

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านสำหรับทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง
(JAUNDICE-CARE Plus) โรงพยาบาลพัคภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
Development of a Hospital-to-Home Continuity of Care Model for Newborns with
Jaundice (JAUNDICE-CARE Plus) at Phayakkhaphum Phisai Hospital, Maha Sarakham
Province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

กาญจนา ตีเมืองชัย¹

Kanchana Teemuangsai¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนา และประเมินผลรูปแบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านสำหรับทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง (JAUNDICE-CARE Plus) โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงกรกฎาคม 2569 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยทีมสุขภาพ 20 คน ทารกแรกเกิดอายุครรภ์ 35 สัปดาห์ขึ้นไปที่มีภาวะตัวเหลืองกลุ่มก่อนพัฒนา 40 ราย และกลุ่มหลังพัฒนา 43 ราย พร้อมผู้ดูแลหลัก เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 0.92) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Fisher's exact test, independent t-test, paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ระยะ 9 องค์ประกอบ ได้แก่ ระยะในโรงพยาบาล ระยะเตรียมจำหน่าย และระยะติดตามที่บ้าน หลังใช้รูปแบบ อัตราการวินิจฉัยหรือรักษาล่าช้าลดลงจากร้อยละ 20.0 เป็นร้อยละ 4.7 ($p = 0.044$) อัตราการมาตรวจติดตามตรงนัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.5 เป็นร้อยละ 90.7 ($p < 0.001$) และระยะวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลงจาก 3.7 เป็น 2.9 วัน ($p = 0.002$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 7 วันลดลงจากร้อยละ 10.0 เป็นร้อยละ 2.3 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบ kernicterus คะแนนความรู้และความสามารถของผู้ดูแลหลังการได้ข้สูงกว่าก่อนการได้ข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ดูแลและบุคลากรมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดและมากตามลำดับ

คำสำคัญ: ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด; การดูแลต่อเนื่อง; การวางแผนจำหน่าย; รูปแบบการดูแล; การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

Abstract

This research and development study aimed to examine the situation, develop, and evaluate a hospital-to-home continuity of care model for newborns with jaundice (JAUNDICE-CARE Plus). Soukup's evidence-based practice model from October 2025 to July 2026. Participants were 20 health care providers, newborns with a gestational age of 35 weeks or more with jaundice (40 before and 43 after implementation), and their primary caregivers. Instruments were validated for content validity (CVI = 0.92). Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, Fisher's exact test, the independent t-test, the paired t-test, and content analysis.

The model consisted of three phases and nine components: the in-hospital phase, the discharge preparation phase, and the home follow-up phase. After implementation, the rate of delayed diagnosis or treatment decreased from 20.0% to 4.7% ($p = 0.044$), the rate of on-time follow-up increased from 57.5% to 90.7% ($p < 0.001$), and the mean length of stay decreased from 3.7 to 2.9 days ($p = 0.002$). The 7-day readmission rate decreased from 10.0% to 2.3%, although this difference was not statistically significant, and no cases of kernicterus occurred. Caregivers' knowledge and competency scores increased significantly after

¹ พย.บ.กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพัคภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

coaching ($p < 0.001$). Satisfaction was at the highest level among caregivers and at a high level among providers.

Keywords: neonatal jaundice; continuity of care; discharge planning; care model; evidence-based practice

