ผลลัพธ์การจัดการรายกรณี ต่อความรู้ในการดูแลตนเองและระยะวันนอน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ

*อังคณา บุญลพ พยม**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยวัดผลลัพธ์ความรู้ในการดูแลตนเองและระยะวันนอนเฉลี่ยกับเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) นอนรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยการเลือกแบบเจาะจงจำนวน 30 ราย ผู้ป่วย COPD ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่ ให้การดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) โดยทีมสหสาขา ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลตนเองโดยการสอนด้วยสื่อการสอน การจัดสิ่งแวดล้อม การชี้แนะและการเยี่ยมบ้าน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรค COPD และระยะวันนอนในโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ t-test

ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้ในการดูแลตนเองหลังการใช้การจัดการรายกรณีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผู้ป่วย COPD มีระยะวันนอนเฉลี่ย 4.34 วัน เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนวันนอนมาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดไว้ 6 วัน พบว่าระยะวันนอนในโรงพยาบาลสั้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ข้อเสนอแนะ : ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้พยาบาลแสดงบทบาทการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วย โดยการประสานงาน และทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วย COPD ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และควรมีการติดตามผลลัพธ์ด้านการดูแลอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ : การจัดการรายกรณี, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ระยะวันนอน, ความรู้ในการดูแลตนเอง

* พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

Outcomes of case management on self-care knowledge and length of stay of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients in Medicine Department, Si Sa Ket hospital

Angkana Boonlop, MNS*

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study, one group pre and post-test design aimed to examine the effects of case managementon self-care knowledge of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) patients and to compare length of stay (LOS) of the patients with length of stay standard from the National Health Security Office. 30 COPD patients admitted to Medicine Department in Si Sa Ket Hospital were purposive sampling. COPD patients were cared by nurse case manager including the multidisciplinary team based on the clinical pathway. They received support and promotion of self-care by teaching via media; environment management; guiding and home visit. Data were collected before and after intervention by using self-care knowledge for COPD patient questionnaire and length of stay. Data were analyzed using descriptive statistic and t -test.

The results showed that self-care knowledge of the COPD patients significantly increased after using case management ($p<.05$). The mean score of Length of stay (4.34 days) of the COPD patients was significantly shorter than the standard criteria of 6 days ($p<.05$).

Recommendation : The nurse administrators should encourage nurses to be case managersfor coordinating and collaborating care with multidisciplinary team. In order to improve the quality of care for COPD patients by nurse managers, other outcomes of care should be further evaluated.

Keywords : case management, chronic obstructive pulmonary disease, length of stay, self-care knowledge

* Registered Nurse, Professional Level Si Sa Ket Hospital.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดขึ้นในระบบทางเดินหายใจที่พบได้มาก เป็นสาเหตุการตาย และความพิการ เป็นอันดับ 4 ในประเทศสหรัฐอเมริกา[1,2] และคาดว่าจะขึ้นเป็นอันดับ 3 ภายในปี พ.ศ.2563 เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ มาห้องฉุกเฉิน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ ทำให้ค่าใช้จ่ายสูง[3] แม้ว่าถ้าให้ผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันหยุดสูบบุหรี่ทุกคน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีอัตราเพิ่มขึ้นต่อเนื่องไปอีก 20 ปี[4]

อุบัติการณ์การเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคนไทยมีประมาณร้อยละ 6-10 ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอัตราตายในประชากรไทยสูงเป็นลำดับที่ 6 และยังเป็นสาเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและเข้ารักษาในโรงพยาบาลรวมถึงการรับไว้รักษาซ้ำติดต่อกันเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งอาจจะต้องพึ่งพิงทรัพยากรเพื่อการรักษา เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การส่งต่อ การใช้ยาปฏิชีวนะ ฯลฯ โดยการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง เสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 15,700 บาท ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ.2553 พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึง 49,129 คน หรือ 101,878 ครั้ง คิดเป็นอัตราการรับไว้ในโรงพยาบาล 280.89 ครั้งต่อแสนประชากร โดยเสียชีวิตจำนวน 2,350 คน คิดเป็นอัตราตายร้อยละ 4.78 นอกจากนั้นโรคนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง เมื่อเจ็บป่วยระยะยาวและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ จนกระทั่งเสียชีวิต[5]

