผู้ป่วยเรา วิธีปฏิบัติที่แนะนำต้องการใช้เทคโนโลยีหรือทรัพยากรที่มีอยู่ในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติงานทาง  
คลินิกและผู้ป่วยสามารถใช้วิธีปฏิบัตินั้นได้

(ข) วิธีปฏิบัตินั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่ วิธีปฏิบัตินั้นต้อง  
สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

(ค) วิธีปฏิบัติที่แนะนำสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ ผู้จัดทำแนวปฏิบัติ จะต้อง  
ให้นิยามเชิงปฏิบัติการที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้นำไปใช้จะได้ทำตาม

ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดของประยุกต์จากเครื่องมือการประเมินคุณภาพ  
แนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research &  
Evaluation II Instrument: AGREE II Instrument, 2556) ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราส่วน  
ประมาณค่า (Rating scale) เป็นเครื่องมือประเมินกระบวนการพัฒนาและประเมินเนื้อหาสาระสำคัญ  
ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นว่าสามารถนำไปใช้ได้จริงหรือไม่ โดยครอบคลุมทั้งหมด 6 มิติ ได้แก่

**มิติที่ 1** ขอบเขตและวัตถุประสงค์ประกอบด้วย

1. มีการอธิบายวัตถุประสงค์ในภาพรวมของแนวทางปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน
2. มีการอธิบายอย่างชัดเจนว่าแนวทางปฏิบัตินี้ทำขึ้น เพื่อใช้กับประชากรกลุ่มใด (ผู้ป่วย  
ประชาชน เป็นต้น)

**มิติที่ 2** การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบด้วย

1. มีส่วนเกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้จัดทำแนวทางปฏิบัติประกอบไปด้วยบุคลากร จากกลุ่มวิชาชีพที่  
เกี่ยวข้องทั้งหมด มีการพิจารณาทัศนคติและความต้องการของประชากร เป้าหมาย (ผู้ป่วย ประชาชน เป็น  
ต้น)

2. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีการใช้วิธีการสืบค้นหลักฐานอย่างเป็นระบบ มีการอธิบายเกณฑ์สำหรับการเลือกหลักฐานไว้ อย่างชัดเจน มีการอธิบายวิธีการจัดทำข้อเสนอแนะอย่างชัดเจน มีการพิจารณาถึงผลประโยชน์ต่อสุขภาพ ผลข้างเคียง และความเสี่ยงในการจัดทำข้อเสนอแนะ

3. มีการทดลองนำแนวทางปฏิบัติไปใช้งานกับกลุ่ม ผู้ใช้งาน

**มิตินี้ 3** ความชัดเจนและการนำเสนอประกอบด้วย

1. มีการอธิบายเกณฑ์สำหรับการเลือกหลักฐานไว้ อย่างชัดเจนการประยุกต์ใช้
2. ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ
3. มีการอธิบายวิธีการจัดทำข้อเสนอแนะอย่างชัดเจน
4. มีการพิจารณาถึงผลประโยชน์ต่อสุขภาพ ผลข้างเคียง และความเสี่ยงในการจัดทำ

ข้อเสนอแนะ

5. มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญก่อนการจัดพิมพ์เผยแพร่
6. มีการกำหนดระเบียบปฏิบัติในการปรับแนวทาง ปฏิบัติให้เป็นปัจจุบัน

**มิตินี้ 4** ความชัดเจนของการนำเสนอประกอบด้วย

1. ข้อเสนอแนะมีความเฉพาะเจาะจงและไม่กำกวม
2. มีการนำเสนอทางเลือกต่างๆ ในการจัดการสภาวะ หรือประเด็นสุขภาพไว้อย่าง

ชัดเจนสามารถระบุข้อเสนอแนะหลักได้โดยง่าย

**มิตินี้ 5** การนำไปใช้ประกอบด้วย

1. แนวทางปฏิบัติมีรายละเอียดคำแนะนำ และ/หรือ เครื่องมือในการนำข้อเสนอแนะไป
2. แนวทางปฏิบัติมีการอธิบายถึงปัจจัยเอื้อและอุปสรรค ต่อการนำข้อเสนอแนะไปปรับใช้
3. มีการพิจารณาทรัพยากรที่เกี่ยวข้องเมื่อมีการนำข้อ แนะนำไปปฏิบัติ

ปฏิบัติ

ไปปรับใช้

**มิตินี้ 6** ความเป็นอิสระของบรรณาธิการประกอบด้วย

1. ทักษะของหน่วยงานสนับสนุนเงินทุนไม่มีอิทธิพลต่อ เนื้อหาของแนวทางปฏิบัติ
2. มีการบันทึกและแสดงการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของ สมาชิกกลุ่มผู้จัดทำแนวทาง

ปฏิบัติ

พิจารณาถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการจัดการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ที่สร้างขึ้นเพื่อนำไปใช้ที่สถาบันบำราศนราดูร

การคำนวณค่าผลการประเมินของแต่ละมิติ(Calculating domain score) ใช้ค่าคะแนนตามรายชื่อในแต่ละมิติของผู้ประเมินทั้งหมด และนำมาเข้าสู่สูตรดังนี้ (รายละเอียดที่ภาคผนวก)คะแนนของหมวดคำนวณได้จากการรวมคะแนนทั้งหมดของแต่ละหัวข้อในหมวดนั้น และจัดลำดับคะแนนรวมเป็นร้อยละของคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ของหมวด การให้คะแนนหัวข้อของ AGREE II ทั้งหมดใช้ระบบคะแนน 7 ระดับ (1 –ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ถึง 7- เห็นด้วยอย่างมาก) การให้คะแนนหัวข้อของ AGREE II ทั้งหมดใช้ระบบคะแนน 7 ระดับ ดังนี้

1	2	3	4	5	6	7
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก						เห็นด้วยอย่างมาก

คะแนนระดับ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) ควรให้คะแนนระดับ 1 เมื่อไม่มีข้อมูลตรงกับหัวข้อของ AGREE II หรือรายงานไว้ไม่ดี

คะแนนระดับ 7 (เห็นด้วยอย่างมาก) ควรให้คะแนนระดับ 7 หากรายงานมีคุณภาพดีมาก ครบถ้วนตามหลักเกณฑ์และข้อพิจารณาที่ระบุไว้ในคู่มือการใช้งาน

คะแนนระดับ 2 ถึง 6 การให้คะแนนระหว่าง 2-6 เมื่อรายงานของหัวข้อต่างๆของ AGREEII ไม่เป็นไปตามเกณฑ์หรือข้อพิจารณาทั้งหมด การให้คะแนนขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของคุณภาพของรายงานโดยจะได้คะแนนเพิ่มขึ้นเมื่อเป็นไปตามเกณฑ์และข้อพิจารณาเพิ่มเติมในส่วน “วิธีให้คะแนน” ของแต่ละข้อจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินและข้อพิจารณาของแต่ละหัวข้อแต่ละมิติ ระดับคะแนนของหมวด คือ

$$\frac{\text{คะแนนที่ได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}} \times 100$$

เกณฑ์การประเมินคุณภาพของรูปแบบพิจารณาได้จากค่าคะแนนการประเมินโดยรวมทุกมิติ > ร้อยละ 70 จึงสรุปได้ว่ารูปแบบนั้นเหมาะสมเป็นที่ยอมรับสามารถนำไปใช้ได้

## ตอนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องรูปแบบการดูแลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก โดยใช้รูปแบบ ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-Management Theory; IFSM, 2009) ของไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009) ร่วมกับ

แนวทางการดูแลการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรค (Center of disease control and prevention CDC, 2019) และมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital health care standards HA, 2018) ยังไม่พบว่ามีผู้ทำงานวิจัยเรื่องดังกล่าว มีเฉพาะงานวิจัยด้านโรคติดต่อชนิดอื่น ดังนี้

จุฬาลักษณ์ แก้วสุก, ยูนิ พงศ์จตุรวิทย์ และนุจรี ไชยมงคล (2559) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดต่อเฉียบพลัน ระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเป็นการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดา การสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจ ในเด็กวัยก่อนเรียนทำให้มารดามีความรู้ และแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียนที่มารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยส่งเสริมให้มารดา มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กมากขึ้น โดยเฉพาะด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคและ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ส่งเสริมให้มารดา มีการรับรู้ความสามารถตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะด้าน ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการติดต่อโรค ส่งเสริมให้มารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากบุคคลในครอบครัว

ชฎานันท์ ใจดี, เสริมศรี สันตติ และชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล (2555) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนในกรุงเทพมหานคร จำนวน 145 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจทาง

ชนิดดา สระโสม, พิมพาภรณ์ กลั่นกลิน และนิตยา ไทยาภิรมย์ (2554) ประสิทธิภาพของวิธีป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า วิธีการป้องกันการติดเชื้อโดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันส่วนล่าง ได้แก่ การส่งเสริมการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างของผู้ดูแลคือการสนับสนุนอุปกรณ์ ส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการให้คำปรึกษา



การเพิ่มความต้านทานโรคให้กับร่างกายคืออาหาร พบว่า วิธีการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ส่วนล่างที่สามารถลดอัตราการติดเชื้อได้คือ การจัดโปรแกรมให้อาหารกับเด็กแก่ผู้ดูแลและ การให้ข้อมูล เพื่อการส่งเสริมการปฏิบัติของผู้ดูแล วิธีการที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของผู้ดูแล คือการให้ ข้อมูลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและให้คำปรึกษา

ณภัทร พงศ์พีรเดช (2552) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับบุคลากรของกลุ่มงานการ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง บุคลากร ของกลุ่มงานการพยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลศรีสะเกษ และผู้ป่วยที่มีอาการของ ใช้หวัดใหญ่ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 44 คน คนงาน ใช้กรอบการ พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์ และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council : NHMRC) ไปใช้ในทางปฏิบัติผลการศึกษาพบว่า บุคลากรของกลุ่มงานการพยาบาลมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยและ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ทุกด้านมีความ ชัดเจน มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน มีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ สามารถนำไปปฏิบัติได้ ข้อเสนอแนะ ในทางปฏิบัติสาธารณสุขเข้าใจง่ายข้อเสนอแนะ การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ไปใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ตามที่ต้องการ ควรประเมินความพร้อมของหน่วยงานเกี่ยวกับ สถานที่อุปกรณ์ผู้ดูแล และกลุ่มผู้ป่วยก่อน เสมอ ต้องติดตามกำกับอย่างต่อเนื่องจนเกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ

ณัฐรพี ใจงาม และคณะ (2560) แนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัวที่มี สมมติภาพป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการปรับตัวการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้ชีวิต การปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพราะการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวทำให้มี กำลังใจในการใช้ชีวิตและการปฏิบัติตัว โดยประกอบไปด้วยมิติการดูแลตนเอง 3 มิติ 1) มิติบริบท ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกันโรค 2) มิติกระบวนการ ได้แก่ความรู้ ความเชื่อทักษะ ความสามารถในการดูแล ตนเอง และ3) มิติผลลัพธ์ ได้แก่ ระยะเวลาสั้นการจัดการกับอาการของโรค ส่งผลกระทบยาวให้มีสุขภาพดี บงกช เชี่ยวชาญยนต์ (2553) การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก จังหวัดตรัง พบว่า การใช้รูปแบบพัฒนาศักยภาพครูที่เลี้ยงโดยการให้ความรู้เรื่องโรค พฤติกรรมการป้องกันโรค การพัฒนา สิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการป้องกันการเกิดโรคติดต่อ คือการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ที่ทำตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง

ภัทรภรณ์ อยู่สุข, ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์ และนฤมล ชีร์รังสิกุล (2562) ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการจัดการของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย พบว่าการจัดการของมารดา ด้าน

การใช้ชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่อลูกมีภาวะซีด รับรู้อาการส่งผลต่อการจัดการชีวิตประจำวันได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย รายได้ อายุ ครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม เรื่องการให้ข้อมูล และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล

ไมลา อิศสระสงคราม และทัศนีย์ บุญประคอง (2559) ผลของโปรแกรมการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และ การมีส่วนร่วมการปฏิบัติในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อของอาสาสมัคร ผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นอาสาสมัครผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ผลการศึกษาพบว่า การอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อได้ ดังนั้น ควรส่งเสริมให้อาสาสมัครผู้ดูแลเด็กมีทัศนคติที่ดีที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อดีขึ้นอีกด้วย

วิไล เกิดผล และอรจิตร แก้วสีขาว (2559) วิจัยเชิงปฏิบัติการของ (Kemmis, 1988) P-A-O-R การพัฒนาศักยภาพครอบครัว และชุมชนในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกโดยใช้ทีมดูแลสุขภาพ ร่วมกับครอบครัว และแกนนำในชุมชน เป็นการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก กลุ่ม การสังเกต และแบบสอบถาม พบว่าผลการพัฒนาศักยภาพมี 3 ด้าน 1) พัฒนาสมรรถนะทีมสุขภาพรายกรณี 2) พัฒนาทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว 3) พัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วม ของโรงพยาบาล ครอบครัว และชุมชน ผลการพัฒนาศักยภาพทำให้ผู้ร่วมวิจัยมีความรู้ และการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย ไม่เกิดการแพร่กระจายโรคในชุมชน

ศิริยุพา สนั่นเรืองเดช, นฤมล อีระรังสิกุล, พจนารถ สารพัด และมณีพร ภิญโญ (2563) รูปแบบการจัดการตนเองของเด็กป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โดยใช้ 1) ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วยมุมมองของตัวเองเรื่องโรค การรักษา ความรู้และพฤติกรรม 2) กระบวนการ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมความสามารถในการจัดการและสนับสนุนตนเอง 3) ผลลัพธ์ ได้แก่ สุขภาพและคุณภาพชีวิตของเด็ก พบว่า การจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพเด็กต้องมีความรู้ ด้านการรักษา มีทักษะในด้านการตัดสินใจกับสุขภาพ เพื่อลดความรุนแรงของโรค เด็กจะสามารถจัดการตนเองได้ดีนั้นต้องมีผู้สนับสนุน ให้กำลังใจจากคนในครอบครัว กุญแจที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้รูปแบบสำเร็จเกิดจากการร่วมมือของเด็ก ครอบครัวและผู้ให้บริการ

สมนึก เลิศสุโภชนวณิชย์, มัลลิกา ผดุงหมาย, วรยุทธ นาคอ้าย และพรศักดิ์ อยู่เจริญ (2560) การศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเด็กของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองผู้ดูแลเด็ก 276 คน ผู้ปกครอง 999 คน ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยผ่านการ

ตรวจสอบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเด็กพบว่า ประสิทธิภาพ พฤติกรรม และความรู้ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเด็ก

สมหมาย งามประโคน, จิระภา ศิริ วัฒนเมธานนท์ และสมศักดิ์ ศรีภักดี (2559) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired Sample t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแนวคิดประยุกต์ใช้กระบวนการ สามารถมีส่วนร่วม (Appreciation Influence-Control :A-I-C) พบว่า การใช้รูปแบบป้องกันมาเลเรียประชาชนมีความรู้และมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง คือการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ในกิจกรรมทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การศึกษา บริบทชุมชน สถานการณ์ของปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนและการติดตามประเมินผลและพัฒนาแก้ไขให้ดีขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของตนมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ช่วยลดการแพร่ระบาดและการเกิดโรคมะเร็งได้

สฤชดีเดช เจริญไชย, วิชัย สุขภาคกิจ, และมาสริน ศุกลปักษ์ (2563) การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูง เขตอำเภอมืองนนทบุรี ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชน บุคลากรทางสุขภาพ และภาคีเครือข่าย ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง เขตอำเภอมืองนนทบุรี คือปัจจัยด้านทัศนคติ ความรู้ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

อรพินท์ พรหมวิเศษ และคณะ (2559) กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้เทคนิคกระบวนการ Appreciation Influence Control: บ้านช่องอินทนิล หมู่ 10 ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอิวาดีจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประชากรแกนนำชุมชน จำนวน 56 คน ใช้แบบ A-I-C (Appreciation Influence Control) สรุปผลการศึกษา พบว่า การอบรมให้ความรู้ เรื่องโรคไข้เลือดออกทำให้ประชากรมีความรู้ เพิ่มขึ้นและผลการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย พบว่า ค่าดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายลดลง และผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ดังนั้นจึงควรนำแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับชุมชนอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน บทบาทของประชากร ต้องมีความรู้ วางแผนควบคุมโรคมะเร็ง ผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุอาการ ของโรคและปัจจัยเสี่ยง

