

# ประสิทธิผลการควบคุมอาการหอบของ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการพัฒนาระบบบริการ ของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์

ประภา โพธิ์หัง พย.บ.

วิสารกร มดทอง พย.บ.

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์

**บทคัดย่อ** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ต่อประสิทธิผลการควบคุมอาการหอบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่าง 1 ตุลาคม 2555 - 30 กันยายน 2558 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ รวมทั้งหมด 23 โรงพยาบาล และมารับบริการอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี วิธีดำเนินการคือศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์เดิม พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ทดลองปฏิบัติ ประเมินผลและขยายไปในเครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ เครื่องมือที่ใช้คือแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและแนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถิติที่ใช้คือร้อยละและ Chi-square ผลการศึกษาทำให้ได้ระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยเป็นบริการแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการกำหนดหน้าที่ของทีมนุ้สุขภาพไว้ชัดเจน ประสานเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน ทีมนุ้สุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้พัฒนาเครือข่าย จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษาให้แก่โรงพยาบาลลูกข่าย จัดอบรมให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ การตรวจสมรรถภาพปอด การสูดพ่นยา การฝึกบริหารปอด ฝึกการหายใจ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพัฒนาระบบ IT ตลอดจนการติดตามนิเทศการดำเนินงานของโรงพยาบาลลูกข่าย ผลการศึกษามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับบริการบำบัดรักษาในปี 2556 จำนวน 5,174 คน ปี 2557 จำนวน 5,755 คน และปี 2558 จำนวน 5,855 คน ซึ่งได้รับการรักษาตามรูปแบบที่พัฒนา เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการควบคุมอาการหอบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า อัตราการนอนโรงพยาบาล อัตราการรับไว้รักษาซ้ำใน 28 วันลดลงกว่าก่อนการพัฒนาระบบบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.000$ ) ร้อยละผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้เมื่อได้รับบริการในคลินิกกอดบุห้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.000$ ) ส่วนอัตราการตายของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการไม่แตกต่างกัน ( $p=0.096$ ) ดังนั้นควรเปิดบริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และควรขยายเครือข่ายการให้บริการครบทุกโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิไปจนถึงระดับตติยภูมิ ให้บริการเชิงรุกเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการยังไม่รุนแรง และรณรงค์เรื่องการเลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจัง ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือหลายฝ่าย ทั้งผู้ป่วยและญาติ เจ้าหน้าที่บุคลากรสุขภาพทุกระดับจึงจะเกิดประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

**คำสำคัญ:** ประสิทธิภาพ, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ระบบบริการ

## บทนำ

ปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 4 ของโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของประชากรโลก<sup>(1)</sup> สำหรับประเทศไทยพบว่าประชากรร้อยละ 5.00 หรือประมาณ 4 ล้านคนเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 5 ของประเทศ (33.5 ต่อประชากรแสนคน)<sup>(2)</sup> และมีการสำรวจผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60ปี) ในเขตกรุงเทพมหานครพบว่าอุบัติการณ์ (incidence) ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเท่ากับร้อยละ 3.63 และความชุก(prevalence) เท่ากับร้อยละ 7.11<sup>(3)</sup>

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังยิ่งสูบบากก็จะมีโอกาสที่จะเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มาก ในประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 10 ล้านคนประมาณร้อยละ 15.00-30.00 ของคนที่สูบบุหรี่จะเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้น น่าจะประเมินได้ว่าในประเทศไทยน่าจะมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ต่ำกว่า 1.5-3 ล้านคน<sup>(4)</sup> และส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยที่อาการรุนแรงเสียชีวิตก่อนที่จะถึงโรงพยาบาลทั้งสิ้น เนื่องจากปัญหาการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง อีกส่วนเป็นผู้ป่วยที่ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรค ไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ทำให้ผู้ป่วยโรคนี้ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาลเนื่องจากเกิดอาการหอบโดยเฉลี่ย 2-8 ครั้งต่อปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในระดับต้น ๆ<sup>(5)</sup> และการรักษาในโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายในการรักษามูลค่ามหาศาลเป็นภาระของผู้ป่วยและของรัฐบาล<sup>(6)</sup> ทำให้ผู้ดูแลต้องขาดงาน ขาดรายได้ เสียเวลา เสียโอกาสและเป็นภาระของผู้ดูแล และมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วย สังคม และรวมถึงด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยด้วย

