

ผลของการใช้เกณฑ์การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและแนวทางการพยาบาล กลุ่มเสี่ยงโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร

มณฑิรา วงศ์จันทร์

โรงพยาบาลกุดชุม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: montira.wongjan@gmail.com

บทคัดย่อ

ความสำคัญ โรคปอดบวม เป็นโรคที่ทำให้ปอดทำหน้าที่ได้น้อยลงเกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย แพทย์ให้การวินิจฉัยรักษาผู้ป่วยไม่ถูกต้องอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เสียชีวิตได้ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคปอดบวม ประเมินผลการใช้เกณฑ์และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลดูแลตามมาตรฐานโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ ประเมินความพึงพอใจ ศึกษากลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 23 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล 305 คน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย การพัฒนาแนวทางนี้พัฒนาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อทบทวน 2) ปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วย 3) นำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อทำความเข้าใจแนวทาง และ 4) กำกับติดตามประเมินผล และนำมาปรับปรุง จนสรุปรูปแบบการพัฒนา 6Cs ประกอบด้วย ทีมพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย (Core team) ทบทวนและปรับปรุง (CPG) การพัฒนาบุคลากร (Competency) สื่อสารทีม (Communication) ประเมินผล (Check) ทำอย่างต่อเนื่อง (Continuous) ผลลัพธ์ของรูปแบบฯ ประกอบด้วย 1) ด้านสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ นำแนวทางไปใช้ ร้อยละ 100.00 มีทักษะพยาบาลการดูแลผู้ป่วยอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 73.90 2) ด้านความพึงพอใจต่อแนวทางฯ ของเจ้าหน้าที่ ภาพรวมอยู่ระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.26, S.D. = 0.69) 3) ด้านการดูแลผู้ป่วย พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยนอกสามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างทันเวลา สามารถพิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยในทันที จำแนกเป็นกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 8.20 ประเมินส่งต่อ ร้อยละ 3.30 และนำส่งทันเวลา ร้อยละ 100.00 ในกลุ่มผู้ป่วยที่รับรักษาแบบผู้ป่วยในสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ตามความรุนแรงของโรค พบผู้ป่วย Plan on ETT ร้อยละ 4.00 ไม่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่อื่น ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตขณะรักษาตัว ไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวและภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต จำนวนวันนอนรักษาตัวลดลงเฉลี่ย 4.52 วัน (S.D. = 2.27)

ข้อเสนอแนะ การพัฒนาแนวทางฯ ที่ง่ายและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการติดตามกระตุ้นด้วยการจัดประชุมแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคในการนำไปใช้ต่อเนื่องทุกเดือน

คำสำคัญ โรคปอดบวม, เกณฑ์เฝ้าระวัง, แนวทางการพยาบาลโรคปอดบวมในผู้ใหญ่

Results of using Early Warning Sign and nursing practice guidelines of Risk adult pneumonia, Kutchum Hospital Yasothon

Montira wongjan

Yasothon Provincial Health Office

Kutchum Hospital

Corresponding author: montira.wongjan@gmail.com

Abstract

Intro: Pneumonia is a disease in which there is causing the lungs to function less, resulting in shortness of breath. Doctors incorrectly diagnose and treat patients, complications may result, and death, especially in the risk group of this study. It is action research. The objective is to develop the quality of nursing practice in caring for patients at risk for pneumonia. Study and evaluate the use of criteria for monitoring symptom changes and nursing care guidelines according to standards for pneumonia in adults. and evaluate staff satisfaction There were 2 sample groups: a group of 23 person and inpatient care staff and patients of 305 person received services at the hospital. Descriptive statistics were used to analyze the data, including number, percentage, average, minimum value. maximum value and standard deviation and analyze the content.

Results: The development of guideline in collaboration with a team, starting from 1) analyzing the situation to review 2) adjusting the patient care guidelines 3) applying the guidelines to understand the guidelines and 4) monitoring, evaluating, and making improvements until the 6Cs model, consisting of the patient care guideline development team (Core team), reviewing and improving (CPG), personnel development (Competency), team communication (Communication), evaluation (Check), and continuous (Continuous). The results of the model included 1) Staff applied the guidelines 100.00% and had nursing skills in patient care moderate level 73.90% 2) Staff satisfaction with the guidelines was the overall highest level (\bar{x} = 4.26, S.D.= 0.69) 3) Patient care, it was found that in the outpatient group, the disease could be diagnosed in time and patients could be considered for immediate inpatient treatment. Categorized into risk groups 8.20%, Assessed of referred 3.3% and delivered on time 100.00%. The group of inpatients, patient care can be planned according to the severity disease, Plan on ETT 4.00%, no referred for treatment, no patients died while receiving treatment, no respiratory failure or septicemia occurred. The number of days of hospitalization decreased by an average of 4.52 days (S.D. = 2.27).

Suggestions: Suggestions: Developing guidelines that are simple and appropriate for the hospital context will help provide effective patient care. Follow-up should be provided by holding monthly meetings to discuss obstacles to implementation.

Keywords: pneumonia, surveillance criteria, nursing guidelines for pneumonia in adults

บทนำ

โรคปอดบวม (pneumonia) เป็นโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดทำให้ปอดทำหน้าที่ได้น้อยลงเกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย พบได้บ่อยในทุกเพศและทุกวัย พบได้มากขึ้นในบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ หรือผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกันเป็นเวลานาน ร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันทางระบบหายใจ และโรคปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อจะมีอาการแสดงและความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน บางครั้งอาจพบปอดอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่น ด้วย⁽¹⁻³⁾ จำแนกโรคปอดบวมตามสภาพแวดล้อมที่เกิดปอดอักเสบ คือ ปอดอักเสบในชุมชน (community-acquired pneumonia-CAP) เป็นปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อภายนอกโรงพยาบาลไม่รวมปอดอักเสบที่เกิดขึ้นหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลภายในเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ และปอดอักเสบในโรงพยาบาล (nosocomial pneumonia หรือ hospital-acquired pneumonia-HAP) เป็นปอดอักเสบจากการติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 48 ชั่วโมง และโรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตมากที่สุดทั่วโลก⁽³⁾ ข้อมูลสถานการณ์โรคปอดบวม (Pneumonia) ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2565 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค⁽⁴⁾ พบรายงานผู้ป่วยโรคปอดบวม 236,742 ราย อัตราป่วย 357.77 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 218 ราย อัตราตาย 0.33 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.09 และข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 – 2565 มีอัตราป่วยมีแนวโน้มลดลง อัตราป่วยสูงสุดในปี พ.ศ.2561 อัตราป่วย 429.26 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยต่ำสุด ในปี พ.ศ. 2564 อัตราป่วย 244.79 ต่อแสนประชากร จำนวน 185,481 ราย คิดเป็นอัตราการป่วย 287.03 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 1,187 ราย อัตราตาย 1.84 ต่อประชากรแสนคน เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลัง พบอัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่อัตราป่วยตายมีแนวโน้มที่ลดลงในผู้ใหญ่และพบการติดเชื้อโรคปอดบวมสูงขึ้นในผู้สูงอายุโดยเฉพาะอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี มักจะมีการติดเชื้อที่รุนแรงทำให้มีอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งเกิดจากเชื้อก่อโรค viruses มากขึ้น เนื่องจากโรคปอดบวมจากการติดเชื้อ viruses จะแตกต่างจากเชื้อ bacteria คือ สามารถติดต่อกันได้ง่าย โดยการไอ จามในระยะใกล้ชิดและน้ำมูก เสมหะที่อยู่ที่มีมือผู้ป่วยเมื่อใช้อุปกรณ์ร่วมกันกับผู้อื่น เมื่อผู้ที่ได้รับเชื้อจากการสัมผัสใช้มือที่มีเชื้อไปขยี้จมูกจะทำให้ติดเชื้อ viruses ได้ง่าย ซึ่ง viruses ที่เป็นเชื้อก่อโรคในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ influenza viruses (A, B), respiratory syncytial viruses (RSV), metapneumovirus, adenovirus, coronaviruses, rhinoviruses, enterovirus เป็นต้น และเมื่อติดเชื้อ viruses จะมีทั้งอาการไม่รุนแรงและหายเองได้แต่อาการรุนแรงในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัว บางรายอาจจะเกิด secondary bacterial infection ตามหลังการเกิด viral pneumonia ได้ ซึ่ง bacteria ส่วนใหญ่เชื้อ Streptococcus pneumoniae⁽⁵⁾

