

นิพนธ์กัณฉบับ

ประสิทธิผลของระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

สุวรรณี หนักแน่น*, ปรีกษ์มกล รัชกุล**, อภิชาติ คณิตทรัพย์***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ใช้การวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในผู้ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายในทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงน้อยถึงรุนแรงมาก จำนวน ๓๘ ราย มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์พัฒนา จังหวัดบุรีรัมย์ ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๕๕ – พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ ศึกษาโดยใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว ได้รับการบริการตามระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่ายร่วมกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการเกิดอาการหอบกำเริบ จำนวนครั้งของกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภายใน ๒๘ วัน ค่าสมรรถภาพปอด คุณภาพชีวิต

ผลพบว่าหลังการใช้ระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนระยะเวลา ๓ เดือน กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการเกิดอาการหอบกำเริบลดลงจาก ๐.๘๑ ครั้ง/คน/เดือน เป็น ๐.๕๑ ครั้ง/คน/เดือน และมีผู้ป่วย ๑ รายที่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภายใน ๒๘ วัน ก่อนการศึกษาจำนวน ๕ ครั้ง ลดลงเหลือ ๑ ครั้ง ค่าสมรรถภาพปอด และคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการใช้ระบบการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญ (ค่า $p < 0.001$)

การศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นมุมมองใหม่ในกระบวนการจัดการระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับโรงพยาบาลชุมชน โดยควรทำการศึกษาซ้ำในระยะยาวและมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป

คำสำคัญ: อัตราการเกิดอาการหอบกำเริบ, ค่าสมรรถภาพปอด, คุณภาพชีวิต

วันที่รับบทความ: ๐๔ พฤษภาคม ๒๕๕๕

วันที่อนุญาตให้ตีพิมพ์: ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๕

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีความผิดปกติที่สำคัญคือ มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร อาการของโรคจะเลวลงเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลก คาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ ๓๐ และจะทำให้โรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็น ๓ อันดับแรกของประชากรโลก^๑ สำหรับประเทศไทย จัดเป็นสาเหตุการตาย ๕ อันดับแรกของประชากรไทย^๒ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD)

เป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรโลก ประเทศไทย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะทุกข์ทรมาน ต้องมีชีวิตอยู่กับโรค ความเสื่อม ความพิการและอาการที่คุกคามไปตลอดชีวิต^๓ ทำให้เกิดเป็นผลกระทบในทุกๆ ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยจึงเกิดความเครียด ซึมเศร้า และการหมดหวัง ท้อแท้ในชีวิต^๔ และการต้องพึ่งพาผู้อื่นก็มากขึ้น ซึ่งย่อมที่จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและต่อครอบครัวตามมา^๕ จากผลกระทบดังกล่าวทำให้คุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง ซึ่งปัจจัยที่มี

* โรงพยาบาลบุรีรัมย์พัฒนา จังหวัดบุรีรัมย์

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** โครงการจัดตั้งภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อาการของโรค การดูแลตนเองทั้งร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนทางสังคมตามวาระและความจำเป็น บริการของทีมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม^๑

โรงพยาบาลชุมชนได้มีบริการของทีมสุขภาพในรูปแบบของ Easy COPD Clinic เป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวทางการวินิจฉัยของ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease^๒ โดยแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ และทีมสุขภาพด้านต่างๆ สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาได้อย่างเป็นระบบ^๓ แต่รูปแบบนี้ยังขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องในรายที่มีปัญหาซับซ้อนที่ต้องการการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านและการศึกษาอื่นๆ^{๔-๑๑} จะเห็นว่าส่วนใหญ่จะมุ่งจัดการกับอาการ การดูแลตนเองของผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม แต่มีส่วนน้อยที่จะเน้นที่การบริการของทีมสุขภาพและการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งรูปแบบการบริการแต่ละอย่างมีจุดเด่น แต่ยังขาดความครอบคลุมในเชิงของการบริการแบบผสมผสานที่ให้บริการตั้งแต่ต้นจนถึงให้เกิดความต่อเนื่อง อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาในเรื่องของการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และด้วยพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยจะมีการดำเนินของโรคอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต^{๑๒}

