

อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน
ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลอ่างทอง
Incidence and Risk Factors Associated with Readmission within 28 Days
of COPD Patients at Ang Thong Hospital

อุษา เอี่ยมละออ, เยาวเรศ สายสว่าง, ปิยะลักษณ์ ฉายสุวรรณ และอารีย์ โกพัฒน์กิจ
Usa Iamlaor, Yaowares Saisawang, Piyaluck Chaisuwan and Aree Kopattanakit

โรงพยาบาลอ่างทอง
Ang Thong Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอ่างทอง ปี 2557-2559 วัตถุประสงค์การวิจัยได้แก่ (1) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลอ่างทอง (2) เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลอ่างทอง ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่นอนรักษาในโรงพยาบาลอ่างทอง จำนวน 516 ราย เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จำนวนปีที่เลิกบุหรี่ ชนิดของ COPD โรคร่วม ค่ารักษาพยาบาลในแต่ละครั้ง ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ chi square และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันในผู้ป่วย COPD โรงพยาบาลอ่างทอง ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันในผู้ป่วย COPD ร้อยละ 23.8 การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันในผู้ป่วย COPD โรงพยาบาลอ่างทองมีความสัมพันธ์กับเพศ (OR = 5.78) อายุ (OR = 1.47) สถานภาพสมรส (OR = 2.13) จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (OR = 1.46) $p < 0.001$ และมีความสัมพันธ์กับอาชีพ (OR = 1.61) ชนิดของ COPD (OR = 0.77) อาชีพ (RR = 1.61) จำนวนปีที่เลิกบุหรี่ (OR = 1.76) ผลการวิจัยสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย COPD ที่คลินิก COPD หอผู้ป่วย และแผนกฉุกเฉินและนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพประชากรเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่

คำสำคัญ: การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ปัจจัยเสี่ยง

Abstract

A Cross-sectional study about readmission within 28 days of COPD patients was conducted at Ang Thong hospital during 2014- 2016. The objective of study were incidence to readmission in COPD patients at Ang Thong hospital and factors related to readmission in COPD patients Sample are 516 COPD patients admitted at Ang Thong hospital . Instrument used in this research were demographic questionnaire including age, gender, material status, number of cigarettes per day, number of year

quit -smoking, type of COPD, comorbidity medical expense, and length of stay .Data were collected by using medical records. Chi-square and multiple logistic regression were used. The resulted indicate that the incidence of readmission in COPD patients at Ang Thong hospital was 23.8%. Factors significantly related to readmission in COPD were gender (OR = 5.78) age (OR = 1.47) status (OR = 2.13) occupation (OR = 1.61) number of year to quit smoking (OR = 1.76) $p < 0.001$, Type of COPD (OR = 0.69), number of cigarettes per day (OR = 1.46) were also significantly related to readmission in COPD ($p < 0.05$). Research results can be used to improve COPD care for COPD clinic ward ER patients and to promote health promoting smoking and cessation.

Keywords: readmission, chronic obstructive pulmonary disease, factors associated



บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นสาเหตุหนึ่งของความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และเป็นสาเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาห้องฉุกเฉิน เมื่อมีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันอาจต้องพึ่งทรัพยากรเพื่อการรักษาเช่นการใช้เครื่องช่วยหายใจ การส่งต่อ การใช้ยาปฏิชีวนะ เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในทางเดินหายใจและโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลงเมื่อเจ็บป่วยระยะยาวและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้จนเสียชีวิต จากข้อมูลการเสียชีวิตของคนไทย โดยองค์การอนามัยโลกพบว่าโรกระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ในหลายปีที่ผ่านมา และพบว่าอัตราตายด้วยโรคทางเดินหายใจส่วนล่างนั้นมีสาเหตุหลักเกิดจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ามีอุบัติการณ์การตายเป็นอันดับที่ 6 ของโลก และพยากรณ์ว่าจะมีอัตราตายเป็นอันดับที่ 3 ในปี พ.ศ.2563 (World health organization, 2007) เป้าหมายการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อาการน้อยลง สมรรถภาพปอดดีขึ้น ป้องกันการกำเริบของโรค และป้องกันการเสียชีวิต หลักการดูแลรักษาที่สำคัญคือ การป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดการติดเชื้อซ้ำ การดูแลให้มีการระบายเสมหะ

อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะหากมีการค้างคั่งของเสมหะจะทำให้ขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน ทำให้ระบบหายใจล้มเหลวต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ หรืออาจเสียชีวิตได้

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาสูงเป็นอันดับ 5 ในแผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยโรคนี้มักมีอาการกำเริบของโรคบ่อย มีอัตราการใช้เครื่องช่วยหายใจสูงระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนาน การกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในที่มาเข้ารับการรักษาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี 2559 จำนวน 3,873,330 บาท ต่อผู้ป่วยที่มารักษาทั้งหมด (Ang Thong Hospital, 2016)

สำหรับประเทศไทย พบว่าร้อยละ 5 ของประชากรไทยอายุเกิน 30 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลอ่างทอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลอ่างทอง

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือ Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม การสัมผัสกับสิ่งกระตุ้น การอักเสบของถุงลมปอด เช่นหมอกควัน ฝุ่นละออง หรือควันบุหรี่ (Spurzem & Rennard, 2005) งานวิจัยในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่า COPD มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น (Graat-Verboom et al., 2009) โดยในปัจจุบันมีตัวชี้วัดที่สำคัญคือการรับไว้ในโรงพยาบาลซ้ำหรือการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน (readmission)

ปัจจุบันโรค COPD เป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลอ่างทอง ในปี 2559 โรงพยาบาลในจังหวัดอ่างทอง พบว่าจำนวนครั้งของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1,059 ครั้ง และอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัดอ่างทองจำนวน 445.03 ครั้งต่อแสนประชากร สำหรับโรงพยาบาลอ่างทอง พบว่าจำนวนครั้งของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี 2559 จำนวน 280 ครั้ง และอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดอ่างทอง 603.87 ครั้งต่อแสนประชากร ซึ่งมีอัตราที่สูงกว่าเป้าคือ < 130/แสนประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป สัดส่วนของผู้ป่วยโรคนี้

ต่อแพทย์และพยาบาลของแผนกอายุรกรรมไม่สมดุลกัน ส่งผลให้การดูแลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความท้อแท้ และเบื่อหน่ายในการดำรงชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลอ่างทอง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบในการจัดการดูแลรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ปัจจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จำนวนปีที่เลิกบุหรี่