โรงพยาบาลกุดชุม ดุแลประชากรทั้งหมด 66,212 คน ในปี 2564-2566 ข้อมูลความชุกผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน คิดเป็น 215.97 214.46 และ 200.87 ต่อแสนประชากร อายุเฉลี่ย 51 ปี พบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.50 ส่วนมากวินิจฉัยป่วยเป็นโรคปอดบวม (Pneumonia, unspecified) มากที่สุด ร้อยละ 46.90 โรคปอดบวมจากเชื้อไวรัส (Other viral pneumonia) ร้อยละ 34.20 และโรคปอดบวมจากเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial pneumonia, unspecified) ร้อยละ 11.2 มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกและ

ผู้ป่วยใน ปี 2564-2566 สูงถึง 31,042,144 บาท โดยเฉพาะช่วงปี 2564 การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด19 (Other viral pneumonia) มีมูลค่าการรักษาสูงถึง 27,520,946 บาท และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เป็นสาเหตุการเข้านอนรักษาที่โรงพยาบาลสำคัญอันดับหนึ่งของแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน นอกจากนี้ การตรวจหาเชื้อสาเหตุของโรคปอดบวมต้องใช้เวลาในการตรวจทางห้องปฏิบัติการกว่าจะทราบผลและสามารถตรวจพบได้เพียง ร้อยละ 50.00 ของผู้ป่วย^(6,7) ซึ่งการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดบวมต้องให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและให้อย่างรวดเร็วภายใน 4 ถึง 6 ชั่วโมง⁽⁵⁾ หลังจากวินิจฉัยและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในกรณีที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ แพทย์พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมให้รวดเร็วขึ้นภายใน 1 ชั่วโมง เนื่องจากทุก ๆ 1 ชั่วโมง ของการพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะช้าจะทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลง ร้อยละ 8.00 การเลือกให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและรวดเร็ว ถือเป็นปัจจัยสำคัญของการรอดชีวิต^(9,10) อีก 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรอดชีวิต⁽¹⁰⁾ คือ ความรุนแรงของเชื้อก่อโรค อายุ และโรคประจำตัวของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แต่สามารถให้การดูแลประคับประคองให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตนี้ไปได้ ตามแนวทางการรักษาจะพิจารณาตามตำแหน่งที่ผู้ป่วยควรได้รับการพิจารณาให้การรักษา (site of care) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยนอก (outpatient) 2) ผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วย (inpatient, ward) หรือ 3) ผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยระยะวิกฤต (inpatient, intensive care unit) เนื่องจากจะสัมพันธ์กับชนิด ความรุนแรงของเชื้อก่อโรค และการพยากรณ์โรคของการติดเชื้อโรคปอดบวม⁽¹¹⁾ การวินิจฉัยผู้ป่วยต้องอาศัยอาการทางคลินิก ซึ่งอาการเกิดขึ้นน้อยกว่า 2 สัปดาห์ โดยมีอาการ 3 ใน 5 ข้อ ดังต่อไปนี้ คือ 1) ไข้ 2) ไอ มีเสมหะหรือไอแห้งๆ 3) หอบเหนื่อย 4) เจ็บหน้าอกสัมพันธ์กับการหายใจเข้า (pleuritic chest pain) 5) ตรวจได้ Consolidation sign หรือ crackles และภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest X-ray) เมื่อพบ new infiltrations ส่วนใหญ่ติดเชื้อจาก bacteria ทำให้จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะและมีโอกาสเป็น viruses ร้อยละ 20 ถึง 30 อาจพบ mixed infections ของ viruses และ bacterial pathogens ได้^(6,11,7) ถ้าแพทย์ให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยแล้วไม่ดีขึ้นจะเกิดจากความรุนแรงของเชื้อก่อโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและผู้สูงอายุทำให้การตอบสนองต่อการรักษาช้า มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดบวม เช่น parapneumonic effusion

จากการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ของโรงพยาบาลกุดชุมในขั้นตอนการประเมินอาการแสดงและระดับความรุนแรงใช้ CURB-65 SEVERITY SCORE และจำแนก Severe pneumonia โดย ATS/IDSA 2007 พิจารณาจาก 1 major หรือ 3 minor criteria พบว่า การใช้แบบประเมินดังกล่าวพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรู้สึกยุ่งยาก รายละเอียดบางข้อประเมินยากและไม่ตรงตามบริบทของหน่วยงาน อีกทั้งบางส่วนยังไม่ทราบแนวทางการดูแลและส่งพบแพทย์ นอกจากนี้ แพทย์ผู้ดูแลรับผิดชอบเปลี่ยนคน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นตามเกณฑ์วินิจฉัยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ตลอดจน เกิดแนวทางที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติการพยาบาลในทางเดียวกัน ในการพัฒนาแนวทางให้สามารถนำไปใช้ได้จริงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแลในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจร่วมปฏิบัติและติดตามประเมินผล โดยการนำกรอบแนวคิดระบบของ Donabedian⁽¹²⁾ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์มาใช้ในการดูแลสุขภาพ จะช่วยให้เข้าใจลำดับขั้นของการจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การปรับปรุงสภาพแวดล้อมการดูแลไปจนถึงการวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ได้ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยด้วยพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรตามแนวคิดของ Roach⁽¹³⁾ ซึ่งกล่าวถึงคุณสมบัติที่จำเป็นของผู้ที่จะ

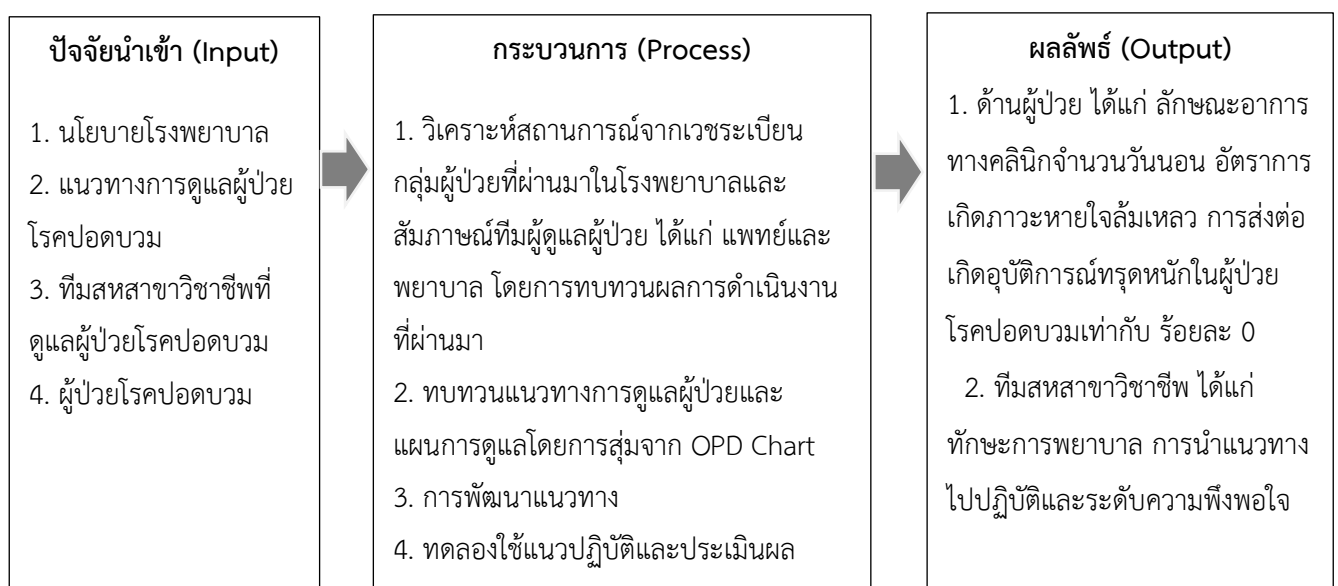
สามารถให้การดูแลแบบเอื้ออาทร 6 ลักษณะ ประกอบด้วย 1) ความเห็นอกเห็นใจ (compassion) 2) ความสามารถ (competence) 3) ความเชื่อมั่น (confidence) 4) ความมีคุณธรรมจริยธรรม (conscience) 5) ความมุ่งมั่น (commitment) และ 6) ความประพฤติอย่างมีอาชีพ (comportment) เรียกว่า 6Cs มาประยุกต์ใช้เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาล สร้างการดูแลที่เป็นมิตรและเป็นมืออาชีพ ซึ่งมีผลดีต่อผู้ป่วยและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแนวทางการใช้เกณฑ์การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและแนวทางการพยาบาลกลุ่มเสี่ยงโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร อ้างอิงตามแนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคปอดบวมชุมชนในผู้ใหญ่ของสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย⁽¹⁴⁾ มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ลดอัตราการตายและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่ไม่เหมาะสม และข้อมูลที่ได้นี้จะนำไปวางแผนพัฒนางานให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาการใช้เกณฑ์เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลดูแลตามมาตรฐานโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร
2. เพื่อประเมินผลการใช้เกณฑ์เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลดูแลตามมาตรฐานโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการใช้เกณฑ์การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและแนวทางปฏิบัติการพยาบาล โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแลในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ และติดตามประเมินผล นำแนวคิดทฤษฎีระบบของ Donabedian⁽¹²⁾ มาใช้ในการดำเนินการซึ่งทฤษฎีระบบประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ดังภาพที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดทฤษฎีระบบของ Donabedian⁽¹²⁾

ประชากร คือ 1) กลุ่มเจ้าหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวม ได้แก่ แพทย์ จำนวน 6 คน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 8 คน พยาบาลผู้ป่วยแผนกฉุกเฉิน จำนวน 10 คน พยาบาลห้องคลอด จำนวน 5 คน และพยาบาลหอผู้ป่วยใน จำนวน 12 คน ทั้งหมด 41 คน และกลุ่มที่มนำการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงาน เพื่อพิจารณาแนวทางการดำเนินงานก่อนนำไปใช้ ได้แก่ ผู้บริหาร แพทย์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าตึกและหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องในการนำเกณฑ์การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 คน

2) กลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกุดชุมที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคปอดบวมที่เข้ารับการรักษา ระหว่างวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 30 มีนาคม 2567

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เลือกแบบเจาะจง 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวม ได้แก่ แพทย์ พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลผู้ป่วยแผนกฉุกเฉิน พยาบาลห้องคลอด และพยาบาลหอผู้ป่วยใน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (1) ยินดีเข้าร่วมวิจัย (2) ปฏิบัติงานอยู่ในช่วงระยะที่ทำการศึกษาวิจัย เกณฑ์การคัดออกในกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ย้ายออกจากการปฏิบัติงานหรือย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน ลากคลอดหรือลาศึกษาต่อในช่วงเวลาดังกล่าว ได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก จำนวน 23 คน

2) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคปอดบวมเข้ารับการรักษา ระหว่างวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึง วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยโรคทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ เป็นต้นที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุดชุมในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา มีอายุ 14 ปี ถึง 85 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่อเข้ารับการรักษาว่าเป็นโรคปอดบวม มีเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดนิวโทรฟิลในเลือดต่ำ (Neutropenia) และผู้ป่วยที่แพทย์จำหน่ายโดยไม่สมัครใจอยู่หรือได้รับการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่นำมาศึกษา 305 คน

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ที่มนำและทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวม เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวม ประกอบด้วย นโยบายโรงพยาบาล ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ และแนวทางการแก้ไข
2. แบบตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยโรคปอดบวม ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค จำนวนวันเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล การรักษาที่ได้รับการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการวางแผนจำหน่าย
3. แบบประเมินทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวม 15 ข้อ แบบ Likert 's scale 3 ระดับ : ไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ได้ 1 คะแนน และปฏิบัติทุกครั้งได้ 2 คะแนน โดยกำหนดคะแนนแบ่งตามข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ดังนี้ ข้อความทางบวก หากตอบปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นครั้งคราว ให้ 1 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 0 คะแนน และข้อความทางลบ ตอบไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน และปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 0 คะแนน การแปลค่าใช้เกณฑ์ของ Best (1977)⁽¹⁵⁾

ความหมาย ระดับสูงหรือดี มีคะแนนอยู่ช่วงร้อยละ 80.00 -100.00 ระดับปานกลาง มีคะแนนช่วงร้อยละ 60.00 - 79.00 และระดับต่ำ คะแนนช่วงร้อยละ 0.00 - 59.00

4. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เสี่ยงโรคปอดบวมและการเฝ้าระวังการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยนอก ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ประเมินอาการ อาการแสดง ระดับความรุนแรง คะแนนตามเกณฑ์เฝ้าระวัง การวินิจฉัยโรค พิจารณาการรักษา การจำแนก Severe pneumonia กลับมารักษาซ้ำ Revisit และระยะเวลา Revisit

5. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดบวมและการเฝ้าระวังการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยใน ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ อาการเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล ประเมินอาการแสดง ระดับความรุนแรง Severe pneumonia เกิดภาวะ sepsis การวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยที่ Plan on ETT ภาวะ Respiratory Failure จำนวนผู้ป่วยที่ refer จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ระยะเวลา Revisit จำนวนผู้ป่วย Revisit และจำนวนวันที่นอน

6. แบบบันทึกข้อมูลการใช้เกณฑ์การเฝ้าระวังและแนวทางการปฏิบัติ ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง และระยะเวลาในการทำงาน และส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการใช้เกณฑ์การเฝ้าระวังและแนวทางการปฏิบัติลักษณะของแบบบันทึกเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบตรวจสอบรายการ 2 ตัวเลือก คือ ใช่กับไม่ใช่

7. แบบสอบถามความพึงพอใจของแพทย์และพยาบาลต่อเกณฑ์การเฝ้าระวังและแนวทางการปฏิบัติพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน พึงพอใจมากเท่ากับ 4 คะแนน พึงพอใจ ปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน พึงพอใจน้อยเท่ากับ 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน โดยเกณฑ์การแปลผลระดับความพึงพอใจอิงเกณฑ์ตามมาตรฐานคะแนนของ Best (1970) ⁽¹⁴⁾ 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 มีความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 มีความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 มีความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เกณฑ์การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและแนวทางปฏิบัติกรพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและแพทย์ผู้ดูแลในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกัน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67 และแบบประเมินทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวม ความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ⁽¹⁶⁾ เท่ากับ 0.85

วิธีการศึกษา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคปอดบวมจากข้อมูลเวชระเบียนและสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทบทวนผลการดำเนินงานนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยและเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวม โดยนำข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ มาประชุมวางแผนเพื่อทบทวนการใช้เกณฑ์การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัยและขอความยินยอมในการศึกษากับ

ทีมผู้บริหาร แพทย์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานและพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการนำเกณฑ์การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยไปใช้

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองนำเกณฑ์การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ไปปฏิบัติในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ต้องทำการดูแลผู้ป่วยสลับใช้ทุกเวรทั้งเช้า บ่ายและดึก เก็บข้อมูลการนำไปใช้และประเมินความพึงพอใจของแพทย์และพยาบาลในการใช้งาน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลจากแบบเก็บข้อมูลที่ได้นำมาดำเนินงานระหว่างวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 30 มีนาคม 2567 จากเวชระเบียนเพื่อติดตามผลการพยาบาลตามเกณฑ์การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวม หลังสิ้นสุดการดำเนินงานทดลอง 1 สัปดาห์ และนำผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติและปรับปรุงแก้ไขพัฒนาคุณภาพงานต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย ดังนี้

1. ทบทวนอุบัติการณ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคปอดบวม
2. ประชุมทีมนำทบทวนเกณฑ์การเฝ้าระวังและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ ร่วมกันพัฒนาและประเมินทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวม
3. พัฒนาอบรมเพิ่มทักษะทีมพยาบาลผู้ดูแลตามเกณฑ์การพัฒนาขึ้น
4. นำเกณฑ์การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยแผนกฉุกเฉินและผู้ป่วยในช่วงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 30 มีนาคม พ.ศ. 2567
5. ผู้วิจัยติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์
6. หลังสิ้นสุดช่วงเวลาที่ทำเนิการแล้ว ประเมินสอบถามความพึงพอใจของแพทย์ ทีมพยาบาลและสรุปการปฏิบัติการพยาบาล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้นำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาและจริยธรรมการวิจัยเพื่อพิจารณารับรองสามารถนำไปใช้ในการวิจัยได้ การวิจัยฉบับนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรรับรองลำดับที่ 6689/2567 เลขที่ HE 6689 ออกให้วันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการดำเนินงาน

1.1) สถานการณ์ผู้ป่วยทุกรายไม่ได้ใช้การประเมินอาการแสดงและระดับความรุนแรงใช้ CURB-65 SEVERITY SCORE และจำแนก Severe pneumonia โดย ATS/IDSA 2007 ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการแสดงซึ่งบ่งไม่ได้รับการเฝ้าระวังตามแนวทางฯ และบางรายถึงแม้ได้รับการเฝ้าระวังแล้ว แต่ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากการสัมภาษณ์พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รู้สึกยุ่งยาก การประเมินยาก ไม่ตรงตามบริบทของหน่วยงาน

และบางส่วนยังไม่ทราบแนวทางการดูแลและส่งพบแพทย์ ส่งผลต่อการค้นหาปัญหาและการจัดการแก้ไขเบื้องต้นไม่เพียงพอ การตอบสนองและรายงานแพทย์ล่าช้า

1.2) รูปแบบการเฝ้าระวังการดูแลรักษาโรคปอดอักเสบชุมชนในเวชปฏิบัติ 1) การประเมินอาการแสดงและระดับความรุนแรง ใช้ CURB-65 SEVERITY SCORE ได้แก่ C: Confusion U: Blood Urea Nitrogen >20mg/dl R: Respiratory rate > or 30 bpm B: SBP <90 or DBP <60 Age > or 65 กำหนดให้หากได้ 0 คะแนน low motility rate พิจารณารักษาแบบ OPD ประเมิน CURB-65 score เท่ากับ 1 หรือ 2 พิจารณา admit IPD และ CURB-65 score เท่ากับ 3 ขึ้นไป ต้องมาจำแนก Severe pneumonia โดย ATS/IDSA 2007 โดยพิจารณาจาก 1 major หรือ 3 minor criteria ดังนี้ 1. MAJOR CRITERIA ได้แก่ Respiratory failure Septic shock 2. MINOR CRITERIA ได้แก่ Confusion BUN > 20 mg/dL RR > 30/min Leukopenia Thrombocytopenia Hypothermia Hypotension Multilobar pneumonia PF ratio < 250 ในการวินิจฉัย severe pneumonia ส่งต่อ รพ.ยโสธร ซึ่งมีความซับซ้อนและยุ่งยากในการนำมาใช้ประเมินในหน่วยงาน