จากการทบทวนวรรณกรรม^{๑๓} พบว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพและการใช้แนวคิดการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพสามารถลดอัตราการ re-admit เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ ดังนั้นการวิจัยนี้จึงศึกษาประสิทธิภาพของระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Easy COPD Clinic^๒ ในการให้บริการผู้ป่วยและในรายที่มีปัญหาซับซ้อนจะมีการส่งต่อไปยังการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านเพื่อการจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ เช่น สิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่าเป็นระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน ได้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข^{๑๔,๑๕} ที่เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบครบวงจร ภายใต้ชื่อ “คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจร” ในโรงพยาบาลทั่วประเทศ เพื่อช่วยคนไข้เข้าถึงการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และจะต้องมีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน อันจะทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้

ประสิทธิผลที่คาดหวังคือการเกิดอาการหอบกำเริบ และการกลับมานอนโรงพยาบาลลดลง ค่าสมรรถภาพปอด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง โดยศึกษาในผู้ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย ในทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงน้อยถึงรุนแรงมาก จำนวน ๓๘ ราย ที่มารับบริการที่ตรวจรักษาที่คลินิกโรคหอบหืด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระบี่ชัยพัฒนา จังหวัดพังงา ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๕๔ – พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นการศึกษโดยใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกรายงานเพื่อติดตามอาการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกรวรรณ จันทิมพะ^{๑๖} ข้อคำถามทั้งหมด ๒๓ ข้อใน ๖ องค์ประกอบ คือ ๑) ความผาสุกทางด้านร่างกาย ๒) ความผาสุกทางด้านจิตใจ ๓) ความคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ๔) ความคำนึงเกี่ยวกับสังคม ๕) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือและ ๖) ภาวะโภชนาการ มีตัวเลขกำกับค่าคะแนนบนเส้นตรงอยู่ในช่วง ๐-๑๐๐ คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึงผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และคะแนนต่ำ หมายถึงผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ๕ ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา ๐.๙๑ และได้ค่าความเชื่อมั่น ๐.๘๓

การดำเนินการวิจัยตามแผนการจัดกิจกรรมในระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบของการให้บริการตามรูปแบบ Easy COPD Clinic^๒ ที่มีการให้บริการโดยสหสาขาวิชาชีพ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยรายที่มีปัญหาซับซ้อนโดยการติดตามอาการ จัดการกับสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบ โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพไว้ชัดเจน ได้แก่

๑. **พยาบาลจุดที่ ๑** มีพยาบาลวิชาชีพจุดนี้จำนวน ๒ คน จะมีการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยดูจากการซักประวัติ ประเมินอาการและความรุนแรงของโรคจากค่าสมรรถภาพปอดที่ผู้ป่วยเป่าได้ในค่าที่สูงที่สุดและการตรวจร่างกาย มีการประเมินครอบครัว อารมณ์ สังคม จิตใจ ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ประเมินและตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ยา กิน และการใช้ยาพ่น ลงข้อมูลที่ได้จากการประเมิน และจัดกลุ่มให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับนักโภชนาการเพื่อให้ความรู้ด้านโภชนาการ

สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและจัดกลุ่มให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดด้วยโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อ ๗ ท่า โดยเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ในขั้นตอนนี้หากโรงพยาบาลชุมชนใดที่ไม่มีนักโภชนาการและเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน โรงพยาบาลสามารถให้ความรู้เรื่องโภชนาการและการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแทนได้ หลังจากนั้นจึงส่งผู้ป่วยพบแพทย์

๒. แพทย์ จะมีการประเมินอาการของผู้ป่วยจาก OPD card และให้การรักษาดูแลตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) นัดประเมินติดตามการรักษาเดือนละครั้ง และประเมินการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อส่งต่อให้พยาบาลยังจุดที่ ๒ ต่อไป