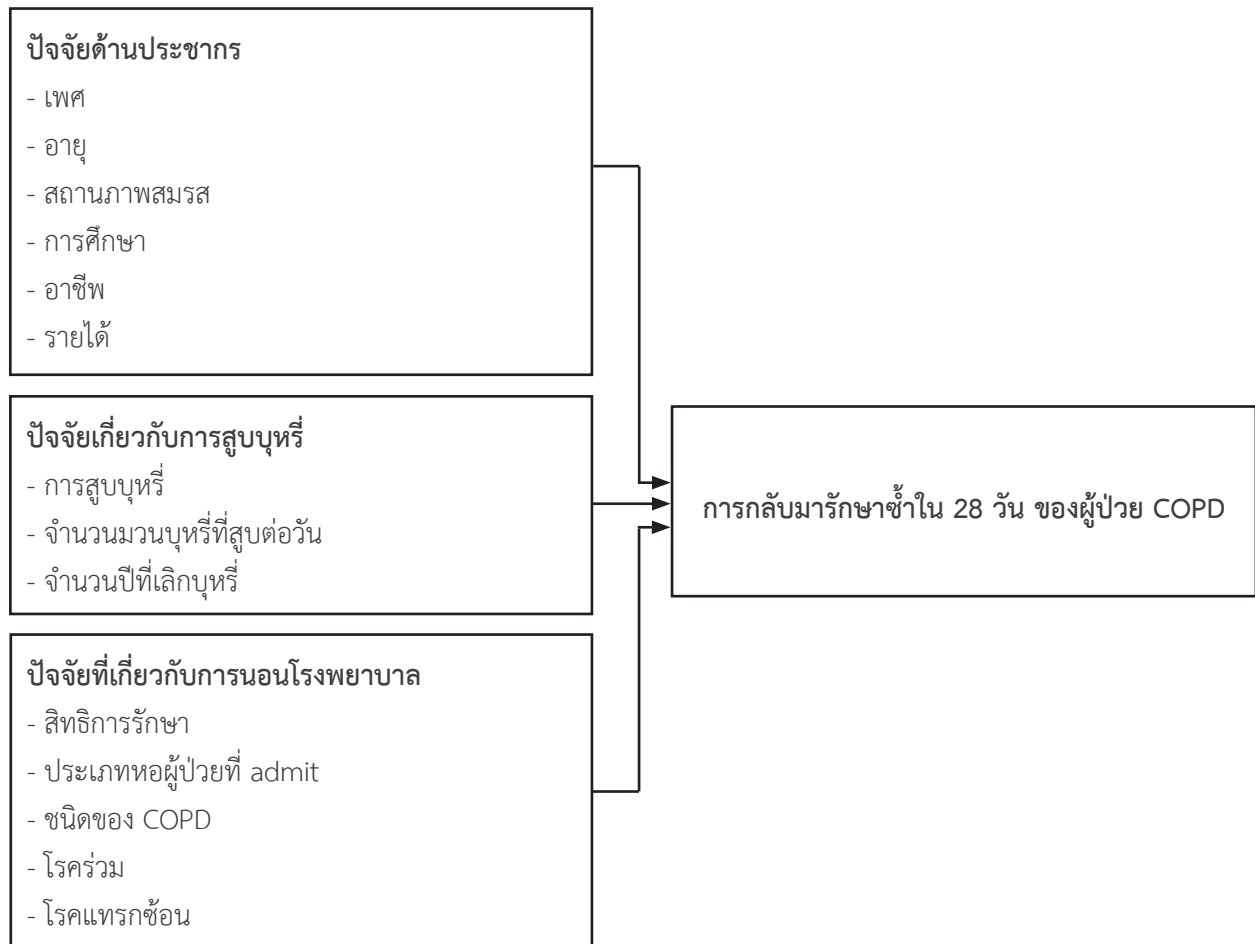
นิยามเชิงปฏิบัติการ

การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน หมายถึง การรับผู้ป่วยใน HN เดียวกัน โดยวันที่รับไว้รักษาครั้งต่อมาห่างจากวันจำหน่ายครั้งก่อนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

COPD หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการวินิจฉัยหลักที่มีการลงรหัสโรคเริ่มต้นด้วย J449 ซึ่งเป็นนิยามที่ปรับจาก Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2017)

โรคร่วม หมายถึงโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการศึกษาเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่นอนรักษาแพทย์อนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลในโรงพยาบาลอ่างทองปี 2557-2559 จำนวน 516 ราย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยโรงพยาบาลอ่างทอง เลขที่ AEC006/60 ข้อมูลของผู้ป่วยถูกบันทึกโดยรหัสที่ผู้วิจัยกำหนด ไม่มีชื่อหรือเลขที่โรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย ประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วยโดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ปัจจัยที่เกี่ยวกับการนอนโรงพยาบาล ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย COPD ประเภทของ COPD หอผู้ป่วย โรคร่วม โรคแทรกซ้อน อธิบายข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลลักษณะทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จากประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วยโดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ข้อมูลทั่วไปได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย

COPD ประเภทของ COPD หอบผู้ป่วยโรคร่วมโรคแทรกซ้อน อธิบายข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลลักษณะทั่วไปและความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD

2. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ Chi-square และใช้สถิติ Multiple logistic regression หาปัจจัยเสี่ยงต่อการเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD ในโรงพยาบาลอ่างทอง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยดังแสดงในตาราง 1-4

ตาราง 1

อุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันในผู้ป่วย COPD

ปี	จำนวนผู้ป่วย COPD ที่รักษาโรงพยาบาล	readmission		No readmission	
		N	%	N	%
2557-2559	N = 516	123	23.83	393	76.16
2557	N = 155	19	12.3	136	87.7
2558	N = 176	54	30.7	122	69.3
2559	N = 185	50	27.0	135	73.0

จากตาราง 1 พบว่าการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD จำนวน 123 ราย ร้อยละ 23.83 จำแนกรายปีพบว่าปี 2558 มีจำนวนผู้ป่วย COPD ที่กลับมารักษา

