

## การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

### The Development of Screening Practice Guideline for Patients with Chronic obstructive pulmonary (COPD), Out Patient Department, Roi Et Hospital

อุไรวรรณ บรรลุศาสตร์\*

Uraiwan Bunlusart

Corresponding author: E-mail; Pingsauri@gmail.com

(Received: December 2, 2025; Revised: December 8, 2025; Accepted: January 5, 2026)

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) (2) พัฒนาแนวปฏิบัติ การคัดกรองฯ และ (3) ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย COPD กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** การวิจัยและพัฒนา (R&D) นี้ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม – พฤศจิกายน 2568 โดยใช้กรอบ แนวคิด Soukup EBP Model 4 ขั้นตอน ในระยะการนำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผลได้ประยุกต์ใช้การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-test Post-test Design) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 10 ราย และ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แนวปฏิบัติการคัดกรอง 5 ขั้นตอน (IOC = 0.83) แบบวัดความรู้ (KR-20 = 0.85) แบบวัดการปฏิบัติ ( $\alpha$  = 0.82) และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ เจริญพรณนาและใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติก่อนและ หลังการใช้แนวปฏิบัติ (กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$ )

**ผลการวิจัย :** จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการคัดกรอง COPD พบว่า กระบวนการมีความแปรปรวนสูง และขาดประสิทธิภาพ โดยมีอัตราการส่งต่อเพื่อตรวจยืนยันในระยะเริ่มต้นเพียงร้อยละ 6.7 แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) และอ้างอิง GOLD Guideline ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้วยค่า IOC เท่ากับ 0.83 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก (ตั้งแต่การคัดกรองความเสี่ยงไปจนถึงการส่งต่อ Spirometry) หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่า ระดับความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) จาก 15.50 เป็น 22.80 คะแนน และ ระดับการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) จากระดับปานกลาง (Mean= 2.50) เป็นระดับมากที่สุด (Mean= 4.20) ที่สำคัญที่สุดคือ อัตราการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อตรวจ Spirometry เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 40.0 โดยพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมากที่สุด (Mean= 4.62)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย COPD ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพสูงใน การยกระดับความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และลดความแปรปรวนในการทำงานของพยาบาล โดยส่งผลให้เพิ่มอัตราการค้นพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในระยะ เริ่มต้นได้อย่างชัดเจน เสนอแนะคือควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้เป็นสมรรถนะหลักของพยาบาลและขยายผลไปยังหน่วยงานอื่น เพื่ออำนวยการรักษามาตรฐานการดูแล

**คำสำคัญ :** โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง; การคัดกรองผู้ป่วย; แนวปฏิบัติการพยาบาล

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

## Abstract

**Purposes :** To (1) study the problematic situation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) screening, (2) develop a screening practice guideline, and (3) examine the outcomes of using the developed guideline in the Outpatient Department (OPD) of Roi Et Hospital.

**Study design :** Research and Development (R&D).

**Material and Methods :** This Research and Development (R&D) study was conducted from March to November 2025, utilizing the Soukup EBP Model. For the implementation and evaluation phase, a One Group Pre-test Post-test Design was applied. The participants consisted of 10 Registered Nurses and 30 at-risk patients. Key instruments included the 5-step screening guideline (IOC = 0.83), a knowledge assessment tool (KR-20 = 0.85), a practice assessment tool (alpha = 0.82), and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test to compare the difference in mean scores for knowledge and practice before and after implementation (significance level set at  $p < .05$ ).

**Main finding :** The initial problem assessment revealed high practice variation and low efficiency in COPD screening, evidenced by a baseline Spirometry referral rate of only 6.7%. The guideline, developed based on EBP and GOLD Guideline, achieved an IOC of 0.83, comprising 5 core steps (from risk screening to Spirometry referral). Post-implementation, nurses' knowledge significantly increased ( $p < .001$ ) from 15.50 to 22.80, and practice level significantly improved ( $p < .001$ ) from moderate (Mean = 2.50) to the highest level (Mean = 4.20). Crucially, the rate of referral for Spirometry significantly increased from 6.7% to 40.0%. Overall satisfaction was at the highest level (Mean = 4.62).

**Conclusion and recommendations :** The developed COPD screening practice guideline is highly effective in improving nurses' knowledge, practice skills, and reducing practice variation. It successfully and significantly increased the detection rate of at-risk patients, facilitating earlier diagnosis. It is recommended that this guideline be integrated as a core competency for OPD nurses and expanded to other relevant units.

**Keyword :** Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Screening Practice Guideline; Nursing Practice Guideline

## บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD) จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นภาระโรคที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2020 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงถึง 235 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2019 โรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโลก โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 3.23 ล้านคน<sup>1</sup> สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2562 - 2564 อัตราป่วยของผู้ป่วยในด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวนสูงถึง 386.17, 336.24 และ 273.41 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับที่ 8 ของประเทศ นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงถึง 12,735 ล้านบาทต่อปี ทำให้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 1 ใน 10 ของกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย<sup>2</sup>

ปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การสัมผัสกับสิ่งกระตุ้น เช่น ควันบุหรี่ หมอกควัน หรือฝุ่นละออง การรับไว้รักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (Readmission) เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการรักษที่สำคัญ เนื่องจากอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Acute Exacerbation) เป็นสาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษาซ้ำ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น<sup>3</sup>

