

## ผลลัพธ์ของการใช้ต้นแบบการดูแลผู้เป็นโรคเรื้อรังภาคขยาย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จุฬารัตน์ สุริยาทัย<sup>1</sup> RN, MNS, อพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

**บทคัดย่อ:** โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ได้นำโปรแกรมการพื้นฟูสมรรถภาพปอดไปใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยความร่วมมือของบุคลากรทั้งในโรงพยาบาลและรพ.สต. พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการพึ่งพาระบบสาธารณสุข จึงได้นำรูปแบบการดูแลผู้เป็นโรคเรื้อรังภาคขยาย มาใช้ใน 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ วิเคราะห์ความพร้อมและข้อจำกัดของโรงพยาบาลและของ รพ.สต. ดำเนินการเตรียมทุนส่วนในชุมชน เตรียมทีมสุขภาพเชิงรุก 2) ระยะดำเนินการ ดำเนินการตามแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้เป็นโรคเรื้อรัง คือ ด้านระบบสุขภาพ-องค์กรดูแลสุขภาพ ออกแบบระบบการจัดการดูแล สำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านระบบข้อมูลทางคลินิก การสนับสนุนการตัดสินใจ พัฒนา CPG ร่วมกันระหว่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพ และ รพ.สต. การออกแบบระบบบริการสุขภาพ จัดบริการให้มีมายาสำรองรักษาอย่างเพียงพอที่ รพ.สต. การสนับสนุนการตัดสินใจ/พัฒนาทักษะส่วนบุคคล พัฒนาทักษะให้กับผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชน และด้าน การดำเนินการในชุมชน ได้แก่ สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ จากประชาชน ในชุมชนเกิดมาตรการการสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนและการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ให้กับชุมชน จัดประชุมร่วมนักพัฒนา 3) ระยะประเมินผลลัพธ์ พbmีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น ผลกระทบต่อผู้ป่วยลดลง และมีความพึงพอใจที่ดี รูปแบบการดูแลผู้เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนภาคขยายนี้ สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ผลลัพธ์ที่ดีในทุกขั้นตอน

สารการปฏิบัติการพยาบาลและการพดุงครรภ์ไทย 2557; 1 (1) 72-82

คำสำคัญ รูปแบบการดูแลผู้เป็นโรคเรื้อรังภาคขยาย, ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลท่าวังผา บันกอกท่าวังผา จังหวัดน่าน กรรมการอำนวยการฝ่ายวิชาการ สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย) วาระ พ.ศ. 2558-2560

## บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) ที่เกิดจากการอุดกั้นการระบายอากาศในปอด และเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทุพพลภาพและเสียชีวิตที่มากขึ้นของประชากรโลก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะรวมหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) องค์การอนามัยโลกได้รายงานอุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่ามีจำนวนผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกในปี พ.ศ. 2550 มีจำนวน 210 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3<sup>1</sup> สำหรับประชากรที่ป่วยในประเทศไทยผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก จำนวน 200,946 218,280 และ 234,033 ราย คิดเป็นอัตรา 347.95 , 376.35 และ 400.10 รายต่อ 100,000 ประชากร ในปี พ.ศ. 2552 – 2554 ตามลำดับ<sup>2</sup> และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับที่ 5 ของประเทศไทย ภาคเหนือ มีอัตราความซุกของโรค COPD สูง พบว่า ในปี 2552 โรคเรื้อรังระบบหายใจส่วนล่าง มีจำนวน 63,279 ราย คิดเป็นอัตรา 535.15 ราย ต่อ 100,000 ประชากร นับว่าเป็นอัตราที่สูงกว่าทุกภูมิภาค เนื่องจากภาคเหนือ เป็นแหล่งปลูกยาสูบ มีความนิยมในการสูบบุหรี่มาก มีการเผาทำลายป่า และควันไฟจากฟืนที่ใช้ประกอบอาหารจำนวนมาก จากสถิติดังกล่าว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถือเป็นปัญหาสุขภาพที่ก่อให้เกิดภาระหนักอย่างหนึ่งของประเทศไทย

สถิติผู้ป่วยที่โรงพยาบาลทั่วประเทศจำนวน<sup>3</sup> ในปี 2551 – 2553 พบรจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ขึ้นทะเบียน 689, 665 และ 686 คน จำนวนครั้งการรับบริการที่แผนกฉุกเฉิน 545, 522 และ 515 ครั้ง ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 21,

