

รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ จังหวัดสระบุรี

Self-management Model for Asthma Patients of Secondary Community Hospitals in Saraburi Province

พินทอง จอมพุก* บุญทิพย์ สิริธรรังศรี** บุญสืบ โสโสม***

Pinthong Jompook,* Boontip Siritarungsri,** Boonsurb Sosome***

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จ.นนทบุรี

* Student in Master of Nursing Science Program (Nursing Administration), School of Nursing,
Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province

** สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จ.นนทบุรี

** School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จ.นนทบุรี

*** Boromarajonani College of Nursing, Phra-Putthabat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Nonthaburi Province

* Corresponding Author: tooktin0904@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จังหวัดสระบุรี 2) พัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด และ 3) ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่ม 1 เพื่อวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด ประกอบด้วย ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ได้แก่ แพทย์ 4 คน พยาบาล 4 คน เภสัชกร 4 คน นักกายภาพบำบัด 4 คน ผู้ป่วย 4 คน และญาติ 4 คน กลุ่ม 2 เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ ผู้ให้บริการ 2 คน ผู้รับบริการ 2 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน รวม 7 คน เครื่องมือในการวิจัยมี 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดสำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการมี 2 ส่วน และ 2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของชุดที่ 1 ส่วนที่ 1 และ 2 เท่ากับ 0.78, 0.84 และชุดที่ 2 เท่ากับ 0.79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

Received: January 17, 2021; Revised: June 22, 2021; Accepted: July 22, 2021



ผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้ป่วยหอบหืดจำนวนหนึ่งยังมีความรู้และความสามารถไม่เพียงพอต่อการจัดการ การดูแลตนเอง จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ ครอบครัว และชุมชนเพิ่มขึ้น 2) รูปแบบการ จัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืด ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การจัดบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (2) การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยให้ผู้ป่วยหรือญาติร่วม ตั้งเป้าหมาย (3) การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดและแนวทางการให้สุขศึกษาผู้ป่วยหอบหืด (4) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยหอบหืด (5) การพัฒนาระบบการลงบันทึกข้อมูล ผู้ป่วยหอบหืดและนำผลมาวิเคราะห์มาใช้กับผู้ป่วย (6) การส่งเสริมการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยใน ด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และด้านการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพ และ (7) ครอบครัวและ ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วย และร่วมพัฒนาสิ่งแวดล้อม โดยที่ผู้ให้บริการ ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยต้องเป็นผู้มีบทบาทร่วมกันในการพัฒนารูปแบบนี้ และ 3) ผลการประเมิน ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืด พบว่า มีความเหมาะสมโดยรวมร้อยละ 84.53

คำสำคัญ: ผู้ป่วยหอบหืด รูปแบบการจัดการการดูแล โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ

Abstract

The objectives of this descriptive research were: 1) to analyze the self-management of asthma patients at secondary community hospitals in Saraburi province, 2) to develop a self-management model for asthma patients, and 3) to evaluate the appropriateness of the developed model. Samples were purposive sampling technique, consisted of 2 groups. The first were for analyzing the self-care management of asthma patients which comprised of 4 physicians, 4 professional nurses, 4 pharmacists, and 4 physical therapists, as well as 4 patients and 4 relatives. The second were for evaluating the appropriateness of the developed model, consisted of 2 health care providers, 2 patients and 3 experts. There were 2 sets of research instruments 1) A semi-structured interview for analyzing the self-management of asthma patients and health care providers which was divided into 2 parts. 2) The guideline for evaluating the appropriateness of the self-management developed model. Both instruments conducted content validity by 5 experts, and there were 0.78, 0.84, and 0.79, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis.

Findings indicated that, 1) Asthma patients had insufficient knowledge and abilities to manage their health for themselves. They needed more support from the roles of health care providers and their families as well as communities. 2) The self-management model for asthma patients consisted of 3 main dimensions, the roles of health care providers, the roles of patients' families and communities, and the roles of asthma patients; as well as 7 sub-dimensions to enhance patients' self-management that consisted of (1) providing continuous health services, and linking from hospitals to patients' homes, (2) working as

multidisciplinary teams, (3) developing patients' care guidelines and guidelines for health education, (4) developing nurses' competencies for case management, (5) developing the patients' recording system and taking the results back to the patients, (6) promoting patients' exercise, stress management, and effective drug use, and (7) participation from patients' families and communities including developing the patients' environments. Finally, 3) experts evaluated the self-management model for asthma patients as appropriate (84.53%).

Keyword: asthma patients, self-management model, secondary community hospitals

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

หอบหืด (Asthma) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข เกิดขึ้นได้กับทุกเพศ ทุกวัย และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลกระบุว่า ผู้ป่วยหอบหืดทั่วโลกมีจำนวน 339 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยหอบหืดประมาณร้อยละ 7 ของประชากรและพบผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลจากปี พ.ศ. 2560 จำนวน 124,000 คน เพิ่มขึ้นเป็น 135,090 คน ในปี พ.ศ. 2561² จากการที่ผู้ป่วยหอบหืดด้วยผู้ป่วยใหญ่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั้งในและต่างประเทศ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งด้านเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ดังตัวอย่างผลการศึกษา พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยหอบหืดเฉลี่ย 2,752 บาทต่อคนต่อเดือน คิดเป็นค่าใช้จ่ายตรงทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายทางอ้อมเพื่อใช้ในการจัดการการดูแลตนเอง ร้อยละ 52.39, 20.27 และ 26.86 ตามลำดับ³ ซึ่งเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างยิ่ง นอกจากนี้ปัญหาหอบหืดยังส่งผลกระทบต่อร่างกาย คือ ทำให้มีอาการหอบ หายใจลำบาก ไอบากในเวลากลางคืน รบกวนการนอนหลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ เมื่ออาการเหนื่อยมากขึ้นจะส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต⁴ อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง กลายเป็นบุคคลที่ครอบครัวต้องรับภาระการดูแล⁵