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีการดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยในจุดบริการต่างๆ อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ข้อมูลภายในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดในช่วงปีงบประมาณที่ผ่านมา พบว่า อัตราผู้ป่วย COPD ที่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน (Readmission Rate) สูงถึงร้อยละ 15.00 และจากการตรวจสอบการปฏิบัติงานของพยาบาลในจุดคัดกรองพบว่า ร้อยละของการปฏิบัติการคัดกรองที่สอดคล้องกับมาตรฐานเดิมมีเพียงร้อยละ 43.33 เท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแปรผันในการปฏิบัติงาน (Practice Variation) และอาจส่งผลกระทบต่ออัตราผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้าซึ่งอยู่ในระดับร้อยละ 17.50<sup>4</sup>

ดังนั้นปัญหาดังกล่าวจึงชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า

กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปัจจุบันยังขาดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินการวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice Guideline) เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สามารถค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องแม่นยำ และนำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาแนวปฏิบัติ และศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2568 – พฤศจิกายน 2568 โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติของซูกัพ (Soukup)<sup>5</sup> 4 ขั้นตอน เป็นแนวทางหลักในการดำเนินงาน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-Triggered Phase) ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติ (Evidence-Supported Phase) ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-Based Phase) และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Evaluation/Maintenance Phase)

ในขั้นตอนที่ 3 และ 4 (ระยะการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินผล) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-test Post-test Design) เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล และใช้การเปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงประวัติ (Historical Comparison) สำหรับผลลัพธ์ในผู้ป่วยก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้โดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษา

ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดระหว่างเดือนตุลาคม 2568 - พฤศจิกายน 2568 จำนวน 30 คน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่จุดคัดกรองโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และพยาบาลวิชาชีพ ณ จุดคัดกรองผู้ป่วยและห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 10 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ให้บริการ (พยาบาลวิชาชีพ) จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่ปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรอง และแผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ ย้ายสถานที่ทำงาน หรือไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

2. กลุ่มผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 11 ตุลาคม 2568 - พฤศจิกายน 2568 (สำหรับผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติ) การกำหนดขนาดตัวอย่าง คำนวณตามสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยวัดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติของ Heinisch<sup>6</sup> โดยอ้างอิงงานวิจัยของหนูกาญจน์ แผงเมืองคุก และคณะ<sup>7</sup> คำนวณขนาดตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจการทดสอบ 95% ( $\alpha = 0.05$ ,  $\beta = 0.05$ , ค่า เท่ากับ 1.96, = 1.645) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคือ 30 คน เกณฑ์การคัดเข้าคือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่จุดคัดกรองที่มีอาการสงสัย COPD อย่างน้อย 1 อาการ (เช่น ไอเรื้อรัง หายใจลำบาก) ไอเรื้อรัง ไอมีเสมหะมาก หายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีดเหนื่อยง่าย และแน่นหน้าอก มีสติสัมปชัญญะ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย มีกระบวนการคัดเลือกตัวอย่างโดยดำเนินการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจงตามคุณสมบัติการคัดเข้าและคัดออก หลังจากได้รับอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยแล้วโดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed Consent) จากอาสาสมัครทั้งสองกลุ่ม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (The Screening Practice Guideline) ซึ่งพัฒนาตามขั้นตอนของ Soukup EBP Model<sup>5</sup> โดยการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จาก Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Guideline<sup>8</sup> และแนวทางของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย<sup>9</sup> ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก และใช้เครื่องมือคัดกรองที่ใช้้งานง่าย (COPD-R 4 Questions) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.83) ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย 5 ส่วน เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้ 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง COPD แบบเลือกตอบ 25 ข้อ (คะแนนเต็ม 25) การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วย KR-20 (กลุ่มนาร์อง) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 2) แบบวัดการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลฯ เป็นแบบประเมินตนเอง/สังเกต 2 ตัวเลือก (ปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติ) นำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) Cronbach's Alpha (กลุ่มนาร์อง) และ Inter-Rater Reliability (IRR) (Cohen's Kappa) ได้ค่า  $\alpha = 0.82$  ;  $IRR = 0.60$  3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ (พยาบาล) เป็นแบบคำตอบให้เลือกมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ หาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วย Cronbach's Alpha (กลุ่มนาร์อง) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย แบบตัวเลือก 3 ตัวเลือก 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบความเที่ยงในกลุ่มนาร์องและได้ค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ และ 5) แบบบันทึกผลการคัดกรองผู้ป่วยเป็นบันทึกผลการคัดกรองและการส่งต่อ Spirometry ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (โดยผู้ทรงคุณวุฒิ) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบความเที่ยงในกลุ่มนาร์อง และได้ค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.85

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย** การวิจัยดำเนินการ

ตามกรอบแนวคิด Soukup 4 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1:** การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-triggered phase) (มีนาคม - มิถุนายน 2568) จากปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) เป็นการระบุปัญหา ศึกษาปัญหาสถานการณ์การคัดกรอง COPD ในปัจจุบันของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยการสัมภาษณ์พยาบาลและการวิเคราะห์ข้อมูลเวชระเบียน พบว่ากระบวนการมีความแปรปรวนและขาดประสิทธิภาพ (อัตราการส่งต่อเพื่อตรวจ Spirometry ต่ำ) และจากการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) ด้วยการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ สืบหาหลักฐานที่น่าเชื่อถือ (ตีพิมพ์ไม่เกิน 5 ปี) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ (เช่น Thai LIS, PubMed, Google Scholar) โดยใช้กรอบ PICO เพื่อค้นหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

