

การพัฒนาแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

Development of prevention and health care model for patients with chronic obstructive pulmonary disease Chiang Klang District, Nan Province

(Received: December 25,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

ธมพร โพธิ์รอด¹ จิรพันธ์ อินทรศักดิ์¹ กัญชริญา ส่องสี²

Thammaporn Pohpiroot¹ Jirapan Intarasak¹ Kanchariya Songsi²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เชีงคุณภาพ ได้แก่ ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพชุมชน 40 คน เชีงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 30 คน ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนตุลาคม 2564 ถึงกันยายน 2565 เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบประเมินความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย แบบประเมินผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต แบบบันทึกระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาที และแบบเก็บข้อมูลด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired t test

ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ 1) ระบบบริการสุขภาพสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) การสนับสนุนการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย 3) การสนับสนุนการตัดสินใจให้กับบุคลากรทีมสุขภาพ 4) ระบบฐานข้อมูลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5) การสร้างนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชน 6) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชน 7) เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วม ผลการใช้รูปแบบฯ พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาทีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $t = 8.80$, 14.78) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย และผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $t = -12.23$, -10.02) ตามลำดับ และพบว่าผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลดีขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วย, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

This study was action research aimed to development and to study the outcomes of using a model for prevention and care patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Sample group consists of qualitative: 40 community health network partners; quantitative: 30 patients with COPD. Data collection was conducted during October 2021 to September 2022. Quantitative instruments include a general data collection form, a behavior assessment form, a severity assessment form for shortness of breath, an assessment form for the impact of COPD on quality of life, the distance of 6-minute walk-test form, and a patient care quality data collection form. Statistics used include percentages, standard deviations, and a before-and-after comparison using the Paired t test.

Results of the study found that the prevention and health care model for patients with COPD composed of 7 elements :1) Healthcare system for COPD 2) Support self-care for patients 3) Support decision-making for personnel 4) database of COPD 5) Create a health-promoting policy in the community 6) Create a health-promoting environment for patient care in the community 7) Strengthen the integrated community and participation. The results of using the model resulted in improved self-care behavior, increased the distance of 6-minute walk-

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงกลาง จังหวัดน่าน

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระพุทธรบาท จังหวัดน่าน

test. Statistical difference test found was significantly reduced at $p < .05$, $t = 8.80$, 14.78 , reduced severity of shortness of breath, reduced impact of COPD on quality of life. Statistical difference test found was significantly reduced at $p < .05$, $t = -12.23$, -10.02 and improved patient care quality.

Keywords: the prevention and care model, Chronic Obstructive Pulmonary Disease

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease; COPD) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยเรื้อรังและการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในปี ค.ศ. 2020 จำนวน 235 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2019 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 3.23 ล้านคน¹ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง² สำหรับประเทศไทยพบว่าปี พ.ศ. 2562-2564 มีอัตราป่วยของผู้ป่วยในด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 386.17 336.24 และ 273.41 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ³ มีอัตราการเสียชีวิตจำนวน 14.01, 12.15 และ 11.28 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 8⁴ มีภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาถึง 12,735 ล้านบาทต่อปี ทำให้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 1 ใน 10 ของโรคเรื้อรังที่เป็นภาระต่อค่าใช้จ่ายสาธารณสุขของประเทศไทย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นจึงปัญหาสำคัญของประเทศไทย⁵

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจอยู่ตลอดเวลาและมักเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการอักเสบเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นมากกว่าปกติในหลอดลมและเนื้อปอดจากการกระตุ้นของอนุภาคหรือก๊าซที่เป็นอันตราย (noxious particles or gases) สาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากการสูบบุหรี่ ส่วนสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ มลพิษทางอากาศ การสัมผัสสารอันตรายและพันธุกรรม⁶ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะมีอาการหอบเหนื่อย รบกวนการทำงานประจำวัน ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อย แม้ออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากจะมีข้อจำกัดใน

การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การทำแบบทดสอบที่และการมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นจะเห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน^{7,8} การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีเป้าหมายสำคัญ คือลดอาการในปัจจุบันโดยบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง เพิ่มความทนในการออกกำลังกายและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตโดยป้องกันการดำเนินของโรค ป้องกันและรักษาภาวะอาการกำเริบ และลดอัตราการเสียชีวิต⁶

สำหรับอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถือเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่เนื่องจากเป็นแหล่งปลูกยาสูบ มีความนิยมในการสูบบุหรี่มาก มีการเผาขยะในชุมชน มีการเผาทำลายป่าจำนวนมาก การได้รับควันไฟจากพื้นที่ใช้ในการประกอบอาหาร โดยพบสถิติผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนการรักษาในปี พ.ศ. 2562-2564 จำนวน 250, 258 และ 242 คน ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 3 ของโรงพยาบาล เป็นโรคที่มีผู้ป่วยมาพักรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากเป็นอันดับหนึ่งของแผนกผู้ป่วยใน ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา และยังมีอัตราการกำเริบเฉียบพลันเท่ากับ 131.82, 133.71 และ 121.78 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของประเทศ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ 55.94, 54.81 และ 66.56 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น⁹

จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผ่านมา พบว่าเป็นการให้บริการที่เน้นการพัฒนาคุณภาพการบริการในโรงพยาบาล การให้บริการผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมองค์รวม ขาดการบูร

ณาการเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยเฉพาะการให้ชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ขาดการบริการเชิงรุกในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตลดลง และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มมากขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพโรคเรื้อรังพบว่า รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic care model: ECCM) ของบาร์และคณะ¹⁰ (Barr, et al, 2003) ที่พัฒนามาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ของวากเนอร์และคณะ¹¹ Wagner et al. (1999) ได้มีการนำไปใช้ในโรคต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหืด ทั้งนี้เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีรายละเอียดการเชื่อมโยงระบบสุขภาพกับชุมชนที่ชัดเจน และให้ความสำคัญกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (prevention/health promotion) เพิ่มมากขึ้น เป็นแนวคิดที่ช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ครอบคลุมทุกมิติ สามารถเชื่อมโยงการดูแลทุกภาคส่วนทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ส่งผลให้กับผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อนำไปสู่วิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดรูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังภาคขยายมาใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน โดยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และส่งเสริมการเฝ้าระวังป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนให้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งจะสามารถลดภาระโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

2. ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาที ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย ผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแล ได้แก่ อัตราการกำเริบเฉียบพลัน อัตราการกลับมารับบริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉินใน 48 ชั่วโมง อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ใน 28 วัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่านนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ทำการศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2565 รวมระยะเวลา 12 เดือน การดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปรับปรุงให้เหมาะสม ระยะที่ 4 นำรูปแบบไปใช้และประเมินผล ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลและชุมชน (research1: R1) ทำการศึกษาเดือนตุลาคม 2564 รวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจาก 4 ส่วน ได้แก่ การสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหาร สนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สนทนากลุ่มตัวแทนผู้นำชุมชนและอส. สำหรับกลุ่มผู้ป่วยประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาที และผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต ตรวจสอบความถูกต้อง คัดข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก และนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ และสรุปประเด็นปัญหา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (design and

