

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกลุ่มอาการของโรคระบบทางเดินหายใจที่พบมาก มีการดำเนินของโรคอย่างช้า ๆ มีพยาธิสภาพแบบไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ เป็นสาเหตุการตาย อันดับที่ 4 ของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยพบผู้ป่วยดังกล่าวมากถึง 16 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 120,000 รายต่อปี (Wisniewski, 2003) สำหรับในประเทศไทยพบว่าประชากรมีการเจ็บป่วยด้วยโรคในระบบทางเดินหายใจ มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ในปี 2546 จำนวน 24,341,791 ราย มีจำนวนและอัตราการตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับของกลุ่มสาเหตุการตาย 10 กลุ่มแรก คิดเป็นอันดับที่ 5 และมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 25,228 ราย ในปี 2545 เป็น 27,010 ราย ในปี 2546 (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2546)

อาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: AECOPD) จะพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในภาวะของโรคที่ปกติ เกิดอาการกำเริบขึ้นอย่างเฉียบพลันภายใน 24-48 ชั่วโมง โดยจะมีอาการไอมากขึ้น ผลัดเสมหะมากขึ้น มีสภาวะการหายใจลำบากมากขึ้น (McCrory, Brown, Gelfand, & Bach, 2001) อาการกำเริบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย จึงทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะของเสมหะสีเปลี่ยนไปจากปกติหรือสีคล้ายหนอง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะมีประสบการณ์ในการเกิดอาการกำเริบเฉลี่ย 2 ครั้ง/ปี และร้อยละ 10 จำเป็นต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล (Miravittles et al., 1999) ส่วนมากผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น มีการผลัดเสมหะมากขึ้น และเสมหะมีสีผิดปกติไปจากเดิม บางรายจะมีไข้ ไอมากขึ้น หายใจเร็วขึ้น หัวใจเต้นเร็ว มีการใช้กล้ามเนื้อไหล่ช่วยในการหายใจ หายใจมีเสียงวี๊ด เพลีย ซึมลง บางรายถ้ามีอาการกำเริบมากขึ้นอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเขียว และหมดสติได้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบมักแสดงอาการให้เห็นภายใน 2 วัน ซึ่งอาการหายใจลำบากจะเป็นอาการที่พบมากที่สุด (Anthonisen et al., 2003)

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดอาการกำเริบ (Acute Exacerbation) มักจะมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ มลภาวะทางอากาศ บางรายเกิดจากการสูบบุหรี่ ความเครียด ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าร้อยละ 70-75 มาจากการติดเชื้อแบคทีเรีย เมื่อมีการติดเชื้อที่ปอดจะทำให้อัตราการตายสูงกว่าคนปกติถึงร้อยละ 40.2 (นันทา มาระเนตร์ และสมชัย บวรกิตติ, 2531, หน้า 821-824) ซึ่งความรุนแรงของอาการกำเริบมักมีความสัมพันธ์กันระหว่างปัญหาทาง

ร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ป่วยหลอดลมอักเสบเรื้อรังหรือถุงลมโป่งพอง และผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งสองโรครวมกัน จำนวน 96 ราย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลในระยะอาการกำเริบ พบว่า ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขณะหายใจลำบากที่รักษาในโรงพยาบาล มักจะมีอาการกลัว รู้สึกว่าไม่มีใครช่วยได้ คิดวนเวียนอยู่กับการหายใจของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ (DeVito & Calif, 1990, pp. 186-191) ซึ่งจะยิ่งทำให้อาการหายใจลำบากมีความรุนแรง มากขึ้น

ผลกระทบจากอาการกำเริบทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ามาใช้บริการของโรงพยาบาลบ่อย ๆ มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะรายที่ต้องมีการเผชิญกับอาการหายใจลำบากกำเริบบ่อย ๆ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Wedzicha & Donaldson, 2003) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมักจะกลับมาใช้บริการที่โรงพยาบาลบ่อย ๆ ด้วยอาการของโรคกำเริบ จึงทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง (McCrory et al., 2001) เมื่ออาการรุนแรงขึ้นจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ จากการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยที่มีสถิติการให้บริการที่ห้องฉุกเฉินบ่อย มีอาการของโรครุนแรงมากและคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินน้อยกว่า (Traver & Ariz, 1988) สอดคล้องกับการศึกษาของโฌนนา กิตติศัพท์ (2539) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อช่วยหายใจมากถึง ร้อยละ 45 หากอาการกำเริบไม่สามารถจัดการให้ทุเลาลงได้ ก็จะทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น การรักษาจะนานขึ้นเกิดการติดเชื้อซ้ำซ้อนระหว่างการดูแลมากขึ้น จากการศึกษาของแมคครอรี และคณะ (McCrory et al., 2001) พบว่า จำนวนวันที่นอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 7 วัน

ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาค่าเฉลี่ยในวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีเพียงศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลรัฐบาล 8 แห่ง ทั้ง 4 ภาคของประเทศไทยและกรุงเทพมหานคร จำนวน 500 ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 250 ราย และกลุ่มอ้างอิง 250 ราย ใช้วิธีสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติโดยแบบสอบถาม พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 638 บาทต่อเดือน ส่วนกลุ่มอ้างอิงเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา 11 บาทต่อเดือน (สุรางค์รัตน์ พ้องพาน, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา อินทร์ประสิทธิ์ (2544) พบว่าค่าใช้จ่ายในการมาตรวจรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในปี 2543 คิดเป็น 1,688 บาทต่อรายต่อ 2 เดือน

สำหรับโรงพยาบาลโคกสำโรงซึ่งเป็นสถานที่ได้ทำการศึกษาครั้งนี้ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียง มีสถิติผู้ป่วยมารับบริการด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีอาการกำเริบ และไม่สามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นด้วยตนเองได้ โดยดูได้จากสถิติการให้บริการที่

โรงพยาบาลนอกเหนือจากการมาตรวจตามนัดปกติ เฉลี่ย 10 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งผู้ป่วยจะมาด้วยอาการหายใจลำบากกำเริบเป็นส่วนใหญ่ มีสถิติการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบระดับเล็กน้อย ระดับปานกลางและระดับรุนแรง เฉลี่ย คือ 1-2 วัน, 3-9 วัน และ 10-18 วันตามลำดับ มีการติดเชื้อซ้ำซ้อนระหว่างการดูแล คือการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง เชื้อที่พบบ่อยคือ *Pseudomonas Aeruginosa* และเชื้อ *Klebsella* ในปีที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบมารับบริการที่โรงพยาบาลและแพทย์ให้นอนรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 128 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 5 ราย และเสียชีวิตจำนวน 3 ราย (โรงพยาบาลโคกสำโรง, 2547) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน คุณภาพชีวิตลดลง เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหากไม่สามารถควบคุมความรุนแรงของอาการกำเริบให้ลดลงได้ การสูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งของตัวผู้ป่วยเอง ของครอบครัว ตลอดจนการสูญเสียค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล รวมทั้งไม่สามารถกำหนดวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากการจัดการอาการกำเริบในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยังขาดแบบแผนในการจัดการกับอาการกำเริบที่ชัดเจน การประสานงานกันระหว่าง สหสาขาวิชาชีพยังน้อย ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นการดูแลต่างคนต่างทำ จึงทำให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นลักษณะแยกส่วน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางในการลดภาวะอาการหายใจลำบาก ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพปอด (Comprehensive Pulmonary Rehabilitation) ซึ่งสมาคมโรคทรวงอกแห่งสหรัฐอเมริกา เสนอให้เป็นแนวทางในการดูแล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ในผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถลดอาการหายใจลำบากและทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวนไม่น้อย ที่ยังเผชิญความทุกข์ทรมานจากอาการกำเริบอันสืบเนื่องมาจากธรรมชาติของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีความก้าวหน้าของโรคไปเรื่อย ๆ ซึ่งการศึกษาเพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาวิธีการช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มดังกล่าวเลย แนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นอย่างมีแบบแผน โดยมีการร่วมกันจัดทำโดยสหสาขาวิชาชีพ มีการกำหนดเป้าหมายของการจัดการร่วมกัน ลดความหลากหลายในการปฏิบัติการจัดการกับอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอด

อุดมการณ์เรื่อง การสื่อสารแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเลือกความรู้เชิงประจักษ์มาเป็นส่วนประกอบของแนวปฏิบัติทางคลินิก และการเป็นหลักฐานที่เลือกมาเป็นส่วนประกอบของแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความน่าเชื่อถือ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์แนวปฏิบัติทางคลินิกและแนวคิดการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพมาใช้ในการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในบริบทของของโรงพยาบาลโคกสำโรง เพื่อแก้ปัญหาค่าความทุกข์ทรมานจากสภาวะการหายใจลำบากให้เร็วที่สุด ซึ่งส่งผลให้จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการเพิ่มคุณภาพการบริการที่ใช้ต้นทุนต่ำ เพื่อช่วยลดภาระขององค์กรได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบสภาวะอาการหายใจลำบากก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการกำเริบสำหรับผู้ที่ป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบสภาวะอาการหายใจลำบาก หลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการกำเริบสำหรับผู้ที่ป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการกำเริบสำหรับผู้ที่ป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับกลุ่มที่ได้รับการจัดการอาการกำเริบตามวิธีปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการกำเริบสำหรับผู้ที่ป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับกลุ่มที่ใช้การจัดการอาการกำเริบตามวิธีปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบ ค่าใช้จ่ายในการรักษาระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการกำเริบสำหรับผู้ที่ป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับกลุ่มที่ใช้การจัดการอาการกำเริบตามวิธีปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบภายหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการกำเริบสำหรับผู้ที่ป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีสภาวะอาการหายใจลำบากลดลงมากกว่าก่อนใช้ แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการกำเริบ
2. สภาวะอาการหายใจลำบากของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการกำเริบสำหรับผู้ที่ป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงกว่ากลุ่มที่ใช้การจัดการอาการกำเริบตามวิธีปกติ

3. ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการกำเริบสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้การจัดการอาการกำเริบตามวิธีปกติ

4. ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการกำเริบสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้การจัดการอาการกำเริบตามวิธีปกติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำแนวปฏิบัติทางคลินิก ในการจัดการกับอาการกำเริบสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระยะที่มีอาการกำเริบ เพื่อลดความรุนแรงของสภาวะอาการหายใจลำบาก ลดค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

2. ด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำแนวปฏิบัติทางคลินิก ในการจัดการกับอาการกำเริบสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปใช้ในการเรียน การสอนให้กับนิสิตและนักศึกษาและผู้สนใจทั่วไปได้

3. ด้านการวิจัย นักวิจัยสามารถนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการกับอาการกำเริบสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไปทำวิจัยซ้ำโดยขยายกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นหรือในบริบทที่แตกต่างกันได้ เพื่อให้สรุปอ้างอิงได้มากขึ้น

4. ด้านการบริหารการพยาบาล สามารถกำหนดเป็นนโยบายเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการดูแลแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ เพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการกับอาการกำเริบสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อสภาวะอาการหายใจลำบาก จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยวัดผลของสภาวะอาการหายใจลำบากก่อนและหลังการทดลอง ส่วนจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษา ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะที่มีอาการกำเริบจะวัดผลหลังการทดลองครั้งเดียว โดยผู้วิจัยจะเลือก

ผู้ที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีอาการกำเริบและต้องเข้าอนรับการรักษาในโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกันยายน 2548-กุมภาพันธ์ 2549

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. อาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Acute Exacerbation Chronic Obstructive Pulmonary Disease: AECOPD)

หมายถึง อาการเฉียบพลันของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งอยู่ในระยะโรคสงบ โดยจะมีอาการเหนื่อยมากขึ้น มีปริมาณเสมหะมากขึ้น และเสมหะเปลี่ยนสี โดยมีอาการอย่างน้อย 1 อย่าง ซึ่งอาจจะพบร่วมกับการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน แบ่งระดับความรุนแรงของอาการกำเริบของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็น 3 ระดับ คือ อาการกำเริบเล็กน้อย (Mild AECOPD) อาการกำเริบปานกลาง (Moderate AECOPD) และอาการกำเริบรุนแรง (Severe AECOPD) ประยุกต์ตามเกณฑ์ของ แอนโทนิสันและคณะ (Anthonisen et al., 2003) และ American Thoracic Society and European Respiratory Study Guideline (1995) ซึ่งใช้การซักประวัติและการตรวจร่างกาย นำมาเป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับ ความรุนแรงของอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

1.1 Mild AECOPD มีการซักประวัติพบอาการ 1 อาการ ร่วมกับข้อมูลสนับสนุนจากการตรวจร่างกายพบ อย่างน้อย 2 อาการ

1.2 Moderate AECOPD มีการซักประวัติพบอาการ 2 อาการ ร่วมกับข้อมูลสนับสนุนจากการตรวจร่างกายพบ อย่างน้อย 4 อาการ

1.3 Severe AECOPD มีการซักประวัติพบอาการ ทั้ง 3 อาการ ร่วมกับข้อมูลสนับสนุนจากการตรวจร่างกายพบ อย่างน้อย 6 อาการ

2. แนวปฏิบัติทางคลินิก ในการจัดการอาการกำเริบ ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Clinical Practice Guideline for AECOPD)