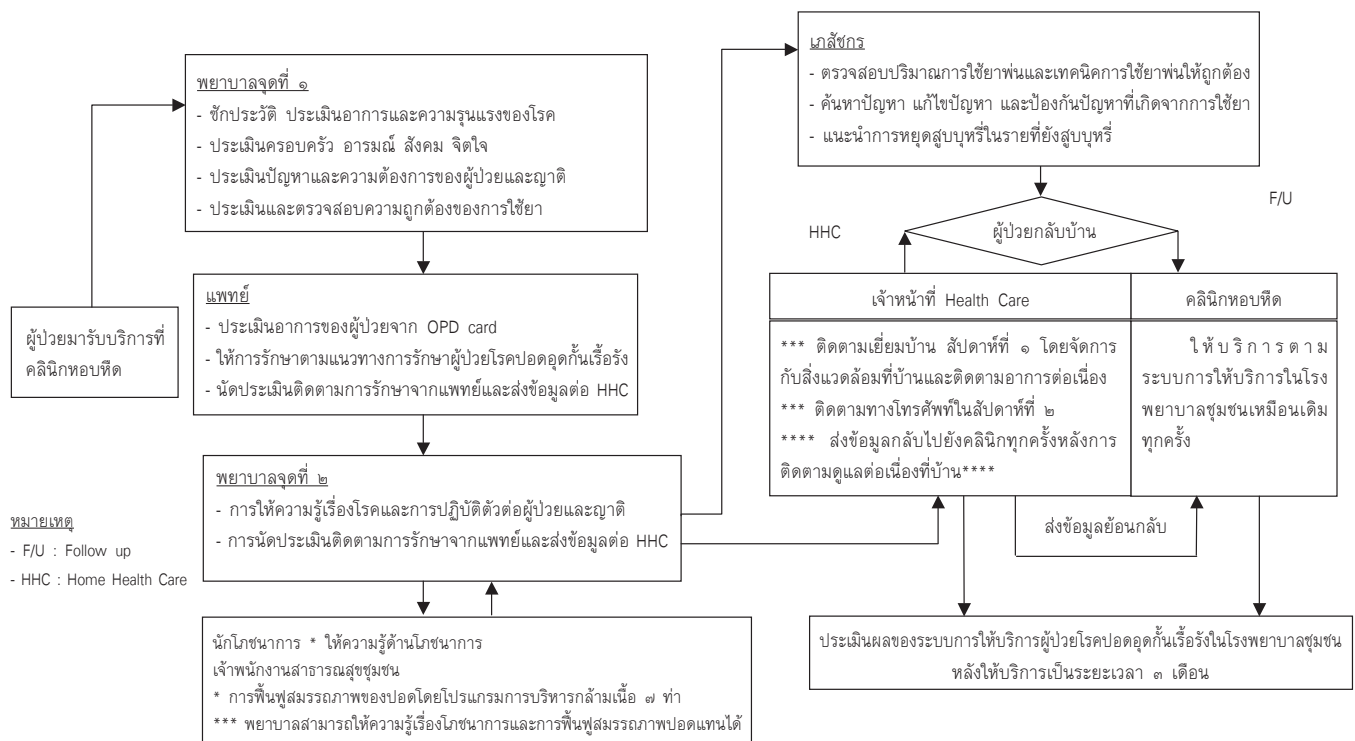
๓. พยาบาลจุดที่ ๒ จะให้บริการต่อจากแพทย์ โดยมีการให้ความรู้เรื่องโรคและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติในเรื่องของการบริหารยา การออกกำลังกาย การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบกำเริบก่อนมาโรงพยาบาล มีการนัดประเมินติดตามการรักษาจากแพทย์ส่งผู้ป่วยรับยาต่อไป และพยาบาลจุดนี้จะต้องส่งข้อมูลของผู้ป่วยที่แพทย์

ประเมินแล้วว่าต้องมีการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อเจ้าหน้าที่ Home Health Care ภายหลังการมารับบริการแต่ละครั้ง

๔. เภสัชกร จะมีการตรวจสอบปริมาณการใช้ยาพ่นและเทคนิคการใช้ยาพ่นให้ถูกต้อง โดยการให้ผู้ป่วยพ่นยาเองและประเมินวิธีการพ่นยาโดยใช้แบบประเมินที่จัดทำขึ้น เภสัชกรจะให้ผู้ป่วยพ่นยาซ้ำจนถูกต้องทุกขั้นตอน มีการค้นหาปัญหา แก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา รวมทั้งมีการแนะนำให้หยุดสูบบุหรี่ในรายที่ยังสูบบุหรี่

