

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบ องค์รวมและครบทุกมิติโดยการมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน

พรวิภา ยาสุมทร์ พย.ม.

พิศมัย ศรีสุวรรณนพกุล พย.ม.

นันทนา วงศ์พรหม ภ.บ.

โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน

วิภาพรรณ หมื่นมา พย.ม.

ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตัน พ.บ., วว.

อรุณวดี โชตินันท์ พย.บ.

วันรับ:	19 ธ.ค. 2560
วันแก้ไข:	1 ต.ค. 2562
วันตอบรับ:	11 ต.ค. 2562

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบองค์รวมและครบทุกมิติ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จำนวน 555 คน และประชากรกลุ่มเสี่ยงและคนปกติในปี 2558 จำนวน 41,357 คน ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดซึ่งได้แก่ อัตราการมารับบริการซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง (re-visit rate) อัตราการมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน (re-admit rate) และค่าใช้จ่าย ดำเนินการในปีงบประมาณ 2558-2560 ซึ่งโรงพยาบาลบ้านไผ่ได้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้ evidence-based practice เป็นเครื่องมือมาตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา เกิดปัญหาและทำการแก้ไขปัญหาจนเกิดเป็นการพัฒนาทั้ง 5 ระยะ เพื่อคงสภาพการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการดำเนินงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล ครอบคลุมผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ให้ครบทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาฟื้นฟูสภาพ การดูแลแบบประคับประคองและระยะสุดท้ายของชีวิต ใช้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่มาเป็นแนวคิดหลักในการพัฒนาการดูแล เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ผลการศึกษา พบว่า ปีงบประมาณ 2553-2560 เกิดโครงการต่างๆ มากมาย ที่ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ มีกิจกรรมที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม (ร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ) และทุกมิติของการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นหัวใจหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยั่งยืนมาจนถึงปัจจุบัน กิจกรรมการพัฒนาทั้งหมดนี้ สามารถสะท้อนผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยวัดจากตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยซึ่งได้แก่ อัตรา re-visit และค่าใช้จ่ายที่ลดลง แสดงถึงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น ส่วนอัตรา re-admit ที่สูงขึ้นในปี 2560 เกิดจากผู้ป่วยเขตรอยต่อของต่างอำเภอซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องประสานงานหรือแก้ไขปัญหาาร่วมกันระหว่างอำเภอต่อไป ข้อเสนอแนะ การพัฒนางานที่ประสบความสำเร็จและเกิดความยั่งยืนต้องมาจากทุกๆ ฝ่ายร่วมมือกันให้ครบถ้วน ครอบคลุมทั้งองค์รวมและทุกมิติ เป็นคำตอบของการพัฒนาในทุกๆ งาน ทั้งนี้ต้องเกิดจากการมองเห็นปัญหาที่หน้างานก่อนและความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหาแบบกัดไม่ปล่อย ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยมีเครื่องมือที่ช่วยให้มองเห็นการพัฒนาที่ชัดเจนขึ้น นั่นก็คือ การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (routine to research หรือ R2R)

คำสำคัญ: การพัฒนาการดูแล; โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง; องค์รวมและครบทุกมิติ; เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD) เป็นกลุ่มของโรคปอดอักเสบเรื้อรังที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก ลักษณะสำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ หลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือดปอดเกิดการอักเสบเสียหายเนื่องจากได้รับแก๊สหรือสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองเป็นเวลานาน ส่งผลให้หลอดลมค่อย ๆ ตีบแคบลงหรือถูกอุดกั้นโดยไม่อาจฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้อีก⁽¹⁾ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกเมื่อเดือนสิงหาคม 2560 คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 หรือ พ.ศ. 2563 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของประชากรโลก⁽²⁾

ในประเทศไทยมีความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากมลพิษทางอากาศ และอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มมากขึ้น จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2558 พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนอนรักษาในโรงพยาบาล 249,742 ราย ซึ่งในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวน 1.5 ล้านราย คาดว่าผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 5.00 ป่วยเป็นโรคนี้ นอกจากนี้ จากสถิติพบมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืดจำนวน 17,347 ราย ในปีพ.ศ. 2560 และมากกว่าร้อยละ 30.00 มาจากกรุงเทพมหานคร และจังหวัดในเขตภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน แม่ฮ่องสอน น่าน และพะเยา โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในประเทศไทยคือการสูบบุหรี่และมลภาวะสิ่งแวดล้อม⁽³⁾

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญหนึ่งในห้าของโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง มีการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและตึกผู้ป่วยในเป็นอันดับหนึ่งมาตั้งแต่ปี 2550 รวมทั้งเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงเป็นอันดับหนึ่ง^(4,5) ดังนั้นโรงพยาบาลจึงมีการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้ evidence-based practice เป็นเครื่องมือ⁽⁶⁾ คือ แนวปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์

(evidence-based practice) ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นและใช้อยู่ในโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน⁽⁷⁾ มาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากแนวปฏิบัติแล้ว ยังมีกิจกรรมการพัฒนาด้านอื่นอีกมากมาย ซึ่งมีการพัฒนามาตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา คือ ระยะที่ 1 ปี 2550 วิจัยประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็ COPD โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัด ลำพูน⁽⁸⁾ ปี 2552 วิจัย R2R การศึกษาผลการใช้ชุดนวัตกรรมเสริมพลังปอดและกล้ามเนื้อสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย COPD โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นระยะที่ 2 ระยะที่ 3 ปี 2554 ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย COPD โดยใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) ของโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน⁽¹⁰⁾ ระยะที่ 4 ปี 2555 พบว่าตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย คือ การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน เมื่อทำการทบทวนพบว่าผู้ป่วยรายเดิมและมีปัญหาซับซ้อน คือ มีระดับความรุนแรงของโรคสูง จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนที่บ้านแต่ขาดกำลังในการจัดหา การมารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยอาการที่เป็นหนักเนื่องจากไม่มีรถมาส่ง การปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดไม่ต่อเนื่อง เป็นต้น จึงได้ทำการวิจัย R2R การจัดการรายกรณีในผู้ป่วย COPD ที่มีภาวะซับซ้อน อำเภอบ้านโฮ่ง⁽¹¹⁾ ระยะที่ 5 ปี 2556 ได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วย COPD เพื่อให้มีโอกาสในการเข้าถึงยา Long acting β_2 agonist (LABA) ซึ่งแต่เดิมการรับยา LABA ต้องไปรับที่โรงพยาบาลลำพูน จึงได้ทำการวิจัย R2R ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรค COPD ที่มีภาวะซับซ้อนร่วมกับการใช้ยา LABA⁽¹²⁾ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้นำเสนอแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและคณะกรรมการยา เกิดเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยตอบสนองการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นหมุนเวียนเป็นระยะของการพัฒนาทั้งหมด 5 ระยะ

