

รายงานวิจัย

เรื่อง

การประเมินคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นผู้ใหญ่ในประเทศไทย

Assessment of Quality of Care and Outcomes for Adult Asthmatic Patients in Thailand

ผู้วิจัย

ภญ.ปริยานุช ศิริมัย

โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

ที่ปรึกษา	ผศ.ดร.จุฬารัตน์	ลิมวัฒนานนท์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ผศ.ดร.สุพล	ลิมวัฒนานนท์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	นพ.ดร.วิโรจน์	ตั้งเจริญเสถียร	สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
	ผศ.นพ.ดร.วัชร	บุญสวัสดิ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มิถุนายน 2549

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้จะไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากไม่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลต่างๆต่อไปนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดย ผู้อำนวยการนายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ ที่ได้สนับสนุนทุนวิจัยในการดำเนินงานในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ที่ปรึกษาโครงการวิจัยทุกท่านได้แก่ ผศ.ดร.จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, ผศ.ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, นพ.ดร.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ ผศ.นพ.ดร.วัชรมา บุญสวัสดิ์ ที่ให้คำปรึกษาที่มีคุณค่าตลอดระยะเวลาการดำเนินงานวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลพุทธรักษา, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลบางสะพาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลบางสะพานน้อย ที่อนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลการวิจัย

ขอขอบพระคุณแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถามและให้ข้อเสนอแนะในกระบวนการคลายในการวิจัยระยะที่ 2

ขอขอบคุณเภสัชกรทุกท่านที่เอื้อเพื่อการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล

ท้ายสุดนี้ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขทุกท่านและผู้ที่มีได้เอ่ยนามที่ช่วยให้การวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จ

เรือเอกหญิงปริญญ์ ศิริมัย

ผู้วิจัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

จากผลการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหืดพบว่าสิ่งที่เป็นปัญหาต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดที่มากที่สุดคืออาการหอบซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก นอกจากอาการหอบจะมีผลต่อสถานะสุขภาพแล้ว ยังมีผลกับสถานะทางสังคมอีกด้วย(ดังรูปภาพที่ 2) แต่ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่ต้องยอมทนรับสภาพความเจ็บป่วยและทนกับอาการหอบเนื่องจากความเชื่อที่ว่าโรคหืดเป็นโรคที่รักษาไม่หายซึ่งคำบอกเล่าดังกล่าวส่วนหนึ่งผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ผู้ทำการรักษาโดยตรง ในปัจจุบันเราทราบแล้วว่าอาการของโรคหืดสามารถป้องกันและควบคุมได้ด้วยการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมแต่ความจริงในข้อนี้ยังอยู่ในวงจำกัดเฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางออร์เวซ ซึ่งการรักษาโรคหืดในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังเป็นแพทย์ทั่วไปที่ทำการรักษาผู้ป่วย จากปัญหาดังกล่าวทำให้การรักษาโรคหืดในปัจจุบันไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร มีการศึกษาจำนวนมากในต่างประเทศที่แสดงถึงความสูญเสียอย่างมหาศาลที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคหืด ในสหรัฐอเมริกามีการศึกษาว่าสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ป้องกันได้อันดับแรกมาจากโรคหืด ดังนั้นการรักษาโรคหืดที่เหมาะสมจะช่วยลดความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้อย่างมาก การประเมินคุณภาพการดูแลจะทำให้ทราบสถานการณ์การดูแลรักษาโรคหืดเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป

จากการศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในจังหวัดต่าง ๆ นั้น ผลการวิจัยพบว่ายังมีความแตกต่างของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดอยู่มากในระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งด้านโครงสร้างและกระบวนการ ซึ่งส่งผลไปยังผลลัพธ์ในการรักษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่าโครงสร้าง (structure) โรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกโรคหืดจะมีคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ที่ดีกว่า เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐาน มีการติดตามคนไข้ทำให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าในปัจจุบันเริ่มมีโรงพยาบาลหลายแห่งจัดตั้งคลินิกผู้ป่วยโรคหืดขึ้นแล้วก็ตาม ยังพบว่าการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและจริงจังยังมีอย่างจำกัด นอกจากนั้นยังพบว่าการดำเนินงานคลินิกโรคหืดมักมีในโรงพยาบาลใหญ่เท่านั้นในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิซึ่งอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดยังไม่มีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด มีข้อจำกัดทั้งทรัพยากรเช่น ยา เครื่องมือรวมทั้งองค์ความรู้ของบุคลากรซึ่งเป็นประเด็นที่น่าเป็นห่วง เนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการถึงการวินิจฉัยโรคหืดหากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและเริ่มการรักษาได้เร็วจะส่งผลในการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งประเด็นนี้ยังเป็นปัญหาในปัจจุบัน

เกี่ยวกับปัญหาของค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคหืด แม้ในผลการวิจัยจะไม่ได้ครอบคลุมถึง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคหืดจะมาจากค่ายามากที่สุด เนื่องจากยาพ่นจะเป็นยาที่ราคาสูง จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกับการรักษาที่ไม่ประสบผลสำเร็จ

นอกจากนั้น Peak Flow Meter ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ติดตามอาการของโรคก็มีราคาสูงเช่นเดียวกัน และยังไม่มีการใช้ที่แพร่หลาย ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องแก้ไขต่อไป

สำหรับการให้คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วยซึ่งมีความสำคัญมากโดยเฉพาะคำแนะนำ การใช้ยาพ่นและการปฏิบัติตัว แต่ในปัจจุบันระบบการให้คำแนะนำในผู้ป่วยโรคหืดยังไม่มี ความชัดเจน แม้ในโรงพยาบาลที่จัดตั้งคลินิกโรคหืดบางแห่งยังไม่มีเภสัชกรเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแล เรื่องการใช้ยาพ่น แต่ในบางแห่งแพทย์และพยาบาลจะเข้ามามีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำแก่ ผู้ป่วย ทำอย่างไรทุกวิชาชีพจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเนื่องจากการที่จะทำให้ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่ดีนั้น จำเป็นต้องใช้ความร่วมมือกันจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะ บุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาวิชาชีพเพื่อให้การรักษาประสบความสำเร็จ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ในการสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลรวมทั้งผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นผู้ใหญ่ โดยทำการวิจัยเป็น 3 ช่วง ช่วงที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาภาระโรคตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลในมุมมองของผู้ป่วยซึ่งจะนำข้อมูลมาเป็นพื้นฐานสำหรับงานวิจัยในช่วงที่ 2 และช่วงที่ 3 โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหืดในเขตอำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์จำนวน 61 คน พบว่าผลกระทบของโรคหืดที่มีต่อผู้ป่วยมี 4 ด้านคือผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ ผลกระทบต่อสถานะทางการเงินและผลกระทบต่อชีวิตคู่ คุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการคือการหายขาดจากอาการของโรคหืด

การศึกษาในช่วงที่ 2 เป็นการสร้างเครื่องมือโดยการใช้เทคนิคเดลฟาย จำนวน 2 รอบ โดยผู้เชี่ยวชาญโรคหืดที่เป็นกรรมการของสมาคมออร์เวสแห่งประเทศไทย จำนวน 20 และ 9 คน ตามลำดับ ได้เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลโรคหืดจำนวน 16 ข้อ ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 มิติคือ ความเหมาะสมของการใช้ยาจำนวน 7 ข้อ, การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยจำนวน 5 ข้อ, การควบคุมปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้นจำนวน 2 ข้อ, และการตรวจร่างกาย, สมรรถภาพปอดและการติดตามการดำเนินโรคจำนวน 2 ข้อ เครื่องมือได้ผ่านการทบทวนโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบการใช้ในผู้ป่วยโรคหืด ตลอดจนการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ(Psychometric properties testing)

การศึกษาในช่วงที่ 3 เป็นการนำเครื่องมือที่ได้ไปประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคหืด 3 จังหวัดคือ ประจวบคีรีขันธ์ สุรินทร์และพิษณุโลก จำนวนรวม 183 คน ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่ มกราคม – พฤษภาคม 2549 พบว่าผู้ป่วยโรคหืดชนิดเรื้อรังได้รับยาพ่นสเตียรอยด์เฉลี่ยร้อยละ 44.5 โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นดังกล่าวมากที่สุดคือจังหวัดสุรินทร์ รองลงมาคือพิษณุโลกและประจวบคีรีขันธ์ตามลำดับ สำหรับการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยในจังหวัดสุรินทร์มีคะแนนเฉลี่ยการทดสอบความรู้สูงที่สุดคือ 8.73 ± 2.58 คะแนน รองลงมาเป็นจังหวัดประจวบคีรีขันธ์(6.99 ± 1.89)และพิษณุโลกตามลำดับ(6.35 ± 3.25) สำหรับการวัดผลลัพธ์โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต Short-Form 36- Items Health Survey ของ The Medical Outcomes Study (MOS) ฉบับภาษาไทย พบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 จังหวัดมีคุณภาพชีวิตต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ($p < 0.01$)ในมิติ Physical Functioning, Role Physical, Bodily Pain, General Health และ Role Emotional เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ กับผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มอื่นในการรักษาโดยควบคุมตัวแปรอื่นๆได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหืด อายุ เพศ การเป็นโรคอื่นร่วมด้วยและ ระยะเวลาในการเป็นโรค พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์มีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Physical Functioning และ Role Physical

มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value =0.017 และ 0.022) นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษานในห้องฉุกเฉินน้อยกว่าผู้ที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ 50%(95%CI 0.084-3.017) และ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ 57%(95%CI 0.027-6.8963)

คำสำคัญ โรคหืด, คุณภาพการดูแล, คุณภาพชีวิต, ยาพ่นสเตียรอยด์

Abstract

The main objective of this study was to develop a comprehensive, evaluated tool to assess quality of care and outcomes for adult asthmatic patients. There were 3 phases which were completed separately. Phase one was a qualitative part to investigate the burden of asthma disease and factors related to quality of care in patients' view. Information from phase 1 will be used as a fundamental data for phase 2 and 3. Sixty-one asthmatic patients aged 18-60 years were interviewed. We found that the burden of asthma affecting Thai patients on 4 main categories relating to daily life including physical and emotional impact, employment, financial, and partners relationships.

We chose 2-round Delphi technique to develop asthma quality indicators in phase 2. Sixteen asthma quality indicators were selected and approved by 20 and 9 expert panels from Thai Thoracic Society. The indicators were classified in 4 dimensions as 1)proper use of medications 7 items,2) patient education 5 items, 3)control of factors contributing to asthma severity 2 items,4) physiologic assessment and monitoring 2 items. Psychometric properties were tested subsequently.

In the last phase, the tool was used to evaluate 183 asthmatic patients in 3 provinces. Patients from high asthma quality of care province had inhaled corticosteroid as 100% which became 48% in low asthma quality of care province. In patient education dimension, average scores for knowledge testing was 8.73 ± 2.58 (full scores of 12) and 6.35 ± 3.25 in high and low asthma quality of care province. For quality of life assessment, Short-Form 36- Items Health Survey in Thai version was used. The scores for the three province were significantly different ($p < 0.01$) in Physical Functioning, Role Physical, Bodily Pain, General Health and Role Emotional Dimension. In subgroup analysis (multivariate analysis), we found that Physical Functioning and Role Physical Dimension scores were significantly higher in ICS having group than non ICS (P -value = 0.017 and 0.022) when adjusted with age, sex, asthma severity and duration of disease. Finally we have found that the risk for emergency department visits and hospital admissions in ICS group was lower than non ICS for 50% (95%CI 0.084-3.017) and 57% (95%CI 0.027-6.8963). The results of study proved that developed asthma

process indicators have abilities to discriminate the quality of asthma care as link to patients' outcomes.