Denise Njama, et al., (2003) เออบานจัดการมาลาเรีย ศึกษาความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ ผู้ดูแลในเด็กช่วงทำนายเหตุการณ์ เฝาระวังที่เป็นมาลาเรียของเด็กในอุกันดา พบว่ามีความรู้ ทัศนคติ

และการปฏิบัติ และการเกิดโรคมาลาเรีย ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องปัจจัยการเกิดโรค มีใช้สูงเกิดการชักผู้ดูแลสามารถดูแลได้ขณะป่วย ผู้ดูแลรู้การป้องกัน การระบาดของมาลาเรีย อาการ การดูแล การจัดการปัจจัยเสี่ยงแต่ไม่มีความรู้ด้านการให้ยา มีข้อจำกัดในเรื่องการป้องกัน การให้ความรู้กับผู้ดูแลทำให้เขามีความรู้ มีทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติได้

Simon B. Drysdale, Christopher A.Sande, and Charles J.Sande (2016) แนวปฏิบัติที่ดีของการป้องกันและการจัดการเด็กที่ติดเชื้ออาร์เอสวี สำหรับเด็กที่นอนโรงพยาบาล ใช้อุปกรณ์ป้องกัน ใช้หน้ากาก ใช้ถุงมือ แนะนำให้แยกห้อง และควบคุมกระบวนการแพร่กระจายเชื้อในเด็กที่ใส่เครื่องช่วยหายใจยาวนานให้ใช้แนวทางการจัดการเด็กที่มีหลอดลมอักเสบให้ ภูมิคุ้มกันในเด็กคลอดก่อนกำหนด เด็กเป็นโรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง ยาต่อต้านข้างแพง ยังคงพัฒนาการให้วัคซีนต่อไป ห่างไกลผู้สูบบุหรี่ และทานนมมารดา พัฒนาศักยภาพสำเร็จด้วยการรักษาหรือการป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้นของผลลัพธ์และการดูแลสำหรับโรคอาร์เอสวี ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงคือการป้องกันที่ดีที่สุด

Iraj Sedighi, Shahla Nouri, Taravat Sadrosadat and Reza Nemati, et al. (2012) การเพิ่มความรู้ให้คนในครอบครัวด้วยโปรแกรมป้องกันโรคติดเชื้อในเด็กได้หรือไม่ วัตถุประสงค์การถ่ายทอดความรู้เพื่อป้องกันการติดเชื้อเด็กในครอบครัว พบว่าวิธีทำให้คุ้มค่า ทำด้วยความสนุก วิธีการถ่ายทอดความรู้ ระหว่างผู้วิจัยและผู้ใช้โปรแกรม มีปฏิสัมพันธ์กันในการส่งเสริมความรู้ในการสื่อสาร การแสดงกิจกรรม เด็กมีกิจกรรมในครอบครัว มีบทบาทในครอบครัว สิ่งสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพคือ ความแตกต่างการได้รับความรู้ การได้ข้อมูลข่าวสาร

Maha Fahad Alluqmani et al. (2017) ได้ศึกษาภาคตัดขวาง ถึงความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ ของมารดาที่มีบุตรติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันที่อายุน้อยกว่า 5 ปี ที่ซาอุดีอาระเบีย พบว่ามารดาที่มีความรู้มากในเรื่องของการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและส่วนล่าง คนที่มีความรู้น้อยใช้ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียเป็นส่วนมากจึงทำให้ดื้อยาและปรึกษาแพทย์น้อย มีทัศนคติการปฏิบัติที่ด้อย และพบว่าสื่อทางทีวี และการพบแพทย์เพื่อปรึกษามีความสำคัญที่สุดในการให้ความรู้ และต้องมีการวางแผนโปรแกรมให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ยังไม่พบว่ามีผู้ใดทำวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก มีแต่การทำวิจัยด้วยโรคติดต่อชนิดอื่นและจากการวิเคราะห์ผลของงานวิจัยดังกล่าว พอสรุปได้ว่า หากมารดาหรือผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคทางเดินหายใจในเด็กรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การดำเนินการของโรค การเกิดโรคซ้ำการติดต่อของโรคโดยการแพร่กระจายเชื้อ มีทักษะในการดูแลเพื่อป้องกันและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อและประโยชน์ของการปฏิบัติที่ถูกต้องจะช่วยป้องกันการติดเชื้อในเด็กได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจและผู้ดูแลที่มีความรู้และทัศนคติที่ดี จะช่วยให้มีการปฏิบัติในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อได้ดี จะทำให้มีความมั่นใจในการดูแลเด็กที่บ้าน รวมทั้งสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้เมื่อเด็กมีอาการที่รุนแรงมากขึ้น มีช่องทางการรับยาที่สะดวกและรวดเร็ว และมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องจนหายเป็นปกติด้วยเหตุนี้ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อในเด็ก มารดาหรือผู้ดูแลเป็นผู้มีความสำคัญเพราะในเด็กเล็กไม่สามารถจัดการตนเองได้สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง จะช่วยทำให้รูปแบบมีความชัดเจน จะสามารถนำรูปแบบไปปฏิบัติได้จริง ผลการวิเคราะห์งานวิจัยดังกล่าว จึงเป็นแนวทางให้ผู้วิจัยนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ได้รูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้จริง ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยดังกล่าว จึงมีประโยชน์ต่อการสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อเสนอรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก สถาบันบาราศนราตวร ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) วิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก 2) สร้างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก และ 3) ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก สถาบันบาราศนราตวร วิธีดำเนินการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

#### 1. ประชากร กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ให้ข้อมูล (Key informant)

##### 1.1 ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม

**กลุ่มแรก** ได้แก่ ผู้ดูแล และผู้ให้บริการ สำหรับวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก

**กลุ่มที่สอง** ได้แก่ ผู้แทนกลุ่มแรก ประกอบด้วย ผู้ให้บริการระดับปฏิบัติการ ผู้บริหาร และผู้ทรงคุณวุฒิ สำหรับประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก

##### 1.2 ผู้ให้ข้อมูล คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากประชากร 2 กลุ่ม ดังนี้

###### 1.2.1 กลุ่มแรก ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มผู้ให้บริการ

**1) กลุ่มผู้ดูแล** จำนวน 5 คน เป็นผู้ดูแลของเด็กป่วยทั้งที่บ้าน และโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงขอเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านด้วย เนื่องจากเด็กป่วยด้วยเชื้ออาร์เอสวีตามเกณฑ์ที่กำหนดมีจำนวนน้อยต่อมาเกิดสถานการณ์ covid -19 ทำให้ไม่สามารถไปเยี่ยมบ้านได้ จึงใช้การโทรศัพท์ติดต่อแทน (ดังภาคผนวก ข)

**เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria)** ผู้ดูแลเด็กป่วยที่แพทย์ทำการตรวจวินิจฉัยยืนยันทางห้องปฏิบัติการว่าเด็กติดเชื้ออาร์เอสวี

1) ผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยอาร์เอสวีในครอบครัวมีเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี หรือมีเด็กกลุ่มเสี่ยงอยู่ในครอบครัวเดียวกัน

2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

**เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)**

1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

2) **กลุ่มผู้ให้บริการ** ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในสถาบันบำราศนราดูร ได้แก่ แพทย์กุมารเวชกรรม 2 คน ผู้นิเทศทางการแพทย์บาล 1 คน และพยาบาลหัวหน้าแผนก 2 คน และ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีการดูแลเด็กติดเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 5 คน รวม 10 คน

**เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria)**

1) เป็นแพทย์ และพยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลเด็กป่วยอาร์เอสวีไม่น้อยกว่า

5 ปี

2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

**เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)**

1) ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้จนสิ้นสุดโครงการ

**1.2.2 กลุ่มที่สอง** ประกอบด้วย ผู้แทนจากกลุ่มแรก เป็นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ จำนวน 4 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน รวม 7 คน เพื่อผู้ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**2.1 ประเภทของเครื่องมือ** เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง มี 2 ชุด ดังนี้

เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสอบถามที่ผู้วิจัยใช้สัมภาษณ์ผู้ดูแล และผู้ให้บริการเพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ดูแล และส่วนที่ 2 สำหรับผู้ให้บริการ ดังรายละเอียด (ภาคผนวก ง)

เครื่องมือชุดที่ 2 แบบสอบถามใช้สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก จำนวน 1 ชุด ดังรายละเอียด (ภาคผนวก ง)

**2.2 การสร้างเครื่องมือ** ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาเครื่องมือเอง โดยดำเนินการดังนี้

เครื่องมือชุดที่ 1 ผู้วิจัยศึกษาจากแนวคิดทฤษฎี จากเอกสาร ตำรา และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางตั้งประเด็นคำถามเพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการเพื่อสร้างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง มี 2 ส่วน ส่วนแรก สำหรับผู้ดูแล มีทั้งหมด 26 ข้อ ส่วนที่ 2 สำหรับผู้ให้บริการ มีทั้งหมด 23 ข้อ ดังรายละเอียด (ภาคผนวก ง) โดยการบูรณาการจาก 3 แนวคิด ได้แก่ 1)ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The individual and family self-management :IFSMT) ของไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009) ร่วมกับ 2) แนวทางการดูแลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค Center for Disease Control and prevention (CDC, 2019) และ3) แนวทางการดูแลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Hospital and Healthcare Standard (HA, 2018) หลังจากนั้นนำมาข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์ประเด็นสัมภาษณ์ รวบรวมประเด็นที่สำคัญเพื่อนำมาสร้างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก สถาบันบาราศนราดรุ

เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ผู้วิจัยประยุกต์จากเครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II Instrument: AGREE II, 2556) จัดทำโดย สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (2556) ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราส่วน (Rating scale) 7 ระดับ โดยประเมินความเหมาะสมของระบบบริการ รายมิติ 6 มิติ จำนวน 13 ข้อ ดังรายละเอียด (ภาคผนวก ข)

คะแนนระดับ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) ควรให้คะแนนระดับ 1 เมื่อไม่มีข้อมูลตรงกับหัวข้อของ AGREE II หรือรายงานไว้ไม่ดี

คะแนนระดับ 7 (เห็นด้วยอย่างมาก) ควรให้คะแนนระดับ 7 หากรายงานมีคุณภาพดีมากครบถ้วนตามหลักเกณฑ์และข้อพิจารณาที่ระบุไว้ในคู่มือการใช้งาน

คะแนนระดับ 2 ถึง 6 การให้คะแนนระหว่าง 2-6 เมื่อรายงานของหัวข้อต่างๆของ AGREE II ไม่เป็นไปตามเกณฑ์หรือข้อพิจารณาทั้งหมด การให้คะแนนขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของคุณภาพของรายงานโดยจะได้คะแนนเพิ่มขึ้น เมื่อเป็นไปตามเกณฑ์และข้อพิจารณาเพิ่มเติมในส่วน“วิธีให้คะแนน”ของแต่ละข้อจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินและข้อพิจารณาของแต่ละหัวข้อแต่ละมิติ (ดังภาคผนวก จ)ได้แก่

มิติที่ 1 ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ พิจารณาวัตถุประสงค์ในภาพรวมของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก จำนวน 3 ข้อ (ข้อที่ 1.1-1.3)

มิติที่ 2 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพิจารณารูปแบบ



และแสดงความคิดเห็นจำนวน 3 ข้อ (ข้อที่ 2.1-2.3)

มิตินี้ 3 ด้านขั้นตอนการพัฒนาแบบ พิเคราะห์ถึงขั้นตอนวิธีการใช้หลักฐานมาพัฒนาแบบ  
จำนวน 2 ข้อ (ข้อที่ 3.1-3.2)

มิตินี้ 4 ด้านความชัดเจนของการพัฒนาและการนำเสนอแบบ จำนวน 1 ข้อ  
(ข้อที่ 4.1)

มิตินี้ 5 มิติด้านการนำแบบไปใช้ จำนวน 2 ข้อ (ข้อที่ 5.1-5.2)

มิตินี้ 6 ด้านความเป็นอิสระของการจัดทำแบบ มีการบันทึกความคิดเห็น  
ของการพัฒนาแบบเป็นทีม จำนวน 2 ข้อ (ข้อที่ 6.1-6.2) รวมทั้งหมด 13 ข้อ

### 2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ชุดที่ 1 และ 2) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นมา  
เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความสอดคล้องและ  
ความครอบคลุมของเนื้อหา และการใช้ภาษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา  
จากนั้นขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้มีระดับการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป และแพทย์ที่มี  
ประสบการณ์ด้านการทำวิจัยและดูแลรักษาเด็กด้านโรคติดเชื้อ จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบเครื่องมือ

#### 2.3.1 ตรวจสอบดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คนประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัย 1 คน  
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลเด็กด้านโรคติดต่อ 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการรักษาโรคติดต่อในเด็ก 1 คน  
ผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษาพยาบาล 2 คน เพื่อตรวจสอบเครื่องมือ โดยพิจารณาเนื้อหา ความสอดคล้อง  
ข้อคำถามที่ต้องการวัด กับแนวคิด ทฤษฎี และบริบทที่เสนอ โดยกำหนดความคิดเห็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 4 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันมากกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

ระดับ 3 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันค่อนข้างมากกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

ระดับ 2 หมายถึง คำถามสอดคล้องน้อยมากกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

ระดับ 1 หมายถึง คำถามนั้นไม่สอดคล้องกันกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

นำผลจากการพิจารณาเครื่องมือของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงของเนื้อหา  
Content Validity Index: CVI (Waltz Strickland & Lenz, 1991) ให้ผู้เชี่ยวชาญ rate ความเกี่ยวข้อง  
ของข้อคำถามแต่ละข้อ เนื้อหาที่ต้องการวัดจากระดับ 1 เกี่ยวข้องน้อยที่สุด จนถึงระดับ 4 เกี่ยวข้องมาก  
ที่สุดในแต่ละข้อรวบรวมคะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิและนำคะแนนที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณ CVI  
(Content Validity Index) แต่ละข้อ รวมคะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือความตรงที่  
ยอมรับได้ (ความสอดคล้องระดับ 4 และ 3) กับความตรงที่ยอมรับไม่ได้ (ความสอดคล้องระดับ 2 และ 1)  
โดยใช้สูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความเห็นระดับ 3 และระดับ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

เกณฑ์การตัดสินคุณภาพเครื่องมือ คือค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index:) >0.7 ขึ้นไป จึงสรุปว่าเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

เครื่องมือชุดที่ 1 มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ดูแล และส่วนที่ 2 สำหรับผู้ให้บริการ ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์เพื่อวิเคราะห์การจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก จากการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เพื่อนำมาสร้างรูปแบบการจัดการดูแล มีประเด็นคำถามสำหรับผู้ดูแล จำนวน 26 ข้อ และผู้ให้บริการจำนวน 23 ข้อ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ง) ได้ค่า CVI 0.76 และ 0.78 ตามลำดับ ดังรายละเอียด (ภาคผนวก จ)

เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก เป็นประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการรายมิติ 6 มิติ จำนวน 13 ข้อ ดังรายละเอียดใน (ภาคผนวก ง) ได้ค่า CVI 0.84 ดังรายละเอียด (ภาคผนวก จ)

**2.3.2 ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Credibility)** ของข้อคำถาม นำแบบสอบถามถึงโครงสร้างที่ได้ปรับปรุงข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วนำไป ทดลองสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลหลัก (try out) ประกอบด้วย ผู้ดูแลจำนวน 1 คน และผู้ให้บริการจำนวน 1 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อให้ได้แนวทางในการตั้งคำถามที่ชัดเจนและเข้าใจตรงประเด็นที่ต้องการมากขึ้น ก่อนนำไปใช้จริงกับผู้ให้ข้อมูลหลัก

### 3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้ง 2 กลุ่ม ดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

**3.1 ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความขอเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร** ผ่านฝ่ายการพยาบาล ภายหลังจากรับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ เลขที่ N045q/63\_ExpD แล้ว ดังรายละเอียด (ภาคผนวก ข) ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการวิจัยและระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเพื่อขอทำวิจัย

**3.2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล** ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย การวิเคราะห์สภาพการณ์ และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตัวเอง เป็นรายบุคคล (Individual Interview) 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สัมภาษณ์ผู้ดูแลที่แผนกผู้ป่วยใน และผู้ให้บริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

1) ติดต่อนัดหมายผู้ให้ข้อมูลนัดเวลา สถานที่  
 2) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล โดยการแนะนำตัวผู้วิจัยว่าเป็นนักศึกษาปริญญาโท แขนงวิชาการบริหารทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่องรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก บอกวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และกระบวนการเก็บข้อมูล หากผู้ให้ข้อมูลมีความยินดี ขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วม (Inform consent) โครงการ และผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูล หรือยุติการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา ที่ทำการวิจัย โดยไม่มีผลกับการดูแลรักษาแต่อย่างใด หรือการปฏิบัติงานของท่านแต่อย่างใด

