

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกร่วมกับการได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นสัญญาณเตือน เพื่อป้องกันอาการกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแพร์

พัทธนันท์ สิริปัญญาแสง, ป.พ.ส.* กรกฎ พิจอมบุตร, พย.ม.*, บุบผาชาติ สุขจิรัง, พย.บ.*

บทคัดย่อ

- บทนำ:** อาการกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้เสมอ มักจะเกิดขึ้นทีละน้อยจากไม่มีอาการหอบเหนื่อย จนกระทั่งเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกร่วมกับการได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นสัญญาณเตือน จะช่วยลดการกำเริบ และลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้
- วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน (readmit) ด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute exacerbation) ในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกร่วมกับการได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นสัญญาณเตือนเพื่อป้องกันอาการกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- วิธีการศึกษา:** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลแพร์ ด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน จำนวนทั้งสิ้น 120 คน โดยกลุ่มควบคุมใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลแพร์ตามปกติจำนวน 60 คน เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน และกลุ่มทดลองคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกร่วมกับการได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นสัญญาณเตือนเพื่อป้องกันอาการกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลแพร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้สถิติทดสอบค่าที ชนิด 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent sample T-test), สถิติไค์สแควร์ (chi-square) เปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปรและใช้สถิติการทดสอบของฟิชเชอร์ (The Fisher exact test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานการวิจัย
- ผลการศึกษา:** กลุ่มควบคุมมีร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำ เท่ากับ 6.67 กลุ่มทดลองมีร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำเท่ากับ 1.67 ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าการได้รับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มีแนวโน้มของการลดโอกาสการกลับมาเข้ามารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (readmit)
- สรุป:** โรงพยาบาลควรมีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกร่วมกับการได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นสัญญาณเตือน เพื่อป้องกันอาการกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ นอกจากนี้ที่มำทางคลินิกอายุรกรรม (PCT MED) สามารถนำผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลแพร์ ต่อไป
- คำสำคัญ:** โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การกำเริบ, การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

*กลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร์

**Efficacy Of Clinical Practice Guidelines (CPGs) Collaborate And
The Knowledge Gained About Warning Signs To Prevent Exacerbation
Symptoms Among Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease
(COPD): Phrae Hospital.**

Phatthanan Siripanyasaeng, D.N.S.*, Korakot Pijombut, M.N.S.*, Bubpahchart Sukjirang, B.N.S.*

Abstract

Background: Exacerbation in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is recurring symptom. Tend to rise little by little without dyspnea until respiratory failure. The combination of clinical practice guidelines (CPGs) and the knowledge gained about warning signs can help reduce recurrence and reduce the rate of hospitalization.

Objective: In order to compare the rate of hospital readmission within 28 days with acute exacerbation. In the sample before and after using the clinical practice guidelines and gaining knowledge about warning signs to prevent exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Study design: This research was quasi-experimental. The subjects were 120 patients chronic obstructive pulmonary disease who were hospitalized at Phrae Hospital with acute exacerbation. The control group uses clinical guidelines to plan the distribution of 60 chronic obstructive pulmonary disease patients by collecting historical data from medical records. And the experimental group selected by purposive sampling 60 patients shared a group of clinical practice guidelines (CPGs) with gaining knowledge about warning signs to prevent exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Data were analyzed by using the SPSS program by using descriptive statistics consisting of frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Using inferential statistics, consisting of an independent sample; t-test, chi-square, and The Fisher exact test.

Results: The control group had a hospital readmission percentage of 6.67. The experimental group had a hospital readmission percentage of 1.67. But when analyzed for statistical data found that the experimental group received different guidelines were no statistically significant differences at 0.05 of hospital readmission within 28 days, shows that the developed guidelines tend reducing opportunities for hospital readmit within 28 days.

*Department of Medicine Nursing, Phrae Hospital

Conclusion: Nurses should have the clinical practice guidelines and gaining knowledge about warning signs to prevent exacerbations in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, result in improvement of service quality. In addition, PCT MED can use the results of this study as information for improving clinical practices to prevent exacerbations in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Phrae Hospital.

