

## ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฝีดาษวานรที่กักตัวที่บ้าน ผ่านระบบทางไกลแบบสหวิชาชีพ: สถาบันบำราศนราดูร

กรุณา ลิ้มเจริญ ปรด.\*

ปิยะวดี สุมาลัย ปรด.

รัตนารณ สุระพันธ์ พย.บ.

ชาญชัย อาจสอน พย.ม.

สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฝีดาษวานรที่แยกกักตัวที่บ้านผ่านระบบการดูแลทางไกลแบบสหวิชาชีพ ดำเนินการตามกรอบแนวคิดของ Soukup (2000) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยฝีดาษวานร จำนวน 45 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 23 ราย และกลุ่มควบคุม 22 ราย และทีมสหวิชาชีพ 15 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาล โปรแกรมแอปพลิเคชันการดูแลทางไกล และแผนการอบรมบุคลากร ได้รับการประเมินคุณภาพด้วยเครื่องมือ AGREE II ได้ค่าภาพรวมร้อยละ 89.70 และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วย แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ .90, .98, .92 และ .98 ตามลำดับ และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มทีมสหวิชาชีพ เท่ากับ .82 และ .81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) แนวปฏิบัติการพยาบาล มีผลการประเมินคุณภาพด้วย AGREE II ร้อยละ 89.70 2) การนำแนวปฏิบัติไปใช้กลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.021$ ) 3) กลุ่มทดลองมีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีระยะเวลาในการตอบสนองที่รวดเร็วกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X} = 15.3, 45.6$  นาที,  $p < 0.001$ ) 4) กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน ( $\bar{X} = 4.71, 3.70, p < 0.001$ ) และ 5) ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.60$ )

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยฝีดาษวานรที่แยกกักตัวที่บ้าน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อื่นๆ ที่ต้องแยกกักตัวที่บ้านได้

**คำสำคัญ:** ฝีดาษวานร, การแยกกักตัวที่บ้าน, การดูแลทางไกล

\* กรุณา ลิ้มเจริญ ผู้รับผิดชอบบทความ

## Effectiveness of Nursing Guidelines for Home-Isolated Monkeypox Patients Through Interprofessional Telehealth System, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Karuna Limjaroen MPH, Ph.D.\*

Piyawadee Sumalai, M.N.S., Ph.D.

Ratanaporn Surapun B.N.S.

Chanchai Ardsorn M.N.S.

*Bamrasnaradura Infections Diseases Institute, Department of Disease Control*

### ABSTRACT

This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of nursing practice guidelines for monkeypox patients in home isolation through a multidisciplinary telehealth system, following Soukup's (2000) conceptual framework. The sample consisted of 45 monkeypox patients, 23 of whom were in the experimental group and 22 of whom were in the control group, and a 15-member multidisciplinary team, selected purposively.

The study instruments consisted of experimental tools, including nursing practice guidelines, telecare application programs, and personnel training plans. The quality was assessed using the AGREE II tool, with an overall score of 89.70% and the tools used for data collection consisted of a general data recording form, a patient safety assessment form, a health service access assessment form, a patient satisfaction assessment form, and a multidisciplinary team satisfaction assessment form. The content validity values were examined to be .90, .98, .92, and .98, respectively and the reliability was tested with Cronbach's alpha coefficient for the patient group and the multidisciplinary team group, which were .82 and .81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and content analysis.

Results showed that: 1) the nursing practice guidelines had a quality assessment result using AGREE II at 89.70 percent; 2) the implementation of the guidelines in the experimental group had a significantly lower rate of severe complications than the control group ( $p = 0.021$ ); 3) The experimental group had faster access to healthcare services with shorter response times ( $\bar{X} = 15.30$ , 45.6 minutes,  $p < 0.001$ ); 4) The experimental group reported higher satisfaction levels in all aspects than the control group ( $\bar{X} = 4.71$  vs.  $\bar{X} = 3.70$ ,  $p < 0.001$ ); and 5) The nursing team expressed the highest level of satisfaction with implementing the guidelines ( $\bar{X} = 4.60$ ).

The developed nursing practice guidelines proved effective for home-isolated monkeypox patients and can be applied to other emerging infectious diseases requiring home isolation.

