

# การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงปอดอักเสบชุมชน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิจิตร

## Development of Nursing Practice Guidelines for At-Risk *Outpatients* with Community-Acquired Pneumonia at Phichit Hospital

เสาวณีย์ เรืองศรี, พย.บ.

Saowanee Ruangsri, B.N.S.

### Abstract

**Objectives:** This research aimed to develop and evaluate a nursing practice guideline for patients at risk of community-acquired pneumonia (CAP) in the outpatient department of Phichit Hospital

**Methods:** This research and development study was conducted in two cycles. Cycle 1 involved problem analysis and guideline development based on a literature review and input from nurses and experts. In Cycle 2, the refined guideline was implemented with a sample of 10 outpatient nurses and 34 patients at risk of CAP (diagnosed with influenza or COVID-19). Research instruments included screening/history-taking forms, pre-discharge assessment forms, symptom follow-up records, Six-Domain Health Literacy Enhancement Program, health literacy and satisfaction assessment tool, and clinical outcome records. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

**Results:** A nursing practice guideline covering 7 key components, aligned with outpatient service standards, was developed. Patients demonstrated a statistically significant increase in health literacy scores across all

domains ( $t(33)=25.35, p\text{-value}<.001$ ). The overall mean score improved from 51.07 (SD=4.50) to 72.62 (SD=2.80), representing a 42.21% improvement. No clinical complications (e.g., acute respiratory failure, septic shock, or household transmission) were observed. Both patient and nurse satisfaction levels were high to very high (mean scores of 4.38 and 4.35, respectively).

**Conclusion:** The developed nursing practice guideline proved effective in enhancing health literacy, preventing complications, and improving the quality of nursing care for outpatients at risk of CAP. The integration of digital follow-up via the LINE application supported continuous home-based care.

**Keywords:** Nursing practice guideline, High-risk patients, Community-acquired pneumonia, Outpatients, Health literacy

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** พัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงปอดอักเสบชุมชนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิจิตร

**วิธีการศึกษา:** การวิจัยและพัฒนา 2 วงรอบ วงรอบที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาแนวปฏิบัติจากการทบทวนวรรณกรรมและความคิดเห็นจากพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญ วงรอบที่ 2 นำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงไปทดลองใช้ในกลุ่มพยาบาล งานผู้ป่วยนอก 10 คน และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน 34 ราย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นไข้หวัดใหญ่หรือโควิด-19 และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบคัดกรอง/ซักประวัติ แบบประเมินก่อนจำหน่าย แบบติดตามอาการ โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาล และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก

วันที่รับ (received) 19 กันยายน 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 กุมภาพันธ์ 2569

วันที่ตอบรับ (accepted) 4 กุมภาพันธ์ 2569

Published online ahead of print 24 กุมภาพันธ์ 2569

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร

Department of Nursing, Phichit hospital, Phichit

Corresponding Author: เสาวณีย์ เรืองศรี

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร

Email: nopparat19630@gmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2026.6>

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

**ผลการศึกษา:** ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยมีคะแนนความรอบรู้สุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ( $t(df)=25.35, p\text{-value}<0.001$ ) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นจากคะแนนเฉลี่ย 51.07 (SD=4.50) เป็น 72.62 (SD=2.80) คะแนน คิดเป็นการปรับปรุงดีขึ้น 42.21% ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก ได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะช็อกจากการติดเชื้อหรือการติดเชื้อในผู้อยู่ร่วมบ้าน ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.38 และ 4.42 ตามลำดับ)

**สรุป:** แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อสนับสนุนการดูแลต่อที่บ้าน

**คำสำคัญ:** แนวปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง, ปอดอักเสบชุมชน, ผู้ป่วยนอก

## บทนำ

ปอดอักเสบชุมชน (Community-Acquired Pneumonia: CAP) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ส่งผลให้เกิดอัตราการเจ็บป่วย การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน และเสียชีวิตที่สูง โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ เช่น ผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ซึ่งทำให้ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ<sup>1,2,3</sup> สาเหตุของโรคปอดอักเสบชุมชน 40% เป็นเชื้อไวรัส เชื้อที่พบบ่อยที่สุดของโรคปอดอักเสบจากไวรัสในผู้ใหญ่ ได้แก่ ไวรัสไข้หวัดใหญ่และโควิด-19 และสามารถนำไปสู่การติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนได้ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชน ทุกคนควรได้รับการตรวจหาเชื้อ COVID-19 และไข้หวัดใหญ่ โดยเฉพาะเมื่อไวรัสเหล่านี้มีการระบาดในชุมชน เนื่องจากการวินิจฉัยโรคอาจส่งผลกระทบต่อการรักษา เช่น การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และกลยุทธ์การป้องกันการติดเชื้อ<sup>3</sup> จากแนวทางการรักษาของ American Thoracic Society และ Infectious Diseases Society of America ปี 2019 ระบุว่า การจัดการผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชนต้องอาศัยแนวทางปฏิบัติที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจรักษา โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ หากได้รับการประเมินและติดตามอย่างเหมาะสม<sup>4</sup> สถานการณ์ปอดอักเสบในประเทศไทยพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด

ใหญ่และโควิด-19 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ มีโอกาสพัฒนาเป็นปอดอักเสบแทรกซ้อนสูง<sup>5,6,7</sup>

อย่างไรก็ตาม การจัดการผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชนแบบผู้ป่วยนอกยังขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบและต่อเนื่องโดยเฉพาะการคัดกรองกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ การติดตามอาการ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จึงจำเป็นต้องดำเนินการวิจัยและพัฒนาโดยอาศัยแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานร่วมกับการติดตามอาการอย่างเป็นระบบ ซึ่งแนวทางดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>8</sup>

โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ 5 ให้บริการผู้ป่วยในจังหวัดและจังหวัดใกล้เคียง จากสถิติผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่รักษาในโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2565-2566 พบว่ามีผู้ป่วยปอดอักเสบจำนวน 1,424 และ 1,399 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 332 และ 273 ราย และเสียชีวิตจำนวน 328 และ 381 ราย ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกปี 2565-2566 จำนวน 372 และ 435 ราย โดยให้ การรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 268 และ 337 ราย และรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 104 และ 98 ราย ตามลำดับ<sup>9</sup> ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาระงานที่สำคัญของการจัดการ ผู้ป่วยปอดอักเสบและความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

พยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองและประเมินอาการเบื้องต้นเพื่อระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน ผ่านกระบวนการ 1) การประเมินและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบประเมินมาตรฐานเพื่อระบุผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง การติดตามอาการสำคัญที่บ่งชี้ความรุนแรงของโรค 2) การดูแลแบบต่อเนื่อง โดยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและการสังเกตอาการ การประสานงานกับแพทย์เพื่อการรักษาที่ทันทั่วทั้ง 3) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อซ้ำซ้อน อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์การปฏิบัติงานปัจจุบันพบว่า พยาบาลยังมีความแตกต่างในการใช้ความรู้และประสบการณ์ ขาดแนวทางการคัดกรองที่เป็นระบบ การให้คำแนะนำ การใช้ยา และการติดตามอาการยังไม่เป็นมาตรฐาน และยังไม่มีความชัดเจนในการใช้ความรู้และความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชนอย่างชัดเจน รวมถึงการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพยังมีข้อจำกัดจากหลักฐานและปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อสร้างระบบการดูแลที่เป็นมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกของ

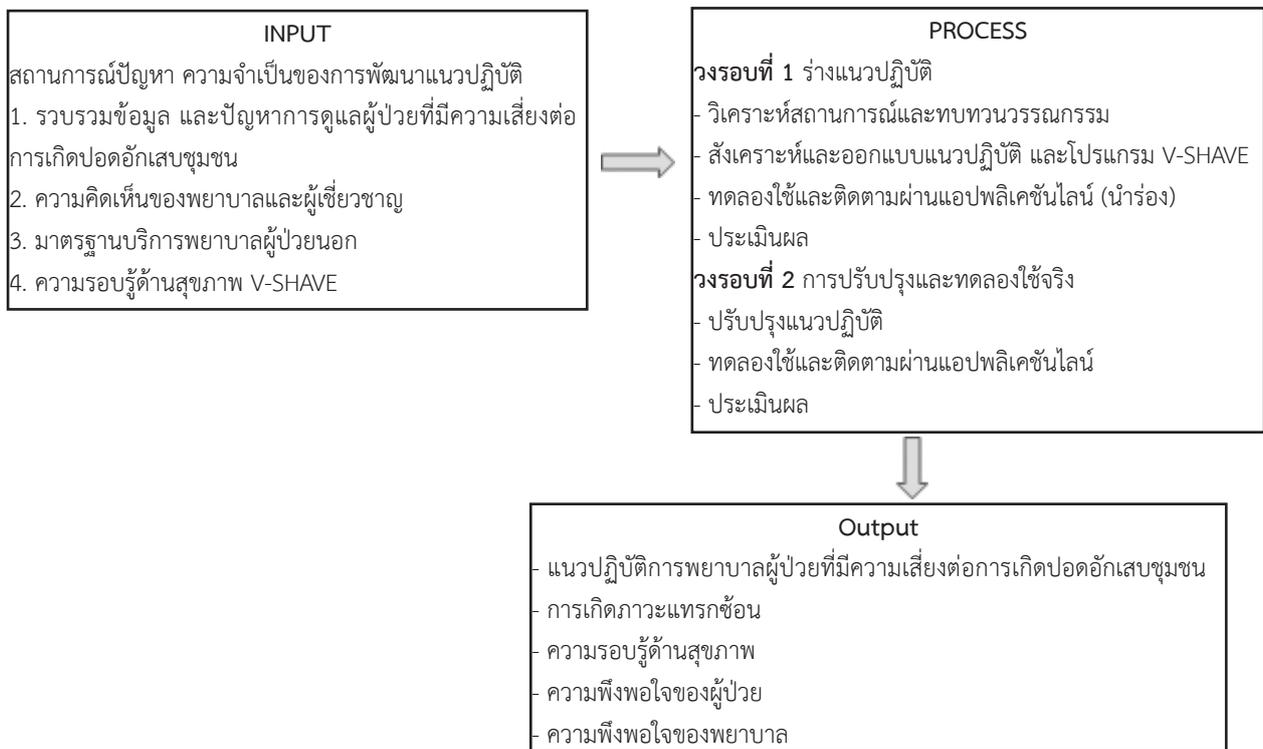
ผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่ต้องการการติดตามอย่างใกล้ชิด แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองเริ่มแรก การประเมินอาการ การบริหารยาของผู้ป่วย และคำแนะนำไปจนถึงการติดตามอาการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จริง จึงดำเนินการวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชน ตั้งแต่แรกรับจนถึงการดูแลต่อเนื่อง เพื่อเชื่อมโยงแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ของสำนักงานพยาบาล<sup>10</sup> โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ทั้งนี้เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และสามารถนำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มี

ความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชนและประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน งานผู้ป่วยนอก ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และลดภาระทางเศรษฐกิจจากการรักษาในระยะยาวต่อไป

**วิธีการศึกษา**

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 2 วงรอบ (Two-cycle research and development) มีวัตถุประสงค์ วงรอบที่ 1 เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติฉบับร่าง วงรอบที่ 2 เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติฉบับปรับปรุง และเพื่อประเมินผลลัพธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน

**กรอบแนวคิด**



**วงรอบที่ 1**

Input: Research (R1): วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชนในงานผู้ป่วยนอก โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียน ขอความคิดเห็นจากพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) เน้นงานวิจัยและรายงานเชิงปฏิบัติที่มีคุณภาพในระดับหลักฐาน I-III (Systematic review, cohort, quasi-experimental, descriptive study) และผ่านการอ่านทบทวนเชิงเนื้อหา (Content review) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์และสังเคราะห์

เชิงเนื้อหา เพื่อสกัดแนวคิดสำคัญและกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน ส่วนของแนวปฏิบัติการพยาบาลอ้างอิงกรอบแนวคิดมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก สำนักงานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (2551)<sup>10</sup> และกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (V-SHAVE) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข<sup>11</sup> นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อสกัดแนวคิดสำคัญและกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน ในส่วน ของแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพนำมาแปลงเป็น

กิจกรรมและสื่อบนแอปพลิเคชันไลน์ ที่เข้าใจง่ายในรูปแบบของโปรแกรมความรอบด้านรู้สุขภาพ จัดประชุมระดมความคิดเห็นพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม แพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรกรรมและแพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อ เพื่อกำหนดขอบเขตของแนวทาง