จากการพัฒนาที่ผ่านมาทั้ง 5 ระยะ ยังขาดการดูแล เชื่อมโยงจากเครือข่ายสุขภาพที่ไม่มีรูปแบบชัดเจน และ ทางทีมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความ ต้องการคงสภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบองค์รวมและครบทุกมิติให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอ บ้านไธสง ที่มีการดำเนินงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล ครอบคลุมผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ให้ครบทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาฟื้นฟูสภาพ การดูแลแบบประคับ ประคองและระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมีการบูรณาการไป พร้อมกับการดำเนินการตามแนวคิดของ District Health System (context based learning)⁽¹³⁾ การพัฒนาในระยะ นี้ใช้แนวคิดของการมีส่วนร่วมเป็นสำคัญ

การมีส่วนร่วม (participation) เป็นสิทธิของประชาชน ต่อการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการจัดสรร (allocation) และ การใช้ประโยชน์ (utilization) การมีส่วนร่วมคือการที่ ประชาชนเข้าไปมีส่วนในการตัดสินใจในระดับต่างๆ เพื่อ กำหนดความต้องการของชุมชนของตน ก่อให้เกิด กระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนสามารถที่จะ แสดงออก ซึ่งความต้องการของตน การจัดลำดับความ สำคัญ การเข้าร่วมในการพัฒนา และได้รับประโยชน์จาก การพัฒนานั้นโดยเน้นการให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ ประชาชนและเป็นกระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความ สมัยใจเข้ามามีส่วนในการกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อ ประชาชนเอง⁽¹⁴⁾

การวิจัยแบบมีส่วนร่วม เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาและ แก้ไขปัญหาสังคมและชุมชน เป็นรูปแบบในการวิจัยเพื่อ ตอบสนองต่อโจทย์แห่งการพัฒนาและการแก้ไขปัญหาที่ มุ่งไปที่การค้นหาแนวทางอันเป็นรูปธรรมที่เกิดจากการ ระดมสมองในลักษณะของการมีส่วนร่วมของหลายฝ่ายที่ เกี่ยวข้อง โดยปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ของการวิจัยจาก รูปแบบดั้งเดิมที่การตั้งประเด็นของปัญหาเริ่มต้นและจบ กระบวนการโดยนักวิจัย ซึ่งพบว่างานวิจัยหลากหลายชิ้น ไม่ได้ถูกนำไปเผยแพร่หรือนำไปทดลองใช้หรือถูก “เก็บ

ขึ้นหิ้ง” อันเป็นการสูญเสียทั้งกำลังความคิดงบประมาณ ทรัพยากร และเวลาอย่างน่าเสียดาย ประเด็นของการสร้าง การมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยแต่ละขั้นตอนอันจะเป็น แนวทาง และคำแนะนำที่น่าสนใจ รวมทั้งช่วยให้นักวิจัย ที่สนใจใช้รูปแบบนี้ในการทำวิจัยปัญหาของสังคม เศรษฐกิจและการเมือง โดยเฉพาะการวิจัยเพื่อพัฒนา (research and development)⁽¹⁴⁾ คณะผู้วิจัยจึงมีความ สนใจที่จะนำการวิจัยแบบมีส่วนร่วมมาพัฒนาการดูแล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อหวังให้เกิดความยั่งยืนใน การดูแลผู้ป่วยและประชาชนในอำเภอบ้านไธสงต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาการ ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบองค์รวมและครบทุก มิติ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอด- อุดกั้นเรื้อรัง แบบองค์รวมและครบทุกมิติ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไธสง ศึกษา ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในพื้นที่รับผิดชอบของ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไธสง จำนวน 555 คน และประชากรกลุ่มเสี่ยงและคนปกติในปี 2558 จำนวน 41,357 คน

ประชากรตัวอย่าง เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และประชากรกลุ่มเสี่ยงและ กลุ่มปกติที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของเครือข่ายบริการ สุขภาพอำเภอบ้านไธสง ใช้แนวคิดของการมีส่วนร่วมเป็น หลัก ดำเนินการในปีงบประมาณ 2558 – 2560 การเก็บ ข้อมูลตามตัวชี้วัดซึ่งได้แก่ อัตรา re-visit, อัตรา re-ad- mit และค่าใช้จ่าย การวิจัยเชิงพัฒนา แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (planning) ศึกษาและ ทบทวนปัญหาและสถิติที่ผ่านมา (5 ระยะ) พร้อมหา แนวทางแก้ไขปรับปรุงพัฒนาการดูแลผู้ป่วย COPD ที่มี

การดำเนินงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล ครอบคลุม ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ครบทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาและฟื้นฟูสภาพรวมทั้งการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต มีการบูรณาการไปพร้อมกับการดำเนินการตามแนวคิดของ District Health System (context based learning)

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (action) ลงมือปฏิบัติตาม การวางแผนที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ใช้การมีส่วนร่วมของ ภาควิชาการบริการสุขภาพอำเภอบ้านไธสง แบ่งการดูแลตามกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (observing) มีการติดตาม ตัวชี้วัด รวบรวมข้อมูล และเตรียมประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินสะท้อนกลับ (reflecting) ส่งข้อมูลกลับเข้าสู่คณะกรรมการที่นำทางคลินิก (Clinical Lead Team) และในการประชุมเครือข่าย-บริการสุขภาพอำเภอบ้านไธสง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ ข้อมูล มาจากการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย COPD เปรียบเทียบรายปี ได้แก่ ตัวชี้วัดอัตรา re-visit, re-admit และค่าใช้จ่าย นำผลลัพธ์มาเปรียบเทียบตั้งแต่ปี 2553 จนถึงปี 2560 ข้อมูลทั้งหมดมาจากการรวบรวม เวนระเบียน