หมายถึง แนวปฏิบัติทางคลินิกที่สหสาขาวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและนักกายภาพบำบัด ร่วมกันพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ในการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายในการลดความรุนแรงของอาการกำเริบ โดยเฉพาะสภาวะอาการหายใจลำบาก ลดจำนวนวันนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการกำเริบของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย ขั้นตอน 3 ขั้นตอน คือ

2.1 การประเมินความรุนแรงของอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยวิธีการซักประวัติและการตรวจร่างกาย คัดแปลงมาจากเกณฑ์ของ แอน โทนิสันและคณะ (Anthonisen et al., 2003) และ American Thoracic Society and European Respiratory Study Guideline (1995) แบ่งระดับความรุนแรงของอาการกำเริบเป็น 3 ระดับ คือ อาการกำเริบระดับเล็กน้อย อาการกำเริบระดับปานกลางและอาการกำเริบระดับรุนแรง

2.2 จัดการอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามระดับความรุนแรงที่ประเมินได้ซึ่ง แบ่งเป็น รูปแบบการจัดการกับอาการกำเริบระดับเล็กน้อย รูปแบบการจัดการกับอาการกำเริบระดับปานกลางและรูปแบบการจัดการกับอาการกำเริบระดับรุนแรง

2.3 การประเมินผลการจัดการกับอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการประเมินสถานะอาการหายใจลำบาก จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา

3. การจัดการอาการกำเริบตามวิธีปกติ (Usual Management)

หมายถึง การจัดการอาการกำเริบที่เน้นการจัดการตามแผนการรักษาของแพทย์ โดย ไม่มีรูปแบบการประเมินความรุนแรงของอาการกำเริบ การเลือกแนวทางการรักษา รวมทั้งการดูแลและการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายกลับบ้านที่ชัดเจน การจัดการอาการกำเริบจะขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์แต่ละคนที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบแต่ละราย

4. สถานะอาการหายใจลำบาก (Dyspnea Status)

สถานะอาการหายใจลำบาก หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยถึงความยากลำบากในการหายใจหรือไม่สุขสบายจากการหายใจ เป็นการบอกเล่าของผู้ที่มีประสบการณ์ในความรู้สึกนั้น ไม่สามารถประเมินโดยผู้อื่นได้ (Gift & Cahill, 1990) ซึ่งจะประเมินสถานะอาการหายใจลำบากโดยใช้แบบวัดอาการหายใจลำบากแนวตั้ง (Dyspnea Visual Analogue Scale: DVAS) ของกิฟ (Gift, 1989)

5. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (Length of Stay: LOS)

หมายถึง จำนวนวันนอนรวมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีอาการกำเริบเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ตั้งแต่วันแรกที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการกำเริบและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งเมื่อผ่านเกณฑ์การจำหน่าย ประเมินโดยใช้แบบบันทึกจำนวนวันนอนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

6. ค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล (Cost)

หมายถึง ค่าบริการ ที่เป็นเงินที่โรงพยาบาลโคกสำโรง เรียกเก็บในการให้บริการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบระหว่างรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ครอบคลุม หมวดค่ายาสามัญและยาผสม หมวดค่าตรวจชันสูตร หมวด

ค่าตรวจรักษาทางรังสีวิทยา หมวดค่าบริการตรวจรักษาทั่วไป หมวดค่าตรวจรักษาโรคโดยวิธีการพิเศษต่าง ๆ ของโรงพยาบาลโลกสำโรง โดยใช้เกณฑ์อัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) แต่ไม่รวมค่าสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ ค่ารถ ค่าเดินทางของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินโดยแบบบันทึกค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามเกณฑ์อัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุข

7. ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team)