จากการวิเคราะห์ปัญหาปี 2555-2556 พบว่า โรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์เปิดให้บริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพียงร้อยละ 14.29 ทำให้ไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย ยังไม่ได้ให้บริการแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ยังไม่มีแนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งปริยานุช ศิริรัมย์<sup>(7)</sup>

ได้ศึกษาปัญหาของการรักษาโรคหอบหืดที่ยังมีอยู่ในปัจจุบันคือผู้ป่วยยังได้รับยาพ่นยาสเตียรอยด์ในอัตราที่ต่ำ แพทย์ขาดองค์ความรู้ในการสั่งใช้ยาในการรักษาโรคหอบหืด อีกทั้งผู้ป่วยยังขาดความรู้และความเข้าใจในโรคและการใช้ยาอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบว่า จังหวัดที่มีการจัดตั้งคลินิกโรคหอบหืดผู้ป่วยจะมีความสามารถในการใช้ยา และการตรวจวัดสมรรถภาพปอด (PEFR) ได้ดีกว่าจังหวัดที่ไม่มีคลินิกโรคหอบหืด และการศึกษาของจิราพร รักษายศ และศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ<sup>(8)</sup> พบว่าการใช้แนวทางจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทั่วไปมุ่งเน้นเลิกสูบบุหรี่ รักษาด้วยยาพ่นพุ่มสมรรถภาพปอดให้ออกซิเจนระยะยาว และหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ เพิ่มการดูแลแบบเครือข่าย ใช้การสนับสนุนทางสังคมและให้ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษา พบว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในปี 2557 โรงพยาบาลบุรีรัมย์ในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่ายของจังหวัดร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ได้จัดตั้งคณะดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของจังหวัดโดยมีตัวแทนจากทุกโรงพยาบาลในจังหวัดมาร่วมประชุมวางแผนงานร่วมกัน และโรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ แนวทางการรักษาผู้ป่วย แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษา เป็นพี่เลี้ยงให้แก่โรงพยาบาลลูกข่าย จัดอบรมให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติการตรวจสมรรถภาพปอด การฝึกสูดพ่นยา การฝึกบริหารปอด/การหายใจ พัฒนาการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยระบบ IT ตลอดจนการติดตามนิเทศการดำเนินงานของโรงพยาบาลลูกข่าย ทีมผู้วิจัยต้องการทราบประสิทธิผลการควบคุมอาการหอบของผู้ป่วยหลังการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลจังหวัดบุรีรัมย์ และเพื่อศึกษาประสิทธิผลการควบคุมอาการหอบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

## วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนาด้วยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลบุรีรัมย์และขยายผลไปโรงพยาบาลเครือข่าย ศึกษาประสิทธิภาพการควบคุมอาการหอบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่าง 1 ตุลาคม 2555 – 30 กันยายน 2558 วัดผลการดำเนินงานของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคืออัตราการนอนโรงพยาบาล อัตราการรับไว้รักษาซ้ำใน 28 วัน อัตราตายและร้อยละผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ chronic obstructive pulmonary diseases - COPD ที่ยังสูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้เมื่อได้รับการบริการในคลินิกกอดบุหรี่

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ระบบทางเดินหายใจ/อายุรกรรม หรือได้รับการตรวจสมรรถภาพปอดโดยใช้ spirometer ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลบุรีรัมย์และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดบุรีรัมย์ รวมทั้งหมด 23 โรงพยาบาล คัดเลือกในผู้ป่วยที่มารับบริการอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติดังกล่าว ปี 2556 (1 ตุลาคม 2555- 30 กันยายน 2556) จำนวน 5,174 คน ปี 2557 (1 ตุลาคม 2556- 30 กันยายน 2557) จำนวน 5,755 คน ปี 2558 (1 ตุลาคม 2557- 30 กันยายน 2558) จำนวน 5,855 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. รูปแบบระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (clinical practice guideline) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (doctor order sheet) แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ ทะเบียนการจัดตั้งคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทะเบียนประวัติตาม

แบบฟอร์มข้อมูลผู้ป่วยเมื่อเริ่มการรักษา ทะเบียนอัตราการนอนโรงพยาบาล ทะเบียนอัตราตายของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ทะเบียนอัตราการรับไว้รักษาซ้ำใน 28 วัน ทะเบียนจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้เมื่อได้รับการบริการในคลินิกกอดบุหรี่