อัตรา re-visit = [ผลรวมจำนวนครั้งของการ re-visit (การมารับบริการซ้ำใน 48 ชั่วโมงในแต่ละเดือนในช่วง 1 ปี X 100) ÷ [ผลรวมจำนวนครั้งของการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของผู้ป่วย COPD ในแต่ละเดือนในช่วง 1 ปี]

อัตรา re-admit = [จำนวนครั้งของการ re-admit (การมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน) ในช่วง 1 ปี X 100] ÷ [ผลรวมจำนวนครั้งของการ admit ของผู้ป่วย COPD ในเดือนก่อนหน้า]

ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน คิดจาก ผลรวมค่าใช้จ่ายผู้ป่วย COPD ที่ admit ในแต่ละเดือนจนครบ 1 ปี (ค่ายา ค่าบริการทางแพทย์และพยาบาล ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติ-

การ หรือค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการมานอนโรงพยาบาล ในครั้งนั้น)

ผลการศึกษา

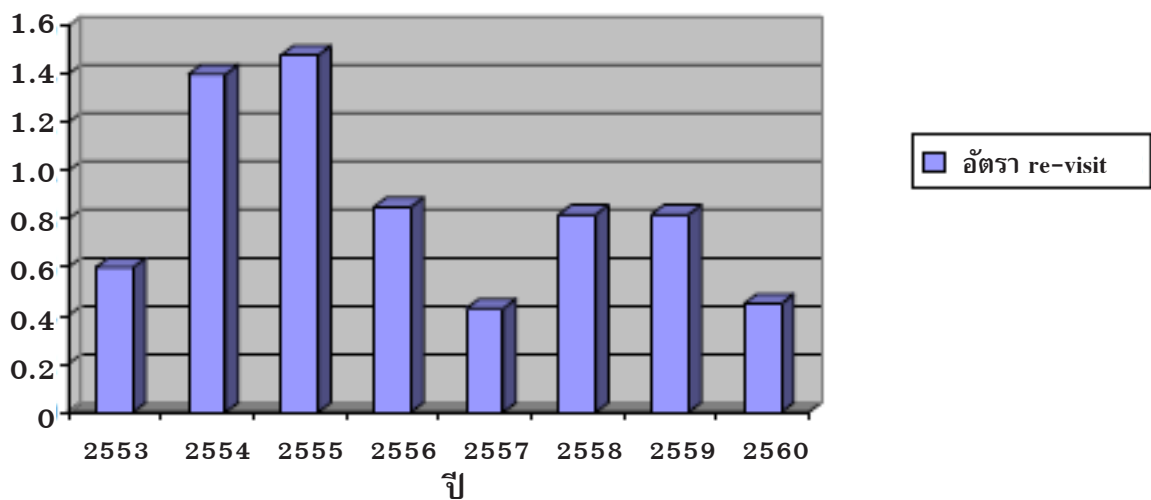
ปีงบประมาณ 2553-2560 เกิดโครงการ/กิจกรรม ต่างๆ ที่ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไธสงจำนวน 49 โครงการ/กิจกรรม เป็นหน่วยงานของสาธารณสุขและนอกหน่วยงานสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านไธสง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ บ้านไธสง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน สถานีตำรวจภูธรอำเภอบ้านไธสง ทหาร ภาคเอกชน รัฐวิสาหกิจ องค์กรอิสระ (ศูนย์มิตรภาพบำบัด-จิตอาสา) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน (อบจ.) องค์การบริหารส่วน-ตำบล (อบต.) เทศบาลทั้งอำเภอบ้านไธสง ผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประชาชน จิตอาสา ร้านค้า เยาวชน ชุมชน ผู้ป่วย และครอบครัว รวมทั้งพระสงฆ์ ซึ่งเป็นแรงสำคัญในการ สนับสนุนช่วยเหลือ อุปถัมภ์กิจกรรมต่างๆ มาโดยตลอด เป็นการสร้างความร่วมมือที่ยั่งยืนและเป็นรูปธรรม จาก กลุ่มคนที่ไม่มีโอกาสจะมาร่วมงานกันได้ สามารถสร้างความร่วมมือเพื่อดูแลผู้ป่วยและประชาชนในอำเภอ บ้านไธสงร่วมกันอย่างดีเยี่ยม โครงการส่วนใหญ่เป็น โครงการต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เราให้ความสำคัญกับการ ดูแลประชาชนทั้ง 3 กลุ่มอย่างเท่าเทียม กลุ่มผู้ป่วย ได้รับการดูแลอย่างเต็มที่ครบถ้วนตามหลักวิชาการ ส่วนกลุ่ม เสี่ยงและกลุ่มปกติ ก็เป็นกลุ่มที่ต้องดูแลเช่นกัน ซึ่งหาก ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติได้รับการดูแลที่ดี จะส่ง ผลให้กลุ่มผู้ป่วยไม่เพิ่มจำนวนมากขึ้น เป็นการดูแล ประชาชนที่ได้ประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งนี้โครงการความร่วมมือนี้ มีกิจกรรมที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม (ร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ) และทุกมิติของ การดูแลสุขภาพ (การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การ รักษา ฟื้นฟูสภาพ การดูแลแบบประคับประคองและระยะ สุดท้ายของชีวิต) ซึ่งเป็นหัวใจหลักในการดูแลผู้ป่วยโรค

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบองค์รวมและครบทุกมิติโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