หมายถึง กลุ่มของบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและนักกายภาพบำบัด มาทำงานร่วมกัน เพื่อวิเคราะห์ปัญหา กำหนดเป้าหมาย ใช้องค์ความรู้ในวิชาชีพของตนเองมาพัฒนา แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการกำเริบ สำหรับผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดสถานะอาการหายใจลำบาก จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการกำเริบสำหรับผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดของการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) และแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline) มาใช้ในงานวิจัยจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแนวคิดการทำงานเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพจะเป็นการทำงานร่วมกันของวิชาชีพต่าง ๆ มากกว่า 2 วิชาชีพขึ้นไป เพื่อวิเคราะห์ปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน ประโยชน์ของการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้มีการใช้องค์ความรู้ในวิชาชีพของตนเองมาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น ส่วนแนวปฏิบัติทางคลินิกซึ่งดัดแปลงมาจากแนวคิดของ Joint Commision on Accreditation of Health Care Organizations: JCAHO (2004) หมายถึง การสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีความเฉพาะของโรค อาการแสดง หรือปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม ลดข้อผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นเช่น การวินิจฉัย การรักษาตลอดจนการดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้นยังช่วยปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ดังนั้นจากประโยชน์ของการทำงานร่วมกันเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าว ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย วิชาชีพแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและนักกายภาพบำบัด มาร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการกับอาการกำเริบของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่1 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกร่วมกันของทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและนักกายภาพบำบัด ซึ่งได้จากการค้นคว้าตำรา

เอกสารงานวิชาการ ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ และการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือมาเป็นส่วนประกอบของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ใช้ในการจัดการอาการกำเริบให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและนักกายภาพบำบัด นัดประชุมเพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคระหว่างการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและร่วมกันปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกให้เหมาะสมในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโลกสำโรงทุกวันพุธ สัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน ก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง ระยะที่ 3 การนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วย ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน ประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความรุนแรงของอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) การเลือกรูปแบบการจัดการอาการกำเริบ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการกับอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งกำหนดว่าในภาวะปกติจะมีการประเมินความรุนแรงของอาการกำเริบแรกเริ่ม โดยแพทย์และ/หรือพยาบาล การเลือกรูปแบบการจัดการอาการกำเริบแรกเริ่มจะปฏิบัติโดยสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและนักกายภาพบำบัด อย่างน้อย 2 วิชาชีพ คือ แพทย์และพยาบาล เพื่อประเมินผลการจัดการอาการกำเริบและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการอาการกำเริบและการประเมินความพร้อมก่อนการจำหน่าย โดยจะใช้เวลาเดียวกับแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยทุกวัน ส่วนในภาวะฉุกเฉิน กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการดูแลต่อเนื่อง ปฏิบัติโดยพยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับแพทย์ เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการกำเริบร่วมกัน ซึ่งจะช่วยกันปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการอาการกำเริบใหม่และเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมเข้าเกณฑ์ในการจำหน่าย พยาบาลสามารถประสานงานกับแพทย์เพื่อพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกัน จากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกร่วมกันของแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและนักกายภาพบำบัดอย่างเป็นระบบและมีการติดตามปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกบนพื้นฐานความรู้ทางวิชาการซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของแต่ละวิชาชีพ เพื่อใช้ในการจัดการอาการกำเริบของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างเหมาะสมน่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสถานะอาการหายใจลำบากลดลงได้ รวมทั้งทำให้จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลงด้วย ผู้วิจัยจึงพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้ ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการกำเริบของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

- ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและนักกายภาพบำบัด จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก จากตำราเอกสารงานวิชาการ ทบทวนงานวิจัย คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือมาเป็นส่วนประกอบของแนวปฏิบัติทางคลินิก

ระยะที่ 2. . การประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิก

- แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและนักกายภาพบำบัด นัดประชุมเพื่อศึกษา ปัญหา และอุปสรรคระหว่างการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและร่วมกันปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม ทุกวันพุธ สัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน

ระยะที่ 3. การนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกไปใช้จริง

1. การประเมินความรุนแรงของอาการกำเริบแรกเริ่ม โดยแพทย์และ/หรือ พยาบาล

2. การเลือกรูปแบบการจัดการอาการกำเริบแรกเริ่ม โดย สหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและนักกายภาพบำบัด อย่างน้อยต้องมี 2 วิชาชีพ คือ แพทย์และพยาบาล

3. การประเมินผลการจัดการอาการกำเริบและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการอาการกำเริบ และการประเมินความพร้อมในการจำหน่าย

3.1 ในภาวะปกติ ประเมินผลการจัดการอาการกำเริบ ปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการอาการกำเริบและประเมินความพร้อมในการจำหน่าย ขณะแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยทุกวัน อย่างน้อย 2 วิชาชีพ คือ แพทย์และพยาบาล

3.2 กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลประสานงานกับแพทย์ เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการกำเริบร่วมกันและปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการอาการกำเริบใหม่

3.3 เมื่อผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ในการจำหน่าย สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้

สถานะอาการหายใจลำบาก ↓

จำนวนวันนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล ↓

ค่าใช้จ่ายในการรักษา ↓

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย