

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์
The development of care model for patient with Chronic Obstructive
Pulmonary Disease in Surin Hospital.

กัลยรัตน์ สังข์มรรทร, พย.ม.*

ศศิธร กระจายกลาง, ค.ด.*

เพ็ญจันทร์ วันแสน, พร.ด.*

Kunyarat Sungmontorn, M.N.S.*

Sasithorn Krajaiklang, Ph.D.*

Phechan Wansaen, Ph.D.*

* โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32000

*Surin Hospital, Surin Province, Thailand, 32000

Corresponding author, Email address: galyarat2304@gmail.com

Received: 30 Jun 2021 Revised: 05 Jul 2021 Accepted: 05 Aug 2021

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคปอดที่พบบ่อยเกี่ยวข้องกับการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวรและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในระดับต้นๆ อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความหลากหลายและไม่เป็นระบบส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
- วัตถุประสงค์** : เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- รูปแบบการวิจัย** : การวิจัยและพัฒนา
- วิธีการวิจัย** : ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ.2563 ถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ.2564 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาสภาพปัญหา 2) พัฒนารูปแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบและ 4) ประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 34 คน และผู้ป่วย 352 คน (ได้ข้อมูลจากเวชระเบียนและจากผู้ป่วยโดยตรง) ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลสุรินทร์เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวัดคุณภาพ ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินรูปแบบ แบบสอบถามความคิดเห็นแบบวัดความรู้ แบบตรวจสอบการปฏิบัติแบบสอบถามความพึงพอใจ แบบประเมินพฤติกรรม และแบบบันทึกคุณภาพการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test
- ผลการวิจัย** : 1.ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการทางการพยาบาล ได้แก่ นโยบายการดูแลผู้ป่วย แนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG, CNPG, Standing order) มีพยาบาลจัดการรายกรณี 2) การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 7 Aspects of care ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การจัดการอาการรบกวน การดูแลความปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลต่อเนื่องการสนับสนุนการดูแลตนเองและการสร้างความพึงพอใจ 3) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การให้ความรู้และการชี้แจงแนวทางปฏิบัติ 2.ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ปฏิบัติเห็นด้วยกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติตามร้อยละ 99.8 คะแนนความรู้ของพยาบาลเพิ่มจาก

15.6 เป็น 18.5 ($p < 0.001$) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มจาก 15.5 เป็น 18.1 ($p < 0.001$) พฤติกรรมการจัดการตนเอง ($\bar{x} = 3.3$, $SD = 0.2$) ดีกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 2.8$, $SD = 0.1$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สมรรถภาพปอด ($\bar{x} = 64.3$, $SD = 8.7$) ดีกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 57.9$, $SD = 9.8$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.036$) ไม่พบการกลับมาพ่นยาขยายหลอดลมที่ห้องฉุกเฉิน ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย 30 วัน ไม่พบมีการเสียชีวิต และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการในระดับมาก ($\bar{x} = 4.6$, $SD = 0.4$)

- สรุป** : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้ดี
- คำสำคัญ** : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรูปแบบการดูแล การพัฒนา

ABSTRACT

- Background** : (Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)) is a common group of lung diseases associated with permanent lower airway obstruction and is the leading cause of early death. The rate of re-admission within 28 days increased due to the variety of nursing practices and not systematically, affecting the quality of patient care.
- Objective** : The aim of this study was to develop a model of care for COPD patients and study the effect of using a COPD care model.
- Study Design** : Research and Development
- Methods** : From September 2020 to May 2021, the four stages of care model were developed: 1) the situation analysis stage; 2) the model development stage; 3) the implementation of model stage; and 4) the evaluation stage. A sample group was 39 medical personnel and 352 patients (acquired information from medical records and directly from patients) through the Surin Hospital Ethics Committee. Research tools for quality testing were a model of patient care, an evaluation form, an opinion questionnaire, a knowledge scale, a practice check, a satisfaction questionnaire, a behavioral questionnaire and a service quality record form. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, and t-test statistics.
- Results** : 1. The patient care model was developed and consisted of 1) nursing management; patient care policy and a clinical practice guideline (CPG, CNPG, standing order) with a case management nurse, 2) nursing in accordance with 7 aspects of care standards; including patient assessment, disturbance management, safety supervision prevention of complications, continuous care, self-care support, and creating satisfaction. 3) the development of professional nurse competency; including knowledge and clarification of guidelines 2. The results of using the patient care model found that the practitioners agreed with the patient care model and followed the procedure counted by the percentage of 99.8.

The nurse's knowledge score was increased from 15.6 to 18.5 ($p<0.001$). Patients in the experimental group had knowledge score was increased from 15.5 to 18.1 ($p<0.001$). The self-management behaviors ($\bar{x}=3.3$, $SD=0.2$) were significantly better than the control group ($\bar{x}=2.8$, $SD=0.1$) ($p<0.001$). The patients had better pulmonary function ($\bar{x}=64.3$, $SD=8.7$) was significantly better than the control group better than the control group ($\bar{x}=57.9$, $SD=9.8$) ($p=0.036$). No bronchodilators were revisit to the emergency room. No re-admission within 28 days. After 30 days of discharge, no deaths were found. The satisfied with the service was found at a high level ($\bar{x}=4.6$, $SD=0.4$).