development: D1) เป็นการออกแบบและพัฒนา รูปแบบ ๑ ตามแนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ภาควิชาของบาร์และคณะ (Barr et al., 2003) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ทำการศึกษาเดือน ตุลาคม 2564 ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ๑โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงตามคำแนะนำ ของผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ ประเมินผล (research2: R2) และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม (design2: D2) เป็นขั้นตอนของการทดลองใช้รูปแบบ ๑ ไปใช้ในสถานการณ์จริงเพื่อประเมินผลลัพธ์ตาม วัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยนำไปศึกษากับผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 10 ราย หลังสิ้นสุดการ ทดลองใช้ ผู้วิจัยสรุปผลลัพธ์ที่ได้ร่วมกับการสนทนา กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อ พิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในทาง ปฏิบัติ นำข้อมูลทั้งหมดมาปรับปรุงรูปแบบ๑ ให้ เหมาะสมกับบริบทมากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 4 การนำไปใช้จริงและประเมินผล (research3: R3) ผู้วิจัยนำรูปแบบการป้องกันและ ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังปรับปรุงแล้ว นำไปใช้จริง ออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อน และหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ในเชิงคุณภาพ คือ ภาควิชาเครือข่าย สุขภาพชุมชน จำนวน 40 คน ในเชิงปริมาณ คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลางจังหวัด น่าน ในช่วงการศึกษาทั้งหมด จำนวน 40 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ในเชิงคุณภาพ คือ ภาควิ ชาเครือข่ายสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 1) ผู้บริหาร เกี่ยวกับนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงกลาง สาธารณสุขอำเภอเชียงกลาง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พระพุทธ บาท หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลเชียงกลาง หัวหน้า กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และ

บุคลากรในหน่วยงานท้องถิ่น 2) เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 12 คน ประกอบด้วย บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ของโรงพยาบาลเชียงกลาง 5 คน ได้แก่ แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาล 2 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.พระพุทธ บาท 7 คน และ 3) ผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 23 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วม โครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ในเชิงปริมาณ คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลางจังหวัด น่าน จำนวน 30 คน โดยมีการคำนวณตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเปิด ตาราง Sample Size Estimate Effect¹² โดยกำหนด อำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ .80 ที่เป็นอำนาจ ที่มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับได้¹³ ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ.05 และใช้ขนาดอิทธิพล (Effect Size) ขนาดกลาง = .5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 เป็น 30 คนเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหาย ระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) และทำการสุ่ม จากทะเบียนรายชื่อ จนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือในเชิงคุณภาพ ในการจัดกิจกรรม คือ สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มในประเด็นการ ดูแลผู้ป่วย ทบทวน ปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วย และสรุปผลการดำเนินงาน จำนวน 4 ชุด ดังนี้

1.1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหาร ประเด็นในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย นโยบาย และ ระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มของ บุคลากรทีมสุขภาพ ประเด็นในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ระบบบริการในโรงพยาบาล และระบบ บริการการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน

1.3) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มตัวแทน ผู้นำชุมชนและอสม. ประกอบด้วย นโยบายสาธารณะ

ที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการสร้างความเข้มแข็งในชุมชน

1.4) รูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ.83

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 8 ชุด ดังนี้

2.1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ผู้ดูแล ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความรุนแรงของโรค

2.2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 31 ข้อ ได้แก่ ด้านบริหารการหายใจ 3 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 4 ข้อ ด้านการบริโภทยา 6 ข้อ ด้านโภชนาการที่ดี 8 ข้อ ด้านการพักผ่อนและผ่อนคลาย 5 ข้อ และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ 4 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติเลย ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำให้คะแนน 1-4 ตามลำดับ การแปลความหมายของระดับใช้คะแนนรวมดังนี้ คะแนน 93.1-124.00 หมายถึง ระดับสูง คะแนน 62.1-93.00 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 31-62.00 หมายถึง ระดับต่ำ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลเวียงสา จำนวน 30 คน คำนวณหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) และ .93

2.3) แบบประเมินความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยหอบ ประเมินโดยใช้แบบวัดที่ดัดแปลงจากแบบประเมินอาการหายใจเหนื่อยหอบชนิดประมาณค่าด้วยสายตา (dyspnea visual analogue scale: DVAS)¹⁴ ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวตั้งยาว 100 มิลลิเมตร ตำแหน่งล่างสุดของแบบวัด เป็นตำแหน่ง 0 มิลลิเมตร หมายถึง ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ และเพิ่มขึ้นระดับละ 10 มิลลิเมตร เมื่อมีอาการหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึง 100

มิลลิเมตร หมายถึง มีอาการหายใจเหนื่อยหอบมากที่สุด โดยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นผู้ประเมินด้วยตนเองโดยทำเครื่องหมายกากบาทบนเส้นตรงที่แสดงถึงอาการหายใจเหนื่อยหอบในขณะนั้น