3) สัมภาษณ์ผู้ดูแล โดยใช้เครื่องมือชุดที่ 1 ส่วนที่ 1 และผู้ให้บริการโดยใช้เครื่องมือ ชุดที่ 1 ส่วนที่ 2 โดยจะสัมภาษณ์ผู้ดูแลก่อนจนครบ และสัมภาษณ์ผู้ให้บริการต่อมา เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับจากผู้ดูแลไปเชื่อมโยงกับแบบสอบถามผู้ให้บริการที่มีอยู่แล้วเพิ่มเติมส่วนที่ขาดให้สมบูรณ์ระหว่าง การสนทนาผู้ให้ข้อมูลแสดงออกทางความคิดเห็นอย่างอิสระ ตั้งใจฟังไม่แสดงความคิดเห็นขัดแย้ง ชักชวนให้ ผู้ดูแลออกความคิดเห็น ตรงตามประเด็นที่ต้องการ โดยใช้ระยะเวลาสัมภาษณ์คนละ ประมาณ 30 – 40 นาที จนครบจำนวนตามที่กำหนด และแจ้งผู้ให้ข้อมูลว่า อาจนัดขอโทรศัพท์ไปสัมภาษณ์เพิ่มเติม ภายหลังหากได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูล

1) ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปสัมภาษณ์ผู้ดูแลกำหนดรหัสข้อมูล PT ย่อมาจาก Patient ตามด้วยลำดับการสัมภาษณ์ “PT01” และนำเสนอเป็นภาพรวม ซึ่งจะไม่สามารถระบุตัวตนผู้ให้ข้อมูลได้ จะไม่เกิดผลเสียใดๆกับผู้ให้ข้อมูล จัดเก็บในคอมพิวเตอร์โดยผู้วิจัยทราบรหัสผ่านคนเดียว

2) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ กำหนดรหัส Ser ย่อมาจาก service ตามด้วยลำดับการสัมภาษณ์ “Ser 01” จัดเก็บในคอมพิวเตอร์โดยผู้วิจัยทราบรหัสผ่านคนเดียว

ขั้นตอนที่ 3 ถอดเทปจากเครื่องบันทึกเสียงสัมภาษณ์ หลังจากได้ข้อมูลการสัมภาษณ์ รายบุคคล ทั้ง 2 กลุ่มแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการถอดเทปจากเครื่องบันทึกเสียงสัมภาษณ์ ทีละกลุ่ม แบบคำต่อคำ (transcript verbatim) และทบทวนความสมบูรณ์ของเนื้อหาตรงตามความต้องการหรือไม่ ถ้าไม่ครบ ไม่ตรงตามต้องการต้องติดต่อกลับ โดยถอดเทปผู้ดูแลก่อนเพื่อนำข้อมูลบางออกไปเชื่อมโยงสอบถามผู้ให้บริการ และจากนั้นถอดเทปผู้ให้บริการจนครบ

ขั้นตอนที่ 4 นำข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล และผู้ให้บริการวิเคราะห์คำพูด ประโยคต่อประโยค ทบทวนความถูกต้องของข้อมูล ประเด็นที่พบซ้ำๆตามต้องการ แล้วจัดบันทึกข้อมูลส่วนที่สำคัญในแต่ละประเด็นของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ (อารีย์วรรณ อ่วมตาณี, 2549)

- 1) อ่านข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ ซ้ำหลายๆครั้ง ร่วมกับการฟังบันทึกเสียง เพื่อทำความเข้าใจกับความหมายของข้อมูลที่ได้มา
- 2) ดึงข้อความหรือประโยคที่พูดซ้ำกันออกมาและให้ความหมายของประโยคนั้นๆ ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น
- 3) จัดระบบความหมายของข้อมูลแยกเป็นกลุ่มประเด็น และเขียนบันทึกการสนทนา
- 4) เขียนอธิบายประเด็นที่ได้เป็นความต่อเนื่องกัน สัมพันธ์กัน จากนั้นนำไปอ่านซ้ำๆ ร่วมกับฟังบันทึกเสียงที่ภาษาณ์ เพื่อหาข้อมูลที่ขาดหายไปครบ ถ้ามีประเด็นที่ไม่ชัดเจนให้กลับไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง
- 5) การตีความนำข้อมูลที่มีอยู่มาเชื่อมโยงดูความสัมพันธ์ เพื่อหาข้อสรุปประเด็นนั้นๆ ตามคำถามงานวิจัย แยกหมวดหมู่
- 6) แก้ไขข้อมูลตามที่คุณให้ข้อมูล มาตรวจสอบ แล้วเขียนประเด็นที่สำคัญ แปลความหมายเป็นความเรียงหลังจากได้ข้อมูลดังกล่าวแล้วผู้วิจัยนำประเด็นที่ได้จากทั้งสองกลุ่มมาร่างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก

ขั้นตอนที่ 5 ร่างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก-ดำเนินการดังนี้

- 1) ผู้วิจัยนำประเด็นปัญหาจากการวิเคราะห์สภาพการณ์ และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก พบประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาบูรณาการในส่วนที่สอดคล้องกัน กำหนดเป็นประเด็นร่วม ซึ่งเป็นบริบทความเสี่ยง (context risk) จำนวน 10 ประเด็น และผู้ให้บริการ 11 ประเด็น ดังตารางที่ 4 (ภาคผนวก ฉ)
- 2) นำประเด็นผู้ดูแลและผู้ให้บริการในบริบทความเสี่ยงใน มาสรุปเป็นประเด็นของกระบวนการจัดการความเสี่ยง (process dimension) ของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก
- 3) สรุปประเด็นซึ่งเป็นผลมาจากมาจาก บริบทการจัดการความเสี่ยง กระบวนการจัดการความเสี่ยง และกำหนดผลลัพธ์ของการจัดการความเสี่ยง ในรูปภาพที่ 1 (ภาคผนวก ฉ)

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาร่างรูปแบบ พร้อมกับปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อรับคำแนะนำและปรับแก้ไข ก่อนนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ (ภาคผนวก ฉ)

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กที่พัฒนาขึ้น ใช้เครื่องมือชุดที่ 2 ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย ผู้แทนจากผู้ให้บริการกลุ่มแรก เป็นทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จำนวน 4 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน รวม 7 คน ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

- 1) ติดต่อผู้ทรงคุณวุฒิ นัด วัน เวลา สถานที่เพื่อไปพบ
- 2) นำรูปแบบที่ได้ให้ผู้ทรงประเมินความเหมาะสมตามข้อคำถามแต่ละข้อ พร้อมให้ข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่วัตถุประสงค์ กระบวนการดำเนินงานจนได้รูปแบบ
- 3) นำข้อคะแนนที่ได้จากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านมาใส่ค่าคะแนนที่ได้ การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กที่สร้างขึ้นมานำไปประเมินความเหมาะสมของรูปแบบรายมิติ 6 มิติ โดยการคำนวณค่าผลการประเมินของแต่ละมิติ (Calculating domain score) ใช้ค่าคะแนนตามรายชื่อในแต่ละมิติของผู้ประเมินทั้งหมด และนำมาเข้าสู่สูตรดังนี้ รายละเอียดที่ (ภาคผนวก ข) คะแนนของหมวดคำนวณได้จากการรวมคะแนนทั้งหมดของแต่ละหัวข้อในหมวดนั้น และจัดลำดับคะแนนรวมเป็นร้อยละของคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ของหมวด การให้คะแนนหัวข้อของ AGREE II ทั้งหมดใช้ระบบคะแนน 7 ระดับ (1 –ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ถึง 7- เห็นด้วยอย่างมาก)

การให้คะแนนหัวข้อของ AGREE II ทั้งหมดใช้ระบบคะแนน 7 ระดับ ดังนี้

1	2	3	4	5	6	7
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก						เห็นด้วยอย่างมาก

ระดับคะแนน คือ 
$$\frac{\text{คะแนนที่ได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}}$$

คะแนนสูงสุดที่จะเป็นไปได้ = 7 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) x จำนวนคำถามทั้งหมด x จำนวนผู้ประเมิน

คะแนนต่ำสุดที่จะเป็นไปได้ = 1(ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) x จำนวนคำถามทั้งหมด x จำนวนผู้ประเมิน

เกณฑ์การประเมินคุณภาพของรูปแบบพิจารณาได้จากค่าคะแนนการประเมินโดยรวมทุกมิติ >70% จึงสรุปได้ว่า รูปแบบนั้นเป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้ได้ (ศากุล ช่างไม้, 2549 : Waltz Strickland & Lenz, 1991)

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล จากการสัมภาษณ์ เป็นรายบุคคล 2 กลุ่ม กลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ กลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มผู้ให้บริการ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

4.2 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลที่ได้จากการประเมินความเหมาะสม โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

#### 5. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลหลัก

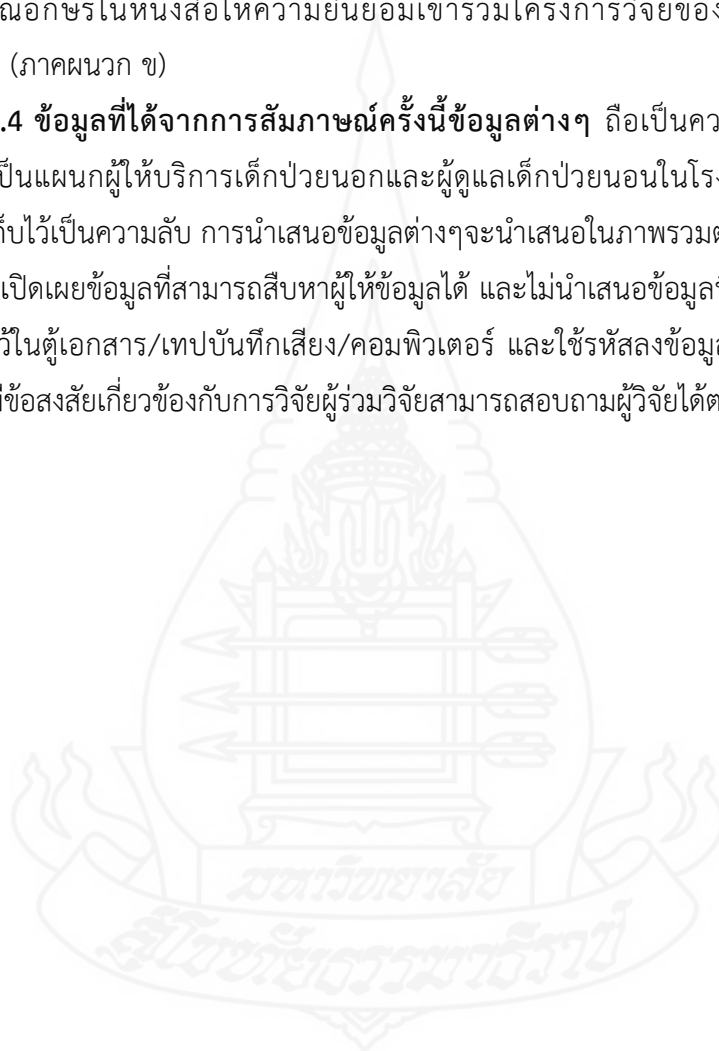
เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการทำวิจัย ดังนั้นข้อมูลที่รวบรวมได้ต้องคำนึงถึงคุณค่า และศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ร่วมวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินงานตามมาตรฐานการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

5.1 ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความเพื่อเสนอโครงร่างวิจัยถึงสถาบันบาราศนราตुर เพื่อเข้าคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัยการวิจัยในมนุษย์มีการพิทักษ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยผ่านความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เสนอผ่านประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช และเสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะอนุกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันบาราศนราตुर

5.2 เมื่อได้รับเอกสารรับรอง โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช และจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันบาราศนราตुर ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล มีการเลือกแบบเจาะจงเพื่อให้ได้ผู้ร่วมวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดให้มีโอกาสเข้ารับการวิจัย

**5.3 ก่อนและระหว่างดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยชี้แจง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย และระยะเวลาของการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้รับบริการหรือผู้ดูแลและผู้ให้บริการ ในระหว่างการวิจัยผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถถอนตัวออกจากการสัมภาษณ์ในระหว่างดำเนินการได้ และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลหลักและลงลายมือให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของสถาบันบาราศนราตुर รายละเอียดดั่ง (ภาคผนวก ข)

**5.4 ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งนี้ข้อมูลต่างๆ** ถือเป็นความลับของผู้ดูแล และผู้ให้บริการจะเป็นแผนกผู้ให้บริการเด็กป่วยนอกและผู้ดูแลเด็กป่วยนอนในโรงพยาบาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะนำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้ และไม่นำเสนอข้อมูลที่บ่งบอกถึงตัวบุคคลที่ให้ข้อมูลจัดเก็บไว้ในตู้เอกสาร/เทปบันทึกเสียง/คอมพิวเตอร์ และใช้รหัสลงข้อมูลแทนระบุตัวบุคคลกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวข้องกับการวิจัยผู้ร่วมวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อเสนอรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก สถาบันบาราศนราดรุ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งตามวัตถุประสงค์การวิจัยออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ผลวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ตอนที่ 2 ผลการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก และตอนที่ 3 ผลการประเมินความเหมาะสมของร่างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี ที่พัฒนาขึ้น และปรับปรุงร่างรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิประเมินที่ความเหมาะสมของรูปแบบ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

#### ตอนที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก

ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ดังนี้

**1.1 ประชากรหรือผู้ให้ข้อมูล (Key informant) สำหรับวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ดังนี้**

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยคำนึงถึงความสามารถในการให้ข้อมูล เป็นผู้รู้จักหรือปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กป่วย และสมัครใจให้ข้อมูล จำนวน 15 คน ประกอบด้วย

**กลุ่มผู้ดูแล** ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กป่วย 5 คน ประกอบด้วย เป็นคุณย่า คุณยายและมารดา อายุระหว่าง 22-64 ปี เฉลี่ย 41.6 ปี เด็กป่วยที่ดูแลอายุ 4-8 ปี อายุเฉลี่ยอายุ 6.4 ปี ในครอบครัวมีเด็กเล็กอยู่ร่วมครอบครัวเดียวกัน อายุน้อยกว่า 2 ปี ทั้งหมด การศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างน้อย ร้อยละ 20 และระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี ร้อยละ 20 ผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกัน และ



กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล จำนวน 10 คน มีอายุระหว่าง 32- 56 ปี อายุเฉลี่ย 42.5 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 60 และปริญญาโทร้อยละ 20 แพทย์ ร้อยละ 20 มีประสบการณ์ทำงานการดูแลผู้ป่วยน้อยที่สุด 5 ปี มากที่สุด 23 ปี ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 15.6 ปี

## 1.2 ข้อมูลการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก

ผลจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มผู้ให้บริการการวิเคราะห์สภาพการณ์การและความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก พบข้อมูลกลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มผู้ให้บริการ ดังนี้

กลุ่มผู้ดูแล พบปัญหาที่เป็นความเสี่ยง 10 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้ดูแลไม่รู้จักโรคอาร์เอสวี อาการ และการดำเนินการของโรค

ประเด็นที่ 2 ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและความรุนแรงของโรคที่เกิด

ในเด็กเล็ก

ประเด็นที่ 3 ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องของการแพร่กระจายเชื้อโรคอาร์เอสวีสู่คนในครอบครัวและการติดต่อไปยังผู้อื่น

ประเด็นที่ 4 ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องเด็กมีโอกาสเป็นอาร์เอสวีซ้ำได้อีกเมื่อสภาพภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง

ประเด็นที่ 5 ผู้ดูแลขาดทักษะบางอย่างในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

ประเด็นที่ 6 ผู้ดูแลมีความต้องการให้จัดช่องทางการรับยาเฉพาะสำหรับเด็กติดเชื้อและได้รับ ยารวดเร็ว

ประเด็นที่ 7 ผู้ดูแลขาดทักษะการในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติทางร่างกายเพื่อป้องกันและลดอาการแทรกซ้อน

ประเด็นที่ 8 ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลกับโรคอาร์เอสวีในเด็กที่มีอาการแทรกซ้อนเมื่อบุตรหลานป่วย

ประเด็นที่ 9 ผู้ดูแลต้องการความมั่นใจในการดูแลบุตรหลานเองที่บ้านหลังให้ข้อมูลก่อนกลับบ้านและสามารถโทรปรึกษาเมื่อเด็กมีอาการรุนแรง