14 และ 21 คน อัตราเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 9.52, 9.32 และ 9.68 ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยใน เป็นอันดับหนึ่งของโรงพยาบาล 1,640,645, 1,496,687 และ 1,425,871 บาทต่อปี ที่ผ่านมาโรงพยาบาลได้ดำเนินโครงการวิจัยพื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแนวทางของสมาคมการพื้นฟูสมรรถภาพปอดและหัวใจของสหรัฐอเมริกา<sup>4,5</sup> และประยุกต์ให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลชุมชน ดำเนินการในปี 2548 – 2549 นาน 1 ปี โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 30 ราย ร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านหรือทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการทำงานร่วมกับทีมสหสาขา วิชาชีพ เน้นการฝึกหัดจะต่างๆ ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลการออกกำลังกาย การประเมินต่างๆ การดูแลด้านจิตสังคม และการดูแลต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>6</sup>

ต่อมาจึงได้มีการขยายโปรแกรมการพื้นฟูสมรรถภาพปอดไปสู่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตอำเภอทั่วทั้งพัฒนาการโดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทุกระดับทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากโรงพยาบาลทั่วประเทศได้พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลได้ผลดีระดับหนึ่ง โรงพยาบาลน่านจึงได้ส่งกลับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะที่ 3 – 4 และผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิตให้มาดูแลรักษาในกลบ้านมากขึ้น พบรปภ. และอุปสรรค คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บางคนอาศัยอยู่ตามลำพังขาดปัจจัยในการดูแลชีวิตอย่างดี เช่น เครื่องชุดกิจ

## ผลลัพธ์ของการใช้ต้นแบบการดูแลผู้เป็นโรคเรื้อรังภาคขยายในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สังคม ขาดผู้ดูแลเมื่อเกิดอาการหายใจลำบากมักช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้อย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถพ่นยาขยายหลอดลมได้อย่างถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากและเหนื่อยล้า ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมโรคได้ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งแบบฉุกเฉิน 1-2 ครั้ง/เดือนและกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลชั่วคราวใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 9.68 (ปี 2553) และ 13.19 (ปี 2554) ส่งผลให้ดัชนีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ<sup>7</sup> การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ เมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคมักต้องพึ่งพาระบบสาธารณสุขด้วยการรักษาในโรงพยาบาล

การดำเนินการที่ผ่านมาพบปัญหาและอุปสรรคคือ ขาดระบบการเชื่อมโยงและต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลจนถึงระดับเครือข่ายในชุมชน และยังไม่พบร่วมระบบที่เชื่อมโยงอย่างชัดเจนในโรงพยาบาลชุมชน ต่อเนื่องไปถึงบ้าน มีเพียงแต่การวางแผนจ้างหน่วยและการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ซึ่งดำเนินการเฉพาะเครือข่ายของระบบสาธารณสุขเท่านั้น ทำการดำเนิน

การแยกแต่ละภาคส่วน มีการประสานงานบางส่วนที่เกี่ยวข้อง แต่ยังขาดการบูรณาการเชื่อมโยงโดยมีภาคเครือข่ายและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายที่นับเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ดี

จึงได้นำต้นแบบการดูแลผู้เป็นโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model) โดยบาร์และคอลล์<sup>8,9,10</sup> ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ใน 2 ชุมชน คือชุมชนบ้านดอนตัน ตำบลครีภูมิ และ ชุมชนบ้านแหน ตำบลผาทอง อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ที่มีกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อนอาศัยในชุมชน และผู้นำชุมชนตามตำแหน่งและผู้นำตามธรรมชาติ มีความเข้มแข็งให้ความสำคัญและความร่วมมือในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่รับผิดชอบพื้นที่ให้ความร่วมมือ ให้ความสำคัญกับปัญหาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ชุมชนมีแหล่งประโยชน์และทรัพยากรในชุมชนอย่างเพียงพอ มี ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้เป็นโรคเรื้อรังภาคขยาย โดย บาร์และคอลล์ (2003)<sup>8</sup>