จากการทบทวนรายงานการวิจัย พบว่าการมีรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เหมาะสมและสอดคล้องกับโรคนั้นๆ จะช่วยป้องกันหรือชะลอปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลกระทบต่ตัวผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมได้ และทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้⁶ และเมื่อพิจารณาบริบทการให้บริการการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดของโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิในจังหวัดสระบุรี ทั้ง 6 แห่ง เป็นการให้บริการที่เน้นด้านการดูแลรักษาในโรงพยาบาล จากข้อมูลที่ผู้วิจัยได้สอบถามไปยังโรงพยาบาลชุมชนเบื้องต้น พบว่า ด้านการรักษาแพทย์จะพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉพาะให้บุคลากรที่อยู่ในทีมสหสาขาวิชาชีพ อาทิ มีปัญหาในการใช้ยาหรือการพ่นยาจะส่งปรึกษาเภสัชกร มีปัญหาการไอหรือมีเสมหะมากและไม่สามารถขับออกได้ด้วยตนเองจะส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด สำหรับด้านการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ให้คำแนะนำ และให้แผ่นพับความรู้เรื่องหอบหืดแก่ผู้ป่วยและญาติ ก่อนกลับบ้าน ซึ่งเป็นไปตามแนวทางของผู้ให้บริการแต่ละคน แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่ชัดเจน ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมายังอาจไม่ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพได้ ดังข้อมูลโรงพยาบาลชุมชนที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ พบว่า ปี พ.ศ. 2562 ผู้ป่วยหอบหืดด้วยผู้ป่วยใหญ่มีจำนวน



เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 จาก 60 คน เป็น 68 คน และมีอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ (Readmitted) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22 เป็นร้อยละ 25 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพได้ ดังนั้นการมีรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดในโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จังหวัดสระบุรี จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ที่มีการนำมาใช้มากในปัจจุบัน คือ รูปแบบของ Wagner⁷ มีการนำมาใช้ทั้งในโรงพยาบาลทุกระดับ รวมทั้งโรงพยาบาลชุมชน เป็นรูปแบบที่มีการจัดบริการที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และให้ความสำคัญกับการบริการในชุมชนและบ้าน โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองได้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Wagner ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชน 2) การออกแบบระบบการให้บริการ หมายถึง การส่งมอบการดูแลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้รับบริการ ทั้งการดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมและป้องกันโรค โดยเน้นการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย 3) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ หมายถึง การให้บริการโดยใช้หลักฐานทางวิชาการ เช่น แนวทางเวชปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก หมายถึง การจัดระบบข้อมูลผู้ป่วยที่ป้อนเข้าไปในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ที่มีความเป็นปัจจุบันสามารถใช้เป็นระบบข้อมูลย้อนกลับสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อจะช่วยเหลือเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการการดูแลผู้ป่วย 5) ระบบ

สนับสนุนการจัดการการดูแลตนเอง หมายถึง การจัดระบบบริการที่ช่วยเตรียมความพร้อมให้ผู้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการจัดการการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และ 6) การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การระดมทรัพยากรที่มีในชุมชนรวมทั้งญาติและครอบครัว เพื่อให้เกิดการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคเรื้อรัง

จากการวิเคราะห์ทั้ง 6 องค์ประกอบ ของ Wagner แสดงให้เห็นถึงบทบาทของผู้ให้บริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน ที่ต้องร่วมมือกันจึงจะส่งผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแก่ผู้ป่วย (Improved outcomes) ในการจัดการการดูแลตนเองได้ ดังนั้นการพัฒนา รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด นอกจากนำ 6 องค์ประกอบของ Wagner มาเป็นกรอบหลักแล้ว ได้มีการนำแนวคิดมาเสริมในบางองค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 3) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ได้นำแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยหอบหืดของ GINA guideline 2019⁸ (Global Initiative for Asthma, 2019) ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนได้มีการนำมาใช้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2558⁹ และองค์ประกอบที่ 5) ระบบสนับสนุนการจัดการการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกใช้แนวคิดกระบวนการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ของ Creer¹⁰ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้ถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังมาบูรณาการเข้ากับกรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Wagner เพื่อให้รูปแบบมีความสมบูรณ์และสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยหอบหืดและหน่วยงานที่ศึกษา

โดยสรุปจากจำนวนผู้ป่วยหอบหืดของโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษามีจำนวนและมีอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำเพิ่มขึ้น และยังไม่มีรูปแบบการจัดการการดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยหอบหืด ยังไม่สามารถจัดการการดูแลตนเองได้ ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบ

การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ โดย การบูรณาการ 3 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Wagner⁷ ซึ่งเป็นแนวคิดการให้บริการร่วมกันของทีมสุขภาพในโรงพยาบาลที่เชื่อมโยงสู่บ้านและชุมชน 2) แนวคิดการจัดการการดูแลตนเองของ Creer¹⁰ เพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยหอบหืดสามารถจัดการดูแลตนเองได้ และ 3) แนวปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหอบหืดของ GINA guideline 2019⁸ ซึ่งการบูรณาการแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่าจะมีความเหมาะสมกับบริบทการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสระบุรี และได้ผลลัพธ์ของการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่ดีขึ้น โดยบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว อันจะนำไปสู่ความสามารถในการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืดได้ ซึ่งจะช่วยลดภาระและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งปัญหาเศรษฐกิจของประเทศ ตลอดจนส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ
2. พัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ
3. ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด ผู้วิจัยได้วิเคราะห์บริบทการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยหอบหืดของโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ พบว่า ผู้ป่วยหอบหืดยังมีปัญหาเรื่องการจัดการการดูแลตนเอง จึงพิจารณาเลือกรูปแบบ

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Wagner⁷ ทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบสุขภาพ (Health system) 2) การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system design) 3) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (Clinical information systems) 5) ระบบสนับสนุนการจัดการการดูแลตนเอง (Self-management support) 6) การมีส่วนร่วมของชุมชน (The community) มาเป็นกรอบใหญ่ในการพัฒนารูปแบบ และนำแนวคิด Self-management ของ Creer¹⁰ มาเป็นระบบสนับสนุนการจัดการการดูแลตนเอง (Self-management support) ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของโมเดลการดูแลโรคเรื้อรังของ Wagner เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยหอบหืด สามารถจัดการดูแลตนเองตาม 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selection) 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) 3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) 4) การตัดสินใจ (Decision making) 5) การลงมือปฏิบัติ (Action) และ 6) การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) และนำ GINA guideline 2019⁸ มาเป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยหอบหืดตามมาตรฐานสากลซึ่งมีการปรับปรุงจนถึงปี ค.ศ. 2019 โดยนำมาเป็นระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) ตามโมเดลการดูแลโรคเรื้อรังของ Wagner

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2563

ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก

ประชากร คือ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยหอบหืดและญาติ

ที่อยู่ในโรงพยาบาลเสาให้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา โรงพยาบาลบ้านหม้อ โรงพยาบาลมวกเหล็ก และโรงพยาบาลดอนพุด

