ผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคปอดอินเตอร์สติเชียลที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

ณัฐศาพัชส์ ระไวกลาง*
รัชนี นามจันทรา**
ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคปอดอินเตอร์สติเชียล (Interstitial lung disease: ILD) ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่คลินิกโรคเนื้อเยื่อปอดอักเสบ สถาบันโรคทรวงอก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เวชระเบียนผู้ป่วย ILD ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี ซึ่งมีการติดตามภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 3 ครั้ง คือเมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการครั้งแรก เดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 จำนวน 104 ราย และ 2) ผู้ป่วย ILD ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 60 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย อาการหายใจลำบาก (mMRC) สมรรถภาพปอด (FVC% predicted, DLCO% predicted) และสมรรถภาพทางกาย (6MWD), คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (EQ-5D-5L, EQ VAS) และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Friedman's rank test และ Repeated measures ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับ 1 มากที่สุดทั้ง 3 ครั้ง ค่า mMRC และ FVC% predicted ทั้ง 3 ครั้ง ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แต่ค่า DLCO% predicted ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 6MWD และ EQ-5D-5L ในเดือนที่ 6 และ 12 ดีกว่าครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วน EQ VAS ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่องอยู่ในระดับมากร้อยละ 86.7 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่องและเพิ่มความพึงพอใจในผู้ป่วย ILD ต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง, โรคปอดอินเตอร์สติเชียล, ภาวะสุขภาพ, คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ, ความพึงพอใจ

---

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี 12000 ประเทศไทย

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี 12000 ประเทศไทย

Corresponding author; E-mail: rachanee.n@rsu.ac.th

***คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี 12000 ประเทศไทย

Received: September 11, 2024 / Revised: April 06, 2025 / Accepted: April 15, 2025

Outcomes on health status, health-related quality of life and satisfaction among patients with interstitial lung disease received continuity of care

Nathsapass Rawaiklang*
Rachanee Namjuntra***
Kanitha Hanprasitkam***

Abstract

This descriptive study aimed to examine the outcomes of continuity of care in patients with interstitial lung disease (ILD), including health status, health-related quality of life (HRQOL), and satisfaction. The sample consists of 1) One hundred and four medical records of ILD patients who received continuity of care at Interstitial Lung Disease Clinic, Central Chest Institute of Thailand for 1 year with follow-up of health status and HRQOL for three times: at the first visit, 6 months, and 12 months, and 2) Sixty ILD patients who received continuity of care for at least 1 year. The instruments used for data collection included 1) personal data recording form, 2) medical data recording form, included health status: dyspnea (mMRC), pulmonary function (FVC% predicted, DLCO% predicted), functional ability (6MWD), HRQOL (EQ-5D-5L and EQ-VAS), and 3) satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Friedman's rank test, and Repeated measures ANOVA.

The results revealed that all 3 times, patients mostly had dyspnea in level 1. Three follow-ups over one year showed that patients' mMRC and FVC% predicted were not different ($p > .05$), but DLCO% predicted decreased significantly ($p < .001$). 6MWD and EQ-5D-5L at 6 and 12 months were significantly higher than the first visit ($p < .001$), whereas EQ-VAS scores were not different ($p > .05$). 86.7% of the patients were satisfied with the continuity of care at a high level. The results of this study can be used as information to improve the quality of continuous care and increase satisfaction in ILD patients.

Keywords: Continuity of care, interstitial lung disease, health status, health-related quality of life, satisfaction

---

*The student of the degree of Master of Nursing Science, Rangsit University, Pathum Thani 12000, Thailand
**School of Nursing, Rangsit University, Pathum Thani 12000, Thailand
Corresponding author; E-mail: rachanee.n@rsu.ac.th
***School of Nursing, Rangsit University, Pathum Thani 12000, Thailand

Received: September 11, 2024 / Revised: April 06, 2025 / Accepted: April 15, 2025