### การสร้างเครื่องมือ ประกอบด้วย

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบกับศึกษาบริบทของการให้บริการของหน่วยบริการอายุรกรรม งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์

2. สร้างเครื่องมือในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวทางของวัตถุประสงค์ของการวิจัยทั้งหมด 6 ชิ้นดังนี้

- ก) เครื่องมือชิ้นที่ 1 แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (clinical practice guideline) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น มีการระบุขั้นตอนแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย แนวทางการรักษาไว้อย่างชัดเจน โดยมีการให้ความรู้ การสอน การสาธิตในแต่ละกิจกรรมต่างๆ การส่งต่อตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้

- ข) เครื่องมือชิ้นที่ 2 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (doctor order sheet) ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น มีการระบุแนวทางการดูแลและการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกรณีเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

- ค) เครื่องมือชิ้นที่ 3 ทะเบียนประวัติผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ข้อมูลผู้ป่วยเมื่อเริ่มการรักษา ข้อมูลผู้ป่วยเมื่อมารับการรักษา ต่อเนื่อง ข้อมูลยา ข้อมูลอาการหอบ ข้อมูลนอนโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแบบฟอร์มของเครือข่ายโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินอัตราการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยนับจากทะเบียนที่มีข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยจะบันทึกเมื่อผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การให้คะแนนได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้คือ ถ้าผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลให้ 0 คะแนน ถ้าผู้ป่วยไม่มีการเข้าพักรักษา

ตัวในโรงพยาบาล ให้ 1 คะแนน และคิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ง) เครื่องมือชิ้นที่ 4 ทะเบียนอัตราการตายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ประเมินอัตราการตาย โดยนับจากทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับไว้ในโรงพยาบาลและเสียชีวิตในโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยจะบันทึกเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต การให้คะแนนได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้คือถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตให้ 0 คะแนน และถ้าผู้ป่วยไม่มีการเสียชีวิตให้ 1 คะแนน และคิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เสียชีวิต

จ) เครื่องมือชิ้นที่ 5 ทะเบียนผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ประเมินอัตราการรับไว้รักษาซ้ำใน 28 วันโดยนับจากทะเบียนที่มีข้อมูลผู้ป่วยที่มารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ซึ่งผู้วิจัยจะบันทึกเมื่อผู้ป่วยมีการรับไว้รักษาซ้ำใน 28 วัน การให้คะแนนได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้คือถ้าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำใน 28 วันให้ 0 คะแนน และถ้าผู้ป่วยไม่มารับการรักษาซ้ำใน 28 วันให้ 1 คะแนน และคิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาซ้ำใน 28 วัน

ฉ) เครื่องมือชิ้นที่ 6 ทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่แล้วสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เมื่อเข้าคลินิกอดบุหรี่ ประเมินผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่ โดยนับจากทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ แล้วสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เมื่อเข้าคลินิกอดบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยจะบันทึกเมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่แล้วสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เมื่อเข้าคลินิกอดบุหรี่ การให้คะแนนได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้คือถ้าผู้ป่วยสามารถเลิกได้ให้ 1 คะแนน และถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเลิกได้ให้ 0 คะแนน และคิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่แล้วสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เมื่อเข้าคลินิกอดบุหรี่

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย

1) ประชุมร่วมกันกับทีมสหสาขาเพื่อศึกษาระบบบริการบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเดิมซึ่งยังไม่มี การเปิดคลินิกให้บริการ และไม่มีทีมสหสาขาวิชาชีพใน