**Keywords:** Monkeypox, Home isolation, Telemedicine

\*Corresponding Author: Karuna Limjaroen

## บทนำ

โรคฝีดาษวานร (Monkeypox) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสจากสัตว์สู่คนที่กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของโรคฝีดาษวานรเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2565<sup>1</sup> สถานการณ์ทั่วโลก วันที่ 31 ธันวาคม 2566 มีผู้ป่วยยืนยันสะสมมากกว่า 92,783 ราย ใน 114 ประเทศ เสียชีวิต 171 ราย โดยมีอัตราป่วยตายร้อยละ 0.1<sup>2</sup> สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันสะสมตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2565 ถึงสิงหาคม 2567 จำนวน 827 ราย เสียชีวิต 2 ราย โดยสถาบันบำราศนราดูร เป็นสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยมากที่สุด จำนวน 134 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.20 ของผู้ป่วยทั้งประเทศ และร้อยละ 85.30 ของผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรงจึงได้รับการรักษาแบบแยกกักที่บ้าน<sup>3</sup> การดูแลผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้านนั้นมีความท้าทายในหลายด้าน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยฝีดาษวานร แต่ยังพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ยังมีข้อจำกัดด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคฝีดาษวานร ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความมั่นใจในการปฏิบัติงาน<sup>4</sup> ระบบการดูแลทางไกล (Telemedicine) เป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้าน โดยช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ ประหยัดทรัพยากรทางการแพทย์ และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยฝีดาษวานรที่แยกกักตัวที่บ้านพบปัญหาหลายประการ จากการศึกษาศึกษาของ Rodriguez et al.<sup>5</sup> ยังพบปัญหาการขาดระบบการติดตามและการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นการประเมินลักษณะผื่นและแผลผ่านระบบทางไกล การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการประเมินสถานที่แยกกักตัวที่บ้าน<sup>5</sup>

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Johnson et al.<sup>6</sup> พบว่าการใช้เทคโนโลยีการดูแลทางไกลช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแล ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>6</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Park et al.<sup>7</sup> ที่พบว่า การดูแลทางไกลแบบสหวิชาชีพช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล<sup>7</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบช่องว่างในการวิจัยที่สำคัญ ได้แก่ (1) ขาดการศึกษาที่พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วย

ฝีดาษวานรที่แยกกักตัวที่บ้านในบริบทของประเทศไทย<sup>8</sup> (2) ยังไม่มีการศึกษาที่บูรณาการระบบการดูแลทางไกลแบบสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ (3) ขาดการประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลทางไกลในมิติต่าง ๆ อย่างครอบคลุม<sup>9,10</sup> (4) ยังไม่มีการพัฒนาเครื่องมือและระบบการติดตามที่เหมาะสมกับบริบทของสถาบันเฉพาะทาง<sup>11</sup> และ (5) ขาดการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้านในระยะยาว<sup>12</sup> การพยาบาลแบบ Telemedicine ในประเทศไทยถูกพัฒนาและนำมาใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพและความครอบคลุมของบริการสุขภาพ โดยเน้นการให้บริการผู้ป่วยและผู้ดูแลผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลภายใต้กรอบนโยบายของรัฐบาลและมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยฝีดาษวานรที่แยกกักตัวที่บ้านด้วยระบบการดูแลทางไกลแบบสหวิชาชีพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

## วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยฝีดาษวานรที่แยกกักตัวที่บ้านด้วยระบบการดูแลทางไกลแบบสหวิชาชีพ สถาบันบำราศนราดูร

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยฝีดาษวานรที่แยกกักตัวที่บ้านด้วยระบบการดูแลทางไกลแบบสหวิชาชีพ
2. เพื่อประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยฝีดาษวานรที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผ่านระบบทางไกลแบบสหวิชาชีพ โดยวัดจากอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยฝีดาษวานรต่อการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผ่านระบบทางไกลแบบสหวิชาชีพ
4. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฝีดาษวานรที่แยกกักตัวที่บ้านผ่านระบบทางไกล