**ขั้นตอนที่ 2:** การพัฒนาแนวปฏิบัติ (กรกฎาคม - กันยายน 2568) เป็นการร่างแนวปฏิบัติด้วยการรวบรวมและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จาก GOLD Guideline และแนวทางของไทยเพื่อ 1) จัดทำร่างแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย COPD จำนวน 5 ขั้นตอน และทำการตรวจสอบคุณภาพโดยนำแนวปฏิบัติฉบับร่างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (แพทย์ 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC = 0.83 และ 2) จัดทำเครื่องมือวิจัยซึ่งเป็นการจัดทำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (แบบวัดความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจ) และนำไปตรวจสอบความตรง และความเชื่อมั่นตามรายละเอียดในข้อเครื่องมือการวิจัย และการหาคุณภาพ

**ขั้นตอนที่ 3:** ระยะการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน (11 ตุลาคม - ต้นพฤศจิกายน 2568) ประกอบด้วย 1) เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ด้วยการประเมินความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล (n=10) ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ และเก็บข้อมูลอัตราการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (n=30) ในช่วงเดือนกันยายน 2568 (Baseline/ Historical data) 2) การนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยอบรมพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น และ

ประกาศใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองฯ เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติรูปแบบเดียวกัน และ 3) การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย 30 ราย และพยาบาล 10 ราย) และรวบรวมข้อมูลความรู้ การปฏิบัติ และผลลัพธ์ในผู้ป่วย (อัตราการส่งต่อ Spirometry) รวมถึงประเมินความพึงพอใจ

**ขั้นตอนที่ 4:** การประเมินผล (ปลายเดือนพฤศจิกายน 2568) เป็นการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) เพื่อประเมินผลลัพธ์ของพยาบาลและผู้ป่วย และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติและสรุปผลการวิจัย

#### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percent), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระดับความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คะแนนการปฏิบัติงาน และคะแนนความพึงพอใจ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติโดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$  และค่าความเชื่อมั่นที่ 95%

#### การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงการวิจัยได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 162/2568 รับรองวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2568 การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์เริ่มต้นหลังจากได้รับใบรับรองจริยธรรมแล้วเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัดตามระเบียบของโรงพยาบาล โดยการบันทึกข้อมูลจะลงบันทึกโดยใช้รหัส (Code) เพื่อรักษาความเป็นส่วนตัว และการวิจัยนี้ไม่ได้ทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

## ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

### ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาศาสนาการณปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ผลการศึกษาการณปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยจากการศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์ในบริบทของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในช่วงก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ พบว่า กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ณ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ยังขาดประสิทธิภาพและมีความแปรปรวนสูง ซึ่งสะท้อนจากข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น อัตราการรับไว้รักษาซ้ำที่สูง และร้อยละการปฏิบัติของพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติเดิมอยู่ในระดับต่ำ<sup>4</sup> ปัญหาที่มีรากฐานมาจากหลายปัจจัยสำคัญได้แก่ ปัญหาด้านผู้ป่วยและอุปสรรคในการตรวจ, ปัญหาด้านบุคลากรและสถานที่ทำงาน (ภาระงานสูง ขาดความรู้และทักษะเฉพาะด้าน), และปัญหาด้านระบบและทรัพยากร (การคัดกรองไม่ถูกบูรณาการ ขาดระบบส่งต่อที่รวดเร็ว) รายละเอียดดังนี้

1. ปัญหาด้านผู้ป่วยและอุปสรรคในการตรวจ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ขาดความตระหนักรู้ ถึงอาการเริ่มต้นของ COPD เช่น ไอเรื้อรัง/เหนื่อยง่าย โดยมักเข้าใจผิดว่าเป็นอาการปกติของวัยชรา หรือปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยง (การสูบบุหรี่) ทำให้พลาดโอกาสในการคัดกรอง นอกจากนี้ ความไม่สามารถทำตามคำแนะนำการตรวจ Peak Flow ได้อย่างถูกต้องในกลุ่มผู้สูงอายุ ยังเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผลคัดกรองคลาดเคลื่อน และข้อจำกัดส่วนบุคคลด้านเศรษฐกิจและการเดินทางก็เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ

2. ปัญหาด้านบุคลากรและสถานที่ทำงาน บุคลากรพยาบาลใน OPD มี ภาระงานสูงมาก จากการดูแลผู้ป่วยหลากหลายโรค ทำให้มีเวลาจำกัดในการคัดกรอง COPD ที่ต้องใช้ความละเอียด ขณะทีบุคลากรบางส่วนยังขาดความรู้และทักษะเฉพาะด้าน ในการใช้เครื่องมือและ

การแปลผลเบื้องต้น ด้านสถานที่ พื้นที่การซักประวัติ และการตรวจ Peak Flow ขาดความเป็นส่วนตัวและเงียบสงบ ส่งผลต่อการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยและความแม่นยำของการตรวจ