ผู้ให้ ข้อมูลหลัก เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) มีคุณสมบัติ คือ ผู้ปฏิบัติงานหลักในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มีความสามารถในการให้ข้อมูล และเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการจัดการ การดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์การจัดการ การดูแลผู้ป่วยหอบหืด ประกอบด้วย ผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน มาจากโรงพยาบาลดังกล่าว ข้างต้นแต่ละ 4 คน รวม 16 คน ผู้รับบริการ ประกอบด้วย ผู้ป่วยและญาติ แต่ละ 2 คน รวม 8 คน แต่ละกลุ่มผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์จน มั่นใจว่าได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (Saturated data) และ กลุ่มที่ 2 ผู้ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด จำนวน 7 คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากกลุ่มที่ 1 ได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพัฒนารูปแบบและ การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด 3 คน โดยมีเกณฑ์ การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าของบุคลากรผู้ให้บริการ เป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนระดับตติยภูมิ มีประสบการณ์ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยหอบหืด อย่างน้อย 2 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ เกณฑ์การคัดออกของบุคลากรผู้ให้บริการ คือ ไม่ยินดีให้ข้อมูลทางโทรศัพท์หรือผ่านสื่อ อีเล็กทรอนิกส์

เกณฑ์การคัดเข้าของผู้ป่วย ได้แก่ เป็น ผู้ป่วยหอบหืดที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างน้อย 1 ปี มีอายุ 18 - 60 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

และเกณฑ์การคัดออกของผู้ป่วย คือ ไม่ยินดีให้ ข้อมูลทางโทรศัพท์หรือผ่านสื่ออีเล็กทรอนิกส์

เกณฑ์การคัดเข้าของญาติ ได้แก่ เป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยหอบหืดอย่างน้อย 1 ปี มีอายุ 18 - 60 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก ของญาติ คือ ไม่ยินดีให้ข้อมูลทางโทรศัพท์หรือ ผ่านสื่ออีเล็กทรอนิกส์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาเครื่องมือประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อ วิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด พัฒนา จากการบูรณาการ 3 แนวคิดที่ใช้เป็นกรอบในการ วิจัย มี 2 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ 22 ข้อ และแบบสัมภาษณ์ผู้รับบริการ 18 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของ รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่ พัฒนาขึ้นจำนวน 1 ชุด พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์กรอบ การประเมินจากการประเมินคุณภาพแนวทาง ปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (The AGREE Collaboration)¹¹ ครอบคลุมการพัฒนา รูปแบบ 6 มิติ ได้แก่ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ (Scope and purpose) 2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder involvement) 3) ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแล ผู้ป่วยหอบหืด (Rigor of development) 4) ความ ชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity of presentation) 5) มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability) และ 6) ความเป็นอิสระของทีมงานจัดทำรูปแบบ (Editorial independence) ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราส่วน (Rating scale) 7 ระดับ คือ 7 เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวนคำถาม 14 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือชุดที่ 1 และ 2 ผ่านการตรวจโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของชุดที่ 1 ส่วนที่ 1 และ 2 มีค่า CVI เท่ากับ 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ และชุดที่ 2 มีค่า CVI เท่ากับ 0.79

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เลขที่โครงการ EC 017/2563 ผู้วิจัยได้เชิญชวนผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมการวิจัยมีการอธิบายวัตถุประสงค์ ชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูล ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับจากทางโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตัดสินใจอย่างอิสระ โดยข้อมูลที่ได้ออกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการที่ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยหอบหืดเมื่อยินดีเข้าร่วมโครงการผู้ให้ข้อมูลเซ็นชื่อในใบยินยอมให้ข้อมูล (Inform consent)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำบันทึกขอความอนุเคราะห์ขอเก็บข้อมูล จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการขอเก็บข้อมูลโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้าโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2563

3. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้วางแผนดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้รับบริการและผู้ให้บริการด้วยตนเอง

บางรายนัดหมายแบบเผชิญหน้าเมื่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาล บางรายได้โทรศัพท์ทำการนัดหมายเกี่ยวกับเวลาและสถานที่ก่อนการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลแบบเจาะลึก (In-depth interview) พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมในการให้ข้อมูลและการบันทึกเสียง ใช้เวลาในการสนทนาเฉลี่ยคนละประมาณ 40 - 50 นาที หากได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนผู้วิจัยขอใช้โทรศัพท์สัมภาษณ์เพิ่มเติม แต่กลุ่มที่ได้สัมภาษณ์มีรายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

3.1 ผู้ให้บริการ ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง แบบเผชิญหน้า จำนวน 16 คน โดยมีการนัดหมายล่วงหน้า และสัมภาษณ์ที่โรงพยาบาลที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงานอยู่

3.2 ผู้รับบริการ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า จำนวน 4 คน ณ ที่บ้านของผู้ป่วย และสัมภาษณ์ผ่านโทรศัพท์ จำนวน 4 คน เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ทำให้ไม่มีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล และบ้านของผู้ป่วยอยู่ห่างไกลโรงพยาบาล จึงได้ใช้วิธีการโทรศัพท์ โดยนัดหมายล่วงหน้าผ่านเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับผู้ป่วยหอบหืดของแต่ละโรงพยาบาล

4. หลังจากได้ข้อมูลแล้วทำการถอดเทปที่ได้จากเครื่องบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ เนื่องจากเกิดสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 อย่างต่อเนื่อง จึงขอเปลี่ยนประเมินรูปแบบจากเดิมที่ออกแบบเผชิญหน้ามาเป็นทางโทรศัพท์หรือผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ตามที่ผู้ให้ข้อมูลประสงค์แทน ทั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแห่งเดิมที่ให้ความเห็นชอบไว้แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์การจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามวัตถุประสงค์ที่ 1 เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา

โดยได้มีการจัดระเบียบข้อมูล เมื่อค้นพบประเด็นที่ซ้ำๆ จึงยกระดับเป็นแก่นสาระ (Theme) ยืนยันว่าผลการวิเคราะห์ถูกต้อง (Data triangulation) โดยคณะผู้วิจัย และตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์โดยนำแก่นสาระให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบความถูกต้องเป็นระยะๆ ระหว่างเก็บข้อมูล¹²

สำหรับการวิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่พัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์ที่ 3 คำนวณได้จากการรวมคะแนนทั้งหมดของแต่ละหัวข้อประเมินในแต่ละหมวดและจัดลำดับคะแนนรวมเป็นร้อยละของคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ของหมวดดังกล่าว