Development (D1): นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาเป็น “ต้นแบบแนวปฏิบัติการ พยาบาลฉบับร่าง” (Prototype version) ประกอบด้วย 1) การคัดกรองและการประเมิน (Screening & Assessment) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง การประเมินอาการและโรคร่วม การวัดสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลเบื้องต้น 2) การให้การพยาบาลและการสร้างเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nursing Implementation & Health Literacy Promotion) ครอบคลุมการจัดระบบ Fast Track การให้ยา การประเมินก่อนจำหน่าย และการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ตามกรอบแนวคิด V-SHAP 3) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ประเมินผลลัพธ์ความรู้ด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและการติดเชื้อในผู้ป่วยร่วมบ้าน 4) การบันทึกทางการพยาบาล (Documentation) โดยจัดทำแบบบันทึกทางการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน นำร่างเนื้อหาแนวปฏิบัติให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม และแพทย์เฉพาะทางสาขาโรคติดเชื้อ ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI ใช้เกณฑ์  $\geq 0.78$ ) ได้เท่ากับ 0.85 และความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence : IOC ใช้เกณฑ์  $\geq 0.50$ ) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00

Process: ทดลองใช้แนวปฏิบัติฉบับร่างกับพยาบาลผู้ป่วยนอก 10 คน และผู้ป่วย 10 ราย ที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยเป็นไข้หวัดใหญ่ หรือโควิด-19 ที่มีแผนการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ อายุมากกว่า 15 ปี มีโรคประจำตัวหรือภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ ได้แก่ มะเร็งระยะรักษาด้วยยาเคมี เภทหวาน โรคหัวใจ โรคไตระยะบำบัดทดแทนไต โรคปอดเรื้อรัง ผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน หรือภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ สามารถอ่าน-เขียนภาษาไทยได้ มีแอปพลิเคชันไลน์และใช้งานได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ เพื่อทดสอบความเหมาะสมความเป็นไปได้ และรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติจริง

Output: ประเมินผลเบื้องต้นใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 2) ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแล 3) ผลลัพธ์ทางคลินิก รวมทั้งรับฟังข้อเสนอแนะจากพยาบาลผู้ปฏิบัติเพื่อใช้ปรับปรุงแนวทางในวงรอบต่อไป

## วงรอบที่ 2

Input: Development (D2) ใช้ผลลัพธ์และข้อเสนอแนะจากวงรอบที่ 1 มาปรับปรุงแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทจริง ดำเนินการในรูปแบบ One-group pretest-posttest design เนื่องด้วยข้อจำกัดทางบริบทและจริยธรรมในการจัดกลุ่มควบคุมในสถานบริการจริงที่ไม่เอื้อต่อการจัดกลุ่มควบคุม

Process: ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับร่างที่ 2 ให้ชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น ได้แก่ การเพิ่มแบบประเมินอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคร่วม การขยายคำถามติดตามในแอปพลิเคชันไลน์ และการจัดเนื้อหาในโปรแกรม V-SHAP ให้เหมาะสมกับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย นำไปทดลองใช้ในรูปแบบกึ่งทดลองแบบวัดก่อนและหลังในกลุ่มเดียว (Quasi-experimental one-group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ 34 ราย และพยาบาลงานผู้ป่วยนอก 10 คน

Output: ประเมินผล 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยก่อน-หลัง 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วย 3) ความพึงพอใจพยาบาล 4) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และการติดเชื้อของผู้อยู่ร่วมบ้าน

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล คือ ผู้วิจัย และพยาบาล งานผู้ป่วยนอกที่คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม และยินยอมเข้าร่วมวิจัย จำนวน 10 คน และ 2) ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยเป็นไข้หวัดใหญ่ หรือโควิด-19 ที่มีแผนการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยคัดเลือกผู้ป่วยทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในช่วงเวลาที่ศึกษา คือ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัวหรือภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ ได้แก่ มะเร็งระยะรักษาด้วยยาเคมี เภทหวาน โรคหัวใจ โรคไตระยะบำบัดทดแทนไต โรคปอดเรื้อรัง ผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน หรือภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ สามารถอ่าน-เขียนภาษาไทยได้มีแอปพลิเคชันไลน์และใช้งานได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*Power,  $\alpha$ : 0.05, Power: 0.80 Effect Size: 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่าง 34 ราย

## เครื่องมือวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน ประกอบด้วย 1) แบบฟอร์มประเมินอาการผู้ป่วยสำหรับการคัดกรอง/ซักประวัติ การประเมินก่อนจำหน่าย 2) แบบบันทึกการติดตามอาการ 3) โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ใช้เป็นช่องทางให้ความรู้และติดตามอาการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (V-shape) ของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข 11 6 ด้าน คือ การเข้าถึง

ข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล การซักถาม-ทบทวน การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการบอกต่อ/ถ่ายทอดความรู้ ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.83 4) สื่อมีลติมีเดีย จัดทำใหม่ ร่วมกับใช้สื่อออนไลน์จากแหล่งผู้เชี่ยวชาญ และของกระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบของ วิดีโอ อินโฟกราฟิก ข้อความ รูปภาพ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย มีเนื้อหาจำนวน 12 เรื่อง ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการดูแลตนเอง การป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การตรวจวัดสัญญาณชีพพื้นฐาน สัญญาณอันตรายที่ต้องมาตรวจรักษาเร่งด่วน การรับประทานยาลดไข้ที่ปลอดภัย นำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยมีค่าอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.97 5) แบบบันทึกผลลัพธ์ผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ วัดค่าแบบ Likert scale 4 ระดับ จำนวน 6 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล การซักถาม-ทบทวน การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการบอกต่อ/ถ่ายทอดความรู้ นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) 0.92 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยมีค่าอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.93 ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยวัดค่าแบบ Likert scale 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) 1.0 ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวัดค่าแบบ Likert scale 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) 1.0

การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำบันทึกขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพิจิตร ตามใบอนุญาตเลขที่ 0226 ลงวันที่ 17 เมษายน 2567

**การวิเคราะห์ข้อมูล:** ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความพึงพอใจ และผลลัพธ์ทางคลินิก ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังใช้สถิติ Paired t-test

### ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การดำเนินการศึกษานำร่อง (วงรอบที่ 1 - D1)

**ขั้นตอนที่ 1** การประชุมชี้แจงพยาบาลแผนกอายุรกรรมงานผู้ป่วยนอก 10 คน เกี่ยวกับ ความรู้เรื่องปอดอักเสบชุมชนและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง แนวปฏิบัติใหม่ การคัดกรองและซักประวัติ

