

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

Development of a Participatory Care Guideline for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Nuea Khlong Hospital, Krabi Province.

(Received: February 4,2026 ; Revised: February 7,2026 ; Accepted: February 13,2026)

สุวิจักขณ์ ปุณฺณวงศ์¹
Suwijak Poonnuwong¹

บทคัดย่อ

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยทบทวนคุณภาพ ทั้งการรักษา และกระบวนการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญและมีอิทธิพลต่อทั้งภาวะสุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา สถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม รวมถึงศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการดูแลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ของโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกต และ 4) การสะท้อนผล ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 30 คน เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน Pair sample t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง มี 3 องค์ประกอบย่อย คือ การมีคณะกรรมการขับเคลื่อนร่วมที่เป็นทีมสหวิชาชีพและทีมสุขภาพชุมชน การมีเครื่องมือและหน่วยงานรับผิดชอบที่ชัดเจน และการมีระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) องค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3 ระยะหลัก คือ ระยะที่ 1 ก่อนเข้ารับบริการ ด้วยการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงในชุมชน ระยะที่ 2 ระยะเข้าสู่การรักษา เป็นการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพปอดระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ และระยะที่ 3 การส่งต่อ และติดตามต่อเนื่องด้วยการเยี่ยมบ้าน และ 3) องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มี 3 องค์ประกอบย่อย คือ ผลลัพธ์ทางคลินิกเพื่อลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตและกระบวนการผ่านสมรรถนะการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพของระบบบริการ โดยผลการประเมินโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการพัฒนาแนวทาง พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนการดำเนินการ 2.47 (95% CI: 0.91- 4.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แนวทางการดูแล การมีส่วนร่วม โรงพยาบาล

Abstract

The development of care guidelines for patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a vital approach for quality improvement, encompassing both clinical treatment and participatory processes between patients and the community. These elements play a significant role in influencing overall health status and quality of life. This action research aimed to investigate the current situation and challenges in COPD care, develop participatory care guidelines, and evaluate their effectiveness at Nuea Khlong Hospital, Krabi Province. The study was conducted in four stages: 1) Planning, 2) Action, 3) Observation, and 4) Reflection. Key informants included 30 COPD patients and 30 nursing operation staff. Data analysis was performed using descriptive statistics, content analysis, and inferential statistics (Paired Samples t-test).

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

The results revealed that the COPD care guidelines comprise three main components: 1) Structural Components, consisting of a multidisciplinary and community health steering committee, clearly defined tools and responsible units, and an integrated information system linking community hospitals with sub-district health promoting hospitals; 2) Care Process Components, divided into three phases: pre-service phase, involving screening of at-risk individuals in the community; treatment phase, multidisciplinary treatment and pulmonary rehabilitation involving patients and families; and referral and continuous follow-up phase through home visits; and 3) Outcome Components, focuses on three areas: clinical outcomes to reduce hospital readmissions, quality of life and process outcomes measured by self-care competency (CAT Score), and service system efficiency outcomes. Regarding the evaluation of COPD symptoms after the development of the guidelines, it was found that the average scores of COPD patients significantly decreased by 2.47 (95% CI: 0.91–4.02) compared to the pre-intervention period, demonstrating statistical significance.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Care Guidelines, Participation, Hospital-based care

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองที่ผิดปกติของปอดต่อสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตราย เช่น ฝุ่นละอองหรือก๊าซต่างๆ ซึ่งนำไปสู่การอุดกั้นของหลอดลมในลักษณะเรื้อรัง การอุดกั้นนี้มักจะไม่สามารถฟื้นกลับมาเป็นปกติได้เต็มที่ และมีแนวโน้มที่จะเป็นมากขึ้น ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่ระบบทางเดินหายใจเท่านั้น แต่ยังส่งผลเสียต่อระบบอื่น ๆ ในร่างกายได้อีกด้วย^{1,2} World Health Organization³ ได้รายงานในปี ค.ศ. 2021 มีผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 5 ของการเสียชีวิตทั่วโลก ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตนี้ถือเป็นอันดับสี่ของโลก และกว่าร้อยละ 90 ของผู้เสียชีวิตของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปีอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นอันดับที่ 5 ของประชากรทั้งหมด (1) โดยมีผู้เสียชีวิตในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 18,925 คน และปี พ.ศ. 2563 จำนวน 18,169 คน มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ (อายุ 40 ปีขึ้นไป ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 14,243 ราย ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 11,349 ราย มีอัตราการกำเริบ (exacerbation) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี

พ.ศ. 2562 จำนวน 134 ครั้งต่อ 100 รายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 124.8 ครั้งต่อ 100 รายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ลดลง แต่ยังคงสูงกว่าค่าเฉลี่ยในต่างประเทศ 85-130 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง^{2,4}

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ความไวต่อสิ่งกระตุ้นของเพศหญิง และเนื้อเยื่อปอดถูกทำลายได้ง่ายกว่า การเจริญเติบโตของปอดตั้งแต่เป็นเด็ก ปัจจัยทางพันธุกรรม ได้แก่ การขาดเอนไซม์ alpha-1 antitrypsin และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมซึ่งมีความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ ควันจากการสูบบุหรี่ทุกรูปแบบ ที่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของโรคนี้ โดยพบว่ามีมากกว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีสาเหตุจากบุหรี่ และมลภาวะทั้งในบริเวณบ้าน นอกบ้าน ที่ทำงาน และที่สาธารณะ รวมถึงการเผาไหม้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหาร (biomass fuel) และสำหรับขับเคลื่อนเครื่องจักรกลรวมถึงยานยนต์ต่าง ๆ^{5,6,7,8,9}