ต่อจากนั้นนำรูปแบบที่ผ่านการประเมินและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในส่วนองค์ประกอบมาปรับปรุงแก้ไขร่างรูปแบบการจัดการการดูแลตนเองให้มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ

ข้อมูลทั่วไปผู้ให้ข้อมูลหลัก

1. ผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 14 คน เพศชาย จำนวน 2 คน มีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี มากที่สุด คือ 8 คน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหอบหืด คือ แพทย์มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหอบหืด 2 - 3 ปี พยาบาลมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย 5 - 10 ปี เภสัชกรมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย 3 - 5 ปี นักกายภาพบำบัดมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย 2 - 3 ปี

2. ผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยด้วยหอบหืดมากกว่า 10 ปี มีประวัติการ

Readmit มากกว่า 3 ครั้ง/ปี ส่วนใหญ่ใช้ยาพ่นขยายหลอดลม สิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบคือ ฝุ่น ควัน และสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัว

3. ผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี หน้าที่ที่ดูแล คือ พามาตรวจตามนัด และพามาโรงพยาบาลเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดูแลเรื่องการรับประทานยา และดูแลเรื่องการทำอาหารให้ผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด สรุปเป็นประเด็นปัญหาได้ 13 ประเด็น จากผู้ให้บริการ 8 ประเด็น และผู้รับบริการ 5 ประเด็น ดังนี้

1) ด้านผู้ให้บริการ จากโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง สรุปประเด็นปัญหาได้ 8 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ระบบบริการการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลขาดการดูแลที่ต่อเนื่องถึงชุมชน

ประเด็นที่ 2 ขาดการส่งต่อข้อมูลและการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ประเด็นที่ 3 ขาดการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบสำหรับใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ประเด็นที่ 4 โรงพยาบาลบางแห่งมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยหอบหืดที่แตกต่างกัน

ประเด็นที่ 5 การฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยยังไม่ทั่วถึง

ประเด็นที่ 6 ขาดการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนและสอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย

ประเด็นที่ 7 ขาดการนำข้อมูลของผู้ป่วยมาวิเคราะห์และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

ประเด็นที่ 8 ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการดูแลตนเองด้านการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ด้านผู้รับบริการ ประกอบด้วยผู้ป่วย หอบหืดและญาติ สรุประเด็นได้ 5 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้ป่วยขาดการดูแลตนเอง ในเรื่องการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ 2 ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการ ความเครียดได้อย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ 3 ญาติและชุมชนมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยน้อย

ประเด็นที่ 4 สิ่งแวดล้อมในชุมชนมี ผลต่อการกำเริบของผู้ป่วยหอบหืด

ประเด็นที่ 5 ขาดการให้สุขศึกษาและ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถ จัดการดูแลตนเองได้

ในที่นี้ขอเสนอตัวอย่างการให้ข้อมูล สนับสนุนใน 2 ประเด็น ของผู้ให้บริการและ ผู้รับบริการที่น่าสนใจ ดังนี้

ด้านผู้ให้บริการ

ประเด็นเรื่อง ระบบบริการการดูแลผู้ป่วย ในโรงพยาบาลขาดการดูแลที่ต่อเนื่องถึงชุมชน

ระบบบริการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดของ โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่มีระบบติดตาม ตรวจเยี่ยมผู้รับบริการที่บ้านและชุมชน จะเป็นการ ให้บริการในโรงพยาบาลมากกว่า ยังขาดการดูแลที่ ต่อเนื่องถึงชุมชน ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ยังไม่มีการลงไปตามเยี่ยมบ้านเลย จะเป็นการให้บริการในโรงพยาบาลมากกว่า...” (PT2) “...เยี่ยมบ้านถ้าเป็นเกี่ยวกับ Asthma จะ ไม่มีค่ะ...(PT1) “...เยี่ยมบ้านคนไข้หอบหืดผมไม่เคยไปเลยครับ...” (DR1) “...เยี่ยมบ้านผู้ป่วยหอบหืด หนูจะไม่ค่อยได้ไปค่ะ ถ้าได้ไปจะเป็นในรายที่มี ปัญหาซ้ำๆ หรือ Readmit กลับมาซ้ำๆ มากกว่า ค่ะ...” (PT4) “...เยี่ยมบ้านเราจะใช้ระบบ COC ติดตามเยี่ยมในรายที่ Readmit หรือ Revisit บ่อยๆ ถ้าในเขตเสาให้จะตามโดยกลุ่มเวชฯ แต่ถ้าเป็น

เขต รพ.สต. เราจะได้ไม่ได้ตามค่ะ...(HN1)...การ เยี่ยมบ้านก็ยังมีน้อยอยู่ ติดตามเยี่ยมจะเป็นข้าง นอกติดตามเราจะส่งข้อมูลไปให้ทางคลินิกหอบหืด แต่เราไม่รู้ว่าเขาเยี่ยมให้เราหรือเปล่า...” (HN2) “...เรามีปัญหาด้านเชิงรุกเพราะเราไม่ค่อยได้ไป เยี่ยมบ้านคนไข้ ด้านเชิงรับที่ รพ. เราดีแล้ว ถ้าเรา ทำเชิงรุกได้ก็จะดีมากเลยคะ...” (DR2)

* COC หมายถึง Continuity of care โปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง

* Readmit หมายถึง การกลับมานอน โรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการและโรคเดิมภายใน 28 วัน

* Revisit หมายถึง การกลับมารักษา ซ้ำด้วยอาการและโรคเดิมภายใน 48 ชั่วโมง

ด้านผู้รับบริการ

ประเด็นเรื่อง ผู้ป่วยขาดการดูแลตนเอง ในเรื่องการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม

การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญในการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด เพราะจะทำให้ ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการทำงานของปอดดีขึ้น ทำให้ ลดอาการกำเริบของโรคหอบได้ แต่ผู้ป่วยบางราย ยังขาดออกกำลังกายที่เหมาะสมเนื่องจากอายุที่ เพิ่มขึ้นร่วมกับจำนวนท่าออกกำลังกายมีหลายท่า ทำให้จำท่าทางการออกกำลังกายได้ไม่หมด และมี ผู้ป่วยบางรายติดภารกิจ มีปัญหาอุปสรรคด้าน ร่างกายจึงทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่าง ต่อเนื่อง ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...เขาก็สอนออกกำลังกายนะตอนไปตรวจ รัยยานะ ได้ทำหลายท่าอยู่ แต่กลับมาบ้านก็ทำบ้าง ไม่ทำบ้าง อายุเยอะแล้วจำท่าออกกำลังกายได้ไม่ หมดหรอก ท่าไหนจำได้ก็ทำอยู่ แต่ตอนนอน โรงพยาบาลบนตึกไม่มีใครมาสอนออกกำลังกาย นะ...” (PA3) “...ก็ทำอยู่นะ ก็จะเดินออกกำลังกาย รอบๆ บ้านแต่ทำไม่ค่อยบ่อยหรอก ถ้าวันไหนต้อง ติตรรถไปส่งของกับรถเกลบก็จะไม่ได้ออก ถ้าวันไหน



อยู่บ้านก็ทำอะไร...” (PA2) “...แม่เขาก็ยึดแข็งยึดขา เดินหน้าบ้านบ้างตอนเช้ามีด ถ้าวันไหนต้องไปส่ง ของกับพ่อก็จะได้ไม่ได้ทำอะไร...” (PF2) “...ทาง โรงพยาบาล สอนออกกำลังกายไปนะ ก็เห็นแม่ทำนะ แต่ไม่บ่อย ตอนเช้าจะเห็นเขาไปยืนออกกำลังกาย เหยียดแขนกับพ่อคะและตอนเย็นถ้าว่างก็จะไปเข้า ชมรมออกกำลังกายที่สนาม มีเต็นท์แอร์บิก...” (PF1) “...ช่วงนี้ไม่ได้ออกเลยคะเพราะว่าแม่ปวด ขา ปวดเข่าเดินนิดหน่อยก็ปวด เพิ่งไปหาหมอมาน

บอกว่าเข่าเริ่มเสื่อมแล้ว...” (PF4) “...มีสอนออกกำลังกายอยู่นะ แต่นานแล้ว หลายท่าจำไม่ค่อยได้ ช่วงนี้ปวดขาบ่อยนะหมอ เลยไม่ได้ออกกำลังกายเลย...” (PA4)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการจากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถนำ ประเด็นที่ได้มาสรุป และจัดองค์ประกอบในการ จัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปประเด็นปัญหาจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ส่องค์ประกอบในการจัดการการดูแลผู้ป่วย หอบหืด

ประเด็นจากผู้ให้บริการ	ประเด็นจากผู้รับบริการ (ผู้ป่วยและผู้ดูแล)	สรุปประเด็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	องค์ประกอบในการจัดการการดูแลผู้ป่วย หอบหืด
ประเด็นที่ 1 ระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขาดการดูแล ที่ต่อเนื่องถึงชุมชน		ประเด็นที่ 1 ผู้ป่วยได้รับ บริการการจัดการการ ดูแลไม่ต่อเนื่อง	1. การจัดบริการสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยง จากโรงพยาบาลสู่บ้าน
ประเด็นที่ 2 ขาดการส่งต่อ ข้อมูลและการประสานงาน กับทีมสหสาขาวิชาชีพ		ประเด็นที่ 2 ไม่มีการ ตั้งเป้าหมายในการดูแล ร่วมกับผู้ป่วย และทีม สหสาขาวิชาชีพ	2. การทำงานร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ ผู้ป่วยหรือญาติร่วม ตั้งเป้าหมาย
ประเด็นที่ 6 ขาดการตั้ง เป้าหมายที่ชัดเจนและ สอดคล้องกับสภาพปัญหา ผู้ป่วย ร่วมกันระหว่างทีม ผู้ให้บริการกับผู้ป่วย			
ประเด็นที่ 7 ขาดการนำข้อมูล ของผู้ป่วยมาวิเคราะห์และ สนับสนุนการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยหอบหืด	ประเด็นที่ 5 ขาดการ ให้สุศึกษาและการ ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย สามารถจัดการดูแล ตนเองได้	ประเด็นที่ 4 แนวทางการ รักษาผู้ป่วยหอบหืดไม่ เป็นแนวทางเดียวกัน และผู้ป่วยไม่ได้รับการ สอนสุศึกษาในเรื่องการ จัดการการดูแลตนเอง	3. พัฒนาแนวปฏิบัติใน การดูแลผู้ป่วยหอบหืด และแนวทางการให้ สุศึกษาผู้ป่วยหอบหืด
ประเด็นที่ 4 โรงพยาบาล บางแห่งมีแนวทางการรักษา ผู้ป่วยหอบหืดที่แตกต่างกัน			

ตารางที่ 1 สรุปประเด็นปัญหาจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สุ่มประกอบในการจัดการการดูแลผู้ป่วย
หอบหืด (ต่อ)

ประเด็นจาก ผู้ให้บริการ	ประเด็นจาก ผู้รับบริการ (ผู้ป่วยและผู้ดูแล)	สรุปประเด็นจาก ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ	องค์ประกอบในการ จัดการการดูแลผู้ป่วย หอบหืด
ประเด็นที่ 5 การฟื้นฟู ความรู้เจ้าหน้าที่ในเรื่องการ ดูแลผู้ป่วยยังไม่ทั่วถึง		ประเด็นที่ 5 เจ้าหน้าที่ ไม่ได้รับการฟื้นฟูความรู้ ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย	4. พัฒนาสมรรถนะพยาบาล ในการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยหอบหืด
ประเด็นที่ 3 ขาดการบันทึก ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ สำหรับการส่งเสริม การดูแลตนเองของผู้ป่วย		ประเด็นที่ 3 ไม่มีการนำ ข้อมูลของผู้ป่วยมา วิเคราะห์และการบันทึก ข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดไม่ เป็นระบบ	5. พัฒนาระบบการลง บันทึกข้อมูลผู้ป่วยหอบหืด และนำผลมาวิเคราะห์มา ใช้กับผู้ป่วย
ประเด็นที่ 8 ผู้ป่วยไม่ สามารถจัดการดูแลตนเอง ด้านการใช้ยาได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	ประเด็นที่ 2 ผู้ป่วย ขาดการดูแลตนเองใน เรื่องการออกกำลังกาย และไม่สามารถ จัดการความเครียดได้ อย่างเหมาะสม	ประเด็นที่ 6 ผู้ป่วยไม่ สามารถจัดการดูแลตนเอง ด้านการออกกำลังกาย ความเครียดและการใช้ ยาได้	6. ส่งเสริมการจัดการการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยใน ด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และด้านการใช้ยาให้มี ประสิทธิภาพ
	ประเด็นที่ 7 ญาติและ ชุมชนมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วยน้อย ประเด็นที่ 8 สิ่งแวดล้อมในชุมชนมี ผลต่อการกำเริบของ ผู้ป่วยหอบหืด	ประเด็นที่ 7 ผู้ป่วยได้รับ การดูแลจากญาติและคน ในชุมชนน้อยร่วมกับ สิ่งแวดล้อมมีผลกระทบ ต่ออาการและการใช้ชีวิต ประจำวันของผู้ป่วย	7. ครอบครัวและชุมชนมี ส่วนร่วมในการจัดการการ ดูแลตนเองของผู้ป่วย และ ร่วมพัฒนาสิ่งแวดล้อม