Keywords: asthma, quality of care, quality of life, inhaled corticosteroids

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	i
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ii
บทคัดย่อภาษาไทย	v
Abstract	vii
บทนำ	1
บททวนวรรณกรรม	4
กรอบแนวคิด	12
คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย	14
วิธีการศึกษา	15
ผลการศึกษา	22
-ผลการศึกษาช่วงที่ 1:การสำรวจสภาพปัญหาและภาระโรคผู้ป่วยโรคหืด	22
-ผลการศึกษาช่วงที่ 2:การสร้างและทดสอบเครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพการดูแล	34
ผู้ป่วยโรคหืด	
-ผลการศึกษาช่วงที่ 3:การศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด	57
สรุปและวิจารณ์	75
ข้อจำกัดการศึกษา	79
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	80

สารบัญตาราง

ตารางที่	ชื่อตาราง	หน้า
1	แนวทางการรักษาโรคหืดที่เป็นมาตรฐานและได้รับการอ้างอิงในปัจจุบันของต่างประเทศ และประเทศไทย	5
2	เกณฑ์ในการแบ่งความรุนแรงของโรคหืด	5
3	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์อย่างน้อย 1 ใบสั่งยาในรอบ 1 ปีจากฐานข้อมูลการจ่ายยาของโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป 18 แห่ง	8
4	จำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่เข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดในการศึกษาช่วงที่ 1	22
5	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการสัมภาษณ์แบ่งตามสถานบริการที่ผู้ป่วยรักษา	23
6	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	23
7	โรค, ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหืด	25
8	ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มยาและการรักษาอื่นที่ผู้ป่วยได้รับ	26
9	ยาที่ผู้ป่วยได้รับและการใช้ยาจำแนกตามระดับความรุนแรงของโรคหืด	27
10	รายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการรักษาโรคหืดที่ผู้ป่วยได้รับ	28
11	ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถาม	34
12	เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดจากการทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งตามมิติหลัก 4 มิติ	35
13	ค่าเปอร์เซ็นต์ความยอมรับของเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลโรคหืด จากกระบวนการเดลฟาย 2 รอบ	37
14	เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลที่ถูกตัดออก โดยอิงจากค่าเปอร์เซ็นต์ความยอมรับ	38
15	ผลการวิเคราะห์เพื่อหาอันดับของเครื่องชี้วัดคุณภาพในมิติที่ 1	38
16	ผลการวิเคราะห์เพื่อหาอันดับของเครื่องชี้วัดคุณภาพในมิติที่ 2	39
17	ผลการวิเคราะห์เพื่อหาอันดับของเครื่องชี้วัดคุณภาพในมิติที่ 3	40
18	ผลการวิเคราะห์เพื่อหาอันดับของเครื่องชี้วัดคุณภาพในมิติที่ 4	41
19	เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลที่ถูกตัดออก โดยอิงจากค่ามัธยฐาน ฐานนิยม และพิสัยระหว่างควอไทล์	41
20	จำนวนเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลก่อนและหลังกระบวนการเดลฟาย	42
21	เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดจากกระบวนการเดลฟาย โดยแบ่งตามมิติหลัก 4 มิติ	42
22	ผลการทบทวนข้อคำถามโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในมิติที่ 1	43
23	ผลการทบทวนข้อคำถามโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในมิติที่ 2	45
24	ผลการทบทวนข้อคำถามโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในมิติที่ 3	46
25	ผลการทบทวนข้อคำถามโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในมิติที่ 4	46
26	การทดสอบแบบสอบถามโดยการศึกษาแบบนำร่องในผู้ป่วย. ในมิติที่ 1	48

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่	ชื่อตาราง	หน้า
27	การทดสอบแบบสอบถามโดยการศึกษาแบบนำร่องในผู้ป่วย.ในมิติที่ 2	49
28	การทดสอบแบบสอบถามโดยการศึกษาแบบนำร่องในผู้ป่วย.ในมิติที่ 3	50
29	การทดสอบแบบสอบถามโดยการศึกษาแบบนำร่องในผู้ป่วย.ในมิติที่ 4	51
30	คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเปรียบเทียบ 2 จังหวัดที่มีคุณภาพการดูแลต่างกัน	54
31	ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha (Cronbach's Alpha Coefficient)ของการวัดค่า คุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ของผู้ป่วยทั้งหมดในภาพรวม	56
32	จำนวนแบบสอบถามที่รวบรวมได้จากจังหวัดต่างๆ	57
33	ลักษณะทางโครงสร้างของการดูแลรักษาโรคหืดในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง	58
34	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	59
35	โรค, ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหืด	60
36	ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มยาและการรักษาอื่นที่ผู้ป่วยได้รับ	61
37	การได้รับและการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ และยาพ่นขยายหลอดลม จำแนกตามระดับ ความรุนแรงของโรคหืด	62
38	จำนวนผู้ป่วยโรคหืดชนิดเรื้อรังที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์	63
39	จำนวนผู้ป่วยโรคหืดชนิดเรื้อรังที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์แบ่งตามระดับความรุนแรงของ โรค	63
40	ความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์เปรียบเทียบในผู้ป่วย 3 จังหวัด	63
41	การได้รับยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็วเปรียบเทียบในผู้ป่วย 3 จังหวัด	63
42	จำนวนผู้ป่วยที่ทราบความแตกต่างระหว่างยาพ่นสเตียรอยด์และยาพ่นขยายหลอดลม	64
43	คะแนนการประเมินการสาธิตการใช้ยาพ่นในผู้ป่วยโรคหืด 3 จังหวัด	64
44	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม beta-blocker เปรียบเทียบข้อมูลใน 3 จังหวัด	64
45	การได้รับคำแนะนำต่างๆตามเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลในมิติที่ 2	65
46	การได้รับคุณภาพการดูแลในมิติที่ 3 ของผู้ป่วย 3 จังหวัด	65
47	การได้รับคุณภาพการดูแลในมิติที่ 4 ของผู้ป่วย 3 จังหวัด	65
48	ค่า PEF ผู้ป่วยโรคหืดจาก 3 จังหวัด	66
49	%PEF เทียบกับค่ามาตรฐาน ของผู้ป่วยโรคหืดจาก 3 จังหวัด	66
50	จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลา 1 เดือน	67
51	จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินในช่วง 1 เดือน	67
52	การเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพเมื่อเทียบกับ 1 ปีที่แล้ว	67
53	ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบ่งตามมิติต่างๆ ของผู้ป่วยทั้งหมด	68
54	ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบ่งตามมิติต่างๆ ของผู้ป่วยเปรียบเทียบ 3 จังหวัด	69

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่	ชื่อตาราง	หน้า
55	ความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ กับค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Physical Functioning	69
56	ความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ กับค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Role Physical	70
57	ความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ กับค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Bodily Pain	71
58	ความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ กับค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ General Health	71
59	ความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ กับค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Vitality	72
60	ความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ กับค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Social Functioning	72
61	ความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ กับค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Role Emotional	73
62	ความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ กับค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Mental Health	73
63	ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน	74

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพที่	ชื่อรูปภาพ	หน้า
1	ผลกระทบของโรคหืดที่มีต่อผู้ป่วย	29
2	ภาวะโรคของผู้ป่วยโรคหืดและผลกระทบที่เกิดขึ้น	33

บทนำ

หลักการและเหตุผล

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย และประเทศต่างๆทั่วโลก¹ ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมาพบว่าอุบัติการณ์ของโรคหืดมีแนวโน้มสูงขึ้นในหลายประเทศ² ในประเทศไทยพบว่าความชุก (prevalence) ของโรคหืดคือ 10-13% ในเด็ก³ และ 5-9% ในผู้ใหญ่⁴ จากสถิติของผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทยพบว่าแนวโน้มการเป็นโรคหืดในประเทศไทยสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ. 2539 มีอัตราป่วย 140.57 ต่อประชากร 100,000 และเพิ่มขึ้นเป็น 164.26 ในปี พ.ศ. 2543⁵ ยังไม่มีใครทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเพิ่มขึ้นของโรคหืดในปัจจุบัน ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นน่าจะมาจากหลายด้านประกอบกัน ได้แก่ การเพิ่มความเสี่ยงของโรค การให้การรักษาด้วยยาต้านการอักเสบที่น้อยเกินไป ความเชื่อมั่นที่มีต่อการใช้ยาขยายหลอดลมที่มากเกินไป ตลอดจนการเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการกำเริบช้าเกินไป² ประกอบกับในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและวิธีการรักษามีความก้าวหน้าไปอย่างมากแต่ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นจำกัดอยู่ในวงแคบของกลุ่มนักวิจัยและแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น ไม่เป็นที่ยอมรับแพร่หลายในแพทย์ทั่วไปที่เป็นผู้รักษาผู้ป่วย ทำให้การรักษาโรคหืดโดยทั่วไปยังไม่ดีพอ¹

ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อที่จะทำให้การรักษาโรคหืดได้ผลดีขึ้นและมีมาตรฐานเดียวกันจึงได้มีการจัดทำแนวทางการรักษาโรคหืดขึ้นในหลายประเทศได้แก่ ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์⁷ สหรัฐอเมริกา^{6,8} และ สหราชอาณาจักร⁹ ในประเทศไทยมีการจัดทำแนวทางการรักษาโรคหืดครั้งแรกในปี พ.ศ.2537 และมีการปรับปรุงใน พ.ศ. 2540 โดยความร่วมมือของสมาคมอุรเวชช์สมาคมโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยาและชมรมโรคหอบหืด^{10,11} โดยคาดว่าเมื่อมีแนวทางการรักษาโรคแล้วจะทำให้การรักษาโรคหืดเป็นไปในแนวทางเดียวกัน หากแพทย์ทั่วไปปฏิบัติตามแนวทางการรักษาโรคน่าจะทำให้การดูแลรักษาโรคหืดดีขึ้น สามารถลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตจากโรคหืดได้ในที่สุด¹ โดยทั่วไปแนวทางการดูแลรักษาโรคหืดจะมุ่งเน้นใน 4 กระบวนการด้วยกัน คือ การวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสมทั้งในผู้ป่วยโรคหืดชนิดเรื้อรังและชนิดฉับพลัน การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา การป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นหรือสารที่ก่ออาการแพ้ และการจำแนกความรุนแรงและติดตามการดำเนินโรค^{2,6,11} การดำเนินงานทั้ง 4 กระบวนการนี้ต่างก็มีความสำคัญที่จะทำให้การดูแลรักษาโรคหืดประสบความสำเร็จได้มากขึ้น¹¹

ในปัจจุบันระบบบริการทางสุขภาพของประเทศไทยมุ่งเน้นในการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของการให้การรักษายาบาลเป็นอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากกระบวนการ Hospital Accreditation ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง¹² เมื่อพิจารณาในกระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการซึ่งกำหนดให้มีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรคต่างๆ ดังนั้นการประเมินว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้หรือไม่รวมทั้งการศึกษถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

