

การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อ้อมขวัญ อินตะปัญญา* พ.ย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

สุนทรี เจียรวิทยกิจ** ปร.ด. (การพยาบาล)

สมลชาติ ดวงบุผา*** ปร.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อขยาย :

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก มีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่องและมีการฟื้นกลับไม่เต็มที่ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมุ่งเน้นการช่วยลดอาการเหนื่อยหอบและลดความเสี่ยงในการเกิดอาการกำเริบ ซึ่งมีความต้องการการดูแลหลายด้าน จึงต้องการการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยส่งเสริมผลลัพธ์ผู้ป่วยและคุณภาพการดูแล การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น แต่การประเมินผลลัพธ์อาจไม่ครอบคลุมที่จะสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลที่ได้รับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จากแนวคิดการประเมินคุณภาพการให้บริการของโดนาปีเตียนด้านผลลัพธ์ ซึ่งเป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันเป็นผลมาจากผู้ให้บริการ ประกอบด้วยการประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาถึงการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นผลลัพธ์จากการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีสามารถส่งผลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยได้ ดังนั้นการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงควรประเมินให้ครอบคลุมด้านต่าง ๆ เพื่อช่วยสะท้อนคุณภาพการดูแลได้ชัดเจนมากขึ้น

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง อาการหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจกรรม คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วยในการรับบริการ โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการให้บริการของโดนาปีเตียน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2565

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** Corresponding author, อาจารย์โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: soontaree.jia@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 13 พฤษภาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 1 มิถุนายน 2568 วันตอบรับบทความ 4 มิถุนายน 2568

จำนวน 87 คน ตามเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) อายุ 40 ปี ขึ้นไป 2) เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี 3) มาตรวจติดตามการรักษามาสม่ำเสมอ อย่างน้อยร้อยละ 80 ของจำนวนครั้งที่แพทย์นัดตรวจติดตามใน 1 ปีที่ผ่านมา 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ 5) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยโดยลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร 6) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปี ขึ้นไป ต้องไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด โดยผ่านการประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ได้คะแนนน้อยกว่า 8 คะแนนจาก 28 คะแนน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย แบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการที่ได้รับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 64.49 ปี ($SD = 10.72$) ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในช่วงเวลา 1-15 ปี มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง (GOLD stage 2) และเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่ม A ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาสูดพ่นแบบผสมมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.43 มีอาการกำเริบตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปในหนึ่งปี มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14.94 ที่ต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากอาการกำเริบของโรค ส่วนผลลัพธ์ของผู้ป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยรวมค่อนข้างสูงเท่ากับ 104.97 คะแนน ($SD = 9.14$) จากคะแนนเต็ม 124 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการใช้ยาถูกต้องสูงที่สุด ส่วนใหญ่มีอาการหายใจลำบากระดับ 0 (ร้อยละ 37.93) รองลงมา มีอาการหายใจลำบากระดับ 1 (ร้อยละ 33.33) และมีความสามารถในการทำกิจกรรมตั้งแต่ 3 METs ขึ้นไป (ร้อยละ 93.10) มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมค่อนข้างสูง คะแนนเฉลี่ย 79.08 คะแนน ($SD = 9.10$) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการบริการค่อนข้างสูงเท่ากับ 72.79 คะแนน ($SD = 1.95$) จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ในเรื่อง “การให้เกียรติและยอมรับนับถือความเป็นคน” รองลงมาคือ “การให้เวลาในการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหา” และ “การติดตามปัญหาอย่างต่อเนื่อง” ผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์ผู้ป่วยที่ดีสะท้อนถึงการที่หน่วยงานมีโครงสร้างที่ดี มีการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นระบบ และมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดี ดังนั้นควรสนับสนุนในการจัดตั้งระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลและเพิ่มผลลัพธ์ของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์ของผู้ป่วย

Evaluation of Patient Care Outcomes by a Multidisciplinary Team at a Chronic Obstructive Pulmonary Disease Clinic

Aomkuan Intapunya* M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)

Soontaree Jianvitayakij** Ph.D. (Nursing)

Sumolchat Duangbubpha*** Ph.D. (Nursing)

Extended Abstract:

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a significant health concern and a leading cause of death in Thailand and worldwide. Chronic airway inflammation causes airflow obstruction and damage to lung tissues and alveoli, resulting in progressive, not fully reversible airflow limitation. Its condition leads to the decline of lung function and other systems, thereby reducing quality of life. The management of patients with COPD focuses on reducing symptoms and the future risk of exacerbations. Patients with COPD require comprehensive care; therefore, collaboration among a multidisciplinary team is needed to enhance patient outcomes and increase patient satisfaction with care. Literature reviews have found that multidisciplinary team care of patients with COPD could improve clinical outcomes. However, there have been limited studies on the outcomes of changes in self-care behaviors among people with COPD resulting from a multidisciplinary team. Previous studies revealed that good self-care behaviors could positively affect patient outcomes. Therefore, evaluating the outcomes of multidisciplinary care for patients with COPD should encompass various aspects to clearly reflect the quality of care. According to Donabedian's framework, the assessment of healthcare quality consists of three components: structure, process, and outcome. Outcomes refer to changes in the healthcare of patients that are influenced by the process and structure of healthcare providers.