บทนำ

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (neonatal hyperbilirubinemia) เป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดในช่วงสัปดาห์แรกของชีวิต พบในทารกครบกำหนดประมาณร้อยละ 60 และในทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 80¹ การประมาณการระดับโลกในปี ค.ศ. 2010 พบทารกที่มีภาวะบิลิรูบินสูงรุนแรงประมาณ 481,000 ราย เสียชีวิตราว 114,000 ราย และผู้รอดชีวิตมากกว่า 63,000 ราย มีความพิการระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยภาวะโรคส่วนใหญ่อยู่นในเอเชียใต้ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแอฟริกาใต้สะฮารา² หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที บิลิรูบินจะผ่านเข้าสู่สมองและก่อให้เกิด kernicterus ซึ่งมีอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 99 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ³ อัตราตายจากภาวะนี้ในประเทศรายได้ต่ำและปานกลางสูงถึง 293 ต่อล้านการเกิด เทียบกับประมาณ 4 ต่อล้านการเกิดในประเทศรายได้สูง ความแตกต่างนี้สะท้อนว่าผลลัพธ์ที่รุนแรงส่วนใหญ่ป้องกันได้ด้วยระบบคัดกรองและติดตามที่ดี⁴

ในประเทศไทย การศึกษาที่โรงพยาบาลสุวณิเชลิมพระเกียรติพบอุบัติการณ์ภาวะตัวเหลืองร้อยละ 15.6 สาเหตุที่พบมากที่สุดคือทารกได้รับนมมารดาไม่เพียงพอในระยะแรก (ร้อยละ 55.5) รองลงมาคือภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD และหมู่เลือดมารดาและทารกไม่เข้ากัน⁵ ส่วนการศึกษาที่โรงพยาบาลชัยภูมิพบว่าทารกที่มีภาวะตัวเหลืองร้อยละ 15.98 ต้องกลับมาส่องไฟซ้ำ⁶ ในทารกครบกำหนด ระดับบิลิรูบินมักสูงสุดในวันที่ 3–5 หลังเกิด⁷ ขณะที่ทารกส่วนใหญ่จำหน่ายภายใน 48 ชั่วโมง ช่วงที่ทารกเสี่ยงที่สุดจึงเกิดขึ้นที่บ้าน แนวทางของ American Academy of Pediatrics (AAP) ฉบับปี ค.ศ. 2022 จึงกำหนดให้ประเมินความเสี่ยงก่อนจำหน่ายและนัดติดตามตามระดับความเสี่ยงของทารกทุกราย⁸ นอกจากนี้ การใช้

แนวทางฉบับนี้ลดวันนอนโรงพยาบาลลงได้ ทารกจึงกลับบ้านเร็วขึ้น และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายยังมีความสำคัญ⁹

โรงพยาบาลพัคภูมิพิสัยเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 มีทารกเกิดมีชีพประมาณ 460 รายต่อปี ข้อมูลปีงบประมาณ 2566–2568 พบทารกที่มีภาวะตัวเหลือง 261 ราย ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาล่าช้าร้อยละ 18.0 มาตรวจติดตามตรงนัดเพียงร้อยละ 58.2 กลับมารักษาซ้ำภายใน 7 วัน ร้อยละ 8.0 และต้องส่งต่อเนื่องจากภาวะบิลิรูบินสูงรุนแรงร้อยละ 4.6 ปัญหาเกิดตลอดเส้นทางการดูแล ในโรงพยาบาลยังไม่มีรอบการคัดกรองตามอายุเป็นชั่วโมง ช่วงเตรียมจำหน่ายการสอนผู้ดูแลยังไม่เป็นมาตรฐาน และหลังจำหน่ายไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

งานวิจัยในประเทศไทยแสดงว่าการพัฒนาระบบการดูแลช่วยแก้ปัญหาได้ ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองที่โรงพยาบาลยโสธร¹⁰ การปรับปรุงแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังที่โรงพยาบาลคลองหลวง (11) นวัตกรรมอุปกรณ์คัดกรองจากสีผิวที่โรงพยาบาลบ้านหมี่¹² และการโค้ชผู้ดูแลก่อนจำหน่ายที่โรงพยาบาลลำพูน ซึ่งลดการกลับมารักษาซ้ำเหลือร้อยละ 3.3 อย่างไรก็ตาม งานเหล่านี้ส่วนใหญ่พัฒนาเพียงองค์ประกอบเดียว และสิ้นสุดที่ประตูโรงพยาบาล¹³