## การเตรียมการ

ได้วิเคราะห์ความพร้อมและข้อจำกัดของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลว่าการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลมีการจัดระบบสุขภาพและองค์กรบริการสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยมีบริการตั้งรับที่ห้องฉุกเฉินและผู้ป่วยในและการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในวันจันทร์ภาคเช้าตั้งแต่ปี 2548 โดยแยกให้บริการเฉพาะโรคมีการวางแผนจำนวนราย และการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ซึ่งดำเนินการเฉพาะเครือข่ายของระบบสาธารณสุขเท่านั้น การดูแลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะสูงบั้นการส่งต่อจากโรงพยาบาลเพื่อดูแลต่อเนื่องและรับยาตั้งแต่ปี 2553 มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการติดตามเยี่ยมบ้านกรณีผู้ป่วยถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลแต่ไม่มีความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและชุมชน

การเตรียมหุ้นส่วนในชุมชนเชิงรุก (prepared proactive community partner) เตรียมทีมทางด้านสุขภาพ (prepared proactive practice team) โดยการพัฒนาศักยภาพของทีมทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จัดอบรมเรื่อง ต้นแบบแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย การทำกลุ่ม การจัดการความรู้ เทคนิคการเป็นผู้อี้อานวยและการบันทึกที่ดี การเข้าสู่ชุมชน และการส่งเสริมพลังและพัฒนาด้านวิชาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เทคนิคการเสริมสร้างพลังอำนาจ การใช้ทักษะชักจูงให้เลิกบุหรี่ การติดตามประเมินผลลัพธ์ เตรียมนักพัฒนาและคนในชุมชน โดยเข้าสู่ชุมชนเพื่อ

แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับชุมชนและจัดประชุมร่วมกับนักพัฒนาซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชนระดับตำบล (นายกองค์การบริหารส่วนตำบล, รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล, สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล, ประธานสภาตัวแทนราษฎร และ สารวัตรกำนัน) ผู้นำชุมชนระดับหมู่บ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และประธานแม่บ้าน) อาสาสมัคร และชุมชนที่จัดตั้งในชุมชน โดยการสนทนากลุ่มเพื่อให้แก่นำชุมชนได้รับทราบถึงปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อสร้างความตระหนักต่อผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งการซึ่งจุดประสีกของการทำงานกระบวนการ และการดำเนินงานแบบมีล้วนร่วมอย่างชัดเจนและรวดเร็ว ด้านบทบาทและหน้าที่ ครอบ ระยะเวลาในการดำเนินการสนับสนุนด้านงบประมาณ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการทำการครั้งนี้

ความตื่นตัวของชุมชน (active community) ผู้ป่วย ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลมีความตื่นตัว (informed active patient) ได้จัดประชุมในชุมชน เพื่อคืนข้อมูลภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญ มีอุปสรรคในการดำรงชีวิตท่ามกลางสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ ทั้งนี้ได้สอดแทรกสาเหตุของโรคต่าง ๆ ที่มาจากการสูบบุหรี่ ควนไฟในบ้าน ซึ่งจุดประสีกการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งในระยะสูงและระยะกำเริบ ร่วมทางแนวทางป้องกันผู้ป่วยรายใหม่โดยการคัดกรอง (screening) ในกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ และส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ ผู้นำชุมชนหรือหน่วยงานของรัฐเป็นแบบอย่างที่ดีในการงดสูบบุหรี่

ระยะดำเนินการ ได้มีการดำเนินการตามแต่ละ องค์ประกอบของต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังดังนี้

**1. ระบบสุขภาพ-องค์กรดูแลสุขภาพ** (Health System organization) ออกแบบระบบการจัดการดูแลสำหรับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีม สาขาวิชาชีพ เน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจและการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เน้น ความต่อเนื่องของการดูแล วางแผนจ้างหน่วยแบบ มีส่วนร่วมกับชุมชนโดยเฉพาะรายที่มีปัญหาอย่างมาก ชั้บชั้น เน้นการกำกับติดตามผลลัพธ์ และการ สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ถังออกซิเจน อุปกรณ์สายออกซิเจน และยาพ่นขยายหลอดลม โดยความร่วมมือจากห้องถีนและ ชุมชน มีการนำเครื่องมือวัดสมรรถภาพปอด (Spirometry) มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยรายใหม่เพื่อ คัดกรองผู้ป่วยและทบทวนการรักษาสำหรับผู้ป่วย รายเก่า เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมโดยการ ประเมินผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

