

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลบางละมุง

ณรงค์ศักดิ์ เอกวัฒนกุล พ.บ.*

Abstract **Efficacy of Treatment in the Asthma Clinic of Banglamung Hospital**

Narongsak ekawattanakul M.D.*

* Banglamung Hospital, Chonburi Province, Thailand

J Prapokklao Hosp Clin Med Educate Center 2010;27:163-173

Objective : The purpose of this quasi-experimental study was to evaluate the efficacy of the Banglamung Hospital's asthma clinic by comparing the results of the care before and after attending the clinic in 92 selected patients in the period from January 1 to December 31, 2009. The research instrument were history and symptoms record forms and the Thai version of Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ). Data were analyzed using descriptive statistics and tests for significant differences.

Results : The result showed that the hospitalization rate of asthma cases was reduced from 36.95 to 10.86 percent, the rate of patients receiving nebulizers in the emergency room was reduced from 68.47 to 33.69 percent, the use of short-acting beta2- agonist was reduced from 61.95 to 38.04 percent and the control of the disease increased from 4.34 to 26.08 percent. The mean of in-patient admission, visiting the emergency room, use of short-acting beta2- agonist, peak expiratory flow and quality of life of the experimental group was significantly different at the 0.05 level.

Conclusion : This overall result implies that asthma can be controlled by providing, in addition to the use of appropriate drugs (ICs), appropriate education about

*โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี

the disease and an understanding of how asthma treatment work. Finally, the quality of life was better, and the necessity of emergency room visits and hospitalization was much reduced.

Keyword : Efficacy of Treatment Asthma Clinic

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมที่มีผลทำให้หลอดลมของผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ (bronchial hyper-responsiveness, BHR) ผู้ป่วยมักมีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีดหรือ หอบเหนื่อยเกิดขึ้นเมื่อได้รับสารก่อโรคหรือสิ่งกระตุ้นและอาการเหล่านี้อาจหายไปได้เองหรือหายไปเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม¹ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายในผู้ป่วยโรคหืดหอบ ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับลักษณะของโรคและการใช้ยาที่เหมาะสม โดยเฉพาะการใช้ยาและปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย² ในปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคหืดได้เปลี่ยนไปตามมาตรฐานสากล (GINA Guidelines และสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย) เนื่องจากเชื่อว่าพยาธิกำเนิดของโรคเป็นการอักเสบของหลอดลม ทำให้หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น แนวทางหลักในการรักษาจึงเป็นการใช้ยาพ่นคอร์ติโคสเตียรอยด์ ซึ่งจะออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างพรอสตาแกลนดิน และลดการหลั่งฮิสตามีน ทำให้ลดการบวมและการอักเสบของหลอดลมทำให้ตัวรับเบต้าในหลอดลมทำงานดีขึ้น การใช้ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอ สามารถลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องธรรมชาติของโรค สิ่งกระตุ้นให้อาการโรคกำเริบ การใช้ยาให้ถูกต้องตามแนวการรักษา และการประเมินความรุนแรง ทำให้

ผลการรักษาดีขึ้น และผู้ป่วยให้ความร่วมมือต่อการรักษามากขึ้น ซึ่งเป้าหมายของการรักษาโรคหืด คือ ลดผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม หรือก็คือการทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น³

โรงพยาบาลบางละมุงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง มีผู้ป่วยโรคหืดเข้ารับการรักษามาก ซึ่งพบว่าอัตราการเข้านอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหืด และการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคหืด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากการวิเคราะห์หาสาเหตุร่วมกันของทีมบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการรักษาที่ยังไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐาน การดูแลตัวเองไม่ถูกต้องของผู้ป่วย เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรค การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง จากการที่โรงพยาบาลบางละมุงยังไม่ได้จัดหน่วยบริการผู้ป่วยโรคหืดโดยเฉพาะเหมือนโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคเอดส์ ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นเพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีแก่ผู้ป่วย รวมถึงเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงได้จัดให้มีคลินิกโรคหืดขึ้นที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องร่วมกันดูแลผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และทีมเยี่ยมติดตามที่บ้าน ผู้วิจัยในฐานะผู้ร่วมทีมที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด จึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของการดูแล

รักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด ทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก ด้านการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การใช้ยาขยายหลอดลมฤทธิ์สั้น ระดับการควบคุมโรค และอัตราการไหลอากาศหายใจออกสูงสุด และผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลบางละมุง

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปไม่จำกัดเพศ สามารถฟัง, พูด และอ่านภาษาไทยได้ เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลบางละมุง ตามนัดต่อเนื่อง 3 ครั้ง โดยรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2552

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการวางแผนพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคหืดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และขยายสู่การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป

2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทุกสาขาวิชาชีพ ในการพัฒนากิจกรรมบริการแก่ผู้ป่วยโรคหืดให้มีคุณภาพมากขึ้น

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลบางละมุง ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ.2552 จำนวน 168 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 92 คน เลือกแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
2. มารักษาในคลินิกโรคหืดตามนัดทุกาน และฟังภาษาไทยได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยเมื่อเริ่มการรักษาโรคหืด ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหืด ยาที่ใช้รักษาโรคหืดในปัจจุบัน ประวัติการสูบบุหรี่

2. แบบบันทึกผลการรักษาโรคหืดในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลบางละมุง ซึ่งมีข้อคำถาม ดังนี้

- อาการไอ หายใจไม่อิ่ม หรือหายใจมีเสียงดังหวีดในช่วงกลางวัน
- อาการไอ หายใจฝืด แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีดในช่วงกลางคืน
- การใช้ยาบรรเทาอาการหอบ
- อาการหอบมากจนต้องไปรักษาที่ห้องฉุกเฉิน
- อาการหอบมากจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- การวัดค่าอัตราการไหลออกอากาศสูงสุด (Peak Expiratory Flow Rate)

3. แบบวัดคุณภาพชีวิต (Health-related Quality of Life, AQLQ) เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคหืด พร้อมกิจกรรมที่ปรับมาตรฐานแล้ว (The Asthma Quality of Life Questionnaire) ใช้สำหรับให้ผู้ป่วยตอบเอง ฉบับภาษาไทย (Self administered version, Thai version) ซึ่งพัฒนาโดย Juniper (2002) แปลเป็น

ภาษาไทยโดย วัชร เลอमानกุล ผ่านการทดสอบแล้วว่ามีความน่าเชื่อถือในการจำแนกที่ดี ประกอบด้วย 32 คำถาม เกี่ยวกับโรคหืดที่เกิดขึ้นใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การให้คะแนนจะมี 7 ระดับตั้งแต่ 1 ถึง 7 โดย 1 คือ มีข้อจำกัดรุนแรง หรือเกิดขึ้นตลอดเวลา และ 7 คือ ไม่มีข้อจำกัด หรือไม่เกิดขึ้นเลย AQLQ ประกอบด้วย 4 มิติ คือ

1. อาการ ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ สอบถามถึงอาการหอบที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

2. ข้อจำกัดต่อการทำกิจกรรม ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ เป็นการสอบถามถึงความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมตามปกติในชีวิตประจำวัน

3. อารมณ์ ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ เป็นการสอบถามถึงความรู้สึกของผู้ป่วยในเรื่องความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคหืดและยาที่ใช้ ความรู้สึกหงุดหงิดเนื่องจากโรคนี้ ความกลัวที่จะไม่มียาใช้ และความกลัวเมื่อเกิดอาการหายใจไม่ทัน

4. สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ เป็นการสอบถามถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการหอบ เนื่องจากสิ่งแวดล้อม ควันบุหรี่ ฝุ่น สภาพอากาศ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคหืด (AQLQ) ฉบับภาษาไทย เพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นก่อนได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด เท่ากับ 0.81 และหลังได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด เท่ากับ 0.87

การดำเนินงานในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลบางละมุง

คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลบางละมุง ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลรักษาดังต่อไปนี้