ซ้ำใน 28 วัน มากที่สุดร้อยละ 30.7 รองลงมาคือปี 2558 ร้อยละ 27.0 และปี 2557 ร้อยละ 12.3 ตามลำดับ

ตาราง 2

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD

ปัจจัย	readmission		No readmission		p-value
	N	%	N	%	
เพศ					0.001*
- ชาย	121	25.7	350	74.3	
- หญิง	2	4.4	43	95.6	
อายุ (ปี)					0.014*
< 65	54	30.2	125	69.8	
≥ 65	69	20.5	268	79.5	

ตาราง 2

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD

ปัจจัย	readmission		No readmission		p-value
	N	%	N	%	
สถานภาพสมรส					< 0.001*
- โสด	34	43.0	45	57.0	
- คู่	81	23.0	271	77.0	
- หม้าย, หย่า, แยก	8	9.4	77	90.6	
การศึกษา					0.086
- ไม่ได้เรียน, ประถม	102	22.6	349	77.4	
- มัธยม, ปริญญาตรี, สูงกว่าปริญญาตรี	21	32.3	44	67.7	
อาชีพ					0.011*
- เกษตรกร, รับจ้าง	64	29.1	156	70.9	
- ค้าขาย, รับราชการ	12	31.6	26	68.4	
รายได้ (บาทต่อเดือน)					< 0.001*
- ไม่มีรายได้	48	16.3	247	13.7	
- น้อยกว่า 5000	59	40.1	88	59.9	
- 5001-10,000	9	17.3	43	82.7	
- 10,000-15,000	5	45.5	6	54.5	
- มากกว่า 15,000	2	18.2	9	81.8	
หอผู้ป่วย					0.420
- อายุรกรรมชาย/หญิง/พิเศษ	117	23.5	38	76.5	
- ICU	6	31.6	13	68.4	
สิทธิการรักษา					0.373
- UC/ประกันสังคม	93	24.9	281	75.1	
- ข้าราชการ/ข้าราชการเงิน	30	21.1	112	78.9	

ตาราง 2

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD (ต่อ)

ปัจจัย	readmission		No readmission		p-value
	N	%	N	%	
ชนิดของ COPD					0.045*
- COPD ร่วมกับการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	4	13.3	26	86.7	
- COPD ร่วมกับการกำเริบเฉียบพลัน	61	21.2	227	78.8	
- COPD ไม่ระบุรายละเอียด	58	29.3	140	140	
โรคร่วม					0.205
- ไม่มี	62	26.5	173	73.5	
- มี	61	21.7	220	78.3	
โรคแทรก					0.877
- ไม่มี	104	24.0	330	76.0	
- มี	19	23.2	63	76.8	

*p-value จาก Chi-square test

จากตาราง 2 ผู้ป่วย COPD ที่ กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 25.7 ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 65 ปี ร้อยละ 30.2 (อายุเฉลี่ย 67 ปี) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 43.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย รับราชการร้อยละ 31.6 ส่วนใหญ่มีรายได้ 10001-15000 บาท ชนิดของ COPD ส่วนใหญ่เป็น COPD ไม่ระบุรายละเอียด ร้อยละ 29.3

เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ มีความสัมพันธ์การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อาชีพ ชนิดของ COPD มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การศึกษา หอผู้ป่วยที่นอนรักษา สิทธิการรักษา โรคร่วม และโรคแทรก ไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD

ตาราง 3

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสูบบุหรี่กับการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วย COPD

ปัจจัย	readmission		No readmission		p-value
	N	%	N	%	
การสูบบุหรี่	123				0.001*
- สูบ	79	25.4	232	74.6	
- ไม่สูบ	44	21.5	161	78.5	
จำนวนที่สูบ (มวนต่อวัน)	113				< 0.001*
- จำนวน 0 มวน	44	21.5	161	78.5	
- จำนวน 1-10 มวน	13	7.1	63	82.9	
- จำนวน 11-20 มวน	49	39.8	74	60.2	
- มากกว่า 20 มวน	7	33.3	14	66.7	
จำนวนการเลิกบุหรี่	123				0.020*
- กำลังสูบ	35	33.7	69	63.3	
- ไม่สูบ	44	21.4	162	78.6	
- เลิกสูบน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	13	34.2	25	65.8	
- เลิกสูบ 2- 5 ปี	8	22.9	27	77.1	
- เลิกสูบมากกว่า 5-10 ปี	23	17.3	110	82.7	