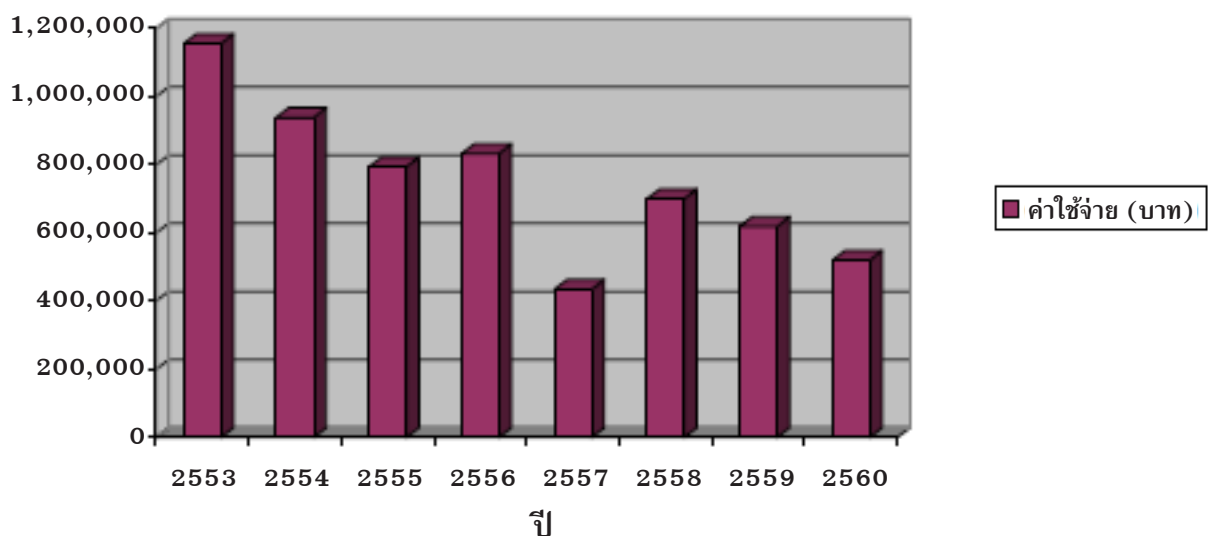
ปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยั่งยืนมาจนถึงปัจจุบัน กิจกรรมการพัฒนาทั้งหมดนี้ สามารถสะท้อนผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยวัดจากตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ อัตรา re-visit (ดังแสดงในภาพที่ 1) และค่าใช้จ่าย (ดังแสดงในภาพที่ 2) ที่ลดลง แสดงถึงผลลัพธ์

การดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น ส่วนอัตรา re-admit (ดังแสดงในภาพที่ 3) ที่สูงขึ้นในปี 2560 เกิดจากผู้ป่วยเขตรอยต่อของต่างอำเภอซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องประสานงานหรือแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างอำเภอบ้านไผ่กับอำเภอใกล้เคียงต่อไป

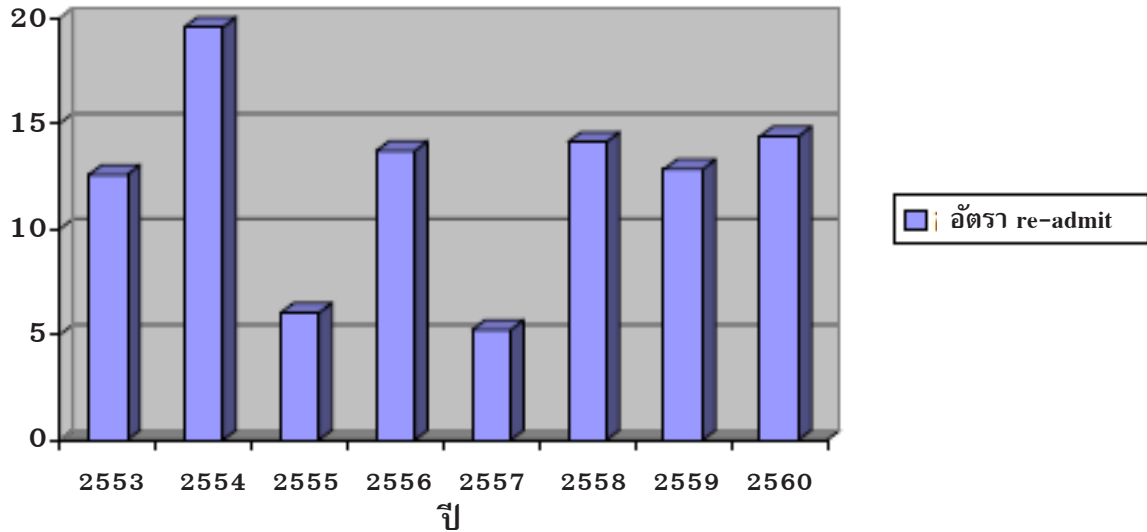
ภาพที่ 1 อัตรา re-visit ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลบ้านไผ่ เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2553-2560 (มีการปรับระบบตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553)



ภาพที่ 2 ค่าใช้จ่าย (ผู้ป่วยรับนอนไว้ในโรงพยาบาล) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลบ้านไผ่ เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2553-2560 (มีการปรับระบบตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553)



ภาพที่ 3 อัตรา re-admit ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลบ้านไผ่ ประจำปีงบประมาณ 2553-2560 (มีการปรับระบบตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553)



วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ เป็นความตั้งใจเพื่อคงสภาพการดูแลผู้ป่วย COPD การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย COPD ที่มี การดำเนินงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล ครอบคลุมผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ให้ครบทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาฟื้นฟูสภาพ การดูแลแบบประคับประคองและระยะสุดท้ายของชีวิต การใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ ซึ่งการพัฒนาการดูแลที่ผ่านมามี 5 ระยะ มีส่วนช่วยให้เกิดการพัฒนาการดูแลในครั้งนี้ กล่าวคือ