การวิจัยนี้จึงพัฒนา JAUNDICE-CARE Plus โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของชุมชน¹⁴ ร่วมกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง¹⁵ และแนวคิดการดูแลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง¹⁶ รูปแบบนี้เชื่อมการดูแลในโรงพยาบาล การเตรียมจำหน่าย และการติดตามที่บ้านเข้าเป็นระบบเดียว

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านสำหรับทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง (JAUNDICE-CARE Plus)
- 3) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังใช้รูปแบบ
- 4) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบต่อความรู้และความสามารถของผู้ดูแล และความพึงพอใจของผู้ดูแลและบุคลากร

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) 4 ระยะ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงกรกฎาคม 2569 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์จากเวชระเบียนย้อนหลังปีงบประมาณ 2566–2568 และสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 สืบค้นหลักฐานและยกยกรูปแบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบและทบทวนรูปแบบระหว่างเดือนมกราคมถึงพฤษภาคม 2569 และระยะที่ 4 ประเมินผล การประเมินผลใช้การเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจากข้อมูลย้อนหลัง (historical control) คือทารกในช่วงเดือนมกราคมถึงพฤษภาคม 2568 ซึ่งเป็นช่วงเดียวกันของปีก่อนหน้า การวิจัยนี้ใช้รูปแบบของซุคัพ 4 ระยะ เป็นกรอบของกระบวนการพัฒนา¹⁴ ได้แก่ ระยะค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence-triggered phase) ระยะสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-supported phase) ระยะทดลองใช้ (evidence-observed phase) และระยะนำไปใช้จริง (evidence-based phase) ส่วนเนื้อหาของรูปแบบอิงแนวทาง AAP ฉบับปี ค.ศ. 2022⁸ แนวคิดความต่อเนื่องของการดูแล 3 มิติ ได้แก่ ความต่อเนื่องของข้อมูล ของการจัดการ และของ

สัมพันธภาพ¹⁵ และแนวทางการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง¹⁶ ผลลัพธ์ที่ประเมินประกอบด้วยผลลัพธ์ทางคลินิก ความรู้และความสามารถของผู้ดูแล และความพึงพอใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ร่วมพัฒนาเลือกแบบเจาะจง รวม 20 คน ได้แก่ กุมารแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่ดูแลทารกแรกเกิด 11 คน และพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. 8 คน ในระยะที่ 1 มีผู้ดูแลทารกเข้าร่วมสนทนากลุ่ม 10 คน กลุ่มทารกใช้ทารกทุกรายที่เข้าเกณฑ์ในช่วงเวลาที่ศึกษา ได้กลุ่มก่อนพัฒนา 40 ราย และกลุ่มหลังพัฒนา 43 ราย พร้อมผู้ดูแลหลักของทารกกลุ่มหลังพัฒนา 43 คน เกณฑ์คัดเข้าคือทารกอายุครรภ์ตั้งแต่ 35 สัปดาห์ขึ้นไปที่มีภาวะตัวเหลืองซึ่งต้องเฝ้าระวังหรือรักษาตามเกณฑ์ AAP ฉบับปี ค.ศ. 2022 และผู้ดูแลหลักสื่อสารภาษาไทยได้และติดต่อทางโทรศัพท์ได้ เกณฑ์คัดออกคือทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดรุนแรง มีภาวะตัวเหลืองจากการอุดตันของท่อน้ำดีหรือต้องส่งต่อด้วยภาวะอื่นก่อนเข้าสู่รูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย 3 ชุด ชุดที่ 1 คือเครื่องมือดำเนินการ ได้แก่ คู่มือและแนวปฏิบัติ JAUNDICE-CARE Plus แบบประเมินความเสี่ยงก่อนจำหน่ายและกำหนดเวลานัด แบบส่งต่อข้อมูลถึง รพ.สต. และสื่อสำหรับผู้ดูแล ชุดที่ 2 คือเครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทารกแบบวัดความรู้ของผู้ดูแล (20 ข้อ) แบบประเมินความสามารถในการดูแลโดยการสังเกต (10 ข้อ) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลและของบุคลากร (มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ) และแบบตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ชุดที่ 3 คือแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า CVI ของเครื่องมือทั้งชุดเท่ากับ 0.92 เมื่อทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย แบบวัดความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.81 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลและของบุคลากรมีค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 และ 0.89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบสัดส่วนของผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างสองกลุ่มด้วย Chi-square test หรือ Fisher's exact test และเปรียบเทียบระยะวันนอนด้วย independent t-test ส่วนคะแนนความรู้และความสามารถของผู้ดูแลก่อนและหลังการโค้ชเปรียบเทียบด้วย paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับ การรับ ร้อง จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครองและผู้เข้าร่วมทุกราย ผู้เข้าร่วมถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการปฏิบัติงาน ข้อมูลส่วนบุคคลใช้รหัสแทนชื่อ และนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัญหาการดูแล

การวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่มพบปัญหา 3 ประเด็นตามเส้นทางการดูแล ประเด็นแรกคือการคัดกรองในโรงพยาบาลไม่เป็นระบบ ไม่มีรอบการตรวจตามอายุเป็นชั่วโมง และบุคลากรใช้เกณฑ์การส่งไฟต่างกัน ประเด็นที่สองคือการเตรียมจำหน่ายขึ้นกับผู้สอนแต่ละคน ผู้ดูแลได้รับข้อมูลมากในเวลาสั้นก่อนกลับบ้าน และไม่มีการประเมินว่าผู้ดูแลทำได้จริงหรือไม่ ประเด็นที่สามคือรอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนขาดหาย โรงพยาบาล รพ.สต. ไม่ทราบว่ามีทารกตัวเหลืองกลับบ้านในพื้นที่ ขณะที่ผู้ดูแลเดินทางกลับมาตรวจลำบากและไม่รู้ว่าจะปรึกษาใครเมื่อทารกเหลืองมากขึ้น

2. รู ป แ บ บ JAUNDICE-CARE Plus

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ระยะ 9 องค์ประกอบ ดังตารางที่ 1 ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมของรูปแบบได้ค่า CVI เท่ากับ 0.94

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของ JAUNDICE-CARE Plus

ระยะ	องค์ประกอบ
ระยะที่ 1 ในโรงพยาบาล	1) คัดกรองระดับบิลิรูบินตามอายุเป็นชั่วโมงทุกราย และตรวจก่อนจำหน่าย 2) แนวปฏิบัติการส่งไฟและการยกระดับการดูแลตามเกณฑ์ AAP ฉบับปี ค.ศ. 2022 พร้อมแผนภูมิประจำหน่วยงาน 3) ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาและประเมินประสิทธิภาพการให้นมทุกเวร
ระยะที่ 2 เตรียมจำหน่าย	4) ประเมินความเสี่ยงก่อนจำหน่ายและกำหนดเวลานัดตามระดับความเสี่ยง 5) โค้ชผู้ดูแล 3 ครั้ง ใช้การสอนกลับ (teach-back) ร่วมกับคลิปวิดีโอและสมุดบันทึกประจำตัวทารก 6) ประเมินความสามารถของผู้ดูแลก่อนจำหน่าย หากไม่ผ่านเกณฑ์จะโค้ชเพิ่ม
ระยะที่ 3 ติดตามที่บ้าน	7) ส่งต่อข้อมูลทารกให้ รพ.สต. ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจำหน่าย 8) โทรติดตามภายใน 24-48 ชั่วโมง และเยี่ยมบ้านทารกกลุ่มเสี่ยงสูงโดยพยาบาล รพ.สต. ร่วมกับ อสม. 9) ช่องทางปรึกษาและช่องทางด่วน (fast track) สำหรับกลับมาตรวจ