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีลักษณะการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ที่ทำให้การระบายอากาศเป็นไปอย่างจำกัด (airflow limitation) และไม่สามารถกลับคืนได้เต็มที่ (not fully reversible) โดยความสามารถในการระบายอากาศจะลดน้อยลงเรื่อยๆ[1,3,4] และภาวะหลอดลมอุดกั้นเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (progressive airflow limitation) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตอบสนองการอักเสบต่ออนุภาคหรือก๊าซที่เป็นพิษผิดปกติไป (abnormal inflammatory response of the lung to noxious particles or gases)[6-7] ลักษณะสำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ ทางเดินลมหายใจภายในปอดมีการอุดกั้นโดยมีสาเหตุจากมีเสมหะมาอุดกั้นหรือมีการเสื่อมของผนังถุงลมซึ่งมี 1) โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการไอมีเสมหะเรื้อรังเป็นอย่างน้อย 3 เดือนต่อปีและเป็นติดต่อกันตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป 2) โรคถุงลมโป่งพอง (emphysema) เป็นโรคที่มีการทำลายของผนังถุงลมและส่วนปลายสุดของหลอดลมผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาลด้วยเรื่องเหนื่อย[6-8,9,10]

การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ข้อมูลคนไทย สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รายงานมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และถุงลมปอดโป่งพองเข้ารับการรักษาที่ผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข จาก 46 จังหวัด ระหว่างปี 2550-2554 จำนวนสะสม 99,433 คน สาเหตุร้อยละ 90 เกิดมาจากการสูบบุหรี่ และที่น่าสังเกตพบว่าผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวนเกือบ 5,000 คน จึงกล่าวได้ว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเป็นโรคถุงลมโป่งพองได้ทุกคน ช้าหรือเร็วขึ้นกับจำนวน ระยะเวลาของการสูบบุหรี่[5] ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง เป้าหมายของการดูแลรักษาจึงเน้นเพื่อบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง ป้องกันการกำเริบของโรค ชะลอการทำงานของปอดให้เสื่อมช้าลง ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น[4] การเสริมสร้างให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถจัดการตนเอง (self-management) ควบคุมหรือจัดการกับปัญหาหรืออาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยสำคัญที่

ส่งผลโดยตรงกับผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการให้ความสนใจในสุขภาพและชีวิตของตนเอง จนเกิดความมั่นใจและสามารถจัดการตนเองได้ การให้ความรู้และฝึกฝนทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงเป็นเรื่องสำคัญและเป็นบทบาทที่ท้าทายของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างคนปกติ

จากสถิติกลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีสะเกษ มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน ปี พ.ศ. 2551-2554 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 365, 410, 356 และ 353 ราย/ปีและเสียชีวิต 30, 54, 32 และ 41 ราย/ปีตามลำดับ[11] ซึ่งจากสถิติยังพบว่าสูงปัญหาในการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้แก่ 1) ไม่มีพยาบาลตัวแทนในแต่ละหอผู้ป่วยเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี 2) การให้ความรู้ผู้ป่วยไม่เป็นระบบ ไม่ครอบคลุม 3) ไม่ได้ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมขณะสอนให้ความรู้ 4) ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร 5) ผู้ป่วยไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร 6) ผู้ป่วยไม่ทราบว่าทักษะที่จำเป็นในการฝึกปฏิบัติที่บ้าน 7) ไม่มีคลินิก COPD 8) ไม่ได้แบ่งระยะความรุนแรงของโรคอย่างชัดเจน 9) ผลลัพธ์การดูแลยังโดยเฉลี่ยมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสูงสุด 7 วัน และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลต่ำสุด 5 วัน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการรายกรณี พบว่าการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีผลให้ จำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[12] และจากการศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบของกลุ่มทดลองที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสั้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 6.5 วัน และ 11.25 วัน ตามลำดับ[13] และการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ปกครองเด็กเพิ่มขึ้นจากร้อยละเฉลี่ย 75.25± 2.04 หลังจำหน่าย 1 เดือน เพิ่มขึ้นเป็น 92.17± 1.15 และหลัง 3 เดือนเพิ่มเป็น 93.25±1.05 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)[14]