*p-value จาก Chi-square test

จากตาราง 3 จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันมีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ผู้ป่วย COPD ที่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD ส่วนใหญ่

สูบบุหรี่ 11-20 มวนต่อวัน ร้อยละ 39.8 จำนวนปีที่เลิกบุหรี่มาแล้วความสัมพันธ์กับผู้ป่วย COPD ที่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ส่วนใหญ่เลิกสูบน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี

ตาราง 4

ค่า Odd ratio (OR) ของการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD ในแต่ละปัจจัย

ปัจจัย	Relative risk (RR)	95%CI ของ RR	p-value
- เพศชาย	5.78	1.47-22.59	0.001*
- อายุ 65 ปีหรือน้อยกว่า	1.47	11.08-2.00	0.014*
- สถานภาพโสด	2.13	1.55-2.92	< 0.001*
- การศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา	1.42	0.96-2.11	0.086
- มีอาชีพเกษตรกรหรือรับจ้าง	1.61	1.17-2.22	0.002*
- มีรายได้	2.08	1.51-2.86	< 0.001*
- นอนรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก	1.34	0.67-2.64	0.420
- สิทธิ UC/ประกันสังคม	1.17	0.81-1.69	0.373
- COPDร่วมกับการกำเริบเฉียบพลัน	0.69	0.51-0.94	0.021*
- ไม่มีโรคร่วม	1.21	0.89-1.65	0.205
- ไม่มีโรคแทรก	1.03	0.67-1.58	0.877
- การสูบบุหรี่	1.18	0.85-1.63	0.304
- จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	1.46	1.05-2.06	0.021*
- จำนวนปีที่เลิกบุหรี่	1.76	1.28-2.41	< 0.001

*Odd Ratio (OR) จาก Multiple logistic regression

จากตาราง 4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD คือเพศ โดยเพศชายมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน 5.78 เท่าของเพศหญิง

สถานภาพโสดมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันเป็นจำนวน 2.13 เท่าของผู้ที่แต่งงานแล้ว ผู้ที่มีรายได้มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน เป็นจำนวน 2.08 เท่าของผู้ที่ไม่มีรายได้

ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันเป็นจำนวน 1.18 เท่าของผู้ไม่สูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน เป็นจำนวน 1.46 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ จำนวนปีที่เลิกบุหรี่มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน เป็นจำนวน 1.76 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในช่วงเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่นอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาลอ่างทอง ปีพ.ศ.2557-2559

อุบัติการณ์การ Readmission ในผู้ป่วย COPD ร้อยละ 23.8 เปรียบเทียบกับการศึกษาของสมิทธิ์ เกิดสินธุ์ และระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ (Kerdsin & Suphanchaimat, 2016) พบว่าอัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำของผู้ป่วย COPD มีค่าร้อยละ 24.0 แต่ต่ำกว่าการศึกษาของวีระพล จันทรดียิ่ง และคณะ (Jandeeying et al., 2016) ที่ทำการศึกษาศักยภาพเสี่ยงเกี่ยวพันการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน กรณีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบและ การศึกษาของ Garcia-Aymerich et al. (2003) ที่ทำการศึกษา ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมานอนซ้ำในโรงพยาบาล พบว่าอัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำของผู้ป่วย COPD มีค่าร้อยละ 32.69 และ 63 ตามลำดับ

กลุ่มผู้ป่วย Readmission ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pothirat et al. (2007) และการศึกษาของอุษา วรรณม่วง และอรสา พันธุ์ภักดี (Wannamoung & Panpakdee, 2012) เนื่องจากในอดีตวัยรุ่นชายมีความนิยมในการสูบบุหรี่กันมาก