การพัฒนาระบบส่งต่อ กรณีผู้ป่วยนอนรักษา ในโรงพยาบาลและเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาชั้บชั้น มีการ พัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและผู้ดูแล และฟื้นฟูสมรรถภาพ การใช้ยาพ่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับ ผู้ป่วยโดยการสอนข้างเตียงและการจัดทำคู่มือการดูแล ตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วางแผน จ้างหน่วยแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนโดยเฉพาะรายที่มี ปัญหาอย่างมาก ชั้บชั้น เน้นการกำกับติดตามผลลัพธ์ และการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ถังออกซิเจน อุปกรณ์สายออกซิเจน และยาพ่นขยายหลอดลม เชิญโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพประจำตำบล อสม. และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และมีการติดตาม เยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสาขาวิชาชีพ (NCD clinic, จิตเวช, IPD และ กลุ่มเวชฯ) โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพประจำตำบล และชุมชน กรณีผู้ป่วย ER-revisit ในโรงพยาบาล และเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาชั้บชั้น ทีม home health care ลงไปประเมินปัญหาที่บ้าน และ วางแผนการแก้ปัญหา มีกระบวนการเช่นเดียวกับ ขั้นตอน โดยพูดคุยกับผู้ป่วย และทีม home health care ลงไปติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่าผู้ป่วยจะ สามารถควบคุมโรคได้ (ประมาณ 1-4 ครั้ง แล้วแต่ ความรุนแรง) และส่งต่อให้กับโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพประจำตำบลชื่อมูลที่ส่งต่อ ยา อุปกรณ์ เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป พร้อมทั้งส่งผู้ป่วย ที่สามารถควบคุมโรคได้กลับไปรักษาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เกณฑ์การ ส่งต่อ ได้แก่ ความถี่ในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ ไม่มี อาการกำเริบ (exacerbation) ไม่มีโรคร่วม พื้นที่ ห่างไกล มีความจำเป็นเนื่องจากปัญหาการเข้าถึง บริการของผู้ป่วย

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ได้พัฒนา ศักยภาพเจ้าหน้าที่ โดย การพัฒนาศักยภาพพยาบาล เวชปฏิบัติทุก ๆ ปี ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั่วทั้ง เครือข่ายบริการสาธารณสุขอำเภอทั่วไป ใช้แนวทาง การดูแลผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกัน จัดระบบให้ คำปรึกษาพยาบาลวิชาชีพ (Case manager) ทาง โทรศัพท์ การใช้ยา และการพ่นยาขยายหลอดลม โดย โรงพยาบาลทั่วไปมีการสนับสนุนการเลือกอุปกรณ์ และยา เพื่อลดค่าใช้จ่าย และสนับสนุนด้านอุปกรณ์ ในการพ่นยา เนื่องจากปัญหาด้านระยะเวลา การขนส่ง ออกรถยาน ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย มีความ เลี่ยงสูง และผู้บริหารเห็นความสำคัญ ลั่งผลให้ทาง

เครือข่ายบริการสาธารณสุขอำเภอท่าวังผา เห็นความสำคัญและมีการจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย (oxygen concentrator) การประเมินผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินสภาวะสุขภาพเพื่อการพิจารณาเรื่องการส่งต่อจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และการเยี่ยมบ้าน พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อมีอาการกำเริบ พัฒนาแนวทางการดูแลด้านจิตใจ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันภาวะซึมเศร้าและผ่าตัวตาย และส่งเสริมภาวะโภชนาการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาล พัฒนาระบบทิตตามเยี่ยมบ้านกรณีผู้ป่วยถูกส่งต่อ ร่วมกับโรงพยาบาลท่าวังผา

**1.1 ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System)** จัดระบบจัดเก็บข้อมูลทั้งระบบ IT และ การบันทึก ออกแบบบันทึกที่จำเป็น ได้แก่ แบบบันทึกการมารับบริการแบบฉุกเฉิน (ER visited) การเก็บข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ (Re-admitted) แบบบันทึกการพั่นยาข่ายหลอดลม แบบบันทึกข้อมูลในการตรวจแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมที่บ้าน เพื่อเป็นข้อมูลย้ำเตือนผู้ป่วยบัดในการบันทึกให้ครบถ้วนเป็นข้อมูลที่สามารถค้นหาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อนเพื่อสนับสนุนวางแผนการดูแลผู้ป่วยในทั้งรายกรณีและการวางแผนในระบบดูแล รวมทั้งเป็นข้อมูลที่รวมรวมเพื่อประเมินผลลัพธ์ การดำเนินการ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนสามารถใช้ประโยชน์ร่วมกัน