ระบบ Fast Track สำหรับผู้ป่วย ไข้หวัดใหญ่ หรือโควิด-19 การปรับวงรอบยาปฏิชีวนะแบบรับประทาน และการให้ยาปฏิชีวนะมือแรกตั้งแต่อายุโรงพยาบาล การใช้โปรแกรม V-SHAVE ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การประเมินซ้ำก่อนจำหน่าย การติดตามผู้ป่วย และการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล

**ขั้นตอนที่ 2** คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์สำหรับการศึกษานำร่อง จำนวน 10 ราย

### Day 1

1. คัดกรองอาการพื้นฐาน ประเมินอาการเริ่มแรก ไข้, ไอ, หายใจเหนื่อย, เจ็บเสียวหน้าอก วัดสัญญาณชีพได้แก่ อุณหภูมิกาย, ความดันโลหิต, ชีพจร, อัตราการหายใจ, ความอิ่มตัวของออกซิเจน

2. ส่งตรวจเชื้อตัว COVID-19 Antigen Test และ Influenza A/B Rapid Test ตามเกณฑ์ Fast Track และจัดลำดับความสำคัญในการดูแลตามผลตรวจและอาการ

3. หลังแพทย์ตรวจและมีแผนการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ส่งเบิกยาช่องยาตัวน ให้ผู้ป่วยรับประทานยาปฏิชีวนะมือแรกที่โรงพยาบาล พิจารณาปรับวงรอบยาสำหรับวันแรก หากเวลาที่เริ่มยามือแรกไม่สัมพันธ์กับเวลามาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยาครบ dose สำหรับวันแรก โดยยึดหลักให้ยามือถัดไปมีระยะเวลาที่ห่างกันมากกว่าครึ่งของเวลาที่แพทย์สั่ง เช่น ครึ่งเวลาของยาทุก 12 ชั่วโมงคือ 6 ชั่วโมง เวลามาตรฐานในการรับประทานยาทุก 12 ชั่วโมงที่ไม่กระทบการใช้ชีวิตประจำวันคือ 8.00 น. และ 20.00 น. เช่น ผู้ป่วยรับประทานยามือแรกช่วง 8.00-13.00 น. สามารถรับประทานยามือต่อไป เวลา 20.00 น. รับประทานยาช่วง 14.00-16.00 น. สามารถรับประทานยามือต่อไป เวลา 22.00 น. และหากรับประทานยาช่วงหลัง 16.00 น. ให้รับประทานยามือต่อไป 8.00 น. วันรุ่งขึ้น

4. ประเมินความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐานใช้แบบสอบถาม 25 ข้อ ประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง ได้แก่ ความสามารถในการใช้เครื่องมือวัดสัญญาณชีพ การเข้าใจคำแนะนำ การมีผู้ดูแล ความพร้อมของสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ประเมินความพร้อมในการใช้เทคโนโลยี ได้แก่ การใช้แอปพลิเคชันไลน์ การดูคลิปวิดีโอ การถ่ายภาพส่งข้อมูล

5. ลงทะเบียน เพิ่มเพื่อนในแอปพลิเคชันไลน์ ทดสอบการส่งข้อความ อธิบายวิธีการใช้งาน

6. ฝึกใช้เครื่องมือวัด ได้แก่ 1) วัดไข้ โดยสาธิตการใช้เทอร์โมมิเตอร์ดิจิทัล 2) วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนโดยสาธิตวิธีการใช้ Pulse oximeter อธิบายค่าปกติ (>95%) 3) การนับอัตราการหายใจ สอนวิธีการนับลมหายใจ 1 นาที อธิบายค่าปกติ (12-20 ครั้งต่อนาที) โดยให้ผู้ป่วย/ญาติฝึกปฏิบัติพร้อมประเมินความถูกต้อง

7. ให้ข้อมูลและสื่อความรู้ นัดหมายการส่งข้อมูล และ

ประเมินความรู้ความเข้าใจจากสื่อ

8. ประเมินซ้ำก่อนจำหน่าย ได้แก่ อัตราการหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับ อาการเตือนที่ต้องกลับมาตรวจรักษาด่วน ช่องทางการเข้ารับบริการฉุกเฉิน

Day 2-5: การติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์

Day 2 เช้า (เวลา 08.00-09.00 น.) ส่งข้อความติดตาม: "สวัสดีครับ/ค่ะ วันนี้เป็นวันที่ 2 ของการรักษา กรุณาส่งผลการวัดตามนี้ ไข้ (°C) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (%) อัตราการหายใจ (ครั้ง/นาที) ลักษณะเสมหะ (ไม่มี/ใส/เหลือง/เขียว/เป็นเลือด) เย็น (เวลา 19.00-20.00 น.) ติดตามผลการวัดซ้ำตอบข้อสงสัยที่ผู้ป่วยสอบถาม ให้คำแนะนำเฉพาะรายตามอาการที่พบ

Day 3 ติดตามผลการวัดต่อเนื่อง ประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำ

Day 4 ติดตามผลการวัดต่อเนื่อง ฝึกการซักถามบุคลากรสุขภาพ (Ask Me 3) ฝึกการทวนซ้ำข้อมูลที่ได้รับ

Day 5 ส่งผลการวัดครั้งสุดท้าย กระตุ้นให้สอนสมาชิกครอบครัวใช้เครื่องมือวัด ประเมินความรู้ด้านสุขภาพหลังใช้โปรแกรม ประเมินความพึงพอใจ ประเมินการติดต่อของผู้อยู่ร่วมบ้าน (ติดตาม 2 สัปดาห์)

**ขั้นตอนที่ 3** การประเมินผลการศึกษานำร่อง การวิเคราะห์ปัญหาที่พบในการศึกษานำร่อง พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคร่วมมะเร็งระยะรักษาด้วยเคมีบำบัด วันที่ 2 มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก ไม่สามารถรับประทานยาปฏิชีวนะและอาหารได้ ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีโรคร่วมเป็นโรคหัวใจ วันที่ 3 อ่อนเพลียมาก รับประทานอาหารไม่ได้ ผอม ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีความดันโลหิตต่ำ 80/50 mmHg พบภาวะต่อมหมวกไตพร่องฮอร์โมน ได้ยา Norepinephrine และ Hydrocortisone วิเคราะห์สาเหตุ พบว่าการประเมินเริ่มแรกไม่ให้ความสำคัญกับผลกระทบของโรคร่วม ขาดการติดตามอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคร่วมอย่างใกล้ชิด และขั้นตอนการตอบแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้าโปรแกรมต้องใช้เวลามากกว่า 15 นาที ในขณะที่ผู้ป่วยต้องการกลับบ้านเร็ว