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคปอดอินเตอร์สติเชียล (Interstitial lung disease: ILD) ประกอบด้วยกลุ่มโรคย่อย ๆ หรือภาวะต่าง ๆ หลายกลุ่มมากกว่า 200 ชนิด[1] แต่ละชนิดมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค พยาธิสภาพ ลักษณะทางคลินิก การวินิจฉัยโรค และแนวทางการรักษาแตกต่างกัน อุบัติการณ์และความชุกของโรค แตกต่างหลากหลายตามเชื้อชาติ ภูมิภาค และวิธีวิจัยที่ทำการศึกษา[1] อุบัติการณ์ของ ILD อยู่ระหว่าง 1 ถึง 31.5 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และความชุกอยู่ระหว่าง 6.3 ถึง 7.1 ต่อ 100,000 คน อัตราการรอดชีวิตมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.0[2] ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคได้แก่ การติดเชื้อ การอักเสบจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ ความบกพร่องทางพันธุกรรมและระบบภูมิคุ้มกัน และไม่ทราบปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค[1,3] พยาธิสภาพของ ILD เกิดขึ้นบริเวณเนื้อเยื่ออินเตอร์สติเชียลของปอด (Pulmonary interstitium) และเกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบเรื้อรัง ที่ร่างกายไม่สามารถกำจัดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงออกไป ส่งผลให้เกิดกระบวนการซ่อมแซมอย่างต่อเนื่อง เกิดการแพร่กระจายของไฟโบรบลาสต์ และการสร้างคอลลาเจนที่มากกว่าปกติ จนทำให้เนื้อเยื่อปอดกลายเป็นพังผืด (Pulmonary fibrosis) ที่หนาและขาดการยืดหยุ่น การสร้างและแทรกตัวของพังผืดจะทำให้บริเวณเนื้อเยื่อบุผิวของถุงลมมีความผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซ (Diffusion defect) และการขยายตัวของปอดถูกจำกัด (Restrictive defect) เกิดความผิดปกติของระบบหายใจ พยาธิสภาพของเนื้อเยื่อปอดไม่สามารถรักษาให้กลับสู่ภาวะปกติได้[4,5] โรคจะมีความก้าวหน้าและรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ความสามารถในการทำงานของปอดลดลง ส่งผลต่อสมรรถภาพทางกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ (Activities of daily living: ADL) ด้วยตนเองลดลง[6] ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล[7] ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถทำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม และมีผลกระทบอย่างต่อเนื่องต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ[6,7,8] ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาที่ทำให้เนื้อเยื่อพังผืดปอดกลับสู่ภาวะปกติ การดูแลรักษาจึงมุ่งเน้นที่การลดความรุนแรงของโรค ชะลอความก้าวหน้าของโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ครั้งแรกที่ได้รับการวินิจฉัยตลอดจนติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจนวาระสุดท้ายของชีวิต[1,3]

แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ของ Reid, Haggerty & McKendry[9] เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยาวหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงตลอดระยะเวลาของการดูแลรักษา โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีการปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาตามความต้องการและภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบด้วย องค์ประกอบสำคัญได้แก่ ความต่อเนื่องของข้อมูล ความต่อเนื่องของความสัมพันธ์ และความต่อเนื่องของการจัดการ นำมาสู่การดูแลต่อเนื่องที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกัน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลต่อเนื่องสามารถลดอัตราการเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉิน ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[10] และลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[11] ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งในด้าน

ร่างกายและจิตใจ[12] อีกทั้งยังเพิ่มความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[13] การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ การปรับพฤติกรรม การประเมินและฟื้นฟูสภาพของกล้ามเนื้อ ภาวะอารมณ์และจิตใจ การออกกำลังกาย และวางแผนการดูแลตามความเหมาะสมของผู้ป่วยรายบุคคล[14] โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง จะนำไปสู่การดูแลตนเองที่เหมาะสม ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย[7] ช่วยลดอาการหายใจลำบาก เพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย เพิ่มคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง[14,15,16,17,18] อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาผลลัพธ์ที่เน้นการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย ILD

คลินิกโรคเนื้อเยื่อปอดอักเสบ สถาบันโรคทรวงอก มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย ILD อย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพประจำคลินิกฯ ที่มีประสบการณ์ทีมเดิม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และโภชนากร มีการนัดติดตามอาการทุก 6 เดือน ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ จะมีการประเมิน อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด สมรรถภาพทางกาย และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผน ปรับแผนการดูแลรักษา และติดตามผลการดูแลรักษา พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกฯ มีบทบาทสำคัญในการประเมินและติดตามการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประสานงานและส่งต่อข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทีมเดิม เพื่อวางแผนและปรับเปลี่ยนแผนการดูแลผู้ป่วยที่ตรงตามภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง คลินิกโรคเนื้อเยื่อปอดอักเสบได้จัดตั้งขึ้นในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 และได้ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย ILD อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกฯ ซึ่งรับผิดชอบการจัดการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วย จึงมีความสนใจศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลต่อเนื่องต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย ILD เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วย ILD ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วย ILD ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ในระยะเวลา 1 ปี ระหว่างครั้งแรกที่เข้ารับบริการ เดือนที่ 6 และเดือนที่ 12
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วย ILD ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ในระยะเวลา 1 ปี ระหว่างครั้งแรกที่เข้ารับบริการ เดือนที่ 6 และเดือนที่ 12
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย ILD ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะเวลา 1 ปี

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ของ Reid, Haggerty & McKendry[9] ซึ่งเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ประกอบด้วย