นับว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ในต่างประเทศมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพการดูแล (quality of care) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในโรคต่างๆอย่างแพร่หลายมากกว่า 10 ปี แต่งานศึกษาวิจัยดังกล่าวยังมีน้อยมากในประเทศไทยไม่ว่าจะเป็นโรคใดเกี่ยวกับโรคหืดพบว่าในสหรัฐอเมริกามีการศึกษาถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดหลายการศึกษา¹³⁻¹⁷ ส่วนใหญ่จะศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดโดยเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นจากแนวทางการรักษาที่มีอยู่แล้ว ผลการศึกษาพบว่าแม้ในประเทศที่มีการเผยแพร่แนวทางการรักษาโรคหืดมาเป็นระยะเวลานานกว่าประเทศไทยเช่นในสหรัฐอเมริกา ยุโรป และแคนาดา ยังพบได้ว่าในประเทศดังกล่าวมีปัญหาจากการที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่กำหนดไว้ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวจะนำมาสู่การกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหามาให้เกิดคุณภาพการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

สำหรับในประเทศไทยเท่าที่ผ่านมายังไม่เคยมีการจัดทำเกณฑ์หรือเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลในโรคหืดมาก่อน การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคหืดในประชากรทั่วไปยังมีจำกัดและยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงการรักษาโรคหืดว่าเป็นไปตามแนวทางการรักษาที่กำหนดไว้ทั้ง 4 กระบวนการหรือไม่ ตลอดจนยังไม่มีการศึกษาที่เชื่อมโยงให้เห็นว่าคุณภาพการดูแลที่ต่างกันให้ผลลัพธ์ที่ต่างกันอย่างไร โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการปฏิรูประบบสาธารณสุขภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีเป้าหมายที่ทำให้เกิดการมีสุขภาพของประชาชน และการมีระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และยุติธรรมต่อประชาชนทุกกลุ่ม ดังนั้นคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทยรวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจึงควรได้รับการศึกษาวิจัย เพื่อทราบสถานการณ์ของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในปัจจุบัน รวมทั้งปัจจัยต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแลโรคหืดในประเทศไทยทั้งนี้เพื่อทราบปัญหาที่แท้จริงของการดูแลผู้ป่วยโรคหืด เป็นข้อมูลพื้นฐานของการแก้ไขปัญหาและการเพิ่มคุณภาพการดูแลในผู้ป่วยโรคหืด คาดว่าจะทำให้การรักษาโรคหืดประสบผลสำเร็จในอนาคต

วัตถุประสงค์

คำถามหลักของงานวิจัยนี้คือ "คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นผู้ใหญ่อในประเทศไทยในปัจจุบันเป็นอย่างไร"

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นผู้ใหญ่ในประเทศไทยในปัจจุบัน โดยสำรวจจากคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ โดยใช้เครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่สร้างและผ่านการทดสอบแล้ว
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นผู้ใหญ่ที่ได้รับคุณภาพของการดูแลที่แตกต่างกัน

3. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและภาระโรค(burden of disease)ของผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นผู้ใหญ
โดยครอบคลุมทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน
รวมทั้งผู้ป่วยในชุมชนที่ไม่ได้รับบริการทางการแพทย์หรือพึ่งตนเอง

บททวนวรรณกรรม

ปัญหาของการรักษาโรคหืดเป็นสิ่งที่หลายประเทศให้ความสนใจและพยายามแก้ไข เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบในทุกประเทศทั่วโลก สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงอายุของผู้ป่วย จัดเป็นโรคที่ก่อให้เกิดการทำให้เกิดการเจ็บป่วยซึ่งอาจรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต² ความสูญเสียที่เกิดจากโรคหืดคิดเป็นเงินมูลค่ามหาศาล แม้ว่าในประเทศไทยยังไม่มีการประมาณค่าใช้จ่ายที่สูญเสียจากโรคหืดแต่ในสหรัฐอเมริกาผู้ศึกษาค่าใช้จ่ายมูลค่ามหาศาลที่เกิดจากโรคหืดพบว่าในปี 1992 ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคหืดคือ US\$ 6 พันล้านต่อปี¹⁸ และเพิ่มขึ้นเป็น US\$ 11.3 พันล้านต่อปีในปี 1998¹⁹ โดยพบว่าสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคหืดคือการวินิจฉัยที่ต่ำกว่าที่ควรและการรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐาน¹⁸ อัตราการเสียชีวิตจากโรคหืดในสหรัฐอเมริกาของประชากรอายุ 5-34 ปี อยู่ที่ 0.47 ต่อประชากร 100,000¹⁹ และพบว่า 80-90% ของการเสียชีวิตในโรคหืดสามารถป้องกันได้ การเสียชีวิตส่วนใหญ่มักเกิดภายนอกโรงพยาบาล สาเหตุของการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากการที่แพทย์หรือผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของโรคต่ำเกินไปและการให้การรักษาที่ไม่เพียงพอ⁶ นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุของการเสียชีวิตอีกประการหนึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงระบบการให้บริการสาธารณสุข²⁰ ส่วนสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเกิดจากการให้การักษาที่ไม่เพียงพอและไม่เหมาะสม เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหืดพบว่าโรคหืดเป็นสาเหตุอันดับแรกที่ทำให้เด็กในวัยเรียนขาดเรียนและทำให้เกิดการขาดงานในผู้ใหญ่ สาเหตุที่ทำให้การเจ็บป่วยโรคหืดเพิ่มขึ้นคือการเพิ่มความรุนแรงของโรค การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านการอักเสบน้อยเกินไป, การยึดติดกับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลม, และการเข้ารับการรักษากรณีที่มีอาการกำเริบของโรคซ้ำเกินไป นอกจากนี้ยังพบว่าความยากจนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เพิ่มความเจ็บป่วยจากโรคหืด² สรุปได้ว่าปัญหาสำคัญของการรักษาโรคหืดส่วนใหญ่คือการวินิจฉัยและการให้รักษาที่ไม่เหมาะสม

จากปัญหาของการรักษาโรคหืดที่กล่าวมาทำให้มีการกำหนดแนวทางการรักษาโรคหืดขึ้นในหลายประเทศทั้งในสหรัฐอเมริกา ยุโรป ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ แนวทางการรักษาโรคหืดที่แพร่หลายและใช้อ้างอิงมากในปัจจุบันคือแนวทางการรักษาของGINA (Global Initiative for Asthma, Global Strategy for Asthma Management and Prevention) ซึ่งเกิดจากการร่วมมือของ WHO และ NHLBI ของสหรัฐอเมริกา โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญจาก 17 ประเทศมาร่วมกันเขียนทำให้ประสบความสำเร็จมาก¹

ตารางที่ 1 แนวทางการรักษาโรคหืดที่เป็นมาตรฐานและได้รับการอ้างอิงในปัจจุบันของต่างประเทศ และแนวทางการรักษาของประเทศไทย

ประเทศ (หน่วยงานที่จัดทำ)	ชื่อแนวทางการรักษาโรคหืด	ปีที่จัดทำ
สหรัฐอเมริกา (NHLBI ^a)	Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma	1991,1997,2002
สหราชอาณาจักร (BTS ^b)	Guidelines for the Management of Asthma:	1990,1993,1997,2003
WHO ^c and NHLBI	Global Initiative for Asthma, Global Strategy for Asthma Management and Prevention	1993, 2002
ไทย (สมาคมอหิวาเวชแห่ง ประเทศไทย)	แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย	1994,1997

^a National Heart Lung and Blood Institute; ^b British Thoracic Society; ^c World Health Organization

เนื้อหาในแนวทางการรักษาโรคหืดส่วนใหญ่รวมทั้งของประเทศไทยจะกำหนดแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาเป็นหลัก แนวทางการรักษาโรคหืดในสหรัฐอเมริกา^{2,6,11} โดยกำหนดแนวทางการดำเนินการที่ทำให้การรักษาโรคหืดมีประสิทธิภาพ 4 กระบวนการ ได้แก่ การจัดแผนการรักษาอย่างเหมาะสมทั้งในผู้ป่วยโรคหืดชนิดเรื้อรังและชนิดฉับพลัน การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา การป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นหรือสารที่ก่ออาการแพ้ และการจำแนกความรุนแรงและติดตามการดำเนินโรค^{2,6,11} แนวทางการรักษาของสหราชอาณาจักร⁹ ได้รวมแนวทางการรักษาโรคหืดของเด็กและผู้ใหญ่ไว้ในฉบับเดียวกันโดยแบ่งขั้นตอนการรักษาที่แตกต่างกันจากของสหรัฐอเมริกาแต่กำหนดแนวการรักษาที่ไม่แตกต่างกันมากนัก

การรักษาโรคหืดในปัจจุบันรวมทั้งแนวทางการรักษาของประเทศไทยมีการวินิจฉัยโรคหืดโดยแยกตามความรุนแรงของโรคดังนี้

ตารางที่ 2 เกณฑ์ในการแบ่งความรุนแรงของโรคหืด^{2,11}

ระดับความรุนแรง	ความถี่ของอาการ	อาการตอนกลางคืน
เล็กน้อย	มีอาการมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์แต่น้อยกว่า 1 ครั้งต่อวัน	มีอาการมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน
ปานกลาง	มีอาการเกือบทุกวัน	มีอาการหอบมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
รุนแรง	มีอาการตลอดเวลา	มีอาการหอบตอนกลางคืนบ่อยๆ

จากแนวทางการรักษาโรคหืดในประเทศไทยฉบับปรับปรุง¹¹ ได้กำหนดเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคหืดไว้ว่า สามารถป้องกันหรือลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากโรค ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เหมือนคนปกติ สามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลง ป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรคและยกระดับสมรรถภาพการทำงานของปอดของผู้ป่วยให้ทัดเทียมคนปกติ ป้องกันการเสื่อมสมรรถภาพปอดจนเกิดภาวะ chronic หรือ irreversible airway obstruction ตลอดจนเกิดผลแทรกซ้อนจากยาน้อยที่สุด โดยกำหนดการดำเนินงานเพื่อให้ถึงเป้าหมายการรักษาดังนี้คือ การจัดแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วย chronic และ acute asthma ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การหลีกเลี่ยงหรือขจัดสิ่งต่างๆ ที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ การจำแนกความรุนแรงของโรคหืดและการติดตามการดำเนินโรค ประการสุดท้ายคือ การให้การดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการรักษาโรคหืดที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันของทั้งต่างประเทศและของประเทศไทยต่างก็แนะนำให้ใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดดมหรือยาพ่นสเตียรอยด์ (inhaled corticosteroids; ICS) เป็นยาหลักในการรักษาโรคหืดชนิดเรื้อรังสำหรับเด็กและผู้ใหญ่ที่มีระดับรุนแรงน้อยจนถึงมาก (มีอาการหืดมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) โดยเป็นยาที่ออกฤทธิ์ในการลดการอักเสบแบบเรื้อรังของหลอดลมซึ่งจัดเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหืด มีการศึกษาระบุถึงการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ในโรคหืดว่าสามารถป้องกันและควบคุมอาการหืด เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดและสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหืดได้² พบว่าการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์น้อยกว่าที่ควรเป็นสาเหตุหลักของการรักษาโรคหืดที่ไม่มีประสิทธิผล^{21,22} อาการข้างเคียงจากการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์พบได้น้อยเนื่องจากเป็นยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะที่ อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นเช่น การเกิดเชื้อราในช่องปาก อาการไอ ซึ่งจะป้องกันได้โดยการใช้ spacer device และการบ้วนปากหลังพ่นยาจะช่วยป้องกันการเกิดเชื้อราในช่องปากได้² นอกจากยาพ่นสเตียรอยด์แล้วยังมียาอีกกลุ่มหนึ่งคือยาขยายหลอดลมซึ่งใช้ป้องกันและรักษาอาการหืดเกร็งของหลอดลมที่เกิดขึ้นและใช้บรรเทาอาการหืดที่เกิดฉับพลัน¹¹ มีการศึกษาถึงการใช้ยาในกลุ่มป้องกันอาการน้อยเกินไปสามารถมีผลต่อจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้¹⁴ แต่หากมีการใช้ยาในกลุ่ม β_2 -agonist ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นมากเกินไปจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหืดได้²³