การปรับปรุงแนวปฏิบัติที่นำไปสู่รอบที่ 2 (D2 )

1. จากการศึกษา นำร่อง พบว่าผู้ป่วย 2 รายที่มีโรคร่วมโรคมะเร็ง และโรคหัวใจ เกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล สะท้อนว่าแบบประเมินเริ่มแรกขาดการติดตามอาการเฉพาะของโรคร่วม ดังนั้นจึงขอคำแนะนำ การประเมินอาการเฉพาะโรคจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรกรรม ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด อาการบวมและหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคหัวใจ ภาชนะน้ำตาลสูงต่ำ

ผิดปกติ ในผู้ป่วยเบาหวาน ปริมาณปัสสาวะต่อวัน บวม ในผู้ป่วยโรคไต ปรับปรุงแนวปฏิบัติเพิ่มเติมดังนี้

1. ปรับปรุงการติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ เพิ่มคำถามเกี่ยวกับโรคร่วมในการติดตามรายวัน เพิ่มความถี่การติดตามสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

2. ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพที่บ้านเพื่อลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล และลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น วันรุ่งขึ้นประเมินคะแนนรายข้อ และเสริมความรู้พร้อมส่งสื่อให้เรียนรู้ซ้ำ ตามคะแนนข้อที่ประเมินต่ำ

## ผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน งานผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาหลังปรับปรุงแนวปฏิบัติ แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

**ส่วนที่ 1** แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน งานผู้ป่วยนอก

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา 2 วงรอบ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1) การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง 2) การประเมินอาการและโรคร่วม รวมถึงการวัดสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลเบื้องต้น 3) การปฏิบัติการพยาบาลและ การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพครอบครัวและการจัดระบบ Fast Track การให้ยา การประเมินก่อนจำหน่าย และการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทางแอปพลิเคชันไลน์ ตามกรอบแนวคิด V-SHAVE 4) การติดตามประเมินผลการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้ด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและการติดเชื้อในผู้อยู่ร่วมบ้าน และ 5) การบันทึกทางการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ผลจากการศึกษานำร่องนำมาปรับปรุง โดยเพิ่มการประเมินอาการของโรคร่วมในวันแรก และติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ ทุกวัน และให้ทำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพที่บ้าน ในวงรอบที่ 2

**ส่วนที่ 2** ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน

2.1 ผลต่อพยาบาล

2.1.1 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล การประเมินความพึงพอใจของพยาบาลจำนวน 10 คน พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม  $4.35 \pm 0.27$  ทั้งนี้ ร้อยละ 30 มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด และร้อยละ 70 อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิจิตร (N=10)

ความพึงพอใจของพยาบาล	จำนวน (n=10)	ร้อยละ	Mean	S.D.
<b>ความพึงพอใจโดยรวม</b>				
ระดับมากที่สุด	3	30.00	4.67	0.29
ระดับมาก	7	70.00	4.21	0.11
ความพึงพอใจ	10	100.00	4.35	0.27

2.2 ผลต่อผู้ป่วย  
 2.2.1 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง  
 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน (N=34) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (79.41%) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ( $\geq 65$  ปี) 52.94% ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นประถมศึกษา (44.12%) ไม่มีอาชีพ (38.24%) ใช้สิทธิบัตรทอง (50.00%) สามารถแยกห้องนอนได้ (94.12%) แต่ไม่สามารถแยกห้องน้ำได้ (23.53%) และขาดอุปกรณ์การดูแลสุขภาพพื้นฐาน เช่น พรอพวดใช้ (82.35% ไม่มี) และเครื่องวัดค่าความอึดตัวของออกซิเจน (100% ไม่มี) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของลักษณะประชากร (N=34)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=34)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	7	20.59
หญิง	27	79.41
<b>อายุ</b>		
15-64	16	47.06
$\geq 65$	18	52.94
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	15	44.12
มัธยมศึกษา	6	17.65
ปวช. - ปวส.	3	8.82
ปริญญาตรี	9	26.47
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.94
<b>อาชีพ</b>		
ไม่มีอาชีพ	13	38.24
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	2	5.88
ข้าราชการบำนาญ	3	8.82
พนักงานบริษัท	5	14.71
เกษตรกร	5	14.71
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3	8.82
รับจ้างทั่วไป	3	8.82
<b>สิทธิการรักษา</b>		
บัตรทอง	17	50.00
บัตรประกันสังคม	7	20.59
ราชการ รัฐวิสาหกิจ	10	29.41
<b>สามารถแยกห้องนอนได้</b>		
ไม่ได้	2	5.88
ได้	32	94.12

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของลักษณะประชากร (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=34)	ร้อยละ
สามารถแยกห้องน้ำ/ห้องส้วม		
ไม่ได้	8	23.53
ได้	26	76.47
มีปรอทวัดไข้ไว้ใช้ประจำบ้าน		
ไม่มี	28	82.35
มี	6	17.65
มีเครื่องวัดค่าความอิมตัวของออกซิเจนไว้ใช้ประจำบ้าน		
ไม่มี	34	100
มี	0	0

2.2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน  $t(df) = 25.35, p\text{-value} < 0.001$  โดยความรอบรู้สุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 51.07 เป็น 72.62 คะแนน คิดเป็นการปรับปรุงดีขึ้น 42.21% เมื่อพิจารณา

รายด้าน พบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลมีการปรับปรุงดีขึ้นสูงสุด (66.94%) ตามด้วยการบอกต่อ/ถ่ายทอดความรู้ (58.60%) และความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (52.92%) ในขณะที่ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติมีการปรับปรุงต่ำสุด (28.52%) แม้ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n = 34)

ความรอบรู้สุขภาพ	Pre-test	Post-test	Mean	%	t(df)	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)	Dif-ference (Post - Pre)	Im-prove		
ความรอบรู้สุขภาพโดยรวม	51.07 (4.50)	72.62 (2.80)	21.55	42.21%	25.35	<0.001
1.การเข้าถึงข้อมูล	7.12 (1.37)	11.88 (0.33)	4.76	66.94	20.25	<0.001
2. ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	7.71 (1.55)	11.79 (0.41)	4.08	52.92	16.28	<0.001
3.การซักถาม ทบทวน	4.82 (1.34)	7.09 (0.83)	2.27	47.10	17.58	<0.001
4. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	12.06 (1.82)	15.50 (0.71)	3.34	28.52	12.12	<0.001
5. พฤติกรรมการดูแลตนเองและป้องกันการแพร่เชื้อ	17.12 (2.11)	22.94 (1.18)	5.82	33.98	19.42	<0.001
6. การบอกต่อ/ถ่ายทอดความรู้	2.15 (0.36)	3.41 (0.50)	1.26	58.60	16.47	<0.001