This descriptive study aimed to examine the outcomes of patients with COPD under the care of a multidisciplinary team, which included self-care behaviors, dyspnea, physical activity, quality of life, and satisfaction with care. Purposive sampling was employed to recruit 87 participants at a tertiary hospital in Bangkok, Thailand from March to June 2022. Participants were patients diagnosed with COPD who met the following inclusion criteria: 1) aged 40 years and above, 2) received multidisciplinary care at COPD clinic for at least one year, 3) regularly attending follow-up treatment for at least 80% of the time, 4) were able to understand and communicate in Thai, 5) were willing to give informed consent, 6) for participants aged 60 years and above, having normal cognitive function, assessed by the Six-item Cognitive Impairment

*Master's student, Master of Nursing Science Program (Adult and Gerontological Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding author, Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: soontaree.jia@mahidol.ac.th

***Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received May 13, 2025, Revised June 1, 2025, Accepted June 4, 2025

Test: 6CIT with a score less than 8 out of 28. Participants were asked to complete six questionnaires: the Patient Information and Health Data Questionnaire; the Dyspnea Assessment Scale; the Veterans Specific Activity Questionnaire; the Self-Care Behaviors for COPD Questionnaire; the Quality of Life Questionnaire for COPD; and the Satisfaction with Care Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that the participants were mostly men with a mean age of 64.49 years (SD = 10.72). They were diagnosed with COPD for 1–15 years (mean = 4.37 years, SD = 2.89), being in the COPD group A (52.9%), and most of them (55.2%) had moderate airflow limitation (GOLD stage 2). Most participants used combination inhalers for treatment; 49.43% of the participants experienced one or more exacerbations per year. However, 14.94% of all participants were hospitalized due to exacerbations of their conditions. The participants exhibited relatively high self-care behaviors with a mean score of 104.97 (SD = 9.14) out of a total score of 124, with the highest average score in the domain of appropriate medication use. Most participants reported the severity of dyspnea symptoms as grade 0 (37.93%), followed by grade 1 of dyspnea symptoms (33.33%). Almost all participants (93.10%) engaged in physical activity with a metabolic equivalent (MET) level of three or above. They reported a relatively high quality of life with a mean score of 79.08 (SD = 9.10) out of a total score of 100. In addition, participants reported satisfaction with care, with a mean score of 72.79 (SD = 1.95) out of a total score of 75. The majority of participants (94.25%) expressed the highest scores in the aspect of “being treated with dignity and respect,” followed by 91.95% of the participants for “having time to discuss their concerns” and “receiving continuity of care.” The positive outcomes of the participants reflect a well-structured organization, a systematic COPD clinic, and a process of care facilitated through the collaboration of a multidisciplinary team, which contributed to the outcomes. All outcomes of patients with COPD could reflect the quality of care provided by the multidisciplinary team. A multidisciplinary team-based care system for the patient with COPD should be established to enhance the quality of care and improve overall patient outcomes.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, Multidisciplinary care, Multidisciplinary team, Patient outcomes

Author contributions:

AI: Conceptualization, method and design, instrumentation, data collection, analysis, and interpretation, discussion of the results, and writing and revising the manuscript

SJ: Conceptualization, method and design, instrumentation, data analysis and interpretation, discussion of the results, writing and revising the manuscript, supervision, and corresponding with the editor

SD: Conceptualization, method and design, instrumentation, data analysis and interpretation, discussion of the results, editing and revising the manuscript, and supervision

ความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นอันดับที่ 4 ของประชากรโลก¹ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรไทย รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง² เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้มีการตีบของหลอดลมร่วมกับมีการทำลายของเนื้อปอดและถุงลม มีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่องและมีการฟื้นกลับไม่เต็มที่ และเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ^{3,4} เมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้นทำให้สมรรถภาพปอดลดลง ส่งผลต่อระบบหายใจและระบบอื่น ๆ ของร่างกาย⁵ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ^{3,6-8} และเนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงมุ่งเน้นการช่วยลดอาการเหนื่อย หอบและลดความเสี่ยงในการเกิดอาการกำเริบ⁹ โดยมีทั้งการรักษาด้วยยาขยายหลอดลม ยาลดการอักเสบ ยาอื่น ๆ และการรักษาที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ การให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ การรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบ และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด^{3,4} จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความต้องการการดูแลหลายด้าน จึงต้องการการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ การพัฒนาแนวทางการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงมีความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมผลลัพธ์ของผู้ป่วย¹⁰

การดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นการทำงานร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขา โดยมีการสื่อสารและประสานงานให้การทำงานร่วมกันเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้การดูแล

ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและมีคุณภาพสูงสุด^{11,12} โดยทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยแต่ละคนในทีมมีบทบาทและหน้าที่เฉพาะที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย¹² จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น¹³⁻¹⁶ ได้แก่ อาการหายใจลำบากลดลง สมรรถภาพปอดดีขึ้น อัตราการกำเริบของโรคลดลง การเข้ารับการรักษาตัวที่ห้องฉุกเฉินและการรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรับบริการ ซึ่งผลลัพธ์ของผู้ป่วยดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดส่วนหนึ่งที่ช่วยประเมินคุณภาพการดูแลรักษา แต่การประเมินผลลัพธ์อาจไม่ครอบคลุมที่จะสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลที่ได้รับจากทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งรวมถึงผลลัพธ์จากการพยาบาลด้วย