Keywords: Chronic Obstruction Pulmonary Disease (COPD), exacerbations, hospital readmission within 28 days

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary: COPD) เป็นปัญหาสำคัญอีกหนึ่งปัญหาในระบบสาธารณสุขทั่วโลก⁽¹⁻⁵⁾ ในปี พ.ศ. 2557 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 3 ล้านคน คิดเป็น 6% จากการเสียชีวิตทั้งหมด และเป็นอันดับสี่ของการเสียชีวิตทั่วโลก⁽³⁾ ได้มีการคาดการณ์จาก GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease ว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นเป็นอันดับสามของโลกในปี พ.ศ. 2573⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่า การเสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นจากอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 9.7% ต่อแสนประชากร เป็น 13.5 % ต่อแสนประชากร เป็นอัตราที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี

โรงพยาบาลแพร์มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษาด้วยอาการหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลัน ในปี พ.ศ. 2559 ทั้งสิ้น 409 ราย และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 744 ครั้ง ต่อหนึ่งแสนประชากรที่อายุ 15 ปีขึ้นไป เสียชีวิตรวมทั้งสิ้น 17 ราย จำนวนวันนอนเฉลี่ย 4.87 วัน^(7,8) และจากการทบทวนเวชระเบียน พบว่าปี

พ.ศ. 2557, 2558 และ 2559 มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลับเข้ามารักษาซ้ำเท่ากับ 30, 35 และ 51 ราย⁽⁸⁾ คิดเป็น 3.58%, 4.76% และ 7.11% ตามลำดับ ซึ่งเป็นแนวโน้มที่มากขึ้น กลุ่มที่นำทางคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแพร์ (PCT COPD) ได้นำแนวปฏิบัติในการวางแผนการจำหน่ายแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแพร์ (COPD PHRAE MODEL) ตามกรอบแนวคิดของสายพิณ⁽⁹⁾ มาเริ่มใช้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลแพร์เมื่อ กุมภาพันธ์ 2559 โดยในแนวทางปฏิบัติที่มีนั้นได้มีการติดตามผู้ป่วยตั้งแต่ออกจากประตูรับจนไปถึงการติดตามหลังจำหน่าย การให้ยา การให้ความรู้ การฝึกทักษะทั้งฝึกหายใจ การพ่นยา การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีผลทำให้ทีมดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแพร์เกิดการดูแลที่เป็นระบบต่อเนื่อง ผู้ป่วยเกิดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนมากขึ้น แต่รูปแบบการให้ความรู้และการฝึกทักษะที่มีนั้นยังไม่ครอบคลุมถึงการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการที่เป็นสัญญาณเตือนก่อนที่จะเกิดการกำเริบเฉียบพลัน (warning signs) ซึ่ง RAO: Registered Nurses' Association of Ontario⁽¹⁰⁾ ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในการดูแลตนเอง ทราบถึง

อาการที่เป็นสัญญาณเตือนก่อนการกำเริบ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง จนเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถช่วยลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันได้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติ โดยได้นำแนวทางปฏิบัติในการวางแผนการจำหน่ายแก่ผู้ป่วย (COPD PHRAE MODEL) ตามกรอบแนวคิดของสายพิณ⁽⁹⁾ ร่วมกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ตามแนวคิด RNOA⁽¹⁰⁾ มาพัฒนาให้เกิดแนวทางการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยเพิ่มบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้านการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการที่เป็นสัญญาณเตือนก่อนที่จะเกิดอาการกำเริบ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เพื่อควบคุมและแก้ไขอาการกำเริบเฉียบพลัน ลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ การกลับมารับบริการซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลจึงลดลง รวมถึงเป็นการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและให้ความสำคัญกับการปฏิบัติกรบนหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดคุณภาพบริการที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาถึงผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นสัญญาณเตือน (Warning signs) เพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute exacerbation) ต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแพร่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วย

ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่ด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ มีการมองเห็นและได้ยินเป็นปกติ, สามารถอ่านเขียนและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้, ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ, ระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์การประเมิน GOLD Classification (2017) อยู่ในระดับ A-C และมีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม 1) กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น 60 คน เก็บข้อมูลโดยการทบทวนเวชระเบียน ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2560 ถึง มิถุนายน 2560 2) กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น 60 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่มีนาคม 2561 ถึง มิถุนายน 2561 ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลตามมาตรฐานตามแนวทางการปฏิบัติในการวางแผนการจำหน่ายแก่ผู้ป่วย (COPD PHRAE MODEL) โดยที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการ เพื่อเป็นสัญญาณเตือน (Warning signs) เพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute Exacerbation) แบ่งกิจกรรมเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะดำเนินการส่งเสริมจัดการตนเองให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเอง 2) ให้ความรู้เรื่องปอดอุดกั้นเรื้อรัง การฟื้นฟูสภาพปอด ฝึกทักษะ ความรู้เกี่ยวกับอาการเพื่อเป็นสัญญาณเตือน (Warning signs) เพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute exacerbation) และแจกคู่มือ สัญญาณเตือน (Warning signs) 3) ติดตามผล โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ความรู้และติดตามประเมินผล 4 ครั้ง เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากจำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไครส์แคร์

