

ผลลัพธ์ของการใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จุฬารัตน์ สุริยาทัย¹ RN, MNS, อพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

บทคัดย่อ: โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ได้นำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยความร่วมมือของบุคลากรทั้งในโรงพยาบาลและรพ.สต. พบว่ายังมีปัญหาและอุปสรรคในการพึงพาาระบบสาธารณสุข จึงได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย มาใช้ใน 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ วิเคราะห์ความพร้อมและข้อจำกัดของโรงพยาบาลและของ รพ.สต. ดำเนินการเตรียมพื้นที่ในชุมชน เตรียมทีมสุขภาพเชิงรุก 2) ระยะดำเนินการ ดำเนินการตามแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ ด้านระบบสุขภาพ-องค์กรดูแลสุขภาพ ออกแบบระบบการจัดการดูแลสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านระบบข้อมูลทางคลินิก การสนับสนุนการตัดสินใจ พัฒนา CPG ร่วมกันระหว่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพ และ รพ.สต. การออกแบบระบบบริการสุขภาพ จัดบริการให้มีมาตรฐานอย่างเพียงพอที่ รพ.สต. การสนับสนุนการตัดสินใจ/พัฒนาทักษะส่วนบุคคล พัฒนาทักษะให้กับผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชน และด้านการดำเนินการในชุมชน ได้แก่ สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ จากประชาคมในชุมชนเกิดมาตรการการสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนและการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน จัดประชุมร่วมนักพัฒนา 3) ระยะประเมินผลลัพธ์ พบมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น ผลกระทบต่อผู้ป่วยลดลง และมีความพึงพอใจที่ดี รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนภาคขยายนี้ สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ผลลัพธ์ที่ดีในทุกขั้นตอน

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2557; 1 (1) 72-82

คำสำคัญ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย, ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา 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) องค์การอนามัยโลกได้รายงานอุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่ามีจำนวนผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกจนถึงปี พ.ศ. 2550 มีจำนวน 210 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3¹ 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 ตามลำดับ² และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับที่ 5 ของประเทศ ภาคเหนือ มีอัตราความชุกของโรค COPD สูง พบว่า ในปี 2552 โรคเรื้อรังระบบหายใจส่วนล่าง มีจำนวน 63,279 ราย คิดเป็นอัตรา 535.15 ราย ต่อ 100,000 ประชากร นับว่าเป็นอัตราที่สูงกว่าทุกภูมิภาคเนื่องจากภาคเหนือเป็นแหล่งปลูกยาสูบ มีความนิยมในการสูบบุหรี่มาก มีการเผาทำลายป่า และควันไฟจากฟืนที่ใช้ประกอบอาหารจำนวนมาก จากสถิติดังกล่าว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถือเป็นปัญหาสุขภาพที่ก่อให้เกิดภาระหนักอย่างหนึ่งของประเทศไทย

สถิติผู้ป่วยที่โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน³ ในปี 2551–2553 พบจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ขึ้นทะเบียน 689, 665 และ 686 คน จำนวนครั้งการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน 545, 522 และ 515 ครั้ง ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 21,

14 และ 21 คน อัตราเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 9.52, 9.32 และ 9.68 ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยใน เป็นอันดับหนึ่งของโรงพยาบาล 1,640,645, 1,496,687 และ 1,425,871 บาท ต่อปี ที่ผ่านมามีโรงพยาบาลได้ดำเนินโครงการวิจัยฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแนวทางของสมาคมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและหัวใจของสหรัฐอเมริกา^{4,5} และประยุกต์ให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลชุมชน ดำเนินการในปี 2548–2549 นาน 1 ปีโดยศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาใช้บริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 30 ราย ร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านหรือทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เน้นการฝึกทักษะต่างๆ ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล การออกกำลังกาย การประคบต่างๆ การดูแลด้านจิตสังคม และการดูแลต่อเนื่อง ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶

ต่อมาจึงได้มีการขยายโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดไปสู่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตอำเภอท่าวังผาทุกรายโดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทุกระดับทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากโรงพยาบาลท่าวังผาได้พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลได้ผลดีระดับหนึ่ง โรงพยาบาลน่านจึงได้ส่งกลับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะที่ 3 – 4 และผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตให้มาดูแลรักษาใกล้บ้านมากขึ้น พบปัญหาและอุปสรรค คือผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บางคนอาศัยอยู่ตามลำพังขาดปัจจัยในการดำรงชีวิตหลายด้าน เช่น เศรษฐกิจ

สังคม ขาดผู้ดูแลเมื่อเกิดอาการหายใจลำบากมักช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้อย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถพยายายทอดลมได้อย่างถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากและเหนื่อยล้า ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมโรคได้ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งแบบฉุกเฉิน 1-2 ครั้ง/เดือนและกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 9.68 (ปี 2553) และ 13.19 (ปี 2554) ส่งผลให้ดัชนีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ⁷ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ เมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคมักต้องพึ่งพา ระบบสาธารณสุขด้วยการรักษาในโรงพยาบาล

การดำเนินการที่ผ่านมาพบปัญหาและอุปสรรคคือ ขาดระบบการเชื่อมโยงและต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลจนถึงระดับเครือข่ายในชุมชน และยังไม่มีพบว่ามีระบบที่เชื่อมโยงอย่างชัดเจนในโรงพยาบาลชุมชนต่อเนื่องไปถึงบ้าน มีเพียงแต่การวางแผนจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ซึ่งดำเนินการเฉพาะเครือข่ายของระบบสาธารณสุขเท่านั้น มีการดำเนิน

การแยกแต่ละภาคส่วน มีการประสานงานบางส่วนที่เกี่ยวข้อง แต่ยังขาดการบูรณาการเชื่อมโยงโดยมีภาคีเครือข่ายและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายที่นับเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ดี

จึงได้นำต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model) โดยบาร์และคณะ^{8,9,10} ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ใน 2 ชุมชน คือชุมชนบ้านดอนตัน ตำบลศรีภูมิ และชุมชนบ้านแห่น ตำบลผาทอง อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ที่มีกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อนอาศัยในชุมชน และผู้นำชุมชนตามตำแหน่งและผู้นำตามธรรมชาติ มีความเข้มแข็งให้ความสำคัญและความร่วมมือในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่รับผิดชอบพื้นที่ให้ความร่วมมือ ให้ความสำคัญกับปัญหาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ชุมชนมีแหล่งประโยชน์และทรัพยากรในชุมชนอย่างเพียงพอมี ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย โดย บาร์และคณะ (2003)⁸

การเตรียมการ

ได้วิเคราะห์ความพร้อมและข้อจำกัดของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล พบว่าการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลมีการจัดระบบสุขภาพและองค์การบริการสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีบริการตั้งรับที่ห้องฉุกเฉินและผู้ป่วยใน และการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในวันจันทร์ภาคเช้า ตั้งแต่ปี 2548 โดยแยกให้บริการเฉพาะโรคมีการวางแผนจำหน่าย และการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ซึ่งดำเนินการเฉพาะเครือข่ายของระบบสาธารณสุขเท่านั้น การดูแลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระยะส่งรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเพื่อดูแลต่อเนื่องและรับยา ตั้งแต่ปี 2553 มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการติดตามเยี่ยมบ้านกรณีผู้ป่วยถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลแต่ไม่มีความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและชุมชน

การเตรียมหุ้นส่วนในชุมชนเชิงรุก (prepared proactive community partner) เตรียมทีมทางด้านสุขภาพ (prepared proactive practice team) โดยการพัฒนาศักยภาพของทีมทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จัดอบรมเรื่อง ต้นแบบแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย การทำกลุ่ม การจัดการความรู้ เทคนิคการเป็นผู้เอื้ออำนวยและการบันทึกที่ดี การเข้าสู่ชุมชน และการเสริมพลังและพัฒนาด้านวิชาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เทคนิคการเสริมสร้างพลังอำนาจ การใช้ทักษะเชิงรุกให้เลิกบุหรี่ การติดตามประเมินผลลัพธ์ เตรียมนักพัฒนาและคนในชุมชน โดยเข้าสู่ชุมชนเพื่อ

แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับชุมชนและจัดประชุมร่วมกับนักพัฒนาซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชนระดับตำบล (นายกองค์การบริหารส่วนตำบล, รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล, สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล, ประธานสภาวัฒนธรรม และ สารวัตรกำนัน) ผู้นำชุมชนระดับหมู่บ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และประธานแม่บ้าน) อาสาสมัคร และชมรมที่จัดตั้งในชุมชน โดยการสนทนากลุ่มเพื่อให้แกนนำชุมชนได้รับทราบถึงปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อสร้างความตระหนักต่อผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งการชี้แจงจุดประสงค์ของการทำงานกระบวนการและการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนและรวดเร็ว ด้านบทบาทและหน้าที่ กรอบ ระยะเวลาในการดำเนินการสนับสนุนด้านงบประมาณ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการทำโครงการครั้งนี้

ความตื่นตัวของชุมชน (active community) ผู้ป่วย ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลมีความตื่นตัว (informed active patient) ได้จัดประชุมในชุมชน เพื่อคืนข้อมูลภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญ มีอุปสรรคในการดำรงชีวิตท่ามกลางสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่ตุนอาศัยอยู่ ทั้งนี้ได้สอดแทรกสาเหตุของโรคต่างๆ ที่มาจากการสูบบุหรี่ ควันไฟในบ้าน ชี้แจงจุดประสงค์การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งในระยะสงบและระยะกำเริบร่วมหาแนวทางป้องกันผู้ป่วยรายใหม่โดยการคัดกรอง (screening) ในกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ และส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ ผู้นำชุมชนหรือหน่วยงานของรัฐเป็นแบบอย่างที่ดีในการงดสูบบุหรี่

ระยะดำเนินการ ได้มีการดำเนินการตามแต่ละองค์ประกอบของต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังนี้

1. ระบบสุขภาพ-องค์กรดูแลสุขภาพ (Health System organization) ออกแบบระบบการจัดการดูแลสำหรับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจและการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เน้นความต่อเนื่องของการดูแล วางแผนจำหน่ายแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนโดยเฉพาะรายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน เน้นการกำกับติดตามผลลัพธ์ และการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ถังออกซิเจน อุปกรณ์สายออกซิเจน และยาพ่นขยายหลอดลม โดยความร่วมมือจากท้องถิ่นและชุมชน มีการนำเครื่องมือวัดสมรรถภาพปอด (Spirometry) มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยรายใหม่เพื่อคัดกรองผู้ป่วยและทบทวนการรักษาสำหรับผู้ป่วยรายเก่า เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมโดยการประเมินผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

การพัฒนาระบบส่งต่อ กรณีผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลและเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน มีการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและผู้ดูแล และฟื้นฟูสมรรถภาพการใช้ยาพ่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโดยการสอนข้างเตียงและการจัดทำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วางแผนจำหน่ายแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนโดยเฉพาะรายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน เน้นการกำกับติดตามผลลัพธ์ และการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ถังออกซิเจน อุปกรณ์สายออกซิเจน และยาพ่นขยายหลอดลม เชิญโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อสม.และชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และมีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (NCD clinic, จิตเวช, IPD และ กลุ่มเวชฯ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และชุมชน กรณีผู้ป่วย ER-revisit ในโรงพยาบาล และเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ทีม home health care ลงไปประเมินปัญหาที่บ้าน และวางแนวทางการแก้ปัญหา มีกระบวนการเช่นเดียวกับข้างต้น โดยพูดคุยที่บ้านผู้ป่วย และทีม home health care ลงไปติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่าผู้ป่วยจะสามารถควบคุมโรคได้ (ประมาณ 1-4 ครั้ง แล้วแต่ความรุนแรง) และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลด้านข้อมูลและส่งต่อ ยา อุปกรณ์ เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป พร้อมทั้งส่งผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้กลับไปปรึกษาต่อเรื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เสนอผลการส่งต่อ ได้แก่ ความถี่ในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ ไม่มีอาการกำเริบ (exacerbation) ไม่มีโรคร่วม พื้นที่ห่างไกล มีความจำเป็นเนื่องจากปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ได้พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่โดย การพัฒนาศักยภาพพยาบาลเวชปฏิบัติทุก ๆ ปี ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทัวทั้งเครือข่ายบริการสาธารณสุขอำเภอท่าวังผาใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกัน จัดระบบให้คำปรึกษาพยาบาลวิชาชีพ (Case manager) ทางโทรศัพท์ การใช้ยา และการพ่นยาขยายหลอดลมโดยโรงพยาบาลท่าวังผามีการสนับสนุนการเลือกอุปกรณ์และยา เพื่อลดค่าใช้จ่าย และสนับสนุนด้านอุปกรณ์ในการพ่นยา เนื่องจากปัญหาด้านระยะทาง การขนส่งออกซิเจน ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย มีความเสี่ยงสูง และผู้บริหารเห็นความสำคัญ ส่งผลให้ทาง