แม้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่เป้าหมายหลักของการรักษาและการจัดการโรคนี้ คือ การมุ่งเน้นที่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแม้จะอยู่กับอาการเจ็บป่วยเรื้อรังก็ตาม ซึ่งรวมถึงการลดผลกระทบจากอาการของโรคและการป้องกันภาวะ

กำเริบ (exacerbation) การบรรลุปเป้าหมายในการลดผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงไม่ได้จำกัดอยู่เพียงปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นพันธุกรรม หรือพฤติกรรม การปฏิบัติตน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ลดภาวะซึมเศร้า เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจในการจัดการตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมทางกายส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่จำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม¹

ด้วยเหตุนี้ แนวทางที่จะแสดงให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลทางการแพทย์ จึงควรสอดคล้องกับการพัฒนาตาม 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome)¹⁰ ตั้งแต่การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่มีอยู่ การส่งเสริมความเข้มแข็งของบุคลากร อาสาสมัครสาธารณสุข และการสนับสนุนจากนโยบายระดับต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง¹¹ ร่วมกับแรงสนับสนุนทั้งทางครอบครัวและสังคม¹² กระบวนการ ซึ่งจะต้องถูกออกแบบการปฏิบัติงานและกิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย รวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย เป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ทำเพื่อวินิจฉัย รักษา และจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การประเมินกระบวนการมักพิจารณาว่าการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพหรือแนวปฏิบัติที่เหมาะสมหรือไม่ การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมควรเชื่อมโยงกับการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพที่ครบวงจร แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน และการติดตามผลที่ครอบคลุม โดยบูรณาการความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ ภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของผู้ป่วยจากการดูแลทางการแพทย์ที่ได้รับ^{13,14}

โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนรัฐขนาด 30 เตียง มีการจัดบริการทั้ง การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ และจำเป็นต้องพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพ¹⁶ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ณ วันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ. 2568 พบอัตราใหม่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลเหนือคลอง ปี พ.ศ. 2566-2568 จำนวน 28 ราย 0 ราย และ 12 รายตามลำดับ และ อัตรา 43.05 0 และ 18.43 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงสูงที่สุดในจังหวัดกระบี่¹⁵ โรงพยาบาลเหนือคลอง ให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยลักษณะที่คล้ายคลึงกับระบบบริการที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป ที่เน้นการให้บริการภายในโรงพยาบาล ได้แก่ 1) พยาบาลคัดกรองและประเมินอาการ 2) พยาบาลซักประวัติและประเมินผลการรักษาต่อเนื่อง 3) แพทย์ให้บริการตรวจรักษาตามแนวทางการรักษามาตรฐาน และ 4) พยาบาลให้บริการหลังพบแพทย์ โดยเน้นการให้คำแนะนำเบื้องต้น การสอนสุขศึกษารายเดี่ยว/รายกลุ่ม และการนัดหมายติดตาม การดำเนินงานส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการดำเนินงานตามขั้นตอนพื้นฐาน แต่การดูแลตามแนวทางเดิมยังประสบปัญหาและข้อจำกัดสำคัญต่อคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแนวทางเดิมเน้นที่กระบวนการ (Process) เป็นหลัก แต่ขาดการเชื่อมโยงและ ประเมินความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบระหว่าง โครงสร้าง (Structure) เช่น ทรัพยากร บุคลากร กับผลลัพธ์ (Outcome) เช่น คุณภาพชีวิต ภาวะแทรกซ้อนที่ลดลง ทำให้ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าปัจจัยเชิงโครงสร้างใดที่ต้องปรับปรุงเพื่อนำไปสู่กระบวนการและผลลัพธ์ที่ดีที่สุด อีกทั้งด้านทักษะและการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญ

ของการรักษาโรค การขาดทักษะนี้ทำให้การรักษาไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่ควรจะเป็น

จากการศึกษาของ วิมลลัก ธารางกูร¹⁷ พบว่าการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาสูดพ่นชนิด Metered Dose Inhaler (MDI) และ แบบ Accuhaler ในการรักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ พบว่า การปฏิบัติกรดูแลตนเองยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่ที่พบกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุ และข้อจำกัดในการได้รับยาสูดพ่นขยายหลอดลม ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องตรวจร่างกายและประเมินสภาพสรีระของผู้สูงอายุ รวมถึงจำเป็นต้องให้ความรู้ร่วมกันทั้งญาติ ผู้ดูแล ซึ่งการดูแลส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำและการสั่งการ (Provider-centered) ทำให้ขาดการมีส่วนร่วม (Participation) จากผู้ป่วยและชุมชน การที่ผู้ป่วยไม่ได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมรับผิดชอบต่อแผนการดูแลของตนเอง ทำให้ขาดแรงจูงใจและความรู้สึกเป็นเจ้าของ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่ถูกต้องและยั่งยืน