1) ความต่อเนื่องของข้อมูล (Informational continuity) เป็นการใช้และการสื่อสารข้อมูลพื้นฐานด้านภาวะสุขภาพที่สำคัญ ข้อมูลทางการแพทย์ รวมถึงข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ค่านิยม บริบททางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล สำหรับให้การดูแลและปรับแผนการดูแลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันและสภาพร่างกายของผู้ป่วย 2) ความต่อเนื่องของความสัมพันธ์ (Relational continuity) เป็นสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การดูแลคนเดียวหรือทีมเดิม ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงความต่อเนื่องของการดูแลที่เป็นปัจจุบัน ส่งเสริมความต่อเนื่องของข้อมูล ส่งเสริมความไว้วางใจและความรู้สึกรับผิดชอบของผู้ให้การดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และ 3) ความต่อเนื่องของการจัดการ (Management continuity) เป็นการจัดการบริการด้านสุขภาพให้มีความสอดคล้องกัน การประสานความร่วมมือระหว่างทีมผู้ให้การดูแลและระหว่างครอบครัวของผู้ป่วย จะทำให้เกิดความต่อเนื่องของการจัดการที่เป็นผลสำเร็จนำมาสู่การวางแผนและปรับแผนการดูแลร่วมกันให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย[9,10] การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย ILD ส่งผลให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น ควบคุมอาการหายใจลำบากได้ คงสมรรถภาพของปอด เพิ่มสมรรถภาพทางกาย เพิ่มคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และรู้สึกพึงพอใจ[11,12,13] (Figure 1)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) ในกลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วย ILD ทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 104 ราย คือมีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยมีการบันทึกข้อมูล ได้แก่ อาการหายใจลำบาก (mMRC) สมรรถภาพปอด (FCV% predicted และ DLCO% predicted) สมรรถภาพทางกาย (6MWD) และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (EQ-5D-5L และ EQ VAS) ครบถ้วนและต่อเนื่อง 3 ครั้งใน ระยะเวลา 1 ปี คือ ครั้งที่ 1 เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการครั้งแรกที่คลินิกฯ ครั้งที่ 2 ในเดือนที่ 6 และ ครั้งที่ 3 ในเดือนที่ 12 และใช้รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ILD ทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 60 ราย ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในปัจจุบันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี สามารถสื่อสาร อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินสมรรถภาพสมอง โดยใช้แบบประเมิน Mini-cog[19] ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน สมัครใจ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

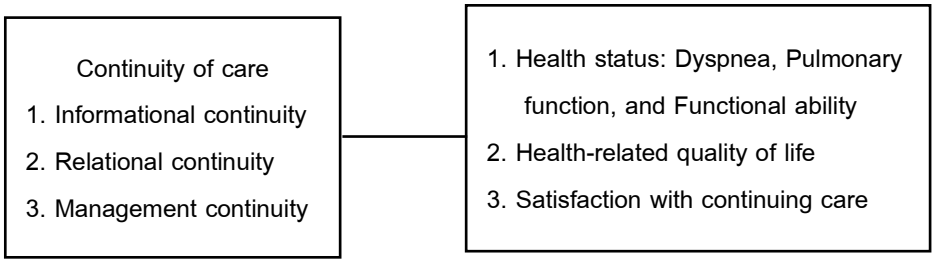


Figure 1 Research Conceptual Framework

โดยเกณฑ์ในการคัดออก กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหายใจลำบาก มีค่า mMRC ระดับ 4 หรือมีสมรรถภาพทางกายไม่พร้อมให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2. แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย

2.1 ภาวะสุขภาพ ได้แก่

1) อาการหายใจลำบาก คือ การรับรู้ความรู้สึกเหนื่อย ประเมินโดย Modified medical research council dyspnea scale (mMRC)[6,15] แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 0 คือ ไม่มีอาการหายใจลำบาก ระดับ 1 คือ มีอาการหายใจลำบากเมื่อเดินเร็วหรือขึ้นทางชัน ระดับ 2 คือ เดินได้น้อยกว่าคนในวัยเดียวกัน เนื่องจากอาการหายใจลำบาก ระดับ 3 คือ หายใจลำบากหลังจากเดินได้ระยะทางประมาณ 100 เมตร ระดับ 4 คือ หายใจลำบากขณะอยู่บ้านหรือขณะสวมเสื้อผ้า

2) ผลการตรวจสมรรถภาพปอด ได้แก่ FVC% predicted ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการขยายตัวของปอด และ DLCO% predicted ที่แสดงถึงความสามารถในการซึมผ่านของก๊าซในปอด[20]

3) ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย (6-Minute Walk Distance: 6MWD) คือ ระยะทางที่ผู้ป่วยเดินได้ทั้งหมดในเวลา 6 นาที บนพื้นราบที่กำหนด แสดงถึงความสามารถของร่างกายในการออกกำลังกาย โดยให้ผู้ป่วยเดินเร็วตามกำลังของตนเอง[14,15,18]