3. ปัญหาด้านระบบและทรัพยากร การคัดกรอง COPD ยังไม่ถูกบูรณาการให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการคัดกรองด้านหน้าอย่างชัดเจนทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากหลุดรอดไป และเมื่อพบผู้ป่วยที่สงสัย COPD แล้ว ยังขาดระบบการติดตามและส่งต่อที่รวดเร็ว ไปยังการตรวจวินิจฉัยยืนยันด้วย Spirometry ทำให้การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า ท้ายที่สุดข้อจำกัดด้านงบประมาณยังเป็นอุปสรรคต่อการจัดหาเครื่องมือและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

โดยสรุปสถานการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองที่เป็นมาตรฐาน เพื่อลดความแปรปรวนในการปฏิบัติงาน และเพิ่มโอกาสในการค้นพบโรค COPD ในระยะเริ่มต้น

### ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

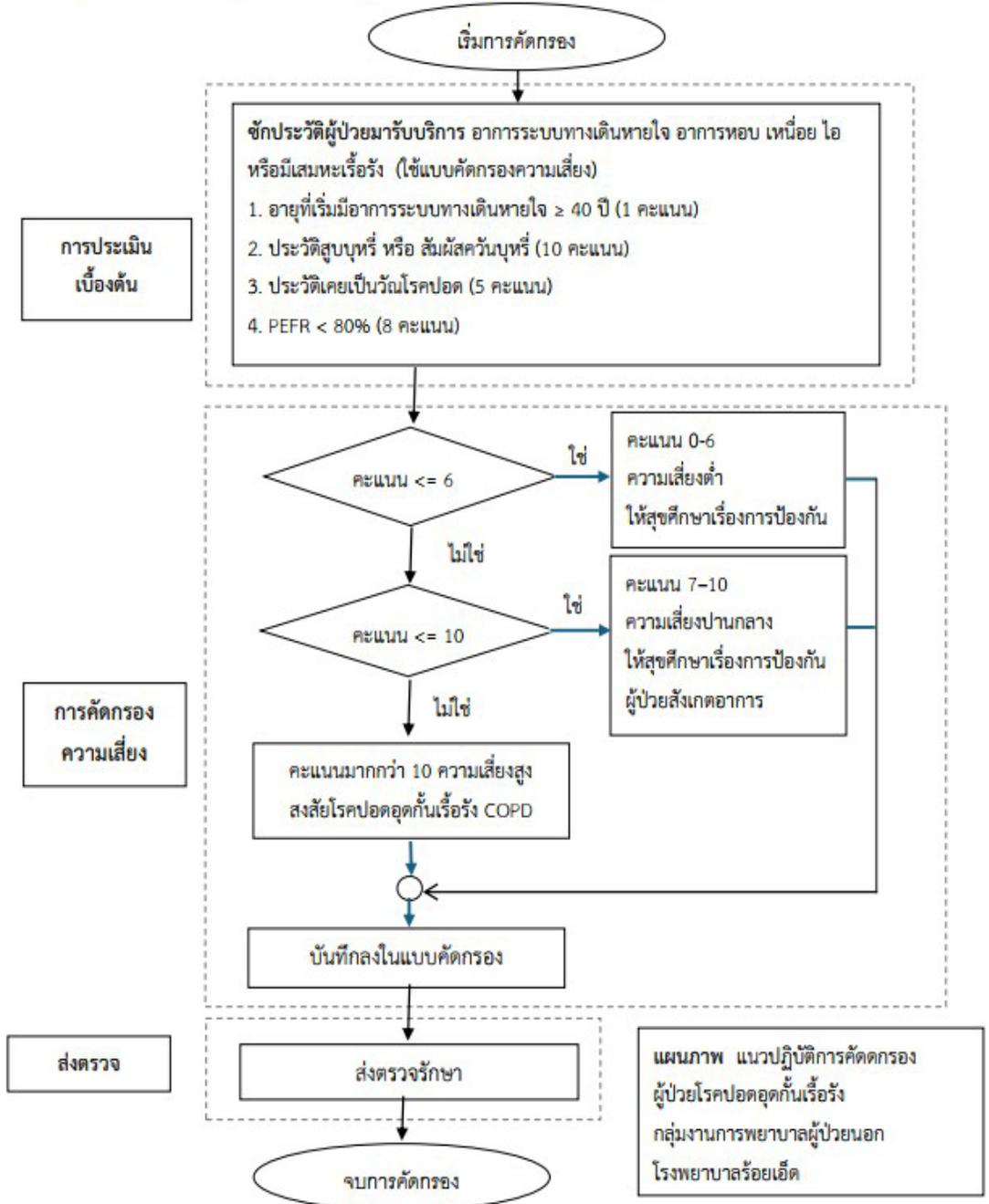
จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลงานวิชาการ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง นำมาสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1-2 ของ Soukup EBP Model (การค้นหาปัญหาและการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์)<sup>5</sup> โดยอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์<sup>8-9</sup> เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติฉบับร่างที่เน้นการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและอาการเริ่มต้น และได้นำแนวปฏิบัติฉบับร่างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.83 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป) นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุง จากนั้นนำไปทดลองใช้และนำมาปรับปรุงและสรุปแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังฉบับสมบูรณ์ที่จะใช้ในการทดลอง ซึ่งผู้ใช้แนวปฏิบัติ คือ พยาบาลวิชาชีพในจุดคัดกรอง/