## กรอบแนวคิดการวิจัย

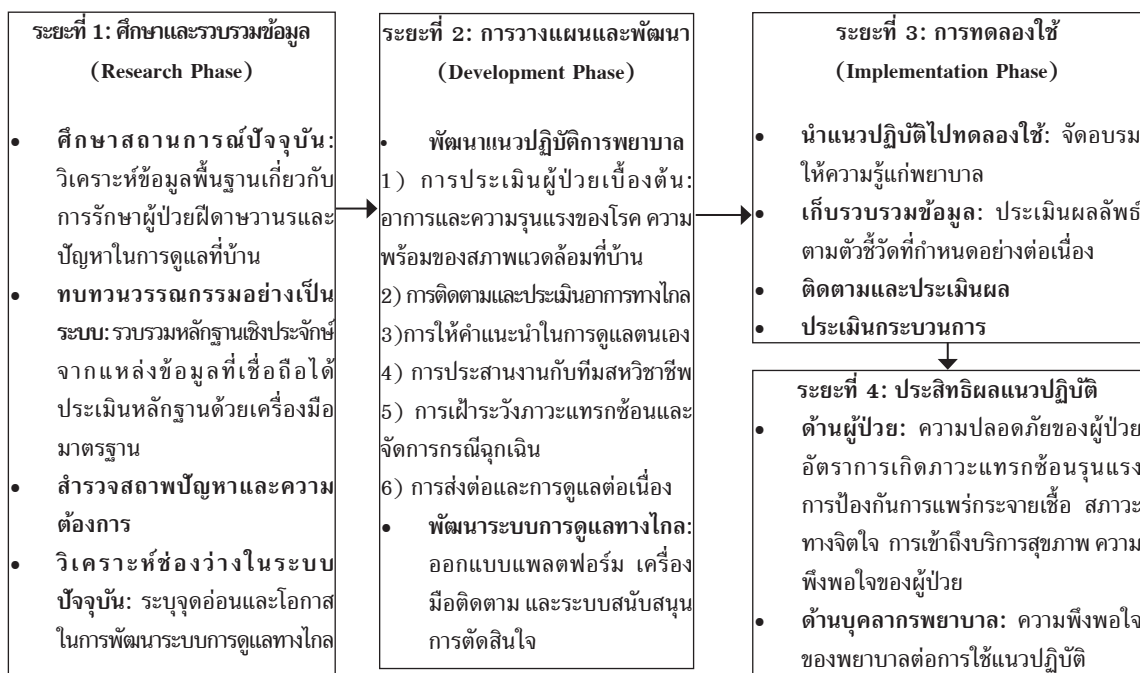
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 4 ระยะ ตามกรอบแนวคิดของ Soukup<sup>13</sup> มีขั้นตอนกระบวนการชัดเจน ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติทางพยาบาล โดยสามารถนำมาใช้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องและปรับปรุงได้ตามสถานการณ์จริง มีการทบทวนแนวทางอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลและหน่วยงานสุขภาพในประเทศไทยที่ยังขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และต้องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างยั่งยืนโดยประกอบด้วย 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิกจากบริบทและการทบทวน (evidence-triggered phase) 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (evidence-supported phase) 3) การทดลองใช้ (evidence-observe phase) และ 4) การนำแนวทางปฏิบัติไปใช้จริง (evidence-based phase) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

## นิยามศัพท์

**แนวปฏิบัติการพยาบาล** หมายถึง แนวทางที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฝีดาษวานรที่แยกกักตัวที่บ้านผ่านระบบการดูแลทางไกลแบบสหวิชาชีพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น (2) การติดตามอาการและการประเมินอาการทางไกล (3) การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง (4) การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ (5) การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการจัดการกรณีฉุกเฉิน และ (6) การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง

**ระบบการดูแลทางไกลแบบสหวิชาชีพ** หมายถึง การให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยฝีดาษวานรที่แยกกักตัวที่บ้านผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เช่น การสื่อสารทางโทรศัพท์ วิดีโอคอล แอปพลิเคชันสุขภาพ หรือระบบติดตามทางไกล โดยทีมสหวิชาชีพที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร

**ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ** หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยฝีดาษวานรที่แยกกักตัวที่บ้าน ประกอบด้วย ความปลอดภัยของผู้ป่วย การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของพยาบาล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 4 ระยะ ตามกรอบแนวคิดของ Soukup<sup>13</sup>

**ระยะเวลาดำเนินการวิจัย** ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2567 ถึง มีนาคม 2568

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรในการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคฝีดาษวานรที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร และมีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับการแยกกักตัวที่บ้าน และบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยฝีดาษวานรที่แยกกักตัวที่บ้าน

### กลุ่มตัวอย่าง

**กลุ่มผู้ป่วย:** ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้ป่วยฝีดาษวานรที่เข้าระบบการรักษาในสถาบันบำราศนราดูรในช่วงเวลา มิถุนายน – พฤศจิกายน 2567 จำนวน 45 คน

**เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)** ดังนี้

1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคฝีดาษวานรโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน 3) มีอาการไม่รุนแรง (ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีรอยโรคในอวัยวะสำคัญ) 4) มีสมาร์ทโฟนหรืออุปกรณ์ที่สามารถเชื่อมต่อระบบการดูแลทางไกลได้ 5) มีที่พักอาศัยที่เหมาะสมสำหรับการแยกกักตัว (มีห้องแยกส่วนตัว มีห้องน้ำส่วนตัว)

**เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)** ดังนี้

1) มีโรคร่วมที่ไม่สามารถควบคุมได้ (เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้) 2) มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรง (เช่น ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ติดเชื้อเอชไอวีที่มี CD<sub>4</sub> น้อยกว่า 200 cells/mm<sup>3</sup>) 3) ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร 4) มีประวัติโรคทางจิตเวชที่ควบคุมไม่ได้ และ 5) ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการแยกกักตัว

**กลุ่มบุคลากรทีมสหวิชาชีพ:** เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออย่างน้อย 2 ปี

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

**ระยะที่ 1:** การศึกษาและรวบรวมข้อมูล (พฤษภาคม 2567) ทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังของ

ผู้ป่วยฝีดาษวานรที่แยกกักตัวที่บ้านระหว่างเดือน กรกฎาคม 2565 ถึง ธันวาคม 2566 จำนวน 38 ราย สัมภาษณ์ผู้ป่วยฝีดาษวานรที่เคยได้รับการดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้านจำนวน 5 ราย จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับทีมสหวิชาชีพ 6 คน และทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลวิชาการ

**ระยะที่ 2:** การวางแผนและพัฒนา (มิถุนายน – สิงหาคม 2567) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและระบบการดูแลทางไกล พัฒนาระบบการประสานงานสหวิชาชีพ ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดสอบนาร่องและปรับปรุงแนวปฏิบัติกับผู้ป่วย 5 ราย

**ระยะที่ 3:** การทดลองใช้และประเมินผล (สิงหาคม–พฤศจิกายน 2567) จัดอบรมบุคลากรทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลและการใช้ระบบการดูแลทางไกล คัดเลือกผู้ป่วยฝีดาษวานรตามเกณฑ์ที่กำหนด และจัดเข้ากลุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ดำเนินการทดลองใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 21 วัน ครอบคลุมกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผล

**ระยะที่ 4:** การปรับปรุงและเผยแพร่ (ธันวาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568) วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับสมบูรณ์ และเผยแพร่และถ่ายทอดองค์ความรู้

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฝีดาษวานรที่กักตัวที่บ้านผ่านระบบทางไกลแบบสหวิชาชีพ ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก: การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น การติดตามอาการและการประเมินอาการทางไกล การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการจัดการกรณีฉุกเฉิน และการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง

1.2 โปรแกรมแอปพลิเคชันการดูแลทางไกลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสำหรับใช้ประกอบด้วย ระบบลงทะเบียนและประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น ระบบบันทึกอาการประจำวันและภาพถ่ายรอยโรค ระบบการสื่อสาร

ผ่านวิดีโอคอลและแชท ฐานข้อมูลคำแนะนำและข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค

1.3 แผนการฝึกอบรมบุคลากร ประกอบด้วย เนื้อหาและวัตถุประสงค์การฝึกอบรม กิจกรรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการและประเมินความรู้และทักษะของบุคลากร การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับกรวิจัยของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Appraisal of Guideline for Research and Evaluation II: AGREE II) ผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ด้วยเครื่องมือ AGREE II ภาพรวมร้อยละ 89.70 ผลการประเมินรายด้าน ดังนี้ ด้านการประเมินที่อยู่ในระดับคุณภาพสูงมาก ได้แก่ ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ร้อยละ 92.50 ด้านความเข้มงวดในการนำเสนอร้อยละ 90.70 และ ความชัดเจนของการนำเสนอร้อยละ 94.30 ในด้านที่มีระดับคุณภาพสูง ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร้อยละ 87.20 ด้านการนำไปใช้ร้อยละ 88.60 และด้านความเป็นอิสระของบรรณาธิการร้อยละ 85.00

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย: ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ วันที่เริ่มมีอาการ ลักษณะอาการโรคประจำตัว ประวัติการรักษา และข้อมูลการแยกกักตัว ได้แก่ ลักษณะที่พักอาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก

2.2 แบบประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย: แบบบันทึกอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อน เกณฑ์การประเมินความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน แบบบันทึกการส่งต่อและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.3 แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย: จำนวนครั้งของการติดต่อกับทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการตอบสนองของทีมสุขภาพ และปัญหาและอุปสรรคในการติดต่อสื่อสาร

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงบริการและการติดต่อสื่อสาร (3 ข้อ) ด้านคุณภาพการดูแลและการให้คำแนะนำ (3 ข้อ) ด้านการใช้งานระบบการดูแลทางไกล (3 ข้อ) ด้านการตอบสนองต่อความต้องการและปัญหา

(3 ข้อ) และด้านความพึงพอใจโดยรวม (3 ข้อ) โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (พึงพอใจน้อยที่สุด) ถึง 5 (พึงพอใจมากที่สุด)

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ (3 ข้อ) ด้านประสิทธิภาพของระบบการดูแลทางไกล (3 ข้อ) ด้านการประสานงานและการสื่อสารในทีม (3 ข้อ) ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย (3 ข้อ) และด้านความพึงพอใจโดยรวม (3 ข้อ) โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (พึงพอใจน้อยที่สุด) ถึง 5 (พึงพอใจมากที่สุด)

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เพื่อประเมินความถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์และภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางการแพทย์ 1 ท่าน ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แบบประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้ค่า  $CVI \geq 0.90$  แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ค่า  $CVI \geq 0.98$  แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ค่า  $CVI \geq 0.92$  แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ได้ค่า  $CVI \geq 0.98$

ความเชื่อมั่น (Reliability) แบบประเมินต่างๆ ประเมินความเชื่อมั่นด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ .82 สำหรับแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ดังนี้