ประเด็นที่ 10 ผู้ดูแลประสงค์ให้แพทย์นัดหมายดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนกว่าเด็กจะหายจากโรค

โดยแต่ละประเด็นมีตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ดูแล ดังนี้

### ประเด็นที่ 1 ผู้ดูแลไม่เคยรู้จักโรคอาร์เอสวี อาการ และการดำเนินการของโรค

ผู้ดูแลยังไม่เคยรู้จักโรคอาร์เอสวี โดยเฉพาะในเรื่องของอาการ และการดำเนินการของโรคอาร์เอสวี ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ไม่เคยรู้จักเลย เพิ่งมารู้จักตอนหลานเป็น...แต่ไม่รู้จะทำไม้อะไรแล้วถึงหอบคะ

เข้าโรงพยาบาล สมุทรสาคร ทางโรงพยาบาลไม่ได้แจ้งว่าเป็นอาร์เอสวีตั้งแต่ที่

นั้น...”(PT02) “...ไม่เคยรู้จักเลย มารู้จักตอนลูกป่วย...”(PT03)

“... รู้จักตอนลูกป่วยดูจาก internet ค่ะทราบตอนลูกป่วย...” (PT04)

“... ไม่มีอาการตัวร้อนเหมือนไข้หวัดใหญ่ ตัวร้อนมาทีหลัง ไอ

อวกมาก่อน ตัวร้อนเพิ่งมาเป็นทีหลัง เมื่อบวมคอตลอดปอดปกติ

ไม่มีตัวร้อน แต่ยังมีไข้ที่เป็นไอนี้ (โรคอาร์เอสวี)...” (PT01)

### ประเด็นที่ 2 ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและความรุนแรงของโรคที่เกิดในเด็กเล็ก

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ยังขาดความรู้ (deficient knowledge) เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอาร์เอสวี โดยเฉพาะเด็กเล็กอายุน้อย เป็นภูมิแพ้ หรือเด็กภูมิต้านทานต่ำ และความแตกต่างของโรคนี้กับโรคหวัด รวมทั้งวิธีการติดต่อ และความรุนแรง ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยงทราบตอนหลานป่วยนี่ละคะ...” (PT01) “...น่าจะติด

จากโรงเรียนค่ะครูบอกโรงเรียนเด็กป่วยเยอะคุณแม่เป็นภูมิแพ้ค่ะ...” (PT03)

“...น้องไปแค่โรงเรียนแล้วกลับบ้านค่ะ...น้องมีไข้ 1 วันกลับไปทานยาที่บ้าน

ต่อ...” (PT04) “...น่าจะเด็กเล็กใหม่คะ ย่าไม่แน่ใจว่ามีแบบไหนอีกคะ...”

(PT02) “...ยังไม่ทราบเลยคะเหมือนโรคหวัดใหม่คะ...”(PT02)

“...คิดว่าเมื่อเด็กคนนึงเป็น อีกคนนึงก็เป็นคะ ที่อยู่แออัดในห้องเรียน...”

(PT02) “...รู้จักว่าเป็นในเด็กเล็กอันตราย แต่ไม่ทราบว่ารุนแรงอย่างไรบ้าง

ลูกเป็นครั้งแรกมาทราบที่โรงพยาบาลค่ะ ...” (PT05)

### ประเด็นที่ 3 ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีไปยังคนในครอบครัวและติดต่อไปยังผู้อื่น

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องการแพร่กระจายเชื้อโรคอาร์เอสวีที่สามารถนำเชื้อไปสู่คนในครอบครัวและบุคคลอื่น ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ไม่รู้เลย (เกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อ) ไปยังน้องอีกคนได้ไหม ....”

(PT03) “...ไม่ค่อยได้ทำความสะอาด(ของใช้ร่วมกันในบ้าน) ค่ะไม่ได้คิดเลยว่าจะทำให้ติดเชื้อโรคคะ...”

(PT03) “...ไม่ทราบคะว่าสัมผัสมีอะไรบ้าง...”(PT04)

“...ไม่ทราบค่ะ รู้จักแต่ว่าติดจากการไอ จาม เท่านั้นค่ะ...”(PT04) “...ที่บ้าน คนโตป่วยใส่ผ้าปิดจมูกบ้างไม่ใส่บ้างค่ะ...”(PT05) “...ยังไม่ทราบค่ะ ว่าระยะเท่าใด ไอจามใส่กันแล้วไม่ติดเชื้อ...”(PT03) “...หมอบอกระวังไปติดคนอื่น แต่ไม่ได้ละเอียดยอะไรมากนัก...”(PT04) “...ไม่ทราบเลยคะอาการแบบไหนที่น้องจะไม่แพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีแล้วคะ...”(PT02)

#### ประเด็นที่ 4 ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องเด็กมีโอกาสเป็นโรคอาร์เอสวีซ้ำได้อีกเมื่อสภาพภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ยังขาดความรู้ (deficient knowledge ) เรื่องการเป็นโรคอาร์เอสวีแล้วสามารถเป็นซ้ำได้อีก เมื่อสภาพภูมิอากาศเปลี่ยนแปลงโดยจะพบมากช่วงปลายฝนต้นหนาวของทุกปี ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ไม่ทราบเลยอาร์เอสวีระบาดช่วงเดือนไหน...”(PT01)  
 “...ไม่ทราบเลยคะ ปลายปีรีเปลา่หลานเป็นปลายปี...”(PT02)  
 “...ไม่ทราบคะว่าเป็นอีกได้ หมอบอกว่าเป็นในเด็กเล็ก อาการจะรุนแรงคะ...”(PT04)

#### ประเด็นที่ 5 ผู้ดูแลขาดทักษะบางอย่างในการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะยังไม่ครอบคลุม (Knowledge and Skill ) ในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคของระบบทางเดินหายใจ ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ไม่ทราบเลยคะว่าต้องล้างมือแบบไหน...”(PT01)  
 “...ล้างได้ไม่ครบ 7 ขั้นตอนคะ...”(PT02)  
 “...ล้างไม่ครบคะแต่พอได้ ดูตามทีวี ล้างนาน 20 วินาที คุณแม่ใช้น้ำสบู่ล้างคะ...”(PT03)

#### ประเด็นที่ 6 ผู้ดูแลมีความต้องการให้จัดช่องทางมารับยาเฉพาะสำหรับเด็กติดเชื้อและได้รับยารวดเร็ว

ผู้ดูแลมีความต้องการให้จัดช่องรับยาเฉพาะสำหรับเด็กติดเชื้อและได้รับยากลับบ้านโดยเร็วจะได้ไม่นั่งรอนาน ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“... หลานไม่ได้อายคะนอนโรงพยาบาลเลย แต่ถ้ามีช่องทางมารับยาที่ไม่ปนกับคนป่วยท่านอื่นจะดีนะคะหลานอยู่ไม่นิ่งด้วย...”(PT02) “...เคยมารักษาที่นี่คะต้องนั่งรอรับยานาน กลัวรับเชื้อจากคนอื่นเหมือนกันคะ บางทีมากันสองคนแม่รอยา ย่าไปรอกับหลานในรถ...”(PT01)

**ประเด็นที่ 7 ผู้ดูแลขาดความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน  
ของโรค**

ผู้ดูแลขาดความสามารถเรื่องการล้างจมูก ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้  
 “...ล้างจมูกไม่เป็นค่ะ...”(PT03) “...ล้างไม่เป็นค่ะ กลัวมาก เปิด You tube ดู  
 ยังไม่กล้าล้างลูกสัก...”(PT05) “...ล้างจมูกไม่เป็นค่ะเห็นคุณแม่เขาให้  
 พยาบาลสอนนะค่ะ...” (PT01) “...ไม่เคยใช้ปรอทวัดไข้เลยคะมือสัมผัสแล้ว  
 เช็ดตัวเลยและไม่เคยวัดไข้ซ้ำด้วยคะ...” (PT02)

**ประเด็นที่ 8 ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลกับโรคอาร์เอสวีในเด็กที่มีอาการแทรกซ้อนเมื่อ  
บุตร หลานป่วย**

ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลและภาวะเครียดจากอาการของบุตรหลาน ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้  
 “... เครียดนะคะกลัวหลานเป็นหอบเยอะ หมอบอกแม่เขาว่าเขาเป็นภูมิแพ้อยู่  
 แล้วเป็นหนักกว่าเด็กคนอื่น กลัวเขาเป็นหอบไม่หาย เวลาป่วยจะหอบขึ้นมาอีก  
 ค่ะ...”(Pt 01) “...ไม่ทราบค่ะ ไม่อยากเป็นอีกแล้วค่ะ เครียดสงสารลูก...”  
 (PT03) “...เครียดเหมือนกันนะหลานเป็นภูมิแพ้อยู่ก่อนแล้วมาเป็นโรคนี้อีก กลัว  
 เขาหอบ...”(PT02) “...มีอาการรุนแรงคะคุณหมอแจ้ง ตอนนี้อยู่ที่ออกซิเจน พ่น  
 ยา และเคาะปอดดูดเสมหะคะ...”(PT03) “...เป็นไข้หวัดอันตรายรุนแรงมากใน  
 เด็กเล็ก ปอดอักเสบเป็นหอบส่วนน้องไอมากและอาเจียน ...” (PT04)

**ประเด็นที่ 9 ผู้ดูแลต้องการความมั่นใจในการดูแลบุตรหลานเองที่บ้านหลังให้ข้อมูลก่อน  
กลับบ้านและสามารถโทรปรึกษาเมื่อเด็กมีอาการรุนแรง**

ผู้ดูแลต้องการความมั่นใจกลับไปดูแลเองที่บ้านได้ โดยต้องการคำแนะนำจากพยาบาล  
 เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและสามารถโทรศัพท์มาสอบถามเมื่อมีปัญหาเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังตัวอย่างผู้ให้  
 ข้อมูลดังนี้

“...อยากให้คุณพยาบาลมาแนะนำการดูแลหลานเมื่อกลับบ้าน คำแนะนำไป  
 โรงเรียน ควรได้ไปตอนไหน ...” (PT02) “...ดูแลลูกที่บ้านได้คะคงต้องสอนเรื่อง  
 อาการที่รุนแรงหรือมีเบอร์โทรศัพท์ไว้ปรึกษาจะได้อุ่นใจคะ...”(PT03) “...ดูแลได้  
 ค่ะ น้องแคะมีไข้ แต่ถ้าน้ำมูกเยอะ หายใจไม่ได้คงไม่กลับคะ ขอนอนโรงพยาบาล  
 เลย...”(PT05)

**ประเด็นที่ 10 ผู้ดูแลประสงคฺ์ให้แพทย์นัดหมายดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนกว่าเด็กจะหายจากโรค**

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่บุตรหลานป่วยหรือมีโรคประจำตัวต้องการให้แพทย์นัดมาดูอาการจนกว่าโรคจะหายขาด

“...มาค้ต้องมา แน่นนอนอยากให้หลานหายขาดค้ะ และน้องทำประกันไม่ได้เลยค้ะเมื่อเป็นโรคนี๊ เขาถามว่าเป็นโรคนี๊ใหม่ พอทราบเขาไม่รับเลยค้ะหาค้ะน้องเป็นภูมิแพ้รักษาที่ศิริราชทุก 4 เดือน...” (PT02) “...อยากให้นัดหลานเพราะหลานเป็นภูมิแพ้ด้วยค้ะและรักษาภูมิแพ้ที่โรงพยาบาลเด็กด้วย...” (PT01) “...มาค้ะอยากใหู้ว่าลูกหายจริงจ้ะ...” (PT03) “...อยากมาค้ะจะไดู้ว่าลูกหายจริงจ้ะ...” (PT05) “...มาค้ะกลัวเขาเป็นอย่างอื่นเพิ่มเติมยัไม่หาย...” (PT04)

**กลุ่มผู้ให้บริการ พบปัญหาที่เป็นความเสี่ยง 11 ประเด็น ดังนี้**

ประเด็นที่ 1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงโรคอาร์เอสวีอาการ การดำเนินการของโรค ความรุนแรงและการปฏิบัติตน

ประเด็นที่ 2 บริเวณจุดคัดกรองชั้นล่างมีผู้ใช้บริการจำนวนมาก ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อก่อนมาถึงแผนกตรวจ

ประเด็นที่ 3 พื้นที่ไม่เพียงพอสำหรับแยกเฉพาะ ในการรองรับการคัดกรองผู้ป่วยเด็ก ติดเชื้อที่รอการตรวจหรือรอผลห้องปฏิบัติการ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ

ประเด็นที่ 4 การจัดอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันและลดการติดเชื้อในแผนกผู้ป่วยนอกยังไม่มีประสิทธิภาพ

ประเด็นที่ 5 การจัดพื้นที่ให้บริการสำหรับผู้ติดเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กยังมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคอาร์เอสวี

ประเด็นที่ 6 ผู้ดูแลขาดทักษะด้านการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อ

ประเด็นที่ 7 ผู้ดูแลขาดทักษะในการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคอาร์เอสวี

ประเด็นที่ 8 ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะการทำความสะอาดของใช้และสิ่งแวดล้อมที่บ้านยังไม่ครอบคลุม

ประเด็นที่ 9 ต้องการให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความมั่นใจเมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้

ประเด็นที่ 10 การประสานนำส่งผู้ติดเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กไปยังหอผู้ป่วยยังขาดประสิทธิภาพ

ประเด็นที่ 11 ไม่มีแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเด็กโรคอาร์เอสวีอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยแต่ละประเด็นมีตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ให้บริการ ดังนี้

**ประเด็นที่ 1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงโรคอาร์เอสวี อาการ การดำเนินการของโรค ความรุนแรงและการปฏิบัติตน**

ผู้ให้บริการมีมุมมองว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงโรคอาร์เอสวี อาการ การดำเนินการของโรคความรุนแรงในเด็กเล็ก และการปฏิบัติตน ดังตัวอย่างผู้บริการให้ข้อมูลดังนี้

“...ต้องให้ข้อมูลผู้ดูแลทุกครั้งเมื่อเป็นโรคอาร์เอสวีต้องแจ้งให้ทราบอาจเกิดภาวะหายใจล้มเหลวในเด็กเล็กเพราะส่วนมากไม่รู้จักโรคนี้นัยกตัวอย่างช่วงเด็กเล็กอายุ 11 เดือน เสียชีวิตด้วยโรคอาร์เอสวี...” (Ser01) “...บอกผู้ดูแลเมื่อเจอโรคเลยคะเด็กเล็กอายุน้อยๆ จะมีความเสี่ยงสูงและรุนแรง โดยเฉพาะเด็กที่มีโรคประจำตัว มีโรคหัวใจประวัติเป็นโรคปอดหรือพวกเด็ก CP...” (Ser02) “...บอกผู้ดูแลเด็กมีโรคประจำตัวเช่นโรคปอด เด็ก CP ถ้ามีการติดเชื้อที่ปอดเด็กเหนื่อยมากกว่าปกติ...” (Ser04) “...เด็กติดกันเองอยู่ร่วมกันจากคนในครอบครัวดูแลสิ่งแวดล้อมไม่ดี พบในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน มีความเสี่ยงคือคลอดก่อนกำหนดและเป็นโรคหัวใจใส่ท่อเครื่องช่วย หายใจอยู่นานเป็นเดือน พยายามไปกว่าจะหาย...” (Ser09)

**ประเด็นที่ 2 บริเวณจุดคัดกรองชั้นล่างมีผู้ใช้บริการจำนวนมาก ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อก่อนมาถึงแผนกตรวจ**

ผู้ให้บริการในบริเวณจุดคัดกรองมีจำนวนมากจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจต่อผู้ป่วยท่านอื่นได้ ดังตัวอย่างผู้บริการให้ข้อมูลดังนี้

“...มีโอกาสเกิดการกระจายเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจโดยการ ไอ จามใส่กันสัมผัสเสมหะที่มีเชื้อโรคอยู่ ใกล้กันมากตอนคัดกรองปนกับเด็กอื่นที่แผนกกุมารเวชกรรม...” (Ser02) “...ติดต่อโดยการสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย ผ่านการไอ การจามหรือการเปื้อนติดไปกับมือผู้ดูแลหรือมือเด็ก น้ำลายติดอยู่กับวัสดุต่างๆ เช่นของเล่น โต๊ะ เก้าอี้ ลิฟท์ ที่ใช้ร่วมกัน...” (Ser07) “...น่าจะคัดแยกตั้งแต่จุดคัดกรองด้านล่าง ทำสัญลักษณ์ เป็นสติ๊กเกอร์รูปการตุนก็ได้มาถึงแผนกเราจะได้จัดโซนแยกไว้เลย...” (Ser08) “...จริงๆควรคัดกรองตั้งแต่ด้านล่างและการเดินขึ้นตรวจควรแยกลิฟท์หรือแม่บ้านต้องทำความสะอาดลิฟท์ตลอดเวลา(Ser10)