2.2 คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือ ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเองวัดจากแบบสอบถาม EQ-5D-5L[21] เป็นคำถามด้านสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว (Mobility) การดูแลตนเอง (Self-care) กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (Usual activities) อาการปวด/อาการไม่สุขสบาย (Pain/Discomfort) และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (Anxiety/Depression) มาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 โดย 1 คะแนนหมายถึง ไม่มีปัญหา และ 5 คะแนนหมายถึง มีปัญหามากที่สุด คะแนนรวมทั้งหมด 25 คะแนน ผลรวมของคะแนนยิ่งน้อย หมายถึง คุณภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดี และแบบสอบถาม EQ VAS[21] เป็นมาตรส่วนแบบอะนาล็อกในแนวตั้ง มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุด และ 100 หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่องผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง[9] มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วย ความต่อเนื่องของข้อมูล 4 ข้อ ความต่อเนื่องของความสัมพันธ์ 3 ข้อ และความต่อเนื่องของการจัดการ 3 ข้อ โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท 6 ระดับ จากคะแนน 0-5 โดย 5 คะแนนหมายถึง พึงพอใจมากที่สุดและ 0 คะแนนหมายถึง ไม่พึงพอใจ และแบ่งระดับความพึงพอใจ ดังนี้ มากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย และมีข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อการดูแลต่อเนื่องของคลินิกฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านโรคปอด อาจารย์พยาบาลมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง และพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ILD แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่อง ได้

ผ่านการตรวจสอบความตรง โดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกันและคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และนำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่องไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 ราย นำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต และสถาบันโรคทรวงอกตามรหัสหนังสือรับรอง RSUERB22022-110 และ REC 011/2566 ตามลำดับ เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก กลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วย ILD ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและบันทึกข้อมูลเฉพาะที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยเท่านั้น ชื่อผู้ป่วยบันทึกโดยใช้รหัสแทน สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ILD ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของคลินิกฯ ที่ไม่ได้มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เป็นผู้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวมรวมข้อมูล ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ และให้เวลาผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานเวชระเบียนและหัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดและขั้นตอนของการวิจัย โดยการเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วย ILD ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง และ 2. ข้อมูลความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ILD ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 ท่าน โดยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจชัดเจนถึงวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย และมีการฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจตรงกันในกระบวนการเก็บข้อมูล รวมถึงการใช้เครื่องมือแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจการตอบแบบสอบถามแต่ละข้อคำถาม และลดความเสี่ยงอคติที่เกิดขึ้นในกระบวนการเก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกฯ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 5-10 นาที ซึ่งช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูลทั้งหมดอยู่ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล mMRC, FVC% predicted, DLCO% predicted, 6MWD, EQ-5D-5L, EQ VAS และข้อมูลความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่อง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์

2. เปรียบเทียบข้อมูล mMRC, DLCO% predicted, EQ-5D-5L และ EQ VAS แต่ละช่วงเวลาด้วย Friedman's rank test เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

3. เปรียบเทียบข้อมูล FVC% predicted และ 6MWD แต่ละช่วงเวลาด้วย Repeated Measures ANOVA เนื่องจากการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วย ILD ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.8 มีอายุเฉลี่ย 64 ปี (SD 12.1) กลุ่มอายุ 60-79 ปี มากที่สุดร้อยละ 57.7 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 34.6 ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุดร้อยละ 26.0 ใช้สิทธิการรักษาต้นสังกัด/รัฐวิสาหกิจมากที่สุดร้อยละ 53.8 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 67.3 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 62.5 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ILD ชนิดโรคพังผืดปอดชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Idiopathic Pulmonary Fibrosis: IPF) มากที่สุดร้อยละ 40.4 คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ILD ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 60 ปี (SD 11.7) พบกลุ่มอายุ 60-79 ปี มากที่สุดร้อยละ 70.0 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีและมัธยมศึกษามากที่สุดจำนวนเท่ากันร้อยละ 35.0 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุดร้อยละ 31.7 ใช้สิทธิการรักษาต้นสังกัด/รัฐวิสาหกิจมากที่สุดร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 75.0 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 63.3 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ILD ชนิดโรคพังผืดปอดชนิดไม่ทราบสาเหตุ (IPF) มากที่สุดร้อยละ 38.3

การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ป่วย 3 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี คือ ครั้งที่ 1 เมื่อเข้ารับบริการครั้งแรกที่คลินิกฯ ครั้งที่ 2 เดือนที่ 6 และครั้งที่ 3 เดือนที่ 12 พบว่า ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก (mMRC) อยู่ในระดับ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 55.8, 54.8, 52.9 ตามลำดับ) (Table 1) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับอาการหายใจลำบากด้วยสถิติ Friedman's rank test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (Table 2)

การเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย 3 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี ด้วยสถิติ Friedman's rank test พบว่า ค่า FVC% predicted ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (Table 3) ส่วนค่า DLCO% predicted พบว่า มีแนวโน้มลดลงตามช่วงเวลาอย่างต่อเนื่อง และมีอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Table 4) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่า DLCO% predicted ในการวัดแต่ละครั้งเป็นรายคู่ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test พบว่า ค่า DLCO% predicted ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกคู่ระหว่างครั้งที่ 1 (เข้ารับบริการครั้งแรกที่ที่คลินิกฯ) กับครั้งที่ 2 (เดือนที่ 6), ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 (เดือนที่ 12) และครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 ($p < .001$)

การเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายจากการวัดระยะทางเดินบนพื้นราบ 6 นาที (6MWD) 3 ครั้ง ในระยะ 1 ปี ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA พบว่า มีอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Table 3) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 6MWD ในการวัดแต่ละครั้งเป็นรายคู่ ด้วยสถิติ Bonferroni test พบว่า ค่าเฉลี่ย 6MWD ในทุกคู่ ระหว่างครั้งที่ 1 (เข้ารับบริการครั้งแรกที่ที่คลินิกฯ) กับครั้งที่ 2 (เดือนที่ 6) และครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 (เดือนที่ 12) และครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ย 6MWD ครั้งที่ 2 มากกว่าครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 มากกว่าครั้งที่ 2

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จากการประเมินด้วยแบบสอบถาม EQ-5D-5L 3 ครั้ง ในระยะ 1 ปี ด้วยสถิติ Friedman's rank test พบว่ามีอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Table 4) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ EQ-5D-5L ในการวัดแต่ละครั้งเป็นรายคู่ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test พบว่า คะแนน EQ-5D-5L ทุกคู่ ระหว่างครั้งที่ 1 (เข้ารับบริการครั้งแรกที่ที่คลินิกฯ) กับครั้งที่ 2 (เดือนที่ 6) และครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 (เดือนที่ 12) และครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนน EQ-5D-5L ครั้งที่ 3 น้อยกว่าครั้งที่ 2 และครั้งที่ 2 น้อยกว่าครั้งที่ 1 ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ส่วนความรู้สึกที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง (EQ VAS) พบว่า ในการติดตาม 3 ครั้งในระยะ 1 ปี ไม่แตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (Table 4)

ความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่องโดยรวมในระดับมากร้อยละ 86.7 ความพึงพอใจด้านความต่อเนื่องของข้อมูล ความต่อเนื่องของความสัมพันธ์ และความต่อเนื่องด้านการจัดการ มีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 75.0, 90.0 และ 86.7 ตามลำดับ ข้อมูลที่ได้จากคำถามปลายเปิด สรุปได้ดังนี้ ด้านความต่อเนื่องของข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า บุคลากรซักถามอาการของผู้ป่วยโดยละเอียด และรับทราบอาการของผู้ป่วยเป็นอย่างดี มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตนอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย และตอบข้อซักถามของผู้ป่วยได้ตรงประเด็นชัดเจน ความต่อเนื่องของความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า บุคลากรมีจรรยาบรรณในวิชาชีพ ห่วงใย เอาใจใส่ รับฟังความรู้สึกของผู้ป่วย อัธยาศัยดี ยิ้มแย้ม แจ่มใส เป็นกันเอง เป็นมิตรกับผู้ป่วย พูดจาไพเราะ น้ำเสียงสุภาพ ไม่หงุดหงิด ยินดีให้บริการ และพร้อมให้การช่วยเหลือผู้ป่วยดีมาก และความต่อเนื่องของการจัดการ มีการบริการเป็นระบบ สะดวกรวดเร็ว มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่รวดเร็ว มีการติดตามผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล และให้ความช่วยเหลือเวลาผู้ป่วยมีปัญหาด้านภาวะสุขภาพ

Table 1 Frequency and percentage of patients with ILD in each level of dyspnea (mMRC) at each time of assessment (n=104)

Level of dyspnea	Initial assessment	6 months later	12 months later
	n (%)	n (%)	n (%)
mMRC Level 0	8 (7.7)	9 (8.6)	9 (8.7)
mMRC Level 1	58 (55.8)	57 (54.8)	55 (52.9)
mMRC Level 2	31 (29.8)	27 (26.0)	28 (26.9)
mMRC Level 3	6 (5.8)	11 (10.6)	12 (11.5)
mMRC Level 4	1 (0.9)	-	-

1^{st} = Initial assessment, 2^{nd} = 6 months later, 3^{rd} = 12 months later

Table 2 Compare mMRC score among the 1st, 2nd and 3rd assessment using Friedman's rank test (n=104)

Dyspnea (mMRC)	Min-Max	Median	IQR	Statistic	*p-value*
Initial assessment	0-4	1	1	χ^2 = .750	.687
6 months later	0-3	1	1		
12 months later	0-3	1	1		

1st = Initial assessment, 2nd = 6 months later, 3rd = 12 months later

Table 3 Compare FVC% predicted and DLCO% predicted of patients with ILD among the 1st, 2nd and 3rd assessment using Repeated Measures ANOVA (n=104)

Data	Min-Max	$\bar{X} \pm$ SD	Statistic	*P-value*
1st FVC% predicted	36-77	58.7±9.3	F=3.141	.061
2nd FVC% predicted	28-78	57.2±10.4		
3rd FVC% predicted	15-79	56.9+12.9		
1st 6MWD	100-603	334.3±120.1	F=97.57	< .001
2nd 6MWD	110-610	368.1±111.1		
3rd 6MWD	125-615	392.0±112.0		