1. พยาบาลทำการคัดกรองและบันทึกประวัติที่สำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหืด ยาที่ใช้รักษาโรคหืดในปัจจุบัน ประวัติการสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยในครั้งแรกที่รับการรักษาในคลินิก และบันทึกผลการรักษา ได้แก่ อาการไอ หายใจไม่อิ่ม หรือหายใจมีเสียงดังหวีด ในช่วงกลางวัน อาการไอ หายใจฝืด แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีดในช่วงกลางคืน การใช้ยาบรรเทาอาการหอบ อาการหอบมากจนต้องไปรักษาที่ห้องฉุกเฉิน อาการหอบมากจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด

2. นักกายภาพบำบัดวัดสมรรถภาพปอด โดยใช้มาตรวัดอากาศไหลออกสูงสุด (เครื่อง peak flow meter) และฝึกการหายใจที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วย

3. พยาบาลประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 มีอาการนานๆ ครั้ง ระดับ 2 อาการรุนแรงน้อย ระดับ 3 อาการรุนแรงปานกลาง และระดับ 4 อาการรุนแรงมาก

4. พยาบาลให้คำแนะนำ ความรู้เรื่องโรค การดูแลตนเองเมื่ออาการกำเริบ และความสำคัญของการมาตรวจตามนัด แบบบุคคลและกลุ่ม

5. เกสัชกรประเมินการใช้ยา และสอนเทคนิคการใช้ยาพ่นเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งให้ความรู้ความสำคัญของการใช้ยาพ่น corticosteroid เพื่อควบคุมโรค

6. แพทย์ประเมินความรุนแรงของโรคและให้การรักษาตามแนวมาตรฐานพร้อมทั้งนัดครั้ง

ต่อไปทุก 1-2 เดือน ขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรค

7. สำหรับผู้ป่วยที่พบประวัติกลับมารักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน หรือมีอาการกำเริบเข้ามารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินบ่อย จะมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อสืบค้นปัญหาและดำเนินการแก้ไขในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย และขอความร่วมมือจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคหืดในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

3. เก็บข้อมูลทุกวันพฤหัสบดี เวลา 13.00 -16.00 น. โดยข้อมูลประวัติผู้ป่วย เก็บเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในคลินิกโรคหืดครั้งแรก ส่วนข้อมูลผลการรักษาโรคหืด และคุณภาพชีวิต เก็บก่อนและหลังจากให้การดูแลรักษาในคลินิกโรคหืดไปแล้วตามนัด 3 ครั้ง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้ และถ้าไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยก็สามารถบอกยกเลิกได้โดยไม่มีผลเสียใด ๆ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม คำตอบทุกคำตอบจะถือเป็นความลับ โดยจะสรุปภาพรวมมาใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป R โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ

อายุ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหืด ยาที่ใช้รักษาโรคหืดในปัจจุบัน ประวัติการสูบบุหรี่ ด้วยการแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์การควบคุมโรค การมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การใช้ยาขยายหลอดลมฤทธิ์สั้นชนิดพ่นของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด โดยใช้ค่าร้อยละ

3. เปรียบเทียบจำนวนครั้งการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าการไหลอากาศหายใจออกสูงสุด และคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดก่อนและหลังได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด ด้วยสถิติการทดสอบค่าทีของตัวอย่างคู่

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.6 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 42.4 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง มากกว่า 45-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.87 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหืด พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่สุด ป่วยเป็นโรคหืดมา 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.82 รองลงมาคือ มากกว่า 5-10 ปี 20 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.65 และ 13.04 ตามลำดับ ยาที่ใช้รักษาโรคหืดในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็น β_2 -agonist inhaler คิดเป็นร้อยละ 91.3 รองลงมาคือ Theophylline, Steroid inhaler, β_2 -agonist Tab, Oral steroid, Anti-Leukotriene, β_2 +Ipratropium inhaler, β_2 +ICS inhaler และ ICS+LABA คิดเป็นร้อยละ 42.4, 32.6, 22.8, 3.4, 3.3, 2.2, 1.2 และ 1.1 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 89.1 และสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 10.9 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและค่าร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด จำแนกตามเพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหืด ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืดในปัจจุบัน และประวัติการสูบบุหรี่ (n=92)