**ประเด็นที่ 3** พื้นที่ไม่เพียงพอสำหรับแยกเฉพาะ ในการรองรับการคัดกรองผู้ป่วยเด็กติดเชื้อที่รอการตรวจหรือรอผลห้องปฏิบัติการ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ

มีพื้นที่จำกัดการแยกเฉพาะ ในการให้บริการจึงไม่เพียงพอถ้ามีผู้รับบริการจำนวนมาก มีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่นที่มารับการบริการด้วยกัน เช่น จัดโซนรอรับบริการคัดกรองการตรวจหรือรอผล lab และจัดสื่อเพื่อดึงดูดความสนใจเด็กไม่ไปวิ่งเล่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ดังตัวอย่างผู้บริการให้ข้อมูลดังนี้

“...แยกโซนได้แต่เด็กที่วิ่งได้จะไม่ค่อยอยู่นิ่ง วิ่งเล่นจนต้องกำชับผู้ดูแลเพราะกลัวไปติดเด็กอื่นที่มาตรวจ ...” (Ser01) “...ผู้ป่วยเป็นเด็กมักไม่อยู่นิ่ง...” เคน ออกนอกเขตที่กำหนด (Ser07) “...ต้องแบ่งให้เป็นสัดส่วนมากขึ้น แผนกผู้ป่วยนอกมีการตรวจเด็กเฉพาะทางในแต่ละวันทำให้มีปัญหาเรื่องพื้นที่รอตรวจยังไม่เป็นสัดส่วนต้องปรับไปตามกิจกรรมเฉพาะในแต่ละวัน...” (Ser07)

**ประเด็นที่ 4** การจัดอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันและลดการติดเชื้อในแผนกผู้ป่วยนอกยังไม่มีประสิทธิภาพ

ผู้ให้บริการควรมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น อ่างล้างมือเพิ่มที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ดังตัวอย่างผู้บริการให้ข้อมูลดังนี้

“...สถานที่อาจจะไม่พร้อมบางจุดในผังเช่น อ่างล้างมือควรมีมากกว่านี้...” (Ser01) “...คิดว่าต้องเพิ่มอ่างล้างมือแบบเปียกด้านนอกค่ะ...” (Ser08) “...คิดว่าควรเพิ่มที่แผนกคัดกรองด้านบน หรืออ่างล้างมือแบบเปียก คนไข้จะได้มีใช้สะดวกไม่แย่งกันใช้...” (Ser09)

**ประเด็นที่ 5** การจัดพื้นที่ให้บริการสำหรับผู้ติดเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กยังมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคอาร์เอสวี

ให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความต้องการให้คนไข้รอรับยาห่างจากผู้ป่วยแผนกอื่นและเร็วเมื่อรับยากลับบ้านเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจดังตัวอย่างผู้บริการให้ข้อมูลดังนี้

“...ควรมีระบบ fast trac ในการจ่ายยา คือแพทย์คีย์ยาเสร็จจากห้องตรวจแล้วให้คนไข้ไปรับยาได้เลยแต่ท้ายๆ เพราะเจ้าหน้าที่ไม่พอถ้าคนไข้มากกว่านี้ต้องปรึกษาห้องยาค่ะ คนไข้มีหลายแผนก ควรจัดแผนกยาสำหรับโรคทางเดินหายใจไว้เลยค่ะ...” (Ser01) “...การทำความสะดวก พื้นที่ได้กรอตรวจ และการทำ fast trac ในการรับยาเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อในช่วงรอรับยา...”

(Ser07)“...อยากพัฒนาระบบการรองรับ ยาห้องยา การเงิน ไม่อยากให้คนไข้ไปรอด้วย กลัวแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นค่ะควรใช้ระบบ fast trac ยา...”(Ser02)

### ประเด็นที่ 6 ผู้ดูแลขาดทักษะด้านการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อ

ผู้ให้บริการพบว่าผู้ดูแลมีทักษะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในเด็กเล็กยังไม่ครบถ้วนดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“...แนะนำการล้างมือให้ถูกต้อง มีป้าย ตามอ่างล้างมือแต่ละจุด การล้างมือมีกี่วิธีทำอย่างไรบ้าง บางรายต้องสาธิต การสาธิตควรทำเป็นกลุ่ม ครึ่งละ 5-10 ต้องมีบุคลากรเพิ่มด้วย...”(Ser01)“...ตอนนี้ป้ายรณรงค์เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคอาร์เอสวียังไม่ดีแต่มีคำแนะนำจากการพูดมากกว่าค่ะ...”(Ser01)“...โดยมากที่เจอไม่ใส่ผ้าปิดจมูกเป็นก่อนโควิดนะคะ ตอนหลังมีโควิดแทบจะไม่ต้องห่วงกันเลยค่ะถ้าพบคือตักเตือนแนะนำทันทีถึงผลเสียที่เกิดขึ้นกับตนเอง...”(Ser04)“...แต่ยังมีปัญหาผู้ปกครองยังไม่สวมหน้ากากอนามัย ยังอ้อมเด็กมาเล่นด้วยกัน...”(Ser07)“...พบผู้ปกครองคุยกันไม่ค่อยใส่ mask บางทีลืมล้างมือ หลังสัมผัสเด็ก...”(Ser04)“...มีบางรายที่คุณยายดูแลเขาบอกล้างมือไม่เป็นตรงนี้เป็นจุดบอดที่เราไม่ได้สอนเขาให้ล้างมือเป็นขั้นตอน...”(Ser05)“...จริงๆ อยากทำเป็น VDO ของเราเอง การล้างมือ การใส่ผ้าปิดจมูกการทำความสะอาดของใช้ จะได้มีไว้เปิดในช่วงฤดูกาลอาร์เอสวี ทำเป็นเรื่องๆ เปิดวนไปค่ะที่ผ่านมาให้เปิด You tube ดูเอง ...”(Ser05)

### ประเด็นที่ 7 ผู้ดูแลขาดทักษะในการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคอาร์เอสวี

ผู้ให้บริการพบว่าผู้ดูแลบางท่านเช็ดตัวไม่ถูกวิธี ล้างจมูกไม่เป็น ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...อีกเรื่องน่าจะเป็นเรื่องการเช็ดตัว เพราะในเด็กเล็ก พ่อแม่จะไม่ค่อยกล้าเช็ดตัวนักคงทำสื่อ VDO เรื่องการเช็ดตัว เด็กเป็นอาร์เอสวี จะใช้สูงเราสอนการเช็ดตัวเพื่อป้องกันการช้ำหรืออาการแทรกซ้อนค่ะ...”(ser06) “...ปัจจุบันเรามีแผ่นป้ายสาธิตการล้างจมูก และแนะนำให้ผู้ดูแลเปิด you tube แต่บางรายทำไม่ได้ไม่มั่นใจ กลัวลูกสำลัก กลัวลูกเจ็บค่ะ...”(ser01)“...คงทำแผ่นพับ หรือ QR code ในการดูแล การเช็ดตัว การเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อมาค่ะ...”(Ser04)“...บางรายไม่ทราบว่าจะมีกี่องศา รู้แต่เอาหลังมืออังแล้วร้อนรีบพามาโรงพยาบาลแต่มาถึงไม่มีไข้ ไม่ใช่ปรอทวัดไข้...”(Ser09)



## ประเด็นที่ 8 ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะการทำความสะอาดของใช้และสิ่งแวดล้อมที่บ้านยังไม่ครอบคลุม

ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องทำความสะอาดของใช้และสิ่งแวดล้อมที่บ้านยังไม่ครอบคลุม ดังตัวอย่างผู้บริการให้ข้อมูลดังนี้

“...ผู้ดูแลไม่ได้ทำความสะอาดของใช้ร่วมกันในครอบครัว ช่วงระบาดจะทราบไม่พาท่านไปที่สาธารณะหรือชุมชนแออัด...”(Ser01)“แนะนำให้ล้างทำความสะอาดของเล่นทุกชิ้นแยกของใช้ค่ะ...”(Ser06)“...เพิ่มเรื่องการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมบางท่านไม่ได้ทำความสะอาดของใช้ร่วมกัน เช่น ลูกบิด ราวบันได...”(Ser09)“...บางท่านต้องแนะนำการใช้ของร่วมกัน เช่น จาม ชาม แก้ว น้ำ เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว และการทำความสะอาดของใช้ร่วมกันเช่นลูกบิดที่จับประตู หน้าต่าง...”(Ser02)“...ต้องเน้นย้ำให้เขาเห็นความสำคัญในเรื่องงตพบุตรหลานไปในที่เสี่ยง เช่น ที่แออัดห้างสรรพสินค้า ของเล่นเด็กที่ไม่ได้ได้รับการดูแลของสถานที่และบริการในช่วงที่มีการระบาด...”(Ser01)

## ประเด็นที่ 9 ต้องการให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความมั่นใจเมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน

ผู้ให้บริการต้องการให้ผู้ดูแลเด็กป่วยที่บ้านมีความมั่นใจในการดูแลและสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์นอกเวลาราชการ เพื่อลดความวิตกกังวลของอาการบุตรหลาน ดังตัวอย่างผู้บริการให้ข้อมูลดังนี้

“...แจ้งอาการผิดปกติถ้าลูกมีอาการ ตัวร้อน อาเจียนมากขึ้น หายใจเหนื่อยกว่าที่เคยเป็น อย่งใดอย่างหนึ่ง ให้รีบมาพบแพทย์ด่วน หรือโรงพยาบาลใกล้บ้านแล้วแจ้งเจ้าหน้าที่ว่าเป็นโรคอาร์เอสวี...”(Ser01)  
 “...ต้องแจ้งให้เขาทราบการดำเนินโรคที่ผิดปกติ ที่ควรมาพบแพทย์...”(Ser08)  
 “...เราแนะนำให้ติดต่อแผนกห้องฉุกเฉิน เพื่อปรึกษาข้อมูลได้ตามใบนัดพร้อมเบอร์โทรติดต่อ...”(Ser09)“...อยากทำระบบ on line 24 ชั่วโมง ให้ถามอาการหรือการดูแลขั้นต้นได้ตลอดเวลา...”(Ser10SS)

## ประเด็นที่ 10 การประสานนำส่งผู้ติดเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กไปยังหอผู้ป่วยยังขาดประสิทธิภาพ

การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำเด็กป่วยเข้าแผนกผู้ป่วยในเพราะยังมีประสิทธิภาพที่ต้องตระหนักให้มากยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“...บางทีไม่ได้โทรศัพท์แจ้งมา เราเตรียมห้องไม่ทัน กลัวเชื้อแพร่กระจายช่วงรอเตรียมห้อง เราจะแจ้งให้โทร บอกเราก่อนนะ ถ้ามากันหลายคน โรคเดียวกันให้มาพร้อมกันได้ค่ะ...”(Ser03)

“...บางทีมาติดๆกันกับโรคอื่น ควรจัดกลุ่ม admit...”(Ser04)

“...บางทีมาติดๆกันกับโรคอื่น ควรจัดกลุ่ม admit...”(Ser02)

“...ถ้าได้โทรศัพท์ประสานมาก่อนเราจะได้เคลียร์ห้อง เตียงได้ทัน

บางทีห้องหัตถการมีเด็กอยู่ เราจะได้ให้ตรงเข้าห้องเลยไม่ต้อง

ไปรอที่อื่น กลัวเชื้อแพร่กระจาย...”(Ser06)

## ประเด็นที่ 11 ไม่มีแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเด็กโรคอาร์เอสวีอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

ยังไม่มีแผนการจำหน่ายและการนัดติดตามอาการต่อเนื่องจนกว่าจะหายเป็นปกติดังตัวอย่างผู้บริการให้ข้อมูลดังนี้

“...ที่แผนกไม่ได้ทำแผนเยี่ยมบ้านค่ะไม่ได้ส่งต่อโรงเรียนหรือชุมชน

นอกจากโรงเรียนเดียวกันมาหลายคนจะแจ้งโรงเรียน”(Ser02)

“...โดยมากถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 1-2 วันเราจะให้กลับมาดูอาการอีก...” (Ser01)

“...ไม่ได้ทำแผนการเยี่ยมบ้านค่ะ ไม่ได้ทำโดยมากเด็กหายกันนะค่ะเพราะ

จะนัดมาดูอาการ...”(Ser09)

“...นัดติดตามอาการในระยะ 1-2 วัน กรณีไม่ได้นอนโรงพยาบาล

ทั้งนี้ขึ้นกับอาการของผู้ป่วย ความพร้อมของผู้ปกครอง...” (Ser06)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ให้บริการส่วนใหญ่พบว่าสอดคล้องกับประเด็นที่ได้รับจากผู้ดูแล โดยเฉพาะเรื่องความรู้และทักษะการปฏิบัติดูแลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก รวมถึงพื้นที่ให้บริการ

## ตอนที่ 2 ร่างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี ในเด็กเล็ก

จากการวิเคราะห์สภาพการณ์ และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ในตอนที่ 1 ผลการสัมภาษณ์ผู้ดูแล และผู้ให้บริการโดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างเพื่อสัมภาษณ์ผู้ดูแล ผลของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) บริบทการจัดการความเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน (2) กระบวนการจัดการดูแลตนเอง และ (3) ผลลัพธ์ของการจัดการดูแล แต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียด ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 บริบทการจัดการความเสี่ยงและปัจจัยป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก (หรือบริบทความเสี่ยง) เป็นประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและผู้ให้บริการ จำนวน 21 ประเด็น

องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก (Process dimension) ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลและผู้ให้บริการ 21 ประเด็นหลัก ดังที่กล่าวมาข้างต้น และนำไปสู่กระบวนการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก 9 ประเด็น ดังนี้

1. ให้ความรู้เรื่องโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการ การดำเนินการของโรค และความรุนแรงในเด็กเล็ก ป้องกันการเกิดโรคซ้ำเมื่อสภาพภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง
2. ให้ความรู้เรื่องการแพร่กระจายเชื้อโรคและการป้องกันโรค การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม
3. ฝึกทักษะการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. ฝึกทักษะการดูแลเพื่อป้องกันโรคและลดอาการแทรกซ้อนของโรค
5. สร้างความมั่นใจผู้ดูแลเด็กป่วยที่บ้านและสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์นอกเวลาราชการ
6. พัฒนาจุดบริการแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม เริ่มตั้งแต่จุดคัดกรองชั้นล่าง จนถึงจุดบริการคัดกรองที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อป้องกันแพร่กระจายเชื้อโรคต่อผู้ป่วยท่านอื่น รวมทั้งการจัดระบบยาที่รวดเร็ว
7. พัฒนาจุดบริการสิ่งอำนวยความสะดวกของไข้เพื่อป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อ
8. พัฒนาประสานการส่งผู้ป่วยนอก -ใน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

### 9. นวัตกรรมทุกรายต่อเนื่องจนหายเป็นปกติ

องค์ประกอบที่ 3 ผลลัพธ์ (Outcome)ของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ผลลัพธ์ หมายถึง พฤติกรรมการจัดการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี คุณภาพชีวิตและผลของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการจัดบริการทั้งในระยะสั้น และระยะยาว

1. ครอบครัวหรือผู้ดูแลสามารถเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคได้
2. ครอบครัวหรือผู้ดูแลสามารถดูแลเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนได้
3. ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดและแพร่กระจายเชื้อโรค

ได้

4. ไม่มีการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

ระยะยาว

1. เด็กเล็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปลอดภัยจากโรคแทรกซ้อน ปลอดภัยจากการติดเชื้ออาร์เอสวี และไม่เป็นโรคซ้ำ เจริญเติบโตตามวัย ทั้งนี้ รายละเอียดรูปภาพที่ 1 (ดังภาคผนวก ฉ )

## ตอนที่ 3 ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก

### 3.1 ประเมินความเหมาะสมของร่างรูปแบบ

ผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก โดยใช้เครื่องมือวิจัยตามแนวทางของการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II Instrument: AGREE II, 2556) จัดทำโดย สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (2556) ประกอบด้วย 6 มิติ ซึ่งประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ สรุปผล ดังนี้

**มิติที่ 1** ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ (ข้อที่ 1-3) คะแนนรายมิติ ร้อยละ 91.26

**มิติที่ 2** ด้านการมีส่วนร่วม ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียรูปแบบประกอบด้วย

บุคคลจากกลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งหมด มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย มีการกำหนดผู้มีส่วนร่วม/ผู้ใช้รูปแบบอย่างชัดเจน( 4-6) คะแนนรายมิติ ร้อยละ82.96