จุดชกประวัติ โดยมีกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย คือ ผู้ที่มีมารับบริการที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ คือ อายุ 40 ปีขึ้นไป และ/หรือ มีประวัติการสูบบุหรี่ (ปัจจุบันหรือเคยสูบ) ซึ่งสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ (5 ขั้นตอน) ได้แก่ 1) การคัดกรองความเสี่ยง: คัดกรองจากเกณฑ์อายุ และประวัติการสูบบุหรี่ 2) การประเมินอาการเบื้องต้น: สอบถามอาการหลัก 4 ข้อ (ไอเรื้อรัง, มีเสมหะ, เหนื่อยง่าย, สัมผัสฝุ่น/ควัน) หากตอบ “ใช่” 2 ข้อขึ้นไป ถือว่ามีอาการเข้าได้กับ COPD 3) การวัดสัญญาณชีพและประเมินภาวะเฉียบพลัน: เน้นการวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO2) หาก SpO2 < 95% ถือเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องแจ้งแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาฉุกเฉิน 4) การส่งต่อเพื่อยืนยันการวินิจฉัย: หากไม่มีภาวะเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับ COPD จะถูกส่งต่อ/นัดหมายเพื่อตรวจยืนยันด้วย Spirometry และ 5) การให้คำแนะนำ

เบื้องต้น: แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และสังเกตอาการกำเริบเฉียบพลัน

โดยผลลัพธ์ที่คาดหวังในการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ อย่างต่อเนื่องคาดว่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีใน 3 มิติ ได้แก่: 1) พยาบาลมีความรู้และระดับการปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาตรฐาน (KPI  $\geq$  80% และ 90% ตามลำดับ) 2) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับการค้นพบและส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยได้ทันเวลา (อัตราการส่งตรวจ Spirometry เพิ่มขึ้น) และลดอัตราการรับไว้รักษาซ้ำ (Readmission Rate) ของผู้ป่วย COPD ในระยะยาว และ 3) ต้ององค์กร คือ ลดความแปรปรวนในการปฏิบัติงาน และทำให้การคัดกรองมีความเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งกลุ่มงาน แสดงถึงภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

### แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด



แผนภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

### ส่วนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการ คัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ผลการประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการ  
คัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

1. **คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วย (n=30) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.00) มีอายุเฉลี่ย 59.96 ปี (SD = 16.69) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 60.00) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 70.00) และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 53.30) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 66.70) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 63.30) และไม่เคยเข้ารับการรักษา (ร้อยละ 66.70)

ในขณะที่กลุ่มผู้ให้บริการ (พยาบาลวิชาชีพ n=10) เป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) มีอายุเฉลี่ย 37.90 ปี (SD. = 8.52) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.00) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 90.00) และ

มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 14.00 ปี (SD. = 6.68)

### 2. ผลการเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลัง การใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มีประสิทธิภาพสูงในการพัฒนาบุคลากร โดยสามารถยกระดับทั้ง ความรู้ และ ทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการคัดกรองได้อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) โดยหลังการนำแนวปฏิบัติการคัดกรอง COPD มาใช้ ทำให้พยาบาลมีระดับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของพยาบาลเพิ่มขึ้น 7.30 คะแนน (95% CI: 5.48, 9.12) เช่นเดียวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการคัดกรองที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติเพิ่มขึ้น 1.70 คะแนน (95% CI: 1.34, 2.06) แสดงดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง COPD ของพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ (n=10)

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean differences	95%CI	p
<b>ความรู้เกี่ยวกับ COPD</b>					
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	10	15.50 (2.12)	7.30	(5.48, 9.12)	< .001
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	10	22.80 (1.85)			

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ (n=10)

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean differences	95%CI	p
<b>การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล</b>					
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	10	2.50 (0.45)	1.70	(1.34, 2.06)	< .001
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	10	4.20 (0.32)			

### 3. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ

ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า คะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

(Mean = 4.55, SD. = 0.25) โดยเฉพาะในด้านความชัดเจนของขั้นตอนการปฏิบัติ และการใช้งานง่าย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) และระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ (n=10)

ลำดับ	รายการประเมินความพึงพอใจ	Mean(SD.)	ระดับความพึงพอใจ
1	<b>ด้านความชัดเจนของเนื้อหา</b>	<b>4.60(0.45)</b>	<b>มากที่สุด</b>
	1.1 ความถูกต้องของข้อมูลตามหลักฐานเชิงประจักษ์	4.65(0.35)	มากที่สุด
	1.2 ความครบถ้วนของขั้นตอนการคัดกรอง	4.55(0.40)	มากที่สุด
2	<b>ด้านความเป็นประโยชน์และความสอดคล้องกับการปฏิบัติ</b>	<b>4.75(0.30)</b>	<b>มากที่สุด</b>
	2.1 ความสอดคล้องกับปัญหา COPD ในบริบทของโรงพยาบาล	4.80(0.25)	มากที่สุด
	2.2 การนำไปใช้ได้จริงในจุดคัดกรองผู้ป่วยนอก	4.70(0.35)	มากที่สุด
3	<b>ด้านการใช้งานง่าย (Usability)</b>	<b>4.50(0.40)</b>	<b>มากที่สุด</b>
	3.1 รูปแบบการนำเสนอแนวปฏิบัติที่อ่านและเข้าใจง่าย	4.45(0.45)	มากที่สุด
	3.2 ใช้เวลาในการปฏิบัติไม่นานเกินไป	4.55(0.38)	มากที่สุด
<b>รวม</b>	<b>ความพึงพอใจโดยรวม</b>	<b>4.62(0.35)</b>	<b>มากที่สุด</b>