ข้อมูล	ราย	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	42.40
หญิง	53	57.60
อายุ		
15-25 ปี	13	14.13
>15-35 ปี	10	10.87
>35-45 ปี	20	21.74
>45-55 ปี	33	35.87
มากกว่า 55 ปี	16	17.39
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหืด		
0-5 ปี	44	47.82
>5-10 ปี	19	20.65
>10-15 ปี	11	11.96
>15-20 ปี	6	6.52
20 ปีขึ้นไป	12	13.04
ยาที่ใช้รักษาโรคหืดในปัจจุบัน		
β_2 -agonist inhaler	84	91.30
β_2 -agonist Tab	21	22.80
Theophylline	39	42.40
Steroid inhaler	30	32.60
Oral steroid	3	3.40
β_2 +Ipratropium inhaler	2	2.20
β_2 +ICS inhaler	1	1.20
ICS+LABA	1	1.10
Anti-Leukotriene	3	3.30
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน		
ไม่สูบ	82	89.10
สูบ	10	10.90

2. ก่อนได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด ผู้ป่วยมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 68.47 นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 36.95 และ ใช้ยาขยายหลอดลมฤทธิ์สั้นเท่ากับหรือมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ 61.95

หลังได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด ผู้ป่วยมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 33.69 นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.86 และ ใช้ยาขยายหลอดลมฤทธิ์สั้นเท่ากับหรือ

มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 38.04

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน ลดลงจากร้อยละ 68.47 เป็น ร้อยละ 33.69 ผู้ป่วย นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดลงจาก 35.95 เป็น ร้อยละ 10.86 และผู้ป่วยใช้ยาขยายหลอดลมฤทธิ์ สั้นเท่ากับหรือมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ลดลง จากร้อยละ 61.95 เป็น ร้อยละ 38.04 หลังได้รับ การดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและค่าร้อยละของผู้ป่วยโรคหืด ที่ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด จำแนกตาม การมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน, การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และการใช้ยาขยายหลอดลมฤทธิ์สั้นชนิด พ่นเท่ากับหรือมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (n=92)

ตัวแปร	ก่อนเข้าคลินิก (ร้อยละ)	หลังเข้าคลินิก (ร้อยละ)
การมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน	68.47	33.69
การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	36.95	10.86
การใช้ยาขยายหลอดลมฤทธิ์สั้น เท่ากับหรือมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์	61.95	38.04

3. ก่อนได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรค หืด ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ คิดเป็นร้อยละ 4.34 ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 3.26 และผู้ป่วยที่ควบคุมอาการของโรคไม่ได้ คิดเป็น ร้อยละ 92.39

หลังได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ คิดเป็นร้อยละ 26.08 ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 14.13 และผู้ป่วยที่ควบคุมอาการของโรคไม่ได้

คิดเป็นร้อยละ 59.78

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ (controlled) เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 4.34 เป็น ร้อย ละ 26.08, ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ไม่ดี (partly controlled) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.26 เป็นร้อยละ 14.13 และผู้ป่วยที่ควบคุมอาการของโรคไม่ ได้ (uncontrolled) ลดลงจากร้อยละ 92.39 เป็น ร้อยละ 59.78 หลังได้รับการดูแลรักษาในคลินิก โรคหืด

ตารางที่ 3 จำนวนและค่าร้อยละของผู้ป่วยโรคหืด ที่ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด จำแนกตามระดับการควบคุมโรคหืด (n=92)

	ก่อนเข้าคลินิก (ร้อยละ)	หลังเข้าคลินิก (ร้อยละ)
ระดับควบคุมอาการได้	4.34	26.08
ระดับควบคุมอาการได้ไม่ดี	3.26	14.13
ระดับควบคุมอาการของโรคไม่ได้	92.39	59.78