**1.2 สนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support)** พัฒนา CPG ร่วมกันระหว่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยอ้างอิงแนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ Global COPD<sup>11</sup> สมาคมอุรุเวชช์แห่งประเทศไทย<sup>12</sup> และแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พ.ศ. 2553<sup>13</sup> เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะสงบ และอาการกำเริบ (มีการปรับปรุงทุก 1 ปี) การเข้าร่วมระบบดูแลระบบ Easy COPD และการพื้นฟูสมรรถภาพปอด<sup>5</sup> โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลท่าวังผา ประกอบด้วย 3 ระยะ 6 ขั้นตอน ระยะที่ 1 การพบกันในครั้งแรก เริ่มดำเนินการขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การรักษา และการดูแลตนเอง ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและจัดการกับอาการของตนเอง ระยะที่ 2 การพบกันครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 1 เดือน เป็นการดำเนินการขั้นตอนที่ 3 การประเมินและบริหารการหายใจ ออกกำลังกาย ขั้นตอนที่ 4 การดูแลด้านจิตสังคม ขั้นตอนที่ 5 การเลิกสูบบุหรี่ ในผู้ที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ ระยะที่ 3 เป็นขั้นตอนที่ 6 การติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และกำหนดการติดตามผลลัพธ์ ได้แก่ คุณภาพชีวิต (QOL) , Six minute walk distance test , Oxygen saturation, COPD Assessment Test , มาตรวัดความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (MMRC), Dyspnea visual analogue scale อัตราการรักษาแบบฉุกเฉิน และ อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

**1.3 การออกแบบระบบบริการ/การจัดกระบวนการสุขภาพใหม่ (Delivery System Design/ Re-orient Health Services )** จัดบริการให้มีyaสำรองรักษาอย่างเพียงพอที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลสำหรับการรักษาโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง จัดให้มีชุดพันยาภัณฑ์ ยาและชุดให้ออกซิเจนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ประชาสัมพันธ์ ช่องทางการเข้าถึงบริการ การติดตามเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมระหว่างโรงพยาบาลท่าวังผา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและแกนนำชุมชน การพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนให้สามารถดูแลผู้ป่วย

และฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การวางแผนจ้าน่ายร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและชุมชน การดูแลผู้ที่มีภาวะชีมเคร้าจากโรคเรื้อรังและการอาศัยเพียงลำพัง โดยพยาบาลจิตเวชและชุมชนมีส่วนร่วม การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต ให้ได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นท่ามกลางญาติมิตรและสมคักด์ศรีความเป็นมนุษย์ ลดความทุกข์ทรมานส่งเสริมให้ญาติสามารถเผชิญภาวะสูญเสียได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยความร่วมมือจากโรงพยาบาลทั่วประเทศและชุมชน

**1.4 การสนับสนุนการตัดสินใจ/พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Self-Management/Develop Personal skill)** พัฒนาทักษะให้กับผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชน ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย การรับประทานยา และการพ่นยาขยายหลอดลม การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การใช้ออกซิเจนระยะยาวที่บ้าน การนำส่งกรณีฉุกเฉิน สามารถต้องขอความช่วยเหลือเมื่อยื่นในภาวะฉุกเฉิน ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลทั้งภาวะสงบ ภาวะกำเริบ และภาวะสุดท้ายของชีวิต

## 2. การดำเนินการในชุมชน

จากการจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนพบว่าชุมชนไม่ทราบปัญหาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีปัญหาอะไรบ้าง ต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง ภายหลังจากจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และญาติ เข้าร่วมแลกเปลี่ยน พบร้าปัญหาของผู้ป่วยคือผู้ป่วยยากจนไม่มีค่าเดินทางญาติต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางเพื่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาลตามนัดหมาย ไม่มีคีย์ภาพในการขนถ่ายออกซิเจนญาติไม่มีคีย์ภาพในการดูแลด้านอาหาร การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายไม่สามารถจัดการลิ้งกระตุนที่รับกวน เช่นการเผาชัย

ในชุมชน การตากยาสูบ การบ่ำยาน้ำสูบ การสูบบุหรี่ของบุคคลในกลุ่ม ผู้ป่วยมีที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยสภาพแวดล้อมมีผู้คนอยู่มาก มีต้องการความช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดอาการกำเริบ ต้องการบริการใกล้บ้านอย่างให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลสำรองยานยาพ่นและยาที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างให้มีถังออกซิเจนสำรองให้ยืมกรณีมีผู้ป่วยรักษาด้วยออกซิเจนที่บ้านชุมชนจึงสามารถระบุปัญหาเพื่อวางแผนการจัดการแก้ไขต่อไปโดยการทำประชาคมในชุมชน