๕. เจ้าหน้าที่ Home Health Care จะรับข้อมูลการส่งต่อของผู้ป่วยที่จะต้องมีการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากพยาบาล หลังจากนั้นจะมีการวางแผนเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ ๑ โดยจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่บ้านและติดตามอาการต่อเนื่อง ประสานงานกับชุมชนตามความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และมีการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ ๒ ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวนครั้งของการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและการวางแผนการดูแลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพภายหลังที่เจ้าหน้าที่ Home Health Care ส่งข้อมูลของผู้ป่วยย้อนกลับมาที่คลินิกหลังการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแต่ละครั้ง

จากรูปแบบของระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน ดังแผนภาพที่ ๑



แผนภาพที่ ๑ ระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลชุมชน

ขั้นตอนการทดลอง

ครั้งที่ ๑ เมื่อเริ่มดำเนินการวิจัยครั้งแรกในเดือนกรกฎาคม สัปดาห์ที่ ๒ มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการใช้ระบบบริการ ๑๘ ราย ไม่มาตามนัด ๒ ราย และสัปดาห์ที่ ๓ ของการนัดกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออีก ๒๐ ราย มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการใช้ระบบบริการ ๑๕ ราย ไม่มาตามนัด ๕ ราย ผู้วิจัยจึงได้ติดตามกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ได้เข้าร่วมการใช้ระบบบริการให้บริการอีก ๗ ราย โดยการตามไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่มาเข้าร่วมโปรแกรมอีก ๗ ราย และได้นัดให้กลุ่มตัวอย่างมาเข้าร่วมการใช้ระบบบริการในสัปดาห์ที่ ๔ ของเดือนกรกฎาคม

๑. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลา และประโยชน์ที่ได้รับ และขอความร่วมมือ ในการเข้าร่วมวิจัย ให้โอกาสซักถามข้อสงสัย เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ จึงให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ ให้เข้าใจอย่างชัดเจนก่อนลงนาม

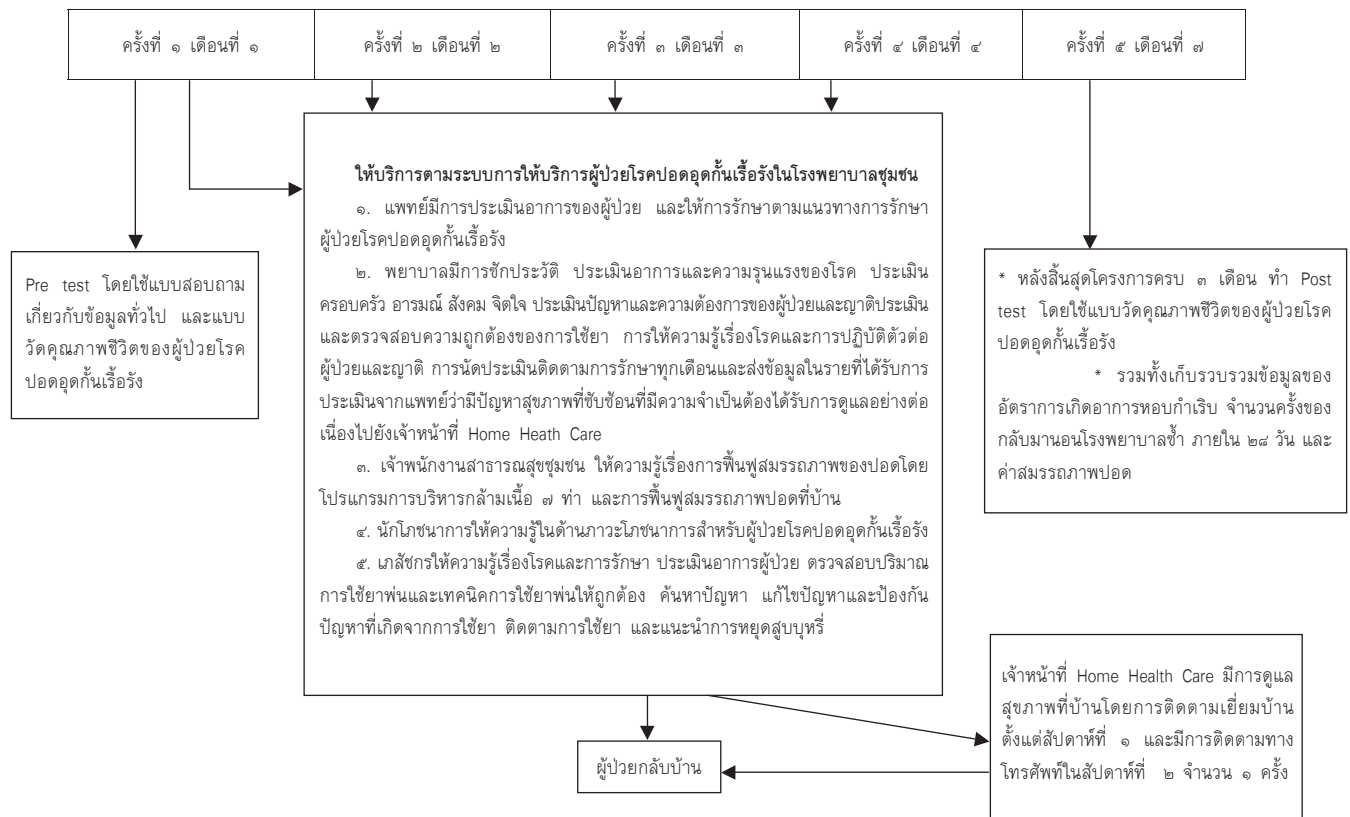
๒. ภายหลังกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และลงนามในใบยินยอม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre test) โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมขั้นตอนทั้งหมดนี้จะใช้เวลา ๓๐ นาที