**มติที่ 3** ความเข้มงวดของการสร้างรูปแบบ (ข้อ7-8) คะแนนรายมิติ ร้อยละ 91.66

**มติที่ 4** ด้านความชัดเจนและการนำเสนอการสร้างรูปแบบมีการอธิบายชัดเจนและไม่กำกวม (ข้อ9) คะแนนรายมิติ ร้อยละ 90.47

**มติที่ 5** การนำรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กไปใช้ (ข้อ 10-11) คะแนนรายมิติ ร้อยละ 88.09

**มติที่ 6** ด้านความเป็นอิสระของทีมจัดทำรูปแบบ (ข้อ12-13) คะแนนรายมิติ ร้อยละ 91.66จะพบว่าคะแนนรายมิติ สูงสุดคือ **มติที่ 3** ความเข้มงวดของการสร้างรูปแบบ และ**มติ 6** ด้านความเป็นอิสระของทีม ร้อยละ 91.66 รองมา **มติที่ 1** ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ คะแนนรายมิติ ร้อยละ 91.26และน้อยที่สุดคือ **มติที่ 2** ด้านการมีผู้มีส่วนร่วม ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียรูปแบบประกอบด้วยบุคคลจากกลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งหมด มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย มีการกำหนดผู้มีส่วนร่วม/ผู้ใช้รูปแบบอย่างชัดเจนค่าคะแนน ร้อยละ 82.96

**สรุป** ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กโดยภาพรวมทั้ง 6 มิติ ค่าคะแนน 89.92 และ รายละเอียดดัง (ภาคผนวก ช)

อนึ่ง ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้ประเมินได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบ โดยให้สรุปรายละเอียดในแต่ละประเด็นและจัดรวมให้เป็นหมวดหมู่ เพื่อนำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมขึ้น ผู้วิจัยจึงปรับปรุงร่างรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายใต้ความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษา โดยดำเนินการจัดรวมประเด็นต่างๆ ในแต่ละองค์ประกอบใหม่ และจัดทำเป็นรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก สถาบันบาราศนราดรุร ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The individual and family self-management : IFSMT) ของไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009) เป็นกรอบหลัก ดังรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ที่นำเสนอในข้อ 3.2

**3.2 ผลการปรับปรุงร่างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก**

ภายหลังจากผู้วิจัยได้การปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิรูปแบบมี3 องค์ประกอบ แต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียด ดังนี้

**องค์ประกอบที่ 1** บริบทการจัดการความเสี่ยงและปัจจัยป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก (**หรือบริบทความเสี่ยง Context risk**) เป็นประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและผู้

ให้บริการ จำนวน 21 ประเด็น ดังที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งสามารถประมวลสรุปปรับบทความความเสี่ยงและความต้องการของผู้ดูแลได้ 6 ประการ

- 1) ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคอาร์เอสวี อาการ ความรุนแรง การดำเนินการของโรค การแพร่กระจายเชื้อโรคอาร์เอสวี และการเป็นโรคซ้ำเมื่อสภาพภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง
- 2) ผู้ดูแลขาดทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติทางร่างกายเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน
- 3) ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเกิดการติดเชื้ออาร์เอสวีในเด็ก
- 4) ผู้ดูแลต้องการความมั่นใจในการดูแลต่อที่บ้านและสามารถโทรปรึกษาเมื่อเด็กมีอาการรุนแรงมากขึ้น
- 5) ผู้ดูแลต้องการให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจนกว่าเด็กจะหายจากโรค และ
- 6) ผู้ดูแลต้องการให้บริการช่องทางการรับยาเฉพาะสำหรับเด็กติดเชื้อและได้รับยาอย่างรวดเร็ว

**องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี ในเด็กเล็ก (Process dimension)** ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลและผู้ให้บริการ 21 ประเด็นหลัก ดังที่กล่าวมาข้างต้น และนำไปสู่กระบวนการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก 9 ประเด็น ดังนี้

1. ให้ความรู้เรื่องโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการ การดำเนินการของโรค และความรุนแรงในเด็กเล็ก ป้องกันการเกิดโรคซ้ำเมื่อสภาพภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง
2. ให้ความรู้เรื่องการแพร่กระจายเชื้อโรคและการป้องกันโรค การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม
3. ฝึกทักษะการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. ฝึกทักษะการดูแลเพื่อป้องกันโรคและลดอาการแทรกซ้อนจากโรค
5. จัดบริการเพื่อสร้างความมั่นใจผู้ดูแลเด็กป่วยที่บ้านและสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลนอกเวลาราชการ
6. พัฒนาจุดบริการแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม เริ่มตั้งแต่จุดคัดกรองชั้นล่าง จนถึงจุดบริการคัดกรองที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อป้องกันแพร่กระจายเชื้อโรคต่อผู้ป่วยท่านอื่น รวมทั้งการจัดระบบยาที่รวดเร็ว
7. พัฒนาจุดบริการสิ่งอำนวยความสะดวกของใช้เพื่อป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อ

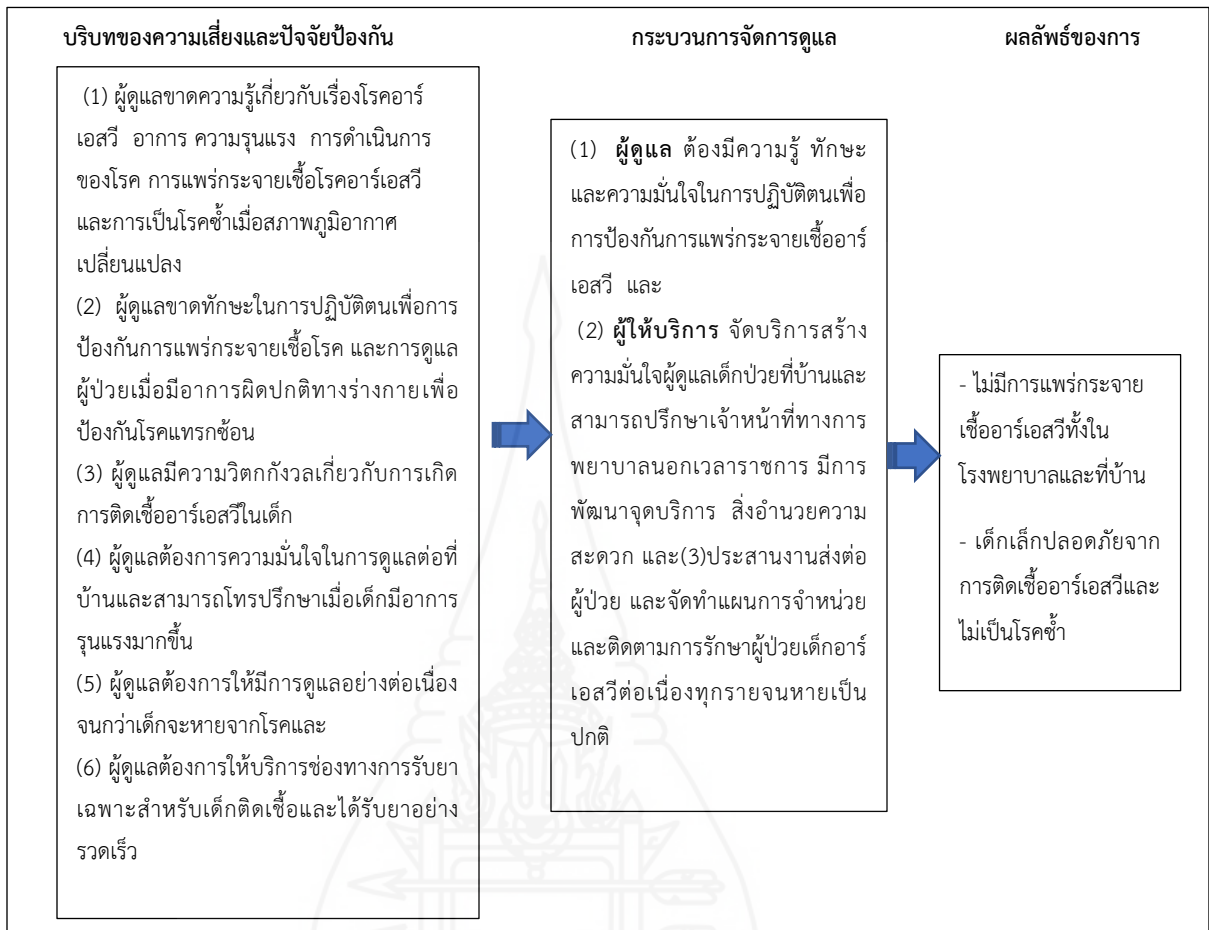
8. พัฒนาประสานการส่งผู้ป่วยนอก -ใน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
9. நடดูอาการทุกรายต่อเนื่องจนหายเป็นปกติ

จากกระบวนการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก (Process dimension) ทั้ง 9 ประเด็น ดังที่กล่าวมาข้างต้นซึ่งสามารถประมวลสรุป กระบวนการดูแลได้ 3 ประการ ดังนี้ (1) **ผู้ดูแล** ต้องมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี และ (2) **ผู้ให้บริการ** จัดบริการสร้างความมั่นใจผู้ดูแลเด็กป่วยที่บ้านและสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์นอกเวลาราชการ มีการพัฒนาจุดบริการ สิ่งอำนวยความสะดวก ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย และ (3) จัดทำแผนการจำหน่ายและติดตามการรักษาผู้ป่วยเด็กอาร์เอสวีต่อเนื่องทุกรายจนหายเป็นปกติ

**องค์ประกอบที่ 3 ผลลัพธ์ของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก (outcomes)** หมายถึงพฤติกรรมจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก เพื่อไม่มีการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน และเด็กเล็กปลอดภัยจากการติดเชื้ออาร์เอสวีและไม่เป็นโรคซ้ำ

จากองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ บริบทความเสี่ยง (Context risk) กระบวนการจัดการดูแล (Process dimension) และผลลัพธ์การจัดการดูแล (Outcomes) สามารถประมวลสรุปรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ดังภาพที่ 4.1





ภาพที่ 4.1 รูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก  
สถาบันบาราศนราตุร



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อเสนอรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก สถาบันบำราศนราดูร สรุปผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ตอน ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ ตอนที่ 1) สรุปผลวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ตอนที่ 2) สรุปผลสร้างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก และตอนที่ 3) สรุปผลประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ และตามด้วยอภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะตามลำดับ ดังนี้

#### ตอนที่ 1 สภาพการณ์และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก

1.1 ผู้ให้ข้อมูล (informant) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และสมัครใจให้ข้อมูล มี 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ดูแล จำนวน 5 คน และกลุ่มผู้ให้บริการ 10 คน รวม 15 คน กลุ่มผู้ดูแลประกอบด้วย คุณย่า คุณยายและมารดา และกลุ่มผู้ให้บริการได้แก่ แพทย์ พยาบาล จำนวน 10 คน 2) กลุ่มที่สอง ประกอบด้วย ผู้แทนจากกลุ่มแรก เป็นผู้บริหารและผูปฏิบัติกร จำนวน 4 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน รวม 7 คน เพื่อผู้ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง มี 2 ชุด ดังนี้ 1) เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มผู้ให้บริการเพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กโดย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ดูแล และส่วนที่ 2 สำหรับผู้ให้บริการ รายละเอียดดัง (ภาคผนวก ง) 2) เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก จำนวน 1 ชุด รายละเอียดดัง (ภาคผนวก ง)

1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มผู้ให้บริการเป็นการสัมภาษณ์รายบุคคล รายละเอียดประมาณ 30 – 40 นาที โดยขออนุญาตบันทึกเสียง และนำไปถอดเทปสัมภาษณ์เพื่อหาประเด็นปัญหา

**1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เป็นการจัดความหมายของข้อความจัดเป็นกลุ่มประเด็นหลักประเด็นรอง ในกลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มผู้ให้บริการ เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก

สรุปพบปัญหาความเสี่ยงตามประเด็น ดังนี้

**กลุ่มผู้ดูแล** พบปัญหาที่เป็นความเสี่ยง 10 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้ดูแลไม่รู้จักโรคอาร์เอสวี อาการ และการดำเนินการของโรค

ประเด็นที่ 2 ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและความรุนแรงของโรคที่เกิดในเด็กเล็ก

ประเด็นที่ 3 ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องของการแพร่กระจายเชื้อโรคอาร์เอสวีสู่นกในครอบครัว และการติดต่อไปยังผู้อื่น

ประเด็นที่ 4 ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องเด็กมีโอกาสเป็นโรคอาร์เอสวีซ้ำได้อีกเมื่อสภาพภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง

ประเด็นที่ 5 ผู้ดูแลขาดทักษะบางอย่างในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

ประเด็นที่ 6 ผู้ดูแลมีความต้องการให้จัดช่องทางมารับยาเฉพาะสำหรับเด็กติดเชื้อและได้รับการรวดเร็ว

ประเด็นที่ 7 ผู้ดูแลขาดทักษะการในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติทางร่างกายเพื่อป้องกันและลดอาการแทรกซ้อน

ประเด็นที่ 8 ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลกับโรคอาร์เอสวีในเด็กที่มีอาการแทรกซ้อนเมื่อบุตรหลานป่วย

ประเด็นที่ 9 ผู้ดูแลต้องการความมั่นใจในการดูแลบุตรหลานเองที่บ้านหลังให้ข้อมูลก่อนกลับบ้าน และสามารถโทรปรึกษาเมื่อเด็กป่วยมีอาการรุนแรง

ประเด็นที่ 10 ผู้ดูแลประสงค์ให้แพทย์นัดหมายดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนกว่าเด็กจะหายจากโรค

**กลุ่มผู้ให้บริการ** พบปัญหาที่เป็นความเสี่ยง 11 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงโรคอาร์เอสวีอาการ การดำเนินการของโรค ความรุนแรงและการปฏิบัติตน

ประเด็นที่ 2 บริเวณจุดคัดกรองชั้นล่างมีผู้ใช้บริการจำนวนมาก มีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อก่อนมาถึงแผนกตรวจ

ประเด็นที่ 3 พื้นที่ไม่เพียงพอสำหรับแยกเฉพาะ ในการรองรับการคัดกรองผู้ป่วยเด็กติดเชื้อที่รอการตรวจหรือรอผลห้องปฏิบัติการ ทำให้มีโอกาสร้อยต่อการแพร่กระจายเชื้อ

ประเด็นที่ 4 การจัดอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันและลดการติดเชื้อในแผนกผู้ป่วยนอกยังไม่มีประสิทธิภาพ

ประเด็นที่ 5 การจัดพื้นที่ให้บริการสำหรับผู้ติดเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กยังมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคอาร์เอสวี

ประเด็นที่ 6 ผู้ดูแลขาดทักษะด้านการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อ

ประเด็นที่ 7 ผู้ดูแลขาดทักษะในการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคอาร์เอสวี

ประเด็นที่ 8 ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะการทำความสะอาดของใช้และสิ่งแวดล้อมที่บ้านยังไม่ครอบคลุม

ประเด็นที่ 9 ต้องการให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความมั่นใจเมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้