ส่วนในเรื่องระยะวันนอนเฉลี่ยเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[19] ได้นำเกณฑ์มาใช้ในการเปรียบเทียบในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงระดับ 4 มีระยะวันนอนเฉลี่ย 6 วัน[15] ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นว่าเป็นหน่วยวัดความสำเร็จของการปฏิบัติงานที่ถูกกำหนดขึ้น และสื่อถึงเป้าหมายในการปฏิบัติงานสำคัญ ทั้งนี้เพื่อสร้างความชัดเจนในการกำหนดติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานในด้านต่างๆ มักใช้ระยะวันนอนเฉลี่ย เพราะเป็นตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก จึงได้นำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางการในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่รับไว้ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยบทบาทผู้จัดการรายกรณีเน้นในการสอนให้ความรู้และทักษะให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง การให้คำปรึกษา ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะที่จำเป็นและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านได้ นอกจากนั้นบทบาทของผู้จัดการรายกรณีเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายหรือส่งต่อหน่วย

งานบริการสุขภาพชุมชน อย่างเป็นระบบ หรือ วิธีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการประเมินภาวะสุขภาพวางแผนและแนวทางการดูแลให้การดูแลตามแนวทางที่กำหนดและติดตามผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพโดยใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างคุ้มค่า[16-17]

วัตถุประสงค์ ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้การจัดการรายกรณี

2. เพื่อเปรียบเทียบระยะวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการใช้การจัดการรายกรณี กับเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[15]

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี

2. ระยะวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีมีระยะวันนอนสั้นกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีของ Case Management Society of America (CMSA)[18] ร่วมกับแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง และระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้ของโอเร็ม[19] โดยการจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการความร่วมมือในการประเมิน วางแผน จัดการดูแลให้คำปรึกษา ในการเลือกแนวทางการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ อาศัยการสื่อสารการจัดการทรัพยากรที่ดี มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม ผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกำกับการดูแล รวมทั้งประเมินผลการปฏิบัติติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ ความเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ทำให้ผู้ป่วยเข้า ออกโรงพยาบาลบ่อย ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่างๆ ไม่เพียงพอต่อความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

จากแนวติดการดูแลตนเองของโอเร็ม[19] กล่าวว่าบุคคลมีความสามารถที่จะเรียนรู้ วางแผนและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แต่หากกรณีที่บุคคลไม่สามารถดูแลตนเอง ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทั่วไปมีความสามารถที่จะปฏิบัติและเรียนรู้การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แต่ยังไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ผู้ป่วยยังขาดความรู้ ทักษะและความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยความสามารถที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการดูแลตนเอง คือ ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองประกอบด้วย (1) การคาดการณ์ เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ องค์ประกอบในการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง (2) การปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำหรือไม่ควรกระทำ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น และ (3) การลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการวางแผนการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง

การศึกษาครั้งนี้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเป็นรายบุคคล เนื่องจากขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองได้ไม่เต็มที่ แต่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการคาดการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยตรวจสอบสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในการดูแลตนเอง ซึ่งมีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่รับไว้ในโรงพยาบาลด้วย ปัญหา หายใจหอบเหนื่อย ไอ มีเสมหะเหนียว มีความทนต่อการทำกิจกรรมน้อยลงการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย มีความวิตกกังวล นอกจากนั้นบางรายมีไข้ร่วมด้วย และผู้ป่วยต้องการการได้รับคำแนะนำ ชี้แนะหรือสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันอาการกำเริบ (exacerbation) ของโรค ดังนั้นกระบวนการพยาบาลที่เหมาะสม คือ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม[19] ซึ่งมีวิธีให้การช่วยเหลือ ได้แก่ การชี้แนะ การสนับสนุน การสอนและการสร้างสิ่งแวดล้อม ดังนั้นบทบาทพยาบาลจัดการรายกรณีในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงเป็นการประสานการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแล (clinical pathway) ผู้ป่วย การสอน ให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลร่วมกับครอบครัว โดยใช้ภาพพลิก แผ่นพับ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและวิดิทัศน์ (VCD) การสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุโดยใช้กิจกรรมกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ มีกำลังใจ มีความมั่นใจ สามารถคาดการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ ขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ตลอดจนชี้แนะและสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยการเยี่ยมบ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ 1 กลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (one group pre and post-test design) โดยเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการใช้ผู้จัดการรายกรณี และเปรียบเทียบระยะวันนอนในโรงพยาบาลกับเกณฑ์เฉลี่ยมาตรฐานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[15]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 30 ราย ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2554 – 30 กรกฎาคม 2555 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรุนแรงของโรคระดับ 3 และ 4 ตามเกณฑ์ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย4และ อายุ 40 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบรุนแรง สามารถอ่าน พูด ฟัง เขียน และติดต่อสื่อสารได้ดี 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาของกัญญาณัฐ บุญหลง, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, บุญทิพย์ สิริธรังศรี[20] ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอน และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลจากสูตรของแกลส[21] คือ