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะควบคุมอาการของตนเอง สามารถปรับการใช้ยาตามความจำเป็นตามแผนการรักษาที่ได้ร่วมกันจัดทำกับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยควรทราบและเข้าใจเกี่ยวกับโรค กระบวนการวินิจฉัย การรักษาและยาที่ใช้ การฝึกฝนการใช้ยาพ่น ทราบอาการที่บ่งถึงความรุนแรงของโรค รวมทั้งวิธีปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขภาวะดังกล่าว การกลับมาตรวจเมื่ออาการของโรครุนแรง

ขึ้น การให้ความรู้ที่เหมาะสมสามารถลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคหืด รวมทั้งสามารถลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้²

การหลีกเลี่ยงหรือขจัดสิ่งต่างๆที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้จำเป็นอย่างยิ่งต่อการรักษาโรคหืดในระยะยาวที่ประสบความสำเร็จ บุคลากรการแพทย์มีหน้าที่ค้นหาและให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่ทำให้เกิดอาการหอบหืดซึ่งจะทำให้การควบคุมโรคดีขึ้นและลดความจำเป็นในการใช้ยาเป็นการช่วยให้การรักษาและควบคุมโรคประสบความสำเร็จมากขึ้น^{2,11}

การจำแนกความรุนแรงของโรคหืดและการติดตามการดำเนินโรคจะอาศัยอาการทางคลินิก ร่วมกับการตรวจสมรรถภาพการทำงานของปอด รวมทั้งจำนวนและขนาดของยาที่ใช้ ซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัยโรค ประเมินการดำเนินและความรุนแรงของโรค ตลอดจนประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา²

แนวทางในการรักษาโรคหืดแม้จะมีมานานแล้วแต่ก็ยังมีปัญหาการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่กำหนดไว้ แม้ในสหรัฐอเมริกาซึ่งมีแนวทางการรักษามา 12 ปีแล้วก็ตามก็ยังมีปัญหาดังกล่าว มีหลายการศึกษาทั้งในสหรัฐอเมริกาและในยุโรปที่ศึกษาความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาดังกล่าว^{14,15,17,24} จากการศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่และผู้ป่วยเด็กในสหรัฐอเมริกา¹⁴⁻¹⁵ พบการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาในการใช้ ยาพ่นสเตียรอยด์เพียง 54-55% ของผู้ป่วย ในผู้ป่วยผู้ใหญ่พบว่ามีผู้ป่วยเพียง 26% ที่มี peak flow meter โดยมีเพียง 16% ที่ใช้ทุกวัน ส่วนในเด็กพบว่ามี 54% ที่ได้รับการทำ pulmonary function test เกี่ยวกับการให้ความรู้ผู้ป่วยพบว่ามี 44-49% ของผู้ป่วยเด็กที่ได้คำแนะนำเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ก่ออาการแพ้และการปฏิบัติตัวเมื่ออาการหืดกำเริบ

ปัญหาของการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่กำหนด นับว่าเป็นปัญหาสำคัญของการรักษาโรคหืดในประเทศไทยเช่นเดียวกัน แม้ว่าจะมีการกำหนดแนวทางการรักษาในประเทศไทยมาเป็นเวลา 9 ปีแล้วก็ตามพบว่าการนำแนวทางการรักษาไปใช้ในทางปฏิบัติยังมีอยู่น้อย¹ ดังมีหลักฐานจากฐานข้อมูลการใช้ยาของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 18 แห่งพบว่า มีอัตราการสั่งยาพ่นสเตียรอยด์ให้แก่ผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำเพียง 5.0%-27.1% ตามข้อมูลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์อย่างน้อย 1 ใบสั่งยาในรอบ 1 ปีจากฐานข้อมูลการจ่ายยาของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 18 แห่ง^a

โรงพยาบาล	%ของผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์
A	5.0
B	8.1
C	11.6
D	12.7
E	12.9
F	13.0
G	13.5
H	13.6
I	13.8
J	14.1
K	15.0
L	15.4
M	15.7
N	16.0
O	16.2
P	18.4
Q	20.1
R	27.1

a ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ บันทึกข้อมูลการจ่ายยาของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

ในประเทศไทยมีการศึกษาที่สำรวจว่าผู้ป่วยโรคหืดได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาโรคหืดโดยมุ่งเน้นใน 2 กระบวนการคือ การได้รับยาพ่นสเตียรอยด์และการทดสอบสมรรถภาพปอด โดยสำรวจข้อมูลจากประชาชนในชุมชนเขตเมือง 4 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ ขอนแก่นและสงขลา⁴ พบผู้ป่วยโรคหืด 466 ราย ในจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวมีผู้ป่วยได้รับการรักษาต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนดถึง 81.6% โดยดูจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ในผู้ป่วยที่สมควรจะได้รับ เนื่องจากการรักษาโรคหืดในปัจจุบันมีหลักฐานว่าภาวะหลอดลมไวผิดปกติในผู้ป่วยโรคหืดเกิดจากการอักเสบของหลอดลม ซึ่งจะทำให้หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ ดังนั้นการรักษาโรคหืดในปัจจุบันจะเน้นไปที่การใช้ยาที่มีฤทธิ์ลดการอักเสบคือยาพ่นสเตียรอยด์ เป็นหลัก การใช้ยาพ่นสเตียรอยด์อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควรจะทำให้อาการของโรคหืดดีขึ้นและสามารถควบคุมอาการได้² นับเป็นยาที่มีประสิทธิผลที่สุดในผู้ป่วยโรคหืดชนิดเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคตั้งแต่เล็กน้อยถึงมาก² จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาที่ผลการศึกษาแสดงถึงการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ ว่ามีผลเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcome) ของผู้ป่วยโรคหืด²⁵⁻²⁹ โดยพบว่าในประเทศไทยมีผู้ป่วยที่รายงานว่าใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ ทุกวันเพียง 6.6%⁴ เท่านั้น เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคหืดในสหรัฐอเมริกาที่มีการใช้ ICS ถึง 54% -55%¹⁴⁻¹⁵ ซึ่งจะเห็นได้ว่าใน

ประเทศไทยมีการใช้ ICS ต่ำกว่าในสหรัฐอเมริกาถึง 9 เท่า ตัวเลขดังกล่าวบ่งชี้ถึงปัญหาการรักษาโรคหืดในประเทศไทยว่ายังคงมีปัญหามากโดยยังไม่เคยมีการวิจัยถึงสาเหตุของการที่ผู้ป่วยใช้ ICS น้อยกว่ากำหนดซึ่งควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุของปัญหาดังกล่าวต่อไป

ถึงแม้ว่ายาพ่นสเตียรอยด์จะเป็นยาที่จัดว่ามีประสิทธิภาพมากในการรักษาโรคหืดในปัจจุบัน ยังพบว่ามีผู้ป่วย 5-13% (ในผู้ป่วยที่ไม่เคยนอนในโรงพยาบาลมาก่อน) และ 16-26% (ในผู้ป่วยที่เคยนอนในโรงพยาบาลมาก่อน) ที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหืด³⁰ ข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงปัญหาที่อาจมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาพ่นสเตียรอยด์แต่ไม่สามารถใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือปัญหาการไม่ร่วมมือในการใช้ยา (nonadherence) ที่อาจเกิดขึ้น นับว่าเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการศึกษาต่อไป โดยเภสัชกรน่าจะเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว แต่จากการศึกษานำร่องโดยการสำรวจข้อมูลจากเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 67 แห่งพบว่ามีเภสัชกรเพียง 16.4% ที่ให้คำแนะนำและมีการติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งน่าจะอยู่ในเกณฑ์น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณเภสัชกรที่มีจำนวนมากในปัจจุบัน โดยเฉพาะในโรคหืดซึ่งมีการรักษาโดยใช้ยาพ่นสเตียรอยด์เป็นหลัก ยาพ่นนับเป็นยาที่มีวิธีใช้ที่ซับซ้อนและมักทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องได้ จากการศึกษาค้นพบว่าปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในโรคหืดจะทำให้การรักษาล้มเหลวและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยโรคหืดมักไม่เข้าใจและไม่เห็นความสำคัญของการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ในการรักษาในระยะยาว ผู้ป่วยจำนวนมากเข้าใจผิดว่ายายาขยายหลอดลมเป็นยาหลักในการรักษาเนื่องจากใช้แล้วสามารถบรรเทาอาการได้ ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2 agonist มากกว่าที่สั่งและใช้ยาพ่นสเตียรอยด์น้อยกว่าที่สั่ง ในประเทศไทยยังขาดการศึกษาถึงสาเหตุของปัญหาการไม่ร่วมมือในการใช้ยาพ่นในผู้ป่วยซึ่งจำเป็นต้องการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อทำให้เกิดการรักษาโรคหืดประสบความสำเร็จต่อไป

National Asthma Education Prevention Program (NAEPP) ของสหรัฐอเมริกาได้กำหนดบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดว่าเภสัชกรควรมีหน้าที่ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ได้รับและวิธีการใช้ยาพ่น การติดตามการมารับยาพ่นขยายหลอดลม การแก้ไขปัญหากรณีที่ผู้ป่วยไปซื้อยาพ่นหรือยารับประทานมาใช้เอง การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ peak flow meter ได้อย่างถูกต้องและการช่วยให้ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลเข้าใจแผนการรักษาและสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง การให้ความรู้ผู้ป่วยโรคหืดเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการทำให้การรักษาโรคหืดประสบความสำเร็จ⁶ พบว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสามารถทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นได้³¹⁻³⁵ นอกจากนี้ยังทำให้อัตราการป่วยในผู้ป่วยโรคหืดลดลงทั้งในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่⁶

นอกจากนั้นการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาในประเด็นอื่นนอกจากการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ก็พบว่ามีปัญหาเช่นเดียวกัน เช่นการติดตามการรักษาโดยทดสอบสมรรถภาพปอด จาก

การศึกษาหนึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหืดเคยทดสอบสมรรถภาพปอดเพียง 28 %⁴ เท่านั้นซึ่งเป็นจำนวนครึ่งหนึ่งของคนไข้ในสหรัฐอเมริกาซึ่งพบว่ามีคนไข้ 54% ที่เคยทดสอบสมรรถภาพปอด¹⁴ จากการศึกษาสำรวจโดยสอบถามจากโรงพยาบาล 70 แห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีเพียง 2 แห่ง (2.8%) ที่มีการวัดสมรรถภาพปอดให้แก่ผู้ป่วยโรคหืดซึ่งนับว่าเป็นตัวเลขที่ต่ำมากและเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขต่อไป

การประเมินคุณภาพเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพการดูแลในระบบบริการสุขภาพและผลลัพธ์เริ่มมีในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาในสหรัฐอเมริกา เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในขณะนั้นว่าจะมีผลให้คุณภาพการดูแลหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้นด้วยหรือไม่ Donabedian เสนอว่าการประเมินคุณภาพการดูแลนั้นสามารถประเมินได้ใน 3 องค์ประกอบหลักคือ โครงสร้าง(structure) กระบวนการ(process) และผลลัพธ์(outcome)³⁶⁻³⁷ ในขณะที่ Institute of Medicine เสนอให้วัดคุณภาพการดูแลจากผลลัพธ์ที่พึงประสงค์และกระบวนการดูแลที่เกี่ยวข้อง³⁸ ในต่างประเทศมีการศึกษาวิจัยจำนวนมากเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในโรคต่างๆ ซึ่งการศึกษาวิจัยลักษณะดังกล่าวยังมีอยู่น้อยในประเทศไทย

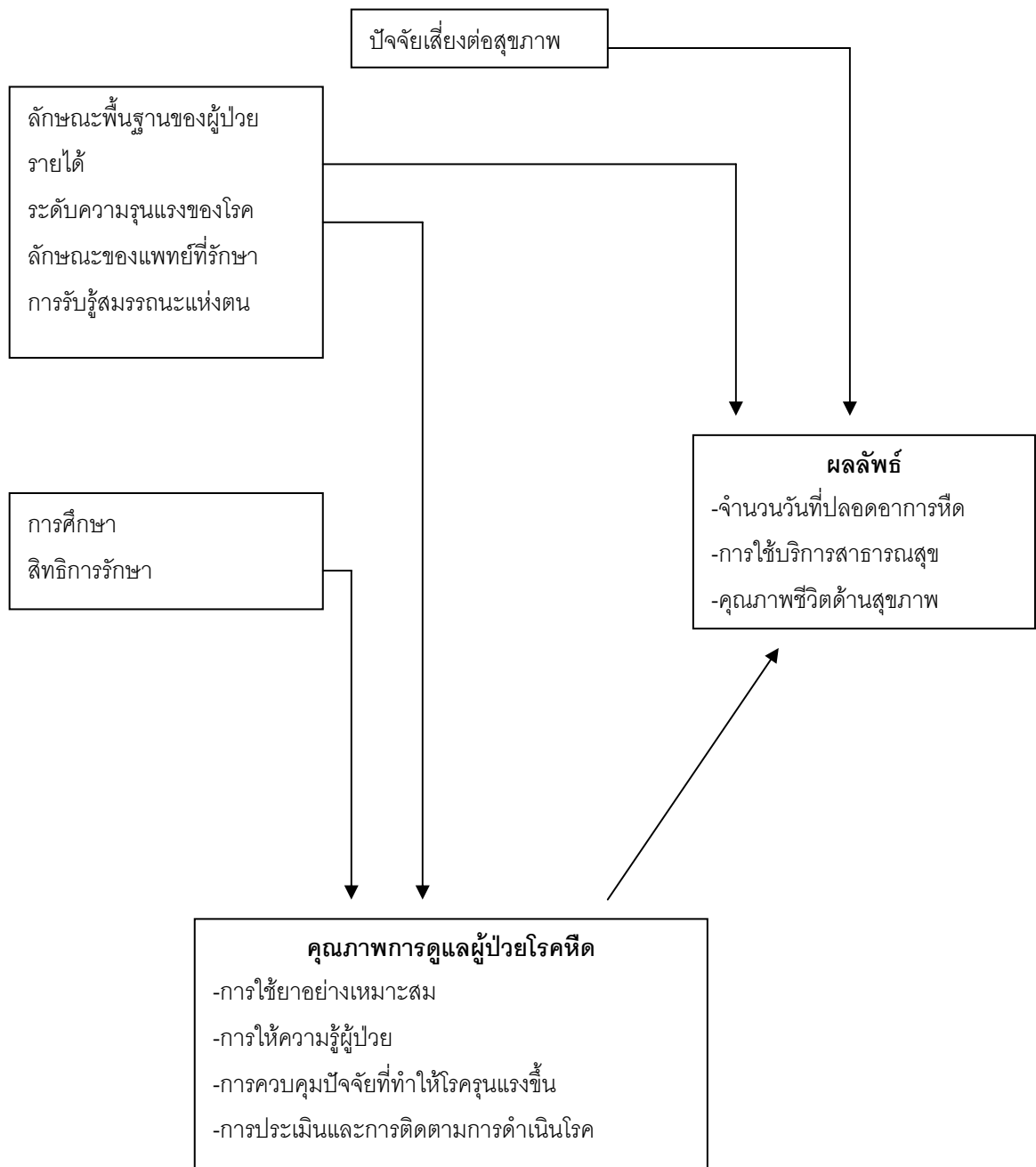
แนวทางการรักษาของ GINA ได้กำหนดให้มีการประเมินคุณภาพการดูแลและประสิทธิผลของการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหืด โดยอาจติดตามตัวชี้วัดทางระบาดวิทยาพื้นฐานเช่นอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิต หรือการตรวจสอบในส่วนของการกระบวนการและผลลัพธ์ในส่วนต่างๆ ของระบบการให้บริการสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่จะประเมินคุณภาพการดูแลโดยเทียบกับแนวทางการรักษาเป็นหลัก²

การวัดผลลัพธ์ในโรคหืดสามารถวัดได้ใน 2 ระดับคือ ระดับผู้ป่วยและระดับองค์กร ผลลัพธ์ระดับผู้ป่วยประกอบด้วย อาการของโรคหืด สถานะสุขภาพ คุณภาพชีวิต การวัดทางสรีรวิทยาได้แก่การอุดกั้นของหลอดลม การวัดความพึงพอใจ หรือ การวัดค่าใช้จ่าย การวัดในระดับองค์กร คือการวัดการใช้ทรัพยากรเช่น การใช้บริการสุขภาพเช่นอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรืออัตราการรักษาในแผนกฉุกเฉิน ค่าใช้จ่ายขององค์กร รวมทั้งอัตราการเสียชีวิตจากโรคหืด³⁹ ในการศึกษา 2 การศึกษาใหญ่ที่ทำในสหรัฐอเมริกา^{14,40} จะวัดผลลัพธ์โดยใช้ อาการของโรคหืด, การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและ เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน การวัดคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต 36 ข้อชื่อ the MOS 36-item Short-Form Health Survey(SF-36) พบว่าในผู้ป่วยโรคหืดที่มีความรุนแรงของโรคมากกว่าจะมีผลลัพธ์ในทุกด้านด้อยกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคน้อยกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากแพทย์ทั่วไป ผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่ม β_2 -agonist ในขนาดที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาที่กำหนดจะเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่เข้ายาในขนาดที่ไม่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ¹⁴

ในปัจจุบันแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานและมีการขยายหลักประกันด้านบริการสุขภาพให้มีความครอบคลุมประชากร เพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพประชาชนที่กล่าวว่า “คนไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะและเข้าถึงบริการสุขภาพ อย่างเสมอภาค” นั้น ดังนั้นคุณภาพการดูแลในโรคต่างๆ ควรได้รับการศึกษาเพื่อให้คุณภาพการดูแลมีมาตรฐานตามแนวทางที่กำหนด⁴¹ กรณีของคุณภาพการดูแลโรคหืดเนื่องจากการรักษาที่ประสบความสำเร็จ ต้องใช้ความร่วมมือจากบุคลากรการแพทย์ทุกระดับ ตั้งแต่การให้การรักษาและการสั่งใช้ยาของแพทย์ตามหลักวิชาการ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยซึ่งอาจดำเนินงานโดยแพทย์ พยาบาล หรือเภสัชกร รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในชุมชน ในการที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องนั้นบุคลากรการแพทย์ต้องได้รับการอบรมเพื่อให้มีความรู้ก่อน การส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนกลับไปยังแพทย์ในกรณีที่เป็น การติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมิใช่ให้ผู้ป่วยมารักษาเฉพาะเมื่อมีอาการเท่านั้น นอกจากนั้นระบบการเยี่ยมบ้านน่าจะให้ประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคหืดอย่างต่อเนื่องต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและช่วยดูแลหรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการควบคุมสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการลดลง การจะทำให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดีนั้นนอกจากบุคลากรการแพทย์จะร่วมมือกันแล้ว นโยบายของผู้บริหารก็มีความสำคัญ นอกจากนั้นระบบบริหารเวชภัณฑ์ต้องเอื้อให้มีการรักษาอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชนได้ ในปัจจุบันพบว่ายาพ่นสเตียรอยด์ซึ่งเป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและจำเป็นต่อการรักษาโรคหืดนั้น ในสถานบริการบางแห่งกลับไม่มียาทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่าการรักษาโรคหืดในประเทศไทยยังมีปัญหามาก ถึงแม้จะมีการกำหนดแนวทางการรักษาไว้ถึง 2 ครั้งแต่ยังไม่เคยมีการสำรวจอย่างครอบคลุมถึงการปฏิบัติตามแนวทางการรักษานั้น นอกจากนั้นยังพบว่าข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับโรคหืดในประเทศไทยยังมีการดำเนินงานน้อยมาก โดยเฉพาะปัญหาในการรักษาโรคหืด ยังไม่มีการศึกษาที่แสดงถึงสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่ประสบความสำเร็จว่าเกิดจากสาเหตุใด ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยในประเด็นดังกล่าวเพื่อทำให้เกิดการแก้ปัญหาที่ถูกต้องต่อไป

กรอบแนวคิด



กรอบแนวคิดนี้แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยในการวิจัยนี้จะมุ่งเน้นการวัดคุณภาพการดูแลเฉพาะใน 2 ส่วนประกอบ คือ กระบวนการและผลลัพธ์³⁸ คุณภาพการดูแลจะมุ่งเน้นที่ 4 ประเด็นคือ การใช้ยาอย่างเหมาะสม การให้ความรู้ผู้ป่วย การควบคุมปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น การประเมินและการติดตามการดำเนินโรค การวัดผลลัพธ์จะครอบคลุมผลทางเศรษฐกิจและผลทางด้านอื่นๆของผู้ป่วยเช่นการใช้ทรัพยากร

สุขภาพ รวมทั้งอาการทางคลินิก ซึ่งผลลัพธ์ที่ศึกษาในการวิจัยนี้ได้แก่ จำนวนวันที่ปลอดอาการหืด การใช้บริการสุขภาพ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในการศึกษาไม่ได้วัดความพึงพอใจที่ผู้ป่วยมีต่อคุณภาพการดูแลที่ได้รับเนื่องจากการศึกษาพบว่าแม้คุณภาพการดูแลเมื่อเทียบกับแนวทางการรักษาจะต่ำแต่ผู้ป่วยก็ยังคงมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแลที่ได้รับ¹⁴ อีกทั้งวัฒนธรรมความเกรงใจของคนไทยที่มีต่อผู้อื่นโดยเฉพาะผู้ป่วยมักมีความเกรงใจต่อแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขที่ให้การดูแลทำให้ผลการวัดความพึงพอใจมักออกมาเป็นทางบวกเสมอ⁴² สำหรับคุณลักษณะของผู้ป่วยการวิจัยนี้จะศึกษาคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ป่วยรวมทั้งปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่อาจมีผลต่อการเข้าถึงการดูแลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อผู้ป่วยได้แก่ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเช่นการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรคหืด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ลักษณะของแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยได้แก่การที่เป็นแพทย์เฉพาะทางเช่น อายุรแพทย์, จุรแพทย์ หรือแพทย์ทั่วไป