4. จำนวนครั้งเฉลี่ยของการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าเฉลี่ยอัตราการไหลอากาศหายใจออกสูงสุดของผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลบางละมุง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน, การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และอัตราการไหลอากาศหายใจออกสูงสุด ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด (n=92)

	ก่อนเข้าคลินิก		หลังเข้าคลินิก		t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (ครั้ง)	1.35	2.56	0.13	0.42	4.717	.000
การมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน (ครั้ง)	5.815	8.832	0.597	1.422	5.715	.000
อัตราการไหลอากาศหายใจออกสูงสุด (ลิตร/นาที)	256.43	106.99	296.38	105.67	-4.727	.000

5. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม และจำแนกรายด้าน ได้แก่ ด้านอาการ การจำกัดในกิจกรรม การแสดงอารมณ์ และสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลบางละมุง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด จำแนกรายด้านและโดยรวม (n=92)

	ก่อนเข้าคลินิก		หลังเข้าคลินิก		t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
อาการ	3.35	0.40	4.43	0.61	-18.87	0.000
การจำกัดในกิจกรรม	3.39	0.51	4.50	0.55	-20.78	0.000
การแสดงอารมณ์	3.27	0.51	4.40	0.60	-15.89	0.000
สิ่งรบกวนในสภาพแวดล้อม	3.23	0.37	4.13	0.61	-15.91	0.000
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.33	0.42	4.41	0.47	-25.47	0.000

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลบางละมุง ผู้วิจัยได้อภิปรายผล ดังนี้

1. จำนวนผู้ป่วยมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน ลดลงจากร้อยละ 68.47 เป็น ร้อยละ 33.69 ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดลงจาก 35.95 เป็น ร้อยละ 10.86 และผู้ป่วยใช้ยาขยายหลอดลมฤทธิ์สั้นเท่ากับหรือมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ลดลงจากร้อยละ 61.95 เป็น ร้อยละ 38.04 หลังได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด เนื่องจากการจัดบริการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด ของโรงพยาบาลบางละมุง ได้มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมในด้านการใช้ยา โดยผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด จะได้รับการจำแนกความรุนแรงของโรคหืด และจัดแผนการรักษาด้วยยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน โดยแพทย์จะพิจารณาใช้ยา Corticosteroid ชนิดสูดเป็นยาหลักในการรักษา ร่วมกับยาขยายหลอดลมและยาอื่นตามความรุนแรงของอาการ ซึ่งประสิทธิภาพของ corticosteroid ในการรักษาโรคหืด คือ ช่วยทำให้อาการและภาวะหลอดลม

ไวต่อสิ่งกระตุ้นลดลง¹

2. จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.34 เป็นร้อยละ 26.08 ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ไม่ดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.26 เป็นร้อยละ 14.13 และผู้ป่วยที่ควบคุมอาการของโรคไม่ได้ ลดลงจากร้อยละ 92.39 เป็นร้อยละ 59.78 หลังได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด อธิบายได้ว่า การจะบอกถึงระดับการควบคุมอาการโรคหืดได้ ต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค จำนวนครั้งของการใช้ยาขยายหลอดลม ผลกระทบของโรคหืดต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน อัตราการกำเริบของโรครวมทั้งสมรรถภาพการทำงานของปอด โดยจะแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับควบคุมอาการได้ ระดับควบคุมอาการได้ไม่ดี และระดับควบคุมอาการได้ไม่ดี¹ เมื่อพิจารณาผลการศึกษาในครั้งนี้ จะเห็นว่าข้อมูลที่ใช้ในการพิจารณาระดับการควบคุมอาการของโรค มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาที่เหมาะสม ร่วมกับการจัดกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหืด โดยบุคลากรสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ใกล้ชิด ในเรื่อง

ธรรมชาติของโรค ปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้เกิดการกำเริบของโรค วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการใช้ยาประเภทสูด ด้วยการฝึกให้ผู้ป่วยบริหารยาทางการสูดได้อย่างถูกต้อง การฝึกหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ และติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ระดับการควบคุมอาการโรคหืดของผู้ป่วยดีขึ้น