1st = Initial assessment, 2nd = 6 months later, 3rd = 12 months later

Table 4 DLCO% predicted, EQ-5D-5L, and EQ VAS of patients with ILD among the 1st, 2nd and 3rd assessment using Friedman's rank test (n=104)

Data	Min-Max	Median	IQR	Statistic	*P-value*
1st DLCO% predicted	17-44	48	26.5	χ^2 = 16.30	< .001
2nd DLCO% predicted	12-48	46	30.6		
3rd DLCO% predicted	10-48	43	25.6		
1st EQ-5D-5L	5-19	19	3.0	χ^2 = 127.96	< .001
2nd EQ-5D-5L	5-17	24	2.0		
3rd EQ-5D-5L	5-15	24	3.0		
1st EQ VAS	30-100	70	20.0	χ^2 = .430	.807
2nd EQ VAS	30-100	70	10.0		
3rd EQ VAS	30-100	70.0	10.0		

1st = Initial assessment, 2nd = 6 months later, 3rd = 12 months later

การอภิปรายผล

จากการติดตามดูแลผู้ป่วย ILD อย่างต่อเนื่องในระยะ 1 ปี โดยมีการประเมินผู้ป่วย 3 ครั้ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการหายใจลำบากในระดับ 1 คือ มีอาการหายใจลำบากเมื่อเดินเร็ว ๆ หรือขณะขึ้นทางชันมากที่สุดทั้ง 3 ครั้ง และไม่แตกต่างกัน (p >.05) ตลอดจนมีค่า FVC% predicted ในแต่ละครั้งไม่แตกต่างกัน (p >.05) แสดงว่าการดูแลต่อเนื่องช่วยคงความสามารถในการทำงานของปอด ชะลอความก้าวหน้าของโรคได้ในระยะเวลา 1 ปี ในขณะที่รายงานการศึกษาของ Raghu และคณะ[1] ที่ติดตามความก้าวหน้าของ ILD ในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี พบว่า ค่า FVC% predicted ลดลงจากค่าพื้นฐานเดิมของผู้ป่วยร้อยละ 5.0-10.0 และร้อยละ 10.0 ตามลำดับ อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องทั้ง 3 ด้านตามกรอบแนวคิดการวิจัย คือการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทีมเดิมตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกโรคเนื้อเยื่อปอดอักเสบ การร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัววางแผนการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับชนิดของโรคที่ได้รับการวินิจฉัย มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและออกแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยรายบุคคล มีการจัดการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการหายใจลำบาก และคงความสามารถของปอดในการขยายตัวได้ในระยะเวลา 1 ปี สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วย ILD ที่ประกอบด้วยการให้ความรู้ และการออกกำลังกาย โดยคำนึงถึงภาวะสุขภาพออกแบบให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นำไปสู่การดูแลตนเองต่อเนื่องช่วยลดหรือควบคุมอาการของโรค คงสมรรถภาพการทำงานของปอด และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ[14,15,16]

ส่วนค่า DLCO% predicted ในระยะ 1 ปี พบว่ามีค่าลดลงตามระยะเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีค่า DLCO% predicted ตั้งแต่เริ่มต้นต่ำ (ค่า <40%) แสดงถึงการมีพังผืดของเนื้อเยื่อปอดมาก การแลกเปลี่ยนก๊าซที่ถุงลมปอดไม่ดี[20] และกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคพังผืดปอดชนิดไม่ทราบสาเหตุ (IPF) ประมาณร้อยละ 40.0 ซึ่งเป็นชนิดที่มีลักษณะการลุกลามของพังผืดในเนื้อเยื่อปอดที่เพิ่มขึ้นรวดเร็ว มีผลทำให้ความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนลดลงมาก[1,4,5] ค่า DLCO% predicted จึงลดลงอย่างมีนัยสำคัญในในระยะ 1 ปี การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของ DLCO% predicted พื้นฐานเดิม 48 (IQR=26.5) ที่ระยะ 6 เดือน และ 1 ปี มีค่ามัธยฐานของ DLCO% predicted 46 (IQR=30.6) และ 43 (IQR=25.6) ตามลำดับ คิดเป็นอัตราการลดลงร้อยละ 4.2 และ 10.4 ตามลำดับ อัตราการลดลงของการทำงานของปอดในการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าการศึกษาที่ติดตามความก้าวหน้าของ ILD ในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี ที่พบว่า ความสามารถในการทำงานของปอดลดลง จากค่า DLCO% predicted พื้นฐานเดิมของผู้ป่วยร้อยละ 10.0-15.0 และมากกว่าร้อยละ 15.0 ตามลำดับ[1,4,5]

สมรรถภาพทางกายของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยการวัดระยะทางเดินบนพื้นราบ 6 นาที (6MWD) จำนวน 3 ครั้ง ในระยะ 1 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 6MWD เพิ่มขึ้นและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) อภิปรายได้ว่าการดูแลต่อเนื่องที่ผู้ป่วยได้รับ มีการวางแผนการดูแล การฝึกการออกกำลังกาย และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้สามารถคงสมรรถภาพในการขยายตัวของปอด

(FVC% predicted) และมีอาการหายใจลำบาก (mMRC) คงที่ในระยะ 1 ปี ตลอดจนช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้สมรรถภาพทางกายจากการวัดระยะทางเดินบนพื้นราบ 6 นาที (6MWD) ดีขึ้น[14,15,16,17,18]

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม EQ-5D-5L 3 ครั้ง ในระยะ 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนน EQ-5D-5L ลดลงและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี สามารถอธิบายได้ว่า การดูแลต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันมากขึ้น ช่วยลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า[7] ทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วย[8] สอดคล้องกับการการศึกษาที่พบว่า การดูแลต่อเนื่อง โดยมีความต่อเนื่องของข้อมูล ความต่อเนื่องของความสัมพันธ์ และความต่อเนื่องของการจัดการ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย[10,13] ส่วนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ประเมินโดย EQ VAS 3 ครั้ง ในระยะ 1 ปี พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพของตนเองคงที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า อาการหายใจลำบาก (mMRC) และสมรรถภาพปอดที่ค่า FVC% predicted ในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี ไม่แตกต่างจากค่าพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย

ความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมาก ต่อความต่อเนื่องของข้อมูล ความต่อเนื่องของความสัมพันธ์ ความต่อเนื่องของการจัดการ และความต่อเนื่องของการดูแลต่อเนื่องโดยรวม สามารถอภิปรายได้ว่า การดูแลต่อเนื่องในคลินิกฯ ที่มุ่งเน้นการดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการปรับแผนการดูแลอย่างยืดหยุ่น โดยการใช้ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้จากการดูแลที่ผ่านมาอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลในปัจจุบันและอนาคต ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ครบถ้วนและต่อเนื่อง เกิดความสัมพันธ์ระยะยาวระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย ซึ่งสร้างความไว้วางใจและความเข้าใจในสภาพปัญหาของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง ในคลินิกฯ มีการดูแลโดยแพทย์ พยาบาล และทีมดูแลสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเดิมอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้เกิดความผูกพัน ลดความรู้สึกแปลกหน้า และเพิ่มความมั่นใจในการรับบริการ เป็นการประสานแผนการดูแลที่สอดคล้องกันอย่างสม่ำเสมอและมีความเชื่อมโยงกัน ทั้งจากมุมมองของผู้ป่วยและจากภาพรวมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องแม้ผู้ป่วยจะมีความต้องการที่เปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพ

การดูแลต่อเนื่องในคลินิกโรคเนื้อเยื่อปอดอักเสบ สถาบันโรคทรวงอก ที่มีการประเมินทั้งด้านภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ นำมาสู่การวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพทีมเดิม ส่งเสริมให้เกิดการดูแลต่อเนื่องทั้งด้านความต่อเนื่องของข้อมูล ความต่อเนื่องของความสัมพันธ์ และความต่อเนื่องของการจัดการ นำสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยในการคงภาวะสุขภาพ เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการในคลินิกฯ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิผลของการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบว่า การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีความต่อเนื่องของข้อมูล

ความต่อเนื่องของความสัมพันธ์ และความต่อเนื่องของการจัดการ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพิ่มคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อการดูแลต่อเนื่องที่ได้รับ[10,13]

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลควรให้บริการการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วย ILD โดยมีการติดตามผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ป่วย เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ในด้านการเก็บข้อมูลที่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียน ซึ่งอาจเกิดปัญหาความตรงของข้อมูล ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาที่มีการติดตามไปข้างหน้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรง และผลการวิจัยที่ชัดเจนมากขึ้น และควรศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลต่อเนื่องในประเด็นอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น อาการกำเริบเฉียบพลัน การเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น