การวิจัยนี้จะหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับและผลลัพธ์ 3 ด้านที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยมีสมมติฐานว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาและใช้ยาอย่างเหมาะสม ได้รับความรู้และคำแนะนำในด้านต่างๆ ทราบวิธีควบคุมปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น รวมทั้งมีการประเมินและติดตามการดำเนินโรค จะมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ได้แก่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จำนวนวันที่ปลอดอาการหืด และการใช้บริการสาธารณสุขจะลดลง ปัจจัยอื่นๆเช่นคุณลักษณะของผู้ป่วย รายได้ ระดับความรุนแรงของโรคหืดอาจส่งผลต่อผลลัพธ์และคุณภาพการดูแลได้เช่นเดียวกันเช่นอาจมีผลต่อการได้รับและการใช้ยาที่เหมาะสมดังนั้นอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการการดูแลที่ศึกษาและผลลัพธ์ได้ คาดว่าปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจะมีผลต่อผลลัพธ์มากกว่าคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ

ปัจจัยเกี่ยวกับการศึกษา สิทธิการรักษา จะใช้เป็นตัวทำนายแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะได้รับหรือไม่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ การศึกษานี้จะนำความสัมพันธ์ดังกล่าวไปปรับการเกิดอคติที่เกิดจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาทำการศึกษา(กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับหรือไม่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์)ที่อาจเกิดขึ้นในขั้นตอนการหาความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้

คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ⁴³

คุณภาพการดูแล หมายถึง การดูแลรักษาและช่วยเหลือที่กระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงและดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โดยการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม รับทราบข้อมูลต่างๆ โดยใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐาน⁴⁴

การประเมินคุณภาพการดูแล ในการวิจัยนี้จะมุ่งเน้นที่การประเมินข้อมูลทางด้านกระบวนการและข้อมูลทางด้านผลลัพธ์เป็นหลัก³⁸ โดยการประเมินกระบวนการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาที่มีมาตรฐานและมีข้อมูลทางวิทยาศาสตร์สนับสนุน ตลอดจนได้รับการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญ การประเมินผลลัพธ์โดยสำรวจจากสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จำนวนวันที่ปลอดอาการ คุณภาพชีวิตและการใช้บริการสาธารณสุข

ภาวะโรค หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยต้องแบกรับอันเป็นผลมาจากโรคที่เป็นอยู่และมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลและเป็นทุกข์⁴⁵

วิธีการศึกษา

การประเมินคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหืดในโครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นผู้ใหญ่ในจังหวัดต่างๆของประเทศไทยจำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ บึงกาฬ นครพนม สุนทรบุรี สงขลา และประจวบคีรีขันธ์ โดยผู้วิจัยได้ทำการสร้างเครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดขึ้น แล้วจึงนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในการเก็บข้อมูล การวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 3 ช่วงการศึกษาดังนี้

การศึกษาในช่วงที่ 1 เป็นการสำรวจสภาพปัญหาและภาระโรคของผู้ป่วยโรคหืด เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดให้ได้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพที่สามารถค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นในกรณีต่างๆได้

การศึกษาในช่วงที่ 2 เป็นการสร้างและทดสอบเครื่องมือเพื่อศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดของประเทศไทยในปัจจุบัน โดยใช้วิธี Delphi technique ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการหาข้อสรุปจากความคิดเห็นหรือการตัดสินใจของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

การศึกษาในช่วงที่ 3 จะเป็นการนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในจริงเพื่อวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลลัพธ์ในด้านต่างๆที่ผู้ป่วยโรคหืดได้รับจะถูกวัดในช่วงนี้ด้วยเช่นกันเพื่อเป็นการหาความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างคุณภาพการให้บริการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

การศึกษาช่วงที่ 1: การสำรวจสภาพปัญหาและภาระโรคของผู้ป่วยโรคหืด: กรณีศึกษาอำเภอเมืองจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

1.1 วัตถุประสงค์

การศึกษาในช่วงที่ 1 นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบสภาพปัญหาโดยทั่วไปของผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับบริการจากสถานบริการสาธารณสุข และภาระโรคของผู้ป่วยโรคหืดที่มีต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างและใช้เครื่องมือในการศึกษาช่วงที่ 2 และ 3 ตามลำดับ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

วิธีการศึกษา

ใช้การศึกษาแบบตัดขวางโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคหืดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ และผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่างๆในเขตอำเภอเมืองจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 16 แห่ง ที่เข้าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์จะได้รับการนัดหมายให้มารับการสัมภาษณ์ที่สถานบริการสาธารณสุขต่างๆที่ผู้ป่วยมีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยความสมัครใจ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมการศึกษาดังนี้คือ (1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด (2) อายุ 18 ขึ้นไป (3) เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของ

โรงพยาบาลหรือที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่างๆในช่วงปี พ.ศ.2542-2546 อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง
ระยะเวลาดังกล่าว (4) ได้รับยารักษาโรคหืดอย่างน้อย 1 ชนิดได้แก่ ยาพ่นสเตียรอยด์, ยาขยาย
หลอดลมกลุ่ม beta2-agonist ชนิดสูดดมหรือชนิดรับประทาน, ยา theophylline (6) มีที่อยู่อาศัยในเขต
อำเภอเมือง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบเก็บข้อมูลซึ่งมี 2 ส่วนใหญ่ๆคือ ส่วนที่ 1 คือ แบบเก็บข้อมูล
พื้นฐานของผู้ป่วยรวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ส่วนที่ 2 คือ ชุดคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์
ประกอบด้วยคำถามหลัก 8 ข้อ และคำถามย่อยเพื่อใช้ชักข้อมูลอีก 40 ข้อ ในการสัมภาษณ์จะมีการ
บันทึกเทปโดยการบันทึกเทปทุกครั้งจะมีการขออนุญาตจากผู้ป่วยทุกครั้ง

ข้อมูลที่เก็บจากผู้ป่วยมีดังนี้ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย คำถามเพื่อประเมินการวินิจฉัยโรคหืด²
คำถามจำแนกความรุนแรงของโรคหืด^{2,4} ประวัติความเจ็บป่วยด้วยโรคหืด ประวัติการใช้บริการในสถาน
บริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนรวมทั้ง ยาที่ผู้ป่วยได้รับและใช้ในการรักษารวมทั้งความร่วมมือ
ในการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา⁴⁵ ผลกระทบของโรคหืดที่มีต่อการทำงาน,ชีวิต
ส่วนตัวและครอบครัว

1.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องจากการศึกษาในช่วงที่ 1 นี้เป็นวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณจะ
นำเสนอโดยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ที่ถูกบันทึกเทปจะถูกถอดเทป
ออกมาเป็นบทสนทนา และข้อมูลจะถูกนำมาจัดระเบียบและจำแนกวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์
เนื้อหาของคำสัมภาษณ์ในแต่ละหมวดหมู่ของเนื้อหาที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุปเป็นประเด็นในเรื่องที่วิเคราะห์ (
Thematic analysis)

การศึกษาช่วงที่ 2 การสร้างและทดสอบเครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดใน ประเทศไทย

สำหรับการศึกษาในช่วงที่ 2 นี้เป็นการสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและ
ทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือดังกล่าว โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในช่วงที่ 1 มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน
ในการสร้างเครื่องมือ โดยดำเนินการแบ่งเป็นขั้นตอนย่อย 2 ขั้นตอนดังนี้

2.1 การสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดโดยใช้เทคนิคแบบเดลฟาย

รวบรวมเกณฑ์การวัดคุณภาพการดูแลที่เกี่ยวข้อง ทำโดยการหาข้อมูลจากการทบทวน
วรรณกรรมต่างๆ เช่นแนวทางการรักษาโรคหืดและเกณฑ์การวัดคุณภาพการดูแลโรคหืดที่มีการจัดทำใน
ต่างประเทศ นำเกณฑ์ดังกล่าวมาผ่าน Delphi technique เพื่อการกลั่นกรองโดยคณะผู้เชี่ยวชาญโรคหืด
ของประเทศไทย การกำหนดคณะผู้เชี่ยวชาญจะใช้ (1) แพทย์จากสมาคมอหิวาต์แห่งประเทศไทยเป็น

หลัก (2) ผู้เชี่ยวชาญอื่นที่มีผลการศึกษาวิจัยที่ได้มีการตีพิมพ์ในวารสารที่ได้รับการยอมรับ (3) ผู้ที่ได้รับการแนะนำจากนักวิจัยในสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยผู้เชี่ยวชาญจะได้รับการติดต่อทางไปรษณีย์เพื่อขอความร่วมมือให้เข้าร่วมในการวิจัยนี้ แบบสอบถามจะถูกส่งให้คณะผู้เชี่ยวชาญที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยทางไปรษณีย์ การให้คะแนนในเกณฑ์แต่ละข้อจะใช้ การให้คะแนนแบบ 5-point, Likert-type rating scale (5= เหมาะสมมากที่สุด 1=ไม่เหมาะสมแม้แต่น้อย) ผู้เชี่ยวชาญสามารถให้ข้อเสนอแนะหรือข้อเสนอนะในเกณฑ์แต่ละข้อได้ เวลาในการตอบจะกำหนดไว้ที่ 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะมีจดหมายเตือนเพื่อแก่ผู้ที่ยังไม่ตอบแบบสอบถามในเวลา 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะทำการรวบรวมผลการตอบในรอบที่ 1 ให้เสร็จ

ภายในเวลา 5 สัปดาห์นับจากวันส่งแบบสอบถาม การทำ Delphi technique

ในการวิจัยนี้กำหนดให้มีการทำ 2 รอบโดยใช้กระบวนการเดียวกัน ผลการตอบจากรอบที่ 1 จะนำมาจัดทำแบบสอบถามสำหรับรอบที่ 2 ในรอบที่ 2 นี้ผู้เชี่ยวชาญจะต้องพิจารณาให้คะแนนอีกครั้งหนึ่งโดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนจะทราบผลการตอบของตนในรอบที่แล้วและค่าเฉลี่ยของกลุ่ม โดยในรอบที่ 2 นี้ผู้เชี่ยวชาญสามารถตอบรวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่แตกต่างจากรอบแรกได้ การส่งจดหมายเตือนและระยะเวลาต่างๆที่ใช้จะเหมือนในรอบแรก เกณฑ์ที่ผ่านการพิจารณาจากรอบนี้จะเป็นเกณฑ์ที่ถูกนำมาใช้ในเครื่องมือ ผลของการทำ Delphi technique จะถูกส่งให้ผู้เชี่ยวชาญทุกคนทราบ

การประเมินระดับความเหมาะสมของค่าบ่งชี้คุณภาพการดูแลโรคหืดและความเหมาะสมของข้อคำถามสำหรับผู้ป่วย โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตอบแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (5 หมายความว่า เหมาะสมอย่างยิ่ง , 4 หมายความว่า เหมาะสม , 3 หมายความว่า ไม่แน่ใจ, 2 หมายความว่า ไม่เหมาะสม, 1 หมายความว่า ไม่เหมาะสมอย่างยิ่ง) ในค่าบ่งชี้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

2.1.1 การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการพิจารณาคัดเลือกเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลโรคหืดโดยใช้เทคนิคเดลฟายนั้นจะวิเคราะห์ข้อมูลใน 2 ประเด็นคือ

ก. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการบ่งชี้คุณภาพการดูแลโรคหืดของเครื่องชี้วัดในมิตินั้น ๆ

-การวิเคราะห์ระดับความเหมาะสมในการคัดเลือกเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลโรคหืดและความเหมาะสมของข้อคำถามดังกล่าวต่อการสอบถามผู้ป่วยจะใช้ค่าเปอร์เซ็นต์ความยอมรับและค่ามัธยฐาน

ค่าเปอร์เซ็นต์ความยอมรับ (Panel agreement)

ผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ในระดับเหมาะสมและเหมาะสมอย่างยิ่ง จึงจะถือว่ายอมรับในเครื่องชี้วัดคุณภาพในข้อนั้น โดยกำหนดค่า Percent

Acceptance ในรอบที่ 1 ที่ 70% และรอบที่ 2 ที่ 80% เครื่องชี้วัดคุณภาพที่มีค่าความยอมรับเท่ากับหรือมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดจึงจะถือว่าผ่านการพิจารณา

ค่ามัธยฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนกับคำตอบของกลุ่มโดยคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) โดยกำหนดเกณฑ์แปลผลค่ามัธยฐานจากการวิเคราะห์ที่ได้ดังนี้
ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพมี

ความเหมาะสมในการบ่งชี้คุณภาพการดูแลโรคหืดในมิตินั้น ๆ

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 – 4.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เห็นด้วยว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพมีความ
เหมาะสมในการบ่งชี้คุณภาพการดูแลโรคหืดในมิตินั้น ๆ

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 2.50 – 3.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ไม่แน่ใจ ว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพมีความ
เหมาะสมในการบ่งชี้คุณภาพการดูแลโรคหืดในมิตินั้น ๆ

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 1.50 – 2.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ไม่เห็นด้วย ว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพมีความ
เหมาะสมในการบ่งชี้คุณภาพการดูแลโรคหืดในมิตินั้น ๆ

ค่ามัธยฐานต่ำกว่า 1.50 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพมี
ความเหมาะสมในการบ่งชี้ความเป็นเลิศทางวิชาการในมิตินั้น ๆ

ข. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพิจารณาฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ(Consensus)

โดยการคำนวณหาค่าฐานนิยมเพื่อนำมาหาค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมกับมัธยฐาน และการหาค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ โดยการคำนวณหาความแตกต่างระหว่างควอไทล์ที่ 1 กับควอไทล์ที่ 3 แล้วจึงนำมาพิจารณาตามเกณฑ์ต่อไปนี้

-เกณฑ์ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการพิจารณาฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญใช้หลักการ

1. เครื่องชี้วัดคุณภาพใดที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 หรือ ค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมกับมัธยฐานไม่เกิน 1.00 แสดงว่า เครื่องชี้วัดคุณภาพดังกล่าวได้รับฉันทามติ (ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกัน)

2. เครื่องชี้วัดคุณภาพใดที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เกิน 1.50 หรือ ค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมกับมัธยฐานเกิน 1.00 แสดงว่า เครื่องชี้วัดคุณภาพดังกล่าวไม่ได้รับฉันทามติ (ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไม่สอดคล้องกัน)

ค. เกณฑ์ในการคัดเลือกเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลโรคหืด มีดังนี้

1. เครื่องชี้วัดคุณภาพนั้นจะต้องมีค่า Percent Acceptance ในรอบที่ 1 มากกว่าหรือเท่ากับ 70% และรอบที่ 2 มากกว่าหรือเท่ากับ 80%
2. เครื่องชี้วัดคุณภาพนั้นจะต้องมีค่ามัธยฐานในระดับ 3.5 ขึ้นไป
3. ค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างฐานนิยมกับมัธยฐานไม่เกิน 1.00

4. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50

เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลโรคหืดที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ข้อจึงจะถูกบรรจุอยู่ในเครื่องมือวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด กรณีผลการศึกษาในรอบที่ 1 และรอบที่ 2 ไม่สอดคล้องกันจะถือผลการศึกษารอบที่ 2 เป็นหลัก

2.2 การทดสอบเครื่องมือวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

การทดสอบเครื่องมือวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนด้วยกัน

1) การทบทวนข้อคำถามของเครื่องมือโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

วัตถุประสงค์เพื่อนำเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่ผ่านกระบวนการเดลฟายที่นำมาแปลงเป็นข้อคำถามสำหรับสัมภาษณ์ผู้ป่วย ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาถึงความตรงประเด็นและความครอบคลุมของเนื้อหาเมื่ออิงกับเครื่องชี้วัดคุณภาพในแต่ละข้อ รวมทั้งความชัดเจนและความถูกต้องของภาษา ผลจากการทบทวนของผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวจะนำมาปรับภาษารวมทั้งตัวเลือกของข้อคำถามสำหรับผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2) การศึกษาแบบนักร้องเพื่อทดสอบเครื่องมือขั้นต้นในผู้ป่วย

วัตถุประสงค์หลักเพื่อตรวจสอบปัญหาของเครื่องมือที่เกิดขึ้นเมื่อนำไปใช้ประเมินความสามารถของเครื่องมือในการนำไปใช้งานได้จริงตลอดจนความเข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อเครื่องมือ ความเหมาะสมของการเรียงลำดับของข้อคำถาม ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อคำพูดหรือการใช้ภาษา ความยากง่ายในความเข้าใจและเวลาที่ใช้ในการตอบ โดยการนำเครื่องมือวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กได้แก่ผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาล ประจวบคีรีขันธ์จำนวน 10 คนและโรงพยาบาลศรีนครินทร์จำนวน 10 คน ผลจากการทดสอบจะนำมาปรับการจัดรูปแบบของคำถามในเครื่องมือและการจัดลำดับของคำถามเพื่อให้สะดวกต่อผู้ตอบและเพิ่มความต่อเนื่องในการตอบมากยิ่งขึ้น

3) การทดสอบคุณสมบัติ ของเครื่องมือ (psychometric properties)

ทำโดยการนำเครื่องมือไปใช้ทดสอบหา known-group validity เพื่อพิจารณาความสามารถในการแยกแยะคุณภาพของการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในผู้ป่วยโรคหืด 2 กลุ่มจาก 2 โรงพยาบาลที่มีคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดแตกต่างกันอย่างชัดเจนโรงพยาบาลละ 50 คน โดยตั้งสมมติฐานเบื้องต้นว่าผู้ป่วยที่มาจากโรงพยาบาลที่ไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดโดยเฉพาะ ไม่มีการให้ความรู้ผู้ป่วย ไม่มีการให้ยาตามแนวทางการรักษาที่กำหนด จะมีคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคหืดที่มาจากโรงพยาบาลที่มีเกณฑ์ต่างๆครบถ้วน นำผลที่ได้จากการทดสอบไปเปรียบเทียบกันโดยใช้สถิติ หากผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับสมมติฐานจะถือว่าเครื่องมือการวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยนั้นมีความตรงตามโครงสร้าง

การศึกษาช่วงที่ 3 ศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดของประเทศไทยในปัจจุบัน โดยสำรวจจากคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ

เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและหาความสัมพันธ์ของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ที่มีต่อผลลัพธ์ด้านต่างๆของผู้ป่วยโรคหืด โดยการสัมภาษณ์โดยใช้เครื่องมือการวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่ได้สร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มารับยารักษาโรคหืด จากคลินิกผู้ป่วยนอกในช่วงปีระหว่างปีงบประมาณ 2543-2545 ข้อมูลที่เก็บจากผู้ป่วยจะประกอบด้วย 3 ส่วนหลักคือ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและคุณภาพการดูแลโรคหืดที่ผู้ป่วยได้รับ

3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

ทำการสุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้ป่วยที่ได้จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่มีข้อมูลการจ่ายยารักษาโรคหืด ในปีงบประมาณ 2543-2545 ในการศึกษาครั้งนี้จะสุ่มตัวอย่างโดยเลือกเฉพาะโรงพยาบาลที่มีการจ่ายยาพ่นสเตียรอยด์มากที่สุดและน้อยที่สุดภาคละ 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก เพชรบูรณ์ บึงกาฬ นครพนม สุรินทร์ นนทบุรี สมุทรสาคร สงขลา โดยสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 10 % ของผู้ป่วยโรคหืดในแต่ละโรงพยาบาล เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด(ตาม ICD-10) ที่มีอายุ 18-44 ปี ได้รับยาขยายหลอดลม, ยาพ่นสเตียรอยด์, cromolyn sodium, หรือยา กลุ่ม mast cell stabilizers อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงปีงบประมาณ 2543-2545 โดยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย สิทธิการรักษา ที่อยู่ รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ สามารถได้จากฐานข้อมูลดังกล่าว

วิธีการเก็บข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ผู้สัมภาษณ์จะมีตัวอย่างยาโดยเฉพาะยาพ่น ให้ผู้ป่วยดูและแสดงการพ่นยาประกอบการสัมภาษณ์

3.2 แบบสอบถาม

แบบสอบถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประกอบด้วยส่วนต่างๆ 6 ส่วน ดังนี้ (1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลด้าน demographic และ socioeconomic ประกอบด้วย อายุ, เพศ, การศึกษา, รายได้, สิทธิการรักษา (2) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหืด ได้แก่ คำถามเพื่อประเมินการวินิจฉัยโรคหืด² คำถามจำแนกความรุนแรงของโรคหืด^{2,4} โรคอื่นที่เป็นร่วมด้วย, จำนวนวันที่ปลอดอาการจับหืด³⁹ ยารักษาโรคหืดที่ผู้ป่วยได้รับ ความร่วมมือและความสามารถในการใช้ยา (3) แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมิน self-efficacy (4) แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต โดยใช้ Short-Form Health Survey ของ the Medical Outcomes Study ฉบับภาษาไทยที่ได้รับการแปลและทดสอบคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงแล้ว (5) การใช้บริการสุขภาพ(health care utilization) ได้แก่ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหืด การใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆทั้งภาครัฐและเอกชน (6) คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด จากเครื่องมือที่สร้างและทดสอบมาจากการศึกษาช่วงที่ 2

การทดลองใช้แบบสอบถามสำหรับการสัมภาษณ์ในการศึกษาแบบนำร่อง
แบบสอบถามจะผ่านการทบทวนจากผู้เชี่ยวชาญโรคหืดจำนวน 5 คนและผู้ป่วยโรคหืดจำนวน 10 คน
(โดยการทดลองสัมภาษณ์) เพื่อดูความชัดเจน ความสัมพันธ์หรือความเกี่ยวเนื่องกันของข้อคำถาม
ตลอดจนเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย แบบสอบถามที่ผ่านการทบทวนแล้วจะนำมาทดลอง
สัมภาษณ์ในผู้ป่วย 30 คนซึ่งถูกสุ่มตัวอย่างมาจากรายชื่อผู้ป่วยในฐานข้อมูล หากมีปัญหาในการใช้งาน
จะมีการปรับปรุงแบบสอบถามนี้ก่อนนำไปใช้จริง