ผู้ป่วย Readmission ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 67 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของพิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ (Paupankitcharean, 2008) เนื่องจากอาการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นต้องใช้ระยะเวลานานนับสิบปีจึงแสดงอาการ ทำให้ผู้ป่วยส่วนมากที่เป็น COPD ได้รับการวินิจฉัยในช่วงที่มีอายุมากและมีอาการแสดงของโรคที่ชัดเจนแล้วผู้ป่วย Readmission ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคมร้อยละ 24.9 สอดคล้องกับการศึกษาของสมิทธิ์ เกิดสินธุ์ และระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ (Kerdsin & Suphanchaimat, 2016) ที่พบว่าผู้ป่วย COPD สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคมร้อยละ 83.9

ปัจจัยเสี่ยงต่อการ readmission ในผู้ป่วย COPD ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล โดยเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมานอนซ้ำใน 28 วัน มากกว่าเพศหญิง

5.78 เท่า ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Garcia-Aymerich et al. (2003) การกลับมานอนซ้ำใน 28 วัน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับชนิดของ COPD

ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับการสูบบุหรี่คือ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันและจำนวนปีที่เลิกบุหรี่ มีโอกาสกลับมา นอนซ้ำใน 28 วัน 1.46 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ($OR = 1.46$) ($p < 0.001$) ผู้ที่เลิกบุหรี่แล้วและกำลังสูบบุหรี่โอกาสเสี่ยงต่อการ readmission 1.76 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ($OR = 1.76$) ($p < 0.005$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Garcia-Aymerich et al. (2003) และพบว่าความสัมพันธ์แวดล้อมที่มีการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการกลับมานอนซ้ำใน 28 วัน ซึ่งเพิ่มปัจจัยเสี่ยงของการกลับมานอนซ้ำใน 28 วัน และการศึกษาของ González et al. (2004) พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 1.03 เท่า ($OR = 1.03$) เนื่องจากการสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุที่สำคัญและพบบ่อยสุด ซึ่งรวมถึงบุหรี่ที่ทำจากใบจากด้วย ปริมาณและระยะเวลาที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค ยิ่งจำนวนของบุหรี่ที่สูบมากและสูบนานหลายปี ก็มีโอกาสดังกล่าวได้มาก โดยโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคคือ ผู้ที่สูบบุหรี่ประมาณวันละ 1 ซองติดต่อกันเป็นเวลา 20 ปี แต่ก็ไม่จำเป็นว่าผู้ที่สูบบุหรี่ทุกคนจะต้องกลายเป็นโรคนั้น นอกจากนี้ผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่เอง แต่ได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น ติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ ทำให้มีโอกาสเกิดโรคได้ การวิจัยนี้จึงควรนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงโครงการให้มีความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยและประชาชนที่สูบบุหรี่มากขึ้น รวมทั้งควรให้ความรู้ในโทษและพิษภัยของบุหรี่ในประชาชนที่ไม่สูบบุหรี่ เด็กชายวัยรุ่นโดยเริ่มตั้งแต่ประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษา ต่อดันและขยายกิจกรรมเพื่อนำไปสู่โครงการร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และชุมชนมากขึ้นซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการรับผู้ป่วยใน COPD ซ้ำลดและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย COPD ให้ดีขึ้นต่อไป

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวกับการนอนโรงพยาบาล ได้แก่ การมีโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับมานอนซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD แต่โรคร่วมความสัมพันธ์กับชนิดของ COPD ที่มีการกำเริบเฉียบพลันสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Pouw et al. (2000) Garcia-Aymerich et al. (2003) และ Groenewegen et al. (2003) ที่พบว่า COPD มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของสมิทธิ์ เกิดสินธุ์ และระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ (Kerdsin & Suphanchaimat, 2016) ที่ว่ากลุ่มที่รับไว้ในโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะมีโรคร่วมมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการรับเข้าอย่างมีนัยสำคัญและงานวิจัยในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่า COPD มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น (Graat-Verboom et al., 2009) เป็นต้น การวิจัยนี้จึงนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงโครงการให้มีความสำคัญกับการคัดกรองโรคร่วมกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นและขยายกิจกรรมนำไปสู่โครงการร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และชุมชนมากขึ้นซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการรับผู้ป่วยใน COPD ซ้ำลดลงและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย COPD ให้ดีขึ้นต่อไป