ระยะที่ 1 ปี 2550 การวิจัยประสิทธิผลของการใช้ แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยที่เป็น COPD โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน เป็นการวิจัยเชิง-ปฏิบัติการในผู้ป่วยที่เป็น COPD จำนวน 64 คนที่มาใช้บริการหรือมานอนโรงพยาบาล แบ่งเป็นผู้มาใช้บริการก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ 34 คน และขณะที่มีการใช้แนวปฏิบัติ 30 คน กระบวนการใช้แนวปฏิบัติอาศัยกรอบแนวคิดที่เสนอ โดย American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR)⁽¹⁵⁾ พบว่า ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ปอดในผู้ป่วยที่เป็น COPD โรงพยาบาลบ้านไผ่ ภายหลังจาก นำแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยที่เป็น COPD มาใช้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทั้ง 4 ด้าน คือ (1) การเดินบนพื้นราบในระยะเวลา 6 นาที (6-Minute walk test [6-MWT])⁽¹⁶⁾ (2) ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยหอบ (3) การกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ และ (4) การกลับมาใช้บริการซ้ำในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล สะท้อนจากผลการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สามารถช่วยให้ผู้ป่วย COPD และลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ จากร้อยละ 39.90 (ปี 2550) เป็นร้อยละ 35.42 (ปี 2552) ลดการมารับบริการซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน จากร้อยละ 17.00 (ปี 2550) เป็นร้อยละ 3.84 (ปี 2552) และการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน จากร้อยละ 8.46 (ปี 2550) เป็นร้อยละ 7.30 (ปี 2552) แต่ยังมี ประสพปัญหาการให้บริการแบบองค์รวมและครบทุกมิติ ส่งผลให้ผู้ป่วย COPD ปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ได้ค่อนข้างจำกัด เพราะขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ครบทุกมิติ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะผู้ป่วยร้อยละ 90.00 ของผู้ป่วย COPD ทั้งหมด เป็นผู้สูงอายุ เกิดภาวะ หลงลืม อีกทั้งกระบวนการสอนสาธิตการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดยังเป็นนามธรรมและเน้นหลักวิชาการมากเกินไป

เช่น การสอนการหายใจแบบเป่าปาก (purse-lip)⁽¹⁷⁾ ต้องใช้การอธิบายหลายครั้งจึงจะเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ แต่เมื่อให้ทำย้อนกลับผู้ป่วยจะหลงลืมและไม่สามารถปฏิบัติได้ กลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติสามารถเพิ่มระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที มีคะแนนอาการหายใจเหนื่อยหอบลดลง และมีการมารับบริการซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอก และการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำลดลงเช่นกัน

จากการวิจัยนี้ทำให้พบปัญหาของการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดคือ การที่จะทำให้ผู้ป่วย COPD มีความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้ มักมีความยุ่งยาก ใช้เวลานาน และยากแก่ประเมินได้ว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และสภาพร่างกายอ่อนแอ เห็นได้ง่ายจากปัญหาปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมักมีความยุ่งยาก ใช้เวลานาน และยากแก่ประเมินได้ว่า ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ จึงได้ทำการศึกษาผลของการใช้ชุดนวัตกรรมเสริมพลังปอดและกล้ามเนื้อในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระยะที่ 2 ปี 2552 ทำวิจัย R2R การศึกษาผลการใช้ชุดนวัตกรรมเสริมพลังปอดและกล้ามเนื้อ สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย COPD โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วย COPD จำนวน 10 ราย แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เป็นผู้ป่วย COPD ที่มารับบริการที่ COPD clinic ของโรงพยาบาลบ้านไผ่ และจากการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษา ผู้ป่วย COPD กลุ่มเป้าหมาย 10 ราย มีค่า peak flow เพิ่มขึ้นจำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.00 และมีค่า peak flow คงที่ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.00 ไม่พบการ re-visit ไม่พบการ re-admit และมีอัตราการกำเริบของโรค (acute exacebation) ลดลงร้อยละ 100.00 ผู้ป่วย COPD กลุ่มเป้าหมาย มีค่า peak flow เพิ่มขึ้น ไม่พบการ re-visit, re-admit และมีอัตราการกำเริบของโรค (acute exacebation) ลดลง แต่ยังเป็น การดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ที่ยังเน้นเฉพาะในโรงพยาบาล

จากปัญหาการดูแลผู้ป่วย COPD ที่ยังไม่ครอบคลุมจนถึงชุมชน จึงได้ทำการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย COPD โดยใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) ของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน เป็นการพัฒนาในระยะที่ 3 ปี 2554 เริ่มมีการพัฒนาในรูปแบบของเชิงรุกด้านส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสภาพลงไปสู่ชุมชนมากขึ้น เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน ทั้งระบบงานภายในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย COPD โดยใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) ของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) โดยศึกษารูปแบบและผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย COPD แบบผสมผสานและต่อเนื่องถึงชุมชน โดยใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วย COPD ได้ครอบคลุมมากขึ้น ผลการศึกษา มีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องรับการดูแลรักษาด้วยออกซิเจนที่บ้านจำนวน 15 ราย ได้รับการสนับสนุนชุดให้ออกซิเจนจากโครงการองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นบ้านไผ่ร่วมใจ ช่วยสนับสนุนการให้ออกซิเจนผู้ป่วยที่บ้าน มีอัตราการใช้จ่ายเงินที่ต้องลดผลการประเมิน peak flow meter การประเมิน oxygen saturation การประเมิน 6 MWT ความเข้าใจและปฏิบัติตัวถูกต้อง และระดับคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีผลการประเมินดีขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยในลดลงอย่างต่อเนื่อง อัตรา re-visit และอัตราการเกิด acute exacebation ของผู้ป่วย COPD มีการลดลงอย่างต่อเนื่อง การประเมินตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย COPD ดีขึ้นทุกตัว ยกเว้นอัตรา re-admit เป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับทีมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Patient Care Team COPD) ในการหาโอกาสพัฒนาเพื่อให้มีอัตราการลดลง ซึ่งจากการรวบรวมสถิติผู้ป่วย re-admit ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยรายเดิมที่มีระดับความรุนแรงสูงและมีปัญหาที่ซับซ้อน