Conclusion : A model of care for COPD patients promotes self-management.

Keywords : Chronic Obstructive Pulmonary Disease, mode of care, development

หลักการและเหตุผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD) เป็นกลุ่มโรคปอดอักเสบเรื้อรังที่พบบ่อย เกี่ยวข้องกับการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวรเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในระดับต้นๆ ของประชากรโลกโดยมีพยาธิสภาพส่วนใหญ่เป็นไปในทางเสื่อมลง ไม่กลับคืนสู่ภาวะปกติ สาเหตุหลักที่สำคัญ คือควันบุหรี่ ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดลมและลุกลามไปสู่การอักเสบเรื้อรัง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยจึงลดลง⁽¹⁾ หลักการดูแลรักษาที่สำคัญคือ ป้องกันและควบคุมไม่ให้มีการติดเชื้อซ้ำ คงสภาพร่างกายให้ดีที่สุด ถ้ามีระบบหายใจล้มเหลวต้องใส่เครื่องช่วยหายใจหรืออาจเสียชีวิตได้⁽²⁾ การรักษาจึงต้องทำหลายด้านพร้อมกัน⁽³⁾ ทั้งการรักษาโดยการให้ยาและการรักษาโดยไม่ใช้ยา⁽⁴⁾

จากสถิติองค์การอนามัยโลก ในปีค.ศ.2000 พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียชีวิต 2,750,000 คน หรือมีอัตราการตายร้อยละ 4.8 ประเทศไทยพบว่าประชากรประมาณ 4 ล้านคน หรือร้อยละ 5 เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการเสียชีวิต 33.5 ต่อประชากรแสนคน⁽⁵⁾ ในปีพ.ศ.2554 ประเทศไทยต้องจ่ายเงินเพื่อรักษาผู้ที่ป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงถึง 17,500 ล้านบาท⁽⁶⁾ และในปีพ.ศ.2559-2561 พบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่ม

ผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 152,319, 159,398 และ 169,009 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽⁷⁾ จังหวัดสุรินทร์ พบอัตราการกำเริบที่ต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉินเท่ากับ 219.2, 459.3, 420.7 ต่อประชากรแสน ตามลำดับ⁽⁸⁾

โรงพยาบาลสุรินทร์ มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพเครือข่าย (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข โดยจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2553 และ GOLD Guideline 2014 จัดให้บริการคลินิกอบุหรี่ และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านผ่านโปรแกรม THAI COC และพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพด้านการใช้เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด (Spirometer) ในปี พ.ศ.2560-2562 มีผู้ป่วย COPD เข้ารักษาจำนวน 1,592, 1,493, 1,378 คน ตามลำดับ พบผู้ป่วยมีอาการกำเริบกลับมาพบมายายหลอดลมซ้ำที่ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 55.5, 35.7, 34.2 กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 2.9, 17.4, 15.8 และเสียชีวิตร้อยละ 0.6, 0.8, 2.0 ตามลำดับ ทั้งนี้จากผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างไม่ถูกวิธี พื้นฟูสมรรถภาพการหายใจไม่ต่อเนื่อง กลัวการออกกำลังกาย ที่สำคัญไม่สามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการรุนแรงได้

ด้วยกองการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานการดูแล 7 Aspects of care⁽⁹⁾ ให้เป็นหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 ประการ ประกอบด้วย 1) การประเมินผู้ป่วยเพื่อการวางแผนให้การพยาบาลให้สอดคล้องกับการรักษา 2) การจัดการอาการรบกวนต่างๆ เช่น อาการหอบ 3) การดูแลความปลอดภัยและการเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรค 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล 5) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้มาตรฐาน 6) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้หรือให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้และ 7) การสร้างความพึงพอใจสัมพันธภาพและความเชื่อมั่นศรัทธาจากผู้ป่วย และจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์⁽¹⁰⁾ อันเป็นแนวคิดที่เน้นการใช้ศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและจัดการกับโรคเรื้อรังของตนเอง ซึ่งมีขั้นตอนในการนำไปใช้ที่ชัดเจน ไม่ซับซ้อน ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและปฏิบัติได้ง่าย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การกำกับติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเองจากการศึกษาเพื่อหาวิธีการคงไว้ซึ่งผลลัพธ์ที่ดีขึ้น มีผู้นำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁽¹¹⁻¹³⁾ พบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติการจัดการตนเองและสมรรถภาพปอดสูงขึ้น อีกทั้งยังส่งผลต่อพฤติกรรมในระยะยาวของผู้ป่วยช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ

จากประเด็นดังกล่าวประกอบกับที่ผ่านมา ยังไม่มีแบบแผนการพยาบาลที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์ ตามมาตรฐานการดูแล 7 Aspects of care และแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีการปฏิบัติ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง มีความสามารถในการออกกำลังกายและความทนในการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มขึ้น ช่วยลดการเกิดอาการกำเริบ ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลสุรินทร์

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ.2563 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2564