1.3) พัฒนาแนวทางการใช้เกณฑ์การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและแนวทางการพยาบาลกลุ่มเสี่ยงโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ โดยใช้แนวคิด 6Cs มาใช้ในการพัฒนาให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับปฏิบัติหน้าที่และพัฒนาทักษะการทำงานอย่างต่อเนื่อง ด้วยการ Care (การดูแล) โดยการให้การดูแลที่มีคุณภาพ Compassion (ความเมตตา) เพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล Competence (ความสามารถ) การมีทักษะและความรู้ในการดูแลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย เกิด Communication (การสื่อสาร) ที่ดีในการทำงานร่วมกัน Courage (ความกล้า) ทำในสิ่งที่ถูกต้องและแสดงความคิดเห็นเมื่อเห็นถึงข้อผิดพลาด และ Commitment (ความมุ่งมั่น) สร้างการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านการดูแลสุขภาพ จนเกิดแนวทางดังนี้ ประเมินอาการ แสดง และระดับความรุนแรง อาการอย่างน้อย 1 ข้อ ตามหัวข้อต่อไปนี้ 1.มีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดปอดอักเสบรุนแรง ได้แก่ COPD, bronchiectasis, malignancy (มะเร็ง), DM, CRF, CHF, chronic liver disease เช่น cirrhosis, chronic alcohol abuse (ติดสุรา), malnutrition, CVA, post-splenectomy (ตัดม้าม) 2.อายุมากกว่า 65 ปี 3.มีภาวะ shock SBP < 90 มม.ปรอท หรือ MAP < 65 ที่ตอบสนองต่อการให้สารน้ำ 4.ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ดีขึ้นใน 72 ชั่วโมง 5.ผู้ป่วยที่ต้องการ oxygen support ให้การรักษาแล้ว O2 sat > 95 หากไม่ตรงตามข้อใดพิจารณา รักษาแบบ OPD และตรงเพียง 1 ข้อ ขึ้นไปพิจารณาพิจารณา admit IPD พร้อมกำหนดเกณฑ์การส่งต่อ รพ.ยโสธร ผู้ป่วยปอดอักเสบ (pneumonia) ที่มีอาการอย่างน้อย 1 ข้อ ตามหัวข้อต่อไปนี้ 1.มีภาวะ septic shock SBP < 90 มม.ปรอท หรือ MAP < 65 มม.ปรอท ที่ให้สารน้ำเพียงพอแล้วไม่ดีขึ้น 2.ซึม สับสน กระสับกระส่าย 3.RR มากกว่าเท่ากับ 30 หรือ หายใจเหนื่อย มีการใช้กล้ามเนื้อหน้าอกช่วยในการหายใจ (accessory muscle used) หรือมี abdominal paradox 4.Oxygen saturation น้อยกว่า 95% หลังให้การรักษาแล้ว (ในกรณีที่ไม่ได้มีภาวะ chronic hypoxia อยู่เดิม) 5.รักษาไม่ดีขึ้นใน 5 วัน หรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น parapneumonic effusion และ 6. มีรายงานพบว่าเชื้อดื้อยาที่ต้องไปรับยาที่รพ.ยโสธร

2. ผลลัพธ์ของการใช้เกณฑ์การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและแนวทางการพยาบาลกลุ่มเสี่ยงโรคปอดบวมในผู้ใหญ่

2.1 ด้านสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 95.70 อายุเฉลี่ย 40.40 ปี (S.D.=10.56) เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 91.30 ระดับชำนาญการ ร้อยละ 73.90 อายุงานเฉลี่ย 16.87 ปี (S.D.=10.45) มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ร้อยละ 100.00 ผลประเมินทักษะอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 73.90 และระดับดี ร้อยละ 26.1 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 38.17 คะแนน (S.D.= 4.06) ดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ จำแนกระดับทักษะการพยาบาล (n=23)

ระดับทักษะการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (36-45 คะแนน)	6	26.10
ระดับปานกลาง (27-35 คะแนน)	17	73.90
ระดับน้อย (1-26 คะแนน)	-	-

\bar{X} = 38.17 (S.D.= 4.06, Min 30 – Max 43)

2.2 ด้านความพึงพอใจต่อเกณฑ์การเฝ้าระวังของเจ้าหน้าที่ พบว่า ภาพรวมความพึงพอใจอยู่ระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.26, S.D.= 0.69) ทุกข้อ คือ เนื้อหาการปฏิบัติมีความครอบคลุมในการวินิจฉัยโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ (\bar{X} = 4.43, S.D.= 0.66) แนวทางปฏิบัติมีประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วย (\bar{X} = 4.43, S.D.= 0.84) สามารถวินิจฉัยโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ได้อย่างแม่นยำ (\bar{X} = 4.23, S.D.= 0.68) และมีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ (\bar{X} = 4.09, S.D.= 0.84) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและแปลผลระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ (n=23)

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล
แนวทางปฏิบัติมีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ	4.09	0.84	มากที่สุด
แนวทางปฏิบัติมีความชัดเจนเข้าใจง่าย	4.17	0.77	มากที่สุด
เนื้อหาการปฏิบัติมีความครอบคลุมในการวินิจฉัยโรคปอดบวมในผู้ใหญ่	4.43	0.66	มากที่สุด
แนวทางปฏิบัติสามารถวินิจฉัยโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ได้อย่างแม่นยำ	4.23	0.68	มากที่สุด
แนวทางปฏิบัติมีประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วย	4.43	0.84	มากที่สุด
ภาพรวมความพึงพอใจ	4.26	0.69	มากที่สุด

2.3 ด้านผลการดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวมแบบผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.00 และเพศชาย ร้อยละ 41.00 อายุเฉลี่ย 51.25 ปี (S.D.= 19.21) อยู่ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.10 พบมีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.00 ได้แก่ โรคเบาหวาน (DM) ความดันโลหิตสูง (HT) และโรคทางเดินหายใจ (COPD TB lung Old TB Asthma) ร้อยละ 14.10 12.50 และ 9.50 ตามลำดับ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 95.73 ประเมินระดับความรุนแรงพบเสี่ยงอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 8.90 มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงทำให้เกิดปอดอักเสบรุนแรง ร้อยละ 7.20 ต้องการ oxygen support

ร้อยละ 5.20 มีภาวะ shock ร้อยละ 0.70 ส่วนใหญ่ได้คะแนนประเมินระดับความรุนแรง 0 คะแนน ร้อยละ 90.10 แพทย์วินิจฉัย Pneumonia ร้อยละ 15.10 Pneumonia, septicemia ร้อยละ 0.70 Pneumonia COPD ร้อยละ 0.70 และ Pneumonia/Respiratory failure ร้อยละ 0.30 รับประทานแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 8.20 ส่งต่อ Refer ร้อยละ 3.30 รุนแรงเป็น MAJOR CRITERIA ร้อยละ 2.60 กลับมารักษาซ้ำ (Revisit) ร้อยละ 2.60 ระยะเวลา Revisit เฉลี่ย 51.71 ชั่วโมง (S.D.=40.02) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (n=305)