References

1. Raghu G, Remy JM, Richeldi L, Thomson CC, Inoue Y, Johkoh T, et al. Idiopathic Pulmonary Fibrosis (an Update) and Progressive Pulmonary Fibrosis in Adults: An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2022;205(9):e18-e47. doi:10.1164/rccm.202202- 0399ST
2. Kaul B, Cottin V, Collard HR, Valenzuela C. Variability in global prevalence of interstitial lung disease. Front Med (Lausanne). 2021;8:751181. Published 2021 Nov 4. doi:10.3389/fmed.2021.751181
3. Raghu G, Remy JM, Myers LJ, Richeldi L, Ryerson JC, Lederer JD, et al. Diagnosis of Idiopathic Pulmonary Fibrosis: an official ARS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2018, 198(5): e44-e68. doi:10.1164/rccm.201807-1255ST
4. Cottin V. Treatment of progressive fibrosing interstitial lung diseases: a milestone in the management of interstitial lung diseases. Eur Respir Rev. 2019;28(153):190109. Published 2019 Oct 1. doi:10.1183/16000617.0109-2019
5. Wong AW, Ryerson CJ, Guler SA. Progression of fibrosing interstitial lung disease. *Respir Res*. 2020;21(1):32. Published 2020 Jan 29. doi:10.1186/s12931-020-1296-3
6. Aronson IK, Danoff KS, Russell A, Ryerson JC, Suzuki A, Wijsenbeek SM, et al. Patient-centered Outcomes Research in Interstitial Lung Disease: An Official American Thoracic Society Research Statement [published correction appears in Am J Respir Crit Care Med. 2021 Sep 1;204(5):616. doi: 10.1164/rccm.v204erratum1a.]. Am J Respir Crit Care Med. 2021;204(2):e3-e23. doi:10.1164/rccm.202105-1193ST
7. Tzouvelekis A, Karampitsakos T, Kourtidou S, Bouros E, Tzilas V, Katsaras M, et al. Impact of Depression on Patients with Idiopathic Pulmonary

Fibrosis. Front Med (Lausanne). 2020 Feb 7;7:29. doi: 10.3389/fmed.2020.00029.

8. Cox AI, Arriagada BN, Graaff B, Corte JT, Glaspole I, Lartey S, et al. Health-related quality of life of patients with idiopathic pulmonary fibrosis: a systematic review and meta-analysis. Eur Respir Rev. 2020 Nov 5;29(158):200154. doi: 10.1183/16000617.0154-2020.
9. Reid R, Haggerty J. McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Final Report. Canadian Health Service Research Foundation, Ottawa; 2002.
10. Hu J, Wang Y, Li X. Continuity of care in chronic diseases: a concept analysis by literature review. J Korean Acad Nurs. 2020 Aug;50(4):513-22. doi: 10.4040/jkan.20079.
11. Swanson JO, Vogt V, Sundmacher L, Hagen TP, Moger TA. Continuity of care and its effect on readmissions for COPD patients: a comparative study of Norway and Germany. Health Policy. 2018;122(7):737-45. doi:10.1016/j.healthpol.2018.05.013
12. Chan SK, Wan YE, Chin YW, Cheng HW, Ho KM, Yu YE, et al. Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/or hypertension: a systematic review. BMC Fam Pract. 2021;22(1):145. Published 2021 Jul 3. doi:10.1186/s12875-021-01493-x
13. Davis KM, Eckert MC, Hutchinson A, Harmon J, Sharplin G, Shakib S, et al. Effectiveness of nurse-led services for people with chronic disease in achieving an outcome of continuity of care at the primary-secondary healthcare interface: a quantitative systematic review. Int J Nurs Stud. 2021 Sep;121:103986. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103986.
14. Rochester LC, Alison AJ, Carlin B, Jenkins RA, Cox SN, Bauldoff G, et al. Pulmonary rehabilitation for adults with chronic respiratory disease: an official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2023 Aug 15;208(4): e7-e26. doi: 10.1164/rccm.202306-1066ST.
15. Dowman ML, McDonald FC, Hill JC, Lee LA, Barker K, Boote C, et al. The evidence of benefits of exercise training in interstitial lung disease: a randomised controlled trial. Thorax. 2017 Jul;72(7):610-619. doi: 10.1136/thoraxjnl-2016-208638.
16. Hanada M, Kasawara K, Mathur S, Rozenberg D, Kozu R, Hassan SA, et al. Aerobic and breathing exercises improve dyspnea, exercise capacity and quality of life in idiopathic pulmonary fibrosis patients: systematic review and meta-analysis. J Thorac Dis. 2020 Mar;12(3):1041-55. doi: 10.21037/jtd.2019.12.27.
17. Perez-Bogerd S, Wuyts W, Barbier V, Demeyer H, Muylem A, Jansstens W, et al. Short and long-term effects of pulmonary rehabilitation in interstitial lung diseases: a randomised controlled trial. Respir Res. 2018 Sep 20;19(1):182. doi: 10.1186/s12931-018-0884-y.
18. Kozu R, Shingai K, Hanada M, Oikawa M, Nagura H, Ito H, et al. Respiratory impairment, limited activity, and pulmonary rehabilitation in patients with interstitial lung disease. Phys Ther Res. 2021 Apr 1;24(1):9-16. doi: 10.1298/ptr. R0012.

19. Pichaya K, Daochompu N. A validity study of the Mini-Cog test in Thai dementia patients. Rama Med J. 2012. 35:264-71. (in Thai)
20. Pellegrino R, Viegi G, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates A, et al. Interpretative strategies for lung function tests. Eur Respir J. 2005 Nov;26(5):948-68. doi: 10.1183/09031936.05.00035205.
21. Pattanaphesaj J, Thavorncharoensap M, Ramos-Goñi JM, Tongsiri S, Ingsrisawang L, Teerawattananon Y. The EQ-5D-5L Valuation study in Thailand. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2018 Oct;18(5):551-58. doi: 10.1080/14737167.2018.1494574.