ดังนั้นบทบาทของผู้บริหารองค์กรพยาบาลจึงควรพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 กลวิธี ได้แก่ (1) แผนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ (2) รูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล (3) การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องมี

การกำหนดเป้าหมายและระยะเวลาในการทำกิจกรรมของแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน และเน้นให้ผู้ดูแลที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เนื่องจากเป็นงานวิจัยแบบภาคตัดขวางช่วงระยะเวลาในเวลาหนึ่ง และศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ทำให้เป็นข้อจำกัดในงานวิจัยชิ้นนี้ที่ทำให้ขาดตัวแปรที่เป็นปัจจัยเสี่ยงด้านพยาธิสภาพของโรค COPD เช่น พันธุกรรม การสัมผัสต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง หรือ จำนวนครั้งของการกลับมาอนจ้ำในผู้ป่วยแต่ละคน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งนี้

ควรเลือกศึกษาปัจจัยที่สามารถอธิบายจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมาอนจ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยแบบไปข้างหน้าเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย COPD
2. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการของผู้ป่วย COPD ที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลอ่างทอง



References

- Ang Thong Hospital (2016). *Chronic obstructive pulmonary disease statistics*. Ang Thong: Author. (in Thai)
- Garcia-Aymerich, J., Farrero, E., Félez, M. A., Izquierdo, J., Marrades, R. M., & Antó, J. M. (2003). Risk factors of readmission to hospital for a COPD exacerbation: A prospective study. *Thorax*, 58(2), 100-105.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2017). *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD*. Retrieved from <https://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/>
- González, C., Servera, E., Ferris, G., Blasco, M. L., & Marín, J. (2004). Risk factors of readmission in acute exacerbation of moderate-to-severe chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Bronconeumol*, 40(11), 502-507.
- Graat-Verboom, L., Wouters, E. F., Smeenk, F. W., Van Den Borne, B. E., Lunde, R., & Spruit, M. A. (2009). Current status of research on osteoporosis in COPD: A systematic review. *European Respiratory Journal*, 34(1), 209-218.
- Groenewegen, K. H., Schols, A. M., & Wouters, E. F. (2003). Mortality and mortality-related factors after hospitalization for acute exacerbation of COPD. *Chest*, 124(2), 459-467.
- Jandeeying, V., Palanupap, K., Wacharamaneekarn, K., Kamaid, T., Tretrisitti, P., & Kanpasa, P. (2016). Risk factor 128-day readmission for a chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. *Naresuan Phayao Journal*, 9(2), 13-16. (in Thai).
- Kerdsin, S., & Suphanchaimat, R. (2016). Outcome of service development programme on within-28-days readmissions of chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) patients: A Case Study of Somdejphrajaotaksinmaharaj hospital, Tak province. *Journal of Health Science*, 25(2), 246-254. (in Thai)
- Paupankitcharean, P. (2008). Emergency room visit of patients with chronic obstructive pulmonary disease at Nakhon Nayok hospital. *The Pharmaceutical and Health Science Journal*, 3(1), 73-79. (in Thai)
- Pothirat, C., Phetsuk, N., Deesomchok, A., Theerakittikul, T., Bumroongkit, C., & Liwsrisakun, C. (2007). Clinical characteristics, management in real practice and long-term survival among COPD patients of northern Thailand COPD club members. *Journal of Medical Association Thailand*, 90(4), 653-662.
- Pouw, E. M., Ten-Velde, G. P., Croonen, B. H., Kester, A. D., Schols, A. M., & Wouters, E. F. (2000). Early non-elective readmission for chronic obstructive pulmonary disease is associated with weight loss. *Clinical Nutrition*, 19(2), 95-99

Spurzem, J. R., & Rennard, S. I. (2005). Pathogenesis of COPD. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 26(2), 142-153

Wannamoung, U., & Panpakdee, O. (2012). *The relationship among perceived therapeutic self-care demand, self-care ability, and social support in patients with COPD at the stage of exacerbation*. Master of Nursing Science Thesis, Mahidol University. (in Thai)

World health organization. (2007). Chronic respiratory disease. Retrieved from <http://www.who.int/respiratory/COPD/diagnosis/en/index.html>