จากแนวคิดการประเมินคุณภาพการให้บริการของโดนาปีเดียน¹⁷ การประเมินด้านผลลัพธ์ประกอบด้วยการประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงความรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ ซึ่งช่วยในการประเมินผลลัพธ์การดูแลให้ครอบคลุมและสะท้อนถึงกระบวนการการดูแล อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นผลลัพธ์จากการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอาการกำเริบ ชะลอความรุนแรงของโรคได้¹⁸ ลดการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และช่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น¹⁹ นอกจากนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองยังเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่ใช้ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย²⁰ ดังนั้นในการประเมินผลลัพธ์การดูแล บุคลากรทางการแพทย์จึงควรประเมิน

ให้ครอบคลุมผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงคุณภาพการดูแล จะช่วยให้เข้าใจถึงผลกระทบจากโรคและการดูแลรักษา ที่ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และช่วยในวางแผนการดูแลได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น²¹

โรงพยาบาลเลิดสินเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่ได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2557 ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ แพทย์ให้การวินิจฉัยและวางแผนรักษา พยาบาล ประเมินอาการเบื้องต้น สอนและให้คำแนะนำ ในการดูแลตนเอง เภสัชกรสอนการใช้ยาสูดพ่น นักกายภาพบำบัดแนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และโภชนาการให้คำแนะนำด้านโภชนาการ การศึกษาถึง ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ผ่านมา พบว่า อัตราการกำเริบเฉียบพลัน การนอนรักษาใน โรงพยาบาล อาการหายใจลำบาก และผลกระทบของ โรคต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลดลง¹⁶ และมีการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกเป็น ตัวชี้วัดของหน่วยงาน ได้แก่ อัตราการกำเริบ อัตราการ นอนในโรงพยาบาล อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาล เข้าใน 28 วัน ซึ่งเป็นการประเมินผลลัพธ์ด้านการ เปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิดของโดนาปีเดีย น¹⁷ แต่ยังขาดการประเมินผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ได้แก่ ด้านพฤติกรรม ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ที่จะช่วย สะท้อนคุณภาพการดูแลที่เป็นผลมาจากกระบวนการ ดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพให้ชัดเจนมากขึ้น ในการ ศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยทีม สหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง อาการหายใจลำบาก ความ สามารถในการทำกิจกรรม คุณภาพชีวิต และความ พึงพอใจของผู้ป่วยในการรับบริการเพื่อประเมินผลลัพธ์ ได้ครอบคลุมถึงคุณภาพการให้บริการโดยทีมสหสาข วิชาชีพในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแล ตนเอง อาการหายใจลำบาก ความสามารถในการทำ กิจกรรม คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วยใน การรับบริการ

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการประเมิน คุณภาพการให้บริการของโดนาปีเดีย¹⁷ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และ ผลลัพธ์ โดยแต่ละองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงและ สัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน เมื่อมีโครงสร้างดีและ กระบวนการดี จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา โดยโครงสร้างเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการ ให้บริการสุขภาพที่จะส่งผลต่อคุณภาพการดูแล กระบวนการเป็นกิจกรรมของบุคลากรสุขภาพที่ให้การ ดูแลสุขภาพ ส่วนผลลัพธ์เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กับผู้ป่วยซึ่งเป็นผลมาจากการให้บริการซึ่งการประเมิน ผลลัพธ์ประกอบด้วย การประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะ สุขภาพ การเปลี่ยนแปลงความรู้ การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม และความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ

ในการวิจัยนี้ โครงสร้างคือระบบการดูแลผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบทีมสหสาขาวิชาชีพของคลินิก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กระบวนการเป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของ แต่ละสาขาวิชาชีพ ส่วนผลลัพธ์เป็นการประเมินผลที่ได้ จากการรายงานโดยตรงของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นการประเมินผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม อาการหายใจลำบาก ความสามารถในการทำ

การประเมินผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กิจกรรมและคุณภาพชีวิต เป็นการประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ป่วยในการรับบริการ เป็นการประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวจะช่วยสะท้อนรูปแบบการบริการ และกระบวนการในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive study) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเลิดสิน ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากกลุ่มประชากรเป้าหมาย (N) จำนวน 110 ราย ตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) อายุ 40 ปี ขึ้นไป 2) เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี 3) มาตรวจติดตามการรักษาสม่ำเสมออย่างน้อยร้อยละ 80 ของจำนวนครั้งที่แพทย์นัดตรวจติดตามใน 1 ปีที่ผ่านมา 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ 5) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปี ขึ้นไป ต้องไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด โดยผ่านการประเมินสมรรถภาพการรู้คิด ได้คะแนน 0-7 คะแนน เกณฑ์คัดออกคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเหนื่อยหรือมีอาการกำเริบจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาร์โรว์ ยามาเน²² [$n = N / (1 + Ne^2)$] โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95 % ความคลาดเคลื่อน (e) เป็น .05 ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 87 ราย