จากข้อจำกัดข้างต้น การพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบ ทั้งมิติโครงสร้าง (Structure) ซึ่งจำเป็นต้องทบทวนและปรับปรุงทรัพยากรพื้นฐาน มิติกระบวนการ (Process) ต้องนำรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนและครอบคลุมยิ่งขึ้น และมีผลลัพธ์ (Outcome) มีการกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างชัดเจน เพื่อประเมินประสิทธิผลของการปรับปรุงโครงสร้างและกระบวนการ¹⁰ ร่วมกับการส่งเสริมความรับผิดชอบต่อร่วมด้วยแนวคิดการมีส่วนร่วม ทั้งการมีส่วนร่วมระดับปัจเจกบุคคล ด้วยการสื่อสารแบบสองทาง ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถให้ข้อเสนอแนะและเข้าร่วม การตัดสินใจร่วมกันในการวางแผนการดูแลส่วนบุคคล และการขยายบทบาทผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไปยังผู้นำชุมชนและ อสม. เพื่อให้เกิดการสนับสนุนและการติดตามผู้ป่วยในบริบทชีวิตประจำวัน รวมถึงการสร้างกลุ่ม

สนับสนุนออนไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งจะสร้างแรงจูงใจและความรู้สึกเป็นเจ้าของ ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง¹⁸ ด้วยเหตุนี้การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สำคัญที่จะช่วยทบทวนคุณภาพทั้งการรักษา และกระบวนการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญและอิทธิพลต่อทั้งภาวะสุขภาพโดยรวมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง^{1,19}

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษา สถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการดูแลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของ Kemmis & McTaggart^{20,21} ดังรายละเอียดต่อไปนี้

พื้นที่ศึกษา

การเลือกพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบ

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ดำเนินการศึกษาตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการวางแผน 2) ขั้นตอน

การปฏิบัติ 3) ขั้นตอนการสังเกต และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ โดยการศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์จากสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผ่านมาในโรงพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิ บ้าน/ชุมชนในพื้นที่ศึกษา และแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของสมาคมอายุรเวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์² มายกร่างประเด็นเนื้อหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลเหนือคลอง ถูกเลือกด้วยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ (Criterion based selection) โดยมีคุณลักษณะ เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลเหนือคลองทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล หรือการดูแลในชุมชน และระยะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่แรกเริ่ม ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง และมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ แนวคำถามในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานที่เกิดขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การประชุมระดมความคิด (Brainstorming) ระหว่างผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 16 คน ประกอบด้วย แพทย์ 7 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ 6 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน ใช้เวลาในการ

ประชุม 3 ชั่วโมง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาจากอุบัติการณ์ และข้อจำกัดของการจัดบริการทั้งแรกเริ่ม การจัดบริการภายในหน่วยบริการ และการส่งต่อ

2. การประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 14 คน ใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง เพื่อนำเสนออุบัติการณ์ และร่วมวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ที่ผ่านมา และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกัน

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ เป็นขั้นตอนการดำเนินการตามกรอบแนวคิดการพัฒนาของ Donabedian, A (10) 3 องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้าง ด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ และเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดครอบคลุมทั้ง ระยะก่อน ระยะเข้าสู่การเข้ารับบริการภายในโรงพยาบาล และระยะส่งต่อระหว่างสถานบริการ

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลและผู้รับบริการที่มารับบริการและเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามคุณลักษณะ (Criteria Purposive Sampling) ดังนี้

1. เป็นผู้รับบริการที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปีงบประมาณ 2569 และเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ และพยาบาล มีความสามารถในการสื่อสาร และโต้ตอบได้

2. เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาล ซึ่งดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอด

อดทนเรือร้งที่เข้าร่วมมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้

1. แนวคำถามการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงรูปแบบที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการปฏิบัติการในพื้นที่ดำเนินการ

2. แบบฟอร์มการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัย และการประเมินผล (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) ของ วิลัยวรรณ มากมี²² แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การประเมินแนวปฏิบัติรายหมวด จำนวน 6 หมวด จำนวน 23 ข้อ 2) การประเมินแนวปฏิบัติในภาพรวม จำนวน 2 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การประชุมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการแพทย์ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย แพทย์ 7 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ 6 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 14 คน ใช้เวลาในการประชุม 3-5 ชั่วโมงเพื่อพิจารณา และดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. การดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมของโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้รับบริการที่มารับบริการและเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 คนเป็นระยะเวลา 3 เดือน

3. ขั้นตอนการสังเกต เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกต นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดร่วมกัน เพื่อประเมินผลตามแนวทางการปฏิบัติทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาล โดยมีคุณลักษณะ ดังนี้

1. เป็นผู้รับบริการที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล ในปีงบประมาณ 2569 และเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งได้รับการดูแล และติดตามต่อเนื่อง มีความสามารถในการสื่อสาร และโต้ตอบได้

2. เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการแพทย์ การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งดูแล ตั้งแต่แรกเริ่ม ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง

ทั้งนี้ทั้งสองกลุ่มมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้

1. CAT (COPD Assessment Test)

2. แบบประเมินระดับความรู้สึกเหนื่อย

(Modified Medical Research Council Dyspnea Scale; mMRC)

3. แนวคำถามในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานที่เกิดขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม

2. การรวบรวมและบันทึกผลการดำเนินงานตลอดจนประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม จำนวน 30 คนที่มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปีงบประมาณ 2569 ตามระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งเป็นการศึกษา กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One group pretest-posttest design) โดย การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึก และความมั่นใจของตนเองทั้งหมด ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาล จำนวน 5-7 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึก 30 นาที ต่อคน