ตอนที่ 2 รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ

จากการวิเคราะห์การจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืดในตอนต้นที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยยังมีความรู้
และความสามารถในการจัดการการดูแลตนเองไม่เพียงพอ และผู้ให้บริการ ครอบครัว และชุมชน ยังมี
บทบาทในการจัดการการดูแลผู้ป่วยน้อย ข้อมูลดังกล่าวสามารถนำมาสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วย
หอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ และผ่านการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแล
ผู้ป่วยหอบหืดที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ซึ่งเกิดจากการมีบทบาทร่วมกันของผู้ให้บริการ
(Health care providers' role) จำนวน 6 องค์ประกอบ ครอบครัวและชุมชน (Family and community's role)
จำนวน 1 องค์ประกอบ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น (Improved outcomes) คือ ผู้ป่วยหอบหืดสามารถ

จัดการดูแลตนเองด้านการป้องกันและเมื่อมีอาการกำเริบได้ ดังแผนภาพที่ 1 และรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชุมชนระดับตติยภูมิ

จากแผนภาพที่ 1 แสดงถึงการจัดการการดูแลสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลชุมชน 6 องค์ประกอบ ร่วมกับครอบครัวและชุมชน 1 องค์ประกอบ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกับผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถจัดการการดูแลตนเองด้านการป้องกันและเมื่อมีอาการกำเริบได้

การจัดการการดูแลสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลชุมชน 6 องค์ประกอบ ดังนี้

- องค์ประกอบเรื่องการจัดบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงจากโรงพยาบาล

สู่บ้าน และองค์ประกอบในเรื่องการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยหรือญาติร่วมตั้งเป้าหมาย เป็นการจัดการบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาล จนผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน การดูแลที่โรงพยาบาลจะเน้นเรื่องการรักษาพยาบาล การส่งเสริมและป้องกันโรค ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัดซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพมาช่วยในการดูแลผู้ป่วยซึ่งการจัดการนี้ตรงกับการดูแล

ผู้ป่วยเรื้อรังของ Wagner⁷ ในส่วนของการออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system design)

- องค์ประกอบเรื่องพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด และแนวทางการให้สุขศึกษาผู้ป่วยหอบหืดเป็นการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โดยใช้แนวคิดของ GINA guideline 2019⁸ และองค์ประกอบเรื่องการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยหอบหืดเป็นการเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลให้มีความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยหอบหืดมากขึ้นซึ่งการจัดบริการนี้ตรงกับกรดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Wagner⁷ ในส่วนของระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) ร่วมกับนำ GINA guidelines 2019

- องค์ประกอบเรื่องพัฒนาระบบการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดและนำผลมาวิเคราะห์มาใช้กับผู้ป่วยโดยพัฒนาระบบการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดเพื่อที่จะทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพนำข้อมูลไปใช้ได้สะดวก รวดเร็ว และเป็นข้อมูลย้อนกลับในการดูแลผู้ป่วยได้ซึ่งการจัดบริการนี้ตรงกับกรดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Wagner⁷ ในส่วนของระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (Clinical information systems)

- องค์ประกอบเรื่องการส่งเสริมการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านการออกกำลังกายการจัดการความเครียด และด้านการให้ยาให้มีประสิทธิภาพเป็นการจัดบริการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการการดูแลตนเองได้โดยการทำงานร่วมกับนักกายภาพบำบัดส่งเสริมการออกกำลังกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้กับผู้ป่วยสำหรับเรื่องการจัดการความเครียดจะส่งปรึกษานักจิตวิทยา ด้านการให้ยาในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาจะมีเภสัชกรประเมินเรื่องการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม และยารับประทานที่ถูกต้อง โดย

การทำงานกับทุกหน่วยงานจะให้ผู้ป่วยร่วมตั้งเป้าหมายกับเจ้าหน้าที่ มีการเก็บข้อมูลเพื่อเฝ้าติดตามอาการของตนเอง ประเมินผลข้อมูลที่เกิดขึ้นและนำมาตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการการดูแลตนเอง และพร้อมที่จะลงมือปฏิบัติและประเมินผลหลังจากลงมือปฏิบัติแล้ว ซึ่งการจัดบริการนี้ตรงกับกรดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Wagner⁷ ในส่วนของระบบสนับสนุนการจัดการการดูแลตนเอง (Self-management support) และแนวคิด Self-management ของ Creer¹⁰

- องค์ประกอบเรื่องครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วย และร่วมพัฒนาสิ่งแวดล้อม โดยให้คนในครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย (ผู้ดูแลหลัก) มีส่วนร่วมกับพยาบาลและทีมสุขภาพในการกำหนดปัญหา เป้าหมาย และกลวิธีในการจัดการการดูแลตนเอง หรือการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและครอบครัว นอกจากนี้ถ้าพบว่าปัญหาหรือสาเหตุของการเจ็บป่วยมีผลมาจากชุมชนควรให้คนชุมชนรับรู้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการการดูแลตนเองได้ภายใต้องค์ประกอบที่สำคัญ คือ ผู้ดูแล ครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่บ้าน และแหล่งประโยชน์ในชุมชนซึ่งการจัดบริการนี้ตรงกับกรดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Wagner⁷ ในส่วนของความร่วมมือของชุมชน (The community)

ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแก่ผู้ป่วย (Improved outcomes) โดยรูปแบบที่พัฒนานี้จะนำไปสู่ความสามารถในการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทั้งในด้านการป้องกันและเมื่อมีอาการกำเริบ ดังข้อมูลที่ได้จากการสรุปประเด็นจากผู้ป่วยหอบหืดและญาติ ดังนี้