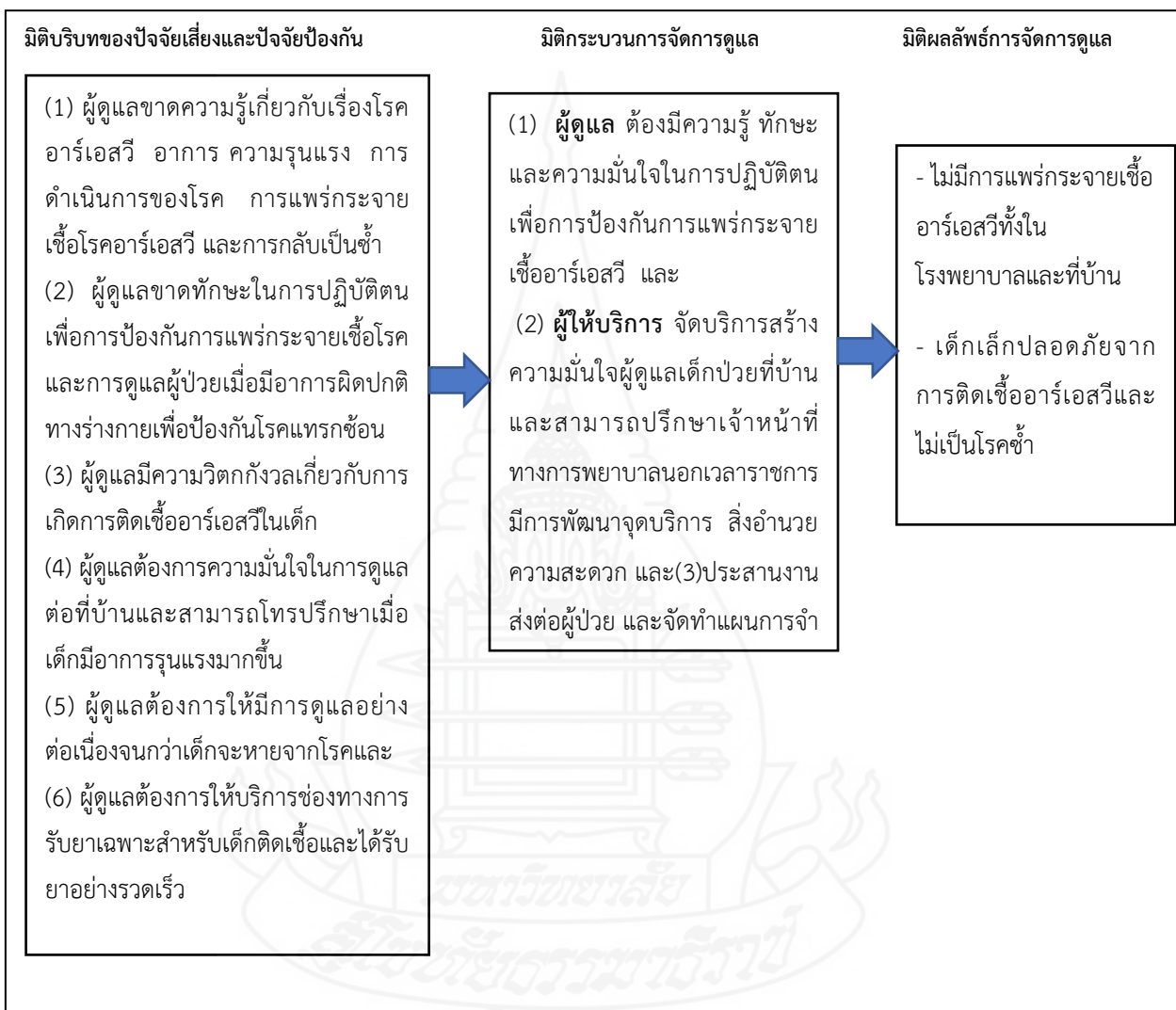
ประเด็นที่ 10 การประสานนำส่งผู้ติดเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กไปยังหอผู้ป่วยยังขาดประสิทธิภาพ

ประเด็นที่ 11 ไม่มีแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเด็กโรคอาร์เอสวีอย่างต่อเนื่องที่บ้านรวมพบประเด็นปัญหาการวิเคราะห์สภาพการณ์ และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก จำนวน 21 ประเด็น เพื่อนำไปสร้างรูปแบบ

**ตอนที่ 2 การสร้างรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก**

ผู้วิจัยได้นำผลจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มผู้ให้บริการ เกี่ยวกับสภาพการณ์และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก พร้อมกับบูรณาการตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The individual and family self-management : IFSMT) ของไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009) 1) มิติบริบทของปัจจัย

เสี่ยงและปัจจัยป้องกัน 2) มิติกระบวนการจัดการดูแล และ 3) มิติผลลัพธ์การจัดการดูแล และนำมาสร้างเป็นรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ได้รูปแบบดังนี้



ภาพที่ 5.1 รูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก  
สถาบันบาราศนราดรุร

### ตอนที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก

ผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก โดยประยุกต์จากแนวทางการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (The Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II : AGREE II ซึ่ง จัดทำโดย สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (2556) ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราส่วน (Rating scale) 7 ระดับ โดยประเมินความเหมาะสมของระบบบริการ รายมิติ 6 มิติ ได้แก่ (1) ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ (2) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (3) ความเข้มงวดของการสร้างรูปแบบ (4) ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบมีการอธิบายชัดเจนและไม่กำกวม (5) ด้านการนำรูปแบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กไปใช้ และ (6) ด้านความเป็นอิสระของทีมจัดทำรูปแบบ

**3.1 กลุ่มผู้ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ** จำนวน 7 คน การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จาก ผู้แทนจากผู้ให้ข้อมูลในการวิเคราะห์สภาพการณ์และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กซึ่งเป็นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ จำนวน 4 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน

**3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างเพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก ลักษณะเป็นมาตราส่วน (Rating scale) 7 ระดับ โดยประเมินความเหมาะสมของรูปแบบรายมิติ 6 มิติ มี 13 ข้อคำถาม

**3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล** นำรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ รวมถึงข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นของรูปแบบ รายมิติ 6 มิติเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงด้วยตนเอง ประกอบไปด้วย **มิติ บริบทการจัดการความเสี่ยง** จำนวน 6 ประเด็น ได้แก่ (1) ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคอาร์เอสวี อาการ ความรุนแรง การดำเนินการของโรค การแพร่กระจายเชื้อโรคอาร์เอสวี และการกลับเป็นซ้ำ (2) ผู้ดูแลขาดทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติทางร่างกายเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน (3) ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเกิดการติดเชื้ออาร์เอสวีในเด็ก (4) ผู้ดูแลต้องการความมั่นใจในการดูแลต่อที่บ้านและสามารถโทรปรึกษาเมื่อเด็กมีอาการรุนแรงมากขึ้น (5) ผู้ดูแลต้องการให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจนกว่าเด็กจะหายจากโรคและ (6) ผู้ดูแล

ต้องการให้บริการช่องทางการรับยาเฉพาะสำหรับเด็กติดเชื้อและได้รับยาอย่างรวดเร็ว **มิตិกระบวนจัดการดูแล 3 ประเด็น** ได้แก่ (1) **ผู้ดูแล** ต้องมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี และ (2) **ผู้ให้บริการ** จัดบริการสร้างความมั่นใจผู้ดูแลเด็กป่วยที่บ้านและสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลนอกเวลาราชการ มีการพัฒนาจุดบริการ สิ่งอำนวยความสะดวก และ(3) **ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย** และจัดทำแผนการจำหน่ายและติดตามการรักษาผู้ป่วยเด็กอาร์เอสวีต่อเนื่องทุกรายจนหายเป็นปกติ และ**มิติผลลัพธ์** ผู้ป่วยไม่มีการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีที่บ้านและโรงพยาบาลเด็กปลอดจากโรคอาร์เอสวี และไม่เป็นซ้ำ รูปแบบที่สร้างขึ้น

**3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล** คำนวณคะแนนความเหมาะสม โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่และร้อยละ

สรุปผลการประเมินความเหมาะสมโดยภาพรวมทั้ง 6 มิติ ค่าคะแนน 89.92 และรายละเอียดตั้ง (ภาคผนวก ข) ซึ่งค่าคะแนนความเหมาะสมโดยภาพรวมมากกว่าร้อยละ 70 สามารถสรุปได้ว่ารูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก นั้นมีความเหมาะสมสามารถเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้ (ศากุล ช่างไม้, 2549 : Waltz Strickland & Lenz, 1991)

## 2. อภิปรายผล

ผลของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กผู้วิจัย ได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

**ประเด็นแรก** ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก สถาบันบาราศนราดรุร ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมโดยรวมทั้ง 6 มิติ ร้อยละ 89.92 ซึ่งถือว่าเหมาะสม เป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้ได้ ต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 (ศากุล ช่างไม้, 2549 : Waltz Strickland & Lenz, 1991) ทั้งนี้เป็นเพราะว่ารูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กที่สร้างขึ้นมาเกิดจากการบูรณาการจาก 3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องและเชื่อถือได้ ได้แก่ 1) ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The individual and family self-management :IFSMT) ของ ไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009) ร่วมกับ 2) แนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามแนวทางของศูนย์ควบคุม และป้องกันโรค Center for Disease Control and Prevention (CDC, 2019) และ 3) แนวทางการดูแลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Hospital and Healthcare Standard (HA, 2018)รวมทั้งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ พัฒนามาจาก การนำ

ข้อมูลจากการศึกษาสภาพการณ์และความต้องการของการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก โดยมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มผู้ให้บริการ เป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งสอดคล้อง กับงานวิจัยของ ชนิดดา สระโสม, พิมพารณณ์ กลั่นกลิน และนิตยา ไทยาภิรมย์ (2554) ศึกษาประสิทธิผลของวิธีป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี พบว่าการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง โดยการมีส่วนร่วม และให้คำปรึกษา ช่วยป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างได้ สะท้อนให้เห็นว่า การนำผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาให้ข้อมูล เพื่อนำมาพัฒนา รูปแบบจะช่วยให้รูปแบบมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้จริงได้ และยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิไล เกิดผล และอรจิตร แก้วสีขาว (2559) ศึกษาถึงการพัฒนาศักยภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก มีการพัฒนาศักยภาพ ประกอบด้วยโรงพยาบาล ครอบครัวและชุมชน การให้ความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น จะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อไข้เลือดออกในชุมชน และครอบครัวได้ มีการติดตามผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดูแล อย่างต่อเนื่องที่ดูแลตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนกลับบ้านและการใช้รูปแบบพัฒนาศักยภาพในการให้ความรู้ เรื่องโรคช่วยให้พฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อในเด็กจะนำไปสู่ความสำเร็จได้โดยการมีส่วนร่วมที่ดำเนิน ตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง และยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sedighi et al., (2012) ที่พบว่าเด็ก สามารถเพิ่มความรู้ในครอบครัวได้โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ครอบครัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคการติดเชื้อในเด็ก โดยการให้ความรู้ที่มีเป้าหมายพัฒนาสุขภาพและเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการช่วยส่งเสริมการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อได้

**ประเด็นที่สอง** องค์ประกอบของรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก เมื่อพิจารณาถึงแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบ พบว่า มีความสอดคล้องกับแนวคิดจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The individual and family self-management : IFSMT) ของไรอันและซาวิน (Ryan, P. & Sawin, K. J., 2009) โดยใช้การจัดการผู้ดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัว ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองเหมาะสมกับสุขภาพให้ที่ดียิ่งขึ้น สอดคล้องงานวิจัยที่ผ่านมาของ ญัฐรพี ใจงาม และอรนุช ชูศรี (2560) การศึกษาแนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การสนับสนุนจากในครอบครัวจะทำให้มีกำลังใจในการปรับพฤติกรรม และการแทรกแซงเน้นบุคคลและครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีผลต่อ ความรู้ ความเชื่อ ทักษะความสามารถในการป้องกันโรค และการใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเด็กป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ของศิริยุพา สนั่นเรืองเดช และคณะ (2563) พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการจัดการตนเองจะสำเร็จได้เกิดจากการร่วมมือของครอบครัวและบุคลากรจากทีมสุขภาพ จะเห็นได้ว่าในเด็กเล็กไม่สามารถ

จัดการดูแลตนเองได้จึงต้องมีผู้ดูแลช่วยในการใช้ชีวิตประจำวัน จัดการเรื่องพฤติกรรมเช่น เรื่องอาหาร ยา และการป้องกันการเกิดโรคเป็นต้น ดังองค์ประกอบ

**องค์ประกอบที่ 1 มิติบริบทการจัดการความเสี่ยง (Context dimension)** ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันโรค โดยจากผลงานวิจัยที่พบว่าองค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์กับผู้ดูแล กล่าวคือ ผู้ดูแลขาดความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการดูแลผู้ป่วย เด็กโรคอาร์เอสวี ดังนั้นถ้ามีการจัดการกับบริบทความเสี่ยง ด้านความรู้ พฤติกรรมการดูแล และการจัดบริการที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ดูแลที่มีความรู้และทัศนคติที่ดี หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้เกิด การติดเชื้อในทางเดินหายใจ มีการปฏิบัติในการควบคุมโรค และปัจจัยป้องกันโรคติดต่อได้ดี รวมทั้งการ ป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจุฬาลักษณ์ แก้วสุข, ยุนี พงศ์จตุรวิทย์ และนุจรีย์ ไชยมงคล (2559) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดิน หายใจในเด็กวัยก่อนเรียน พบว่าการส่งเสริมการให้ความรู้โดยบุคลากรช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดี ถูกต้อง และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีผลกับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้

**องค์ประกอบที่ 2 มิติกระบวนการจัดการดูแล (Process dimension)** จากผลการวิจัย พบว่า กระบวนการจัดการดูแลเกี่ยวข้องกับ (1) ผู้ดูแล ซึ่งต้องมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการ ปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวี และ (2) ผู้ให้บริการ ซึ่งต้องจัดบริการสร้างความ มั่นใจผู้ดูแลเด็กป่วยที่บ้านและสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ มีการพัฒนา จุดบริการ สิ่งอำนวยความสะดวก และ(3) ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยรวมทั้งการนัดติดตามอาการอย่าง ต่อเนื่องจนหายเป็นปกติ

กระบวนการดังกล่าวนำมาสู่การจัดทำแผนจำหน่าย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลจัดการดูแลได้ดีขึ้น โดยการให้ความรู้ เรื่องโรค ความเสี่ยงการเกิดโรค ฝึกทักษะการดูแลเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนของโรค เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การล้างจมูก การใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันโรค และป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์ เอสวีในเด็กเล็กได้ ให้ความมั่นใจในการดูแลที่บ้านและสามารถโทรปรึกษาเจ้าหน้าที่ได้นอกเวลาราชการ รวมทั้งการพัฒนาจุดบริการ ด้านการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของชนิดดา สระสม, พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น และนิตยา ไทยภิรมย์ (2554) ประสิทธิภาพของวิธีป้องกันการ ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า วิธีการป้องกันการติดเชื้อทางเดิน หายใจส่วนล่างที่สามารถลดอัตราการติดเชื้อได้ คือ การที่ผู้ให้บริการได้ให้ข้อมูลเพื่อการส่งเสริมการ ปฏิบัติของผู้ดูแล โดยเฉพาะการให้ข้อมูลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม การ ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและให้คำปรึกษา ดังนั้นการทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรค การดำเนิน โรค ความรุนแรงของโรค มีทักษะ ความเข้าใจในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคจะช่วยให้มีศักยภาพในการ



ดูแล และนำไปสู่การสร้างความมั่นใจในการจัดการดูแลเพื่อป้องกันโรค และการแพร่กระจายเชื้อโรค และสอดคล้องวิจัยของ (Drysdale et al., 2016) ที่ศึกษาแนวปฏิบัติที่ดีในการป้องกันและการจัดการเด็กที่ติดเชื้ออาร์เอสวี สำหรับเด็กที่นอนโรงพยาบาล ผลการศึกษา แนะนำให้แยกห้องเด็กป่วย และควบคุมกระบวนการแพร่กระจายเชื้อในเด็กที่ใส่เครื่องช่วยหายใจยาวนาน และการป้องกันที่ดีที่สุดคือต้องลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

**องค์ประกอบที่ 3 มิติผลลัพธ์จากการจัดการดูแล (outcome dimension)** เนื่องจากเด็กเล็กไม่สามารถจัดการพฤติกรรมดูแลตนเองได้ ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด เช่น มารดาหรือผู้ดูแลที่บ้าน และโรงพยาบาล ซึ่งผู้ดูแลต้องมีความรู้ ทักษะ การดูแล หากผู้ดูแลและผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการจัดบริการดูแลเพื่อป้องกันโรคแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก จะทำให้เด็กปลอดภัยจากการติดเชื้ออาร์เอสวี และป้องกันกลับเป็นซ้ำจะช่วยลดการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมนึก เลิศสุโภชนวิชัย และคณะ (2560) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเด็กของผู้ดูแลเด็ก และผู้ปกครองเด็ก พบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเด็กมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อในเด็ก และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Alluqmani et al., 2017) ได้ศึกษาถึงความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติของมารดาที่มีบุตรติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันที่อายุน้อยกว่า 5 ปี พบว่า มารดามีความรู้มากจะมีทศนคติ และการปฏิบัติที่ดีต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและส่วนล่าง การเป็นปอดอักเสบ รวมถึงอาการแทรกซ้อน และยังพบว่าคนที่มีความรู้ต่ำ มักจะใช้ยาฆ่าเชื้อทำให้ดื้อยาฆ่าเชื้อได้ง่าย และเมื่อเริ่มมีอาการไอจะปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ สิ่งที่ดีที่สุดคือ มีการศึกษา มีความเข้าใจ และความรู้ของโรคที่เพียงพอ

### 3. ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็กผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในทางบริหาร

**3.1.1 นำเสนอรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก** ในที่ประชุมผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลเพื่อให้รับรู้ และนำเสนอต่อผู้บริหารโรงพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลในเรื่องของป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และพร้อมนำไปสู่การปฏิบัติ

**3.1.2 นำองค์ประกอบด้านกระบวนการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก** เสนอต่อคณะกรรมการและทีมงานในหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานอยู่ เพื่อนำไปใช้จริง ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็กเล็กที่ติดเชื่อ

**3.1.3 นำเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีในเด็กเล็ก** ต่อผู้บริหารเพื่อการประยุกต์กับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจชนิดอื่น

**3.2 ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป**

**3.2.1 ศึกษาประสิทธิผลของการนำรูปแบบการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาร์เอสวีที่สร้างขึ้นไปใช้** หากได้มีการนำรูปแบบไปใช้



บรรณานุกรม



### บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2559). ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพแห่งชาติ. พัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2560 -2564), ฉบับที่ 12 (ฉบับแนะนำ) กรุงเทพฯ :อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กรมควบคุมโรค. (2563). แนะนำผู้ปกครองสังเกตอาการบุตรหลานอย่างใกล้ชิด. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2563, [https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?.news15306&deptcode=brc&news\\_views=457](https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?.news15306&deptcode=brc&news_views=457)
- กฤษดา จันทร์วันเพ็ญ, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี และ บุญจง แซ่จิ่ง (2557). พัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วย หัวใจขาดเลือดกระทันหัน. *วารสารบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 20(1), 80-94.
- จุฬาลักษณ์ แก้วสุก, ยูนิ พงศ์จตุรวิทย์ และ นุจรี ไชยมงคล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมของมารดานการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กกวัยก่อนเรียน. *วารสาร มหาวิทยาลัยบูรพา*, 2(4), 54-64
- ชญานันท์ ใจดี, เสริมศรี สันตติ และ ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก. *วารสารรามธิบดีพยาบาลสาร*, 18(3), 389-403.
- ชนิดดา สระโสม, พิมพาภรณ์ กลั่นกลิน และ นิตยา ไทยา ภิรมย์. (2554). ประสิทธิภาพของวิธีการ ป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันในเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารพยาบาลสาร*, 38(4), 123-142.
- ชัยศิริ ศรีเจริญชัยวิจิตร, สมถวิล อัมพรอารีกุล และ วิศัลย์ มูลศาสตร์. (2561). ปัจจัยทางคลินิกที่สัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 5 ปี. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 57(3), 174-182.
- ชดช้อย วัฒนนะ. (2015). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 26(3), (ฉบับเพิ่มเติม 1), 117-127.
- ณัฐรพี ใจงาม, อรุณช ชูศรี, รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย และ รังสรรค์ มาระเพ็ญ. (2560). แนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพของบุคคล และครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. *วารสารกระทรวงสาธารณสุข*, 27(3), 1-9.

- ธัญวีร์ ภูธนกิจ. (2560). โรคติดเชื้ออาร์เอสวี. ใน วีระชัย วัฒนวีระเดช และ กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ (บรรณาธิการ), ตำราวิชาการ Update on Pediatric Infection Disease (หน้าที่ 84-92). กรุงเทพฯ: ปียอนด์ เอนเตอร์ไพรซ์.
- ธัญวีร์ ภูธนกิจ. (2562). การประชุมวัคซีน ครั้งที่ 13. ใน โอฬาร พรหมลิขิต เกรียงศักดิ์ ลิ้มปัทมดิกุล และพรเทพ สวนดอก (บรรณาธิการ), สมาคมโรคติดเชื้อในเด็ก (หน้า 35 -36). กรุงเทพฯ:นพชัย การพิมพ์.
- ณภัทร พงศ์พีรเดช. (2562). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับบุคลากรของกลุ่มงาน การพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โรงพยาบาลศรีสะเกษ *วารสารสถาบัน บำราศนราดรุร*, 13(2), 99 - 110.
- น้ำทิพย์ เหนียงจิตต์. (2561). อันตรายจากการติดเชื้อไวรัส RSV ในเด็กเล็ก, *วารสารแพทยสารทหารอากาศ*.64(3), 96-100.
- บงกช เชี่ยวชาญยนต์. (2553). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก จังหวัดตรัง. *วารสารควบคุมโรค*. 36(3), 170 -177.
- พรอำภา บรรจงมณี, อมรรัตน์ โรจน์จรัสไพศาล และ อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์. (2559). ระบาดวิทยา อาการ และ อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้ออาร์เอสวี ในเด็กที่รักษา ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เวชสาร*, 16(3), 370-378.
- พัฒนา พรหมณี, ศรีสุรางค์เอี่ยมสะอาด และ ปณิธาน กระสังข์. (2553). แนวคิดการสร้างและพัฒนา รูปแบบเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขสำหรับนักสาธารณสุข. *วารสารวิชาการ ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.)*,6(2), 128 – 135. สืบค้นเมื่อ 6 มกราคม 2563, จาก <https://apheit.bu.ac.th/index.php>
- ไมลา อิสสระสงคราม และ ทศนีย์ บุญประคอง. (2559). ผลของโปรแกรมการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัครผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็ก ก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร. *วารสารสำนักงานควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 23(1), 11-21. สืบค้น 5 ธันวาคม 2563
- ลานทิพย์ สุทธิรัตน์, ศรสุภา ลิ้มเจริญ และ วรุฒิ เกรียงบุรพา. (2559). ลักษณะผื่นปกติของภาพรังสี ทรวงอกของผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างจากเชื้อไวรัส RSV และ Influenza โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. *วารสารบูรพาเวชสาร*, 3(2), 18-27.

- ภพ โกศลา. (2548). โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ. ใน พรรณทิพย์ ฉายะกุล และคณะ (บรรณาธิการ), ตำราโรคติดเชื้อ:โรคหวัด. (หน้า 138-141). กรุงเทพมหานคร :โฮลิสติก พับลิชชิง.
- ภัทร์ภรณ์ อยู่สุข, ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์, และนฤมล ธีระรังสิกุล.(2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(1), 151-162.
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบ.*วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*, 2(4), 23-37.
- วรมันต์ ไวดาบ. (2560). ประสิทธิภาพพื้นฐานการควบคุมโรคติดเชื้อในเด็ก. ใน วีระชัย วัฒนวีระเดช และกุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ (บรรณาธิการ), ตำราวิชาการ Update on Pediatric Infection Disease (หน้าที่ 139-150). กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์เอนเตอร์ไพรส์.
- วิล เกิดผล และอรจิตร แก้วสีขาว. (2559). การพัฒนาศักยภาพครอบครัว และชุมชนในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก.*วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*,39(2), 77-87.
- ศิริยุพา สนั่นเรื่องเดช, นฤมล ธีระรังสิกุล, พจนารัตน์ สารพัด, และมณีพร ภิญโญ. (2563). รูปแบบการจัดการตนเองของเด็กป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(2), 27-39.
- สมนึก เลิศสุโภชนวัฒน์ชัย,มัลลิกา ผดุงหมาย, วรยุทธ นาคอ้าย, และพรศักดิ์ อยู่เจริญ. (2560). การศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการควบคุมโรคติดต่อในเด็กของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครอง. *วารสารควบคุมโรค*,44(2), 207 – 216.
- สมหมาย จิมประโคน, จิระภา ศิริ วัฒนเมธานนท์ และสมศักดิ์ ศรีภักดี. (2559). การพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันโรคมาเลเรียโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *สำนักงานควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 23(1), 35-45.
- สถาพร ธิติวิเชียรเลิศ. (2548). โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ. ใน พรรณทิพย์ ฉายะกุล และคณะ (บรรณาธิการ), หลอดลมอักเสบเฉียบพลันและการกำเริบเฉียบพลันจากการติดเชื้อในหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (หน้าที่ 162-170). กรุงเทพมหานคร :โฮลิสติก พับลิชชิง.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน). (2561). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4*. นนทบุรี : หนังสือดีวัน.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2556 ). เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล.ฉบับภาษาไทย สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2563. <http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/AGREE%20ok%20for%20e-book.pdf>

- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2561). สืบค้นวันที่ 25 มกราคม 2564 จาก <https://www3.dmsc.moph.go.th/post-view/434>
- สถาบันบำราศนราดูร. (2556). *คู่มือการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ*. กรุงเทพฯ:ชุมชนสหกรณ์แห่งประเทศไทย.
- \_\_\_\_\_ (2557). แนวทางการป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และก  
แพร่กระจายเชื้อผู้ป่วยสงสัย MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome). สืบค้นจาก  
[http://www.nkp-hospital.go.th/th/mersCOV/MERS\\_2.pdf](http://www.nkp-hospital.go.th/th/mersCOV/MERS_2.pdf)
- สมาน อัสวภูมิ. (2561). ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยง. *วารสารราชธานีนิติเวชศาสตร์*, 2(3), 1-11.
- สฤณีเดช เจริญไชย, วิชัย สุขภาคกิจ และมาสริน ศุกลปักษ์. (2563). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการ  
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูง เขตอำเภอเมืองนนทบุรี.  
*วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(3), 517 – 527.
- สุขุม กาญจนพิมาย. (2561). ประชุมนานาชาติกระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก  
เฝ้าระวัง โรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้ออาร์เอสวี. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มกราคม 2563,  
จาก <https://www3.dmsc.moph.go.th/post-view/434>
- ศากุล ช่างไม้. (2549). การประเมินแนวปฏิบัติเพื่อใช้ในการวิจัยและการประเมินผล. *วารสาร  
มหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 12(1), 15-24.
- ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์, นฤมล ธีรรังสิกุล, พจนารถ สารพัด และมณีพร ภิญโญ. (2563). รูปแบบการ  
จัดการตนเองของเด็กป่วยโรคธาร์สซีเมีย. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาชัยบุรพา*, 28(2), 29-39.
- อารีวรรณ อ่วมตานี. (2549). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง  
จุฬาลงมหาวิทยาลัย.
- อรพินท์ พรหมวิเศษ, ชาตรี ประชาพิพัฒน์ และสาโรจน์ เพชรมณี. (2559). กระบวนการมีส่วนร่วมของ  
ชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก. *วารสารวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(2), 167 -183.
- อลิษา ขุนแก้ว เสน่ห์ ขุนแก้ว, บุษกร ยอดทราย และปณิษฐา เชื้อวงศ์. (2563). บทบาทพยาบาลกับ  
การดูแลเด็ก ที่ติดเชื้อไวรัส RSV. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(2), 36-45.
- ไอรดา ทองปาน. (2561). *กุมารเวชศาสตร์*, 57(3), 174-182. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2563.  
จาก <http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20181115142251.pdf>.

- โอภาส การย์กวินพงศ์. (2561). ประชุมนานาชาติกระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกเฝ้าระวังโรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้ออาร์เอสวี. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มกราคม 2563, จาก <https://www3.dmsc.moph.go.th/post-view/434>
- American academy of Pediatrics. (2014). committee on infectious diseases and bronchiolitis guidelines Pediatrics August 2014, 134 (2) 415-420. Retrieved March 13, 2021 from <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1665>
- Alluqmani, M. F., Aloufi, A. A., Abdulwahab, A. M. A., Alsharif, A. I. K., AlShathri, A. A. A., ALShehri, M. S., & Alshammari, B. J. I. (2017). Knowledge, attitude and practice of mothers on acute respiratory infection in children under five years in Saudi Arabia. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 69(2), 1959-1963. Retrieved April 13, 2020 from [https://ejhm.journals.ekb.eg/article\\_11740\\_da181c02acf483ecb00a2fbafc790636.pdf](https://ejhm.journals.ekb.eg/article_11740_da181c02acf483ecb00a2fbafc790636.pdf)
- Azzari, C., Baraldi, E., Bonanni, P. et al. (2021). Epidemiology and prevention of respiratory syncytial virus infections in children in Italy. *Ital J Pediatric* 47, 198. Retrieved March 13, 2021 from <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01148-8>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Retrieved March 13, 2021 from <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf>
- Dawson-Caswell, M., & Muncie Jr, H. L. (2011). Respiratory syncytial virus infection in children. *American family physician*, 83(2), 141-146. Retrieved March 23, 2021 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21243988/>
- Drysdale, S.B., Green, C. A., & Sande, C.J. (2016). Best practice in the prevention and management of paediatric respiratory syncytial virus infection. *Therapeutic advances in infectious disease*, 3(2), 63–71. Retrieved March 23, 2021 from <https://doi.org/10.1177/2049936116630243>
- Eisner, E.W. (1976). Educational connoisseurship and criticism: Their form and functions in Educational evaluation. *Journal of Aesthetic Education*, 10(3/4), 135-150. Retrieved March 23, 2021 from <https://www.jstor.org/stable/3332067>



- Giersing, B. K., Karron, R. A., Vekemans, J., Kaslow, D. C., & Moorthy, V. S. (2019). Meeting report: WHO consultation on Respiratory Syncytial Virus (RSV) vaccine development, Geneva, 25-26 April 2016. *Vaccine*.37(50), 7355–7362. Retrieved March 23, 2021 from <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.02.068>
- Hall, C. B., Weinberg, G. A., Iwane, M. K., Blumkin, A. K., Edwards, K. M., Staat, M. A., Auinger, P., Griffin, M. R., Poehling, K. A., Erdman, D., Grijalva, C. G., Zhu, Y., & Szilagyi, P. (2009). The burden of respiratory syncytial virus infection in young children. *The New England journal of medicine*.360 (6), 588–598. Retrieved March 13, 2021 from <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0804877>.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing outlook*. 57(4), 217–225. Retrieved February 13, 2021, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2908991/>
- Njama, D., Dorsey, G., Guwatudde, D., Kigonya, K., Greenhouse, B., Musisi, S., & Kanya, M. R. (2003). Urban malaria: primary caregivers' knowledge, attitudes, practices and predictors of malaria incidence in a cohort of Ugandan children. *Tropical medicine & international health: TM & IH*, 8(8), 685–692. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.2003.01060.x> Retrieved March 13, 2021 form <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12869089/>.
- Paul, S. P., Mukherjee, A., McAllister, T., Harvey, M. J., Clayton, B. A., & Turner, P. C. (2017). Respiratory syncytial-virus- and rhinovirus-related bronchiolitis in children aged <2 years in an English district general hospital. *The Journal of hospital infection*. 96(4), 360–365. Retrived March 13, 2021 form <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2017.04.023>
- Sedighi, I., Nouri, S., Sadrosadat, T., Nemat, R., & Shahbazi, M. (2012). Can Children Enhance Their Family's Health Knowledge? An Infectious Disease Prevention Program. *Iranian journal of pediatrics*. 22(4), 493–498. Retrieved March 13, 2021 form <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23430134/> Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & Health Care Infection Control Practices Advisory

- Committee (2007). 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings (up date 2019). *American journal of infection control*, 35(10 Suppl 2), S65–S164. Retrieved March 13, 2021 form <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2007.10.007> date 2007.
- Waltz, C., Strickland, O. and Lenz, E. (1991). Measurement in nursing and health research. (2<sup>nd</sup>) philadelohia:F.A.Davis. NCBI pub med Retrieved March 30, 2021 form <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7029767/>
- World Health Orgaization. (2018). WHO Meeting of Final Review of the RSV Surveillance Pilot Based on Global Influenza Surveillance and Response System. Bangkok,Thailand. Retrieved March 13, 2021 form <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329944?s>



**ประวัติผู้วิจัย**

ชื่อ	นางเบญจภักดิ์ เงินปาน
วันเดือนปีเกิด	2 มกราคม 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดนนทบุรี
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีษะเกษ
สถานที่ทำงาน	สถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ แผนกเด็กแรกเกิดวิกฤต

**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 1.อาจารย์นายแพทย์ วิศิษฐ์ มูลศาสตร์ | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ เชี่ยวชาญด้านติดเชื้อ สาขา<br>กุมารเวชกรรม  |
| 2.อาจารย์สมถวิล อัมพรอารีกุล        | พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ รอง<br>หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ด้าน โรคติดต่อ  |
| 3.อาจารย์วารุณี สุรวัดนกุล          | พยาบาลชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราช<br>ชนนี นนทบุรี   |
| 4.อาจารย์ เทพนิมิตร จูแดง           | พยาบาลชำนาญการพิเศษ<br>หัวหน้าหน่วยบริหารจัดการผู้ป่วยวัน โรคครบวงจร<br>ศิริราช รพ. ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราช<br>พยาบาล |
| 5.อาจารย์ ดร.ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์  | พยาบาลชำนาญการพิเศษ  |