3. ผลการใช้รูปแบบ ทารกกลุ่มก่อนและหลังพัฒนามีลักษณะพื้นฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะพื้นฐานของทารก

ลักษณะ	ก่อนพัฒนา (n = 40)	หลังพัฒนา (n = 43)	p-value
เพศชาย, n (%)	22 (55.0)	23 (53.5)	0.890 ^a
อายุครรภ์ (สัปดาห์), mean $\pm$ SD	38.2 $\pm$ 1.3	38.4 $\pm$ 1.2	0.468 ^b
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม), mean $\pm$ SD	3,010 $\pm$ 380	3,050 $\pm$ 360	0.624 ^b
ได้รับนมมารดาอย่างเดียว, n (%)	30 (75.0)	33 (76.7)	0.853 ^a
ภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD, n (%)	6 (15.0)	7 (16.3)	1.000 ^c
ABO incompatibility, n (%)	5 (12.5)	6 (14.0)	1.000 ^c
ระดับบิลิรูบินสูงสุด (มก./ดล.), mean $\pm$ SD	15.8 $\pm$ 2.6	15.2 $\pm$ 2.4	0.278 ^b
ได้รับการส่องไฟ, n (%)	28 (70.0)	31 (72.1)	0.834 ^a
อายุเมื่อจำหน่าย (ชั่วโมง), mean $\pm$ SD	51.6 $\pm$ 14.2	49.8 $\pm$ 13.5	0.556 ^b

^a Chi-square test, ^b independent t-test, ^c Fisher's exact test

หลังใช้รูปแบบ อัตราการวินิจฉัยหรือรักษา
ล่าช้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการมา
ตรวจติดตามตรงนัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ และระยะวันนอนโรงพยาบาลลดลงอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

ภายใน 7 วันและอัตราการส่งต่อลดลงแต่ไม่มี
นัยสำคัญทางสถิติ ไม่พบ kernicterus ทั้งสองกลุ่ม
ดังตารางที่ 3 นอกจากนี้ การตรวจสอบเวชระเบียน
พบว่าบุคลากรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ครบถ้วน
ร้อยละ 91.2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังใช้ JAUNDICE-CARE Plus

ผลลัพธ์	ก่อนพัฒนา (n = 40)	หลังพัฒนา (n = 43)	p-value
วินิจฉัยหรือรักษาล่าช้า, n (%)	8 (20.0)	2 (4.7)	0.044 ^c
มาตรวจติดตามตรงนัด, n (%)	23 (57.5)	39 (90.7)	< 0.001 ^a
กลับมารักษาซ้ำภายใน 7 วัน, n (%)	4 (10.0)	1 (2.3)	0.191 ^c
ส่งต่อจากภาวะบิลิรูบินสูงรุนแรง, n (%)	2 (5.0)	0 (0.0)	0.229 ^c
ระยะวันนอนโรงพยาบาล (วัน), mean $\pm$ SD	3.7 $\pm$ 1.3	2.9 $\pm$ 0.9	0.002 ^b
Kernicterus, n (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	—

^a Chi-square test ($\chi^2 = 12.08$), ^b independent t-test ($t = 3.28$), ^c Fisher's exact test

ผู้ดูแลกลุ่มหลังพัฒนามีคะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลก่อนจำหน่ายสูงกว่าก่อนการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4 ผู้ดูแลผ่านเกณฑ์ประเมินความสามารถตั้งแต่การโค้ชรอบแรก 38 คน (ร้อยละ 88.4) และอีก 5 คน

ผ่านเกณฑ์หลังโค้ชเพิ่ม ความพึงพอใจของผู้ดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.62, SD = 0.41) และความพึงพอใจของบุคลากร 20 คนอยู่ในระดับมาก (mean = 4.38, SD = 0.52)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และความสามารถของผู้ดูแลก่อนและหลังการโค้ช (n = 43)