(1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-squared test) และสถิติการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

(3) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการ

## วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันบำราศนราดูร รหัสโครงการ N014h/67\_ExpD ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2567

## ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย เป็น 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยฝีดาษวานรที่แยกกักตัวที่บ้าน** จากการทบทวนเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วย การสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพ และการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 47 รายการ ประกอบด้วย งานวิจัยเชิงทดลอง 16 เรื่อง การศึกษาแบบ cohort 8 เรื่อง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 6 เรื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิกจากองค์การระดับนานาชาติ 17 ฉบับ ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น (Initial Assessment) ประกอบด้วย การประเมินอาการและความรุนแรงของโรค การประเมินความเหมาะสมของการแยกกักตัวที่บ้าน การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว และการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. การติดตามอาการและการประเมินอาการทางไกล (Remote Monitoring and Assessment) โดยกำหนดให้มีการตรวจติดตามผ่านวิดีโอคอลเพื่อประเมินอาการ อาการแสดง และรอยโรคในวันแรก วันที่ 3 วันที่ 7 และวันที่ 14 ของการดูแล

3. การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง (Self-Care Education) ครอบคลุมการทำความสะอาดแผลและการดูแลผื่น การรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียง การสังเกตอาการผิดปกติและเกณฑ์การแจ้งทีมสุขภาพ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในบ้าน และการจัดการความเครียดและสุขภาพจิต

4. การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ (Interprofessional Coordination) ประกอบด้วยระบบการรายงานและการปรึกษาแพทย์ การประสานงานกับเภสัชกรเรื่องการจ่ายยาและการจัดส่งยา การประสานงาน

กับนักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการรับประทานอาหาร และการประสานงานกับนักจิตวิทยาสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต

5. การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการจัดการกรณีฉุกเฉิน (Complication Surveillance and Emergency Management) ประกอบด้วยแนวทางตรวจสอบสัญญาณเตือนของภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย แนวทางการจัดการเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน และระบบการสื่อสารฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง

6. การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง (Referral and Continuity of Care) ประกอบด้วยเกณฑ์การส่งต่อไปยังสถานพยาบาล และแผนการดูแลตนเองระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการคงเหลือ

ผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลด้วยเครื่องมือ AGREE II พบว่ามีคุณภาพโดยรวมร้อยละ 89.7 โดยด้านที่มีคุณภาพสูงมาก ได้แก่ ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ (ร้อยละ 92.50)

**ส่วนที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล**

### 2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4 5 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 ราย และกลุ่มควบคุม 22 ราย ทดสอบโดยใช้สถิติ t-test ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างในทุกประเด็น ( $p > 0.05$ ) ทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 91.30 และ 95.50 ( $p = 0.725$ ) อายุเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกัน ( $p = 0.768$ ) โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 31.40 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 30.80 ปี ปัจจัยเสี่ยงและลักษณะทางคลินิกไม่มีความแตกต่างกันในด้านโรคประจำตัว ( $p = 0.902$ ) โดยประมาณร้อยละ 56-59 ของทั้งสองกลุ่มไม่มีโรคประจำตัวและ ร้อยละ 31-35 มีเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมทางเพศไม่มีความแตกต่าง ( $p = 0.898$ ) ทั้งสองกลุ่มเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ร้อยละ 86-87 ระยะเวลาที่มีอาการก่อนเข้ารับการรักษาของกลุ่มทดลองเฉลี่ย 4.30 วัน และกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเฉลี่ย 4.70 วัน ไม่มีความแตกต่าง ( $p = 0.637$ ) ตำแหน่งรอยโรคพบที่อวัยวะเพศ/ทวารหนักร้อยละ 63 - 70

**2.2 ผลการประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วย** จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผ่านระบบทางไกลแบบสหวิชาชีพมี

ความปลอดภัยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกประเด็น โดยกลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงน้อยกว่า (4.30%, 22.70%,  $p = 0.021$  ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า (8.70%, 27.30%,  $p = 0.049$  ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมากกว่า (87.0% vs 54.5%,  $p = 0.008$  ตามลำดับ)

จากตารางที่ 2 ผลการติดตามกลุ่มตัวอย่างด้านการฟื้นตัวของแผล/รอยโรค สภาพจิตใจและความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และการจำหน่ายเมื่อหายสมบูรณ์มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.016$ )

**2.3 ผลการประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ**  
จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกประเด็น โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของการติดต่อกับทีมสุขภาพมากกว่า (14.80 (SD=3.50), 7.20 (SD=2.80) ครั้ง,  $p < 0.001$ ) มีระยะเวลาในการตอบสนองของทีมสุขภาพที่รวดเร็วกว่า (15.30 (SD=6.70), 45.60 (SD=18.90) นาที,  $p < 0.001$ ) และมีความสะดวกในการเข้าถึงบริการในระดับมากกว่า (ร้อยละ 82.60, 31.80,  $p < 0.001$ )