พื้นที่ศึกษา เป็นกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 34 คนมี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการในคลินิกงดบุหรีที่รับผิดชอบงานโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมีประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 10 คน เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 2) พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุรินทร์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 24 คนเพื่อใช้ในการทดลอง
2. ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วย จำนวน 352 คน มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) เวชระเบียนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงกันยายน พ.ศ.2563 กำหนดการสืบค้นเวชระเบียนด้วย ICD 10 ที่เป็นโรคหลัก รหัส J440-J441 จำนวน 282 ฉบับ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ แบ่งเป็น 2 ชุด ชุดที่ 1 ในช่วงระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563 จำนวน 30 คน ใช้สำหรับเก็บข้อมูลสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และชุดที่ 2 ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์

ถึง พฤษภาคม พ.ศ.2564 ใช้สำหรับการทดลอง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 มีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 และมีค่านัยสำคัญของการทดสอบเท่ากับ 0.05 จากการเปิดตารางและใช้สูตรคำนวณของ Cohen^(14,15) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 17 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คนรวมเป็น 40 คน เพื่อใช้ในการทดลองผู้วิจัยควบคุมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ อายุ ยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในการรักษา และระดับความรุนแรงของโรค หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายเพื่อจัดให้เข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง

การดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 4) ประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปใช้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยศึกษาข้อมูลก่อนการพัฒนา รวบรวมข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

1. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ.2562 ถึง กันยายน พ.ศ.2563 จำนวน 282 ฉบับเพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง บันทึกข้อมูลลงแบบบันทึกคุณภาพบริการและสรุปตามรายการตัวชี้วัด ระหว่างวันที่ 1-15 กันยายน พ.ศ.2563

2. สัมภาษณ์บุคลากรด้านการแพทย์ จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักวิชาการในคลินิกตบหรี 1 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน จำนวน 1 ครั้ง ในเดือนกันยายน พ.ศ.2563 ในประเด็นการค้นหาปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมาและแนวทางการแก้ไขโดยใช้แบบสัมภาษณ์สภาพและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. ประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีมารับบริการเป็นผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563 จำนวน 30 คน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในขั้นตอนที่ 1 มากำหนดรูปแบบโครงสร้างการทำงานและสะท้อนในเวทีการประชุมรายเดือนกลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาลและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในเดือนมกราคม พ.ศ.2564 ส่งประเมินรูปแบบเบื้องต้นจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญตามบริบทและทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 10 ราย ปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้นและนำผลเข้าสู่ที่ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อหาข้อตกลงร่วมกันอีกครั้งในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2564

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสู่การปฏิบัติใน 2 ส่วน คือ

1. พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุรินทร์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 24 คน ผู้วิจัยสอบวัดความรู้พยาบาลวิชาชีพ (pretest) ด้วยแบบวัดความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนเริ่มการอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและประกาศนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 รวม 1 วัน และวัดความรู้ซ้ำ (posttest) หลังนำรูปแบบไปใช้ 3 เดือน ด้วยแบบวัดความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้วัดครั้งแรกประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตามกระบวนการขั้นตอนในการพยาบาลด้วยแบบตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้วิธีการ Open chart ร่วมกับการสอบถามผู้ปฏิบัติ และติดตามนิเทศการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปใช้จากการประชุมประจำเดือนกลุ่มงานอายุรกรรม

2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 40 คน โดยกลุ่มควบคุมใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบเดิม และกลุ่มทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สร้างขึ้น ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 ถึง พฤษภาคม พ.ศ.2564

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปใช้ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปใช้โดยมีการประเมินผลลัพธ์ 3 ด้าน ประกอบด้วย

1. ด้านผู้ให้บริการ ประเมินจากคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพและความเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. ด้านผู้รับบริการ ประเมินจากอัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คะแนนความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์ ประเมินจากผลการตรวจสมรรถภาพปอด การกลับมาพ่นยาขยายหลอดลมที่ห้องฉุกเฉิน การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และการเสียชีวิตภายหลังการจำหน่าย 30 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ผ่านการประเมินความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านได้คะแนนความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.3$, $SD=0.6$) มี 3 องค์ประกอบ คือ การบริหารจัดการทางการพยาบาล การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 7 Aspects of care และการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 9 ชุด ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์สภาพและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใช้สัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน

2.2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมิน ดัดแปลงมาจากแนวทางการประเมินนวัตกรรมของกรมวิชาการ⁽¹⁶⁾ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจำนวน 15 ข้อประกอบด้วยกัน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาด้านการพยาบาล ด้านความคุ้มค่า คำนึง และด้านความเป็นประโยชน์ หาความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach Alpha Coefficient ได้ 0.81

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับดัดแปลงมาจากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹⁷⁾ และของปัทมาพร ชนะมาร⁽¹⁸⁾ ประกอบด้วยกัน 7 ด้าน ได้แก่ การใช้ยา การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การบริหารปอด การจัดสิ่งแวดล้อม และการพึ่งพาตนเอง ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.96 และหาความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach Alpha Coefficient ได้ 0.81

2.4 แบบวัดความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ สร้างขึ้นตามกรอบมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย COPD⁽¹⁹⁾ แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือกตอบถูกให้ 1 ตอบผิดให้ 0 จำนวน 20 ข้อ ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.94 ค่าความยากง่าย 0.20–0.84 ค่าอำนาจจำแนก 0.20–0.80 และค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีคูเตอร์ ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 ได้ 0.80