ตัวแปร	ก่อนโค้ช mean ± SD	หลังโค้ช mean ± SD	t	p-value
ความรู้ (เต็ม 20 คะแนน)	11.8 ± 3.1	17.6 ± 1.9	14.05	< 0.001
ความสามารถในการดูแล (เต็ม 10 คะแนน)	5.2 ± 1.8	8.9 ± 1.0	15.53	< 0.001

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาตามรูปแบบของซุคัพทำให้ JAUNDICE-CARE Plus เกิดจากปัญหาจริงของหน่วยงานและหลักฐานเชิงประจักษ์ (14) การที่พยาบาลในโรงพยาบาลและใน รพ.สต. ร่วมออกแบบตั้งแต่ระยะแรกน่าจะเป็นเหตุผลที่บุคลากรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ร้อยละ 91.2 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการพัฒนาแนวปฏิบัติที่โรงพยาบาลโสธร (ร้อยละ 88.0) (10)

อัตราการวินิจฉัยหรือรักษาลำไส้ที่ลดลงอธิบายได้จากการคัดกรองตามอายุเป็นชั่วโมงและการใช้เกณฑ์ส่องไฟเดียวกันทั้งหน่วยงาน ซึ่งตรงกับหลักการของ hour-specific nomogram¹⁷ และแนวทาง AAP ฉบับปี ค.ศ. 2022⁸ ระยะวันนอนที่ลดลงสอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า⁹ ในการศึกษาวันนอนที่ลดลงไม่ได้ทำให้การกลับมารักษาซ้ำเพิ่มขึ้น เพราะมีระบบติดตามหลังจำหน่ายรองรับ

การเพิ่มขึ้นของอัตราการมาตรวจติดตามตรงนัดเป็นผลลัพธ์ที่เด่นที่สุด และสะท้อนความต่อเนื่องของการดูแลทั้ง 3 มิติ¹⁵ ความต่อเนื่องของข้อมูลเกิดจากการส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. ความต่อเนื่องของการจัดการเกิดจากการนัดตามระดับความเสี่ยงและการเยี่ยมบ้าน และความต่อเนื่องของสัมพันธภาพเกิดจากการโทรติดตามและ

ช่องทางปรึกษาที่ผู้ดูแลติดต่อได้ การนำบริการไปใกล้บ้านผ่าน รพ.สต. และ อสม. ยังช่วยลดอุปสรรคด้านการเดินทางที่พบในระยะที่ 1

คะแนนความรู้และความสามารถของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้นสนับสนุนแนวคิดการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมองผู้ดูแลเป็นหุ้นส่วนของทีมสุขภาพ¹⁶ ผลนี้สอดคล้องกับการโค้ชผู้ดูแลที่โรงพยาบาลลำพูน¹³ อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงจากร้อยละ 10.0 เป็นร้อยละ 2.3 ใกล้เคียงกับที่โรงพยาบาลลำพูนรายงาน (ร้อยละ 3.3) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุที่เป็นไปได้คือขนาดตัวอย่างเล็กและเหตุการณ์เกิดน้อย จึงควรติดตามผลในระยะยาวด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น