การให้บริการ ไม่มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย จึงได้นำ ข้อมูลมาปรับเพิ่มเติมในการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2) กำหนดระบบบริการการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใหม่ เป็นแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ กำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษา การรับส่งต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนการ นำระบบบริการการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กำหนดใหม่ไปทดลองใช้ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับบริการการดูแลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2555 - 30 กันยายน 2558 โดยคัดเลือกแบบเจาะจงปี 2556 (1 ตุลาคม 2555 - 30 กันยายน 2556) จำนวน 4,186 คน ปี 2557 (1 ตุลาคม 2556 - 30 กันยายน 2557) จำนวน 4,660 คน ปี 2558 (1 ตุลาคม 2557 - 30 กันยายน 2558) จำนวน 4,693 คน โดยวันแรกหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาผู้วิจัยพบผู้ป่วยและผู้ดูแล แนะนำตนเอง แจกวัสดุประสงค์การวิจัย พิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย จากนั้นสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการระบบการดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามขั้นตอนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หากขั้นตอนใดไม่ได้ปฏิบัติ ผู้วิจัยจะกระตุ้นผ่านหัวหน้าทีม หัวหน้าหน่วยเพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติตามแนวทาง กิจกรรมขั้นตอนใดที่ไม่สามารถปฏิบัติได้จะมีการปรับปรุงร่วมกันในทีมที่เกี่ยวข้องและผู้วิจัยเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและความเป็นไปได้

ขั้นประเมินผล ประกอบด้วย

1) ประเมินผลการใช้ระบบบริการการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัญหาพบว่าโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ยังเปิดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ครบ ทุกโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย จึงได้จัดอบรมให้ความรู้เครือข่าย นำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ขยายผลให้เครือข่ายได้ปฏิบัติได้ครอบคลุมทั้งจังหวัดบุรีรัมย์

2) นำข้อมูลที่ได้จากการใช้พัฒนาระบบบริการ ทั้งหมด มาวิเคราะห์และสรุปเป็น “ระบบบริการใหม่” ที่เสนอเป็น

ระบบการบริการการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ และนำมาใช้ระหว่าง 1 ตุลาคม 2557 - 30 กันยายน 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1) ข้อมูลอัตราการฆาตกรรมอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อัตราตาย อัตราการรับไว้รักษาซ้ำใน 28 วันและร้อยละผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่แล้วเลิกบุหรี่ได้เมื่อได้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดการควบคุมอาการหอบของกระทรวงสาธารณสุขวัดผลโดยใช้สถิติร้อยละ

2) เปรียบเทียบประสิทธิผลการควบคุมอาการหอบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น (ใช้ข้อมูลปี 2558 เนื่องจากเป็นปีที่มีการนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาไปใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด) กับระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเดิม (ใช้ข้อมูลปี 2556 เนื่องจากยังไม่มีแนวทางปฏิบัติ) โดยใช้สถิติ Chi-square

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมงานวิจัย หากไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา สามารถถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ จะนำเสนอในภาพรวม และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

## ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่ปี 2556-2558 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.67, 86.83, 85.89 มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.79, 50.77, 50.86 อาชีพทำนาร้อยละ 55.33,

60.23, 62.19 เริ่มหอบเมื่ออายุมากกว่า 40 ปีร้อยละ 58.97, 64.81, 64.78 มีโรคแทรกซ้อนเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงร้อยละ 48.64, 47.20, 50.80 เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 70.47, 69.35, 73.01 และปัจจุบันยังสูบบุหรี่ร้อยละ 12.51, 10.12, 9.21 ตามลำดับ

นอกจากนี้มีการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่ปี 2556-2558 เพิ่มขึ้นจาก 8 โรงพยาบาล (ร้อยละ 34.78) เป็น 19 โรงพยาบาล (ร้อยละ 82.61) และ 23 โรงพยาบาล (ร้อยละ 100.00) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แนวทางการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งเดิม (รูปแบบเก่า) มีแนวการปฏิบัติ ข้อ 1-4 หลังจากมีการพัฒนา 3 ครั้ง มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (รูปแบบใหม่) 14 ขั้นตอน ดังนี้

1) พยาบาลคัดกรอง ประเมินอาการประเมินค่าความเร็วของลมในปอดด้วย peak flow meter, spirometer, ประเมินค่า BMI

2) พยาบาลซักประวัติตามแบบฟอร์มข้อมูลผู้ป่วยเมื่อเริ่มการรักษา คือแบบประเมินผลการรักษาและแบบประเมินผลการรักษาต่อเนื่อง และประเมินภาวะเหนื่อยหอบโดยใช้ dyspnea score และประเมินความรุนแรงของโรคโดยใช้ COPD assessment test

3) แพทย์ให้บริการตรวจรักษาตามแนวทางการรักษาของ easy asthma clinic ให้ข้อมูลแผนการรักษา คำแนะนำต่างๆ