4. **ขั้นตอนการสะท้อนผล** เพื่อติดตามผลการแก้ไขปัญหา และนำสิ่งที่ยังไม่สามารถดำเนินการหรือแก้ไขได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับปรุงแบบการดำเนินงาน โดยส่วนที่ดำเนินการได้ดีนำไปขยายผล และปรับปรุงแบบและปฏิบัติซ้ำในวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล โดยมีคุณลักษณะ คือ เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล และระยะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่แรกเริ่ม ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง และมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ แนวคำถามในการปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นถึงรูปแบบทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาล ที่พัฒนาขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล การประชุมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาล จำนวน 30 คน ประกอบด้วย แพทย์ 7 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ 6 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 14 คน ใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง เพื่อติดตามผลการแก้ไข ปัญหา และนำสิ่งที่ยังไม่สามารถดำเนินการหรือแก้ไขได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับปรุงแบบการดำเนินงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1.แนวคำถามรูปแบบในการปฏิบัติทางการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของโรงพยาบาล พร้อมรับฟังข้อคิดเห็น ที่พัฒนาขึ้นซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการพิจารณา

ของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบและมีความเชี่ยวชาญ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมและมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ 1 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จะถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามชนิดและการกระจายของข้อมูล และสถิติเชิงอ้างอิง paired t-test

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ดำเนินการถอดเทปข้อมูลที่ได้จากการศึกษา และการบันทึกมาทบทวน ตามความสอดคล้องของข้อมูล และประเด็นที่สำคัญ

2. นำข้อมูลมาทบทวนอีกครั้งโดยละเอียด และตีความ พร้อมทำการสกัดข้อความหรือประโยคที่สำคัญ

3. นำข้อมูลที่มีความหมายเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันมาไว้กลุ่มเดียวกัน โดยมีรหัสข้อมูลกำกับทุกข้อความ แล้วจึงตั้งชื่อคำสำคัญ ซึ่งเป็นการสร้างหัวข้อสรุป และกลุ่มหัวข้อสรุปแนวคิดในตัวข้อมูล โดยดำเนินการจัดเป็นทั้งกลุ่มใหญ่ (Themes) และกลุ่มย่อย (Sub-theme) ที่อยู่ภายใต้ความหมายของกลุ่มใหญ่ จากการอ่านทบทวนข้อมูลปฐมภูมิที่อยู่ในรูปข้อความทางภาษา ซึ่งเก็บรวบรวมได้จากแหล่งต่าง ๆ ที่ศึกษา เสร็จแล้วจึงแบ่งแยกข้อมูลดังกล่าว ออกเป็นส่วนย่อย (Breaking Down) ตามหน่วยความหมาย (Meaning Unit) หรือหน่วยวิเคราะห์ (Analysis Unit) ในระดับเบื้องต้น จากนั้นดำเนินการกำหนดข้อความสั้น ๆ เพื่อใช้เป็นหัวข้อสรุปแนวคิดที่สะท้อนความหมายสำคัญ แล้วจึงนำหัวข้อสรุปแนวคิดที่มีความหมายคล้ายคลึง หรือแตกต่างกัน มาจัดเป็นกลุ่มหัวข้อสรุปแนวคิด (Conceptual Categories) ต่าง ๆ

4. ดำเนินการเขียนอธิบายสิ่งที่ค้นพบ พร้อมทั้งยกตัวอย่างคำพูดประกอบคำหลักสำคัญที่ได้ เพื่อแสดงความชัดเจนของรูปแบบการดูแลระยะยาว ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีส่วนร่วม

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เลขที่ KBO-IRB 2025/16.3010 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ สามารถอธิบายผลการศึกษได้เป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม 2) แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม และ 3) ผลการประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วย COPD assessment test ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 คน ทั้งหมด เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 30 2) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางการแพทย์ จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 41.17

ส่วนที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม สามารถอธิบายผลการศึกษได้ดังนี้

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม คือ การดูแลและติดตามพฤติกรรมผู้ป่วยและปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมร่วมกัน ระหว่างบริการสุขภาพของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน

ทั้งนี้สามารถอธิบายองค์ประกอบที่สำคัญของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ได้เป็น 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง 2) องค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้ป่วย 3) ระยะเวลา ก่อนเข้ารับบริการ (Pre-service) ระยะเข้าสู่การรักษาใน รพช. (In-hospital Care) และระยะส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง (Referral & Continuity) และ 3) องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (ภาพประกอบ 1)

1. องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง ซึ่งเป็นโครงสร้างพื้นฐานของการดูแลที่นำไปสู่คุณภาพในการดูแล ทั้งการเตรียมความพร้อม และทรัพยากรที่จำเป็นต่อการจัดบริการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย คือ

องค์ประกอบย่อยที่ 1 การจัดให้มีคณะกรรมการขับเคลื่อนแนวทาง COPD ร่วมประกอบด้วยบุคลากรซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพหลัก คือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และทีมสุขภาพซึ่งดำเนินการในระดับปฐมภูมิ คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนร่วมในคณะทำงาน