2.4) แบบผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต (COPD Assessment test score: CAT Score) เป็นแบบประเมินอาการความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกดี และความมั่นใจของตนเองทั้งหมด 8 หัวข้อ โดยผู้ป่วยให้คะแนนตนเองในแต่ละหัวข้อระหว่าง 0 คะแนน จนถึงอย่างมาก 5 คะแนน แล้วนำคะแนนแต่ละหัวข้อมารวมกัน ได้ 40 คะแนน

2.5) แบบบันทึกระยะทางที่เดินบนพื้นราบในระยะเวลา 6 นาที (Six-minute walk test: 6MWT) เป็นการทดสอบความสามารถในการออกกำลังกาย โดยมีหน่วยวัดเป็นเมตร

2.6) แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแล ได้แก่ อัตราการกำเริบเฉียบพลัน อัตราการกลับมารับบริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉินใน 48 ชั่วโมง และอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ใน 28 วัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือเชิงคุณภาพ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม รูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ .83 เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบประเมินความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย (DVAS) แบบประเมินผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต (CAT Score) แบบบันทึกระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาที เป็นเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบและได้มาตรฐานในระดับสากล เป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย และเป็นที่ยอมรับในกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การตรวจสอบความตรงของ

เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) มากกว่า 0.55 จากนั้นนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลเวียงสา จำนวน 30 ชุด คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเอง ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ข้อมูลผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบคะแนน ก่อน-หลัง พัฒนารูปแบบ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย ผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต ระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที ด้วยสถิติ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน เลขที่ NAN REC 64-22 ลงวันที่ 18 กันยายน 2564

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหา แนวทาง และรูปแบบเดิมก่อนการพัฒนาแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

เชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ส่วนมากเป็นเพศชายร้อยละ 73.33 อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คู่ กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.33 รองลงมา เกษตรกรรม ร้อยละ 36.67 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.67 รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60 แหล่งที่มาของรายได้ ส่วน

ใหญ่มาจากเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 83.33 เลิกบุหรี่แล้ว ร้อยละ 76.67 ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ 26-30 ปี ร้อยละ 33.33 รองลงมา 21-25 ปี ร้อยละ 16.67 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 60 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในภาวะน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 56.67 ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับ 2 ร้อยละ 73.33

เชิงคุณภาพ

1. ระบบบริการสุขภาพ นโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีนโยบายที่เน้นเชิงรับ โดยมีการจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งรับที่โรงพยาบาลทั้งแผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน และการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในวันศุกร์ช่วงเช้าโดยแยกให้บริการคลินิกเฉพาะโรค มีการวางแผนจำหน่าย และการติดตามเยี่ยมบ้าน มีการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล และ รพ.สต. แต่ไม่เป็นระบบที่ชัดเจน เป็นการวางแผนจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในบางรายที่ผ่านการดูแลจากโรงพยาบาล โดยบุคลากรทีมสุขภาพ ขาดการบูรณาการเชื่อมโยงในชุมชนและภาคีเครือข่ายในดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ทำให้ระบบบริการยังไม่ต่อเนื่องครอบคลุมองค์รวม

2. การสนับสนุนการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย พบว่ามีการให้ความรู้และคำแนะนำ แต่จะให้ความรู้ตามปัญหาที่พบ โดยเป็นการให้ความรู้ขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลในช่วงพักประวัติ และให้คำแนะนำทั่วไปโดยพยาบาลขณะออกใบนัดก่อนกลับบ้านในระยะเวลาสั้น ซึ่งการให้ความรู้จึงไม่ครอบคลุมและเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่วนการสนับสนุนการดูแลตนเองในชุมชนพบว่าเป็นการติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำโดยทั่วไป ไม่มีการให้ความรู้ที่เฉพาะโรค เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

3. การสนับสนุนการตัดสินใจ พบว่า เจ้าหน้าที่ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้การอบรมวิชาการอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ส่วนเจ้าหน้าที่ในแผนกอื่นและเจ้าหน้าที่ในชุมชน พบว่ายังขาด

ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ส่วนแนวทางการดูแลผู้ป่วยพบว่าไม่มีแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ใช้ในโรงพยาบาล แต่แนวทางการปฏิบัติร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลและรพ.สต.ยังไม่ชัดเจน

4. การออกแบบระบบบริการ พบว่าการออกแบบการให้บริการยังไม่ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เช่น การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ยังขาดการสื่อสารส่งต่อผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่ดูแลในชุมชนและภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการดูแล การรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมายังไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานเนื่องจากยังไม่มียาบางชนิดในโรงพยาบาล เช่น ยาต้านมัสคารินิกออกฤทธิ์นาน (Long-Acting Muscarinic Antagonist: LAMA) ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับยาจากโรงพยาบาลนาน ซึ่งอยู่ห่างไกลและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมถึงยังไม่มีแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ชัดเจนที่รพ.สต.

5. ระบบข้อมูลทางคลินิก พบว่าทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่เป็นปัจจุบัน มีการลงข้อมูลผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ แต่ยังไม่ครอบคลุมข้อมูลที่สำคัญที่จะนำมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยได้ และฐานระบบข้อมูลไม่เชื่อมโยงไปยังรพ.สต. ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้

6) การสร้างนโยบายสาธารณสุขที่เอื้อต่อสุขภาพ พบว่ามีมาตรการในภาพรวม เช่น การรณรงค์ให้ลดการเผาเพื่อร่วมลดมลพิษทางอากาศ แต่ยังพบการเผาขยะในหมู่บ้าน มีกฎหมายสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นหน่วยราชการ โรงพยาบาล และโรงเรียน แต่ในหมู่บ้าน เช่น วัด ตลาด ยังมีการสูบบุหรี่

7) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ พบว่าขาดแหล่งสนับสนุนในการออกกำลังกายในชุมชน

ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการออกกำลังกายน้อย ไม่มีสถานที่ออกกำลังกายภายในหมู่บ้านที่ชัดเจน และไม่มีอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกาย และเป็นพื้นที่ปลูกยาสูบมีการตากยาในพื้นที่สาธารณะ

8) การสร้างความเข้มแข็งในชุมชน ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ไม่ทราบข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ของตน การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมีน้อย ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. รูปแบบการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ผู้วิจัยประยุกต์ตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้รูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ 1) ระบบบริการสุขภาพสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) การสนับสนุนการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย 3) การสนับสนุนการตัดสินใจให้กับบุคลากรทีมสุขภาพ 4) ฐานข้อมูลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5) การสร้างนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชน 6) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชน 7) เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วม

3. ผลการใช้รูปแบบการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

3.1) ผลการพัฒนาด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พฤติกรรมในการดูแลตนเอง ก่อนพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย 78.76 คะแนน (S.D.=19.42) ภายหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย 108.57 คะแนน (S.D.=18.43) จากการทดสอบทางสถิติเปรียบเทียบ ก่อนหลังพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, $t=8.80$ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังใช้รูปแบบการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=30)

รายการ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	78.76	19.42	108.57	18.43	8.80	<.0001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2) ผลการพัฒนาด้านผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย (DVAS) ก่อนพัฒนารูปแบบมีค่าคะแนนเฉลี่ย 36.12 (S.D.=7.85) ภายหลังการพัฒนารูปแบบ คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย (DVAS) ลดลงเป็น 20.41 (S.D.=5.23) จากการทดสอบทางสถิติเปรียบเทียบ ก่อนหลังพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, $t = -12.23$

ผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต (CAT score) ก่อนพัฒนารูปแบบ ผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต มีค่าคะแนนเฉลี่ย 12.94 (S.D.=2.17) ภายหลังการพัฒนาพบว่า คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต ลดลงเป็น

6.97 (S.D.=5.23) จากการทดสอบทางสถิติ เปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, $t = -10.02$

ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาที (6MWT) ก่อนพัฒนารูปแบบ ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาที มีค่าคะแนนเฉลี่ย 275.43 คะแนน (S.D.=42.57) ภายหลังการพัฒนาพบว่า ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาที เพิ่มขึ้นเป็น 354.56 (S.D.=58.76) จากการทดสอบทางสถิติเปรียบเทียบ ก่อนหลังพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาที เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, $t = 14.78$ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังใช้รูปแบบการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=30)

รายการ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		T	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อย (DVAS)	36.12	7.85	20.41	5.23	-12.23	<.0001*
คะแนนผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิต (CAT score)	12.94	2.17	6.97	1.93	-10.02	<.0001*
ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาที (เมตร)	275.43	42.57	354.56	58.76	14.78	<.0001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3) ผลการพัฒนาด้านคุณภาพการดูแล

การเกิดการกำเริบเฉียบพลัน ก่อนพัฒนารูปแบบ พบว่ามีผู้ที่เกิดการกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 จำนวน 7 ครั้ง ภายหลัง

การพัฒนารูปแบบ พบว่ามีผู้ที่เกิดการกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 จำนวน 4 ครั้ง

การกลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉินใน 48 ชั่วโมง ก่อนพัฒนารูปแบบ พบว่ามีผู้ที่กลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉินใน 48 ชั่วโมง จำนวน 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 13.33 จำนวน 5 ครั้ง ภายหลังการพัฒนาารูปแบบพบว่ามีผู้ที่กลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉินใน 48 ชั่วโมง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 จำนวน 3 ครั้ง

การกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 28 วัน ก่อนพัฒนารูปแบบ พบว่ามีผู้ที่กลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 28 วัน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 จำนวน 4 ครั้ง ภายหลังการพัฒนาารูปแบบพบว่า มีผู้ที่กลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 28 วัน จำนวน 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 3.33 จำนวน 1 ครั้ง

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ แนวทาง และรูปแบบเดิมก่อนการพัฒนาารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ในเชิงปริมาณ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนมากเป็นเพศชาย อายุส่วนมาก 60 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรส ส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ ศาสนานับถือพุทธทั้งหมด อาชีพส่วนมากว่างงาน ระดับการศึกษา ส่วนมาก ไม่ได้เรียน รายได้ครอบครัวต่อเดือน ส่วนมากต่ำกว่า 10,000 บาท แหล่งที่มาของรายได้ ส่วนมากมาจาก เบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ ประวัติการสูบบุหรี่ส่วนมากเคยสูบ ระยะเวลาที่เคยสูบบุหรี่สะสม ส่วนมาก 26-30 ปี ผู้ดูแลส่วนมากเป็นบุตร ดัชนิมวลงายส่วนมากน้ำหนักน้อยหรือผอม ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนมากระยะ 2 เนื่องจาก ผู้ป่วยเพศชายมีพฤติกรรมสูบบุหรี่สะสม เป็นระยะเวลานาน ประกอบกับการเป็นผู้สูงอายุ มีรายได้น้อย เป็นปัญหาสะสมในพื้นที่เป็นระยะเวลานาน จึงมีความจำเป็นต้องแก้ไขปัญหาย่างเร่งด่วน ในเชิงคุณภาพพบปัญหาการสร้างนโยบายสาธารณสุขที่เอื้อต่อสุขภาพ ขาดการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ชุมชนขาดความเข้มแข็ง ระบบบริการสุขภาพขาดการบูรณาการเชื่อมโยงโดยมีภาคี

เครือข่ายและชุมชน ขาดการติดตามเยี่ยมบ้านที่ครอบคลุม การออกแบบการให้บริการยังไม่ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยไม่ครอบคลุม และเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม เจ้าหน้าที่ในชุมชนได้รับการอบรมไม่ครอบคลุม การบันทึกและจัดเก็บข้อมูลทางคลินิกไม่มีประสิทธิภาพและไม่เชื่อมโยงในการใช้ประโยชน์ร่วมกัน สอดคล้องการศึกษาของสินีนางู ทองสุข และอรสา กงตาล¹⁵

รูปแบบการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ประกอบด้วย 7 กระบวนการสำคัญดังนี้ 1) ระบบบริการสุขภาพสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) การสนับสนุนการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย 3) การสนับสนุนการตัดสินใจให้กับบุคลากร 4) พัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5) สร้างนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชน 6) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน 7) เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับปัทมา สำราญ และเพชรไสว ลิ้มตระกูล¹⁶

ผลการใช้รูปแบบการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยลดลง ผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระดับคุณภาพชีวิตลดลง ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาทีดีขึ้น อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันลดลง อัตราการกลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉินลดลง อัตราการกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง เนื่องจากเป็นรูปแบบพัฒนาเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจริงจัง สร้างองค์ความรู้และพฤติกรรมที่ดีในผู้ป่วย ตลอดจนประสานงานกับภาคีเครือข่ายสุขภาพและคนในชุมชนทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลในทุกด้านจนประสบผลสำเร็จได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ สุริยาทัย¹⁷

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. การนำรูปแบบป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นไปใช้ควรพิจารณาถึงปัญหาและความต้องการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของเขตพื้นที่บริการของตนเอง

2. การนำรูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้ไปใช้ควรดำเนินการแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

3. ควรนำรูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปพัฒนาต่อยอดสำหรับดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโรคอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรัง ได้แก่ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหลาย ๆ รูปแบบ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่และบุคลากรโรงพยาบาลเชียงใหม่ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอเชียงใหม่ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease, (2024). Retrieved August, 11, 2024, from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd>
2. World Health Organization. The top 10 causes of death, 2020. Retrieved August, 11, 2024, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2565). จำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) จำแนกตามเพศ รายภาค กรุงเทพมหานคร และสาเหตุการป่วย (ตารางการป่วยตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10: 298 กลุ่มโรค) ปี พ.ศ. 2564 (ต่อ) จาก <https://spd.moph.go.th/>
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2565). จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ตามกลุ่มสาเหตุ (บท) การตาย 10 กลุ่มแรก (ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10) พ.ศ. 2560-2564 <https://spd.moph.go.th/>
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การประชุมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2560. ค้นเมื่อวันที่ 13 กันยายน 2564, จาก <https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=Njgy>
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD, 2022. Retrieved October, 22, 2022, from <https://goldcopd.org/2022-gold-reports/>
7. Ding. B., Mark. M., Bergstrom. G., Holmgren. U. COPD symptom burden: impact on health care resource utilization, and work and activity impairment. 2017. Retrieved August, 20, 2024, from <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.2147/COPD.S123896?needAccess=true>
8. Hurst. J. R., Siddiqui. M. K., Singh. B., Varghese. P., Holmgren. U., & Nigris. E. 2021. A Systematic Literature Review of the Humanistic Burden of COPD. Retrieved August, 20, 2024, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34007170/>
9. โรงพยาบาลเชียงใหม่ หน่วยงานเวชระเบียนและสถิติ. (2561). รายงานประจำปี พ.ศ. 2562-2564. น่าน: ผู้แต่ง.

10. Barr, V., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S., (2003), The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82. doi: 10.12927/hcq.2003.16763
11. Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. and Bonomi, A. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence into Action. *Health Affairs*, 20, 64-78.
12. Grove, S., Burns, N., & Gray, J. *The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation* (7ed) 2013. Missouri; Elsevier Saunders.
13. Gray, J, R., Grove, S, K., & Sutherland, S. Burns and Grove's the Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence (8ed). 2016. Philadelphia:
14. Gift, A.G. (1989). Validation of vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. *Rehabilitation Nursing*, 14(6), 323-325. doi: 10.1002/j.2048-7940.1989.tb01129.x
15. สีนินาฏ ทองสุข และอรสา กงตาล. การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของโรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2564, 44(2). 86-97.
16. ปัทมา สำราญ และ เพชรไสลล์มัตระกุล. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2556, 31(1). 16-23.
17. จุฬารัตน์ สุริยาทัย. ผลลัพธ์ของการใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยายในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย* 2557, 1(1). 72-82.