เครือข่ายบริการสาธารณสุขอำเภอท่าวังพาเห็นความสำคัญและมีการจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย (oxygen concentrator) การประเมินผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินสภาวะสุขภาพเพื่อการพิจารณาเรื่องการส่งต่อจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และการเยี่ยมบ้าน พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ พัฒนาแนวทางการดูแลด้านจิตใจ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย และส่งเสริมภาวะโภชนาการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาล พัฒนาระบบติดตามเยี่ยมบ้านกรณีผู้ป่วยถูกส่งต่อ ร่วมกับโรงพยาบาลท่าวังพา

1.1 ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System) จัดระบบจัดเก็บข้อมูลทั้งระบบ IT และ การบันทึก ออกแบบบันทึกที่จำเป็น ได้แก่ แบบบันทึกการมารับบริการแบบฉุกเฉิน (ER visited) การเก็บข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ (Re-admitted) แบบบันทึกการพ่นยาขยายหลอดลม แบบบันทึกข้อมูลในการตรวจแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมที่บ้าน เพื่อเป็นข้อมูลย้อนเตือนผู้ปฏิบัติในการบันทึกให้ครบถ้วนเป็นข้อมูลที่สามารถค้นหาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อนเพื่อสนับสนุนวางแผนการดูแลผู้ป่วยในทั้งรายกรณีและการวางแผนในระบบดูแล รวมทั้งเป็นข้อมูลที่รวบรวมเพื่อประเมินผลลัพธ์การดำเนินการ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนสามารถใช้ประโยชน์ร่วมกัน

1.2 สนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) พัฒนา CPG ร่วมกันระหว่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยอ้างอิงแนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ Global COPD¹¹ สมาคมโรคเวชแห่งประเทศไทย¹² และ แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พ.ศ. 2553¹³ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะสงบและอาการกำเริบ (มีการปรับปรุงทุก 1 ปี) การเข้าร่วมระบบดูแลระบบ Easy COPD และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด5 โดยปรับให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลท่าวังพา ประกอบด้วย 3 ระยะ 6 ขั้นตอน ระยะที่ 1 การพบกันครั้งแรก เริ่มดำเนินการขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การรักษา และการดูแลตนเอง ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและจัดการกับอาการของตนเอง ระยะที่ 2 การพบกันครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 1 เดือน เป็นการดำเนินการขั้นตอนที่ 3 การประเมินและ บริหารการหายใจ 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 , มาตรการวัดความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (MMRC), Dyspnea visual analogue scale อัตราการรักษาแบบฉุกเฉิน และ อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

1.3 การออกแบบระบบบริการ/การจัดกระบวนการสุขภาพใหม่ (Delivery System Design/ Re-orient Health Services) จัดบริการให้มีيارองรักษาอย่างเพียงพอที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลสำหรับการรักษาโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง จัดให้มีชุดพ่นยาละอองฝอย และชุดให้ออกซิเจนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ประชาสัมพันธ์ช่องทางการเข้าถึงบริการ การติดตามเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมระหว่างโรงพยาบาลท่าวังพา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและแกนนำชุมชน การพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนให้สามารถดูแลผู้ป่วย

และฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การวางแผนจำหน่ายร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและชุมชน การดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจากโรคเรื้อรังและการอาศัยเพียงลำพัง โดยพยาบาลจิตเวชและชุมชนมีส่วนร่วม การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต ให้ได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นท่ามกลางญาติมิตรและสมาชิกที่ดีศรีความเป็นมนุษย์ ลดความทุกข์ทรมาน ส่งเสริมให้ญาติสามารถเผชิญภาวะสูญเสียได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยความร่วมมือจากโรงพยาบาล ทาวังผาและชุมชน

1.4 การสนับสนุนการตัดสินใจ/พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Self-Management/Develop Personal skill) พัฒนาทักษะให้กับผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชน ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย การรับประทานยา และการฟื้นฟูสุขภาพลดผลกระทบฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การใช้ออกซิเจนระยะยาวที่บ้าน การนำส่งกรณีฉุกเฉินสามารถร้องขอความช่วยเหลือเมื่ออยู่ในภาวะฉุกเฉิน ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลทั้งภาวะสงบ ภาวะกำเริบ และภาวะสุดท้ายของชีวิต

2. การดำเนินการในชุมชน

จากการจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนพบว่าชุมชนไม่ทราบปัญหาว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีปัญหาอะไรบ้าง ต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง ภายหลังจากจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และญาติ เข้าร่วมแลกเปลี่ยน พบว่าปัญหาของผู้ป่วยคือผู้ป่วยยากจนไม่มีค่าเดินทาง ญาติต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางเพื่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาลตามนัดหมาย ไม่มีศักยภาพในการขนถ่ายออกซิเจน ญาติไม่มีศักยภาพในการดูแลด้านอาหาร การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ไม่สามารถจัดการสิ่งกระตุ้นที่รบกวนเช่นการเผาขยะ

ในชุมชน การตากยาสูบ การบ่มยาสูบ การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยมีที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยสภาพแวดล้อมมีฝุ่นละอองมาก มีต้องการความช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดอาการกำเริบ ต้องการบริการใกล้บ้านอยากให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลสำรองยาพ่นและยาที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อยากให้มีถึงออกซิเจนสำรองให้ยืมกรณีมีผู้ป่วยรักษาด้วยออกซิเจนที่บ้าน ชุมชนจึงสามารถระบุปัญหาเพื่อวางแผนการจัดการแก้ไขต่อไปโดยการทำประชาคมในชุมชน

2.1 สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) จากประชาคมในชุมชนเกิดมาตรการการสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชน มีการกำจัดการขยะในชุมชนโดยหลีกเลี่ยงการเผา จัดระบบสุขาภิบาลในการจัดการขยะ เปลี่ยนขยะเป็นปุ๋ย การจัดโซนนิ่งของสถานที่ตากยาสูบ การจัดสรรเวลาในการบ่มยาของโรงบ่ม อบยาใช้ระยะเวลาสั้นที่สุด และใช้เชื้อเพลิงเป็นไฟฟ้าแทนถ่านหินลิกไนต์ จัดสรรงบประมาณด้านการรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน (EMS) จัดบริการขนถ่ายออกซิเจนขององค์การบริหารส่วนตำบล และมีแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในสถานการณ์ฉุกเฉิน บูรณาการร่วมกับโครงการที่มีอยู่ในชุมชน เช่น โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (สนับสนุนโดย สสส.) โครงการโรงเรียนครอบครัวในกลุ่มเยาวชนที่เสี่ยงและครอบครัว มีมาตรการที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ในชุมชน มีการรณรงค์ต้านบุหรี่ในชุมชน จัดทำข้อบัญญัติท้องถิ่น เพื่อจัดสรรงบประมาณลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพด้านบุหรี่