**2.1 สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy)** จากประชาคมในชุมชนเกิดมาตรการการสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชน มีการกำจัดขยะในชุมชนโดยหลีกเลี่ยงการเผาจัดระบบสุขาภิบาลในการจัดการขยะ เปลี่ยนขยะเป็นปุ๋ย การจัดโซนนิ่งของสถานที่ตากยาสูบ การจัดสรรเวลาในการบ่ำยานของโรงบ่ำ อบยาใช้ระยะเวลาสั้นที่สุด และใช้เชือเพลิงเป็นไฟฟ้าแทนถ่านหินลิกไนส์ จัดสรรงบประมาณด้านการรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน (EMS) จัดบริการขนถ่ายออกซิเจนขององค์กรบริหารส่วนตำบล และมีแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในสถานการณ์อุทกภัย บูรณาการร่วมกับโครงการที่มีอยู่ในชุมชน เช่นโครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (สนับสนุนโดยสสส.) โครงการโรงเรียนครอบครัวในกลุ่มเยาวชนที่เสี่ยง และครอบครัว มีมาตรการที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ในชุมชน มีการรณรงค์ต้านบุหรี่ในชุมชน จัดทำข้อบัญญัติห้องถิน เพื่อจัดสรรงบประมาณลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพด้านบุหรี่

**2.2 สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environments)** 1) กลุ่มผู้ป่วย : จัดบริการยาพ่นขยายหลอดลมไว้ที่โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จัดซื้อเครื่องผลิตออกซิเจน จัดสถานที่พื้นฟูสมรรถภาพปอด เช่น ศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน (Community Learning Center) จัดสถานภาพแวดล้อมในบ้านที่เหมาะสม จัดระบบการนำส่งฉุกเฉิน (EMS) องค์การบริหารส่วนตำบล มีส่วนร่วมกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การขนถ่ายอุปกรณ์ออกซิเจน โดยรถขององค์การบริหารส่วนตำบล เยี่ยมให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือโดยชุมชนผู้สูงอายุ ตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนทำกิจกรรมร่วมกัน การลดลงกระตุนอาการกำเริบ เช่น การเผาภัยในชุมชน มีอาสาสมัครช่วยในการกำจัดฝุ่นละอองในบ้านผู้ป่วยที่ชรา ยากจน ไม่มีผู้ดูแล การจัดสถานที่ตากยาสูบ กำหนดเวลาบ่มยาสูบและปรับเปลี่ยนเชื้อเพลิง 2) กลุ่มผู้สูบบุหรี่ : มีน้อยราย ห้ามสูบบุหรี่ในงานเลี้ยง งานบุญในชุมชน ขอความร่วมมือ งดจำหน่ายบุหรี่ในร้านค้าภายในชุมชน คัดกรองด้วยสีปีโนเมตري์ จัดโปรแกรมบำบัดเลิกบุหรี่ในชุมชน เกิดจากการจัดกิจกรรมในชุมชน และใช้เวลาหลังเลิกงานประจำ (โดยเลี้ยงคำว่าคลินิกอดบุหรี่ เปเลี่ยนมาใช้เป็นโครงการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่และการติดตามให้กำลังใจโดยคนในชุมชนด้วยกันเอง ยกย่องชื่นชมผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ 3) กลุ่มเยาวชน : ประสงค์สอดแทรกธรรมะทุกครั้งที่เทศนา หรือสอนหนังสือเยาวชน แกนนำชุมชนสอดส่องดูแลสถานที่มั่วสุมของเยาวชน การว่ากล่าวตักเตือน ซักชวนร่วมโครงการโรงเรียนครอบครัว

**2.3 เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน** (Strengthen Community Action) จัดประชุมร่วมนักพัฒนา ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน และชุมชนที่จัดตั้งในชุมชนที่มีความสนใจร่วมกัน พบร่วมชุมชน สนับสนุนงบประมาณ มีแผนการจัดซื้ออุกซิเจน