๓. หลังจากกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายถึงระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนจะใช้ระยะเวลาในการให้การพยาบาลตามระยะเวลาของการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังแผนผู้ป่วยนอก ซึ่งใช้เวลาประมาณ ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาทีต่อการให้บริการแต่ละครั้ง

๔. ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมใช้ระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน โดยการดำเนินการตามแผนการจัดกิจกรรมในระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน จากผู้ป่วยที่ได้รับการตามรูปแบบของ Easy COPD Clinic เรียบบรื้อแล้ว มีผู้ป่วยจำนวน ๒ รายที่ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้มีการส่งต่อข้อมูลไปยังเจ้าหน้าที่ PCU เพื่อให้มีการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ตั้งแต่สัปดาห์ที่ ๑ และมีการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ ๒ จำนวน ๑ ครั้ง ในรายที่ไม่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนจำนวน ๓๘ รายจะมีการติดตามผลการรักษาตามปกติของระบบการให้บริการ

ครั้งที่ ๒ / ครั้งที่ ๓ / ครั้งที่ ๔ จากการให้บริการตามระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครั้งแรกของเดือนกรกฎาคม เป็นจำนวน ๓ สัปดาห์ ครั้งที่ ๒ ผู้วิจัยได้นัดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๔๐ ราย ให้มารับบริการพร้อมกันในสัปดาห์เดียว แต่มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมทั้งหมด ๓๘ ราย เนื่องจากย้ายที่อยู่ ๑ รายป่วยเป็นโรคเฝ้าในปอดและแพทย์วินิจฉัยเป็นวัณโรคปอด ๑ ราย จึงเข้าเกณฑ์ของการยุติการเข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมใช้ระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน โดยการดำเนินการตามแผนการจัดกิจกรรมในระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนในลักษณะเดิม ทุกครั้งที่มารับบริการอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ ๑ ชั่วโมง ๔๕ นาที (ดังแสดงในแผนภาพที่ ๒) และมีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ๒ รายซึ่งเป็นผู้ป่วยคนเดียวจากการส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านในครั้งแรก



แผนภาพที่ ๒ แผนการจัดกิจกรรมตามระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลชุมชน

ครั้งที่ ๕ หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับบริการตามระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลชุมชนในลักษณะเดิมจนครบ ๓ เดือน และติดตามภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมอีก ๓ เดือน ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post test) โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลของอัตราการเกิดอาการหอบกำเริบ อัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ ภายใน ๒๘ วัน และค่าสมรรถภาพปอดจากแบบบันทึกที่จัดทำขึ้น และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยแบบรายงานผู้ป่วยของงานผู้ใน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและรายงานจากงานสารสนเทศที่สรุปไว้ทุกเดือน