2.5 แบบวัดความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประยุกต์จากมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย COPD⁽¹⁹⁾ และพฤติกรรมสุขภาพของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹⁷⁾ แบบถูกผิด ตอบถูกให้ 1 ตอบผิดให้ 0 จำนวน 20 ข้อ ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.93 ค่าความยากง่าย 0.50-0.80 ค่าอำนาจจำแนก 0.27-1.00 และค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีคูเตอร์ ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 ได้ 0.85

2.6 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสร้างขึ้นตามองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.76 หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach Alpha Coefficient ได้ 0.98

2.7 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสร้างขึ้นตามขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.92 หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach Alpha Coefficient ได้ 0.97

2.8 แบบตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพประยุกต์จากรูปแบบการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 7 Aspects of care มี 2 ข้อคำตอบให้เลือก คือ ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ จำนวน 25 ข้อกำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 2 ระดับ ตอบปฏิบัติให้ 1 ไม่ปฏิบัติให้ 0 ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.86

2.9 แบบบันทึกคุณภาพบริการ สร้างจากรายการตัวชี้วัดด้านคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใช้สำหรับบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วย ผลการตรวจสมรรถภาพปอดการกลับมา

พ่นยาขยายหลอดลมที่ห้องฉุกเฉิน การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และการเสียชีวิตภายหลังการจำหน่าย 30 วัน ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และข้อมูลเปรียบเทียบใช้การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบทีคู่ (Paired t-test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบทีอิสระ (Independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับโรงพยาบาลตามเกณฑ์ ICH-GCP เลขที่หนังสือรับรอง 45/2563 และนำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และเป็นไปด้วยความสมัครใจ

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้ในขั้นตอนทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ทั้งหมดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 80) ทั้งสองกลุ่ม อายุเฉลี่ยกลุ่มทดลอง 66.1 (SD=6.8) กลุ่มควบคุม 67.9 (SD=6.4) ระดับการศึกษามากกว่าครึ่งอยู่ระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 70

กลุ่มควบคุม (ร้อยละ 80) อาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรกรรม
กลุ่มทดลอง ร้อยละ 70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 55 และ
มากกว่าครึ่งป่วยเป็นโรคปอดอักเสบเรื้อรังตั้งแต่ 10 ปี
ขึ้นไป กลุ่มทดลอง ร้อยละ 55 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 70
มีโรคร่วม ร้อยละ 50 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม เมื่อทำการ

ทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดย
การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการ
ทดสอบทีอิสระ (Independent t-test) ผลการทดสอบ
พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันทุกตัวแปร
(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ข้อความ	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		statistics	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	20	100%	20	100%		
อายุเฉลี่ย	(x=67.9, SD=6.4)		(x=66.1, SD=6.8)		0.889 ^a	0.379
อายุ < 60 ปี	4	20%	4	20%		
อายุ > 60 ปี	16	80%	16	80%		
ระดับการศึกษา					0.133 ^b	0.715
ประถมศึกษา	16	80%	14	70%		
มัธยมศึกษา/ตรี	4	20%	6	30%		
อาชีพ					0.427 ^b	0.514
เกษตรกรกรรม	11	55%	14	70%		
อื่นๆ	9	45%	6	30%		
ระยะเวลาที่เป็นโรค	(x=9.6, SD=5.6)		(x=11.6, SD=7.6)		0.947 ^a	0.350
น้อยกว่า 10 ปี	6	30%	9	45%		
10 ปี ขึ้นไป	14	70%	11	55%		
โรคร่วม					0.000 ^b	1.000
ไม่มี	10	50%	10	50%		
มี	10	50%	10	50%		

*p< .05, a= Independent t-test, b=chi-square

จากการศึกษาและพัฒนาารูปแบบการดูแล
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น
เรื้อรังโรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่ามีแนวทางปฏิบัติการดูแล
ผู้ป่วย COPD แต่ไม่ครอบคลุมการประเมินปัญหาและ
ความต้องการของผู้ป่วยในประเด็นการพยาบาลตาม
บทบาทและขอบเขตทางคลินิกได้แก่ การประเมินผู้ป่วย
การจัดการอาการรบกวน การดูแลความปลอดภัย
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลต่อเนื่อง
การสนับสนุนการดูแลตนเอง การสร้างความพึงพอใจ รวมทั้ง
การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาล
ผู้ปฏิบัติมีความรู้ ทักษะ ไม่เพียงพอต่อการประเมินปัญหา

สุขภาพผู้ป่วยและขาดเครื่องมือในการประเมินภาวะ
วิกฤตจากทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่แรก
ขาดการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเพื่อฟื้นฟูสภาพ
ร่างกายและการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ METHOD
ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง
(x=2.7, SD=0.3) เมื่อพิจารณารายด้าน พฤติกรรมการ
จัดการตนเองในระดับต่ำ ได้แก่ การสูบบุหรี่ (x=1.9,
SD=1.3) การบริหารปอด (x=2.2, SD=0.8) การออก
กำลังกาย (x=2.4, SD=0.8) การพึ่งพาตนเอง (x=2.4,
SD=0.4) พฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลาง
ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อม (x=2.7, SD=0.9) การรับ
ประทานอาหาร (x=2.9, SD=0.5) การไข้ยา (x=3.2,