ข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	125	41.00
	หญิง	180	59.00
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 21 ปี	21	6.90
	21-30	39	12.80
	31-40	37	12.10
	41-50	31	10.20
	51-60	70	23.00
	61 ปี ขึ้นไป	107	35.10
	\bar{x} S.D. (min-max) 51.25 (S.D.= 19.21, 14-88)		
โรคประจำตัว	ไม่มี	180	59.00
	มี	125	41.00
	ระบุ (1 คนมากกว่า 1 โรค)		
	โรคเบาหวาน (DM)	44	14.10
	ความดันโลหิตสูง (HT)	38	12.50
	โรคทางเดินหายใจ (COPD TB lung Old TB Asthma)	29	9.50
	ไขมันในเลือดสูง	4	1.30
	ไตร่อยด	4	1.30
	โรคเก๊า	6	2.00
	IHD	5	1.60
	Old CVA, CVA	5	1.60

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่	ไม่สูบบุหรี่	292	95.73
	สูบบุหรี่	6	1.98
	เคยสูบบุหรี่	7	2.29
ประเมินอาการและ ความรุนแรง	มีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดปอดอักเสบรุนแรง	22	7.20
และ ความรุนแรง	อายุมากกว่า 65 ปี	27	8.90
	มีภาวะ shock	2	0.70
	รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ดีขึ้นใน 72 ชั่วโมงต้องการ oxygen support	2	0.70
	oxygen support	16	5.20
คะแนนประเมิน	คะแนน 0	275	90.10
อาการและ ความรุนแรง	คะแนน 1	12	3.90
	คะแนน 2	8	2.60
	คะแนน 3	9	3.00
	คะแนน 4	1	0.40
วินิจฉัยโรค	Common cold	135	44.30
	Acute bronchitis, bronchitis	50	16.40
	Pneumonia	46	15.10
	COVID-19	21	6.90
	Acute pharyngitis	15	4.90
	Acute tonsillitis	8	2.60
	URI	7	2.30
	Influenza	7	2.30
	Allergic rhinitis	6	2.00
	Pneumonia, septicemia	2	0.70
	Pneumonia, COPD	2	0.70
	Pneumonia, Respiratory failure	1	0.30
	Acute sinusitis	1	0.30
	Asthma	1	0.30
	COPD	1	0.30
	Peritonsillar abscess	1	0.30
Pleural effusion	1	0.30	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
รักษาแบบ	ผู้ป่วยนอก (OPD)	270	88.50
	รับรักษาผู้ป่วยใน (admit IPD)	25	8.20
	ส่งต่อ (Refer)	10	3.30
จำแนก Severe	MAJOR CRITERIA	1	2.60
	MINOR CRITERIA	0	0.00
กลับมารักษาซ้ำ	Revisit (คน) ภายใน 72 ชั่วโมง	8	2.60
ระยะเวลา	Revisit (ชั่วโมง) \bar{X} (S.D., min-max) 51.71 (S.D.= 40.02, 23 - 120)		

2.4 ด้านผลการดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวมแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยใน 25 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 และ เพศหญิง ร้อยละ 40.0 อายุเฉลี่ย 66.68 ปี (S.D.=17.16) กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 72.00 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.00 คือ โรคเบาหวาน (DM) ความดันโลหิตสูง (HT) และ โรคทางเดินหายใจ (Asthma) ร้อยละ 40.00 28.00 12.00 ตามลำดับ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.00 อาการเจ็บป่วยก่อนมาด้วย Refer back ร้อยละ 48.00 ไข้ ไอ มีเสมหะ ร้อยละ 28.00 ไอแห้ง ร้อยละ 8.00 ตามลำดับ ประเมินอาการแสดงและระดับความรุนแรง คือ อายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 64.00 มีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดปอดอักเสบรุนแรง ร้อยละ 60.00 และรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ดีขึ้นใน 72 ชั่วโมง ร้อยละ 4.00 เกิดภาวะ sepsis ร้อยละ 8.00 การวินิจฉัยโรค Pneumonia ร้อยละ 48.00 Pneumonia bacterial ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ Plan on ETT ร้อยละ 4.00 Revisit ร้อยละ 4.00 เฉลี่ยวันที่นอนรักษาแบบผู้ป่วยใน 4.52 วัน (S.D.=2.27) ไม่มีการส่งต่อไปรักษาที่อื่น ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตขณะรักษาตัว ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (n=25)

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	15	60.00
	หญิง	10	40.00
อายุ (ปี)	\bar{X} S.D. (min-max) 66.68 (17.16, 19-87)		
กลุ่มอายุ (ปี)	น้อยกว่า 21 ปี	1	4.00
	21-30	0	0.00
	31-40	2	8.00
	41-50	0	0.00
	51-60	4	16.00
	60 ปี ขึ้นไป	18	72.00
โรคประจำตัว	ไม่มี	5	20.00
	มี	20	80.00

ตารางที่ 4 (ต่อ)

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว	ระบุ(1คนมากกว่า 1 โรค)		
	โรคเบาหวาน (DM)	10	40.00
	ความดันโลหิตสูง (HT)	7	28.00
	โรคทางเดินหายใจ (Asthma)	3	12.00
	ไขมันในเลือดสูง	2	8.00
	ไทรอยด์ (Hyperthyroid, thyrotoxicosis)	2	8.00
	IHD, BPH	2	8.00
	โรคเก๊า	1	4.00
	Alcohol dependence	1	4.00
	ภาวะโลหิตจาง (Anemia)	1	4.00
	GA, ESRD no RRT	1	4.00
	อื่นๆ Melioidosis MI SDH	2	8.00
	การสูบบุหรี่	ไม่สูบ	23
เคยสูบ		2	8.00
อาการเจ็บป่วย	Refer back (ส่งตัวกลับมารักษา)	12	48.00
ก่อนมา	ไข้ ไอ มีเสมหะ	7	28.00
	ไอ แห้ง	2	8.00
	COPD	1	4.00
	ไข้ ไอ เสมหะมีเลือดปน	1	4.00
	ซีม ไม่พูด	1	4.00
	แน่นหน้าอก	1	4.00
	ประเินอาการและ	มีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดปอดอักเสบรุนแรง	15
ความรุนแรง	อายุมากกว่า 65 ปี	16	64.00
	มีภาวะ shock	0	0.00
	รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ดีขึ้นใน 72 ชั่วโมง	1	4.00
	ต้องการ oxygen support	0	0.00
	ภาวะแทรกซ้อน	เกิดภาวะ sepsis	2
Severe pneumonia		0	0.00
วินิจฉัยโรค	Pneumonia	12	48.00
	Pneumonia bacterial	5	20.00
	Pneumonia COPD	3	12.00

ตารางที่ 4 (ต่อ)

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
วินิจฉัยโรค (ต่อ)	Pneumonia COVID	3	12.00
	Pneumonia sepsis	2	8.00
จำนวนผู้ป่วย	Plan on ETT (คน)	1	4.00
	มีภาวะ Respiratory Failure (คน)	0	0.00
	ผู้ป่วยที่ refer (คน)	0	0.00
	ผู้ป่วยเสียชีวิต	0	0.00
	ผู้ป่วย Revisit (คน)	1	4.00
	ระยะเวลา Revisit (วัน)	14	56.00
	จำนวนวันที่นอน (วัน)	\bar{X} S.D. (min-max) 4.52 (S.D.=2.27,1-11)	