จากการเข้าร่วมการใช้ระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลชุมชนตลอดระยะเวลา ๓ เดือน มีผู้ป่วย ๒ ราย ที่ยังคงมีอาการหอบกำเริบอยู่ทุกครั้งที่ในวันที่มารับบริการตามระบบการนัด และมีปัญหาการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนจึงได้มีการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านทุกเดือน การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ก่อนลงมือดำเนินการวิจัย เลขที่อนุมติ ๐๑๔/๒๐๑๑ และผ่านการขออนุญาตทำการศึกษาในพื้นที่

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยวิธีแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเกิดอาการหอบกำเริบ จำนวนครั้งของการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน ๒๘ วัน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (re-admitted) ก่อนการใช้ระบบการให้บริการ และหลังการใช้ระบบการให้บริการ ๓ เดือน โดยการอธิบายผล และเปรียบเทียบสมรรถภาพปอด คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการศึกษา

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลชุมชนแบบเดิมนั้น ผู้ป่วยจะมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกพร้อมกับผู้ป่วยทั่วไป ไม่มีทีมเฉพาะในการให้บริการ ในระหว่างที่รอพบแพทย์ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนสุขศึกษารายกลุ่มตาม

หัวข้อที่เจ้าหน้าที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นหัวข้อที่ไม่ได้เฉพาะเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีการนัดติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยหลังให้การรักษา ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในเรื่องของการใช้ยา แต่ไม่ได้มีการปฏิบัติจริง ไม่มีการฝึกออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วย และผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาการดูแลที่ซับซ้อนหลังรับยาแล้วกลับบ้าน นัดติดตามผลการรักษาอีก ๑ เดือน อัตราการเกิดอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ เฉลี่ย ๒.๔๕ ครั้ง/คน/เดือน รวมทั้งจำนวนครั้งของการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน ๒๘ วันหลังการจำหน่าย (re-admitted) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มโรคอื่นๆ จัดเป็นอันดับหนึ่งของทุกปีติดต่อกัน ๓ ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๒)

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการใช้ระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน (N=๓๘)

คุณภาพชีวิต	คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (n=๓๘)	SD (n=๓๘)	t-test	p-value
ความผาสุกทางด้านร่างกาย				
ก่อนการทดลอง	๔๘.๖๘	๑๗.๗๕	๑๒.๐๐๗	<๐.๐๐๑
หลังการทดลอง	๖๑.๓๖	๑๔.๘๗		
ความผาสุกทางด้านจิตใจ				
ก่อนการทดลอง	๕๙.๒๘	๑๔.๖๐	๘.๔๗๘	<๐.๐๐๑
หลังการทดลอง	๖๗.๓๐	๑๓.๐๒		
ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์				
ก่อนการทดลอง	๕๔.๔๗	๑๗.๑๘	๙.๐๐๘	<๐.๐๐๑
หลังการทดลอง	๖๕.๒๖	๑๔.๘๗		
ความคำนึงเกี่ยวกับสังคม				
ก่อนการทดลอง	๕๘.๖๔	๑๗.๒๓	๗.๗๕๔	<๐.๐๐๑
หลังการทดลอง	๖๕.๙๖	๑๔.๙๘		
การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา				
ก่อนการทดลอง	๔๕.๙๗	๑๘.๒๑	๑๓.๓๑๗	<๐.๐๐๑
หลังการทดลอง	๖๒.๖๙	๑๕.๙๖		
ภาวะโภชนาการ				
ก่อนการทดลอง	๖๑.๘๔	๑๗.๔๘	๖.๑๔๐	<๐.๐๐๑
หลังการทดลอง	๖๗.๙๖	๑๕.๕๖		
คุณภาพชีวิตโดยรวม				
ก่อนการทดลอง	๕๔.๖๖	๑๒.๙๕	๑๒.๔๗๔	<๐.๐๐๑
หลังการทดลอง	๖๔.๘๘	๑๑.๘๔		

