

นิพนธ์ฉบับ

Original Article

ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน คลินิกคนรักปอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

จิราพร รักษาศ พย.ม.

ศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ พย.ม.

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง นครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ แนวทางจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทั่วไปมุ่งเน้นเลิกสูบบุหรี่ รักษาด้วยยา พ่นพุ่มสมรรถภาพปอด ให้ออกซิเจนระยะยาว และหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ การศึกษานี้เพิ่มการดูแลแบบเครือข่าย ใช้การสนับสนุนทางสังคมและให้ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษา การศึกษาแบบกึ่งทดลองเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน-หลังในกลุ่มตัวอย่างเดี่ยวโดยไม่มีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการกลับเข้ารับรักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกคนรักปอด เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 14 คน ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2555 ให้การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ แนวทางจัดการอาการหอบด้วยตนเองที่บ้าน คลินิกเคลื่อนที่ เครือข่ายการดูแลในชุมชน และการสนับสนุนทางสังคม วัดผลลัพธ์จากการกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 28 วันโดยใช้แบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ และ Wilcoxon signed-rank test พบว่า ผู้ป่วยกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเทียบกับก่อนการดูแลแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แสดงให้เห็นว่าการกำหนดกลยุทธ์ให้ผู้ป่วยมีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีแผนการดูแลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน มีการสนับสนุนของครอบครัวและสังคม ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ การพัฒนารูปแบบ, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, คลินิกคนรักปอด

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่ทำให้เกิดการสูญเสียทางสุขภาพ ปีสุขภาวะ ค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพจำนวนมหาศาล และการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร เนื่องจากไม่สามารถรักษาให้กลับมาเป็นปกติได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาบ่อย ปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 4 ของโลก คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของประชากรโลก⁽¹⁾ ประเทศไทยพบว่า ประชากรร้อยละ 5 หรือประมาณ 4 ล้านคนเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 5 ของประเทศ (33.5 ต่อประชากรแสนคน)⁽²⁾ ปี 2554 พบว่าประเทศไทยต้องจ่ายเงินเพื่อรักษาผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงถึง 17,500 ล้านบาท⁽³⁾

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้มีการตีบแคบของทางเดินหายใจ และมีการสูญเสียความยืดหยุ่นของปอด มีอากาศค้างในถุงลมเล็กจึงเกิดแรงต้านในทางเดินหายใจมากขึ้น ผู้ป่วยต้องใช้แรงมากในการหายใจและต้องใช้กล้ามเนื้ออื่นเพื่อช่วยในการหายใจได้แก่ กล้ามเนื้อที่คอ ไหล่ และหน้าท้อง ส่งผลให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจอ่อนแรง ผู้ป่วยจึงหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวร่างกายหรือทำกิจกรรมและออกกำลังกายที่เหมาะสม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยจึงลดลง⁽⁴⁾ เมื่อการดำเนินของโรคเป็นมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมได้เช่นคนปกติ เมื่อสมรรถภาพปอดลดลงมาก ๆ ก็จะมีอาการรุนแรงขึ้น เหนื่อยง่ายขึ้นแม้เพียงทำกิจวัตรประจำวัน และมีอาการโรคกำเริบบ่อยๆ ทำให้ต้องมารักษาที่แผนกฉุกเฉิน และนอนรักษาในโรงพยาบาลในที่สุดอาจจะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพราะไม่สามารถหายใจ

เองได้เพียงพอ

เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เป้าหมายหลักของการรักษา เพื่อคงสภาพร่างกายให้ดีที่สุด และลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต⁽⁵⁾ การรักษาจึงต้องทำหลายด้านพร้อมกัน⁽⁶⁾ การฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจเป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การช่วยเหลือบุหรี การใช้ยา การแนะนำเรื่องโภชนาการ การฝึกการหายใจเพื่อบรรเทาอาการหอบเหนื่อย การฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หากทำตามเป้าหมายดังกล่าว ยังผลให้ผู้ป่วยมีอาการบรรเทาหรือหายจากอาการลดความถี่ความรุนแรงของภาวะโรคกำเริบลง⁽⁷⁾

สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการจำนวน 446 คน มีอัตราการกลับเข้ารับรักษาภายใน 28 วัน สูงเป็น 1 ใน 5 โรคที่มีการกลับเข้ารับรักษาบ่อย ติดตามผลลัพธ์การดูแลในระยะ 4 ปี (พ.ศ.2551-2554) พบร้อยละ 30.97, 31.46, 33.33 และ 21.23 ตามลำดับ ส่งผลให้เกิดค่ารักษาพยาบาลสูง⁽⁸⁾ การรักษาที่ผ่านมา พบว่า มุ่งการตรวจรักษาและพยายามให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ขาดการแนะนำการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย การดูแลจำกัดเฉพาะในโรงพยาบาล ไม่ครอบคลุมสู่บ้านและชุมชน ขาดการส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ก่อนที่อาการจะรุนแรงขึ้น ขาดการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อลดอุปสรรคการดูแลตนเอง เช่น ออกซิเจน เครื่องพ่นยา ความจำกัดของบุคลากรจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้การดูแลไม่ทั่วถึง ด้านผู้ป่วย เมื่อกลับไปบ้านใช้ยาพ่นไม่ถูก การฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจไม่ต่อเนื่อง กลัวการออกกำลังกาย มีความเชื่อที่ผิด เช่น ยังคงสูบบุหรี่ เพราะเชื่อว่าบุหรีที่มวนด้วยใบจากไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ปัญหาการเข้าถึงบริการจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ต้องผัดผ่อน ไม่สามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น และปัญหาการขาดทรัพยากรที่ต้องใช้ดูแลตนเองต่อที่บ้าน เช่น ออกซิเจน บัจฉยต่างๆ เหล่านี้ต่างเป็นตัวเสริมให้มีอาการหอบกำเริบขึ้น มีการกลับเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลบ่อย

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยยึดหลักการดูแลให้ผู้ป่วยมีบทบาทที่ชัดเจนในการดูแลรักษาตนเอง กำหนดกลยุทธ์ให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อช่วยให้ได้รับการรักษาเร็วขึ้นก่อนที่อาการจะรุนแรง ช่วยให้พ้นจากอาการเร็วขึ้น เน้นการดูแลแบบองค์รวมและการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ สร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน

เพื่อการดูแลต่อเนื่อง และใช้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อสนับสนุนทรัพยากรที่ต้องใช้ดูแลที่บ้าน วัตถุประสงค์ของการศึกษาคั้งนี้ เพื่อศึกษาการกลับเข้ารับรักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม 2555 เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน-หลังในกลุ่มตัวอย่างเดี่ยวโดยไม่มีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้บริการในคลินิกกำเริบปอด จำนวน 14 ราย เลือกจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีประวัติการการกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะความรุนแรงของโรคระดับ 3-4 ตามเกณฑ์จำแนกของ GOLD⁽⁵⁾ การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การสูบบุหรี่ (2) แบบบันทึกการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (3) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพัฒนารูปแบบจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่สังเคราะห์จากการทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน ซึ่งเป็นอายุรแพทย์ พยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโทษของบุหรี การฝึกทักษะการพ่นยา ขยายหลอดลม การออกกำลังกายสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แนวทางการจัดการอาการหอบด้วยตนเองที่บ้าน (ใช้ชื่อว่า คัมภีร์พิชิตหอบ) คลินิกเคลื่อนที่ เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน และแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ครอบครัวยุและอาสาสมัครหมู่บ้าน

การศึกษาใช้รูปแบบการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร โภชนาการ และพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยใช้แนวทางปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นดังต่อไปนี้

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ญาติ โดยพยาบาล ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโทษบุหรี โดยประเมินความรู้ผู้ป่วยก่อนและหลังการให้ความรู้ ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่จะส่งคลินิกเลิกบุหรีทุกราย
2. สอนการใช้ยาพ่นและฝึกการไออย่างพ่นแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยเภสัชกร

3. ฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด/การออกกำลังกาย แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยนักกายภาพบำบัด ประกอบด้วย
 - ฝึกการหายใจโดยใช้กลัมน้ำหนักหน้าท้องและกะบังลม วันละ 30 นาที แบ่งเป็น 2 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที จำนวน 3 วัน เป็นเวลา 12 สัปดาห์
 - ฝึกการบริหารกลัมน้ำหนักหน้าท้องโดยให้เป่าขวดน้ำ⁽⁹⁾ ทำ 15 นาที วันละ 2 ครั้ง จำนวน 3 วัน เป็นเวลา 12 สัปดาห์
 - ฝึกการออกกำลังกาย โดยการเดิน การใช้ยางยืด สัปดาห์ละ 3 วันเป็นอย่างน้อยนานครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 12 สัปดาห์
4. ความรู้เรื่องอาหารแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยโภชนากร ประเมินความรู้ผู้ป่วยก่อนและหลังการให้ความรู้ สำหรับผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกาย ต่ำว่า 21 ให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล
5. กรณีผู้ป่วยไม่สามารถมาเข้าคลินิกได้ตามนัดเนื่องจากมีปัญหาจากพยาธิสภาพของโรค ทางคลินิกจะจัดคลินิกเคลื่อนที่ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร ไปที่บ้านผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง
6. สร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การพ่นยาขยายหลอดลมและการออกกำลังกายเฉพาะโรค และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อร่วมกันดูแลต่อเนื่องในชุมชน

7. ฝึกการใช้คัมภีร์พิชิตอาการหอบแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อจัดการกับอาการหอบด้วยตนเองที่บ้านก่อนจะมีอาการรุนแรงขึ้น (ภาพที่ 1)

8. สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อลดอุปสรรคการดูแลตนเอง โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากการสนับสนุนของครอบครัวผู้ป่วย ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครหมู่บ้าน

เก็บข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยและพยาบาลผู้ช่วยวิจัย 2 คนที่ผ่านการฝึกเก็บข้อมูลตามแนวทางที่กำหนด (1) ข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ การสูบบุหรี่ (2) ข้อมูลการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (hospitalization) ภายในเวลา 28 วัน เก็บเป็นจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ามารักษาจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างย้อนหลัง 3 เดือนก่อนเข้าร่วมวิจัย ส่วนข้อมูลที่แสดงผลจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เก็บหลังจากนำรูปแบบการดูแลไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามที่ได้พัฒนาและติดตามเก็บข้อมูลการเข้ารับรักษาซ้ำติดต่อกัน 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เปรียบเทียบการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ก่อน-หลัง เข้าร่วมวิจัย ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test และสถิติบรรยาย จำนวน ร้อยละ

ภาพที่ 1 คัมภีร์พิชิตอาการหอบ



ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยทั้ง 14 ราย เป็นเพศชายทั้งหมด ส่วนใหญ่อายุ 70 ปีขึ้นไป ในจำนวนนี้มีผู้ที่ยังสูบบุหรี่จำนวน 1 คน ได้ส่งเลิกบุหรี่ที่คลินิกเลิกบุหรี่และผู้ป่วยสามารถเลิกได้ในเวลาต่อมา (ตารางที่ 1)

จากตารางที่ 2 พบว่า เมื่อประเมินผลลัพธ์หลังเข้าร่วมวิจัย 3 เดือน จำนวนครั้งการกลับเข้ารับรักษาภายใน 28 วันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

วิจารณ์

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยจากรายกลุ่มเป็นรายบุคคล ทำให้สามารถเข้าถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น มีการวิเคราะห์ปัญหาโดยทีมสหวิชาชีพ ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ตามองไม่ค่อยเห็น ความจำไม่ค่อยดี เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ญาติจึงมีส่วนสำคัญที่คอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง นอกจากนี้มีการส่งข้อมูลไปยังเครือข่ายการดูแลแก่พยาบาลประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อติดตามปัญหาและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ถ้ามีปัญหาเกิดขึ้นใหม่ที่พยาบาลเครือข่ายไม่สามารถแก้ไขได้ก็จะปรึกษาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดที่คลินิกคนรักปอดได้จากพยาธิสภาพของโรค เช่น เคลื่อนย้ายแล้วผู้ป่วยจะเหนื่อยมาก หรือมีปัญหาโรคร่วม เช่น โรคหลอดเลือดสมอง จะมีทีมสหวิชาชีพไปที่บ้านผู้ป่วยและให้การดูแลเหมือนกับที่ผู้ป่วยมารักษาคลินิก ผู้ป่วยบางรายต้องให้ออกซิเจนที่บ้านมีปัญหาคารซ้อถึงและเติมออกซิเจน ทีมก็จะประสานงานกับ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ และการสูบบุหรี่