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคปอดบวมของโรงพยาบาล เดิมใช้เกณฑ์การประเมินอาการอาการแสดงและระดับความรุนแรงโดยใช้ CURB - 65 SEVERITY SCORE ประกอบด้วย C: Confusion U: Blood Urea Nitrogen > 20mg/dl R: Respiratory rate 30 bpmขึ้นไป B: SBP < 90 หรือ DBP < 60 และ Age 65 ปีขึ้นไป มาให้คะแนนความรุนแรงเป็นเกณฑ์ที่มีความยุ่งยากสำหรับผู้ปฏิบัติงาน จึงได้นำปัญหาดังกล่าว มาพัฒนาแนวทางให้ง่าย สามารถให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติได้ง่าย ใช้ภาษาที่เข้าใจที่ง่าย ในการพัฒนาครั้งนี้ ได้ใช้แนวคิดของโดนาปีเตียน⁽¹²⁾ มาใช้ในการพัฒนาเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพ ตั้งแต่เรื่องโครงสร้างบุคลากร ทรัพยากรเครื่องมือ การสนับสนุนที่จำเป็นต่อการให้บริการ งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เอกสารความรู้ต่าง ๆ ทรัพยากรบุคคล ได้แก่ ความรู้ของบุคลากรต่อการปฏิบัติงาน ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของบุคลากร จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินงาน การจัดสรรอัตรากำลังเหมาะสม การมอบหมายงานและลักษณะขององค์กร เช่น ขนาดและบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาล นโยบาย และแผนพัฒนางาน นำมาเป็นแนวทางในวางระบบการปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วย จนได้เกณฑ์การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลกลุ่มเสี่ยงโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ของหน่วยงาน ดังนั้น พัฒนาแนวทางการใช้เกณฑ์การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและแนวทางการพยาบาลกลุ่มเสี่ยงโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ ผู้วิจัยและทีมนำโดยใช้แนวคิด 6Cs มาใช้ในการพัฒนาด้วยหลักการ Care (การดูแล) โดยการให้การดูแลที่มีคุณภาพ Compassion (ความเมตตา) เพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล Competence (ความสามารถ) การมีทักษะและความรู้ในการดูแลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย เกิด Communication (การสื่อสาร) ที่ดีในการทำงานร่วมกัน Courage (ความกล้า) ทำในสิ่งที่ถูกต้องและแสดงความคิดเห็นเมื่อเห็นถึงข้อผิดพลาด และ Commitment (ความมุ่งมั่น) สร้างการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านการดูแลสุขภาพ จนเกิดแนวทางการประเมินอาการ อาการแสดง และระดับความรุนแรง ที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้งานได้ โดยปรับจากการใช้ CURB - 65 SEVERITY SCORE เป็นการประเมินอาการสังเกตอย่างน้อย 1 ข้อ ตามหัวข้อต่อไปนี้ 1.มีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดปอดอักเสบรุนแรง ได้แก่ COPD, bronchiectasis, malignancy (มะเร็ง), DM, CRF, CHF, chronic liver disease เช่น cirrhosis, chronic

alcohol abuse (ติดสุรา), malnutrition, CVA, post-splenectomy (ตัดม้าม) 2.อายุมากกว่า 65 ปี 3.มีภาวะ shock SBP < 90 มม.ปรอท หรือ MAP < 65 ที่ตอบสนองต่อการให้สารน้ำ 4.ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ดีขึ้นใน 72 ชั่วโมง 5.ผู้ป่วยที่ต้องการ oxygen support ให้การรักษาแล้ว O2 sat > 95 หากไม่ตรงตามข้อใดพิจารณาการรักษาแบบ OPD และตรงเพียง 1 ข้อ ขึ้นไปพิจารณาพิจารณา admit IPDพร้อมกำหนดเกณฑ์การส่งต่อ รพ.ยโสธร ส่งผลดีต่อผู้ป่วยปฏิบัติ ที่มีไม่ซับซ้อน ใช้ได้ง่าย เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลระดับอำเภอมากกว่า โดยรูปแบบที่เกิดขึ้นนี้ เป็นการพัฒนาร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาลและทีมนำคุณภาพของหน่วยงานผ่านกระบวนการพัฒนาตั้งแต่การวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ และประเมินผลลัพธ์ สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบต้องมีการจัดตั้งทีมพัฒนาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อทบทวน ปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วย ทำความเข้าใจแนวทางและกำกับติดตามประเมินผล ตาม 6Cs คือ ทีมพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย ทบทวนและปรับปรุงการพัฒนาศูนย์บริการ สื่อสารทีม ประเมินผล ทำอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา ชูเสน กมลรัตน์ ลุนพิลาและอนุชิตา ซาลี⁽¹⁷⁾ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบต้อง (1) การตั้งทีมพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย (Core team) (2) ทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย (CPG) (3) การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (Competency) (4) สื่อสารกับผู้เกี่ยวข้อง (Communication) (5) การกำกับปฏิบัติตามแนวทางและตัวชี้วัด (Check) และ (6) ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (Continuous) และสุญติตา ทองบ่อและดวงพร วัฒนเรืองโกวิท (2567)⁽¹⁸⁾ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ทำอย่างต่อเนื่อง 4 ขั้นตอน 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาแนวปฏิบัติ 3) นำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 4) นำผลลัพธ์มาปรับปรุงและประเมินผล พบว่า การเกิดผลลัพธ์ที่ดีจะต้องมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

2. การศึกษานี้ พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดทั้งหมดและ 1 ใน 4 มีทักษะการปฏิบัติระดับดี (ร้อยละ 26.10) ซึ่งพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มาจากหลายหน่วยทั้งพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉินและห้องคลอด เป็นการเวียนขึ้นมาปฏิบัติการดูแลแบบขึ้นเวรเข้าป่วยและดึก ตามบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องมีการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค อัตรากำลังที่มีจำนวนจำกัดและต้องดูแลรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น มีผลต่อความรู้ ประสบการณ์ ทักษะความเชี่ยวชาญ และภาระงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยทุกโรคทำให้ทักษะการดูแลโรคปอดอักเสบที่เป็นเฉพาะทาง⁽¹⁸⁾ ส่งผลต่อการดูแลที่มีคุณภาพ ดังนั้น การมีเกณฑ์เฝ้าระวังและแนวทางการพยาบาลชัดเจนที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจะลดภาวะแทรกซ้อนได้ สอดคล้องกับลัดดา ผลรุ่ง (2565)⁽¹⁹⁾ แนวทางการดูแลผู้ป่วยช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนขึ้นเกิดคุณภาพด้านการดูแล ผู้ป่วยได้รับการดูแลและมีผลลัพธ์ในการดูแลดีขึ้น

3. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลด้านผู้ให้บริการ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ระดับมากที่สุดต่อแนวทางนี้ สามารถนำไปใช้ได้และสามารถวินิจฉัยโรคผู้ป่วยได้อย่างทันเวลา ประเมินผู้ป่วยที่มีความรุนแรงที่ต้องได้รับการพิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยในได้ ซึ่งพบประมาณ 1 ใน 10 ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือร้อยละ 8.20 ส่งต่อเพื่อรักษาได้ทันเวลา และวางแผนการดูแลผู้ป่วยในได้ตามความรุนแรงของโรคโดยเฉพาะ Plan on ETT ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีแนวปฏิบัติชัดเจน จะช่วยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เกิดการดูแลต่อเนื่องจนช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างทันเวลา ลดอัตราการเจ็บป่วยที่รุนแรง ดังนั้นแนวทางที่พัฒนาขึ้นช่วยให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการเกิดอุบัติเหตุรถชน ลดอุบัติเหตุการเกิด respiratory failure (unplanned refer) ลดอุบัติเหตุการตายโดยไม่ได้วางแผน (unplanned dead) และลดภาวะแทรกซ้อนที่ลดการกลับมารักษาซ้ำ ดังนั้น การพัฒนาครั้งนี้ ได้ใช้แนวคิดของโดนาปีเดียน⁽¹²⁾ ร่วมกันหลักการพัฒนาคุณภาพด้วย 6Cs ช่วยให้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนขึ้นสำหรับพยาบาล เกิดคุณภาพด้านการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากหลักการ 6Cs นี้ช่วยให้การทำงานมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะเป็นกรอบการพัฒนาที่มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ และทัศนคติของพยาบาล ส่งผลให้เกิดวัฒนธรรมองค์กรที่เป็นบวกส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี และมีผลลัพธ์ในการดูแลดีขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ผู้บริหารและทีมบริหาร ควรมีการกำหนดให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำเกณฑ์การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและแนวทางการพยาบาลกลุ่มเสี่ยงโรคปอดบวมในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร มาเป็นแนวปฏิบัติ ผลลัพธ์ที่ดีจะต้องมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและจัดให้มี ระบบการนิเทศทางการพยาบาลติดตามต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างยั่งยืน
2. ทีมนำด้านการพยาบาลของโรงพยาบาลกุดชุม ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ โดยใช้รูปแบบของการศึกษานี้ไปต่อยอดในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานหรือทุกหอผู้ป่วยที่รับรักษาผู้ป่วย
3. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การให้ความรู้และการชี้แจงแนวทางปฏิบัติผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย ควรมีการจัดทำแผนการพัฒนาและประชุมทบทวนแนวทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรมีการติดตามการใช้เกณฑ์การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและแนวทางการพยาบาลกลุ่มเสี่ยงโรคปอดบวมในผู้ใหญ่อย่างต่อเนื่องทุกเดือนและมีการกระตุ้นด้วยการจัดประชุมแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคในการนำไปใช้อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง หรือทุก 3 เดือน เพื่อติดตามความยั่งยืนของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย
2. การพัฒนาทักษะและสมรรถนะพยาบาลผู้ดูแล ควรมีระบบพี่เลี้ยงหรือทีมพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้และลงไปในเทศติดตามในหน่วยงานหรือทุกหอผู้ป่วยที่รับรักษาผู้ป่วย รูปแบบ job training เพื่อเสริมสร้างทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. การนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยไปประยุกต์ใช้และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ หรือศึกษาวิจัยในบริบทอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่กว้างขวางขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง
2. ควรทำการศึกษาวิจัยโดยใช้ระยะเวลาให้ยาวขึ้นและทำการศึกษาให้เห็นผลสมรรถภาพปอดที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนมากขึ้น

ความยุ่งยากและข้อจำกัดการศึกษาครั้งนี้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ คือ ช่วงเวลาการเก็บข้อมูลค่อนข้างสั้น อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและการยืนยันผล หากเก็บข้อมูลระยะยาวและต่อเนื่องจะทำให้ผลการทดลองมีความแม่นยำมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยนี้ได้รับการให้คำปรึกษาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดชุมและคำแนะนำด้านการวิจัยจากอาจารย์ที่ปรึกษา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ขอขอบคุณทีมจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ที่ตรวจสอบด้านผลงานให้เป็นไปตามหลักการวิจัยโดยยึดจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ลดความเสี่ยงในการศึกษาที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ ขอขอบคุณทีมงานทุกท่านที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาและนำแนวทางนี้ไปปฏิบัติและข้อมูลจากผู้รับบริการ การศึกษานี้ หากมีข้อบกพร่องประการใด ๆ ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้ด้วยความขอบคุณยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Perara T. Pulmonary emergencies in the elderly. In: Kahn J H, Magauran BG, Olshaker JS, editors. Geriatric emergency medicine: principles and practice. New York: Cambridge University Press; 2014. p. 185-97.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ปอดบวมโรคไม่ควรมองข้าม. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th/content>
3. สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. โรคปอดอักเสบ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=21
4. กองโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปี 2565. 28-30. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://odpc9.ddc.moph.go.th>
5. Huijskens EG, van Erkel AJ, Palmén FM, Buiting AG, Kluytmans JA, Rossen JW. Viral and bacterial aetiology of community-acquired pneumonia in adults. Influenza Other Respir Viruses 2013; 7:567-73.
6. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America /American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis 2007; 44 Suppl 2: S27-72.
7. Lim WS, Baudouin SV, George RC, et al. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. Thorax 2009; 64 (Suppl 3): iii1-55.
8. Watkins RR, Lemonovich TL. Diagnosis and management of community acquired pneumonia in adults. Am Fam Physician 2011;83: 1299-306.
9. Waterer GW, Rello J, Wunderink RG. Management of community acquired pneumonia in adults. Am J Respir Crit Care Med 2011; 183: 157-64.
10. Wunderink RG. Community-acquired pneumonia versus healthcare-associated pneumonia: the returning pendulum. Am J Respir Crit Care Med 2013; 188: 896-8.

11. Wipa Reechaipichitku. Management of Pneumonia. [Internet]. 2023. [cited 2023 Nov. 13] Available from: <https://www.researchgate.net/publication/286924447>
12. Donabedian, A. An introduction to quality assurance in health care. New York: NY: Oxford University Press; 2003.
13. Roach MS. Caring the human mode of being: A blueprint for the health professionals. 2nd ed. Canada: CH Press; 2002.
14. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคปอดอักเสบชุมชนในประเทศไทย (สำหรับผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: เอสพีการพิมพ์; 2544.
15. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
16. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2545.
17. กฤษณาชูเสน, กมลรัตน์ ลุนพิลาและอนุชิตา ซาลี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนในผู้ใหญ่โรงพยาบาลค้อวัง อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ. 2567;4(1):16-33.
18. สุณิตา ทองบ่อและดวงพร วัฒนเรืองโกวิท. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลยโสธร. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://yasothon.moph.go.th>
19. ลัดดา ผลรุ่ง. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบาก. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th>