สถานที่ในการวิจัยคือคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเลิดสิน ให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เปิดบริการทุกวันพฤหัสบดี เวลา 08:00-12:00 น. โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 คน พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และนักโภชนาการ 1 คน ให้การดูแลตามบทบาทหน้าที่ดังนี้ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิก พยาบาลซักประวัติและประเมินอาการเบื้องต้น แพทย์ตรวจวินิจฉัยและพิจารณาการรักษา เภสัชกร ประเมินและสอนการใช้ยาสูดพ่น รวมทั้งแนะนำการรับประทานยา นักกายภาพบำบัดแนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและสอนเทคนิคการหายใจ โภชนาการให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร และก่อนผู้ป่วยกลับบ้านพยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การนัดหมายวันตรวจติดตาม รวมทั้งให้คำแนะนำเรื่องการเลิกบุหรี่ในกรณีที่ผู้ป่วยสูบบุหรี่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ใช้แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ (Six-item Cognitive Impairment Test: 6CIT) พัฒนาโดย บรู๊ค และบัลลัค²³ ฉบับภาษาไทยแปลโดย สุภาพ อาไรเอื้อ และ พิชญ์ประอรยังเจริญ²⁴ ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 6 ข้อ ประเมิน สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว (3 ข้อ) ด้านความตั้งใจ (2 ข้อ) และด้านความจำ (1 ข้อ) คะแนนรวมทั้ง 3 ด้าน อยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน โดยคะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด และคะแนน 8 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง อาจมีความบกพร่องทางการรู้คิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เป็นข้อมูลที่ได้จากการสอบถามจากผู้ป่วยและผู้วิจัยบันทึกจากเวชระเบียน

ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิการรักษา 2) ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการได้รับวัคซีน ระยะเวลาการวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรค การรักษาในปัจจุบัน การมาตรวจตามนัด ประวัติอาการกำเริบและประวัติการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก ใช้ตามแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง²⁵ ซึ่งแปลจาก Modified Medical Research Council Dyspnea Scale²⁶ เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความยากลำบากในการหายใจหรือการออกแรงในการหายใจในชีวิตประจำวัน มี 5 ระดับ มีค่าตั้งแต่ 0-4 โดยระดับ 0 หมายถึง รู้สึกหายใจหอบขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น จนถึง ระดับ 4 หมายถึง หายใจหอบมากเกินไปที่จะออกจากบ้าน หรือหอบมากขณะแต่งตัวหรือเปลี่ยนเสื้อผ้า ตัวเลขยิ่งมากหมายถึงอาการหายใจลำบากมากขึ้น

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม ใช้แบบสอบถาม The Veterans Specific Activity Questionnaire (VSAQ) ของเมเยอร์และคณะ²⁷ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยพิมพ์ใจ จุนจะโปะ²⁸ ใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .85 เครื่องมือนี้ใช้ประเมินการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตที่มีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการประเมินความสามารถในการใช้ออกซิเจนโดยอ้อม ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ เป็นข้อความเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน บ้าน การออกกำลังกาย และการมีกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรก มีหน่วยวัดเป็น MET (metabolic equivalents time) มีค่าอยู่ระหว่าง 1-13 METs โดยกิจกรรมในข้อแรก (การรับประทานอาหาร/การแต่งตัว/การนั่งทำงานบนโต๊ะ) มีจำนวน MET ต่ำที่สุด เท่ากับ 1 MET และค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนกิจกรรมในข้อสุดท้าย (การร่วม

กิจกรรมการแข่งขัน/การเดินทางที่แบกเป้ชนสัมภาระเอง) มีค่าสูงที่สุดเท่ากับ 13 MET ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำเครื่องมือมาใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ 4 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .80 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .80

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมอาการกำเริบ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของสิริรัตน์วริชัยรวงษ์อภิญาศิริพิทยาคุณกิจ และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์²⁹ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของนวลจันทร์ พิมพ์รักษา³⁰ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 แบบสอบถามประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 7 ด้าน ได้แก่ 1) การฟื้นฟูการทำงานของปอด 2) การคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย 3) การรับประทานอาหาร 4) การพักผ่อนและผ่อนคลาย 5) การใช้ยาที่ถูกต้อง 6) การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และ 7) การคงไว้ซึ่งการมีคุณค่าในตนเอง มีข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่ปฏิบัติเลย) ถึง 4 (ปฏิบัติเป็นประจำ) โดยมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-124 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ในศึกษานี้มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกี่ยวกับผลกระทบจากโรคต่อชีวิตประจำวัน สุขภาวะ การทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ³¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ส่วน มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 และ ส่วนที่ 3 เท่ากับ .80 .81 และ .80 ตามลำดับ ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาการหายใจในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาจากอาการไอและหายใจไม่สะดวก จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับผลกระทบจากปัญหาการหายใจ จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 4 เป็นข้อคำถามผลกระทบจากปัญหาการหายใจต่อการทำสิ่งที่อยากทำ จำนวน 1 ข้อ โดยข้อคำถามทั้ง 4 ส่วน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-50 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำ ในส่วนที่ 5 เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม การให้คะแนนเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า บนเส้นตรงช่วงความยาวต่อเนื่องจากคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีคุณภาพชีวิต จนถึง 100 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดีมาก ในการศึกษาครั้งนี้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ส่วนที่ 1 ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ได้ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .86 และ .84 ตามลำดับ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการที่ได้รับ เป็นการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการบริการจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นไปตามที่คาดหวังและสามารถตอบสนองความต้องการได้ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการที่ได้รับ ของสุมลชาติ ดวงบุบผา และคณะ³² ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลของนางลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และสมจิต หนูเจริญกุล³³ ซึ่งใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .94 แบบสอบถามนี้ มีข้อคำถาม 18 ข้อ ข้อที่ 1-15 เป็นข้อคำถามปลายปิด ลักษณะคำตอบเป็นแบบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วย) จนถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับจากทีมสหสาขาวิชาชีพมาก ส่วนข้อคำถามที่ 16-18 เป็นข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 3 ข้อ ไม่ได้นำมาคิดคะแนน สอบถามเกี่ยวกับสิ่งที่ประทับใจจากการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ผลที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และข้อเสนอแนะอื่น ๆ เกี่ยวกับการบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .71