องค์ประกอบย่อยที่ 2 การมีเครื่องมือ และการจัดตั้งหน่วยรับผิดชอบและให้การดูแลที่ชัดเจนทั้งในโรงพยาบาลซึ่งจำเป็นต้องมีคลินิกที่กำหนดวันเวลาที่ชัดเจนเพื่อประเมินและติดตามอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งการจัดให้มีชุดฝึกการพ่นยา วิดีโอ/แผ่นพับภาพขนาดใหญ่สำหรับผู้สูงอายุ และชุมชนจำเป็นต้องมีพื้นที่ออกกำลังกายของชุมชนหรือการมีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และมีแบบคัดกรองความเสี่ยง และแบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้านซึ่งให้ความสำคัญไปที่ควันบุหรี่ และควันเผาขยะ

องค์ประกอบย่อยที่ 3 การมีระบบสารสนเทศ ในหน่วยบริการระดับโรงพยาบาล

จะต้องมีระบบแจ้งเตือนการผัดนัด และส่งข้อมูลผู้ป่วยถึง รพ.สต. ทันทีหลังจำหน่าย ขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนมีการเยี่ยมบ้าน COPD และถูกบันทึกไว้อย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งมีการประเมินการใช้ยาที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

2. องค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้ป่วย 3 ระยะหลัก คือ ระยะก่อนเข้ารับบริการ (Pre-service) ระยะเข้าสู่การรักษาใน รพช. (In-hospital Care) และระยะส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง (Referral & Continuity) ดังนี้

ระยะก่อนเข้ารับบริการ (Pre-service) คือ ระยะก่อนเข้ารับบริการโดยให้ความสำคัญต่อการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงจากชุมชน ซึ่งอาจมาจากการพฤติกรรมของผู้ป่วยเดิม เช่น การสูบบุหรี่ และปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมทั้งจากการประกอบอาชีพ หรือจากการเผาขยะที่โล่งในชุมชน

ระยะเข้าสู่การรักษาในโรงพยาบาล (In-hospital Care) ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะทำหน้าที่ในการนัดหมายผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีอาการกำเริบ จนไปถึง ระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการดูแลโดยแพทย์ ซึ่งแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพจะร่วมกันกันจัดทำแผนการรักษา ขณะเดียวกันนักกายภาพบำบัดจะเริ่มดำเนินการจัดทำแผนการฟื้นฟูสมรรถนะของปอดด้วยแผนการออกกำลังกายที่เหมาะสม และส่งต่อแผนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อช่วยในการดูแล โดยผู้ป่วย และญาติจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งในระยะนี้ที่ยังสูบบุหรี่จะถูกส่งต่อไปยังคลินิกเลิกบุหรี่ด้วย

ระยะส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง (Referral & Continuity) คือ ระยะหลังผู้ป่วยได้รับการดูแล และฟื้นฟูสมรรถภาพปอด หรือได้รับการวินิจฉัยให้กลับบ้านได้ และต้องกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม ทำให้อาจมีความเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงกลับมาซ้ำได้อีก เช่น ได้รับควันจากการเผาในที่โล่ง

ซึ่งชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงผู้นำชุมชนจำเป็นต้องมีการรณรงค์ให้ชุมชนปลอดควัน ในด้านการใช้ยา ญาติจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะการพ่นยา เพื่อป้องกันปัญหาการลืมวิธีพ่นยาของผู้ป่วย และการติดตามต่อเนื่องด้วยการเยี่ยมบ้านซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขจะดำเนินการเยี่ยมบ้านซึ่งภายใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย เพื่อประเมินการใช้ยา ทั้งความถูกต้องและสม่ำเสมอ การเลิกบุหรี่ และสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นอาการ สำหรับผู้ป่วยที่ควบคุมอาการไม่ได้ จะมีการประชุมรายกรณีร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนเพื่อค้นหาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

3) องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ ประสิทธิภาพของการจัดบริการสุขภาพร่วมกันของสหวิชาชีพ ครอบคลุมผลลัพธ์ทางคลินิก ผลของการพัฒนากระบวนการ ประสิทธิภาพของระบบบริการและองค์กร ดังนี้