(Chi-square) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปร, เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ t-test, Exact probability test

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่นำมาศึกษาทั้งหมด 120 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มละ 60 ราย ทั้งสองกลุ่มมี อายุ, เพศ, ศาสนา, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพในปัจจุบัน, สิทธิการรักษา, ปัญหาค่าใช้จ่าย, ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/การผ่าตัด, ประวัติการแพ้ยา/อาหาร/สารเคมี, ประวัติการใช้บุหรี่,

ลักษณะผู้ป่วยตาม ABCD group การมีออกซิเจนเพื่อการบำบัดที่บ้าน (long term O_2 home therapy), ความถี่ของอาการเหนื่อยหอบ, การมาตรวจตามนัด, ความถี่ในการเข้ารับการรักษา, การกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมายที่แผนกฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนอก, อัตราของการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในภายใน 28 วัน(readmit) รวมทั้งการกลับเข้ามารักษาเป็นผู้ป่วยนอกภายใน 48 ชั่วโมง (revisit) ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ลักษณะ	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=60)		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (n=60)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					
46-60	12	20.0	10	16.7	.267
61-80	35	58.3	44	73.3	
81 ปีขึ้นไป	13	21.7	6	31.6	
	$(\bar{x}=72.08, SD =10.758)$		$(\bar{x}=71.37, SD =10.699)$		
เพศ					
ชาย	41	68.3	43	71.7	.421
หญิง	19	31.7	17	28.3	
ศาสนา					
พุทธ	60	100	60	100	
สถานภาพสมรส					
โสด	7	11.7	2	3.3	.110
คู่	25	41.7	30	50.0	
หม้าย	28	46.7	27	45.0	

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (ต่อ)

ลักษณะ	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=60)		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (n=60)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้รับการศึกษา	2	3.3	6	10.0	.980
ประถมศึกษา	55	91.7	46	76.7	
มัธยมศึกษา	2	3.3	5	8.3	
อุดมศึกษา	1	1.7	3	5.0	
อาชีพในปัจจุบัน					
เกษตรกร	3	5.0	0	0.0	.380
รับจ้าง	6	10.0	4	6.7	
ค้าขาย / ธุรกิจ	0	0.0	2	3.3	
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	2	3.3	7	11.7	
ไม่ได้ทำงาน	49	81.7	47	78.3	
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ การผ่าตัด					
มี	49	81.7	44	73.3	.191
ไม่มี	11	18.3	16	26.7	
ประวัติแพ้ยา อาหารและ สารเคมี					
มี	12	20	7	11.7	.159
ไม่มี	48	80	53	88.3	
ประวัติการสูบบุหรี่					
ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อน	5	8.3	7	11.7	.052
ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อน แต่มี	15	25	6	10.0	
บุคคล					
ในครอบครัวสูบบุหรี่					
เคย	40	66.7	47	78.3	
ท่านเป็นผู้ป่วยตาม group					
ผู้ป่วย group A	4	6.66	6	10	.648
ผู้ป่วย group B	26	43.3	22	36.6	
ผู้ป่วย group C	30	50	32	53.3	

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (ต่อ)