$$d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_C}$$

d คือ ขนาดอิทธิพล

$\bar{X}_E$ คือ ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของกลุ่มทดลอง

$\bar{X}_C$ คือ ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของกลุ่มควบคุม

SD_C คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำนวนวันนอนของกลุ่มควบคุม

แทนค่าในสูตร ได้ ดังนี้

$$d = \frac{2.94 - 5.94}{1.92}$$

ได้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.56 จากนั้นนำค่าขนาดอิทธิพลที่ได้ไปเปิดตารางการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน[22] ด้วยการวิเคราะห์แบบ one – tailed test โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power analysis) .80, Significance level Alpha.05 ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 26 คน เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 20 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ คือ 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากแนวทางปฏิบัติในประเทศไทย[4] ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและปรับปรุงให้สะดวกต่อการนำมาใช้ นำเครื่องมือดังกล่าวผ่านผู้เชี่ยวชาญจากสหสาขาวิชาชีพ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง นักกายภาพบำบัด นักโภชนากรและเภสัชกร ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity index)[23] เท่ากับ 0.97 หลังจากนั้นประชุมผู้เกี่ยวข้องดำเนินการปรับปรุงให้เหมาะสมและนำไปใช้ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1) การดูแลตามแนวทางการดูแล (Clinical pathway) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งเป็นการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุรแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด โดยมีพยาบาล (ผู้วิจัย) ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี โดยจะประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคล วางแผนการดูแล และประสานการดูแลผู้ป่วย

2) การสอนผู้ป่วยและครอบครัว โดยการให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการฝึกทักษะต่างๆ โดยพยาบาลจัดการรายกรณี(ผู้วิจัย) ดังนี้

(1) ฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกะบังลมวันละ 30 นาที แบ่งเป็น 2 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที จำนวน 2 วัน ในโรงพยาบาล

(2) ฝึกการผ่อนคลายโดยวิธีการหายใจแบบลึก วันละ 20 นาที แบ่งเป็น 2 ครั้งๆ ละ 10 นาที จำนวน 2 วันในโรงพยาบาล

(3) ฝึกการหายใจโดยการห่อปาก (Pursed lip) จะทำประมาณ 6-8 ครั้ง ต่อรอบ และพักประมาณ 1-2 นาที แล้วจึงทำซ้ำอีก 2 รอบ การหายใจแบบนี้ผู้ป่วยสามารถทำได้ทุกครั้งเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย

(4) ฝึกการไอขับเสมหะอย่างถูกวิธี ปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง หลังตื่นนอน ก่อนรับประทานอาหารและก่อนนอน

3) เภสัชกรให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการรับประทานยาและการใช้ใช้ยาพ่นขยายหลอดลม

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดทุกวันโดยนักกายภาพบำบัด

5) การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ vital signs, pulse oxymeter และฟังเสียงหายใจ โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

6) ประเมินสมรรถภาพปอดโดยให้ผู้ป่วยเป่า Peak expiratory flow rate (PEFR) โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

7) ในรายที่ยังเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ ส่ง

ปรึกษาคลินิกอดบุหรี่โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

8) การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยมีความสามารถในการคาดการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยตรวจสอบสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในการดูแลตนเอง มีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