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	100
หญิง	0	0.00
อายุ (ปี)		
40-49	0	0.00
50-59	1	7.14
60-69	6	42.86
70 ปีขึ้นไป	7	50.00
การสูบบุหรี่		
เคยสูบ แต่เลิกแล้ว	13	92.86
ปัจจุบันยังสูบ	1	7.14

องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนงบประมาณจัดหาถังออกซิเจน และบริการเติมออกซิเจนให้ ผู้ป่วยบางรายก็จะให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุน เช่น ให้บุตรร่วมกันซื้อถังออกซิเจน เป็นต้น นอกจากนี้การใช้กลยุทธ์ให้ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษา ให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วขึ้นเมื่อมีอาการกำเริบทำให้พ้นจากอาการเร็วขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนพรหมบุตร⁽¹⁰⁾ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองจะมีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันลดลง มีอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก (สมรรถภาพปอด) เพิ่มขึ้น มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การหายใจแบบเป่าปาก (pursed- lip breathing

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการกลับเข้ารับรักษาภายใน 28 วันก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย

จำนวนครั้งการกลับเข้ารับรักษา	ก่อนเข้าร่วมวิจัย (คน)	หลังเข้าร่วมวิจัย(คน)	p-value
Mean Rank	6.70	5.50	
Median	1.00	0.50	0.0187
Min-Max	1.00-4.00	0.00-3.00	
- กลับเข้ารับรักษา 1 ครั้ง	8 (57.14%)	3 (21.43%)	
- กลับเข้ารับรักษา 2 ครั้ง	2 (14.29%)	2 (14.29%)	
- กลับเข้ารับรักษา 3 ครั้ง	3 (21.43%)	2 (14.29%)	
- กลับเข้ารับรักษา 4 ครั้ง	1 (7.14%)	0	

control) ช่วยให้ออกกำลังกายได้ทำงานเนื่องจากขณะหายใจไม่มีการหายใจออกทางจมูก ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจเพิ่มขึ้น จึงทำให้มีอาการหายใจเหนื่อยหอบลดลง ทำให้ร่างกายมีการระบายอากาศดีขึ้น ช่วยให้สามารถทนต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ได้นานขึ้น⁽¹¹⁾

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตตินันท์ เหม-วิชัยวัฒน์⁽¹²⁾ ที่มีลักษณะเป็นโปรแกรมการดูแลที่นัดผู้ป่วยมานอกเวลานัดที่โรงพยาบาลแล้วให้ไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน (hospital and home program) ที่ให้ผลในการลดการเข้านอนโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน แต่กิจกรรมมีความแตกต่างในประเด็นที่ต้องนัดผู้ป่วยและญาติมาเข้าโปรแกรมตอนบ่ายนอกเวลานัดหมายของแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ ข้อดีของรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นคือไม่ต้องนัดผู้ป่วยและญาติมานอกเวลานัด ผู้ป่วยและญาติสามารถนำไปปฏิบัติให้เห็นผลได้ต่อเนื่องที่บ้าน และเมื่อกลับมาก็มีกรทบทวนซ้ำ ประเมินความเข้าใจและเสริมส่วนที่ขาด

การศึกษาครั้งนี้เป็นองค์ความรู้ที่ได้เฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง เป็นองค์ความรู้ที่ได้จากกระบวนการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยประกอบกับหลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยแห่งความสำเร็จประการหนึ่งคือ การทำงานร่วมกันเป็นทีม การมีสัมพันธภาพที่ดีกันภายในทีมก่อให้เกิดความร่วมมือในงานเป็นอย่างดี การเปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความคิดเห็น วางแผน กำหนดเป้าหมาย ทิศทางการดำเนินงาน ก่อให้เกิดความรู้สึกการเป็นเจ้าของ รู้สึกถึงความรับผิดชอบ และมีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวช่วยให้สามารถเข้าถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้โดยง่าย