SD=0.4) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในโรงพยาบาล คือ ร้อยละ 0.7 มีอาการกำเริบกลับมาพ่นยาขยายหลอดลมที่ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 13.4 กลับมารักษาซ้ำหลังพ่นยา ร้อยละ 18.0 และกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 9.9

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นผ่านการประเมินความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ ได้คะแนนความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.3$, SD=0.6) และมีความเหมาะสมในภาพรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน คือ ด้านเนื้อหา ($\bar{x}=4.4$, SD=0.5) ด้านการพยาบาล ($\bar{x}=4.3$, SD=0.8) ด้านความคุ้มค่าคุ้มทุน ($\bar{x}=4.2$, SD=0.6) และด้านความเป็นประโยชน์ ($\bar{x}=4.4$, SD=0.5) โดยรูปแบบที่ได้มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การบริหารจัดการทางการพยาบาล การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 7 Aspects of care และการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

2.1 การบริหารจัดการทางการพยาบาล

2.1.1 จัดโครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีหน้าที่ร่วมกันในการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยและติดตามควบคุมกำกับตามแนวปฏิบัติ

2.1.2 กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager: NCM) ให้เป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วย กับทีมสหสาขาวิชาชีพ และเป็นแกนนำในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ให้กับทีมการพยาบาล

2.1.3 กำหนดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.1.4 จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPg), Care map, Clinical Practice Guidelines (CPG), Standing order มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค 7 Aspects of care, Flow การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค คู่มือประจำตัวผู้ป่วยคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย

2.2 การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 7 Aspects of care เป็นการให้บริการผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (7 Aspects of care COPD) ดังนี้

2.2.1 การประเมินผู้ป่วย (Assessment)

เป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างถูกต้องครบถ้วนทันทีที่ได้รับไว้ในความดูแล การติดตามเฝ้าระวังและการประเมินปัญหา ความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดการดูแล จนกระทั่งจำหน่ายพร้อมรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนด เพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล รวมถึงการประเมินผลการพยาบาล

2.2.2 การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ (Symptom Distress Management) เป็นการช่วยเหลือกำจัดหรือบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ทั้งอาการรบกวนด้านร่างกายและจิตใจ เช่น อาการหายใจลำบาก การบรรเทาอาการปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ วิดกกังวล กลัว เป็นต้น

2.2.3 การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety) เป็นการจัดการให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี รังสี ความร้อน แสงและเสียง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกมัด การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลตลอดจนการจัดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์และอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาลให้มีเพียงพอและมีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วย

2.2.4 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล (Prevention of Complication) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วย เช่น การป้องกันอันตรายจากการให้ยา การให้ออกซิเจน การจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วย เป็นต้น

2.2.5 การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care) เป็นการจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อแผนการรักษาพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลภายนอกโรงพยาบาล โดยกิจกรรมในการส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและฝึกทักษะการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม การบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการออกกำลังกาย รวมทั้งร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่มีความเป็นไปได้ในวันที่ 1 ของการนอนรักษาตัว ในโรงพยาบาลหรือเมื่อผู้ป่วยอาการกำเริบดีขึ้น

2.2.6 การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว (Facilitation of Patient & Family Self Care) เป็นกิจกรรมการช่วยเหลือการสื่อสารเพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การใช้ยา การปฏิบัติตามการรักษา การขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการมาตรวจตามนัด ทั้งนี้รวมถึงการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพอื่นๆ ด้วย โดยกิจกรรมในการส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นการให้ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด กำกับติดตามตนเองและประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาลและที่บ้าน มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลรายกรณี เพื่อประเมินความสามารถในการเดินทางราบในเวลา 6 นาที หรือตรวจสไปโรเมทรีในช่วง 1 เดือน หลังจำหน่าย รวมทั้งให้กำลังใจและแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง

2.2.7 การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย (Enhancement of Patient Satisfaction) เป็น

กิจกรรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสัมพันธภาพ และการสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย ด้วยบุคลิกภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะเกี่ยวกับการช่วยเหลือเอาใจใส่ การให้ข้อมูลและการตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

2.3 การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ

2.3.1 เพิ่มพูนความรู้บุคลากรโดยจัดการประชุมอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วย การประเมินสภาพ การช่วยเหลือเบื้องต้น การพ่นยา การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การสื่อสาร การสอนสุขศึกษา รวมทั้งสอนให้บุคลากรทุกระดับที่จัดบริการผู้ป่วย