1. สามารถจัดการการดูแลตนเองในด้านการป้องกัน ในเรื่องต่อไปนี้

1.1 การออกกำลังกาย



การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการทำงานของปอดดีขึ้น ทำให้ลดอาการกำเริบของโรคหอบได้ ก่อนออกกำลังกายผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์ก่อน เพื่อพิจารณาว่าสามารถออกกำลังกายได้มากน้อยเพียงใด การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยหอบหืด เช่น การฝึกการหายใจ การยืดเหยียด กล้ามเนื้อ เดิน วิ่ง โยคะ

1.2 การจัดการความเครียด

เมื่อเจ็บป่วยย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ ความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหอบหืดเกิดอาการกำเริบได้ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดและจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลดีกับผู้ป่วย การจัดการกับความเครียดมีหลากหลายวิธี เช่น การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ การนวด หรือจะเลือกการเผชิญกับความเครียดนั้นๆ และหาวิธีแก้ไข ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นปัญหาไปได้

1.3 การใช้ยาที่ถูกต้อง

การใช้ยาที่ถูกต้องในผู้ป่วยหอบหืดมีความสำคัญเนื่องจากยาที่ใช้มีทั้งยาชนิดรับประทานและยาชนิดสูดพ่นขยายหลอดลม ซึ่งการใช้ยาชนิดสูดพ่นจะมีเทคนิคพิเศษในการใช้ ถ้าผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้องจะทำให้ได้ยาไม่เพียงพอส่งผลให้อาการหอบไม่ทุเลาได้ ดังนั้นผู้ป่วยหอบหืดต้องสามารถใช้ยาชนิดสูดพ่นขยายหลอดลมได้ถูกต้อง ใช้ยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาไม่ปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง หากใช้ยาแล้วมีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก ผื่นคัน ซึ่งเป็นอาการที่สงสัยการแพ้ยาควรปรึกษาแพทย์

1.4 อื่นๆ เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ เช่น ฝุ่น คิวน์ สภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะไปกระตุ้นทำให้หลอดลมตีบแคบ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยได้ การจัดสภาพ

สิ่งแวดล้อมรอบตัว ในบ้านและสถานที่ทำงานให้สะอาดจะช่วยลดฝุ่นละอองที่ทำให้ผู้ป่วยหอบได้ และการปฏิบัติตัวในเรื่อง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนให้เพียงพอ การมาตรวจตามแพทย์นัด ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้

2. สามารถจัดการการดูแลตนเองเมื่อมีอาการกำเริบได้

- เมื่อมีอาการหอบกำเริบ ผู้ป่วยหอบหืดทุกรายควรมียาพ่นฉุกเฉินติดตัวไว้เมื่อมีอาการกำเริบสามารถใช้ยาพ่นฉุกเฉินก่อน ถ้าพ่นยา 2 ครั้งแล้วอาการไม่ดีขึ้นควรรีบมาโรงพยาบาล

- ระบบบริการฉุกเฉิน 1669 เมื่อผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบจนไม่สามารถเดินมาโรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง สามารถใช้บริการฉุกเฉินจากทางโรงพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ตอนที่ 3 ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิที่พัฒนาขึ้น

ผู้วิจัยได้นำ (ร่าง) รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่พัฒนาขึ้น ดังแผนภาพที่ 1 พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดของขั้นตอนการพัฒนา รูปแบบตามมิติที่ต้องการประเมิน และนำไปให้ผู้ประเมินรูปแบบทั้ง 7 ท่าน ได้ประเมินความเหมาะสมในแต่ละมิติของรูปแบบเป็นรายบุคคล โดยผู้ประเมินแต่ละคนมีอิสระในการประเมิน จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมผลการประเมินของแต่ละคนมาสรุป ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด จำแนกตามหัวข้อประเมิน

มิติในการประเมิน	ความเหมาะสมของรูปแบบ (ร้อยละ)
มิติที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์	89.68
มิติที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	77.77
มิติที่ 3 ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบ	80.95
มิติที่ 4 ความชัดเจนและการนำเสนอ	83.33
มิติที่ 5 การนำรูปแบบไปใช้	88.10
มิติที่ 6 ความเป็นอิสระของทีมจัดทำรูปแบบ	85.71
ความเหมาะสมโดยรวมทั้ง 6 มิติ	84.53

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิพบว่า มี 7 องค์ประกอบ ที่มีความสอดคล้องกับแนวคิด 6 องค์ประกอบ ของ Chronic care model ซึ่งโรงพยาบาลเป็นระบบสุขภาพที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยมี 6 องค์ประกอบคือ

องค์ประกอบที่ 1 การจัดบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และองค์ประกอบที่ 2 การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยให้ผู้ป่วยหรือญาติร่วมตั้งเป้าหมาย ซึ่งการจัดบริการที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนกลับไปอยู่ที่บ้าน และมีการติดตามดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการโรคเรื้อรังส่วนของการออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system design) การดูแลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้รับบริการ ทั้งการดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมและป้องกันโรค โดยเน้นการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยมีระบบติดตามตรวจเยี่ยมดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ⁷ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วย

สามารถจัดการดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า มีความสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย รพ.สต. และทีมสหสาขาวิชาชีพในเขตอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ด้วยกิจกรรมบันได 10 ขั้น คือ ส่วนของการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำไปสู่ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคหืด¹³

องค์ประกอบที่ 3 พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด และแนวทางการให้สุขศึกษาผู้ป่วยหอบหืด เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานและอยู่บนพื้นฐานความถูกต้องชัดเจน ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยหอบหืดจะใช้ GINA guideline 2019⁸ เป็นแนวทางในการรักษา แต่จากการสัมภาษณ์ยังพบว่า โรงพยาบาลบางแห่งยังไม่มีแนวทางการรักษาที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล (แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน) ซึ่งการนำแนวทางของ GINA guidelines 2019 มาใช้ในโรงพยาบาลบางแห่ง พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลหรือมาพ่นยาแผนกฉุกเฉินลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดเด็ก



โรงพยาบาลพิมาย พบว่า การจัดตั้งคลินิกโรคหืดเด็กได้นำแนวทางการรักษาของ GINA guideline 2019 มาใช้เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยก่อนเข้ารับรักษาในคลินิกและภายหลังรักษาในปีที่ 1 และ 2 พบว่าจำนวนของการหอบจนต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลง จำนวนครั้งของการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง และผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้น ระดับการควบคุมอาการโรคหืดดี¹⁴ และการนำแนวทางของ GINA guidelines 2019 มาใช้ยังสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Wagner⁷ ในส่วนของระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) คือ เป็นการให้บริการโดยใช้หลักฐานทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์นำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยหอบหืด

องค์ประกอบที่ 4 พัฒนสมรรถนะพยาบาลในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยหอบหืด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการรายกรณีผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ ความสามารถเฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดเพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยให้คำแนะนำตลอดจนประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งในโรงพยาบาลชุมชนยังมีพยาบาลในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยหอบหืดน้อย จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่ทั่วถึง ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดจึงเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Wagner⁷ ในส่วนของระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) คือ การให้บริการโดยใช้หลักฐานทางวิชาการ ผู้ให้บริการต้องพัฒนาตนเองอยู่เสมอและยังสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคหืดเป็นแบบ Hospital case management มีพยาบาลวิชาชีพเป็น Manager ผู้ป่วยโรคหืดมี

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 จำนวนวันนอนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้รูปแบบแตกต่างกันด้วย¹⁵

องค์ประกอบที่ 5 พัฒนาระบบการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดและนำผลมาวิเคราะห์มาใช้กับผู้ป่วย การจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีความจำเป็นเป็นอย่างมากเพื่อที่จะสามารถนำข้อมูลนั้นมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย หรือใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ดังนั้นการพัฒนาระบบการลงบันทึกข้อมูลทำโดยมีโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดอย่างเป็นระบบ สหสาขาวิชาชีพสามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Wagner⁷ ในส่วนของระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (Clinical information systems)

องค์ประกอบที่ 6 ส่งเสริมการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และด้านการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพ การจัดการบริการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ในเรื่องการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยาที่ถูกต้องนั้น ซึ่งทุกกิจกรรมที่ทำกับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตั้งเป้าหมายกับเจ้าหน้าที่ มีการเก็บข้อมูลเพื่อเฝ้าติดตามอาการของตนเอง ประเมินผลข้อมูลที่เกิดขึ้นและนำมาตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการการดูแลตนเอง และพร้อมที่จะลงมือปฏิบัติและประเมินผลหลังจากลงมือปฏิบัติแล้ว สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹⁰ ที่ว่าการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย เป็นความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากร

ทีมสุขภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูล การเฝ้าระวังตนเอง สังเกตอาการผิดปกติของตนเอง การประมวลผลข้อมูล การรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่รวบรวมได้ การลงมือปฏิบัติและประเมินผลหลังการปฏิบัติ

ครอบครัวและชุมชนเป็นอีก 1 องค์ประกอบที่มีความสำคัญโดยการมีส่วนร่วมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ ซึ่งการจัดบริการนี้ตรงกับ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Wagner⁷ ในส่วนของการมีส่วนร่วมของชุมชน (The community)

องค์ประกอบที่ 7 ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วย และร่วมพัฒนาสิ่งแวดล้อม ญาติและชุมชนมีส่วนสำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้และมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวเป็นการดูแลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความรุนแรงของโรคหืด พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวและการควบคุมอาการของโรคหืดของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของครอบครัวกับการควบคุมอาการของโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหืดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก หากผู้ดูแลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคหืดที่ดี จะส่งผลให้เด็กป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้¹⁶

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จังหวัดสระบุรี ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการการดูแลตนเองได้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงบริหาร

1.1 ผู้บริหารควรสนับสนุนการนำรูปแบบการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืดไปใช้จริงและมีการประเมินผลของการนำรูปแบบไปใช้และปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์

1.2 ผู้บริหารควรพัฒนาสมรรถนะการส่งเสริมการจัดการตนเองให้กับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ

1.3 สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหอบหืดได้เรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อออนไลน์ต่างๆ เช่น line application ต่างๆ

1.4 ผู้บริหารควรพัฒนาสมรรถนะเรื่องการรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการผู้ป่วย เพราะมีความสำคัญในการให้ข้อมูลและให้สุศึกษากับผู้รับบริการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการนำรูปแบบการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืดไปใช้จริงในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อดูผลสัมฤทธิ์หลังการนำรูปแบบไปใช้



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Asthma. [Internet]. [cited 2021 January 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>.
2. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2018. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health; 2019. (in Thai).
3. Boonpiyathat T, Yimsawad S, Sangasapaviriya A. The cost of asthma treatment in Phramongkutklao hospital: population-base study in adult. Journal of the Medical Association of Thailand 2016;99(1):51-7. (in Thai).
4. Niyomwit K. Nursing care for ill children with acute asthmatic attack. Journal of Phrapokklao Nursing College 2017;28(1):149-60. (in Thai).
5. Ruanglapanun W, Wichiencharoen K, Seeda R, Wannapong S. Impacts of asthma disease on school-age asthmatic children and family. J Nurs Sci 2009;27(2):18-27. (in Thai).
6. Chandondaeng P, Promasatayaprot V, Buranakongkatree U. Quality development system for the chronic care model in Nawa SHPH, Khemarat district, Ubon Ratchathani province. Mahasarakham Hospital Journal 2015;12(3):84-94. (in Thai).
7. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract 1998;1(1):2-4.
8. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention: Updated 2019. [Internet]. [cited 2018 August 20]. Available from: <https://ginasthma.org/2019-ginareport-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention>.
9. Boonsawat W. Introduction of easy asthma clinic. [Internet]. [cited 2019 October 10]. Available from: http://eac2.easyasthma.com/mdbtemplate/mytemplate/template.php?component=view_article&qid=4. (in Thai).
10. Creer TL. Self-management for chronic illness. [Internet]. [cited 2019 November 11]. Available from: <http://cachescan.bcub.ro/e-book/E1/580704/601-649.pdf>.
11. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. CMAJ 2010;182:E839-42.
12. Bodhicita C. Science and art qualitative research. 8th ed. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2019. (in Thai).
13. Machapamo P. Development of asthma patient care model through participation of health network in Wapipathum hospital, Mahasarakham. Journal of Health Science 2017;26(5):896-904. (in Thai).



14. Ton S. Clinical outcome of pediatric asthma at asthma clinic of Phimai hospital. Nakhon Ratch Med Bull 2017;39(3):173-82. (in Thai).
15. Butarach K , Ruangklin C. Development of case management model for the care of person with asthma at Chiangyuen hospital, Mahasarakham province. Mahasarakham Hospital Journal 2016;13(1):18-27. (in Thai).
16. Wathanachaporn P. Asthma severity, family management behavior and asthma symptom control in children among family caregivers. Nursing Journal 2016;43(2):1-12. (in Thai).