2.2.3 ผลลัพธ์ทางคลินิก

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ

ใช้ระยะเวลาในการติดตาม 5 วัน และการแพร่เชื้อสู่ผู้อยู่ร่วมบ้าน ใช้ระยะเวลาในการติดตาม 2 สัปดาห์ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของประสิทธิผลการป้องกันและการจัดการโรค (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อน Severe Pneumonia ได้แก่ ภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และผู้อยู่ร่วมบ้านติดเชื้อ

การเกิดภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (n=34)	ร้อยละ
ภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน		
ไม่เกิด	34	100
เกิด	0	0

**ตารางที่ 4** ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อน Severe Pneumonia ได้แก่ ภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และผู้อยู่ร่วมบ้านติดเชื้อ (ต่อ)

การเกิดภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (n=34)	ร้อยละ
ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ		
ไม่เกิด	34	100
เกิด	0	0
ผู้อยู่ร่วมบ้านติดเชื้อ		
ไม่ติดเชื้อ	34	100
ติดเชื้อ	0	0

#### 2.2.4 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย

การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยจำนวน 34 คน พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

โดยมีค่าเฉลี่ยรวม  $4.38 \pm 0.49$  ทั้งนี้ ร้อยละ 38.24 มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด และร้อยละ 61.76 อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 5)

**ตารางที่ 5** ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิจิตร (N=34)

ความพึงพอใจผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.
ความพึงพอใจโดยรวม				
ระดับมากที่สุด	13	38.24	4.70	0.16
ระดับมาก	21	61.76	4.24	0.14
ความพึงพอใจ	34	100	4.42	0.49

## วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิจิตร

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชนที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้อ้างอิงกรอบมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ของสำนักงานการพยาบาล<sup>10</sup> ประกอบด้วยกระบวนการคัดกรอง การประเมิน การปฏิบัติการพยาบาล ติดตามประเมินผล และบันทึกอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนา Clinical Practice Guidelines ที่เน้นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice) ร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกและบริบทของหน่วยงาน การศึกษาของ Kreda และคณะ<sup>12</sup> ชี้ให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน คือ กุญแจสำคัญในพัฒนาคุณภาพของการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ การพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีจำเป็นต้องมีการบูรณาการระหว่างหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัย ความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติ และความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ได้แนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและมีประสิทธิผล ดังผลการศึกษาต่อไปนี้

### 1. ผลต่อพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลงานผู้ป่วยนอกทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวม  $4.35 \pm 0.27$  คะแนน สะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์มีความชัดเจน เหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงานจริง และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความพึงพอใจในระดับสูงของพยาบาลมีความเป็นไปได้ว่าเกิดจากการมีแนวทางการดูแลที่เป็นระบบ ลดความแปรปรวนในการตัดสินใจทางคลินิก และสนับสนุนการทำงาน การศึกษาของ Melnyk และคณะ<sup>13</sup> ชี้ให้เห็นว่าการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้เข้ากับประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานจะช่วยยกระดับคุณภาพบริการ ลดความแปรปรวนในการปฏิบัติงาน และเพิ่มความพึงพอใจของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Fischer และคณะ<sup>14</sup> ที่ระบุว่าความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการนำ Clinical Guidelines ไปใช้อย่างยั่งยืน เมื่อผู้ปฏิบัติงานเห็นประโยชน์และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ พวกเขาจะมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตามและพัฒนาแนวทางให้ดีขึ้น

อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ Jun และคณะ<sup>15</sup> พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการนำไปใช้ในภาคปฏิบัติอย่างยั่งยืน การให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบ การทดลองใช้ และการปรับปรุง จะช่วยให้แนวปฏิบัติที่ได้มีความเหมาะสมและสามารถตอบสนองต่อปัญหาในภาคปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

## 2. ผลต่อผู้ป่วยด้านความรู้ด้านสุขภาพ

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 42.21 ผลดังกล่าวสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิด V-SHAPE ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะสุขภาพแบบองค์รวม ตั้งแต่การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การซักถาม-ทบทวน การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การดูแลตนเอง และการถ่ายทอดความรู้ การเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัดในด้านการเข้าถึงข้อมูล (66.94%) และการบอกต่อ/ถ่ายทอดความรู้ (58.60%) ซึ่งให้เห็นว่าการใช้สื่อดิจิทัลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งมีรูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้แบบเข้าใจง่าย การสื่อสารหลายรูปแบบ (ข้อความ รูปภาพ วิดีโอ) และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง และประมวลผลข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam<sup>16</sup> ที่เน้นว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการจัดการสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ การศึกษาของ Fabbri และคณะ<sup>17</sup> พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะอัตราการเสียชีวิตและการนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำและใช้บริการฉุกเฉินมากขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ<sup>18</sup> ความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำความเข้าใจคำแนะนำทางการแพทย์ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้สัญญาณอันตรายของโรคอย่างเหมาะสม<sup>17,18</sup> ซึ่งนำไปสู่การควบคุมโรคที่ไม่มีประสิทธิภาพและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ดังนั้นโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการศึกษานี้สามารถยกระดับความรู้ในหลายมิติ จึงมีศักยภาพต่อการลดความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดภาระค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ งานวิจัยด้าน Digital Health Literacy โดย Tavousi และคณะ<sup>19</sup> ทำให้เห็นว่าเครื่องมือดิจิทัลสามารถลดช่องว่างด้านความรู้และส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ

## 3. ผลลัพธ์ทางคลินิก

ผลลัพธ์ทางคลินิกจากการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 5 วัน พบว่าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ ภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และการติดเชื้อซ้ำ ผู้อยู่ร่วมบ้านจากการติดตาม 2 สัปดาห์ ผลดังกล่าวสะท้อนถึงความปลอดภัยและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชนแบบผู้ป่วยนอก เมื่อมีการคัดกรองที่เหมาะสมและการติดตามอาการอย่างเป็นระบบ เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้สามารถระบุและจัดการภาวะแทรกซ้อนได้ก่อนที่จะรุนแรง การนำ Clinical Pathway หรือแนวทางการดูแลที่เป็นระบบ มาใช้ในการจัดการผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชนช่วยให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างสม่ำเสมอและครบถ้วนมากขึ้น ลดความแปรปรวนในการปฏิบัติทางคลินิก และลดโอกาสการมองข้ามอาการสำคัญที่อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน การศึกษาพบว่า การดูแลแบบเป็นระบบมีแนวโน้มช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน และมีแนวโน้มของอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการนำแนวทางไปใช้ นอกจากนี้ Clinical Pathway ยังช่วยให้การติดตามอาการและการประเมินผลทางคลินิกเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยปอดอักเสบโดยรวมดีขึ้น<sup>20,21</sup> การที่ไม่พบการติดเชื้อซ้ำผู้อยู่ร่วมบ้านในการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่เชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jefferson และคณะ<sup>22</sup> ที่พบว่าการให้ความรู้เรื่องมาตรการป้องกันการแพร่เชื้อทางเดินหายใจ ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การรักษาระยะห่าง และการจัดการสิ่งของส่วนตัว ร่วมกับการติดตามผล สามารถลดการติดเชื้อในครอบครัวได้ 50-70% การให้ความรู้ที่ชัดเจนและติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นกลยุทธ์สำคัญในการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค

การนำระบบ Fast Track มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ เป็นแนวทางที่ช่วยลดความล่าช้าในการประเมินและการให้การรักษ สอดคล้องกับการศึกษาของ Clausen และคณะ<sup>23</sup> พบว่าการใช้ Fast-track Pneumonia Pathway สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ลดระยะเวลาการรอคอยในการได้รับการรักษา และปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิก ระบบ Fast Track ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจและการรักษาอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยติดเชื้อที่ต้องการการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะโดยเร็ว การให้ยาอย่างรวดเร็ว (Timely Antibiotic Administration) เป็นการป้องกันการลุกลามของเชื้อ และช่วยให้อัตราการเสียชีวิตถึงระดับการรักษาได้เร็วที่สุดและช่วยลดความล่าช้าที่อาจเกิดขึ้นจากปัจจัยภายนอก เช่น การเดินทางกลับบ้านที่ใช้เวลานาน หรือความสับสนในการเริ่มยาที่บ้าน<sup>24</sup> ซึ่งมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ในผู้ป่วยทุกระดับความรุนแรง และเป็นการรับประกันความครบถ้วนของ dose ยาใน

วันแรก ทั้งนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางการรักษา มาตรฐานต่างสนับสนุนว่า ระยะเวลาในการเริ่มให้ยาปฏิชีวนะ ตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษา มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ โดยเฉพาะอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล การเริ่มการรักษาอย่างทันที่ควบคู่กับการเลือกยาที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของโรคจึงเป็นองค์ประกอบ สำคัญของการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบจากชุมชน<sup>4,25</sup>

#### 4. ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผู้ป่วยทุกคนมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลใน ระดับมากขึ้นไป โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรวม  $4.38 \pm 0.49$  คะแนน ความพึงพอใจในระดับสูงนี้สะท้อนถึงคุณภาพของ การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งในด้านความชัดเจนของคำแนะนำ การเริ่มยาเมื่อแรกอย่างเหมาะสม การติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และการมีช่องทางสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพผ่านระบบดิจิทัล ผลดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดว่าการดูแลต่อเนื่องและการสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสบการณ์เชิง บวกและความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษา

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Cha และคณะ<sup>26</sup> ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก และพบว่าคุณภาพ ของข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล การสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ และกระบวนการตัดสินใจร่วมกัน มีผลกระทบ อย่างมีนัยสำคัญต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย อันนำไปสู่การมี ส่วนร่วมในการรักษาและผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น ความพึงพอใจ ของผู้ป่วยจึงถือเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง

#### 5. การตีความเชิงระบบบริการ

เมื่อพิจารณาในมุมมองเชิงระบบบริการ แนวปฏิบัติการ พยาบาลที่พัฒนาขึ้นช่วยเสริมสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชนให้มีความเป็นมาตรฐาน ตั้งแต่การคัดกรอง การจัดระบบ Fast Track การเริ่มยาปฏิชีวนะ เมื่อแรกอย่างทันที่ การจัดวางรอบยาที่เหมาะสม ไปจนถึง การติดตามอาการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การบูรณาการกระบวนการดังกล่าวช่วยลดความล่าช้าในการให้ บริการ เพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล และสนับสนุนการดูแล ผู้ป่วยที่บ้านอย่างปลอดภัย แนวปฏิบัตินี้ยังสะท้อนบทบาทเชิงรุก ของพยาบาลในการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและ บ้านผู้ป่วย โดยอาศัยเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือสนับสนุน ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานที่ระบุว่า การออกแบบระบบบริการที่ ชัดเจนและมีการสนับสนุนเชิงโครงสร้างสามารถเพิ่มคุณภาพ การดูแลและลดภาระของระบบสุขภาพในระยะยาว

ข้อจำกัดของการศึกษาและการวิเคราะห์เชิงสังเคราะห์ แม้ว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของ

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในหลายมิติ ผลการศึกษามีข้อจำกัดได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างขนาดค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะ กลุ่มพยาบาล ( $n=10$ ) และผู้ป่วย ( $n=34$ ) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ ความสามารถในการสรุปอ้างอิงผลไปยังบริบทของโรงพยาบาล หรือระบบบริการสุขภาพอื่น ๆ 2) ระยะเวลาการติดตามผลลัพธ์ ทางคลินิกมีเพียง 5 วัน จึงอาจยังไม่ครอบคลุมการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว เช่น การกลับมารักษาซ้ำ หรือการดำเนินโรคที่ยืดเยื้อในผู้ป่วยบางราย 3) การประเมิน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลใช้แบบสอบถามแบบ รายงานตนเอง ซึ่งอาจเกิดอคติจากการรายงานตนเองเพื่อให้ดู เหมาะสมทางสังคม (Social desirability bias) และบริบท ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในช่วงเวลา ที่ทำการศึกษา อย่างไรก็ตาม แม้จะมีข้อจำกัดดังกล่าว ผลการ ศึกษาที่ยังให้ข้อมูลเชิงสังเคราะห์ที่สำคัญ โดยชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามต่อเนื่อง สามารถ สร้างผลลัพธ์เชิงบวกทั้งในระดับบุคคลและระดับระบบบริการ การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มระยะเวลา การติดตาม และทดสอบแนวปฏิบัติในบริบทที่หลากหลาย เพื่อยืนยันความคงทนของผลลัพธ์และศักยภาพในการขยาย ผลเชิงนโยบาย

