

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

Received: 16 March 2025

Revised: 18 August 2025

Accepted: 27 August 2025

มาริสสา หมั่นจุม พย.บ.¹จารุพร ไชยวงศา พย.ม.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: การติดเชื้อมีดื้อยาเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผลการดูแลพยาบาลและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อและลดโอกาสการติดเชื้อมีดื้อยาซ้ำได้
วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา และเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา

ระเบียบวิธีวิจัย: การพัฒนาแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา ใช้แนวคิด IOWA model ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในทางปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 16 คน และผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา จำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลและผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับ และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำด้วยสถิติ Chi-square ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย: ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา พบว่า ในภาพรวมพยาบาลสามารถปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ อยู่ในระดับมาก พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา อยู่ในระดับมาก และการกลับมารักษาซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปผล: แนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา สามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีดื้อยา ลดการแพร่กระจายเชื้อและลดการกลับมารักษาซ้ำ

ข้อเสนอแนะ: ควรนำแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา ไปใช้และติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องในชุมชน

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติในการพยาบาล, การวางแผนจำหน่าย, เชื้อมีดื้อยา, การติดเชื้อมีดื้อยา

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี

*Corresponding author: E-mail: bcnu23jaruporn@bcnu.ac.th

Development of Clinical Practice Guidelines (CPGs) For Discharge Planning In Antimicrobial Resistance Patient at Pra Arjanfan Arjaro Hospital

Marisa Munejoom B.S.N¹

Jaruporn Chaiwongsa^{2*}

Abstract

Introduction: Antimicrobial resistance is a critical problem that affects nursing care and increases mortality rates. Appropriate discharge planning can help reduce the spread of resistant organisms and minimize the risk of recurrent infections.

Research objective: This study aimed to develop discharge planning guidelines for patients with multidrug-resistant infections and to examine the outcomes of implementing these guidelines in clinical practice.

Research Methodology: The development of the discharge planning guidelines was based on the Iowa Model of Evidence-Based Practice. The sample consisted of 16 registered nurses and 42 patients with multidrug-resistant infections. Data collection instruments included: (1) general information forms for nurses and patients; (2) a guideline adherence assessment form; (3) a patient satisfaction questionnaire regarding the nursing care received; and (4) a nurse satisfaction questionnaire regarding the discharge planning guidelines. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square tests to compare readmission rates at a significance level of .05.

Research Results: After implementing the discharge planning guidelines, nurses demonstrated a high level of adherence to the practice. Patients reported high satisfaction with the nursing care received, and nurses expressed high satisfaction with the guidelines. Furthermore, the rate of hospital readmissions significantly decreased ($p < .001$).

Conclusion: The discharge planning guidelines for patients with multidrug-resistant infections can be effectively applied to enhance discharge planning, reduce the transmission of resistant organisms, and decrease hospital readmissions.

Recommendations: The guidelines should be adopted in clinical practice and continuously monitored for outcomes in community.

Key words: Clinical Practice Guidelines, Discharge Planning, Antimicrobial-resistant,

¹ Registered nurse (Professional Level), Inpatient Department, Pra Arjanfan Arjaro Hospital

² Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,

*Corresponding author: E-mail: bcnu23jaruporn@bcnu.ac.th

บทนำ

การติดเชื้อดื้อยา (Antimicrobial-resistant infections; AMR infections) หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อโรค เช่น แบคทีเรีย ไวรัส เชื้อรา หรือปรสิต ที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพที่ใช้รักษาตามปกติ ปัจจุบันการติดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากการติดเชื้อดื้อยาส่งผลความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้นและอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น การรักษาต้องใช้ยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ที่มีราคาสูงขึ้น องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานการติดเชื้อดื้อยาเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโลก โดยพบผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาโดยตรงมากกว่า 1 ล้านคนทั่วโลก และผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนด้วยสาเหตุการติดเชื้อดื้อยา 5 ล้านคน จากการคาดการณ์ผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 39 ล้านคนทั่วโลกในอีก 25 ปีข้างหน้า หรือมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 3 คนในทุกนาที่¹ สำหรับประเทศไทยคาดว่าจะมีการติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 80,000 ครั้ง เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยา 38,000 ราย มีการติดเชื้อดื้อยาปีละ 88,000 ครั้ง โดยในจำนวนนี้ผู้ป่วยเสียชีวิต ปีละ 38,000 ราย เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่ต่ำกว่าปีละ 40,000 ล้านบาท หรือประมาณ ร้อยละ 0.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ นอกจากนี้การติดเชื้อดื้อยากลุ่มก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยที่ทำให้มีอาการของโรครุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษามากถึง 2.38 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อดื้อยา² นอกจากนี้การติดเชื้อดื้อยายังส่งผลให้การรักษาทัวในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น ทำให้เสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากและเพิ่มภาระงานในการดูแลพยาบาลของบุคลากรทางการแพทย์ ด้วยเหตุนี้ประเทศไทยจึงได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาดื้อยาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 และดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566 - 2570

โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ระดับ F1 ขนาด 90 เตียง พบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในปี พ.ศ. 2565 - 2567 เท่ากับ 77 ราย, 92 ราย, และ 85 ราย ตามลำดับ เชื้อดื้อยาที่พบสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) *Escherichia coli* 2) *Klebsiella pneumoniae* และ 3) *Pseudomonas aeruginosa* ส่วนใหญ่ลักษณะการดื้อยาที่พบคือ Extended Spectrum Beta-Lactamase (ESBL) ร้อยละ 61.02, Multiple Drug Resistance (MDR) ร้อยละ 20.34 และ Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae (CRE) ร้อยละ 18.64 ยิ่งไปกว่านั้นอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลด้วยการติดเชื้อดื้อยาซ้ำ 3 ปีซ้อนหลัง พ.ศ. 2565 - 2567 เท่ากับ ร้อยละ 9.09, 5.44 และ 5.69 ตามลำดับ การติดเชื้อดื้อยาทำให้โรงพยาบาลต้องใช้ยาที่มีราคาสูง และระยะเวลาอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 10-14 วัน ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลและภาระงานของพยาบาลเพิ่มขึ้น บางรายไม่ตอบสนองต่อการรักษาทำให้เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้³

เชื้อดื้อยาสามารถแพร่กระจายและติดเชื้อได้โดยตรงจากอาหาร จากน้ำดื่ม และสิ่งแวดล้อม เชื้อดื้อยาสามารถคงอยู่ในร่างกายมนุษย์ระยะหนึ่ง จากการศึกษาในชุมชนพบการติดเชื้อดื้อยา ร้อยละ 66 การติดตามต่อเนื่องภายหลัง 18 เดือน ยังตรวจพบเชื้อดื้อยามากถึง ร้อยละ 44 ถึงแม้จะเชื้อดื้อยาจะถูกทำลายด้วยความร้อนแต่ยีนของเชื้อดื้อยายังคงอยู่ ทำให้สิ่งแวดล้อมในชุมชนเต็มไปด้วยเชื้อดื้อยาตามแม่น้ำ คลอง และตลาดสด โดยมีพาหะนำโรค ได้แก่ แมลงสาบ แมลงวัน และหนู นอกจากนี้การพึ่งยาต้านจุลชีพที่ไม่เหมาะสม การขับถ่ายอุจจาระและสารคัดหลั่งของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ยังก่อให้เกิดการแพร่เชื้อดื้อยาไปยังสิ่งแวดล้อมได้ด้วย ยิ่งไปกว่านั้นหากผู้ติดเชื้อดื้อยาสามารถเป็นพาหะนำโรคและแพร่กระจายเชื้อดื้อยาคนไปสู่คนในชุมชนได้⁴ ด้วยเหตุนี้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยไปสู่ชุมชน