สำรองสำหรับการพ่นยาในยามวิกฤต การจัดสภาพแวดล้อม สนับสนุนการสร้างอาชีพ ทั้งนี้ผู้นำชุมชนและผู้ดูแลหาแนวทางดูแลร่วมกัน พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการติดตามและดูแลผู้ป่วย ได้ขอความร่วมมือจากหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ บูรณาการกับโครงการด้านสุขภาพที่มีอยู่แล้วในชุมชน ได้แก่ โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และชาวบ้านลงแรงในการดำเนินการด้วยตนเอง

**ผลลัพธ์ของการใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยายในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

พบว่าผู้ป่วยในหมู่บ้านดอนตัน จำนวน 33 คน และหมู่บ้านแหน จำนวน 24 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 84.85 และ 87.5 ตามลำดับ คิดเป็นสัดส่วนเพศชาย : เพศหญิง เป็น 2 : 1 และ 1.4 : 1 ในหมู่บ้านดอนตันและหมู่บ้านแหน ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ในหมู่บ้านดอนตันกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษาในหมู่บ้านแหน ส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพเนื่องจากสูงอายุและรองลงมาคือประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 36.36 และ 29.17 ส่วนใหญ่มีรายได้ของผู้ป่วยในหมู่บ้านดอนตันและหมู่บ้านแหน ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท จากเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ ร้อยละ 58.33 และ 78.79 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน มีรายงานผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ในร้อยละ 84.84 และ 87.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการสูบบุหรี่ 21-30 ปี เลิกสูบบุหรี่แล้วร้อยละ 92.86 และ 95.23 มีระดับภาวะซึมเศร้าในหมู่บ้านดอนตัน จำนวน 2 ราย ดังนีมวลกายอยู่ในภาวะน้ำหนัก

น้อยกว่ามาตรฐานและระดับปกติ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่จำนวน 11-20 นวนต่อวัน มีระยะเวลาในการเลิกบุหรี่นานมากกว่า 10 ปี และส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ 2

เปรียบเทียบผลการลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ในหมู่บ้านดอนตันและหมู่บ้านแทน พบว่า

1. อาการหายใจลำบาก (MMRC) การรับรู้อาการหายใจลำบาก (DVAS) ระหว่างการเดินบนเนินราบ มาตรฐานใน 6 นาที (6MWT) โดยเดินได้เพิ่มขึ้น 30 เมตร และ 54 เมตร (เดินไกลขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ) เป็นร้อยละ 62.07 และ 20.69 ในหมู่บ้านดอนตัน และ ร้อยละ 60 และ 25 ในหมู่บ้านแทน เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$ ) สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างสม่ำเสมอจากการกระตุน และความร่วมมือของผู้ดูแล ชุมชน และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ลดลั่นกระตุนไม่ให้เกิดอาการกำเริบ มียารักษาและไดร์บการพ่นยาขยายหลอดลมที่ รพ.สต.ไกลับ้าน ได้รับออกซิเจนที่บ้านและได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

2. การประเมินผลกระทบ COPD ต่อผู้ป่วย (COPD Assessment Test (CAT)) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (QOL) และ ER-visited ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  แต่มีแนวโน้มดีขึ้น ต้องมีการติดตามผลลัพธ์ด้านนี้ในระยะยาว ต่อไป

3. มีระดับความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นอย่างต่อเนื่อง ของกลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยร้อยละ 90.17 และ 91.33 ในหมู่บ้านดอนตันและหมู่บ้านแทนตามลำดับ

ผลการดำเนินการพบว่ามีผู้สูบบุหรี่สมัครใจเข้าโครงการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หรือคลินิกเลิกบุหรี่ในชุมชน จำนวน 39 คน พบว่า ความสำเร็จของการจัดโปรแกรมบำบัดเลิกบุหรี่ในชุมชน เกิดจากการจัดกิจกรรมในชุมชน และใช้เวลาหลังเลิกงานประจำ ผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกบุหรี่จึงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ง่ายกว่าการเดินทางไปเข้ารับการบำบัดที่โรงพยาบาลซึ่งต้องรับบริการในเวลาราชการเท่านั้นและผู้สูบต้องมีความตั้งใจ-tonlongที่แน่แน่เป็นสำคัญ จากการประเมินช่วง 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าส่วนมากสามารถลดปริมาณการสูบลงร้อยละ 43.75 และ 65.22 ที่มีอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จในช่วง 12 เดือน ร้อยละ 31.9