วิจารณ์และสรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า จำนวนครั้งของการเกิดอาการกำเริบ การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำลดลง สมรรถภาพปอดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า ระบบการให้บริการโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบของการให้บริการตาม Easy COPD Clinic ที่มีให้บริการโดยสหสาขาวิชาชีพ แพทย์จะรักษาตามระดับความรุนแรงของโรค เภสัชกรจะสอนการพ่นยาจนผู้ป่วยสามารถพ่นยาได้ถูกต้อง พยาบาลแนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยการออกกำลังกาย หายใจแบบเป่าปาก ซึ่งระบบการรักษาผู้ป่วยแบบนี้จะช่วยให้พยากรณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีอาการตีบแคบของหลอดลมทำให้เกิดการอุดกั้นในหลอดลมลดลง เนื่องจากการได้รับยาตามความรุนแรงและการพ่นยาที่ถูกวิธีร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ปอดจะช่วยลดการอุดกั้นของหลอดลม เพิ่มการระบายอากาศ ส่งผลให้ปริมาตรอากาศที่เข้า-ออก แต่ละครึ่งเพิ่มขึ้น การแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมปอดดีขึ้น ส่งเสริมให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น ผู้ป่วยเกิดอาการหอบกำเริบลดลง และในรายที่มีปัญหาซับซ้อนได้มีการส่งต่อไปยังการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งได้ดูแลในด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการหอบกำเริบ ทำให้ลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของชาญชัย จันทรรักษ์กุล^{๑๑} ที่ได้พัฒนารูปแบบการจัดคลินิกบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการจัดบริการตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย เน้นการให้บริการเป็นทีม จัดเครือข่ายบริการกรณีต้องการการส่งต่อเพื่อรักษาพบว่า การมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินลดลงจาก ๒๓๘ เหลือ ๔๔ ครั้ง/ปี ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถลดอาการ

กำเริบที่ทำให้ต้องมาโรงพยาบาลฉุกเฉินด้วยอาการหอบ และเข้าออก โรงพยาบาลซ้ำๆ เพราะไม่สามารถควบคุมอาการได้ แต่การศึกษาในครั้งนี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงควรทำการศึกษาซ้ำโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม ก่อนที่จะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการนำรูปแบบไปปรับใช้ในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

ปัจจัยและกลยุทธ์ที่ส่งเสริมความสำเร็จ

- ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความร่วมมือ มีการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความคิดเห็นและร่วมกันตัดสินใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จครั้งนี้

- นำปัญหาการจัดตั้งคลินิกหอบหืดและระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไว้ในระบบการพัฒนาคุณภาพ เพื่อกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาล และทีมผู้บริหารเห็นความสำคัญของการจัดตั้งคลินิกหอบหืด โดยให้การสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเป็นอย่างดี

ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนา

- ทีมสหสาขาวิชาชีพบางรายยังขาดองค์ความรู้ และทักษะในการให้บริการตามระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งได้มีการอธิบายรายละเอียดต่างๆ ตามระบบการให้บริการเพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

- การจัดประชุมร่วมกันทำได้ยาก เนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพจะมีภารกิจเกี่ยวกับการอบรม การประชุมจึงมีอุปสรรคบ้าง ทำให้การสื่อสารไม่ทั่วถึงพร้อมกัน มีผลต่อการปฏิบัติตามข้อตกลง จึงได้ใช้วิธีการจดบันทึกและชี้แจงรายละเอียดภายหลังเพื่อให้การสื่อสารดีขึ้น

สรุปผลการศึกษา

จากการวิจัยครั้งนี้ การให้บริการตามระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนสามารถลดจำนวนครั้งของการเกิดอาการหอบกำเริบ การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ และเพิ่มสมรรถภาพปอดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

เอกสารอ้างอิง

๑. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๕๘. กรุงเทพฯ: การพิมพ์; ๒๕๕๘.