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาจึงนับเป็นความท้าทายทางการพยาบาลและระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นกรมควบคุมโรคจึงได้เสนอแนวทางการควบคุมและป้องกันการดื้อยาด้านจุลชีพในโรงพยาบาล ส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพเท่าที่จำเป็น ป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อ เน้นย้ำการล้างมือและอุปกรณ์ป้องกันร่างกายตามความเหมาะสม

เช่น ถูงมือ หน้ากากอนามัย แวนตา เป็นต้น⁵ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านและชุมชน เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการดูแลพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กระบวนการนี้จะช่วยให้การจำหน่ายผู้ป่วยประสบความสำเร็จ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับบ้าน และลดการกลับมารักษาด้วยการติดเชื้อซ้ำ⁶⁻⁹

หลักการ D-METHOD ถูกใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายอย่างแพร่หลาย มีรูปแบบชัดเจนและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งประกอบด้วย 1) การวินิจฉัยโรค (Diagnosis; D) 2) การใช้ยา (Medicine; M) 3) การจัดการสิ่งแวดล้อม (Environment; E) 4) การรักษาที่ได้รับ (Treatment; T) 5) การส่งเสริมภาวะสุขภาพ (Health; H) 6) การมาตรวจตามนัด (Outpatient Referral; O) และ 7) (Diet; D) การศึกษาการวางแผนจำหน่ายตามหลักการ D-METHOD ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวในระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อให้มีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดจนฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม⁷

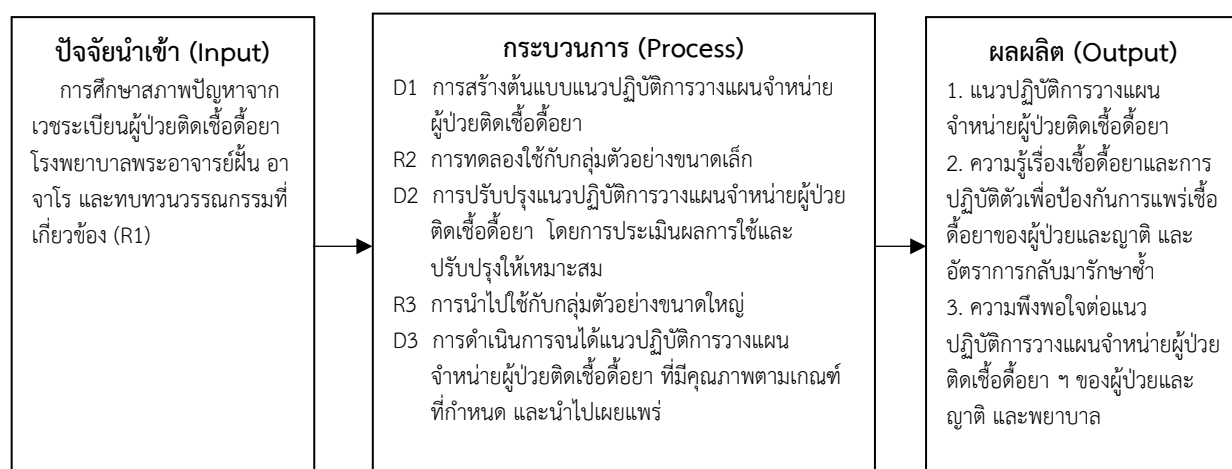
จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมีจำกัด แม้ว่าโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ได้พัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาล¹⁰ ซึ่งเป็นเพียงการจัดการภายในโรงพยาบาล ยังขาดแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมีจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมีจำกัด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร เพื่อใช้เป็นแนวทางการพยาบาลและยกระดับคุณภาพในการดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีจำกัด ซึ่งจะสร้างประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีจำกัด ส่งเสริมการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายของหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมีจำกัด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมีจำกัด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ได้แก่ อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมีจำกัด

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และผู้วิจัยใช้ทฤษฎีระบบ (System Theory) มาปรับปรุงเป็นกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร และเพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โดยการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การพัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ๑ ตามกรอบแนวคิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในทางปฏิบัติของ IOWA model ฉบับปรับปรุง ค.ศ. 2017¹¹ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) กำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ได้แก่ การขาดมาตรฐานแนวปฏิบัติเดียวกันในหน่วยงาน การส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการดูแลตัวเอง และความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน

2) การจัดตั้งทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ๑ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ เกษศกร และผู้แทนจากหน่วยควบคุมการติดเชื้อ

3) การร่วมประชุมปรึกษาหารือทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักฐานข้อมูลต่างๆ ที่มีความน่าเชื่อถือ โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นข้อมูล แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา, Development of Discharge Planning Guidelines for Patients with Antimicrobial-resistant Infections และ Clinical Practice Guideline for Discharge Planning of Patients with Antimicrobial-resistant Infections จากนั้นนำมาประเมินคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์สภาวิจัยทางการแพทย์ ประเทศออสเตรเลีย (The National Health and Medical Research Council; NHMRC) พบว่า ข้อมูลระดับ I ไม่มี ข้อมูลระดับ II จำนวน 1 ฉบับ ข้อมูลระดับ III-1 จำนวน 5 ฉบับ และ ข้อมูลระดับ III-3 จำนวน 10 ฉบับ โดยสรุปข้อมูลตามหลักการ D-METHOD ดังนี้ (1) Diagnosis (D) คือ การให้ความรู้ในเรื่องเชื้อดื้อยา ชนิด/แหล่งที่ตรวจพบเชื้อในผู้ป่วย (2) Medicine (M) คือ การแนะนำในเรื่องการใช้ยา ข้อควรระวัง และผลข้างเคียง สำหรับยาที่ผู้ป่วยได้รับ (3) Environment (E) การจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ (4) Treatment (T) การรักษาด้วยยา ปฏิชีวนะตามแผนการรักษา การดูแลพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การตรวจหาเชื้อซ้ำหลังจากได้รับยาปฏิชีวนะครบ (5) Health (H) การส่งเสริมสุขภาพ กาย ใจ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อดื้อยา (6) Outpatient Referral (O) การมาตรวจตามนัด หรือการมาพบแพทย์เมื่อมีอาการแทรกซ้อน (7) Diet (D) การรับประทานอาหารปรุงสุก สด ใหม่ เลือกอาหารที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงอาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำ

4) การสร้างร่างแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ๑ ของหน่วยงาน ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ กำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของผู้ป่วย อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ๑ ของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ จากนั้นนำร่างแนวปฏิบัติไปผ่านกระบวนการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

ระยะที่ 2 ระยะการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1) การทดลองใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ๑ ซึ่งแจ้งการปฏิบัติกับพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการหรือที่มีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป ทดลองใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ๑ เป็นระยะเวลา 1 – 2 สัปดาห์ นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ๑ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 2 – 5 ราย หรือในช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์ และปรับปรุงเพิ่มเติมจนกว่าแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ๑ จะมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

2) ประเมินผลและติดตามการปฏิบัติแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ฯ ที่ปรับปรุงใหม่ไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร และผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ที่เข้ารับการรักษาระหว่าง กันยายน พ.ศ. 2567 – เมษายน พ.ศ. 2568 จำนวน 21 ราย โดยสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพโดย หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้าเวร 1 ท่าน จากนั้นประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ฯ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของผู้ป่วย และอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร และ 2) ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 16 คน และ 2) ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จำนวน 42 ราย มารับบริการในระหว่าง กันยายน พ.ศ. 2567 – เมษายน พ.ศ. 2568

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G^*power^{12} สำหรับสถิติ Independent t-test ค่าอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.80 ค่าระดับของความมีนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.08¹³ จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ฯ จำนวน 21 ราย และหลังการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ฯ จำนวน 21 ราย ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เท่ากับ 42 ราย

กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าตรวจพบเชื้อดื้อยาทางกระแสโลหิต เสมหะ ปัสสาวะ และช่องคลอด ได้แก่ (1) *Acinetobacter baumannii* (2) *Pseudomonas aeruginosa* (3) *Klebsiella pneumoniae* (4) *Escherichia coli* (5) *Staphylococcus aureus* (6) *Salmonella* spp. (7) *Enterococcus faecium* และ (8) *Streptococcus pneumoniae* 2) สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย และ 3) สมครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร น้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 ชั่วโมง 2) กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ปฏิเสธการรักษา และ 3) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้จนเสร็จสิ้นโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ฯ ตามหลักการ D-METHOD ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารตามระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ตามที่สภาวิจัยทางการแพทย์ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council; NHMRC) ได้นำเสนอหลักเกณฑ์ไว้ทั้งหมด 16 ฉบับ จากนั้นนำมาจัดระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพ และคู่มือความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของผู้ป่วย พร้อมแบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนพัฒนาและระยะหลังพัฒนา (หลังใช้แนวปฏิบัติจริง)

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว เชื้อดื้อยาที่พบแหล่งที่พบเชื้อดื้อยา และ Re-admit ภายใน 3 เดือน

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมี 7 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้น พัฒนามาจากการศึกษาของ ทศนีย์ กลีบรัง, เกศกัญญา ไชยวงศา, วิชาจรรย์ วันดี และ จารุพร ไชยวงศา¹⁴ มีข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นแบบ 2 ตัวเลือก (1 = ปฏิบัติ, 0 = ไม่ปฏิบัติ) แปรผลคะแนนเฉลี่ย 0 - 0.33 หมายถึง ระดับต่ำ, 0.34 - 0.66 หมายถึง ระดับปานกลาง, 0.67 – 1.00 หมายถึง ระดับมาก

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผล คะแนนมากแสดงว่ามีแนวโน้มความพึงพอใจมาก

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมี 7 ข้อ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 7 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผล คะแนนมากแสดงว่ามีแนวโน้มความพึงพอใจมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมี 7 ข้อ นำมาพิจารณาความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรศาสตร์หรือเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ 1 ท่าน และ 2) พยาบาลระดับชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ 2 ท่าน คำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index= CVI) ได้เท่ากับ 0.82

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับ และ 2) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พิจารณาความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นทีมเดียวกับที่ตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.80 และ 0.79 ตามลำดับ ก่อนนำไปใช้ได้นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์ของคอนบราค ได้เท่ากับ 0.70 และ 0.78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เลขที่ HEC-04-67-030 ลงวันที่รับรอง 28 มกราคม 2568 โดยผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้นเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย ซึ่งยึดหลักจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ได้แก่ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยอย่างครบถ้วน เคารพสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวสามารถทำได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน/การรักษาพยาบาล ผู้วิจัยรักษาความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อหรือข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงนำเสนอข้อมูลที่ได้เป็นภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลและผู้ป่วยติดเชื้อมี 7 ข้อ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมี 7 ข้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำระยะก่อนและระยะหลังการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมี 7 ข้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพหญิง จำนวน 16 คน ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 20 - 30 ปี ร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย 31.25 ปี (Mean 31.25, SD = 6.66) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 62.50 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหรือติดเชื้อดื้อยาอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี ร้อยละ 50 สูงสุด 20 ปี และต่ำสุด 2 ปี และผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหรือการติดเชื้อดื้อยา ร้อยละ 56.3

2. การประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ฯ

ผู้สังเกตได้ดำเนินการสุ่มประเมินการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ฯ โดยหมุนเวียนสังเกตพยาบาลวิชาชีพครบทุกคน ในเวรเช้าวันละ 1 คน ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้าเวร 1 ท่าน ผลการประเมินตามแนวปฏิบัติการหลักการ D-METHOD โดยการสุ่มสังเกตการณ์ในครั้งที่ 1 พบว่า ในทุกหัวข้อพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ อยู่ในระดับมาก การสุ่มสังเกตการณ์ในครั้งที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ อยู่ในระดับมาก โดยปฏิบัติหัวข้อ Environment (E) การจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ร้อยละ 85.71 สำหรับการสุ่มสังเกตการณ์ในครั้งที่ 3 พบว่า ส่วนใหญ่พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้หัวข้อที่ไม่มีการปฏิบัติ ได้แก่ Treatment (T) การแนะนำแผนการรักษาให้สอดคล้องกับแพทย์และการตรวจหาเชื้อซ้ำหลังการได้รับยาปฏิชีวนะครบ ร้อยละ 42.85 และ Outpatient Referral (O) การมาตรวจตามนัด ร้อยละ 14.28

3. ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ฯ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โดยแบ่งเป็นกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 21 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.38 อายุเฉลี่ย 63.97 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.33 ทำนาและรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 63.33 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.26 kg/m² ทั้งหมดจบระดับประถมศึกษา และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสกลนคร โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง/โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน/โรคไทรอยด์เป็นพิษ/โรคไตวายระยะสุดท้าย ร้อยละ 26.19, 14.28 และ 7.14 ตามลำดับ มีประวัติการรับยาประจำและสม่ำเสมอ ร้อยละ 66.67 ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ร้อยละ 56.67 และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 55.56 ไม่มีประวัติการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคที่รุนแรงในช่วงระยะเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมา สำหรับข้อมูลการติดเชื้อดื้อยา พบว่า เชื้อดื้อยาที่ตรวจพบสูงสุด ได้แก่ E.coli ร้อยละ 40.47 และพบการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะสูงสุด ร้อยละ 73.80 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการติดเชื้อดื้อยา (N=42)

ข้อมูลการติดเชื้อดื้อยา	จำนวน	ร้อยละ
เชื้อดื้อยาที่พบ		
Klebsiella Pneumoniae	14	33.33
E.coli	17	40.478
Pseudomonas aeruginosa	7	16.67
Proteus mirabilis	2	4.76
Enterobacter Cloacae	1	2.38
Staphylococcus Aureus	1	2.38
Acinetobacter baumannii	1	2.38

แหล่งที่พบเชื้อดื้อยา		
ปัสสาวะ	31	73.80
กระแสโลหิต	5	11.90
เสมหะ	5	11.90
ช่องคลอด	1	2.38

ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ฯ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการกลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาล ภายใน 3 เดือน ระหว่างกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวปฏิบัติ ($N = 21$) และกลุ่มตัวอย่างหลังใช้แนวปฏิบัติ ($N = 21$)

ตัวแปร	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	หลังใช้แนวปฏิบัติ	P-value
	N (%)	N (%)	
การกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน	6 (28.57)	2 (9.52)	.001*

* $p\text{-value} < .05$

4. ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาล

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดื้อยา พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวม เท่ากับ 3.76 ($\bar{X} = 3.76$, S.D. = 0.38) อยู่ในระดับมาก หากพิจารณาความพึงพอใจรายข้อ ค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ข้อ 6 ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการดูแลของพยาบาล เท่ากับ 4.24 ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = 0.44) อยู่ในระดับมาก ส่วนความพึงพอใจรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 4 ท่านมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และข้อ 5 ท่านมีความมั่นใจปฏิบัติและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเท่ากับ 3.19 ($\bar{X} = 3.19$, S.D. = 0.81) อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับ ($N=21$)

รายการ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. พยาบาลอธิบายข้อมูลเรื่องเชื้อดื้อยา	4.00	0.00	มาก
2. ท่านมีความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา	4.00	0.00	มาก
3. ท่านมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล	3.95	0.22	มาก
4. ท่านมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	3.19	0.81	ปานกลาง
5. ท่านมีความมั่นใจปฏิบัติและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา	3.19	0.81	ปานกลาง
6. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการดูแลของพยาบาล	4.24	0.44	มาก
รวม	3.76	0.38	มาก

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวม เท่ากับ 3.92 อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.92$, S.D. = 0.46) โดยความพึงพอใจรายด้านนี้มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ข้อ 5 แนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน และ ข้อ 6 แนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 4.06 อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.57) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้า ฯ (N=16)