2.3.2 จัดระบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ให้คำปรึกษากับพยาบาลวิชาชีพและสนับสนุนการเป็นวิทยากรในการให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.3.3 ประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก กระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับกระทั่งวางแผนจำหน่ายและการติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ พบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังให้ความรู้ ($\bar{x}=18.5$, $SD=0.8$) สูงวก่อนให้ความรู้ ($\bar{x}=15.6$, $SD=2.3$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ (ตารางที่ 2) ด้านความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าเห็นด้วยกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สร้างขึ้นภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.9$, $SD=0.6$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยในระดับมากทุกด้านเช่นกัน คือ ด้านโครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบฯ ($\bar{x}=3.8$, $SD=0.5$) ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ ($\bar{x}=3.9$, $SD=0.6$) และด้านการนำไปใช้ ($\bar{x}=3.9$, $SD=0.6$) สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น พบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตาม ร้อยละ 99.8 คือ ปฏิบัติครบทุกข้อ ยกเว้น การประเมินผู้ป่วย ปฏิบัติได้ร้อยละ 99 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังให้ความรู้ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตัวแปร	ก่อนให้ความรู้ (n=24)		หลังให้ความรู้ (n=24)		t	p
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D		
คะแนนความรู้ (คะแนนเต็ม 20)	15.6	2.3	18.5	0.8	- 6.79**	<0.001

**p<0.01

ตารางที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ

กิจกรรม	คะแนนการปฏิบัติ		
	จำนวนครั้งที่สังเกต	จำนวนครั้งที่ปฏิบัติ	ร้อยละ
การประเมินผู้ป่วย(5)	100	99	99
การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ(3)	60	60	100
การดูแลความปลอดภัย(3)	60	60	100
การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล(3)	60	60	100
การให้การดูแลต่อเนื่อง(4)	80	80	100
การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว(4)	80	80	100
การสร้างสภาพจิตใจแก่ผู้ป่วย(3)	60	60	100
ภาพรวม	500	499	99.8

3.2 ด้านผู้รับบริการพบว่า คะแนนความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ($\bar{x}=18.1$, SD=1.8) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}=15.5$, SD=2.4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ เมื่อวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

($\bar{x}=3.3$, SD=0.2) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}=2.8$, SD=0.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจต่อการพยาบาลในภาพรวม ($\bar{x}=4.6$, SD=0.4) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}=4.3$, SD=0.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.017$ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

รายการประเมิน	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		t	p
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D		
คะแนนความรู้ (คะแนนเต็ม 20)	15.5	2.4	18.1	1.8	-3.90**	<0.001
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	7.1	1.3	7.9	1.2	-2.20*	0.034
การจัดการตนเอง	8.4	1.7	10.2	1.0	-4.07**	<0.001
พฤติกรรมจัดการตนเอง (30 ข้อ 4 ระดับ)	2.8	0.1	3.3	0.2	-8.87**	<0.001
ด้านการใช้ยา	3.7	0.1	3.9	0.1	-6.99**	<0.001
ด้านการรับประทานอาหาร	3.7	0.2	3.8	0.3	0.28	0.777
ด้านการสูบบุหรี่	2.8	1.5	4.0	0.0	3.55**	<0.001
ด้านการออกกำลังกาย	1.3	0.0	1.8	0.3	10.10**	<0.001
ด้านการบริหารปอด	1.1	0.3	2.6	1.2	-5.75**	<0.001
ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม	3.2	0.4	3.3	0.4	-0.70	0.485
ด้านการพึ่งพาตนเอง	2.5	0.8	3.5	0.7	-4.14**	<0.001
คะแนนความพึงพอใจ (15 ข้อ 5 ระดับ)	4.3	0.5	4.6	0.4	-2.50*	0.017
ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค	4.1	0.6	4.4	0.4	-1.82	0.076
ด้านการดูแลรักษา	4.2	0.5	4.3	0.5	-0.90	0.329
ด้านการให้ข้อมูลการจัดการตนเอง	4.3	0.4	4.8	0.4	-3.11**	0.003

**p<0.01, $\alpha = 0.01$, df= 38

3.3 ด้านคุณภาพบริการการพยาบาล พบว่า กลุ่มควบคุมมีสมรรถภาพปอดก่อนการทดลอง ($\bar{x}=57.6$, $SD=9.1$) และหลังการทดลอง ($\bar{x}=57.9$, $SD=9.8$) ไม่แตกต่างกัน ($p=0.763$) ส่วนกลุ่มทดลองมีสมรรถภาพปอดหลังการทดลอง ($\bar{x}=64.3$, $SD=8.7$) ดีกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}=59.3$, $SD=7.7$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P<0.001$ (ตารางที่ 5) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้คะแนนผลต่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีสมรรถภาพปอดดีขึ้น

($\bar{x}=5.0$, $SD=4.8$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}=0.3$, $SD=4.4$) อย่างมีนัยสำคัญที่ $p=0.003$ (ตารางที่ 6) นอกจากนี้ หลังการทดลอง ไม่พบการกลับมาพ่นยาขยายหลอดลมที่ห้องฉุกเฉิน และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของกลุ่มทดลอง คือ ร้อยละ 0.0, 0.0 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม พบ ร้อยละ 10, 10 ตามลำดับ และภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 30 วัน ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากอาการไม่ดีขึ้นทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบสมรรถภาพปอด (FEV1/FVC) ระหว่างก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมรรถภาพปอด (FEV1/FVC)	ก่อนทดลอง(n=20)		หลังทดลอง(n=20)		$\bar{D}$	S_D	t	p
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D				
กลุ่มควบคุม	57.6	9.1	57.9	9.8	-0.3	4.4	-0.31	0.763
กลุ่มทดลอง	59.3	7.7	64.3	8.7	-5.0	4.8	-4.62**	<0.001