๒. World Health Organization. Burden of COPD. [Internet]. 2007 [cited 2010 feb 2010] Available from <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/index.html>; 2007.
๓. ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. สำนักโรคไม่ติดต่อข้อมูล และสถิติโรคไม่ติดต่อ. [อินเทอร์เน็ต] ๒๕๕๑ [เข้าถึงเมื่อ ๒๐ ก.พ. ๒๕๕๓]. เข้าถึงได้ จาก: <https://www.thaincd.com>
๔. Carrieri-Kohlman V, Janson-Bjerkie S. Managing dyspnea. In Hinshaw AS, Feetham SL Shaver JL editors. Handbook of Clinical Nursing Research. London: Sage; 1999. p.379-92.
๕. อัมพรพรรณ ชีรานูตร. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท; ๒๕๔๒.
๖. วิลาวรรณ เสนารัตน์. การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับบริการโรงพยาบาลนครพิงค์. เชียงใหม่ : โครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๐.
๗. อาภาภรณ์ สุนทรจตุรวิทย์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ๒๕๕๖.
๘. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2008. <http://www.goldcopd.com> Accessed June 11, 2010; 2006.
๙. รัชรา บุญสวัสดิ์. เอกสารการประชุม Easy COPD Clinic Workshop. วันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๔; ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์; ๒๕๕๔.
๑๐. กรวรรณ จันทพิมพ์. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางกายภาพต่อสมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; ๒๕๕๐.
๑๑. บุญช่วย เคหฐาน. การบริการดูแลต่อเนื่องฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ๒๕๕๐.

๑๒. Chaicharn Pothirat, Kingkaew Somrit, Nittaya Petchsuke, et al. Suandok intensive exercise training program for COPD patients: A short and long term efficacy analysis. (บทคัดย่อ) หนังสือประกอบการประชุมสามัญประจำปี สหสมาคมเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย Collaborations in Pulmonary Medicine. ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๕๔; โรงแรมอิมพีเรียลภูเก็ต จ. เพชรบุรี; ๒๕๕๔.
๑๓. จันทร์จิรา วิรัช. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๒๕๕๔.
๑๔. ชัยเวช นุชประยูร. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยูนิคั๊ พับลิเคชั่น; ๒๕๕๒.
๑๕. นันทพร พิษะยะ. ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; ๒๕๕๖.
๑๖. ไพจิตร วราชาติ. พบ ๕ โรคเรื้อรังคุกคามคนไทย. [อินเทอร์เน็ต] ๒๕๕๓ [เข้าถึงเมื่อ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓] เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th>
๑๗. สุชัย เจริญรัตนกุล. หนูณ สปสช.ชุด “คลินิกปอดเรื้อรังอุดกั้น” ครอบคลุมจรใน รพ.ทั่วประเทศ. [อินเทอร์เน็ต] ๒๕๕๕ [เข้าถึงเมื่อ ๒๓ มกราคม ๒๕๕๕], เข้าถึงได้จาก <http://www.manager.co.th>; 2555.

Abstract

The Effectiveness of a Service System for Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Community Hospital

Suwannee naknan*, Preekamol ratchanakun**, Apichat kanitsub***

* Kuraburi Chai Phat Hospital, Phangnga Province

** Department of Child and Adolescent Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University

*** Department of Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University

The aim of this quasi-experimental study was to investigate the effectiveness of a service system for Chronic Obstructive Pulmonary disease (COPD) in a community hospital. The thirty -eight COPD patients were diagnosed by testing. They had mild to severe severity level by COLD definition and came for physical check up at out-patient department, Kuraburi hospital Phang-nga Province during January 2011 – May 2011. This study was one group pretest–posttest design. The subjects received a service system which developed by researcher and based on the principal of easy COPD clinic and concepts of home health care. Exacerbation, re-admission record, peak expiratory flow rate (PEFR) and quality of life (QOL) were collected.

Findings indicated that 3 months after receiving a service system for patients with COPD in a community hospital, exacerbation rate of the patients had decreased from 0.81 time/person/month to 0.51 time/person/month. Moreover, there was only one patient who had 4 times readmission before entering the program and then decreased to 1 time after participating in the program. The patients also had significantly increased peak expiratory flow rate ($p < .001$) and quality of life score ($p < .001$) after participating in the program.

Result from this study offered a new insight into the process of providing a service system for patients with COPD in a community hospital level. The service system should be further studied in long term with having comparison group in order to test the effectiveness of the service system.

Key words: Exacerbation, Re-admission record, Peak expiratory flow rate (PEFR), Quality of life (QOL)