4) พยาบาลให้บริการหลังพบแพทย์ ให้คำแนะนำเรื่องโรค การสูบบุหรี่ การปฏิบัติตัว อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ สอนสูซศึกษาเดี่ยวและรายกลุ่ม สอนรายเดี่ยวในผู้ที่สอนรายกลุ่มแล้วยังตอบคำถามไม่ได้ หรือผู้ที่ยังมีอาการหอบกลางวันหรือกลางคืนมากกว่า 4 ครั้ง/เดือนและสอนสูซศึกษารายกลุ่มในผู้ป่วยใหม่โดยสอนกลุ่มละ 15-20 คน ด้วยวิธีให้ความรู้และเปิดวิดีโอ แจกแผ่นพับ ในรายที่เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ก็ส่งคลินิกอดบุหรี่ นัด-

หมายและติดตามในรายที่ขาดนัด

5) เกสซ์กรสอนสาธิต การสูดยาพ่นยา 2 แบบคือ อาศัยแรงดันจากกระบอกยา (metered dose inhaler) ต้องสูดลึก ๆ ซ้ำ ๆ กลั้นหายใจและอีกแบบอาศัยแรงสูดจากผู้ใช้ (dry powder inhaler) ต้องสูดเร็ว แรง ลึก รวมถึงตรวจสอบการใช้ยาของผู้ป่วยทุกครั้งที่มาใช้บริการ

6) นักกายภาพบำบัดสอนและฝึกกายบริหาร การหายใจและการไออย่างถูกวิธีให้ผู้ป่วย แนะนำการปฏิบัติต่อเนืองที่บ้าน

7) พยาบาลนัดผู้ป่วยทำ 6 minute walks ครั้งละ 4-5 คนที่ระเบียบด้านหน้าช่วงที่ไม่มีผู้รับบริการ เนื่องจาก การเดินต้องเดินตามระยะทางยาวไม่มีสิ่งกีดขวางโดยให้ผู้ป่วยเดินเร็วอย่างต่อเนื่อง 6 นาที แล้ววัดระยะทางที่ผู้ป่วยเดินได้ มีการวัดสัญญาณชีพและวัด O<sub>2</sub> saturation ก่อนและหลังการเดิน ประเมินและสังเกตอาการผู้ป่วย

8) พยาบาลฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ให้ผู้ป่วย เขียนใบ-สื่อสารให้ญาติที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กลับบ้าน

9) ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมี doctor order sheet เพื่อเป็นแนวทางในการรักษา และกรณีจำหน่ายกลับบ้านต้องนัดเข้าคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง

10) พยาบาลส่งเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาต้องติดตามได้แก่อากาศหอบที่รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือมีอาการหอบจนต้องมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน หรือนอนโรงพยาบาลอย่างน้อยทุกเดือน

11) ระบบติดตามนัดในรายที่ขาดนัดมากกว่า 2 สัปดาห์ พยาบาลส่งจดหมาย/โทรศัพท์ตาม กรณีขาดนัดมากกว่า 1 เดือน ประสานงานกับสถานีอนามัยใกล้บ้าน

12) ผู้ป่วยอาการรุนแรงมาก (very severe) พยาบาลให้กำลังใจและเตรียมความพร้อมด้านจิตใจโดยส่งต่อทีม end of life care และเตรียมออกซิเจนสำหรับที่บ้าน (O<sub>2</sub> long term therapy)

13) ส่งต่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านตามแนวทางการส่งต่อ

14) ให้บริการปรึกษาทางไลน์ E-mail และโทรศัพท์-เคลื่อนที่ให้กับเครือข่าย

ส่วนที่ 3 ผลการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลจังหวัดบุรีรัมย์

1. อัตราการมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ก่อนการพัฒนาเครือข่าย (พ.ศ 2556) พบร้อยละ 39.45 หลังการพัฒนาครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2557) ลดลงเท่ากับร้อยละ 33.87 และหลังพัฒนาเครือข่ายครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2558) ลดลงเท่ากับร้อยละ 22.73 และพบว่า อัตราการมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์หลังการใช้ระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น ลดลงมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับผลการศึกษาเรื่องอัตราตายของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ก่อนการพัฒนาเครือข่าย (พ.ศ 2556)