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

ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จัดซื้อเครื่องผลิตออกซิเจน จัดสถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เช่น ศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน (Community Learning Center) จัดสภาพแวดล้อมในบ้านที่เหมาะสม จัดระบบการนำส่งฉุกเฉิน (EMS) องค์การบริหารส่วนตำบล มีส่วนร่วมกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล การขนถ่ายอุปกรณ์ออกซิเจนโดยรถขององค์การบริหารส่วนตำบล เข้มแข็งให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือโดยชมรมผู้สูงอายุ ตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนทำกิจกรรมร่วมกัน การลดสิ่งกระตุ้นอาการกำเริบ เช่น การเผาขยะในชุมชน มีอาสาสมัครช่วยในการกำจัดฝุ่นละอองในบ้านผู้ป่วยที่ชรายากจน ไม่มีผู้ดูแล การจัดสถานที่ตากยาสูบ กำหนดเวลาบ่มยาสูบและปรับเปลี่ยนเชื้อเพลิง 2) กลุ่มผู้สูบบุหรี่ : มีนโยบาย ห้ามสูบบุหรี่ในงานเลี้ยง งานบุญในชุมชน ขอความร่วมมือ งดจำหน่ายบุหรี่ในร้านค้าภายในชุมชน คัดกรองด้วยสไปโรเมทรีซ์ จัดโปรแกรมบำบัดเลิกบุหรี่ในชุมชน เกิดจากการจัดกิจกรรมในชุมชน และใช้เวลาหลังเลิกงานประจำ (โดยเสี่ยงคำว่าคลินิกอดบุหรี่ เปลี่ยนมาใช้เป็นโครงการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่และการติดตามให้กำลังใจโดยคนในชุมชนด้วยกันเอง ยกย่องชื่นชมผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ 3) กลุ่มเยาวชน : พระสงฆ์ สอดแทรกธรรมะทุกครั้งที่เทศนา หรือสอนหนังสือเยาวชน แกนนำชุมชนสอดส่องดูแลสถานที่มั่วสุมของเยาวชน การว่ากล่าวตักเตือน ชักชวนร่วมโครงการโรงเรียนครอบครัว

2.3 เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน (Strengthen Community Action) จัดประชุมร่วมกันพัฒนา ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน และชมรมที่จัดตั้งในชุมชนที่มีความสนใจร่วมกัน พบว่าชุมชนสนับสนุนงบประมาณ มีแผนการจัดซื้อออกซิเจน

สำรองสำหรับการพ่นยาในยามวิกาล การจัดสภาพแวดล้อม สนับสนุนการสร้างอาชีพ ทั้งนี้ผู้นำชุมชนและผู้ดูแลหาแนวทางดูแลร่วมกัน พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการติดตามและดูแลผู้ป่วย ได้ขอความร่วมมือจากหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ บูรณาการกับโครงการด้านสุขภาพที่มีอยู่แล้วในชุมชน ได้แก่ โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และชาวบ้านลงแรงในการดำเนินการด้วยตนเอง

ผลลัพธ์ของการใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังภาคขยายในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

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 ในหมู่บ้านดอนตันและหมู่บ้านแหนตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ในหมู่บ้านดอนตันกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษาในหมู่บ้านแหน ส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพเนื่องจากสูงอายุและรองลงมาคือประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 36.36 และ 29.17 ส่วนใหญ่มีรายได้ของผู้ป่วยในหมู่บ้านดอนตันและหมู่บ้านแหน ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท จากเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ ร้อยละ 58.33 และ 78.79 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน มีรายงานผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ใน ร้อยละ 84.84 และ 87.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการสูบบุหรี่ 21-30 ปี เลิกสูบบุหรี่แล้วร้อยละ 92.86 และ 95.23 มีระดับภาวะซึมเศร้าในหมู่บ้านดอนตันจำนวน 2 ราย ดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะน้ำหนัก

น้อยกว่ามาตรฐานและระดับปกติ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่จำนวน 11-20 มวนต่อวัน มีระยะเวลาในการเลิกบุหรี่นาน มากกว่า 10 ปี และส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ 2

เปรียบเทียบผลการลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ในหมู่บ้านดอนตันและหมู่บ้านแหน พบว่า