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ใบรับรองเลขที่ MURA2021/807 ลงวันที่ 27 กันยายน 2564 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน เลขที่หนังสือ 170 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2564 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่จะได้รับ มีการลงนามยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเป็นสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีและโรงพยาบาลเลิดสินแล้ว รวมทั้งได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน ในการเก็บข้อมูลและการเข้าถึงเวชระเบียนของผู้ป่วยแล้ว

ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 08.00-12.00 น. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือพยาบาลประจำคลินิกในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและประสานงานผู้ป่วยที่สนใจให้ผู้วิจัยชี้แจงกระบวนการวิจัย คัดกรองคุณสมบัติผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงลงนามแสดงความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างที่ผู้ป่วยรอรับบริการโดยไม่กระทบกับลำดับคิว ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในบริเวณที่มีความเป็นส่วนตัว ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45 นาที กรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ฟังและบันทึกคำตอบตามผู้ป่วย ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง อาการหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจกรรม คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการที่ได้รับ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 87 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 94.25 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 41-87 ปี อายุเฉลี่ย 64.49 ปี (SD = 10.72) โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้ที่มีอายุ

มากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 62.07) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 85.06 ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาสูงสุดอยู่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.87) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 50.57) มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 48.30) และมีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 48.28) รองลงมา มีสิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 40.20)

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในช่วงเวลา 1-15 ปี ระยะเวลานเฉลี่ย 4.37 ปี (SD = 2.89) ส่วนใหญ่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 58.68) และมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง (GOLD 2) (ร้อยละ 55.20) เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่ม A มากที่สุด (ร้อยละ 52.90) กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยยาบรรเทาอาการและยาควบคุมอาการ โดยส่วนใหญ่ได้รับยามากกว่าหนึ่งกลุ่ม โดยได้รับยาสูดพ่นแบบผสม (combination inhalers) มากที่สุด (ร้อยละ 58.50) ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีอาการกำเริบ 1-3 ครั้ง (ร้อยละ 49.40) โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากสภาพอากาศเปลี่ยนแปลง และมีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 14.94 ที่ต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จากอาการกำเริบ รายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษาแสดงในตารางที่ 1 (Table 1)

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย 1 ถึง 3 โรค (ร้อยละ 74.71) โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 55.38) รองลงมาโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 24.62) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 23.07) มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.11 กิโลกรัมต่อเซนติเมตร² (SD = 3.90) โดยเกือบครึ่งหนึ่งมีดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 44.83) แต่มีกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในภาวะอ้วน ร้อยละ 4.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเคยสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว (ร้อยละ 77.01) แต่มีผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 17.24

การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Table 1 Demographic characteristics of the sample (N = 87)

Demographic characteristics	Frequency	%
Gender		
Male	82	94.25
Female	5	5.75
Age (years) (mean = 64.49, SD = 10.72)		
40–60	33	37.93
61–80	48	55.17
> 80	6	6.90
Duration of diagnosis (years) (mean = 4.37, SD = 2.89)		
< 5	51	58.62
5–10	35	40.23
>10	1	1.15
Severity of COPD (GOLD Grades)		
GOLD 1: Mild ($FEV1 \geq 80\%$ predicted)	15	17.24
GOLD 2: Moderate ($50\% \leq FEV1 < 80\%$ predicted)	48	55.17
GOLD 3: Severe ($30\% \leq FEV1 < 50\%$ predicted)	21	24.14
GOLD 4: Very severe ($FEV1 < 30\%$ predicted)	3	3.45
Group of COPD		
Group A	46	52.87
Group B	9	10.34
Group C	8	9.20
Group D	24	27.59
Medication for COPD*		
Short-acting bronchodilators (e.g. SABA)	4	1.70
Long-acting bronchodilators (e.g. LAMA, LABA)	53	23.20
Inhaled corticosteroids (ICS)	6	2.60
Combination inhalers		
SAMA+SABA	80	91.95
LAMA+LABA	8	9.20
ICS/LABA	46	52.87
Additional medications (Prednisolone, Theophylline, Roflumilast, Leukotriene inhibitor)	32	15.44
Exacerbation (time per year)		
0	44	50.57
1	11	12.64
2	8	9.20
3	24	27.59
Hospitalized for exacerbation within 1 year		
No	74	85.06
Yes	13	14.94

*One person used medication more than one item

Note. SAMA = Short-acting muscarinic antagonist; SABA = Short-acting β_2 agonist; LAMA = Long-acting muscarinic antagonist; LABA = Long-acting β_2 agonist

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยรวมค่อนข้างสูงเท่ากับ 104.97 คะแนน จากคะแนนเต็ม 124 คะแนน (Table 2) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองรายด้านพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 3.97, SD = .20) รองลงมาคือพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (Mean = 3.72, SD = .40) ส่วนพฤติกรรมการพักผ่อนและการผ่อนคลายมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean = 2.63, SD = .50)