**ตารางที่ 1** แสดงการเปรียบเทียบความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| รายการประเมิน                                      | กลุ่มทดลอง<br>(n = 23)<br>จำนวน (%) | กลุ่มควบคุม<br>(n = 22)<br>จำนวน (%) | p       |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------|
| การเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเพิ่มขึ้น                 |                                     |                                      | 0.021*  |
| - ไม่เกิด                                          | 22 (95.70)                          | 17 (77.30)                           |         |
| - เกิด                                             | 1 (4.30)                            | 5 (22.70)                            |         |
| การกลับเข้ารับการรักษในโรงพยาบาล                   |                                     |                                      | 0.049*  |
| - ไม่กลับ                                          | 21 (91.30)                          | 16 (72.70)                           |         |
| - กลับ                                             | 2 (8.70)                            | 6 (27.30)                            |         |
| การปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ |                                     |                                      | 0.008** |
| - ปฏิบัติครบถ้วน                                   | 20 (87.0)                           | 12 (54.50)                           |         |
| - ปฏิบัติไม่ครบถ้วน                                | 3 (13.0)                            | 10 (45.50)                           |         |

หมายเหตุ: \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

**2.4 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย**  
จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ( $p < 0.001$ ) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยรวมทุกด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมด้านที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุดในกลุ่มทดลอง คือ ด้านความพึงพอใจโดยรวมคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.82 (SD=0.30) มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

**2.5 ผลการประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ**  
จากตารางที่ 5 พบว่า ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเฉลี่ยรวมทุกด้าน ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 (SD=0.37) โดยด้านที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.73 (SD=0.38) พบประเด็นสำคัญได้แก่ 1) แนวปฏิบัติมีความชัดเจน เข้าใจง่าย 2) ระบบวิดีโอคอลช่วยให้ประเมินรอยโรคและอาการของผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น 3) มีระบบการประสานงานช่วยให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น และ 4) ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการดูแลตนเองมากขึ้น และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

## อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปราย ดังนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนขึ้นมีคุณภาพสูง ผลการประเมินด้วย AGREE II ได้คะแนนรวมร้อยละ 89.70 โดยเฉพาะด้านความชัดเจนของการนำเสนอร้อยละ 94.30 สอดคล้องกับแนวคิดของ Brouwers et al.<sup>15</sup> ที่ระบุว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณภาพต้องมีความ

ชัดเจน ครอบคลุม และอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย

ประสิทธิผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย กลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่ำกว่ากลุ่ม

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลการติดตามกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-Square

| รายการประเมิน                  | กลุ่มทดลอง<br>(n=23)<br>ร้อยละ (n) | กลุ่มควบคุม<br>(n=22)<br>ร้อยละ (n) | ค่าสถิติ              | p       |
|--------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------|
| การฟื้นตัวของแผล/รอยโรค Day 3  |                                    |                                     |                       |         |
| - ดีขึ้น                       | 45.70 (11)                         | 36.40 (8)                           | X <sup>2</sup> = 4.23 | 0.039*  |
| - คงที่                        | 45.70 (10)                         | 54.50 (12)                          |                       |         |
| - แย่ลง                        | 8.60 (2)                           | 9.10 (2)                            |                       |         |
| การฟื้นตัวของแผล/รอยโรค Day 7  |                                    |                                     |                       |         |
| - ดีขึ้น                       | 78.30 (18)                         | 54.50 (12)                          | X <sup>2</sup> = 6.87 | 0.009** |
| - คงที่                        | 17.40 (4)                          | 36.40 (8)                           |                       |         |
| - แย่ลง                        | 4.30 (1)                           | 9.10 (2)                            |                       |         |
| การฟื้นตัวของแผล/รอยโรค Day 14 |                                    |                                     |                       |         |
| - ดีขึ้น/หาย                   | 91.30 (21)                         | 77.30 (17)                          | X <sup>2</sup> = 8.14 | 0.004** |
| - คงที่                        | 8.70 (2)                           | 18.20 (4)                           |                       |         |
| - แย่ลง                        | 0 (0)                              | 4.50 (1)                            |                       |         |
| สภาพจิตใจ/ความเครียด Day 3     |                                    |                                     |                       |         |
| - ดีขึ้น                       | 56.50 (13)                         | 36.40 (8)                           | X <sup>2</sup> = 5.32 | 0.021*  |
| - คงที่                        | 34.80 (8)                          | 45.50 (10)                          |                       |         |
| - แย่ลง                        | 8.70 (2)                           | 18.10 (4)                           |                       |         |
| สภาพจิตใจ/ความเครียด Day 7     |                                    |                                     |                       |         |
| - ดีขึ้น                       | 73.90 (17)                         | 45.50 (10)                          | X <sup>2</sup> = 7.95 | 0.005** |
| - คงที่                        | 21.70 (5)                          | 45.50 (10)                          |                       |         |
| - แย่ลง                        | 4.40 (1)                           | 9.0 (2)                             |                       |         |
| สภาพจิตใจ/ความเครียด Day 14    |                                    |                                     |                       |         |
| - ดีขึ้น/ปกติ                  | 91.30 (21)                         | 68.20 (15)                          | X <sup>2</sup> = 9.27 | 0.002** |
| - คงที่                        | 8.70 (2)                           | 22.70 (5)                           |                       |         |
| - แย่ลง                        | 0 (0)                              | 9.10 (2)                            |                       |         |
| การจำหน่ายเมื่อหายสมบูรณ์      | 91.30 (21)                         | 72.70 (16)                          | X <sup>2</sup> = 5.74 | 0.016*  |