ตารางที่ 1 อัตราการมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์

ผลการดำเนินงาน	อัตราการมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล					
	นอนพัก		ไม่นอนพัก		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการพัฒนาเครือข่าย พ.ศ. 2556 (N=5174)	2041	39.4	3133	60.6	5174	100.00
หลังการพัฒนาครั้งที่ 2 พ.ศ. 2558 (N=5855)	1331	22.7	4524	77.3	5855	100.00
รวม	3372	30.6	7657	69.4	11029	100.00

หมายเหตุ p<0.05

พบร้อยละ 8.97 หลังการพัฒนาคั้งที่ 1 (พ.ศ. 2557) เท่ากับร้อยละ 9.75 และหลังพัฒนาเครือข่ายคั้งที่ 2 (พ.ศ. 2558) ลดลงเท่ากับร้อยละ 7.29 และพบว่า อัตราตายของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

นอกจากนี้ผลการศึกษา เรื่องอัตราการรับไว้รักษาซ้ำใน 28 วันจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนการพัฒนาเครือข่าย (พ.ศ 2556) พบร้อยละ 18.67 หลังการพัฒนาคั้งที่ 1 (พ.ศ. 2557) เท่ากับ ร้อยละ 17.09 และหลังพัฒนาเครือข่ายคั้งที่ 2 (พ.ศ. 2558) ลดลงเท่ากับร้อยละ

12.92 และพบว่าหลังการใช้ระบบบริการที่พัฒนาขึ้น อัตราการรับไว้รักษาซ้ำใน 28 วันจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลดลงกว่าก่อนการพัฒนาาระบบบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ส่วนผลการศึกษาเรื่องร้อยละของผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่แล้วเลิกบุหรี่ได้เมื่อได้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ ก่อนการพัฒนาเครือข่าย (พ.ศ. 2556) พบร้อยละ 28.55 หลังการพัฒนาคั้งที่ 1 (พ.ศ. 2557) เท่ากับ ร้อยละ 37.21 และหลังพัฒนาเครือข่ายคั้งที่ 2 (พ.ศ. 2558) เพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 40.65 และพบว่าหลังการใช้ระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนา ทำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 อัตราตายของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์

ผลการดำเนินงาน	อัตราตายของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล					
	ตาย		ไม่ตาย		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการพัฒนาเครือข่าย พ.ศ. 2556 (N=2041)	183	8.97	1858	91.03	2041	100.00
หลังการพัฒนาคั้งที่ 2 พ.ศ. 2558 (N=1331)	97	7.29	1234	92.71	1331	100.00
รวม	280	8.30	3092	91.70	3372	100.00

หมายเหตุ:  $p > 0.05$

ตารางที่ 3 อัตราการรับไว้รักษาซ้ำใน 28 วันจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์

ผลการดำเนินงาน	อัตราการรับไว้รักษาซ้ำใน 28 วันจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง					
	รับไว้รักษาซ้ำ		ไม่รับไว้รักษาซ้ำ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการพัฒนาเครือข่าย พ.ศ. 2556 (N=2041)	381	18.67	1660	81.33	2041	100.00
หลังการพัฒนาคั้งที่ 2 พ.ศ. 2558 (N=1331)	172	12.92	1159	87.08	1331	100.00
รวม	553	16.40	2819	83.60	3372	100.00

หมายเหตุ:  $p < 0.05$

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ยังสูบบุหรี่แล้วเลิกบุหรี่ได้เมื่อได้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์

ผลการดำเนินงาน	ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่แล้วเลิกบุหรี่ได้เมื่อได้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่					
	เลิกสูบบุหรี่		ไม่เลิกสูบบุหรี่		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการพัฒนาเครือข่าย พ.ศ. 2556 (N=704)	201	28.55	503	71.45	704	100.00
หลังการพัฒนาคั้งที่ 2 พ.ศ. 2558 (N=1021)	415	40.65	606	59.35	1021	100.00
รวม	616	35.71	1109	64.29	1725	100.00

หมายเหตุ: p<0.05

### วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจากใช้ระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นมีผลลัพธ์ดีกว่าการใช้ระบบบริการเดิม เนื่องจากระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนา มีการจัดตั้งคลินิกอดสูบบุหรี่เรื้อรังโดยให้บริการแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด มีการกำหนดหน้าที่ของทีมสุขภาพไว้ชัดเจน ทำให้ทุกคนทราบหน้าที่ตนเองซึ่งการทำเช่นนี้จะทำให้ไม่ทำงานซ้ำซ้อน และผู้ป่วยได้รับการดูแลครบและตรงตามความต้องการสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐรุจ มณีขาว<sup>(9)</sup> ที่พบว่า คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดในคลินิกโรคหอบหืดมีค่าสูงกว่าการไม่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคหอบหืด ซึ่งการจัดตั้งคลินิกโรคหอบหืดผู้ป่วยจะมีความสามารถในการใช้ยาและการตรวจวัดสมรรถภาพปอด (PEFR) ได้ดีกว่าจังหวัดที่ไม่มีคลินิกโรคหอบหืด และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์มีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ physical functioning และ role physical มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(7)</sup>