การวิจัยนี้มีข้อจำกัด 3 ประการ ประการแรก เป็นการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจากข้อมูลย้อนหลัง ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นที่เปลี่ยนแปลงระหว่างสองช่วงเวลา แม้จะเลือกช่วงเวลาเดียวกันเพื่อควบคุมผลของฤดูกาลแล้ว ประการที่สอง ขนาดตัวอย่างเล็ก ทำให้มีอำนาจทดสอบไม่พอสำหรับผลลัพธ์ที่เกิดน้อย เช่น การส่งต่อและ kernicterus ประการที่สาม ระยะติดตามสั้น และประเมินความสามารถของผู้ดูแลเฉพาะก่อนจำหน่าย ยังไม่ได้ประเมินที่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) ผู้บริหารการพยาบาลควรกำหนดให้ JAUNDICE-CARE Plus เป็นมาตรฐานการดูแลของหน่วยงาน และบรรจุการอบรมไว้ในแผนพัฒนาบุคลากรใหม่
- 2) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอควรใช้ระบบส่งต่อข้อมูลและการเยี่ยมบ้านร่วมกับ รพ.สต. เป็นต้นแบบสำหรับทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงอื่น
- 3) โรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันสามารถนำรูปแบบไปปรับใช้ โดยปรับองค์ประกอบระยะที่ 3 ให้เหมาะกับเครือข่ายในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรศึกษาด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นหรือศึกษาหลายโรงพยาบาล เพื่อประเมินผลต่อการกลับมารักษาซ้ำและการส่งต่อ
- 2) ควรประเมินความสามารถของผู้ดูแลที่บ้าน และศึกษาความยั่งยืนของรูปแบบในระยะยาว
- 3) ควรศึกษาความคุ้มค่าของรูปแบบ และ การใช้เทคโนโลยี เช่น การส่งภาพถ่ายหรือการประเมินทางไกล ในการติดตามทารกที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Olusanya BO, Kaplan M, Hansen TWR. Neonatal hyperbilirubinaemia: a global perspective. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(8):610-20.
2. Bhutani VK, Zipursky A, Blencowe H, Khanna R, Sgro M, Ebbesen F, et al. Neonatal hyperbilirubinemia and Rhesus disease of the newborn: incidence and impairment estimates for 2010 at regional and global levels. *Pediatr Res*. 2013;74 Suppl 1:86-100.
3. Hansen TWR. Narrative review of the epidemiology of neonatal jaundice. *Pediatr Med*. 2021;4:18.
4. StatPearls. Kernicterus [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2026 Sep 24]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559120/>
5. วงศ์เนตร จ. การศึกษาอุบัติการณ์และสาเหตุการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร*. 2564;41(1):85-93.
6. วัฒนะพนาลัย ส. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการรักษาด้วยการส่องไฟในทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองในโรงพยาบาลชัยภูมิ. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*. 2566;62(1):9-16.
7. Maisels MJ, McDonagh AF. Phototherapy for neonatal jaundice. *N Engl J Med*. 2008;358(9):920-8.
8. Kemper AR, Newman TB, Slaughter JL, Maisels MJ, Watchko JF, Downs SM, et al. Clinical practice guideline revision: management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*. 2022;150(3):e2022058859.
9. ทัดदार น. ผลการรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าตามแนวทางการรักษาปี ค.ศ. 2004 และ ค.ศ. 2022. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*. 2568;64(1):42-54.
10. ยังมี ม, จันทร์แก้ว ว, เหมลา จ, อิ่มน้ำขาว ศ. การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลยโสธร. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*. 2565;5(3):58-68.
11. Kaewprapai S, Kitcharoen S, Sithithaworn J. Evaluation of guideline for assessment of jaundice in newborns at Khlong Luang hospital, Pathum Thani province. *J Sci Technol*. 2016;24(1):149-53.
12. หนูนาค เ, แก้วสาร พ, สิริรังศรี บ. นวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิด: กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*. 2565;38(3):262-74.
13. ทูบแป้น ด, ศรีเทพ ส. ผลของการโค้ชต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน. *Phrae Med J Clin Sci*. 2568;33(2):128-41.

14. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *Nurs Clin North Am.* 2000;35(2):301-9.
15. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.* 2003;327(7425):1219-21.
16. Committee on Hospital Care and Institute for Patient- and Family-Centered Care. Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics.* 2012;129(2):394-404.
17. Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM. Predictive ability of a predischARGE hour-specific serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirubinemia in healthy term and near-term newborns. *Pediatrics.* 1999;103(1):6-14.