ลักษณะ	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ		p-value
	(n=60)		(n=60)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
บ้านของท่านมีออกซิเจนใช้เพื่อ การบำบัดโรค (O ₂ home therapy)					
มี	11	18.3	15	25.0	.253
ไม่มี	49	81.7	45	75	
ความถี่ของการเหนื่อยหอบ					
เหนื่อยหอบทุกวัน	1	1.7	2	3.3	.500
เหนื่อยหอบเป็นบางวัน	59	98.3	58	96.7	
การมาตรวจตามนัด					
มาตามนัดทุกครั้ง	44	73.3	39	65.0	.373
มาตามนัด ขาด 1-2 ครั้ง	8	13.3	9	15.0	
มาตามนัดขาด 3-5 ครั้ง	2	3.3	4	6.7	
มาเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการ เหนื่อยหอบกำเริบเท่านั้น	6	10.0	8	13.3	
การมาตรวจด้วยอาการกำเริบ เฉียบพลันโดยไม่ได้นัดหมายที่ แผนกฉุกเฉิน/ผู้ป่วยนอกในรอบปี ที่ผ่านมา					
ไม่เคย	5	8.3	3	5.0	.440
1- 5 ครั้ง	48	80.0	49	81.7	
6-10 ครั้ง	7	11.7	8	13.3	
การรับเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในรอบ ปีที่ผ่านมา					
ไม่เคย	15	25.0	18	30.0	.309
1-2 ครั้งต่อปี	39	65.0	34	56.7	
3-4 ครั้งต่อปี	4	6.7	7	11.7	
มากกว่า 4 ครั้งต่อปี	2	3.3	2	3.3	

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (ต่อ)

ลักษณะ	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ		p-value
	(n=60)		(n=60)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การกลับเข้ามารักษาพยาบาลเป็น ผู้ป่วยใน ด้วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจำหน่าย 28 วัน					
ไม่เคย	44	73.3	40	66.7	.275
เคย	16	26.7	20	33.3	
การกลับเข้ามารักษาพยาบาล เป็นผู้ป่วยนอกหลังจำหน่าย 48 ชั่วโมง					
ไม่เคย	25	41.7	33	55.0	.100
เคย	35	58.3	27	45.0	

*p-value < 0.05

เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วย, ความถี่และร้อยละของการกลับเข้ามารับการบริการซ้ำของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเดิมมีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาค่าเป็นผู้ป่วยในภายใน 28 วัน (readmit) จำนวน 4 คน รวม 5 ครั้ง โดยมีผู้ป่วย 3 คน เข้ามารับการรักษาค่าคนละ 1 ครั้ง และมีผู้ป่วย 1 คน ที่เข้ามารักษาค่า 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยที่มีการกลับเข้ามารักษาค่าเป็นร้อยละ 2.4 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติมีการกลับเข้ามารักษาค่าเป็นผู้ป่วยในภายใน 28 วัน (readmit) 1 คน จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.6 เมื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย

โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแนวปฏิบัติที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างกันของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (ตารางที่ 2, 3) และนำข้อมูลไปวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic) พบว่า QR=0.24 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำ (readmit) 76% เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม แสดงว่าการได้รับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มีแนวโน้มของการลดโอกาสการกลับเข้ามารักษาค่าภายใน 28 วัน (readmit)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยและความถี่ของการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในภายใน 28 วัน (readmit)

การกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยใน ภายใน 28 วัน (readmit)	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (คน) (n=60)		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (คน) (n=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 ครั้ง	3	1.8	1	0.6
2 ครั้ง	1	0.6	0	0
รวม	4	2.4	1	0.6

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารับการบริการซ้ำเป็นผู้ป่วยใน ภายใน 28 วัน(readmit) ด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation)

ลักษณะทางคลินิก	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=60)		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (n=60)		Exact probability test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)		
การกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในภายใน 28 วัน (readmit)	4	6.67	1	1.67	1.878	.182

*p-value < 0.05

วิจารณ์

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแนวปฏิบัติที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างกันของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 จากการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายทางโทรศัพท์พบว่าผู้ป่วยกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ 1 ราย ขาดความตระหนักในอาการที่เป็นสัญญาณเตือนที่ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ อีกทั้งยังไม่สะดวกในการเดินทางเพื่อพบแพทย์หรือไปยังสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน กระทั่งมีอาการเพิ่มมากขึ้นจนต้องกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน แสดงให้เห็นถึงการที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการ

เจ็บป่วยของตนเองที่มากพอ ประกอบกับการดูแลเป็นการดูแลตนเองภายในครอบครัวตามศักยภาพที่มีอยู่ จึงควรมีการกระตุ้นโดยร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สุขใกล้บ้าน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เข้าไปมีส่วนร่วมดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง รวมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูล และสนับสนุนการดูแลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

แต่เมื่อศึกษาผู้ป่วยในระยะเวลาเพิ่มขึ้นเป็น 60 วัน พบว่า กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติมีจำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 60 วัน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติมี

จำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 60 วัน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5 เมื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ Exact probability test เท่ากับ 4.227, p-value 0.037 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแนวปฏิบัติที่แตกต่างกันมีความแตกต่างของการกลับมารักษาซ้ำใน 60 วัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เนื่องจากระยะเวลาที่นานขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเอง มีการส่งเสริมประสบการณ์ในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น และมีเวลาศึกษา ทบทวน คู่มือการปฏิบัติ อีกทั้งผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ได้ทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ตามบทบาทผู้ให้ความรู้ (Health education), ผู้ให้คำปรึกษา (Counseling) และเป็นผู้ดูแล (Care provider) พร้อมทั้งติดตามประเมินผลเอง จนเกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความเชื่อถือว่าไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย ทำให้มีการรับส่งข้อมูลที่ต้องการ ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการ บรรเทาอาการ และป้องกันการเกิดกำเริบเฉียบพลันได้ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย อีกทั้งแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นใช้ในงานวิจัยเป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนา มาจากงานที่ปฏิบัติจริง มีการใช้ความรู้เชิงประจักษ์มาพัฒนา ถือว่าเป็นการให้การดูแลรักษา ภายใต้อาจารย์ ชัดเจน มีเหตุผล^(11,12) ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ เป็นระบบมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและมีความเสี่ยงน้อยที่สุด รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายที่สามารถยอมรับได้⁽¹³⁾ มีความชัดเจนในการปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเบื้องต้นอย่างเหมาะสม เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น ลดค่าใช้จ่าย⁽¹³⁻¹⁴⁾ คุณภาพชีวิตดีขึ้น^(10,14-15) และลดการกลับมา รักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้^(10,16)

สรุป

ผลการศึกษานี้พบว่ามีความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น เพื่อป้องกันอาการกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จนสามารถลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ ทีมนำทางคลินิกอายุรกรรม (PCT MED) ควรนำข้อมูลที่ได้ ไปปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแพร่

เอกสารอ้างอิง

1. The British Columbia Medical Association and the Medical Services Commission. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Diagnosis and Management [Internet]. 2017 (cited 2017 Nov 22). Available from: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/copd>
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวปฏิบัติสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
3. World Health Organization [WHO]. What Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) [Internet].

- 2010(cited 2017 Oct 2). Available from: <http://www.who.int/features/qa/48/en/index.html>
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Pocket guide to COPD Diagnosis, Management, and Prevention a guide for Health Care Professionals [Internet]. 2017. (cited 2017 Nov 26). Available from: http://goldcopd.com/GOLDguide_line_facts.html
 5. สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย; 2553.
 6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2559. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
 7. โรงพยาบาลแพร์. สถิติผู้ป่วย COPD readmit โรงพยาบาลแพร์. แพร์: โรงพยาบาลแพร์; 2559.
 8. โรงพยาบาลแพร์. รายงานสถิติประจำปี พ.ศ. 2559. แพร์: สารสนเทศโรงพยาบาลแพร์; 2559.
 9. สายพิน โสภารัตนากุล. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการวางแผนจำหน่ายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแพร์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
 10. Registered Nurses' Association of Ontario. [RNAO]. Nursing Care of Dyspnea: The 6 th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) [Internet]. 2010 (cited 2017 Nov 26) Available from: <http://rnao.ca/bpg/guidelines>
 11. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. A Guide to the Development Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guideline [Internet]. 1999 (cited 2010 Dec 15). Available from: http://www.Ausinfo.Gov.Au/general/gen_hotto_byy.html.
 12. Sackett D. Evidence-based Medicine -What it is and what it isn't. BMJ 1996; 312(7023):71-2.
 13. Effing T, Monnikhof EM, van der Valk PD, van der Palen J, van Herwaarden CL, Partidge MR, et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2007; 17(4): CD002990.

14. Costi S, Brooks D, Goldstein RS. Perspectives that influence action plans for chronic obstructive pulmonary disease. *Can Respir J* 13(7):362-68.
15. ปราณี สายรัตน์. ผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการของตนเองต่อความรู้สึกในการทำหน้าที่ของร่างกาย การเกิดการกำเริบเฉียบพลันและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *พยาบาลสาร* 2556; 41(4):23-35.
16. เมธิณี เกตวาธิมาตร. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารกระทรวงสาธารณสุข* 2557; 22(2):49-63.