

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD]) เป็นโรคที่มีการอุดกั้นการระบายอากาศในทางเดินหายใจ (airflow limitation) และการอุดกั้นที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้อย่างสมบูรณ์ แต่เป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาได้ (Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease [GOLD], 2011) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่นับวันจะทวีความสำคัญเพิ่มขึ้นทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต อันดับที่ 5 รองจากโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยมีผู้เสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2550 จำนวน 5,692 คนต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 5,761 คนต่อแสนประชากร ในปีพ.ศ. 2551 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2551) และมีประชากรที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นจากในปี พ.ศ. 2552 มีจำนวน 132,205 คน เพิ่มขึ้นเป็น 150,549 คน ในปี พ.ศ. 2553 โดยพบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ถึง 35,560 คน จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2553 จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่างสูงสุด 10 อันดับ พบว่าจังหวัดเชียงใหม่จัดอยู่ในอันดับที่ 6 โดยมีอัตราป่วย 250.29 และมีจำนวนผู้ป่วย 4,096 คน (สำนักโรคบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2553)

จากการสำรวจผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปในชุมชนเมืองและชุมชนรอบนอกเทศบาลเชียงใหม่ พบความชุกร้อยละ 3.7 และ 7.1 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่สำรวจพบในชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะแรก ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะรุนแรง (ชายชาญโพธิรัตน์, 2550) จากสถิติของโรงพยาบาลจอมทองในปี พ.ศ. 2552-2554 พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีอัตราการเข้ารับบริการอยู่ในระดับต้นๆ มาโดยตลอด โดยพบมากเป็นอันดับที่ 3 ของผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม มีจำนวนผู้มารับบริการ 2,122 ราย 2,457 ราย และ 2,823 รายตามลำดับ ส่วนแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษาเป็นอันดับที่ 2 โดยมีจำนวน 84 ราย 106 ราย และ 124 รายตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลจอมทอง, 2554) จากสถิติที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถือเป็นโรคเรื้อรังที่ยังเป็น

ปัญหาของประเทศไทยและในโรงพยาบาลจอมทองมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดคุณภาพการบริการทางคลินิกของโรงพยาบาลอีกด้วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีลักษณะของการดำเนินโรคอย่างช้าๆ แบบค่อยเป็นค่อยไปทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ (American Thoracic Society [ATS], 1999) เป็นกลุ่มของโรคปอดที่ประกอบไปด้วยโรคหลอดลมอักเสบ (chronic bronchitis) และถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) ส่งผลให้เกิดการอุดกั้นของระบบทางเดินหายใจและสัมพันธ์กับการตอบสนองของการอักเสบที่ผิดปกติของปอดต่ออนุภาคของสารหรือก๊าซต่างๆ ที่เป็นพิษ ผลกระทบที่ตามมาคือ ปอดมีการติดเชื้อได้ง่ายมากขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของปอด รวมไปถึงทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ในหลอดลมและถุงลม ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2550; GOLD, 2011)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะสงบ คือระยะที่ผู้ป่วยมีอาการไอ มีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบแต่ไม่มีอาการของโรคกำเริบอย่างเฉียบพลัน และไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ 2) ระยะกำเริบ คือระยะที่ผู้ป่วยมีอาการเลวลงอย่างกะทันหันมีอาการหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น (วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์, ศักดิ์ชัย ลิ้มทองกุล, ประดิษฐ์ เจริญลาภ, และ สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2546) จากอาการและอาการแสดงตามระยะของโรคทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย คือ มีอาการหายใจลำบาก หากความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นจะมีอาการหายใจลำบากขณะออกแรงเพียงเล็กน้อยทำให้ต้องใช้กล้ามเนื้ออก ไหล่ หน้าท้องเพื่อช่วยในการหายใจเป็นผลให้กล้ามเนื้อต่างๆ อ่อนแรง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2553) และทำให้ความทนในการทำกิจกรรมลดลง ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบทำให้ปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ได้น้อยลงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้หรือทำงานได้ช้าลง ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องขาดงาน ขาดรายได้ บทบาทหน้าที่ในสังคมลดลง นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อสภาวะจิตใจและอารมณ์อีกด้วย เช่น ผู้ป่วยมีภาวะเครียด วิตกกังวล หงุดหงิด โมโหง่าย ขาดความมั่นใจ หดหู่ ซึมเศร้า ท้อแท้และสิ้นหวัง เป็นต้น (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2550; GOLD, 2009)

การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมุ่งเน้นการบรรเทาอาการของโรค การป้องกันการกำเริบของโรค การป้องกันความก้าวหน้าของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ชะลอการทำงานของปอดให้เสื่อมช้าลง และเพิ่มสมรรถภาพปอดที่เสียไป การรักษาแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ 1) การรักษาโดยการให้ยา ประกอบด้วย ยาขยายหลอดลม (bronchodilators) ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroid) ยาต้านจุลชีพ (antibiotics) และยาอื่นๆ เช่น ยาละลายเสมหะ (mucolytic agent) วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (influenza vaccines) และยาระงับอาการไอ เป็นต้น และ 2) การรักษาโดยการไม่ใช้ยา จะเน้นการเลิกสูบบุหรี่ การใช้ออกซิเจนบำบัด การรักษาด้วยโภชนาการบำบัด การผ่าตัดและการฟื้นฟู

สมรรถภาพปอด ซึ่งเป็นวิธีการที่สำคัญในการลดอาการกำเริบ และความรุนแรงของการกำเริบ ลดการนอนโรงพยาบาล และลดการเสียชีวิตได้ (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2550; ชัยวัฒน์ บำรุงกิจ, จตุพร วงศ์สาธิตกุล, และ ณรัตน์ พิชัยยงกว้างศักดิ์, 2545; สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2553; GOLD, 2009)

การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นการใช้โปรแกรมการบำบัดรักษาที่ดำเนินโดยทีมสหวิชาชีพ ที่ออกแบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการทำหน้าที่ของร่างกายและคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระในการควบคุมตนเองของผู้ป่วย (ATS, 1999) การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีวัตถุประสงค์ เพื่อลดอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน องค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดประกอบด้วย การออกกำลังกายโดยทั่วไป การฝึกกล้ามเนื้อหายใจ การให้คำแนะนำปรึกษาการใช้ยา การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม การรักษาด้วยออกซิเจนในระยะยาว รวมทั้งการสนับสนุนด้านจิตใจ (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2553; GOLD, 2011) เมื่อผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างสม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มความทนในการออกแรงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ความรู้สึกหายใจเหนื่อยหอบลดลง ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้อีกด้วย (American College of Chest Physicians and American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation [ACCP/AACVPR], 2007)

โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 210 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และได้รับการพัฒนาให้เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายสายได้ ได้รับการประเมินให้เป็นโรงพยาบาลประกันสุขภาพ (hospital accreditation) มีศักยภาพในการดูแลรักษาพยาบาลโดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา แต่ในส่วนของ การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน และไม่มีแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ โดยที่ผ่านมาโรงพยาบาลจอมทองเคยมีการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาแล้วในปี พ.ศ. 2547 แต่การดำเนินงานยังไม่ชัดเจนเป็นระบบและขาดความต่อเนื่องในการทำงาน เนื่องจากบุคลากรผู้รับผิดชอบมีการย้ายสถานที่ทำงาน ร่วมกับการขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงาน จึงไม่สามารถจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอกขึ้นมาได้อีก การบริการจึงเป็นเพียงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การใช้ยาที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย การมาพบแพทย์ตามนัด ส่วนใหญ่จะเป็นการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยใน โดยพยาบาล ยังไม่มีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดซึ่งถือว่าเป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยลดอาการกำเริบและความรุนแรงของโรคได้

จากการสำรวจข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลพบว่า ในปี พ.ศ. 2552-2554 มีรายงานอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 12.18 14.37 และ 18.48

ตามลำดับ อัตราการกลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 6.70 8.49 และ 9.30 ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลจอมทอง, 2554) สำหรับผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการเก็บข้อมูลจากงานวิจัยของวราภรณ์ บุญมา (2547) เกี่ยวกับระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาที แต่หลังจากนั้นยังไม่ได้เก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง สำหรับการประเมินถึงระดับของความรุนแรงอาการหายใจเหนื่อยหอบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงไม่มีการเก็บบันทึกข้อมูล

จากการศึกษาสำรวจเบื้องต้นของผู้ศึกษาในเดือนกันยายน ถึง ธันวาคม 2552 โดยการสอบถามผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยในจำนวน 10 ราย พบว่าทั้ง 10 ราย มีความรู้ที่ไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มี 2 รายที่ยังคงสูบบุหรี่ และยังพบว่า 3 รายไม่มีความรู้เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเลย ในขณะที่อีก 7 รายมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอยู่บ้าง แต่ไม่ได้มีการปฏิบัติตามการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถจัดการกับอาการหายใจเหนื่อยหอบกำเริบได้ จึงต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประมาณเดือนละ 1-3 ครั้ง

จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการจัดการที่ไม่เป็นระบบและมีผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้เป็นปัญหาสำคัญของหน่วยงาน ดังนั้นจึงต้องมีการปรับปรุงเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้น ผู้ศึกษาและหน่วยงาน ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้มีความคิดเห็นตรงกันว่าควรมีการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและทีมผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขึ้น รวมทั้งมีการนำการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมาใช้กับผู้ป่วย และการที่จะดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยการปฏิบัติการพยาบาลที่มีพื้นฐานบนความรู้เชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นการปฏิบัติโดยใช้ความรู้ หรือข้อมูลที่ได้รับการตรวจสอบ หรือพิสูจน์แล้วว่าเป็นจริงด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนผลลัพธ์จากการปฏิบัติที่เกิดขึ้นได้ผลดี ถูกต้อง ไม่เป็นอันตราย (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines) ก็เป็นเครื่องมือที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์

แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ข้อความหรือข้อกำหนดที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้รับการวิเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ให้บริการเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสม (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization [JCAHO], 2004) ดังนั้นในการนำแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมาใช้ในหน่วยงานก็จะสามารถทำให้หน่วยงานมีรูปแบบการดูแล

ผู้ป่วยที่ชัดเจนและมีแนวทางในการดูแลอย่างเป็นระบบมากขึ้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้มาใช้บริการ และยังช่วยยกระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลได้อีกด้วย

ผู้ศึกษาได้ทำการสืบค้นแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากฐานข้อมูลต่างๆ พบว่ามีแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ในต่างประเทศ เช่น วิทยาลัยโรคทรวงอกและสมาคมโรคหัวใจและหลอดเลือดและการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดประเทศสหรัฐอเมริกา (ACCP/AACVPR, 2007) สมาคมโรกระบบทางเดินหายใจประเทศญี่ปุ่น (Japanese Respiratory Society, 2004) และองค์การอนามัยโลกร่วมกับสถาบันหัวใจ ปอดและระบบเลือดแห่งชาติ (National Heart Lung and Blood Institute) สำหรับในประเทศไทยเองก็ได้มีการนำแนวปฏิบัติการคลินิกสำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปใช้ เช่น แนวปฏิบัติที่พัฒนาโดย กนกพิณ อยู่ภู (2551) ร่วมกับทีมพยาบาล แพทย์ ที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย และได้มีผู้นำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ในโรงพยาบาลปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน (ปาวีณา สุขเก่า, 2553) โดยพบว่าให้ผลลัพธ์ที่ดี ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ลดลง มีความทนทานในการออกกำลังกาย มีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ดีขึ้น และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีแนวปฏิบัติที่พัฒนาโดยจุฬารัตน์ สุริยาทัย, นภาพร มหายศนันท์, และ หทัยรัตน์ เวชมนัส (2550) จากโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน โดยพบว่าให้ผลลัพธ์ที่ดี ได้แก่ ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยหอบลดลง ระยะทางที่เดินบนพื้นราบใน 6 นาทีเพิ่มขึ้น จำนวนครั้งของการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ และการกลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอกลดลง

จากการนำเสนอแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาโดย กนกพิณ อยู่ภู (2551) และแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน (จุฬารัตน์ สุริยาทัย และคณะ, 2550) สารสำคัญครอบคลุมเนื้อหาเหมือนกัน มีเพียงกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในแนวปฏิบัติมีความแตกต่างกัน โดยในการศึกษาของ กนกพิณ อยู่ภู จะวัดผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการ ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ส่วนโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน จะวัดผลลัพธ์ที่เป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพด้านการบริการ อัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำและอัตราการมาใช้บริการซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งจะสามารถมองเห็นได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีทำให้การมาใช้บริการที่โรงพยาบาลลดลง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาและทีมเห็นว่า แนวปฏิบัติของโรงพยาบาลบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน โดยพรวิภา ยาสมุทร และคณะ (2552) ซึ่งได้จัดหมวดหมู่สารสำคัญแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของโรงพยาบาล ท่าวังผา จังหวัดน่าน (จุฬารัตน์ สุริยาทัย และคณะ, 2550) ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ประยุกต์มาจากแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของสมาคมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

และหัวใจของสหรัฐอเมริกา (American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation [AACVPR], 1999) ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นผลการวิจัยในประเทศไทย แบ่งออกเป็น 3 หมวดหมู่ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว 2) การฝึกทักษะปฏิบัติในการออกกำลังกายและการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และ 3) การดูแลทางด้านจิตสังคม อีกทั้งแนวปฏิบัตินี้ยังได้ผ่านการประเมินคุณภาพ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ (the Appraisal of Guideline Research and Evaluation [AGREE], 2001) พบว่ามีค่าคะแนนในแต่ละหมวดหมู่อยู่ระหว่าง ร้อยละ 83-91 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ดีมาก (พรวิภา ยาสุมทร์, 2553) และได้ผ่านการนำไปใช้ในโรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ (อจิรวดี ห้อยยี่งู, 2552) และโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน (พรวิภา ยาสุมทร์, 2553) ซึ่งแสดงผลลัพธ์ที่ดีจากการใช้แนวปฏิบัติมาแล้ว ดังนั้นจึงได้เลือกแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน เนื่องจากความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนภายใต้ต้น โขบายสุขภาพและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เหมือนกัน แนวปฏิบัตินี้จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในหน่วยงานและน่าจะส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medicine Research Council [NHMRC], 1999) ได้แก่ 1) การจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ละมีการใช้กลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2000) โดยกำหนดผลลัพธ์ระยะสั้น 4 ด้าน คือ 1) ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยหอบ 2) ระยะทางที่เดินบนพื้นราบใน 6 นาที 3) การกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ และ 4) การกลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอก และการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลจอมทอง ที่สำคัญสามารถนำไปปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาผลลัพธ์ดังต่อไปนี้

1. เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยหอบระหว่างกลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
2. เปรียบเทียบระยะทางที่เดินบนพื้นราบใน 6 นาทีระหว่างกลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
3. เปรียบเทียบการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
4. เปรียบเทียบการกลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอกของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

คำถามการศึกษา

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร โดยมีคำถามเฉพาะคือ

1. ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยหอบของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาทีของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. การกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
4. การกลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอกของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระครั้งนี้ เป็นการศึกษาปฏิบัติการ (operations study) เพื่อศึกษากระบวนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และประสิทธิผลภายหลังการดำเนินการ โดยศึกษาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยการศึกษาได้รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2554

นิยามศัพท์

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ข้อความที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นข้อเสนอแนะแก่ผู้ปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ซึ่งพรวิภา ยาสมุทร และคณะ (2552) ได้จัดหมวดหมู่สาระสำคัญของแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน (จุฬารัตน์ สุริยาทัย, นภาพร มหายศนันท์ และ ททัษรัตน์ เวชมนัส, 2550) ที่ประยุกต์มาจากแนวปฏิบัติของสมาคมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและหัวใจของสหรัฐอเมริกา (AACVPR, 1999) ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นผลการวิจัยในประเทศไทย มีองค์ประกอบของการปฏิบัติ 3 หมวดหมู่ ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว 2) การฝึกทักษะปฏิบัติในการออกกำลังกาย การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และ 3) การดูแลทางด้านจิตสังคม

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด หมายถึง การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาผลลัพธ์ดังต่อไปนี้

ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยหอบ (dyspnea intensity) หมายถึง การรับรู้ระดับของอาการหายใจเหนื่อยหอบของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่ามีอาการมากน้อยเพียงใด โดยใช้แบบวัดอาการหายใจเหนื่อยหอบประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Dyspnea Visual Analogue Scale, [DVAS]) ที่ผู้ศึกษาดัดแปลงจากแบบวัดของ กิฟท์ (Gift, 1989) ลักษณะเป็นแบบประเมินเส้นตรงยาวในแนวตั้ง โดยตำแหน่งด้านล่างสุดมีเลข 0 กำกับ หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบเลย และตำแหน่งด้านบนสุดมีเลข 10 กำกับ หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบมากที่สุด

เพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายมากขึ้น จะมีตัวเลข 1 ถึง 10 กำกับตามเส้นตรง ในการใช้แบบวัดนั้นผู้ที่
ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นผู้ประเมินอาการหายใจเหนื่อยหอบด้วยตนเอง โดยการทำ
เครื่องหมายที่ตัวเลขบนเส้นตรงซึ่งแทนค่าอาการหายใจเหนื่อยหอบที่ประสบอยู่ในขณะนั้น ผู้ศึกษา
จะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลบันทึกลงในแบบบันทึกผลลัพธ์ของ พรวิภา ยาสมุทร (2553)

ระยะทางที่เดินบนพื้นราบใน 6 นาที (6 minute walk test [6-MWT]) หมายถึง
ความสามารถในการเดินบนพื้นราบของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายในเวลา 6 นาที โดยมี
หน่วยวัดเป็นเมตร ผู้ศึกษารวบรวมจากแบบบันทึกการวัดระยะทางการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาทีใน
รายงานของผู้ป่วยและบันทึกในแบบบันทึกผลลัพธ์ของ พรวิภา ยาสมุทร (2553)

การกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (readmission)
หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีการกลับมา
นอนโรงพยาบาลซ้ำที่แผนกผู้ป่วยในด้วยโรคและอาการเดิมภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาล โดยไม่ได้นัดหมายล่วงหน้า โดยผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและบันทึกใน
แบบบันทึกผลลัพธ์ของ พรวิภา ยาสมุทร (2553)

การกลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอก (revisit) หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรังมารับการตรวจรักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลด้วยโรคและอาการเดิม
ภายใน 48 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาครั้งสุดท้ายโดยไม่มีนัดหมายล่วงหน้า โดยผู้ศึกษา
รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและบันทึกในแบบบันทึกผลลัพธ์ของพรวิภา ยาสมุทร (2553)

ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมี
ความรุนแรงของโรคระดับ 2 และระดับ 3 จากการประเมินด้วยสไปโรเมตรี (GOLD, 2011) ที่มา
รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัด
เชียงใหม่