หมายเหตุ: \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Adler et al.<sup>16</sup> ที่พบว่าการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดและการให้คำแนะนำที่เหมาะสมช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยฝีดาษวานร

การเข้าถึงบริการสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการติดต่อกับทีมสุขภาพมากกว่าและระยะเวลาในการตอบสนองที่รวดเร็วกว่า ส่งผลให้มีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor et al.<sup>17</sup> ที่พบว่าการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่เข้าถึงง่ายในการติดตามอาการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลทางไกลและความร่วมมือในการรักษา

ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและด้านการประสานงานและการสื่อสารในทีม สอดคล้องกับการศึกษาของ Scarborough et al.<sup>18</sup> ที่พบว่าความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลและการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพช่วยให้การประสานงานราบรื่น

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ t-test

| รายการประเมิน                              | กลุ่มทดลอง<br>(n = 23)<br>Mean (SD) | กลุ่มควบคุม<br>(n = 22)<br>Mean (SD) | p          |
|--------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------|
| จำนวนครั้งของการติดต่อกับทีมสุขภาพ (ครั้ง) | 14.80 (3.50)                        | 7.20 (2.80)                          | < 0.001*** |
| ระยะเวลาในการตอบสนองของทีมสุขภาพ (นาที)    | 15.30 (6.70)                        | 45.60 (18.90)                        | < 0.001*** |
| การได้รับคำแนะนำจากพยาบาลครบถ้วน           |                                     |                                      | < 0.001*** |
| - ได้รับ                                   | 23 (100.0)                          | 12 (54.50)                           |            |
| - ไม่ได้รับ                                | 0 (0.0)                             | 10 (45.50)                           |            |
| การได้รับคำแนะนำจากสหวิชาชีพ               |                                     |                                      | < 0.001*** |
| - ได้รับ                                   | 21 (91.30)                          | 8 (36.40)                            |            |
| - ไม่ได้รับ                                | 2 (8.70)                            | 14 (63.60)                           |            |
| ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ                |                                     |                                      | < 0.001*** |
| - สะดวกมาก                                 | 19 (82.60)                          | 7 (31.80)                            |            |
| - สะดวกปานกลาง                             | 3 (13.0)                            | 8 (36.40)                            |            |
| - ไม่สะดวก                                 | 1 (4.40)                            | 7 (31.80)                            |            |

หมายเหตุ: \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

## สรุปผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฝีดาษวานรที่กักตัวที่บ้านผ่านระบบทางไกลแบบสหวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงน้อย อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อย อัตราการติดเชื้อในสมาชิกครอบครัวน้อย การเข้าถึงบริการสุขภาพของการติดต่อกับทีมสุขภาพระยะเวลาในการตอบสนองของทีมสุขภาพที่รวดเร็ว

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.หน่วยงานทางสาธารณสุข สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยฝีดาษวานรที่แยกกักตัวที่บ้าน โดยอาจมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน

2.ควรผลักดันให้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฝีดาษวานรที่แยกกักตัวที่บ้านเป็นนโยบายระดับประเทศ และส่งเสริมการพัฒนาระบบการดูแลทางไกลสำหรับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อื่น ๆ

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| รายการประเมิน                           | กลุ่มทดลอง<br>(n = 23)<br>Mean (SD) | กลุ่มควบคุม<br>(n = 22)<br>Mean (SD) | p          |
|-----------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------|
| ด้านการเข้าถึงบริการและการติดต่อสื่อสาร | 4.72 (0.35)                         | 3.82 (0.65)                          | < 0.001*** |
| ด้านคุณภาพการดูแลและการให้คำแนะนำ       | 4.68 (0.42)                         | 3.78 (0.58)                          | < 0.001*** |
| ด้านการใช้งานระบบการดูแลทางไกล          | 4.58 (0.45)                         | 3.45 (0.72)                          | < 0.001*** |
| ด้านการตอบสนองต่อความต้องการและปัญหา    | 4.75 (0.38)                         | 3.68 (0.63)                          | < 0.001*** |
| ด้านความพึงพอใจโดยรวม                   | 4.82 (0.30)                         | 3.75 (0.55)                          | < 0.001*** |
| ความพึงพอใจเฉลี่ยรวมทุกด้าน             | 4.71 (0.32)                         | 3.70 (0.54)                          | < 0.001*** |