นอกจากนี้ ระบบบริการที่พัฒนาขึ้นมีการบริการแบบจุดบริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ และการประสานเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และได้พัฒนาเครือข่ายโดยจัดตั้ง

คณะกรรมการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังของจังหวัดโดยมีตัวแทนจากทุกโรงพยาบาลในจังหวัดมาร่วมประชุมวางแผนงานร่วมกัน และโรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษาให้แก่โรงพยาบาลลูกข่าย ตลอดจนการติดตามนิเทศการดำเนินงานของโรงพยาบาลลูกข่าย ทำให้หลังการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์เกิดประสิทธิผลในการควบคุมอาการหอบของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของวินัย สวัสดิ์วิระ<sup>(10)</sup> พบว่าการสร้างเครือข่ายทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและทั่วถึงมากขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของประสิทธิผลการควบคุมอาการหอบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าอัตราการมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อัตราการรับไว้รักษาซ้ำใน 28 วันและร้อยละของผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่แล้วเลิกบุหรี่ได้เมื่อได้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่หลังการใช้ระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นลดลงต่ำกว่าก่อนการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นเป็นการประสานความร่วมมือระหว่างทีมผู้ให้การดูแลในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามบทบาท หน้าที่



และระบบบริการที่กำหนดขึ้นและมีการพัฒนาเครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร รักษายศ และศิริเพ็ญ สิทธิธรรม<sup>(8)</sup> ที่ใช้แนวทางจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นเลิกสูบบุหรี่ รักษาด้วยยาฟื้นฟูสมรรถภาพ ปอด ให้ออกซิเจนระยะยาว และหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ เพิ่มการดูแลแบบเครือข่าย ใช้การสนับสนุนทางสังคมและให้ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษา ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพรณ ศรีฐาน<sup>(11)</sup> ที่พบว่าหลังจากใช้แนวทางการรักษาโรคหอบหืด ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหอบหืดดีขึ้นโดยลดอัตราการหอบหืดเฉียบพลันและลดจำนวนวันที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ช่วยลดอัตราการนอนพักรักษาที่โรงพยาบาลและลดอัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว และพบว่าการบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ยาแบบสูดดม ลดปัญหาจากการใช้ยา และส่งผลให้การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ<sup>(12)</sup>

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากมีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งซึ่งมารับการรักษาเมื่อมีอาการรุนแรงแล้ว ทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร และทำให้อัตราการตายของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาไม่แตกต่าง

## สรุป

หลังการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยให้บริการแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการกำหนดหน้าที่ของทีมสุขภาพไว้ชัดเจน ประสานเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและขยายผลไปยังเครือข่าย จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษาให้แก่

โรงพยาบาลลูกข่าย จัดอบรมให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ การตรวจสมรรถภาพปอด การสูดพ่นยา การฝึกบริหารปอด ฝึกการหายใจ พัฒนาการเก็บรวบรวมข้อมูล พัฒนาระบบ IT จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานวิชาการ ตลอดจนการติดตามนิเทศการดำเนินงานของโรงพยาบาลลูกข่ายส่งผลให้มีผลลัพธ์ดีกว่าที่ใช้ระบบบริการเดิม เกิดประสิทธิผลในการควบคุมอาการหอบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำระบบบริการนี้ไปใช้ในจัดการระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ควรขยายเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชนแบบเชิงรุกจนถึงระดับปฐมภูมิ โดยดึงผู้นำชุมชนมามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้นและให้บริการเชิงรุกในการค้นหากลุ่มเสี่ยงและรณรงค์ในการเลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจังและต่อเนื่อง
3. ควรกำหนดเป็นนโยบายเกี่ยวกับการรณรงค์เรื่องการเลิกสูบบุหรี่เพื่อให้การดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมอาการหอบหืด ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สมพงษ์ จรุงจิตราวุธสนธิ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ นายแพทย์จรัญ ทองทับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดบุรีรัมย์ และทุกท่านที่เกี่ยวข้องตลอดจนผู้ป่วยผู้ดูแลทุกท่านที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วัชรา บุญสวัสดิ์ ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในด้านเอกสารและงานวิชาการมาโดยตลอด