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากตั้งแต่ระดับ 0-4 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการหายใจลำบากระดับ 0 คือรู้สึกหายใจหอบขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น (ร้อยละ 37.93) รองลงมามีอาการหายใจลำบากระดับ 1 คือหายใจหอบเมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบหรือเมื่อเดินทางที่สูงขึ้น (ร้อยละ 33.33) กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหายใจลำบากระดับ 2 คือเดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่วัยเดียวกันเพราะหายใจหอบต้องหยุดเพื่อหายใจเมื่อเดินตามปกติบนพื้นราบ คิดเป็นร้อยละ 10.34 กลุ่มตัวอย่างมีอาการหายใจลำบากระดับ 3 คือ ต้องหยุดเพื่อหายใจหลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือเดินได้สักพักบนพื้นราบ คิดเป็นร้อยละ 13.80 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหายใจลำบากระดับ 4 คือหายใจหอบมากเกินไปที่จะออกจากบ้านหรือหอบมากขณะแต่งตัวหรือเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว พบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.60 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำกิจกรรม อยู่ในช่วง 2 METs ถึง 10 METs (Mean =

5.40, SD = 2.16) (Table 2) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจกรรมตั้งแต่ 3 METs ขึ้นไป (ร้อยละ 93.10)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 79.08 คะแนน (SD = 9.10) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน (Table 2) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตจากผลกระทบด้านต่าง ๆ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.48 คะแนน (SD = 7.50; min-max = 0-31) จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน คะแนนต่ำแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตดี โดยด้านปัญหาการหายใจในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเรื่องไอ หายใจไม่สะดวกหรือหายใจมีเสียงวี๊ด ส่วนใหญ่รู้สึกสบายดีเกือบทุกวันในหนึ่งสัปดาห์ (ร้อยละ 59.80) และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการไอและหายใจไม่สะดวกในปัจจุบัน (ร้อยละ 60.90-97.70) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.90) ไม่ได้รับผลกระทบต่อกิจวัตรในชีวิตประจำวัน สามารถทำกิจกรรมกลางแจ้งได้ออกไปข้างนอกเพื่อเดินซื้อของได้ แต่มีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งต้องเลิกทำสิ่งที่อยากทำ 1-2 อย่าง (ร้อยละ 64.40)

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการรับบริการค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 72.79 คะแนน (SD = 1.95) จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน (Table 2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.25) มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ในเรื่อง “การให้เกียรติและยอมรับนับถือความเป็นคน” รองลงมา (ร้อยละ 91.95) คือ “การให้เวลาในการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหา” และ “การติดตามปัญหาอย่างต่อเนื่อง”

การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Table 2 Mean, standard deviation, and score range of self-care behaviors, quality of life, and satisfaction with care (N = 87)

Variable	Range of possible scores	Min-max	Mean	SD
Self-care behaviors	0-124	62-119	104.97	9.14
Physical activity (METs)	1-13	2-10	5.40	2.16
Quality of life	0-100	60-90	79.08	9.10
Satisfaction with care	5-75	66-75	72.79	1.95

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี มีความรุนแรงของอาการหายใจลำบากระดับต่ำ มีความสามารถในการทำกิจกรรมคุณภาพชีวิตดี และมีความพึงพอใจในการรับบริการผลลัพธ์การดูแลที่ดีสะท้อนให้เห็นถึงหน่วยงานมีโครงสร้างที่ดีคือมีการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นระบบ และมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัดและนักโภชนาการ ซึ่งเป็นทรัพยากรด้านบุคคลที่เป็นส่วนสำคัญของโครงสร้าง นอกจากนี้ผลลัพธ์ยังสะท้อนให้เห็นถึงการมีกระบวนการที่ดี ทีมสหสาขาวิชาชีพรับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ของตน โดยมีกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ ตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาสอนให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพปอด รวมทั้งนัดหมายติดตามการรักษา ผลการศึกษาในงานวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดการประเมินคุณภาพการให้บริการของโดนปีเตียน¹⁷ คือเมื่อมีโครงสร้างดีและกระบวนการดี ได้ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา

การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ ผลการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมี

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมค่อนข้างสูง โดยเฉพาะด้านที่มีคะแนนสูงคือพฤติกรรมด้านการใช้ยาที่ถูกต้องและการหลีกเลี่ยงและการป้องกันปัจจัยเสี่ยง อธิบายได้ว่าผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองจากพยาบาล การดูแลรักษาจากแพทย์ การใช้ยาจากเภสัชกร การรับประทานอาหารจากโภชนาการ และการบริหารร่างกายจากนักกายภาพบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของพรรณภัทร์ สีนุแปง และกิตติพร เนาว์สุวรรณ¹⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงและด้านการใช้ยาสุตพ่นอย่างถูกวิธีมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และจากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการใช้ยาสุตพ่นไม่สม่ำเสมอมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบมากกว่าผู้ที่ใช้ยาสุตพ่นสม่ำเสมอเท่ากับ 1.4 เท่า³⁴ ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลตนเองในการสุตพ่นยาอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอจึงมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการช่วยควบคุมอาการและบรรเทาอาการ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและลดการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ที่ผู้ป่วยร้อยละ 50.60 ไม่พบอาการกำเริบในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

จากข้อมูลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการศึกษานี้พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากระดับ 0 คือ รู้สึกหายใจหอบขณะ

ออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น และผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมโดยเฉลี่ย 5.4 METs ซึ่งส่วนใหญ่ทำได้ตั้งแต่ 3 METs ขึ้นไป ซึ่งการใช้พลังงาน 2.7 METs เทียบได้กับระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที (6 MWD) เท่ากับ 350 เมตร³⁵ และจากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เดินได้ระยะทางน้อยกว่า 350 เมตร ในหกนาทีเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันมากกว่าผู้ป่วยที่เดินได้ระยะทางมากกว่า 350 เมตร เท่ากับ 6.6 เท่า³⁶ ในการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 14.94 ที่ต้องรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากอาการกำเริบ โดยร้อยละ 84.62 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่ม D ซึ่งผู้ป่วยกลุ่ม D นี้มีความสามารถในการทำกิจกรรมเพียง 1-2 METs จากพยาธิสภาพของโรค แต่อย่างไรก็ตาม ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการกำเริบในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา อธิบายได้จากการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว การใช้ยา การรับประทานอาหารและการบริหารร่างกาย ส่งผลให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยให้มีอาการหายใจลำบากลดลง^{13,15,16}

นอกจากนี้ การได้รับการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามมาตรฐานจะช่วยลดอาการกำเริบจากตัวโรค และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁴ ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่ม A และมีผู้ป่วยอีกประมาณร้อยละ 30 เป็นกลุ่ม D ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาตามมาตรฐานด้วยยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวและยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาสูดขยายหลอดลมแบบผสม จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการรักษาตามแนวทางมาตรฐาน ถึงแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท

แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคม ทำให้สามารถเข้าถึงการรักษาตามบัญชียาหลักได้ สะท้อนให้เห็นถึงการมีโครงสร้างระบบสาธารณสุขและโรงพยาบาลที่สนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงยา มีกระบวนการดูแลโดยแพทย์ที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาตามแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน รวมทั้งผู้ป่วยได้รับความรู้และสอนทักษะการดูแลตนเองจากทีมสหสาขาวิชาชีพจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับผลกระทบจากปัญหาด้านการหายใจ และมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมค่อนข้างสูง อาจเป็นผลมาจากโครงสร้างและกระบวนการดูแลในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลแห่งนี้

ความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับเป็นผลลัพธ์ในการประเมินคุณภาพบริการประเภทหนึ่ง¹⁷ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด มีความพึงพอใจในการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและญาติผู้ดูแลพบว่า มีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับมากที่สุดเช่นกัน³⁷ ทั้งนี้ บุคลากร การสื่อสาร เทคโนโลยีและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ล้วนมีผลต่อความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการ³⁸ เมื่อพิจารณาข้อพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในเรื่องการให้เกียรติและยอมรับนับถือความเป็นคนมากที่สุด รองลงมาเป็นเรื่องการให้เวลาในการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหา และการติดตามปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในกระบวนการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความตั้งใจในการช่วยเหลืออย่างแท้จริง ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดี และได้เห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นจริง จึงทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โดยสรุปผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ดีทั้งด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง อาการหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิต รวมทั้งผลลัพธ์ด้าน ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการบริการ ช่วยสะท้อน คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. นำเสนอข้อค้นพบแก่ผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับทีมสุขภาพอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทุกด้าน

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพกับการดูแลตามปกติหรือการดูแลรูปแบบอื่น ๆ

ข้อจำกัดการวิจัย

ผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาเชิงบรรยายในครั้งนี้ อาจนำไปใช้ได้เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลในบริบทใกล้เคียงกัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD); 2024 [cited 2024 May 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-%28copd%29?utm_source=chatgpt.com
2. Department of Disease Control. Report on health status screening and survey: Non-communicable diseases via Smart Aor Sor Mor Application; 2023 [cited 2025 May 10]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1541120240306043816.pdf>
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the prevention, diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease: 2024 report; 2024 [cited 2024 May 9]. Available from: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
4. Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease 2022. Bangkok: Pappim Press; 2022.
5. Jo YS. Long-term outcome of chronic obstructive pulmonary disease: a review. Tuberc Respir Dis (Seoul). 2022;85(4):289-301. doi:10.4046/trd.2022.0074.
6. Hurst JR, Skolnik N, Hansen GJ, Anzueto A, Donaldson GC, Dransfield MT, et al. Understanding the impact of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations on patient health and quality of life. Eur J Intern Med. 2020;73:1-6. doi:10.1016/j.ejim.2019.12.014.
7. Quaderi SA, Hurst JR. The unmet global burden of COPD. Glob Health Epidemiol Genom. 2018;3:e4. doi:10.1017/ghg.2018.1.
8. Sumner J, Bundale A, Shankar R, Chong LS, Kowitlawakul Y, Mukhopadhyay A. Living with COPD: understanding patient experiences through the lens of photovoice. BMC Pulm Med. 2023;23(1):433. doi:10.1186/s12890-023-02738-4.
9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the prevention, diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease: 2025 report; 2025 [cited 2025 May 10]. Available from: <https://goldcopd.org/2025-gold-report/>
10. Young M, Villgran V, Ledgerwood C, Schmetzer A, Cheema T. Developing a multidisciplinary approach to the COPD care pathway. Crit Care Nurs Q. 2021;44(1):121-7. doi:10.1097/cnq.0000000000000345.