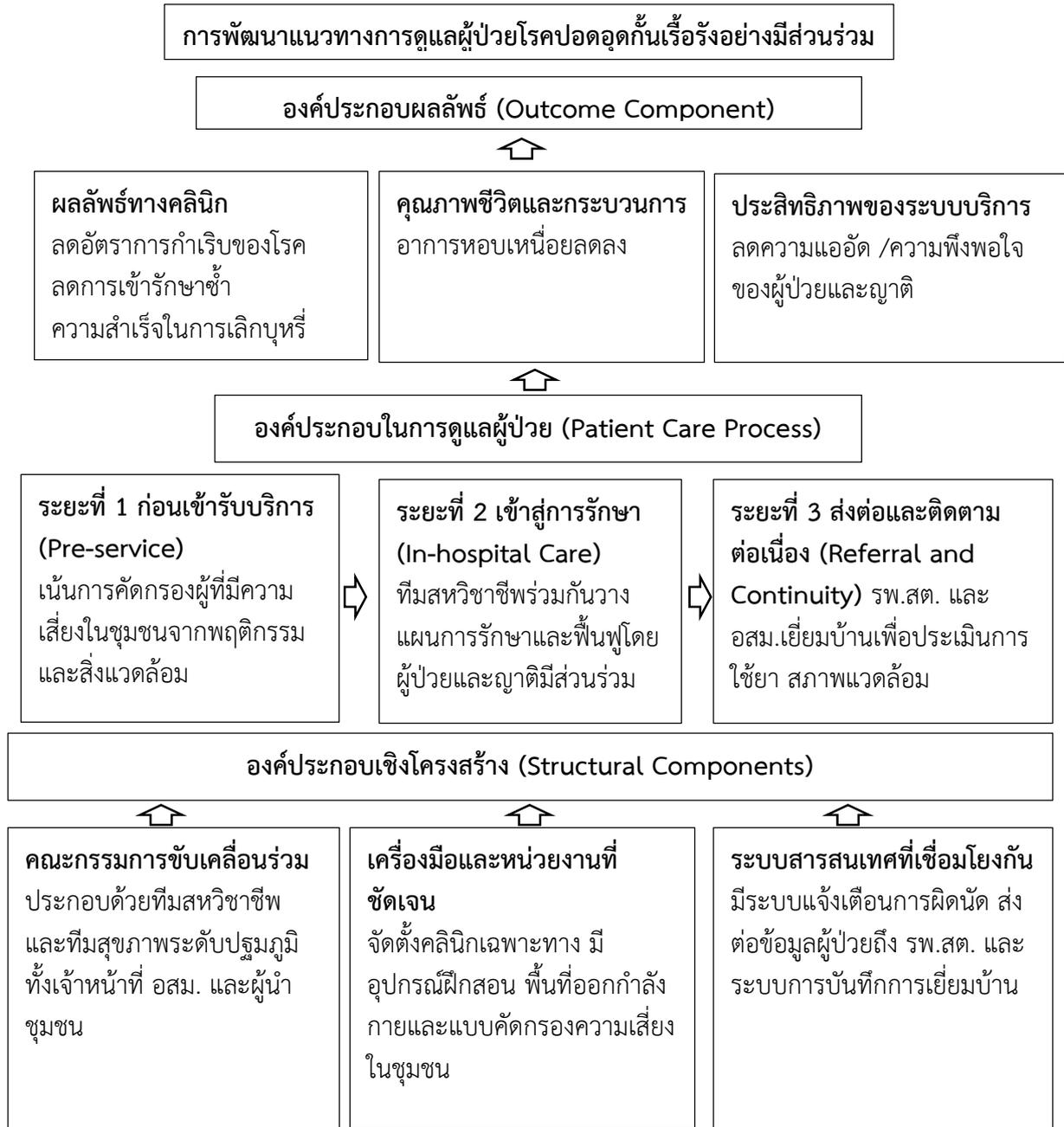
องค์ประกอบย่อยที่ 1 ผลลัพธ์ทางคลินิก เน้นไปที่การลดอัตราการกำเริบของโรค ซึ่งเป็นผลจากการจัดการพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ และการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง และการลดอัตราการเข้ารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน ตามแผนจำหน่าย และการติดตามเยี่ยมบ้าน ตลอดจนการพิจารณาถึงอัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ และทักษะการใช้ยาพ่น

องค์ประกอบย่อยที่ 2 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและคุณภาพชีวิต คือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากสมรรถนะของปอดที่ได้รับการฟื้นฟู และสามารถลดอาการหอบเหนื่อยในชีวิตประจำวันได้จริง โดยวัดจากแบบประเมินสมรรถนะการดูแลตนเอง หรือ CAT Score

องค์ประกอบย่อยที่ 3 ผลของการเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการและองค์กร ครอบคลุมทั้งความแออัดในโรงพยาบาล ห้องฉุกเฉิน หรือแผนกผู้ป่วยนอก จากอาการกำเริบเฉียบพลัน และ

ความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วยและญาติ ในการ
ตอบสนองความต้องการและความเชื่อมั่นในระบบ

การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม
ในโรงพยาบาลได้



ภาพประกอบ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินการดูแลผู้ป่วย
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วย COPD assessment
test พบว่าหลังการพัฒนาแนวทาง กลุ่มเป้าหมาย
มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($M=5.83, SD=5.08$; $M=3.37, SD=2.87$; p -value
 <0.05) แสดงให้เห็นว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นส่งผล
ให้สภาวะสุขภาพหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับโรคดีขึ้น

ขณะที่ผลการประเมินความเหนื่อย (mMRC
dyspnea score) พบว่า หลังการพัฒนาแนวทาง
ค่าเฉลี่ยของความเหนื่อยลดลงเล็กน้อย แต่ไม่มี
ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($M=0.93, SD=0.91$; $M=0.67, SD=0.48$; p -value
 >0.05) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการประเมินโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD assessment test) และระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อย (mMRC score) ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลเนือคลอง จังหวัดกระบี่

Variable	ก่อน		หลัง		Mean difference	95%CI	t	df	p-value*
	Mean	SD	Mean	SD					
CAT score	5.83	5.08	3.37	2.87	2.47	0.91- 4.02	3.24	29	0.003*
mMRC dyspnea score	0.93	0.91	0.67	0.48	0.27	-0.01-0.54	1.97	29	0.058

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง มี 3 องค์ประกอบย่อย คือ การมีคณะกรรมการขับเคลื่อนร่วม การมีเครื่องมือและหน่วยงานที่ชัดเจน และมีระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงกัน 2) องค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้ป่วย 3 ระยะหลัก คือ ระยะก่อนเข้ารับบริการ ระยะเข้าสู่การรักษา และระยะการส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง และ 3) องค์ประกอบด้านผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มี 3 องค์ประกอบย่อย คือ ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตและกระบวนการ และผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพของระบบบริการนั้น