จากปัญหาอัตรา re-admit ที่ยังสูงอยู่⁽¹⁸⁾ ซึ่งเป็นผู้ป่วย รายเดิมที่มีระดับความรุนแรงสูงและมีปัญหาที่ซับซ้อน จึง ได้ทำการวิจัย R2R การจัดการรายการกรณี⁽¹⁹⁾ ในผู้ป่วย COPD ที่มีภาวะซับซ้อน อำเภอบ้านไผ่ เข้าสู่การพัฒนา ในระยะที่ 4 ปี 2555 ทำการวิจัย R2R การจัดการรายการ กรณีในผู้ป่วย COPD ที่มีภาวะซับซ้อน อำเภอบ้านไผ่ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง การทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม กลุ่มละ 22 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ฐานนิยม ร้อยละ และจำนวนครั้งโดยรวมของการมา นอนโรงพยาบาลซ้ำ และสถิติค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระ ต่อกัน ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มควบคุมมีผลลัพธ์ก่อน-หลังดังนี้ ค่าเฉลี่ยอาการ หายใจลำบากประมาณค่าเชิงเส้นตรง (dyspnea visual analogue scale: DVAS)⁽²⁰⁾ จาก 36.36 เป็น 44.55 ฐานนิยม DVAS จาก 20 เป็น 50 และร้อยละของ re-admit จาก 22.73 เป็น 9.10 จำนวนครั้งโดยรวมของการ มานอนโรงพยาบาลซ้ำ จาก 5 ครั้ง เป็น 2 ครั้ง ส่วนกลุ่ม ทดลองมีผลลัพธ์ก่อน-หลัง ดังนี้ ค่าเฉลี่ย DVAS จาก 45.00 เป็น 23.64 ฐานนิยม DVAS จาก 50 เป็น 20 และร้อยละของ re-admit จาก 27.27 เป็น 4.54 จำนวน ครั้งโดยรวมของการมานอนโรงพยาบาลซ้ำจาก 6 ครั้ง เป็น 1 ครั้ง ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย COPD ดีขึ้นทุกตัว แต่ การรับยา LABA ต้องไปรับที่โรงพยาบาลลำพูน เกิด ปัญหาความไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยในการไปรับยาที่โรง- พยาบาลลำพูน (ระยะทางไกล ปัญหาค่าใช้จ่ายใน ครอบครัว)

จากปัญหาความไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยในการไปรับยา LABA ที่โรงพยาบาลลำพูน (ระยะทางไกล ปัญหาค่าใช้จ่ายในครอบครัว) รวมทั้งต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย COPD เพื่อให้มีโอกาสในการเข้าถึงยา LABA ซึ่งแต่เดิม การรับยา LABA ต้องไปรับที่โรงพยาบาลลำพูน เนื่องจาก ปัญหาด้านการเงินของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จึงเกิด

เป็นการพัฒนาในระยะที่ 5 ปี 2556 เป็นการวิจัย- กึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 10 ราย วัดผลลัพธ์ ได้แก่ อัตราการ re-admit, re-visit, acute exacerbation, 6MWT, DVAS, เกณฑ์ การให้คะแนนภาวะหายใจลำบาก (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale: MMRC)⁽²⁰⁾ การ ประเมินผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความ ชาญและการทำกิจวัตรประจำวัน (COPD Assessment Test : CAT score)⁽²⁰⁾ คุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่าย ผลการ ศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทั้งหมด ระหว่างก่อน และหลังการวิจัย หลังจากดำเนินการมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้นำเสนอข้อมูล แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและคณะกรรมการยา ให้เห็น ถึงความคุ้มค่าคุ้มทุนในการพิจารณาอนุมัติให้ใช้ยา LABA ซึ่งมีราคาแพงในโรงพยาบาล ผลการศึกษาเป็น ข้อมูลที่น่าเชื่อถือในการปรับระบบยาที่ใช้ในการดูแล ผู้ป่วย COPD ที่มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์และผลดี แก่ทุกฝ่าย รวมทั้งเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบยาในระดับ นโยบายของโรงพยาบาลบ้านไผ่จนถึงปัจจุบัน

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย COPD แบบองค์รวมและ ครอบคลุมมิติ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการ สุขภาพ อำเภอบ้านไผ่ เป็นการคงสภาพการพัฒนาการ ดูแลผู้ป่วย COPD มีการดำเนินงานทั้งในและนอกโรง- พยาบาล⁽²⁰⁾ ครอบคลุมผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ให้ครบ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เน้นการ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา ฟื้นฟูสุขภาพ การ ดูแลแบบประคับประคองและระยะสุดท้ายของชีวิต การ มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ (หน่วยงานของสาธารณสุขและนอกหน่วยงานสาธารณสุข- สุข) การมีส่วนร่วม ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

- 1) มีวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ชัดเจน
 - 2) มีกิจกรรมที่ทำให้สามารถนำไปสู่เป้าหมายนั้นได้
 - 3) มีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมายที่ตั้งไว้
- ทุกกิจกรรมกลุ่มเป้าหมายล้วนมีส่วนร่วมใน กิจกรรมตั้งแต่การร่วมคิดตัดสินใจไปจนถึงการ

ดำเนินงานเสร็จสิ้น

การมีส่วนร่วมของฝ่ายต่างๆ สามารถระบุได้ตามลำดับขั้น ช่วยให้เห็นบทบาทหน้าที่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละฝ่ายได้อย่างชัดเจน และในทางปฏิบัติ กระบวนการวิจัยก็ต้องดำเนินไปโดยความร่วมมือและทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นลำดับขั้นตอนตั้งแต่ต้นจนจบสิ้นกระบวนการ⁽²¹⁾ ดังต่อไปนี้

1) ชั้นการศึกษาบริบท ทุกกิจกรรมก่อนดำเนินการได้ทำประชาคม รายงานข้อมูล สถานการณ์ ความสำคัญของปัญหาในที่ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ ประชุมเครือข่ายบริการสุขภาพ ประชุมงบประมาณหลักประกันสุขภาพของ อปท. (อบจ./เทศบาล/อบต.) ประชุมศูนย์มิตรภาพบำบัด-จิตอาสา ฯ ซึ่งการประชุมนั้นจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมใดทั้งเรื่องของงบประมาณ การตัดสินใจ และการขอความร่วมมือ

2) ชั้นกำหนดปัญหา สรุปคำถามหรือปัญหา รวมทั้งอธิบายเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการแก้ไขปัญหาให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดความเข้าใจตรงกัน ทำความเข้าใจประเด็นปัญหาและผลของการวิจัยได้อย่างชัดเจน และครอบคลุมส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ รวมทั้งผลดีที่จะเกิดขึ้นหลังการวิจัยสิ้นสุด เปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้ข้อมูล และแสดงความคิดเห็น/ความต้องการ รวมถึงการสร้างความตระหนักในบทบาทและความสำคัญของการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย โดยการกำหนดปัญหาร่วมกันเป็นเสมือนการตั้งเป้าหมายที่จะดำเนินการให้เกิดผลอย่างแท้จริง ก่อนจะเข้าสู่การวางแผนการปฏิบัติร่วมกัน