หมายเหตุ: \*\*\* $p < 0.01$ 

ตารางที่ 5 แสดงความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล (N = 15)

| ความพึงพอใจทีมสหวิชาชีพ             | Mean | SD   | ระดับความพึงพอใจ |
|-------------------------------------|------|------|------------------|
| ด้านความสะดวกในการใช้นโยบายปฏิบัติ  | 4.53 | 0.48 | มากที่สุด        |
| ด้านประสิทธิภาพของระบบการดูแลทางไกล | 4.47 | 0.52 | มากที่สุด        |
| ด้านการประสานงานและการสื่อสารในทีม  | 4.67 | 0.42 | มากที่สุด        |
| ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย           | 4.73 | 0.38 | มากที่สุด        |
| ด้านความพึงพอใจโดยรวม               | 4.60 | 0.45 | มากที่สุด        |
| ความพึงพอใจเฉลี่ยรวมทุกด้าน         | 4.60 | 0.37 | มากที่สุด        |

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้านในระยะยาว เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลที่ยั่งยืน

2. ควรมีการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพของการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบทางไกล เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัย และขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Multi-country outbreak of monkeypox, External situation report #1. [Internet]. 2022 [Cited 2025 Jan 5]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-monkeypox--external-situation-report--1---6-july-2022>
- Centers for Disease Control and Prevention. 2022 Mpox outbreak global map. [Internet]. 2023 [Cited 2025 Jan 5]. Available from: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/response/2022/world-map.html>.
- Department of Disease Control. Situation of monkeypox in Thailand and global. Ministry of Public Health, Thailand [Internet]. 2022 [Cited 2025 Jan 5]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/index.php> (in Thai)

4. Rony MKK, Sharmi PD, Akter D, Parvin MR, Alamgir HM. Knowledge and Attitude Regarding Human Monkeypox Virus Infection among Nurses: A Cross-Sectional Study. *SAGE Open Nurs* 2023; 9: 23779608231216619. doi: 10.1177/23779608231216619.
5. Rodriguez-Villa E, Cumsky J, Reynolds KA. Tele dermatology for the diagnosis and management of skin disease: A systematic review. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2023; 88(1): 220-37.
6. Johnson RL, Williams TE, Parmar, J. Effectiveness of telehealth interventions for infectious disease management: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2023; 29(2): 69-81.
7. Park S, Choi J, Lee H. Interprofessional telehealth care for patients with communicable diseases: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies* 2023; 138: 104426.
8. Chen Q, Rui J, Quan B, Hong L, Zheng Q, Li Q. Nursing care for patients with monkeypox: A systematic review. *Journal of Infection Prevention* 2023; 24(3): 89-97.
9. Williams P, Chen X, Kim J. Interprofessional telehealth models for emerging infectious diseases: A scoping review. *BMC Health Services Research* 2023; 23(1): 245. Doi: 10.1186/s12913-023-09257-2.
10. Davis RM, Markham A, Nassiri N. Telemedicine: The future of outpatient healthcare delivery. *Annual Review of Medicine* 2023; 74: 47-64.
11. Kim JH, Marks F, Clemens JD. Digital tools for infectious disease surveillance and control in specialized healthcare settings. *The Lancet Digital Health* 2023; 5(2): e102-11.
12. Harris L, Roberts F, Davies G. Factors affecting successful home isolation: Lessons from communicable disease management. *BMC Public Health* 2023; 23(1): 89.
13. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinics of North America* 2000; 35(2): 301-9.
14. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010; 182(18): E839-42.
15. Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. Video consultations for covid-19. *BMJ* 2020; 368: m998.
16. Adler H, Gould S, Hine P, Snell LB, Wong W, Houlihan CF, et al. Clinical features and management of human monkeypox: A retrospective observational study in the UK. *The Lancet Infectious Diseases* 2022; 22(8): 1153-62.
17. Taylor L, Porgo TV, Canedo J, Yanes-Lane M. Acceptability and feasibility of digital tools for infectious disease management: A mixed-methods systematic review. *Journal of Medical Internet Research* 2022; 24(3): e33364.
18. Scarborough A, Saraswat M, DeWitt C. Interprofessional collaboration in infectious disease management: Benefits and challenges. *Journal of Interprofessional Care* 2023; 37(1): 88-96.
19. Rodriguez A, Kim H, Martinez L. Challenges in remote monitoring and assessment of skin lesions in monkeypox patients: A qualitative study. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2023; 88(3): 542-9. doi: 10.1016/j.jaad.2022.11.047.