#### 4. ผลการคัดกรองผู้ป่วยด้วยแนวปฏิบัติฯ

จากการนำแนวปฏิบัติการคัดกรองไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวน 30 ราย ณ จุดคัดกรองผู้ป่วยนอก

โดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว พบว่ามีผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก (Positive Screen) และต้องได้รับการส่งตรวจสมรรถภาพปอดต่อไป ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปผลการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวปฏิบัติ (n=30)

ผลการคัดกรอง	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ	การดำเนินการต่อไป
เป็นบวก (Positive Screen)	12	40.0	ส่งตรวจสมรรถภาพปอด (Spirometry) เพื่อยืนยันการวินิจฉัย
เป็นลบ (Negative Screen)	18	60.0	แนะนำการปฏิบัติตัวทั่วไป
<b>รวม</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>	

และจากการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวน 30 ราย ในช่วงก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่ามีอัตราการค้นพบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายต้องส่งตรวจยืนยันเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

จากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 40.0 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในระยะเริ่มต้น ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** การเปรียบเทียบผลลัพธ์การคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ (n=30/ช่วงเวลา)

รายการเปรียบเทียบ	ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ (Baseline)	หลังการใช้แนวปฏิบัติ (Post-Intervention)	ผลต่างของ การเปลี่ยนแปลง
1. ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง (ราย)	30	30	-
2. ผลคัดกรองเป็นบวก (Positive Screen)	2 ราย	12 ราย	เพิ่มขึ้น 10 ราย
3. ร้อยละที่ส่งต่อเพื่อตรวจ Spirometry	6.7%	40.0%	เพิ่มขึ้น 33.3%

**วิจารณ์**

การวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ดในครั้งนี้ประสบความสำเร็จในการบรรลุวัตถุประสงค์ โดยได้แนวปฏิบัติที่ผ่านการรับรองความตรงเชิงเนื้อหาและมีประสิทธิภาพสูงในการยกระดับความรู้และทักษะ การปฏิบัติของพยาบาล รวมถึงเพิ่มอัตราการค้นพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลการอภิปรายแบ่งตามวัตถุประสงค์หลัก ดังนี้

### 1. การอภิปรายผลสถานการณ์ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ผลการศึกษาสถานการณ์พบว่า ปัญหาหลักของการคัดกรองผู้ป่วย COPD ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คือ ความแปรปรวนในการปฏิบัติงาน (Practice Variation) และการวินิจฉัยล่าช้า โดยมีรากฐานมาจากสามด้านหลัก ได้แก่ ปัญหาด้านผู้ป่วย (ขาดความตระหนักรู้ ประสิทธิภาพการรู้เท่าทันความเสี่ยง) ปัญหาด้านบุคลากร (ภาระงานสูง ขาดความรู้และทักษะเฉพาะด้าน) และปัญหาด้านระบบ (การคัดกรองไม่ถูกบูรณาการอย่างชัดเจน ขาดระบบส่งต่อที่รวดเร็ว) โดยที่ปัญหาความแปรปรวนในการปฏิบัติงานของพยาบาลนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหลุดรอดจากการคัดกรอง ซึ่งนำไปสู่การวินิจฉัยล่าช้าและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ เช่น อัตราการรับไว้รักษาซ้ำในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุษา เอี่ยมลออ และคณะ<sup>3</sup> ที่ชี้ให้เห็นว่า

การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการรักษาที่ต้องได้รับการแก้ไข ดังนั้น ผลการศึกษาจึงยืนยันความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและบูรณาการอย่างเป็นระบบเพื่อแก้ไขปัญหาโครงสร้างที่ซับซ้อนเหล่านี้ และสอดคล้องกับหลักการที่ระบุว่า การจัดการโรคเรื้อรังที่ซับซ้อนจำเป็นต้องมีการยกระดับทั้งความสามารถของบุคลากร และการปรับปรุงระบบ<sup>10</sup>

### 2. การอภิปรายผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) สูงถึง 0.83 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ แสดงให้เห็นว่าเนื้อหามีความเหมาะสม สอดคล้อง และเป็นตัวแทนของแนวคิดการคัดกรอง COPD ได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ความสมบูรณ์ของแนวปฏิบัตินี้เป็นผลมาจากการที่ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของ Soukup EBP Model<sup>5</sup> โดยเน้นการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด (Best Evidence) จากการทบทวนวรรณกรรมก่อนนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์เช่นนี้เป็นการดำเนินการอย่างเป็นระบบนี้จึงทำให้แนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือทางวิชาการและเป็นไปตามมาตรฐานสากล<sup>8</sup> การอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพเหล่านี้ทำให้นักปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ชัดเจน 5 ขั้นตอน ตั้งแต่การคัดกรองความเสี่ยง ไปจนถึงการส่งต่อ Spirometry ซึ่งเป็นการแก้ไข ปัญหาความแปรปรวนในการปฏิบัติงานที่พบในขั้นตอนแรก ของการวิจัยได้อย่างตรงจุดและมีมาตรฐานสอดคล้องกับ แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565 ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย<sup>9</sup> และ สอดคล้องกับงานวิจัยทางการพยาบาลที่เน้นการพัฒนา แนวทางปฏิบัติเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง<sup>7,11,12</sup>

อภิปรายผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรอง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ผลลัพธ์ด้านความรู้ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีระดับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 11.55, p < .001$ ) โดยคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 15.50 คะแนน เป็น 22.80 คะแนน (ตารางที่ 2) นอกจากนี้ ระดับ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติเช่นกัน ( $t = 15.45, p < .001$ ) โดยค่าเฉลี่ย การปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นจากระดับ ปานกลาง (Mean= 2.50) ไปสู่ระดับมากที่สุด (Mean= 4.20) (ตารางที่ 3) ทั้งนี้ การเพิ่มขึ้นของทั้งความรู้และทักษะการปฏิบัติเป็นผล มาจากการที่แนวปฏิบัติได้ถูกนำไปถ่ายทอดในรูปของ “ความรู้เด่นชัด (Explicit Knowledge)” ผ่านเอกสารและ ขั้นตอนที่เป็นมาตรฐาน<sup>13</sup> ซึ่งทำให้พยาบาลเกิดความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นระบบ<sup>14</sup> และ ยังสอดคล้องกับแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model: HPM) ที่ระบุว่าแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ช่วยเสริม “การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy)”<sup>15</sup> ในการปฏิบัติการคัดกรองที่ถูกต้อง ตามหลักการเพิ่มขึ้น<sup>15</sup> เมื่อความมั่นใจเพิ่มขึ้น การปฏิบัติงาน ที่ถูกต้องจึงมีความสม่ำเสมอมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ พยาบาล ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวมสูงถึง (ตารางที่ 4) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ในด้านความเป็นประโยชน์และความสอดคล้องกับ การปฏิบัติ (4.75) และด้านการใช้งานง่าย (4.50) ซึ่งสะท้อน ให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไม่เพียงแต่ถูกต้อง ตามวิชาการเท่านั้น แต่ยังตอบโจทย์การใช้งานในบริบทจริง ทั้งนี้การที่พยาบาลยอมรับและพึงพอใจต่อแนวทางใหม่นี้ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการนำแนวปฏิบัตินี้ ไปใช้อย่างยั่งยืนในระยะต่อไป สอดคล้องกับทฤษฎี การกระทำด้วยเหตุผลที่เจตคติเชิงบวกของผู้ปฏิบัติงาน เป็นแรงผลักดันที่สำคัญสู่ความตั้งใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมนั้นๆ<sup>16</sup>

ผลลัพธ์ในการค้นหาผู้ป่วยซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุด ของการวิจัยครั้งนี้คือการเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดของอัตรา การค้นพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้าข่ายต้องส่งตรวจสมรรถภาพ ปอดเพื่อยืนยันการวินิจฉัย (Positive Screen) โดยอัตราการ ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 40.0 (ตารางที่ 6) คิดเป็นอัตราการค้นพบ ที่เพิ่มขึ้นถึง 33.3% ทั้งนี้การค้นพบนี้แสดงให้เห็นถึง ประสิทธิภาพอันยอดเยี่ยมของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ในการแก้ไขปัญหาความแปรปรวนในการปฏิบัติงาน และ ปัญหาการวินิจฉัยล่าช้าที่พบในขั้นตอนแรกของการวิจัย การที่พยาบาลมีขั้นตอนการคัดกรองที่ชัดเจนทำให้สามารถ คัดแยกผู้ป่วยที่เข้าข่ายอาการของ COPD ที่อาจถูกมองข้าม ไปในอดีตได้มากขึ้น นอกจากนี้อัตราการคัดกรองเป็นบวก ที่สูงถึงร้อยละ 40.0 (12 ราย จาก 30 ราย, ตารางที่ 5) ตอกย้ำอย่างชัดเจนว่า มีผู้ป่วยที่มีอาการของโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย (Undiagnosed COPD) จำนวนมากที่เข้ามารับบริการในกลุ่มงานผู้ป่วยนอก ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินปัญหาในระดับประเทศและ ระดับโลก<sup>1</sup> การที่แนวปฏิบัติใหม่สามารถค้นพบกลุ่มนี้ ได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ จึงเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุด ของการวิจัยที่นำไปสู่การได้รับการวินิจฉัยและการรักษา ที่รวดเร็วยิ่งขึ้น สอดคล้องกับหลักการจัดการโรคเรื้อรัง ในระยะเริ่มต้น และเป็นก้าวแรกที่สำคัญในการบรรลุ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่คาดหวัง คือ การลดอัตราการรับไว้ รักษาซ้ำ (Readmission Rate) ในระยะยาวต่อไป

**จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้

มีจุดเด่นที่สำคัญที่สุดคือประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในการขับเคลื่อนการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active Case Finding) ซึ่งสามารถเพิ่มอัตราการค้นพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (Positive Screen) ได้อย่างก้าวกระโดดจากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 40.0 ผลลัพธ์นี้สะท้อนถึงขีดความสามารถและลดปัญหาการวินิจฉัยล่าช้า (Delayed Diagnosis) ได้อย่างเป็นรูปธรรม ช่วยให้ผู้ป่วยที่ตกหล่นอยู่ในระบบ (Undiagnosed COPD) ได้มีโอกาสเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การที่พยาบาลวิชาชีพมีระดับความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) ยังเป็นหลักฐานยืนยันว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับมาตรฐานสากลในการจัดการโรคเรื้อรังระยะเริ่มต้น ซึ่งจะส่งผลต่อการลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (Readmission Rate) ในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ได้แก่ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่มีจำนวน 10 ราย ซึ่งเป็นการศึกษาในบริบทเฉพาะของหน่วยงานผู้ป่วยนอก ผลการวิจัยจึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงหน่วยงานอื่นที่มีทรัพยากรหรือบริบทที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ยังมุ่งเน้นการประเมินผลลัพธ์ในระยะสั้นด้านกระบวนการและทักษะของบุคลากรเป็นหลัก ยังไม่ได้มีการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง และประการสุดท้ายคือความสำเร็จของระบบยังคงต้องพึ่งพาปัจจัยสนับสนุนภายนอก โดยเฉพาะขีดความสามารถในการรองรับการตรวจสมรรถภาพปอด (Spirometry) ของโรงพยาบาล ซึ่งหากมีการส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจำนวนมากตามประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ อาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลารอคอยในขั้นตอนการยืนยันการวินิจฉัยได้ จึงควรมีการวางแผนบริหารจัดการทรัพยากรส่วนนี้ควบคู่กันไปในอนาคต

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 ควรมีการกำหนดให้แนวปฏิบัติการคัดกรองฯ นี้เป็นส่วนหนึ่งของสมรรถนะหลัก (Core Competency)

สำหรับพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และต้องมีการทบทวนการปฏิบัติงาน (Audit) อย่างสม่ำเสมอ (เช่น ทุก 6 เดือน) เพื่อธำรงรักษามาตรฐานไว้

1.2 ควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปขยายผลและประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นที่มีการคัดกรองผู้ป่วย COPD เช่น ห้องฉุกเฉิน หรือคลินิกโรคเรื้อรัง

## 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษา ผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว ที่เป็นรูปธรรมและวัดได้ เช่น การลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วย (Readmission Rate) ภายใน 1 ปี หรือการลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษา ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness) ของการใช้แนวปฏิบัตินี้ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ต่อองค์กรและระบบสาธารณสุขโดยรวม

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.พ.ว. มะลิวรรณ อังคณิตย์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและช่วยชี้แนะให้รายงานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด คณะกรรมการจริยธรรมฯ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและคำแนะนำอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากงานวิจัยนี้ ขอมอบแด่ผู้ป่วยและวิชาชีพพยาบาลสืบไป

## เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.who.int/health-topics/chronic-obstructive-pulmonary-disease#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/chronic-obstructive-pulmonary-disease#tab=tab_1)
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การประชุมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกัน

- สุขภาพแห่งชาติ; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=Njgy>
3. อุษา เอี่ยมลออ, สุกัญญา ศรีทิพยมาศ, สุวรรณิ วงศ์ศิริ, อัจฉราภรณ์ จันทร์สว่าง, เกศแก้ว ชนะชัย. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลอ่างทอง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2561;12(2):45-55.
  4. กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติบริการคลินิก COPD กลุ่มงานผู้ป่วยนอก ปี 2568. ร้อยเอ็ด: กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2568.
  5. Soukup M. The four-step model for evidence-based practice: an effective approach to integrating evidence into clinical practice. *J Evid Based Med.* 2008;1(4):263-8.
  6. Heinisch R. Study on Sample Size Calculation. *German J Psychol.* 1965.
  7. หนูกาญจน์ แผงเมืองคุก, อิน วังษเคน, คนรัตน์ เดโพงซ์. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลน้ำโสม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2567;9(2):50-60.
  8. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD (GOLD) Guideline [Internet]. 2524 [cited 2025 Nev 14]. Available from: <https://goldcopd.org/gold-reports/>
  9. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย; 2565.
  10. จิรศักดิ์ คามังหาร, ชลิตา อ่อนพวง, กฤติกา อินทร์รักษา, มนสิชา จันทร์คำ, ชัยรีย แก้ววิเชียร. ผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในวิถีใหม่. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2565;7(3):123-30.
  11. รักษนก ฤทธิการ, อัญญาอร สอนพรม, อติศร อุดรทักษ์. การพัฒนารูปแบบบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(2):88-96.
  12. ธมกร โพธิ์รุฑ, จิรพันธ์ อินทรศักดิ์, กัญชริญา ส่องสี. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเขียงกลาง จังหวัดน่าน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2567;9(6):77-85.
  13. วิจารย์ พานิช. การจัดการความรู้. กรุงเทพฯ: สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม; 2546.
  14. Anderson L W, Krathwohl D R, editors. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Longman; 2001.
  15. Pender N J, Murdaugh C L, Parsons M A. Health promotion in nursing practice. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall; 2006.
  16. Kemm J, Close A. Health promotion theory and practice. London: Macmillan Press; 1995.