3) ชั้นการวางแผนปฏิบัติงานวิจัย การจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานวิจัยให้ชัดเจน รวมทั้งระบุว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำวิจัยแต่ละฝ่ายจะมีส่วนร่วมอะไรอย่างไร และเมื่อใดบ้าง พร้อมทั้งแผนการปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนวิธีการวิจัย มีการติดตามผลการดำเนินงานวิจัยทุกขั้นตอน และคอยตรวจสอบผลของการดำเนินงานว่ามีสิ่งใดที่ผิดพลาด หรือไม่เป็นไปตามแผนหรือเป้าหมาย หรือมีสิ่งใดที่เกิดแทรกซ้อนขึ้นมาหรือไม่

4) ชั้นการติดตาม ตรวจสอบและปรับปรุง รวมทั้งการแก้ไขระหว่างกระบวนการปฏิบัติงานวิจัย ในขั้นนี้ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพราะเป็นเวทีในการคืนข้อมูลพร้อมรับฟังการสะท้อนข้อมูลกลับจากกลุ่มเป้าหมายและผู้ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้รับสามารถนำมาทำการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ประเมินว่าผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ พบปัญหา/อุปสรรคอะไร รวมถึงข้อมูลที่แสดงถึงความพึงพอใจและความสำเร็จของการดำเนินการวิจัย

5) ชั้นการสรุปผลการวิจัย การสรุปผลการวิจัย และเรียบเรียงเป็นรายงานการวิจัยออกเผยแพร่ สามารถทำได้หลายวิธี ทั้งในรูปของการนำเสนอในการประชุมเดิมที่เคยขอทำประชาคมไว้ การทำรูปเล่มรายงานเสนอต่อผู้บังคับบัญชา การประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไรบ้าง มีความพึงพอใจและได้ผลตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ และแสดงความคิดเห็นอื่นประกอบข้อมูลด้วยว่าเพราะเหตุใด รวมทั้งข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป หรือการต่อยอดการพัฒนาเพื่อความยั่งยืนในอนาคต

จากการศึกษาผลของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย COPD แบบองค์รวมและครบทุกมิติ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านไธสง ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันทั้งหน่วยงานของสาธารณสุขและนอกหน่วยงานสาธารณสุข จนเกิดเป็นกิจกรรมหรือโครงการต่างๆที่มีความต่อเนื่องส่งผลให้ตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วย COPD มีแนวโน้มที่ดีขึ้นส่วนอัตราการมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วันในปี 2560 ที่สูงขึ้นเกิดจากผู้ป่วยเป็นเขตรอยต่อของต่างอำเภอซึ่งเป็นปัญหาที่ Patient Care Team COPD จำเป็นต้องทำการประสานหรือแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างอำเภอบ้านไธสงกับอำเภอสีโนโอกาสต่อไป

ปัญหาที่ได้จากการวิจัยเชิงพัฒนาสามารถช่วยพัฒนางานให้เห็นเป็นรูปธรรม และมีน้ำหนักเพียงพอในการใช้เป็นข้อมูลเพื่อให้เกิดการพัฒนาอื่น ๆ ดังเช่นการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย COPD ของโรงพยาบาลบ้านไธสงที่มี

การพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาตลอดตั้งแต่ปี 2550 จนถึงปัจจุบัน จนสามารถคว้ารางวัลชนะเลิศ Easy Asthma COPD Clinic Excellence Award 2015 ประเภท COPD ของเครือข่ายคลินิกโรคหืดและ COPD ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และรางวัล R2R ดีเด่นประจำปี 2559 ระดับ Meta R2R จากการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ครั้งที่ 9 สร้างความภาคภูมิใจแก่เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านไผ่เป็นอย่างมาก

แผนที่ยังต้องพัฒนาต่อเนื่องต่อไปได้แก่ โครงการเชิงรุกที่ลงสู่ชุมชนทั้งหมด การส่งเสริมสุขภาพตามโครงการชั่วโมงสุขภาพและลานออกกำลังกาย การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล การสานต่อในโครงการกองทุนออกซิเจนให้ดำเนินต่อไปซึ่งขับเคลื่อนโดยศูนย์มิตรภาพบำบัดจิตอาสา โรงพยาบาลบ้านไผ่ เป้าหมายจัดซื้อเครื่องผลิตออกซิเจนจำนวน 1-2 เครื่องต่อปี (รายได้ของศูนย์มิตรภาพบำบัดฯ มาจาก 8 ช่องทาง คือ (1) ขายขยะรีไซเคิล (2) ขายขยะอัดก้อน (3) ขายฝักออร์แกนิกส์ อินทรี (4) ขายเสื้อผ้ามือสอง (5) ขายสังฆทานที่ได้รับบริจาคจากวัดต่างๆ (6) ขายพวงหรีด (7) ขายของงานฝีมือของจิตอาสา (8) ผู้บริจาคประจำทุกเดือน ซึ่งปัจจุบัน เดือนธันวาคม 2560 มีเครื่องผลิตออกซิเจนทั้งสิ้น 39 เครื่องที่ใช้หมุนเวียนช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้และระยะสุดท้ายในเขตอำเภอบ้านไผ่

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาที่ประสบความสำเร็จและเกิดความยั่งยืน ต้องมาจากทุก ๆ ฝ่ายร่วมมือกัน ให้ครบถ้วนและครอบคลุมทั้งองค์รวมและทุกมิติ เป็นคำตอบของการพัฒนาในทุก ๆ งาน ทั้งนี้ต้องเกิดจากการมองเห็นปัญหาที่หน้างานก่อนและความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหาแบบกัดไม่ปล่อย ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยมีเครื่องมือที่ช่วยให้มองเห็นการพัฒนาที่ชัดเจนขึ้น นั่นก็คือ การทำ R2R รวมทั้งการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ ความร่วมมือร่วมแรง