9) การดูแลต่อเนื่องโดยผู้วิจัยและส่งข้อมูลให้หน่วยเยี่ยมบ้าน (HHC) ติดตามให้คำชี้แนะและสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน

2. สร้างสื่อในการสอน โดยผู้วิจัย ได้แก่ ภาพพลิก แผ่นพับ คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ สื่อวีดีทัศน์ (VCD) โดยเนื้อหาอิงตามเนตรนภา กาบมณี[24]

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

(1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะวันนอน ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาในการสูบบุหรี่ การได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม การผ่อนคลายโดยวิธีการหายใจลึก การหายใจโดยการห่อปาก (Pursed lip)และ บันทึกค่า Peak Expiratory Flow Rate (PEFR)

(2) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพัฒนาโดยเนตรนภา กาบมณี[24] มีข้อคำถาม 16 ข้อ ถ้าข้อความใดผู้ป่วยเห็นว่าถูกให้ตอบ “ใช่” ถ้าข้อความใดผู้ป่วยเห็นว่าไม่ถูกให้ตอบ “ไม่ใช่” ถ้าตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-16 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity index)[23] เท่ากับ 1.0 ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์คูเดอร์ ริชาดสันได้เท่ากับ 0.80

การดำเนินการวิจัย

การนำแนวทางการจัดการรายกรณี ไปดำเนินการในกลุ่มทดลอง

ภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม คัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยแก่ญาติและผู้ป่วยโรค COPD และให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรค COPD ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Pre-test) และดำเนินการวิจัยโดยมีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 (วันที่ 1) : ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลตนเองเป็นรายบุคคล เช่น 1) มีการไอที่ไม่มีประสิทธิภาพ / มีเสมหะมากอุดกั้นทางเดินหายใจ 2) มีภาวะหายใจลำบากเหนื่อยหอบเมื่อทำกิจกรรม 3) ขาดความรู้ / ต้องพึ่งพาผู้อื่น 4) ขาดความรู้และความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อซ้ำซ้อน 5) ขาดความรู้และทักษะในการป้องกันอันตรายจากภาวะหอบ หายใจลำบาก 6) ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย 7) ไม่สามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษา 8) มีภาวะเครียดทำให้การรับรู้และการตัดสินใจไม่ดีพอ 9) วิตกกังวลเนื่องจากกลวิธีในการปรับตัวยังไม่เหมาะสมจากภาวะความเจ็บป่วย / ขาดแหล่งสนับสนุนด้านการด้านสังคม เป็นต้น ผู้วิจัยให้การพยาบาลตามรูปแบบการจัดการรายกรณีและประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลตามแนวทางการดูแล (Clinical pathway)

ขั้นตอนที่ 2 (วันที่ 2): วางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดย 1) ประเมินผลการพยาบาลและประเมิน

ความต้องการการดูแลตนเอง 2) ระบุปัญหาและวางแผนการดูแลรายบุคคล และประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลตามแนวทางการดูแล (Clinical pathway)

ขั้นตอนที่ 3 (วันที่ 3): วางแผนการดูแลต่อเนื่องและประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลตามแนวทางการดูแล (Clinical pathway) รวมทั้งส่งเสริมการดูแลตนเอง โดย 1) ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองรายบุคคล โดยการสอนชี้แนะ สร้างสิ่งแวดล้อมฝึกทักษะการดูแลตนเองและให้คู่มือการดูแลตนเอง 2) ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลร่วมกัน

วันที่ 4: ขั้นตอนที่ 4: จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตรวจสอบติดตามและประเมินผล โดย 1) ตรวจสอบ ทบทวนการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล แผนการรักษา ประเมินภาวะสุขภาพ ทบทวนความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ การรักษาพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

ผู้วิจัยตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและประเมินผลลัพธ์ในการดูแลทุกวัน วันละ 3 ครั้ง คือ 1) ช่วงเช้าก่อนปฏิบัติงาน 2) ตรวจเยี่ยมพร้อมแพทย์และทีมสุขภาพ 3) ช่วงบ่ายเวลา 16.00-17.00 น.