#### สรุป

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้มีประสิทธิผลใน การเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงผ่านการติดตามแบบดิจิทัล และได้รับความ พึงพอใจจากทั้งผู้ป่วยและพยาบาล เป็นเครื่องมือที่เหมาะสม กับบริบทของโรงพยาบาลและสามารถยกระดับคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน ในหน่วยงาน ผู้ป่วยนอกได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลไปใช้และการวิจัยต่อไป

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้จริง ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบชุมชน หน่วยงานควรสนับสนุนการใช้แนวปฏิบัตินี้เป็นมาตรฐานการ ดูแล ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อการ ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และเสริมบทบาทพยาบาลในการให้ คำแนะนำและประเมินอาการที่บ้าน

สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรขยายการศึกษาไปยังสถาน บริการในเครือข่าย เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง และขยายระยะเวลา การติดตามผล เพื่อประเมินผลลัพธ์ระยะยาว

## เอกสารอ้างอิง

- Torres A, Cillóniz C, Niederman MS, Menéndez R, Chalmers JD, Wunderink RG, et al. Pneumonia. *Nat Rev Dis Primers*. 2021;7(1):25. Doi: 10.1038/s41572-021-00259-0.
- Wunderink RG, Waterer G. Advances in the causes and management of community acquired pneumonia in adults. *BMJ*. 2017;358:j2471. Doi:10.1136/bmj.j2471.
- Womack J, Kropa J. Community-Acquired Pneumonia in Adults: Rapid Evidence Review. *Am Fam Physician*. 2022;105(6):625-30.
- Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, et al. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia. An official clinical practice guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019;200(7):e45-e67. Doi: 10.1164/rccm.201908-1581ST.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Influenza (Seasonal) — Complications. CDC; [Internet]. [cited 2025 Aug 26]. Available from: <https://www.cdc.gov/flu/>.
- Malotke B. How does the flu lead to pneumonia? [Internet]. Elk Grove Village (IL): Passport Health; 2024 Aug 28 [cited 2025 Aug 26]. Available from: <https://www.passporthealthusa.com/2024/08/how-does-the-flu-lead-to-pneumonia/>.
- Duong KS, Henry SS, Duong TQ. SARS-CoV-2 Infection and the Long-Term Risk of Pneumonia in an Urban Population: An Observational Cohort Study up to 46 Months After Infection. *Clin Infect Dis*. 2026;81(6):1041-49. Doi:10.1093/cid/ciaf345.
- Torres A, Chalmers JD, Dela Cruz CS, Dominedò C, Kollef M, Martin-Loeches I, et al. Challenges in severe community-acquired pneumonia: a point-of-view review. *Intensive Care Med*. 2021;47(2):165-75. Doi:10.1007/s00134-020-06320-y.
- โรงพยาบาลพิจิตร. รายงานประจำปีงานเวชระเบียน ปีงบประมาณ 2566. พิจิตร: โรงพยาบาลพิจิตร; 2566.
- สำนักการพยาบาล, กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอก(ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
- กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. แนวคิดหลักการขององค์การอนามัยโลกด้านสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.); 2561.
- Kredo T, Bernhardtsson S, Machingaidze S, Young T, Louw Q, Ochodo E, et al. Guide to clinical practice guidelines: the current state of play. *Int J Qual Health Care*. 2016;28(1):122-8.
- Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Fineout-Overholt E. Implementing EBP competencies in healthcare. Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2018.
- Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and strategies in guideline implementation-A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*. 2016;4(3):36.
- Jun J, Kovner CT, Stimpfel AW. Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: an integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2016;60:54-68.
- Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promot Int*. 2018;33(6):901-11.
- Fabbri M, Murad MH, Wennberg AM, Turcano P, Erwin PJ, Alahdab F, et al. Health Literacy and Outcomes Among Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JACC Heart Fail*. 2020;8(10):875-87. Doi:10.1016/j.jchf.2020.06.018.
- Kanejima Y, Shimogai T, Kitamura M, Ishihara K, Izawa KP. Impact of health literacy in patients with cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2022;105(7):1793-800. Doi:10.1016/j.pec.2021.11.021.
- Tavousi M, Mohammadi S, Sadighi J, Zarei F, Kermani RM, Rostami R, et al. Measuring health literacy: a systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. *PLoS One*. 2022;17(7):e0271524.
- Barchin JL, Wikman-Jorgensen PE, Bello L, Pascual R. Impact of a Clinical Pathway for Hospital Management of Community-Acquired Pneumonia: A Retrospective Cohort Study. *J Biomed Res Environ Sci*. 2021;2(6):450-459. doi:10.37871/jbres1259.
- Barchin JL, Wikman-Jorgensen PE, Bello L, Pascual R. Impact of a clinical pathway for hospital management of community-acquired pneumonia: a retrospective

- cohort study. *J Biomed Res Environ Sci.* 2021;2(6):450-9. Doi:10.37871/jbres1259.
22. Jefferson T, Del Mar CB, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary LA, Bawazeer GA, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;11(11):CD006207.
23. Clausen LN, Børgesen M, Ravn P, Møller T. Fast-track pneumonia pathway focusing on early progressive mobilisation: a clinical feasibility study. *ERJ Open Res.* 2019;5(1):00012-2019.
24. University of Nebraska Medical Center. Guideline for the management of community-acquired pneumonia [Internet]. Omaha: UNMC; 2020 [cited 2025 Oct 15]. Available from: [https://www.unmc.edu/intmed/\\_documents/id/asp/clinicpath-cap-guidance-2020-revision-final-updated.pdf](https://www.unmc.edu/intmed/_documents/id/asp/clinicpath-cap-guidance-2020-revision-final-updated.pdf).
25. Barreto JV, Dias CC, Cardoso T. Impact of the timing of initial antibiotic administration on community-onset pneumonia hospital mortality. *Eur J Intern Med.* 2024;124:145–6. Doi:10.1016/j.ejim.2024.02.038.
26. Cha YJ. Key Factors Influencing outpatient satisfaction in chronic disease care: Insights from the 2023 Korea HSES. *Healthcare (Basel).* 2025;13(6):655.