หากพิจารณาถึงองค์ประกอบหลักเชิงโครงสร้างจะพบว่าทีมสหวิชาชีพ ภาควิชาหรือหน่วยงานรัฐและเอกชน หรือร้านยาในชุมชน และแกนนำชุมชน^{23,24} มีบทบาทสำคัญไม่เฉพาะเพียงผู้ป่วย ซึ่ง ศิริณา รักษิณ¹⁴ พบว่า การบูรณาการความร่วมมือร่วมกันจะทำให้การดูแลประสบความสำเร็จได้ ทั้งนี้ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยง อาทิ ปัญหาควันจากการเผาในที่โล่ง ไม่สามารถจัดการได้เพียงตัวของผู้ป่วยเท่านั้น¹ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมทักษะ เช่น การฝึกทักษะการพ่นยา เพื่อป้องกันปัญหาการล้มวิธีของผู้ป่วย ร่วมกันทั้งกับญาติและสหวิชาชีพ¹⁷ ขณะที่ การศึกษาของ นริศรา เสามัน และคณะ²³ ยังพบการส่งเสริมโปรแกรมการสร้างความรู้ความผูกพันของชุมชน ด้วยกระบวนการใช้

เครื่องมือที่ชัดเจนในการดำเนินงาน เช่น แบบคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย (COPD easy screening) เครื่อง Peak Flow Meter เพื่อประเมินสมรรถภาพปอด และแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรม โดยดำเนินงานผ่านหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พร้อมทั้งมีการจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และการใช้ระบบดิจิทัลเพื่อช่วยให้แกนนำและผู้ดูแลเข้าถึงข้อมูลและมีส่วนร่วมในการดูแลได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงการวิเคราะห์สถานการณ์โรคในพื้นที่เพื่อให้สามารถกำหนดเป้าหมาย และประเมินผลได้อย่างถูกต้อง

ขณะที่การดูแลทั้งก่อนการรักษา การเข้าสู่การรักษา และการส่งต่อ ที่เน้นบทบาทของสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ de Zwart et al²⁵ ซึ่งได้พัฒนารูปแบบ I-TEAM model (Interprofessional Teamwork for COPD in Primary Care) ซึ่งเป็นรูปแบบการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับปฐมภูมิเพื่อลดอาการและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยไม่เน้นเพียงการใช้ยา แต่ครอบคลุมถึงปัจจัยอื่นๆ เช่น รูปแบบการใช้ชีวิต สภาพร่างกาย เช่น มวลกล้ามเนื้อลดลง และปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า และสร้างความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ (Interprofessional Collaboration - IPC) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและไม่แยกส่วน ประกอบด้วย 5 ระยะ คือ ระยะ 1 การส่งต่อไปยังสถานพยาบาล

ระดับทุติยภูมิ (Referral to secondary care) ซึ่งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) หรือพยาบาลจะจัดทำจดหมายส่งตัวที่มีข้อมูลพื้นฐานที่ละเอียดและครบถ้วนมากขึ้น ระยะ 2 การวินิจฉัยและคัดกรองผู้ป่วย (Diagnostics inclusion) คัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสมเข้าระบบ โดยต้องเป็นผู้ป่วย COPD ที่มีปัญหาซับซ้อน (Treatable Traits) และได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างน้อย 2 สาขาขึ้นไป ระยะ 3 การส่งผู้ป่วยกลับมาดูแลในระดับปฐมภูมิ (Referral back to primary care) แพทย์เฉพาะทางจะส่งตัวผู้ป่วยกลับพร้อมแผนการรักษาที่ชัดเจน โดยระบุปัญหาที่ต้องจัดการแยกตามสาขาวิชาชีพ ระยะ 4 การเริ่มต้นทีมสหวิชาชีพ (Initiation of the IPC team) มีการแต่งตั้งผู้ประสานงานทีม เชิญบุคลากรที่เกี่ยวข้องมาร่วมประชุมวางแผน และสร้างข้อตกลงร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลร่วมกันต่อเนื่อง (IPC in primary care) โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้อย่างน้อย 3 เดือน และสิ้นสุดด้วยระยะ 5 การประชุมประเมินผลการดูแล ซึ่งทั้ง I-TEAM model และแนวทางที่พัฒนาขึ้นจำเป็นต้องเน้นการรับฟังเสียงจากผู้ป่วย และถูกพัฒนาจากบุคลากรหน้างานเช่นกัน