3. จำนวนครั้งเฉลี่ยของการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน และการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ก่อนและหลังได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า การจัดตั้งคลินิกโรคหืด โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐาน ร่วมกับการที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและสามารถปฏิบัติตนด้านต่าง ๆ ได้ถูกต้องนั้น ช่วยทำให้การควบคุมอาการของโรคดีขึ้น จึงไม่มีอาการจับหืดรุนแรงหรือเฉียบพลัน จนต้องมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินและนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

4. ค่าเฉลี่ยอัตราการไหลอากาศหายใจออกสูงสุดของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า การรักษาโรคหืดมุ่งเน้นการลดการอักเสบของหลอดลมด้วยยากลุ่มควบคุม โดยมีเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยโรคหืดให้ผู้ป่วยสามารถ ควบคุมอาการของโรค ให้สงบลงได้ ป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค ยกระดับสมรรถภาพการทำงานของปอดของผู้ป่วยให้ดีขึ้นเทียบเท่ากับคนปกติหรือให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้¹ สำหรับยาที่ใช้เป็นยาหลักในการรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด คือ ยา corticosteroid ซึ่งมีประสิทธิภาพในการทำให้อาการและภาวะหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นลดลง และสมรรถภาพการทำงานของปอดของผู้ป่วยดีขึ้น โดยประเมิน

ได้จากอัตราการไหลอากาศหายใจออกสูงสุดของผู้ป่วย ที่จะเพิ่มขึ้นเมื่อสมรรถภาพการทำงานของปอดดีขึ้น

5. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน และโดยรวมของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ จะช่วยให้เข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง เป็นการมองผู้ป่วยโดยพิจารณาสิ่งต่างๆ ทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์และความสำคัญในชีวิตของตัวผู้ป่วยเอง ไม่ใช่แค่เพียงการมองที่ตัวโรค กล่าวคือ ต้องมองครอบคลุมถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ การรับรู้ เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และอาการของโรครวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากโรค⁴ สามารถประเมินได้โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดที่วัดได้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดทางคลินิก เช่น ระดับการควบคุมโรคหืด โดยในช่วงที่คุมอาการได้ดี ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนช่วงที่คุมอาการได้บ้างผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนัก เนื่องจากกลัวและกังวลต่อความไม่แน่นอนของโรค สำหรับผู้ป่วยที่คุมอาการไม่ได้เลยนั้น จะไม่ทราบว่าคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นอย่างไร⁵

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรหรือทีมงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด ให้มารับการรักษา ในคลินิกโรคหืดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การรักษามีความครอบคลุมผู้ป่วยและมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. ผู้บริหารองค์กรแพทย์ควรมีการ

กำหนดแนวทางในการรักษาโรคหืดที่ชัดเจน และติดตาม ประเมินการรักษาให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดทุกคนได้รับการรักษาตามมาตรฐาน

3. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรพิจารณาจัดสถานที่ บุคลากร และเครื่องมือที่จำเป็น ให้มีความพร้อมและเพียงพอต่อการให้บริการในคลินิกโรคหืด เพื่อให้การบริการตามกิจกรรมต่างๆ มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดโดยใช้กระบวนการกลุ่มในคลินิกโรคหืด

2. ศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคหืด

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืด พ.ศ. 2551. แนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุข : การดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552.

2. Scherer YK. Bruce S. Knowledge, attitudes, and self-efficacy and compliance with medical regimen, number of emergency department visits, and hospitalizations in adults with asthma. *Heart& Lung* 2001; 30: 250-7.
3. Wenzel, S.E , Lumry W., Manning M. Efficacy, safety, and effects on quality of life of salmeterol versus Albuterol in patients with mild to moderate persistent asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1998; 80:463-70.
4. วชิรี เลอमानกุล. การสร้างแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*. 2543; 24: 71-85.
5. อุดลย์ โปจรัส, เกษศิริพันธ์ โพธิ์ทิพย์, หัสยาภรณ์ ทองเสียน, พรรัตน์ โพธิ์ศรี. การรักษาผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลกัณฑ์ธารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2550; 2:550-556.