รายการ	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1. แนวปฏิบัติมีความเข้าใจง่าย	3.87	0.50	มาก
2. แนวปฏิบัตินำไปใช้ได้ง่าย	3.87	0.34	มาก
3. แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้จริง	3.81	0.40	มาก
4. แนวปฏิบัติทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย ญาติ ชุมชนของผู้ป่วย	3.87	0.34	มาก
5. แนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	4.06	0.57	มาก
6. แนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่อง	4.06	0.57	มาก
7. แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในภาพรวม	3.87	0.50	มาก
รวม	3.92	0.46	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้า โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โดยการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ ทำให้ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีขั้นตอนชัดเจนขึ้น เข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม โดยการจัดทำแนวปฏิบัติในครั้งนี้ใช้หลักการ D-METHOD เพื่อช่วยวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการวางแผนจำหน่ายตามหลักการ D-METHOD ช่วยให้พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการให้ความรู้และสอนสุขศึกษาเพื่อเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ รวมถึงยกระดับคุณภาพชีวิตตามอัตภาพในระยะยาว^{6-9, 15} นอกจากนี้การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าถูกจัดทำขึ้นภายใต้บริบทของโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ที่มีระบบการป้องกันการติดเชื้อและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อมือเท้าภายในโรงพยาบาล ซึ่งยังขาดแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าที่ไปในแนวทางเดียวกัน ทั้งนี้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้า ฯ ถูกสร้างและกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกันของทีมพยาบาลวิชาชีพ พัฒนาองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นได้ทดลองใช้และปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยในพื้นที่ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีประสบการณ์และผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหรือการติดเชื้อมือเท้า ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมคุณภาพการพยาบาลภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลีวรรณ เกษตรทัต และคณะ¹⁶ ที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมือเท้า ช่วยลดการติดเชื้อมือเท้าและลดการแพร่กระจายเชื้อมือเท้าได้เป็นอย่างดี

การประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้า โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โดยการให้ความรู้และสอนสุขศึกษาก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านตามหลักการ D-METHOD พบว่าในภาพรวมพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ยังมีบางหัวข้อที่พยาบาลไม่ปฏิบัติ ได้แก่ การจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การแนะนำแผนการรักษาให้สอดคล้องกับแพทย์และการตรวจหาเชื้อซ้ำหลังการได้รับยาปฏิชีวนะครบ และการมาตรวจตามนัด ประเด็นเหล่านี้อาจส่งผลความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและกระทบต่อภาวะสุขภาพในอนาคตได้ ดังนั้นการควบคุมและติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายจึงเป็นกิจกรรมที่ควรทำอย่างต่อเนื่องและมีระบบการนิเทศกำกับติดตามเพื่อให้เกิดเป็นงานประจำของหน่วยงาน¹⁷ ทั้งนี้ควรมีการจัดทำรายการตรวจสอบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ติดเชื้อมือเท้า และจัดทำคู่มือการดูแลตนเองเมื่อ

กลับบ้าน สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา ตามหลักการ D-METHOD เพื่อเป็นการส่งเสริมให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้องครบถ้วน ลดภาระงาน และสร้างผลลัพธ์ทางคลินิกดีให้กับผู้ป่วย

ผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 3 เดือนลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ บุญกันทะ⁷ พบว่าภายหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ ไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดีที่สุด⁶ ซึ่งการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เฉพาะเจาะจงรายบุคคลสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยสาเหตุของการติดเชื้อได้ มากถึงร้อยละ 11.60⁹ สำหรับการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ความพึงพอใจในการบริการส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะเมื่อกลับบ้านผู้ป่วยยังคงสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ และมีทัศนคติที่ดีในการดูแลตัวเอง ทำให้ลดอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม^{9,17} นอกจากนี้ภาพรวมความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา อยู่ในระดับมาก แสดงถึงความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัตินี้ในหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร แสงชมพู¹⁶ พบว่าแนวทางปฏิบัติดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาโดยทีมพยาบาลและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในหน่วยงาน ปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงาน ใช้งานได้ง่ายและลดความยุ่งยากซับซ้อน อีกทั้งส่งผลต่อคุณภาพในการให้บริการเชิงระบบอีกด้วย¹⁴