ร่วมใจของผู้ปฏิบัติและเครือข่าย โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนชาวบ้านไผ่ เพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยที่ดูแล จนเกิดเป็นการดูแลที่เชื่อมโยง มีความสัมพันธ์เสมือนดังญาติ เหมือนเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. ชัยชาญ โพธิรัตน์. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ The Effective COPD Clinic. หน่วยวิชาโรกระบบทางเดินหายใจ เวชบำบัดวิกฤตและภูมิแพ้; วันที่ 5-7 มีนาคม 2551; ห้องประชุมอาคารเรียนรวมคณะแพทยศาสตร์. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
2. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. 2007 [cited 2007 Jun 7]. Available from: <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>
3. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/112571/.pdf>
4. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน. รายงานผู้ป่วยที่มีปัญหาในชุมชนของโรงพยาบาลบ้านไผ่. ลำพูน: โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน; 2550.
5. กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ และข้อมูลจากการติดตามเยี่ยมบ้าน. สถิติตัวชี้วัดของโรงพยาบาลบ้านไผ่. ลำพูน: โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน; 2552.
6. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB). การประชุมเชิงปฏิบัติการการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบ้านไผ่. ลำพูน: โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน; 2559.
7. จุฬารัตน์ สุริยาทัย, นภาพร มหายศนันท์, หทัยรัตน์ เวชมนัส. แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. น่าน: โรงพยาบาลท่าวังผา; 2550.
8. พรวิภา ยาสมุทร, กรรณิการ์ คำสาร, นันทนา วงศ์พรหม,

- วิภาพรรณ หมั่นมา, พิศมัย ศรีสุวรรณพกุล, รัชนีวรรณ อังกาลิทธิ, และคณะ. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็น COPD โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน. ลำพูน: โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน; 2550.
9. พรวิภา ยาสมุทร, วิภาพรรณ หมั่นมา. การผลิตและศึกษาผลการใช้ชุดนวัตกรรมเสริมพลังปอดและกล้ามเนื้อในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ลำพูน: โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน; 2552.
10. พรวิภา ยาสมุทร, วิภาพรรณ หมั่นมา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย COPD โดยใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) ของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน. ลำพูน: โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน; 2554
11. พรวิภา ยาสมุทร, พิศมัย ศรีสุวรรณพกุล, ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์, ภัทรกร วงศ์ใหญ่, กิ่งก้อย ทาคำ. การจัดการรายการกรณีในผู้ป่วย COPD ที่มีภาวะซับซ้อน อำเภอบ้านไผ่. ลำพูน: โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน; 2555.
12. พรวิภา ยาสมุทร, วิภาพรรณ หมั่นมา, ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์, พิศมัย ศรีสุวรรณพกุล, มยุรี ใจเงี้ยวคำ, กิ่งก้อย ทาคำ, และคณะ. ผลของการจัดการรายการกรณีในผู้ป่วยโรค COPD ที่มีภาวะซับซ้อนร่วมกับการใช้ยา LABA. ลำพูน: โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน; 2555.
13. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) district health system (DHS), ฉบับประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2557.
14. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. การมีส่วนร่วมของประชาชน. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล; 2527.
15. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR). Guideline for pulmonary rehabilitation programs. National Black Lung Respiratory Disease Clinics Conference; 7-9 October 1999; Chicago, Illinois.
16. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2006). Fact about chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. [cited 2007 Mar 11]. Available from: http://www.goldcopd.com/GOLD_guideline/facts1.html
17. สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2548). กรุงเทพมหานคร: สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย; 2548.
18. ศูนย์คุณภาพ ฝ่ายแผนงานโรงพยาบาลบ้านไผ่. สถิติตัวชี้วัดแยกตามหน่วยงาน. ลำพูน: โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน; 2555.
19. อรพรรณ โตสิงห์. การจัดการรายการกรณี: รูปแบบการพยาบาลแห่งยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. ใน: วันเพ็ญ พิธิตพรชัย, อุษา-วดี อัครวิเศษ, บรรณาทิการ. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: นิยมวิทยา; 2544. หน้า 61-7.
20. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. 2010 [cited 2012 Oct 26]. Available from: http://www.goldcopd.com/GOLD_guideline.html
21. ไพโรจน์ ชลารักษ์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, วารสารราชภัฏตะวันตก 2548;1(1):20-1.

Abstract: Improving Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Holistic and All-Dimensional by the Participation of Health Service Network, Ban Hong District, Lamphun Province

Pornwipa Yasamut, M.N.S.; Wipaphun Meamma, M.N.S.; Pisamai Srisuwannophakul, M.N.S.; Chortip Promarat, M.D.; Nuntana Wongprom, B.Pharm.; Aroonwadee Chotinun, B.N.S.

Ban Hong Hospital, Lamphun Province, Thailand

Journal of Health Science 2020;29:281-92.

The objective of this research was to develop a model for improving care for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), using the holistic and all-dimensional approaches through participation of the health service network, Ban Hong District, Lamphun Province. It was conducted in the fiscal years 2015-2017. The study samples included 555 COPD patients and 41,357 healthy people in the study area. Data collected were variables to be used for the analysis of re-visit rates, re-admission rates), and the expenses. The study was a continuation of a series of patient care process began in 2007 of which the evidence-based practice was applied as a development tool. All the constraints and problems identified in all early phases were addressed in the current study which was operated both inside and outside the hospital covering patients, families, communities in order to maintain high quality of care for the COPD patients with the main focus on health promotion, prevention, treatment, rehabilitation, palliative and end of life care. Participation of the local health service network was taken into consideration throughout the process with the expectation on sustainability of the care. It was found that the health service network had contributed significantly, and many initiatives were developed that covered the whole spectrum of holistic care (physical, emotional, social, and spiritual) and health care (health promotion, prevention, treatment, rehabilitation, palliative and end of life care). All such development activities had resulted in the better outcomes of care for the COPD patients as identified by the reduction of re-visit rates and the health care costs. The study outcomes indicated that successful and sustainable development required cooperation among all relevant parties, and covered the holistic and all-dimensional care. Consistent situation assessment and continued commitment are also essential. In this regard, routine to research (R2R) could be a useful tool in the development process.

Keywords: improving care; chronic obstructive pulmonary disease; holistic and all-dimensional; health service network; Ban Hong District