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่ได้มาจากการสุ่มเพราะจำนวนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ศึกษามีน้อย ผลการศึกษาที่ได้จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้ ถ้านักวิจัยไปใช้ควรศึกษาบริบทของโรงพยาบาลให้ถ่องแท้ก่อน

ข้อเสนอแนะ

การจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต้องมีการพัฒนาระบบมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมักมีอาการกำเริบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ เพราะฉะนั้นการจัดการกับโรคจะได้ผลดีนั้นจะต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสร้างให้เกิดการคงอยู่ ปัญหาที่ผ่านมาพบความไม่ต่อเนื่องของการปฏิบัติ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ

มีปัญหาเรื่องความจำ การมองเห็น และการได้ยิน ประกอบกับวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนั้น ควรให้ครอบครัวมีประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกันกับผู้ป่วย และคอยกระตุ้นย้ำเตือนผู้ป่วยให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์วินัย ตันติธนพร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง คุณเกียรติก้องไกร บุญนำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่ได้แนะนำการวางแผนเก็บตัวอย่างและดำเนินสถิติวิจัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ที่ช่วยให้คำแนะนำและตรวจแก้ไขรายงานวิจัยนี้

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. สถิติโรคกรรมกรแพทย์. รายงานสถิติโรค ปีงบประมาณ 2551. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
3. สุมาลี เกียรติบุญศรี. ปอดอุดกั้นตายแข่งที่ 3 หลังโลกสกตบุหรีไร้ผล. หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์ วันที่ 5 พฤศจิกายน 2555; X-CITE/การศึกษา/สาธารณสุข: (คอลัมน์ 4).
4. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Guidelines for pulmonary rehabilitation programs. 3rd ed. Illinois: Human Kinetics; 2004.
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary diseases update [Internet]. 2010 [cited 2010 October 27]. Available from: <http://www.goldcopd.org/Guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intId=2005>.
6. Lacasse Y, Brosseau L, Milne S, Martin S, Wong E, Guyatt GH, et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Physiotherapy* 2002;88:720-1.
7. นิธิพัฒน์ เจียรกุล, บรรณฉัตร. ตำราโรคระบบการหายใจ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์; 2552.
8. งานเวชระเบียน. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง; 2554.
9. ปัญญาภัทร ภัทรกัณฑ์กุล. ผลของการใช้นวดกรรมชวดเป่าเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. เชียงราย: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ; 2552.
10. รัตนา พรหมบุตร. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการ

- ลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
11. Donner FC, Howard P. Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease with recommendations for its use. *Eur Respir J* 1992;5:266-75.
12. รัดตินันท์ เหมวิชัยวัฒน์. การใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *ลำปางเวชสาร* 2552;30:10-6.

Abstract The Effects of Care Model for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Khon Rak Pod Clinic, Chawang Crown Prince Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

Jiraporn Raksayot, MNS, RN; Siripen Sitthiban, MNS, RN, APN
Chawang Crown Prince Hospital, Nakhon Si Thammarat Province
Journal of Health Science 2103;22:973-8.

Guidelines for management of chronic obstructive pulmonary disease in general focus on smoking cessation, medications, pulmonary rehabilitation, long-term oxygen therapy and management risk factors of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). This study added social network, social support and the patient's self care; and the effectiveness was evaluated by comparing the readmission rates within 28 days of the admission before and after the implementation among fourteen COPD patients admitted to the Khon Rak Pod clinic of Chawang Crown Prince Hospital, Nakhon Si Thammarat Province from January to March 2012. The intervention consisted of hospital service provision by an interdisciplinary health care team, self management at home, monthly home visits by a mobile clinic, social networking and social support. Data were analyzed by percentage and the Wilcoxon signed-rank test. The results revealed a significant reduction of readmission rate ($p < 0.05$) which indicated that a program which integrated self management support, social networking, and family and social support was an effective strategy for COPD care.

Key words: development model, chronic obstructive pulmonary disease, Khon Rak Pod Clinic