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการทบทวนแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาและกำกับติดตามการใช้แนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนเผยแพร่แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาไปใช้อย่างต่อเนื่องในชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลหลังจำหน่ายในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและชุมชน และติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น อัตราการติดเชื้อซ้ำ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล เพื่อสะท้อนถึงคุณค่าและความยั่งยืนของการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบบริการสุขภาพต่อไป

Reference

1. World Health Organization. Antimicrobial resistance [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
2. National Antimicrobial Resistance Surveillance Center, Thailand (NARST). Antimicrobial resistance surveillance [Internet]. 2013 [cited 2024 Aug 14]. Available from: <http://narst.dmsc.moph.go.th/news001.html>
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. Antimicrobial resistance surveillance and investigation guidelines. Nonthaburi: CANNA GRAPHIC Press; 2022. Thai.
4. Thamlikitkul V. Campaign for “Stop being a victim of drug-resistant bacteria” [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 14]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2020/11/20475>
5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. Antimicrobial resistance surveillance and investigation guidelines. Nonthaburi: CANNA GRAPHIC Press; 2022. Thai.

6. Kaewjaem T, Jinawin S. Effects of discharge planning for patients with hematuria using the D-METHOD model on nursing skills and satisfaction with nursing services. *Phrae Med J Clin Sci.* 2024;32(1):1-11. Thai.
7. Boonkantha P. Development of a discharge planning practice guideline to reduce readmission in patients with acute myocardial ischemia. *Nakhon Pathom Hosp J Nurs Div.* 2023;50(1):59-74. Thai.
8. Chuaytawee J, Wanchai A. Development of guidelines for preventing the spread of drug-resistant infections in the inpatient department of Phromphiram Hospital, Phitsanulok Province. *Nurs Health Public Health J.* 2025;4(2):105-21. Thai.
9. Dumthong J, Damkliang J. Factors associated with a return visit among patients with infection after discharge from an emergency department: an integrative literature review. *J Res Nurs Midwifery Health Sci.* 2024;44(2): 94-101. Thai.
10. Hongtaopoon P, Chumchuen S. Development of a drug-resistance infection prevention system for nurses in the inpatient Phra Ajarn Fan Acharo Hospital, Sakon Nakhon Province. *J Environ Community Health.* 2023;8(2): 435-449. Thai.
11. Iowa Model Collaborative. Iowa model of evidence-based practice: revisions and validation. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2017;14(3):175-82. <https://doi.org/10.1111/wvn.12223>
12. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods.* 2009;41:1149-60.
13. Wachapan P, Chothimanothum O, Tanthisong S, Thunsura S. Effect of a professional nurse competency development program for infection prevention and control of antimicrobial resistance in a tertiary hospital in the northeastern region. *Acad J Nurs Health Sci.* 2023;3(2):76-87. Thai.
14. Klibrung T, Chaiwongsa K, Wandee W, Chaiwongsa J. Development of clinical nursing practice guidelines for elderly patients with pneumonia at Sakon Nakhon Hospital. *J Health Syst Res Dev.* 2024;17(1):1-15. Thai.
15. Munrangsri P, Kittip P, Suksamran S. Effects of discharge planning on self-care behavior and infection rates among patients with percutaneous nephrostomy, Lamphun Hospital. *Nurs Health Educ J.* 2024;7(3):12-24. Thai.
16. Kasettath M, Tansuwat S, Yimkosol S. Development of nursing practice guidelines for controlling the spread of antimicrobial resistance in Lamphun Hospital. *Lanna J Health Promot Environ Health.* 2023;13(1):17-30. Thai.
17. Ratanaprapa B. Development of a system for prevention and control of specially controlled multidrug-resistant bacterial infection in Srisangwon Sukothai Hospital. *Nurs Health Public Health J.* 2023;2(1):1-17. Thai.