1. อาการหายใจลำบาก (MMRC) การรับรู้อาการหายใจลำบาก (DVAS) ระยะทางการเดินบนแนวราบ มาตรฐานใน 6 นาที (6MWT) โดยเดินได้เพิ่มขึ้น 30 เมตร และ 54 เมตร (เดินไกลขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ) เป็นร้อยละ 62.07 และ 20.69 ในหมู่บ้านดอนตัน และ ร้อยละ 60 และ 25 ในหมู่บ้านแหน เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$) สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างสม่ำเสมอจากการกระตุ้นและความร่วมมือของผู้ดูแล ชุมชน และเจ้าหน้าที่รพ.สต. มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ลดสิ่งกระตุ้นไม่ให้เกิดอาการกำเริบ มียารักษาและได้รับการพ่นยาขยายหลอดลมที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน ได้รับการออกซิเจนที่บ้านและได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

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

3. มีระดับความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นอย่างต่อเนื่อง ของกลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยร้อยละ 90.17 และ 91.33 ในหมู่บ้านดอนตันและหมู่บ้านแหนตามลำดับ

ผลการดำเนินการพบว่ามีผู้สูบบุหรี่สมัครใจเข้าโครงการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนหรือคลินิกเลิกบุหรี่ในชุมชน จำนวน 39 คน พบว่าความสำเร็จของการจัดโปรแกรมบำบัดเลิกบุหรี่ในชุมชน เกิดจากการจัดกิจกรรมในชุมชน และใช้เวลาหลังเลิกงานประจำ ผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกบุหรี่จึงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ง่ายกว่าการเดินทางไปเข้ารับการบำบัดที่โรงพยาบาลซึ่งต้องรับบริการในเวลาราชการเท่านั้นและผู้สูบบุหรี่ต้องมีความตั้งใจตนเองที่แน่วแน่เป็นสำคัญ จากการประเมินช่วง 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าส่วนมากสามารถลดปริมาณการสูบลงร้อยละ 43.75 และ 65.22 ที่มีอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จในช่วง 12 เดือน ร้อยละ 31.9

จากผลการดำเนินการที่มีการนำการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการป้องกันการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า นอกจากการจัดระบบบริการตามมาตรฐานในโรงพยาบาลทั่วแล้ว ยังมี การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการจัดซื้อเครื่องผลิตออกซิเจนด้วยกระแสไฟฟ้าเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ให้บริการในการเปลี่ยนถ่ายออกซิเจน และขยายผลทั่วทั้งเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอท่าวังผา ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอท่าวังผา ได้เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตพื้นที่เป็นลำดับต้น ๆ ชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบลได้รับรู้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจนกระทั่งเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมและร่วมสนับสนุนทรัพยากรในการส่งต่อและดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดรถสำหรับนำส่งผู้ป่วยในกรณี

ฉุกเฉินหรือการสนับสนุนการทำแผนจัดซื้อเครื่องสร้างออกซิเจนเพื่อใช้พ่นยาผู้ป่วยในระยะกำเริบ และการสร้างมาตรการป้องกันการสูบบุหรี่ในชุมชน พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในชุมชนภาคขยาย เป็นรูปแบบที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ผลลัพธ์ที่ดี โดยชุมชนสามารถร่วมดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตกับโรคเรื้อรังได้ทุกขั้นตอน

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 (75กลุ่มโรค) จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขรายภาคต่อประชากร 1 แสนคน จำแนกตามเพศและสาเหตุ 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, นภาพร มหายศนันท์, หทัยรัตน์ เวชมนัส. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.น่าน: โรงพยาบาลท่าวังผา; 2549.
7. จุฬารัตน์ สุริยาทัย, สารภี วงศ์สิทธิ์, ศรีมาศ พันธุ์แก้ว, มณีวรรณ วงศ์สุพิศาล. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน. 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 เจียมจรัสรังษี. ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย. ระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2553-2557; 2: 48-56.
10. วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี. 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. สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2548). กรุงเทพฯ: สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย; 2548.
13. คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: ยูเนียนอุลตราไวโอเลตจำกัด; 2553.

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

Jurarat Suriyathai¹ 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

¹Nurse Specialis, Member of the Administrative Committee for Academic Affairs, Advanced Practice Nursing Association (Thailand)