หลังการพัฒนาแนวทาง กลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็น

เห็นว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้สภาวะสุขภาพหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับโรคดีขึ้น ดังนั้น การให้ความรู้ พัฒนาทักษะ และการติดตามอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้ผู้ป่วยลดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการไอ หรือการมีเสมหะ และเพิ่มความมั่นใจในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ขณะที่ผลการประเมินความเหนื่อย (mMRC dyspnea score) พบว่า หลังการพัฒนาแนวทาง ค่าเฉลี่ยของความเหนื่อยลดลงเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นจากปัจจัยที่รักษายากหลายอย่างร่วมกัน เช่น ภาวะถุงลมโป่งพอง (Emphysema) การขาดออกซิเจน (O₂ desaturation) และความไม่ทนทานต่อการออกกำลังกาย (Exercise intolerance) ซึ่ง Meng et al.²⁶ ได้อธิบายเพิ่มเติมอีกว่าการจัดการแบบเฉพาะบุคคล (Personalised management) มีความสำคัญมากในการลดความเสี่ยงการกลับมานอนโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการพัฒนาแนวทางครั้งนี้จำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น และติดตามผลรายกรณีให้เกิดความชัดเจนเชิงพฤติกรรม ที่จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรรณิการ์ ทับทิมกลาง, วารุณี พลิกบัว, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *Nurs Sci J Thail.* 2567 Dec 27;42(4):53–67.
2. สมาคมอายุรเวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ภาพพิมพ์. กรุงเทพฯ: สมาคมอายุรเวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2565.
3. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
4. Wang Z, Lin J, Liang L, Huang F, Yao X, Peng K, et al. Global, regional, and national burden of chronic obstructive pulmonary disease and its attributable risk factors from 1990 to 2021: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Respir Res.* 2025 Dec;26(1):1–11.
5. C P, N P, A D, T T, C B, C L, et al. Clinical characteristics, management in real world practice and long-term survival among COPD patients of Northern Thailand COPD club members. *J Med Assoc Thai Chotmaihet Thangphaet* [Internet]. 2007 Apr [cited 2025 Jul 26];90(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17487118/>

6. D D, K de H, N PH, I F, Y C, S DM, et al. Air pollution, lung function and COPD: results from the population-based UK Biobank study. *Eur Respir J* [Internet]. 2019 Jul 25 [cited 2025 Jul 26];54(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31285306/>
7. Da L, S E, G DS. Association of birth weight with adult lung function: findings from the British Women's Heart and Health Study and a meta-analysis. *Thorax* [Internet]. 2005 Oct [cited 2025 Jul 26];60(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16055617/>
8. Ek S, St W, Jm D, Ha C, V C, Ej C, et al. Gender-related differences in severe, early-onset chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2000 Dec [cited 2025 Jul 26];162(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11112130/>
9. Jk S, Ls A. Alpha1-antitrypsin deficiency. *Lancet Lond Engl* [Internet]. 2005 [cited 2025 Jul 26];365(9478). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15978931/>
10. Donabedian, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q*. 2005;83(4):691–729.
11. Tuangratananon T, Julchoo S, Phaiyarom M, Panichkriangkrai W, Pudpong N, Patcharanarumol W, et al. Healthcare providers' perspectives on integrating NCDs into primary healthcare in Thailand: a mixed method study. *Health Res Policy Syst*. 2021 Nov 27;19(1):139.
12. ศศิธร แสงสุข, ไสว โสมาบุตร, มนัสนันท์ สุพรรณโมก. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกุดชุม. *โยโสธรเวชสาร*. 2567 May 13;26(1):113–26.
13. ประภา โทธิหัง, วิสารกร มดทอง. ประสิทธิภาพของระบบบริการที่พัฒนาขึ้นต่อการควบคุมอาการหอบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2561;27(5):866–76.
14. ศิริมา รังกลิ่น. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*. 2567;9(4):764–9.
15. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. HDC Service [Internet]. 2568 [cited 2568 Aug 14]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/kbi/public/standard-report-detail/33b1c30a4652927ac32fee24e8906170>
16. อัจฉราพร กิ่งเล็ก, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว. คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่. *J POLICE NURSES Health Sci*. 2560;9(2):54–63.
17. วิมลภัท ธารางกูร. การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุคลินิกหอบหืด และปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข*. 2567;2(2):29–40.
18. Mannarini T, Fedi A, Trippetti S. Public involvement: How to encourage citizen participation. *J Community Appl Soc Psychol*. 2010;20(4):262–74.
19. Fusi-Schmidhauser T, Froggatt K, Preston N. Palliative care integration for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Identifying essential components using participatory action research. *Palliat Med*. 2021 Dec 1;35(10):1933–40.
20. Nata Tubtimcharoon. PARTICIPATORY ACTION RESEARCH: A POSSIBLE RESEARCH METHOD FOR DEVELOPING SUSTAINABLE TOURISM IN THAILAND. *Panyapiwat J*. 2021;13(2):293–309.
21. วีระยุทธ ชาตะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*. 2558;2(1):29–49.
22. วิไลวรรณ มากมี. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต [วิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.
23. นริศรา เสามัน, สุทธิพร มูลศาสตร์, กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเราชา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมความผูกพันของชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสุรินทร์. *J Thail Nurs Midwifery Counc*. 2568 Jul 8;40(03):488–505.
24. De Miguel-Diez J, Fernández-Villar A, Doña Díaz E, Padilla Bernáldez M, Trillo-Calvo E, Molina París J, et al. Chronic Obstructive Lung Disease: Treatment Guidelines and Recommendations for Referral and Multidisciplinary Continuity of Care. *J Clin Med*. 2024 Jan;13(2):303.

25. de Zwart F, van den Bemt L, van den Borst B, de Man M, van den Heuvel M, Spruit M, et al. Developing an interprofessional collaboration for COPD patients in primary care: a participatory action research approach. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2025 Oct 14;35:43.
26. Meng W, Ma Y, Wu J, Wang J, Zhao R, Liu S, et al. Prevalence of treatable traits among patients with very severe COPD across STAR and GOLD classification: A multicenter cohort study. *Pulmonology.* 2026 Jan 14;32(1):2613525.