11. Bouton C, Journeaux M, Jourdain M, Angibaud M, Huon JF, Rat C. Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health? a systematic literature review. *BMC Prim Care*. 2023;24(1):253. doi:10.1186/s12875-023-02189-0.
12. World Health Organization. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2024 Jun 13]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/328065>
13. Modthong W. Effects of developing service behaviors of outpatient staff at Buriram Hospital. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office*. 2012;30(2):140-6. (in Thai)
14. Panjapornpon K, Tanont S. Clinical outcomes of multidisciplinary care in chronic obstructive pulmonary disease patients at the Central Chest Institute of Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2012;95 Suppl 8:S24-30. (in Thai)
15. Rojanawipart J. The effects of a treatment program for complex chronic obstructive pulmonary disease patients at Thawangpha Hospital, Nan Province. *Lampang Medical Journal*. 2016;37(2):33-45. (in Thai)
16. Traiphopsakul W. Outcomes of multidisciplinary team care at the chronic obstructive pulmonary disease clinic, Lerdsin Hospital, Bangkok. *Journal of The Department of Medical Services*. 2018;43(2):63-6. (in Thai)
17. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2003.
18. Sinthupaeng P, Nawsuwan K. Self-care behaviors of patients with chronic obstructive pulmonary disease in Namom Hospital, Songkhla Province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*. 2021;4(2):205-18. (in Thai)
19. Long H, Howells K, Peters S, Blakemore A. Does health coaching improve health-related quality of life and reduce hospital admissions in people with chronic obstructive pulmonary disease? a systematic review and meta-analysis. *Br J Health Psychol*. 2019;24(3):515-46. doi:10.1111/bjhp.12366.
20. Chai YH, Yang H, Huang GP, Wu T, Dong Y. Nursing outcomes and risk factors of patients with chronic obstructive pulmonary disease after discharge. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2021;16:2911-6. doi:10.2147/copd.S321375.
21. Pongmesa T. Outcomes reported by patients with chronic obstructive pulmonary disease. In: Kaewomtowong T, editor. *Diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease*. Nonthaburi: Health Work; 2016. p.91-105.
22. Yamane T. *Statistics: An introductory analysis*. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
23. Brooke P, Bullock R. Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(11):936-40.
24. Areeue S, Youngcharoen P. The Thai version of the 6-item cognitive impairment test: Psychometric properties. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2020;26(2):188-99. (in Thai)
25. Thoracic Society of Thailand. *Health Service Practice Guideline of COPD in 2010*. Bangkok: The National Health Security Office of Thailand; 2010. p.7-28.
26. Surveillance for respiratory hazards in the occupational setting [American Thoracic Society]. *Am Rev Respir Dis*. 1982;126(5):952-6.
27. Myers J, Do D, Herbert W, Ribisl P, Froelicher VF. A nomogram to predict exercise capacity from a specific activity questionnaire and clinical data. *Am J Cardiol*. 1994;73(8):591-6. doi:10.1016/0002-9149(94)90340-9.
28. Chunjapo P. Effect of walking exercise program on functional capacity among persons with heart failure [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2004. (in Thai)
29. Voravichienwong S, Siripittayakunkit A, Kanoksunthornrat N. Effects of a self-care promotion program on knowledge and self-care behavior in patients with chronic obstructive pulmonary disease experiencing recurrent acute exacerbations. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021;25(2):148-65. (in Thai)

30. Pimraksa N. The effects of a self-care promotion program on self-care behavior, dyspnea, and pulmonary function in patients with chronic obstructive pulmonary disease [Thesis]. Khon Kaen: Kaen University; 2007. (in Thai)
31. Hanucharoenkul S, Punpakdee O, Intarasombat P, Nantachaiyaphan P, Patiprajuk S, Namchantra R, et al. Efficiency and cost-effectiveness of advanced practice nurses in the Thai healthcare system. Bangkok: Jutthong; 2011.
32. Duangbubpha S, Hanucharoenkul S, Pookboonmee R, Orathai P, Kiatboonsri C. Chronic care model implementation and outcomes among patients with COPD in care teams with and without advanced practice nurses. *Pac Rim Int J Nurs Res Thail.* 2013;17(2):102-16.
33. Suwisith N, Hanucharoenkul S. Development of a patient satisfaction questionnaire for nursing services. *Ramathibodi Medical Journal.* 2011;17(2):264-77. (in Thai)
34. Vauterin D, Van Vaerenbergh F, Grymonprez M, Vanoverschelde A, Lahousse L. Medication adherence to inhalation therapy and the risk of COPD exacerbations: a systematic review with meta-analysis. *BMJ Open Respir Res.* 2024;11(1). doi:10.1136/bmjresp-2023-001964.
35. Harnphadungkit K. 6-Minute walk test. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine.* 2014;24(1):1-4. (in Thai)
36. Phusiri S. The relationship between six-minute walk distance and hospitalization risk due to exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease over one year at Trang Hospital. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine.* 2019;29(3):94-8. (in Thai)
37. Sawang O, Homhuan N. Development of a care model for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Nakhonphanom Hospital Journal.* 2019;6(2):59-71. (in Thai)
38. Intasri C, Tanvatanakul V. Expectation and satisfactions of clients on the service system of outpatient departments in one public hospital of Chachoengsao Province. *Research and Development Health System Journal.* 2020;15(3):128-41. (in Thai)