จากการดำเนินการที่มีการนำการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการป้องกันการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า นอกจากการจัดระบบบริการตามมาตรฐานในโรงพยาบาลทั่วไปแล้วยังมีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการจัดชื่อเครื่องผลิตออกซิเจนด้วยกระถางไฟฟ้าเพื่ออำนวยความสะดวก สะดวกแก่ผู้ให้บริการในการเปลี่ยนถ่ายออกซิเจน และขยายผลทั่วทั้งเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอ ทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอทั่วไป ได้เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตพื้นที่ เป็นลำดับต้น ๆ ชุมชนและองค์กรบริหารส่วนตำบลได้รับรู้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจนกระทุ้นเกิดกระบวนการมีส่วนและร่วมสนับสนุนทรัพยากรในการส่งต่อและดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดรถล้างห้องน้ำส่งผู้ป่วยในกรณี

ฉุกเฉินหรือการสนับสนุนการทำแผนจัดซื้อเครื่องสร้างออกซิเจนเพื่อใช้พ่นยาผู้ป่วยในระยะกำเริบ และการสร้างมาตรการป้องกันการสูบบุหรี่ในชุมชนพบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในชุมชนภาคขยาย เป็นรูปแบบที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ผลลัพธ์ที่ดี โดยชุมชนสามารถร่วมดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตกับโรคเรื้อรังได้ทุกชั้นตอน

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. What Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) [Internet]. [Cited 2010 Mar 24]. Available from: <http://www.who.int/features/qa/48/en/index.html>.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในตามกลุ่มสาเหตุ (75 กลุ่มโรค) จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขรายภาคต่อปีงบประมาณ 1 แสนคน จำแนกตามเพศ และสาเหตุ 2552 – 2554 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ.2555]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.moph.go.th/opst>.
3. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลท่าวังผา. รายงานสถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา: งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลท่าวังผา 2551-2553. น่าน: โรงพยาบาลท่าวังผา; 2553.
4. American Thoracic Society. Pulmonary Rehabilitation. American Journal of Respiratory Critical Care Medicine 1999; 159: 1666-82.
5. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Pulmonary Rehabilitation AACVPR Guideline for Pulmonary Rehabilitation Programs. National Black Lung Respiratory Disease Clinics Conference, Chicago Illinois 1999; October 7-9.
6. จุฬารัตน์ สุริยาทัย, นภาร พมายศนันท์, ทัยรัตน์ เวชมนัส. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. น่าน: โรงพยาบาลท่าวังผา; 2549.
7. จุฬารัตน์ สุริยาทัย, สารภี วงศ์สิทธิ์, ศรีมาย พันธ์เก้า, มนีวรรณ วงศ์สุขพิศาล. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน. วิชาการสาธารณสุข 2554; 20: 313-22.
8. Barr JV, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly 2003; 7: 73-82.
9. วิโรจน์ เจียมจรรจงชัย. ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย. ระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2553-2557; 2: 48-56.
10. วิโรจน์ เจียมจรรจงชัย. ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 2: 82-90.
11. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. 2009 [Cited 2010 Jan11]. Available from: <http://www.goldcopd.org/guidelineitem.asp>.
12. สมาคมอุรุเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2548). กรุงเทพฯ: สมาคมอุรุเวชช์แห่งประเทศไทย; 2548.
13. คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: บูรณาธิการสุขภาพ; 2553.

## Outcomes of Expanded Chronic Care Model Utilization in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Jurarat Suriyathai<sup>1</sup> RN, MNS, Dip. APMSN

**Abstract:** Tha Wang Pha hospital, Nan province, employed lung rehabilitation program for use with COPD patients under the collaboration of health professionals from the hospital and health promoting hospitals. Barriers existed when patients were relying on health system. Then, the hospital utilized Expanded Chronic Care Model, ECCM, in three phases: 1) Preparation phase, analyzed the readiness and barriers of the hospital and HPHs, prepared proactive community partner and practice team; 2) Implementation phase, based on each components of the model were, manage health system organization, clinical information system, decision making support, and delivery system design/re-orient health services. Implementations in the community were, built healthy public policy, developed self-management/personal skills, and strengthened community action; 3) Evaluation phase, clinical outcomes, patients impact and patients' satisfaction were better for COPD patients under the model. It is suggested that this model can be use for chronically ill patients for better outcomes.

*Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2014; 1(1) 72-82*

**Keywords:** Expanded Chronic Care Model, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients

---

<sup>1</sup>Nurse Specialis, Member of the Administrative Committee for Academic Affairs, Advanced Pratice Nursing Association (Thailand)