** $p<0.01$, $\alpha = 0.01$, $df = 19$

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบสมรรถภาพปอด (FEV1/FVC) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สมรรถภาพปอด (FEV1/FVC)	กลุ่มควบคุม(n=20)		กลุ่มทดลอง(n=20)		t	p
	Mean Difference	S.D	Mean Difference	S.D		
หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	0.3	4.4	5.0	4.8	-3.20**	0.003

* $p<0.05$, $\alpha = 0.05$, $df = 19$

อภิปรายผล

1. การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วย การบริหารจัดการทางการแพทย์ การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 7 Aspects of care และการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีโครงสร้างการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ชัดเจน มีการประสานเชื่อมโยงสหสาขาวิชาชีพให้เกิดการทำงานร่วมกัน ส่งผลให้บริการมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยกำหนดการปฏิบัติการดูแลให้เกิดความต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่ม การดูแลในขณะอยู่โรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย มีการติดตามต่อเนื่องในชุมชนมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.3$, $SD=0.6$) ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบที่สร้างขึ้น

ได้มีการพัฒนาเป็นลำดับขั้นตอนอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา⁽²⁰⁾ และกระบวนการควบคุมคุณภาพ⁽²¹⁾ มาเป็นหลักสำคัญในการสร้างความร่วมมือในการกำหนดรูปแบบไปใช้ร่วมกัน ตลอดจนร่วมรับผลประโยชน์ร่วมกันของทีมดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม มีการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น ลดการใช้บริการสุขภาพได้สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลตา โพธิ์สว่าง, สุดใจ ศรีสงค์ และเพชรภรณ์ สุพร⁽²²⁾ ที่พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมได้รูปแบบที่มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ มีการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีการจัดระบบผู้จัดการรายกรณี และมีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองดีขึ้น

2. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นไปตามมาตรฐาน ผู้ป่วยมีอาการกำเริบลดลง ไม่พบการกลับมาพบยาขยายหลอดลมที่ห้องฉุกเฉิน ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และภายใน 30 วัน หลังจำหน่ายไม่มีการเสียชีวิต ผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดหลังทดลอง ($\bar{x}=64.3$, $SD=8.7$) ดีวก่อนทดลอง ($\bar{x}=59.3$, $SD=7.7$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P<0.001$ และดีวกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}=57.9$, $SD=9.8$) อย่างมีนัยสำคัญที่ $p=0.036$ ทั้งนี้จากพยาบาลวิชาชีพได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การจัดการตนเอง การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลังพัฒนาคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 15.6 เป็น 18.5 ($p<0.001$) มีคู่มือปฏิบัติงาน มีผู้จัดการรายกรณีและมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนมากขึ้น พยาบาลผู้ปฏิบัติเห็นด้วยกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก ($\bar{x}=3.9$, $SD=0.6$) ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน 7 Aspects of care⁽⁹⁾ เพิ่มเติมจากกระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพทั่วไป ทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง มีคุณภาพผู้ป่วยปลอดภัย ลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ได้อีกทั้งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์⁽¹⁰⁾ มาใช้ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วย มีการติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและให้กำลังใจตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง ลดการเกิดอาการกำเริบและลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ เกษมสุข, วินรัตน์ กันจัน๊ะ และดารณี ศิริบุตร⁽²³⁾ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้ 7 Aspects of care ร่วมกับกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกมดลูก ผู้ป่วยมีวันนอนโรงพยาบาล (3.7 vs 4.0 วัน, $p=0.001$) และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (0 vs 2.2%, $p=0.249$) ต่ำกว่ากลุ่มที่ให้การ

ดูแลโดยใช้ Nursing process เพียงอย่างเดียวและการศึกษาของเฮอร์เลย์,เกอร์คิน,ฟายีและร็อบบิ้นส์⁽²⁴⁾ ได้สังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยด้วยวิธีการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) เกี่ยวกับผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยคัดเลือกงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการศึกษาทดลองและมีกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 12 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัยจำนวน 9 เรื่อง ที่สนับสนุนผลของการจัดการตนเองว่าสามารถลดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และการศึกษาของจิตติภรณ์ ยอแสน⁽²⁵⁾ ที่ศึกษาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองของลอริกและโฮลแมนมีการฝึกทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการแก้ไขปัญหา 2) ทักษะการตัดสินใจ 3) ทักษะการใช้แหล่งข้อมูลหรือแหล่งชุมชน 4) ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ด้านการสื่อสาร 5) ทักษะการลงมือปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเองและ 6) การปรับแนวทางหรือวิธีการให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.005$) และการศึกษาของลินนักร์ ธนวงค์, พิกุล นันทชัยพันธ์ และประทุม สร้อยวงศ์⁽²⁶⁾ ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการใช้บริการสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและมากกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีการใช้บริการสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและน้อยกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการจัดการ

ตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ 1) ความครบถ้วนของข้อมูล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนเป็นเพศชาย ไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ผลการศึกษานี้ จึงไม่อาจสะท้อนไปสู่ผู้ป่วย COPD ที่เป็นเพศหญิงได้ 2) ช่วงเวลาการเก็บข้อมูลค่อนข้างสั้น อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพและการยืนยันผลการทดลอง หากเก็บข้อมูลระยะยาวและต่อเนื่องจะทำให้ผลการทดลองมีความแม่นยำมากขึ้น

สรุป

จากการดำเนินการวิจัยทั้ง 4 ขั้นตอนที่ได้กล่าวมาชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์ที่สร้างขึ้นเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยจัดการตนเองในการควบคุมอาการหายลำบากได้มากขึ้นลดการกลับมาพ่นยาขยายหลอดลมที่ห้องฉุกเฉิน ลดการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และหลังการทดลองสมรรถภาพปอดกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์ไปใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรมที่ให้การสนับสนุน หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม เจ้าหน้าที่ทุกท่าน ตลอดจนผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการทำให้การศึกษารุ่งนี้สำเร็จด้วยดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่กว้างขวางขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง
2. ควรทำการศึกษาวิจัยโดยใช้ระยะเวลาให้ยาวขึ้น อาจทำให้เห็นผลสมรรถภาพปอดที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนมากขึ้น
3. ควรศึกษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพอื่นๆ ในการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น วันนอนโรงพยาบาล คุณภาพชีวิต เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Guidelines for pulmonary rehabilitation programs. 3rd.ed. Illinois: Human Kinetics; 2004.
2. Simon ST, Altfielder N, Alt-Epping B, Bausewein C, Weingärtner V, Voltz R, et al. [Characteristics of Patients with Breathlessness]. Pneumologie 2017;71(1):40-47.
3. Lacasse Y, Brosseau L, Milne S, Martin S, Wong E, Guyatt GH, et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2002;(3):CD003793.
4. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation [AACVPR]. Guidelines for pulmonary rehabilitation. 2nd ed. Champaign: Human Kinetics; 1998.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. “รายงานสถิติโรค ปีงบประมาณ 2551”.สถิติโรครวมการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2552.

6. สุมาลี เกียรติบุญศรี. “ปอดอุดกั้นตายเฉงที่ 3 หลังโลกสกัตบุทรีไรล์”.หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์. 2555 พ.ย. 5; X-CITE/การศึกษา/สาธารณสุข: (คอลัมน์ 4).
7. สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD). [อินเทอร์เน็ต]. 2563.[สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก:URL:https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf.
8. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD). [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก : URL:http://HDC-Dashboard (moph.go.th).
9. กองการพยาบาล. การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข; 2544.
10. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, Eds. Helping people change : A textbook of methods 1. Washington, DC : Pergamon Press; 1991:305-60.
11. จุฬารณย์ คำพานุฑตย์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย: ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
12. เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาสุขะ, ทศพร ผลศิริ. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร 2555;39(4):124-47.
13. Sol BG, van der Graaf Y, Brouwer B, Hickox SM, Visseren FL. The effect of a self-management intervention to reduce vascular risk factors in patients with manifestations of vascular diseases. Eur J Cardiovasc Nurs 2010;9(2):132-9.
14. Cohen J. Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences. New York: Academic Press; 1977: 384.
15. นิคม ฅนอมเสียง. การคำนวณขนาดตัวอย่างกรณีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว.[อินเทอร์เน็ต]. 2563. [สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2563]. ค้นถึงได้จาก:URL:https://home.kku.ac.th/nikom/samplesize_nk_oneway_2561.pdf.
16. กรมวิชาการ. เอกสารประกอบหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2544 การวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานคร; 2545.
17. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
18. ปัทมาพร ชนะมาร. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจังหวัดมหาสารคาม.[ปริญญาคุษบัณฑิตสาขาวิทยาศาสตร์การพัฒนากุมิภาค].มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2561.
19. คณะทำงานพัฒนาแนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. แนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2553. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
20. วาโร เฟ็งสวัสต์. การวิจัยและการพัฒนา (Research and Development). วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร 2552;1(2):2-4.

21. เกียรติพงษ์ อุดมธนะธีระ. วงจรการควบคุมคุณภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2563]. ค้นถึงได้จาก: URL: <https://www.iok2u.com/index.php/article/innovation/240-pdca-cycle-deming-cycle>.
22. นวลตา โพธิ์สว่าง, สุดใจ ศรีสงค์, เพชรภรณ์ สุพร. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2558;33(1):50-62.
23. เสาวลักษณ์ เกษมสุข, วินรัตน์ กันจัน๊ะ, ดารณี ศิริบุตร. การเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ภายใน 28 วัน ภายหลังการใช้ระบบการดูแลแบบ 7 Aspects of care ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื่องจากมดลูกห่อผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร 2562; 11(1):85-91.
24. Hurley J, Gerkin RD, Fahy B, Robbin sRA. Meta-analysis of self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Southwest J Pulm Crit Care 2012;4:194-202.
25. ชิตินันท์ ยอเสน. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร 2555;39(3):52-65.
26. ลินนภัสร์ ธนะวงศ์, พิกุล นันทชัยพันธ์, ประทุมสร้อยวงศ์. ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการใช้บริการสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร 2559; 43(2):45-56.