## เอกสารอ้างอิง

1. Stribos JH, Postma DS, van Altena R, Gimeno F, Koeter GH. A comparison between an outpatient hospital-based pulmonary rehabilitation program and a home-care pulmonary rehabilitation program in patients with COPD: a follow-up of 18 months. *Chest* 1996;109:366-72.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติโรคกรมการแพทย์. รายงานสถิติโรคปีงบประมาณ 2551. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
3. Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WH workshop report. Bethesda, MD: National Heart, Lung and Blood Institute; 2008.
4. Regional COPD Working Group. COPD prevalence in 12 Asia Pacific countries and region: projections based on the COPD prevalence estimation model. *Respirology* 2003;8:192-8.
5. สมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2548). กรุงเทพมหานคร: สมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย; 2548.
6. สมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย, สมาคมสภากาชาดโรคหืดแห่งประเทศไทย, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
7. ปรียานุช ศิริมัย. การประเมินคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นผู้ใหญ่ในประเทศไทย. ประจวบคีรีขันธ์: โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์; 2549.
8. จิราพร รักษายศ, ศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกคนรักปอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2556;22:973-4.
9. ณัฐรุท มณีขาว. การประเมินการจัดการโรคหอบหืดในจังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
10. วินัย สวัสดิ์ดิวิ. นโยบายโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปี 2555 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 ธ.ค. 2555]. แหล่งข้อมูล: [www.asthma.or.th/pdf/2.3.ppt](http://www.asthma.or.th/pdf/2.3.ppt).
11. ศิริพรรณ ศรีงาน. ผลการใช้แนวทางการรักษาผู้ป่วยหอบหืดในโรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2547-2548. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์* 2548;3:51-9.
12. ปิยะวรรณ กุลวลัยรัตน์, ภารดี มยาเศส, อนุ ทองแดง. ศึกษาการประเมินผลลัพธ์ในการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนประเทศไทย. *วารสารเภสัชโรงพยาบาล* 2557;22:22-32.

**Abstract: Effectiveness of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Control after Service System Development in Buriram Hospital**

**Prapa Potihung, B.N.S.; Visagorn Modthong, B.N.S.**

*Nursing Section, Outpatient Department, Buriram Hospital, Thailand*

*Journal of Health Science 2018;27:866-76.*

This study aimed to develop a caring service system for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients; and to assess the effectiveness of the system. It was conducted in Buriram from 1 October 2012 to 30 September 2015. The study samples were COPD patients with at least four follow-up visits per year at the COPD clinics of all 23 hospitals in Buriram province. The study began with situation assessment, followed by development of the service system, the implementation and outcome evaluation. The study tools included clinical practice guideline for COPD, physician order sheet, and referral guideline for COPD patients. Data were collected from all the treatment and management records within the network; and were analyzed by using percentage and Chi-square test. The care system was operated by a multidisciplinary team with the clear roles and responsibility of the team members, close coordination of patient care, development hospital network, set clinical practice guideline, and utilization of physician order sheet and referral guideline for COPD patients. As for the results, there were 988, 1,095 and 1,162 cases of COPD in 2013-2015, respectively. With the implementation of the system, various favorable outcomes were observed. The admission and re-admission rates of the patients were significantly reduced ( $p=0.001$ ). As well, there was an increasing percentage of smoking COPD patients who quit smoking after receiving service from smoking clinic. However, the death rate was not significantly reduced due to the delay in seeking medical services among the patients. Based on the study results, it should be concluded that the COPD service system with the development of hospital network in the province and clear management guidelines could be effective in treating patients with COPD. Such network should be expanded to cover all levels of care, from primary facilities to tertiary hospitals. Programs to increase awareness among the patients for smoking cessation and seeking early treatment should be promoted. In this regard, close collaboration among health personnel and patients as well as their family members is essential in order to increase effectiveness of care for the patients with COPD.

**Key words:** effectiveness, chronic obstructive pulmonary disease, service system