เก็บข้อมูล (post-test) โดยการเยี่ยมบ้านการประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง สัปดาห์ละ 1 วัน เดือนละ 4 ครั้ง ติดตามประเมินวัดผลลัพธ์ความรู้ในการดูแลตนเองหลังจากจบ intervention คือ หลังเยี่ยมบ้าน

วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. ข้อมูลความรู้ในการปฏิบัติตน และ ระยะวันนอน ก่อนและหลังการจัดการรายกรณี นำมาหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติค่าที (paired t-test)

3. เปรียบเทียบระยะวันนอนในโรงพยาบาลหลังการใช้การจัดการรายกรณีกับเกณฑ์มาตรฐานอิงตามสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[15] โดยใช้ one sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศรีสะเกษ การวิจัยดำเนินการภายหลังได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลและหอผู้ป่วยที่ดำเนินการทดลอง โดยการขอความยินยอม จากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการวิจัยชี้แจงการดำเนินการทดลองและการตอบแบบสอบถามและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ มีการรักษาความลับของข้อมูลไว้อย่างปลอดภัย และรายงานผลการศึกษาในลักษณะภาพรวมเชิงวิชาการ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 43-90 ปี (mean = 68.43, SD = 11.938) เป็นเพศชาย 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 เพศหญิง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาร้อยละ 83.33 ประถมศึกษาร้อยละ 6.67 อนุปริญญาร้อยละ 6.67 ปริญญาตรี ร้อยละ 3.33 สถานภาพสมรส ร้อยละ 96.67 โสดร้อยละ 3.33 มีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 63.33 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 30.01 ค้าขายร้อยละ 3.33 รับราชการร้อยละ 3.33 ส่วนใหญ่ร้อยละ 60.00 มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 60.00 และมีประวัติเข้ารับการรักษา 1 ครั้ง/ปี ร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่ร้อยละ 96.67 ใช้สิทธิประกัน

สุขภาพถ้วนหน้า ระยะเวลาในการสูบบุหรี่มากกว่า 37 ปีร้อยละ 73.33 ไม่เคยฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม ร้อยละ 86.50 ไม่เคยฝึกทักษะการผ่อนคลายโดยวิธีการหายใจแบบลึก ร้อยละ 83.8 ไม่เคยฝึกการไอขับเสมหะอย่างถูกวิธี ร้อยละ 86.50 และเคยฝึกการพ่นยาขยายหลอดลมอย่างถูกวิธี ร้อยละ 62.20 การประเมินค่า expiratory flow rate (PEFR) น้อยกว่า 156 LPM ร้อยละ 80.00 ซึ่งเป็น COPD ระดับ 4

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี

กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนก่อนการใช้การจัดการรายกรณี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 77.54 และหลังการใช้การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 93.09 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการใช้จัดการรายกรณีสูงกว่าก่อนใช้การจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดัง ตารางที่1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลรวมคะแนน (ร้อยละ) ความรู้ในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้การจัดการรายกรณี โดยใช้สถิติค่าที (paired t-test)

ความรู้ในการดูแลตนเอง	Max	Min	Mean	S.D.	t
ก่อนการใช้การจัดการรายกรณี	93.75	56.25	77.54	10.48	9.888*
หลังการใช้การจัดการรายกรณี	100	81.00	93.09	5.68	

*p<.05

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีระยะวันนอนในโรงพยาบาล ค่าสูงสุด 7 วัน และค่าต่ำสุด 2 วัน เฉลี่ยระยะวันนอนในโรงพยาบาล 4.34 วัน และส่วนเบี่ยงแบบมาตรฐานเท่ากับ 3.455 (Range 2-7, Mean = 4.34, S.D.=3.455) เมื่อเปรียบเทียบกับระยะวันนอนตามมาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเท่ากับ 6 วัน[15] ด้วยสถิติ One Sample t-test พบว่าระยะวันนอนของกลุ่มตัวอย่างสั้นกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

อภิปรายผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 93.33 เพศหญิง ร้อยละ 6.67 และมีอายุอยู่ระหว่าง 43-90 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษามากกว่า 1 ครั้งต่อปี ผู้ป่วยส่วนมากมีระยะในการสูบบุหรี่นานกว่า 37 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Calhoun[25] ส่วนสาเหตุหลักในการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) คือ การสูบบุหรี่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรา บุญสวัสดิ์[6] ส่วนค่า Peak expiratory flow rate (PEFR) < 156 LPM คิดเป็นร้อยละ 80 เป็นความรุนแรงของโรค COPD ระดับ 4 และส่วนมากไม่เคยฝึกทักษะการผ่อนคลายโดยวิธีการหายใจแบบลึก ขาดทักษะในการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม รวมทั้งผู้ป่วย COPD ส่วนใหญ่ไม่สามารถไอขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากผู้ป่วยและญาติไม่เคยเข้าร่วมโครงการการให้ความรู้ในการดูแลตนเองมาก่อน

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี

กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนความรู้โดยรวมในการปฏิบัติตนก่อนการใช้การจัดการรายกรณี เท่ากับ ร้อยละ 77.54 และหลังการใช้การจัดการรายกรณีเท่ากับ ร้อยละ 93.09 พบว่าคะแนน

เฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการใช้การจัดการรายกรณี มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[19] เนื่องจากความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระยะนี้ ได้แก่ การเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบแผนการดำเนินชีวิต การลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้วิจัยได้ให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเอง และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เช่น การเลิกสูบบุหรี่ และไม่ไปที่มีคนมากเพื่อหลีกเลี่ยงมลพิษต่าง ๆและป้องกันการติดเชื้อ มีทักษะการผ่อนคลายโดยวิธีการหายใจแบบลึก มีทักษะในการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม รวมทั้งผู้ป่วย COPD ส่วนใหญ่สามารถไอขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[4]

นอกจากนี้จากการเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วย COPD และญาติมีความรู้และทักษะในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเน้นอาหารที่ใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญน้อยที่สุดและมีคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดจากการเผาผลาญน้อยที่สุด ซึ่งก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมักชอบรับประทานอาหารประเภทแป้งซึ่งมีสารอาหารคาร์โบไฮเดรท เมื่อถูกเผาผลาญจะทำให้เกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่ต้องถูกกำจัดออกทางปอดทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบากขึ้น[8] เมื่อได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้อง โดยเพิ่มอาหารไขมันไม่อิ่มตัวและอาหารประเภทเนื้อสัตว์ตามสัดส่วนที่เหมาะสม และลดอาหารประเภทแป้งส่งผลให้มีอาการเหนื่อยน้อยลง[8] นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินสามารถควบคุมน้ำหนัก ผู้ป่วยที่มีอาการเครียดสามารถรักษาอารมณ์ไม่ให้โมโห โกรธ หรือตึงเครียดมาก ปรับวิธีนอน หรือพักผ่อน ญาติผู้ดูแลคอยดูแลให้มีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการบริหารปอดและขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถใช้ยาขยายหลอดลมอย่างถูกต้อง และพาไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ[4]

กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีระยะวันนอนเฉลี่ย 4.34 วัน ซึ่งเปรียบเทียบกับวันนอนมาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่ากับ 6 วัน[15] เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าระยะวันนอนมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการรายกรณี ช่วยลดระยะวันนอนในการรักษา[12-13,16-17] และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล[13] โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเพราะระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและส่งต่อหน่วยงานบริการสุขภาพชุมชนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้มีการดูแลตามแนวทางดูแล (Clinical pathway) ที่กำหนดและติดตามผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องและบรรลุความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพโดยใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างคุ้มค่า[16,17]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำแนวคิดการใช้การจัดการรายกรณีไปใช้ในโรคเรื้อรังอื่นๆที่มีความซับซ้อน เพื่อจะช่วยลดระยะวันนอนในโรงพยาบาล และเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี และควรให้ครอบครัวและญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากแนวโน้มผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นสูงอายุ มักมีปัญหาและข้อจำกัดเรื่องความจำ การมองเห็น และการได้ยิน รูปแบบการจัดการรายกรณีจึงมีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแล

และญาติเข้ามามีส่วนร่วมฝึกทักษะในการดูแลตนเองที่จำเป็น เพื่อให้ญาติผู้ดูแลนำความรู้และการฝึกทักษะต่างๆ ไปดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน ญาติผู้ดูแลจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านร่วมกับการดูแลตนเองที่ถูกต้อง รวมทั้งควรมีการวิจัยติดตามผลของการใช้การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อผลลัพธ์อื่นๆ เช่น ภาวะสุขภาพ จิตสังคม คุณภาพชีวิต การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความพึงพอใจต่อการบริการรักษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Buist A, McBurnie M, Vollmer W, Gillespie S, Burney P, Mannino D, et al. International variation in the prevalence of COPD (The BOLD Study): a population-based prevalence study. Lancet 2007; 370 (issue 9589) : 741-50.
2. Raksayot J, Sitthiban S. The effects of care model for patients with chronic obstructive pulmonary disease in Khon Rak Pod Clinic, Chawang Crown Prince Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Health Science 2013; 22(6): 973-8. (in Thai).
3. Celli BR, MacNee W, Agusti A, Anzueto A, Buist AS, Calverley PMA, et al. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD : a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J 2014; 23: 932–46.
4. Thai thoracic Association. Global Initiative for chronic obstructive lung disease guideline. Bangkok (Thailand): Graphic Design; 2010. (in Thai).
5. Bureau of Health Administration. Service plan;non communicable disease: NCD. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014. (in Thai).
6. Boonsawat W. Cost-effective medical practice. Khon Kean:Klangnanavittaya Publishing; 1998. (in Thai).
7. Jonsdottir H. Nursing care in the chronic phase of COPD: a call for innovative disciplinary research. J Clin Nurs 2008; 272-90.
8. Teeranut A. Chronic obstructive pulmonary disease: self-care and rehabilitation. Khon Kean: Siriphan Offset; 1999. (in Thai).
9. Anne H. An integrative review of the Impact of COPD on families. J Clin Nurs 2009;17: 272- 90.
10. Downs, A. Bronchiectasis is an abnormal inflammatory response of the lungs resulting in airflow limitations Irreversible dilation of the bronchi occurs [on line] 2007 [cited 2014 Dec 9].Available from: http://www.scribd.com/doc/81120732/Active-Cycle-of-Breathing
11. Si SaKet Hospital. Medical Statistics of chronic obstructive pulmonary disease patients in Si Sa Ket Hospital 2008-2011. (Mimeographed) (in Thai).
12. Simakorn C. Effects of case management in orthopedic patients on cost, length of stay, patient satisfaction, and relationship among interdisciplinary team: a case study in Pramongkutklao Hospital [Master Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2001. (in Thai).
13. Sornchai J. Effects of case management on teamwork of health team cost and length of stay in hospital [Master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2000. (in Thai).
14. Yeamlaeng S. The results of case management

in pediatric asthmatic patients; lungs function, patient's quality of life and knowledge of care in the parents. Journal of Nursing Division 2012; 39(1) :46-62. (in Thai).

15. Nation Health Security Office. Diagnosis related group and relative weight: Thai drugs Version 5.0. 2554; 1(5): 196-7. (in Thai).
16. Thosingha O. Target of case management : for quality improvement. [n.p.]; 2007. (in Thai).
17. Sutherland D, Hayter M. Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. J Clin Nurs 2009;18: 2978-92.
18. Case Management Society of America. Standards of practice for case management. Little Rock, Arkansas: CMSA ; 2010.
19. Orem DE. Nursing: Concepts of practices. 5th ed.St. Louis: Mosby Year Book; 2001.
20. Boonlong K, Noimuenwai P, Sriritarungsri B. Effects of case management in percutaneous coronary intervention on length of stay and nursing patients with service satisfaction. Royal Thai Air Force Medical Gazette 2014; 60(2): 42-8. (in Thai).
21. Glass GV. Primary, secondary, and meta-analysis of research. Educ Res 1976; 5: 3-8.
22. Cohen JA. Power primer. Psychol Bull 1992; 112(1): 155-9.
23. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1983.
24. Kabmanee N. Effects of structured nursing intervention program upon somatic health, moral and social functioning of chronic obstructive pulmonary disease patients [Master thesis]. Khon Kean: Khon Kean University; 1998. (in Thai).
25. Calhoun J, Coetze H. Respiratory disease management yesterday's failures, tomorrow's successes. Dis Manag Health Out 2001; 21-7.