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยการทดสอบคุณสมบัติความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือที่ได้
พัฒนาขึ้น และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์

การทดสอบ psychometric properties ของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงตามโครงสร้างเป็นการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆในแบบสอบถามที่มี
ผลต่อสิ่งที่ต้องการวัด³¹ ซึ่งในการศึกษานี้ใช้การวัด known group validity สำหรับการวัดความตรง
ตามโครงสร้าง การวิเคราะห์ใช้ t-test ในการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับ
คุณภาพของการดูแลที่แตกต่างกัน

การวัดความเที่ยงโดยการวัดความเที่ยงภายใน ซึ่งจะแสดงว่าแบบสอบถามนั้นประกอบด้วย
คำถามที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการวัดและใช้ในการวัดผลสิ่งเดียวกัน โดยการแสดงผลเป็นค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟา(Cronbach's alpha) ค่าที่ยอมรับคือเมื่อค่าสัมประสิทธิ์มากกว่า 0.7

ค่าสถิติเชิงพรรณนาของเกณฑ์คุณภาพการดูแลโรคหืดและผลลัพธ์

วิเคราะห์เกณฑ์ชี้วัดของคุณภาพการดูแลโรคหืดโดยใช้สถิติร้อยละ และค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐานสำหรับตัวแปรชนิด categorical และ numerical ตามลำดับ การใช้บริการสุขภาพจะนับ
จำนวนครั้งของการใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินหรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและ
เอกชน

ความสัมพันธ์ของคุณภาพการดูแลโรคหืดและผลลัพธ์

ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์และผู้ที่ใช้ยาพ่นสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอ
รวมทั้งผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและการปฏิบัติตัว ผู้ที่ได้รับการจำแนกความรุนแรงและติดตามการ
ดำเนินโรคที่สอดคล้องกับเกณฑ์ชี้วัดของคุณภาพการดูแลโรคหืดจะมีผลลัพธ์ที่ดีกว่า แต่อาจมีปัจจัย
บางอย่างที่มีผลต่อผลลัพธ์และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลโรคหืดอยู่ก่อนแล้วแต่ไม่ได้วัดใน
การศึกษานี้

ผลการศึกษา

การศึกษาช่วงที่ 1: การสำรวจสภาพปัญหาและภาระโรคของผู้ป่วยโรคหืด: กรณีศึกษาอำเภอเมืองจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

1.จำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่เข้าเกณฑ์การศึกษา

จากการสำรวจผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและสถานอนามัยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่เข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดในการศึกษาช่วงที่ 1

สถานบริการสาธารณสุข	จำนวนผู้ป่วยโรคหืด ตามเกณฑ์ที่กำหนด	หมายเหตุ
โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ¹	69	การได้มาของผู้ป่วยโดยการสำรวจผู้ป่วยโรคหืดที่เข้าเกณฑ์จากสมุดทะเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจากห้องฉุกเฉินของ ร.พ.ประจวบคีรีขันธ์ในช่วงเวลาที่กำหนด
สถานอนามัยเฉลิมพระเกียรตินิคม กม 5 ²	52	การได้มาของผู้ป่วยโดยให้เจ้าหน้าที่ที่ประจำในสถานอนามัยเป็นผู้ส่งรายชื่อผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่จะคัดลอกรายชื่อผู้ป่วยจากทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
สถานอนามัยย่านซื่อ ²	12	
สถานอนามัยทุ่งโก ²	27	
สถานอนามัยคลองวาฬ ²	9	
สถานอนามัยบ่อนอก ²	16	
สถานอนามัยบ้านดอนซอ ²	2	
สถานอนามัยบ้านห้วยน้ำพุ ²	14	
สถานอนามัยอ่าวน้อย ²	5	
สถานอนามัยด่านสิงขร ²	9	
สถานอนามัยนิคม กม. 12 ²	5	
สถานอนามัยเกาะหลัก ²	2	
สถานอนามัยบ้านทุ่งเคล็ด ²	1	
สถานอนามัยหนองปรุหลัก ²	4	
สถานอนามัยห้วยทราย ²	10	
สถานอนามัยหนองยายเฒ ²	5	

1 คือผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือดังนี้ (1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด (2) อายุ 18 ขึ้นไป (3) เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในช่วงปี พ.ศ.2542-2546 อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงระยะเวลาดังกล่าว (4) เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินอย่างน้อย 2 ครั้งในปีพ.ศ. 2546 (5) ได้รับการรักษาโรคหืดอย่างน้อย 1 ชนิดได้แก่ ยาพ่นสเตียรอยด์, ยาขยายหลอดลมกลุ่ม beta2-agonist ชนิดสูดดมหรือชนิดรับประทาน, ยา theophylline (6) มีที่อยู่อาศัยในเขตอำเภอเมือง

2 คือผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือดังนี้(1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด (2) อายุ 18 ขึ้นไป (3) มีประวัติเข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชน (4) ได้รับการรักษาโรคหืดเช่น ยาขยายหลอดลมกลุ่ม beta2-agonist ชนิดสูดดมหรือชนิดรับประทาน, ยา theophylline (6) มีที่อยู่อาศัยในเขตอำเภอเมือง

จากผู้ปวยดังกล่าวได้ติดต่อผู้ปวยเพื่อทำการสัมภาษณ์ มีผู้ปวยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น
จำนวน 61 ราย โดยมีผู้ปวยจากสถานบริการสาธารณสุขแหล่งต่างๆดังนี้
ตารางที่ 5 จำนวนผู้ปวยที่ได้รับการสัมภาษณ์แบ่งตามสถานบริการที่ผู้ปวยรักษา

สถานบริการสาธารณสุข	จำนวนผู้ปวยโรคหืดที่เข้ารับการสัมภาษณ์
โรงพยาบาลพระจอมศิริชั้น	19
สถานีนามัยบ้านห้วยน้ำพุ	14
สถานีนามัยย่านซื่อ	12
สถานีนามัยคลองวาฬ	9
สถานีนามัยอ่าวน้อย	4
สถานีนามัยเกาะหลัก	2
สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติินคม กม 5	1
รวมทั้งสิ้น	61

2. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ปวย

จำนวนผู้ปวยโรคหืดที่ได้รับการสำรวจมีจำนวนทั้งสิ้น 61 คนเป็นเพศหญิง 36 คน (59%) เพศชาย 25 คน (41%) อายุเฉลี่ยของผู้ปวยคือ 40.2 ± 9.1 ปี ผู้ปวยส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปีหรือคิดเป็น 34.4%, 82% มีสถานภาพสมรส, ผู้ปวยจำนวนประมาณครึ่งหนึ่ง (49%)จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา สำหรับสิทธิการรักษาพบว่าประมาณ 62%ของผู้ปวยใช้สิทธิ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมาเป็นสิทธิประกันสังคม(18%) และสิทธิข้าราชการ(13.1%) ตามลำดับ ผู้ปวยประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรวมในจำนวนใกล้เคียงกัน (28%และ 21%ตามลำดับ) ผู้ปวยที่ได้รับการสำรวจมีรายได้ค่อนข้างต่ำ โดย 41%มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 6 ซึ่งแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ปวย

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปวย (N=61)

ลักษณะ	จำนวน
เพศ	
หญิง	36 (59.0 %)
อายุ (ปี)	
อายุเฉลี่ย (ปี $\pm$ SD)	40.2 ± 9.1
สถานภาพ	
สมรส	50(82.0%)
โสด	6(9.8%)
หม้าย หรือ หย่า	5(8.2%)
การศึกษา	
ประถมศึกษา	30(49.2%)

มัธยมศึกษา	18(29.5%)
อนุปริญญา	5(8.2 %)
ปริญญาตรี	5(8.2%)

ตารางที่ 6 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=61)

ลักษณะ	จำนวน
ไม่มีการศึกษา	1(1.6%)
สิทธิการรักษา	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	38 (62.3%)
ประกันสังคม	11 (18.0%)
เบิกได้(ข้าราชการ)	8 (13.1%)
อาชีพ	
รับจ้าง	17 (27.9%)
เกษตรกรรวม	13 (21.3%)
ค้าขาย,ธุรกิจส่วนตัว	10 (16.4%)
ข้าราชการ	9 (14.8%)
รายได้	
< 5,000 บาท	25(41.0%)
5,000-10,000 บาท	22(36.1%)
10,001-20,000บาท	9(14.8%)
> 20,000บาท	5 (8.2 %)

* จำนวนที่แสดงมีหน่วยเป็นคนที่ร้อยละยกเว้นระบุเป็นค่าอื่น

3.โรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหืด และการใช้ยารักษาโรคหืด

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาในการรักษาโรคหืดมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4 พบว่าเมื่อจำแนกระดับความรุนแรงของโรคหืดแล้วพบว่า 31 %ของผู้ป่วยมีอาการหอบแบบนานๆครั้ง, 26 %ของผู้ป่วยอยู่ในระดับรุนแรงน้อย, 38% อยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง, 5 % อยู่ในระดับรุนแรงมาก สำหรับระยะเวลาการเป็นโรคหืดพบว่า ประมาณ 69%ของผู้ป่วยมีระยะเวลาการเป็นโรคน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีผู้ป่วย 20%ที่มีระยะเวลาการเป็นโรคหืด 11-20 ปี ส่วนผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคมากกว่า 20 ปีมี 11%,พบว่า 70.5 % ของผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วมด้วยซึ่งเมื่อพิจารณาจากชนิดของโรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วมพบว่าเป็นโรคโพรงจมูกอักเสบมากที่สุดคิดเป็น 38%ของผู้ป่วย เพื่อพิจารณาผู้ป่วยที่สูบบุหรี่พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่มี 39% โดยพบว่า 23% ของผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน สำหรับประวัติครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นโรคหืด พบว่าผู้ป่วยที่มีบิดา/มารดาหรือพี่น้องป่วยเป็นโรคหืดมีจำนวน 44.3%

ตารางที่ 7 แสดงโรค, ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหืด

ลักษณะ	จำนวน
ระยะเวลาที่เป็นโรคหืด	
1 -5 ปี	24(39.3%)
6 -10 ปี	18 (29.5%)
11-20 ปี	12 (19.7%)
21 ปีขึ้นไป	7 (11.5 %)
ระดับความรุนแรงของโรค	
มีอาการนานๆครั้ง	19 (31.1%)
ระดับรุนแรงน้อย	16 (26.2%)
ระดับรุนแรงปานกลาง	23 (37.7%)
ระดับรุนแรงมาก	3 (4.92 %)
โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วม	
Rhinitis	23 (37.7%)
Sinusitis	4 (6.6%)
Hypertension	4 (6.6%)
การสูบบุหรี่	
มีประวัติการสูบบุหรี่	24 (39.3 %)
ปัจจุบันสูบบุหรี่	14 (22.9 %)
เฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน)	11.4±8.04
ประวัติครอบครัว	
มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหืด	27 (44.3%)

ตารางที่ 8 แสดงกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคหืดซึ่งประกอบด้วย ยาพ่นสเตียรอยด์ ยาพ่นขยายหลอดลม กลุ่ม Beta-2-agonist ยาขยายหลอดลมชนิดรับประทาน ยากลุ่ม Xanthine derivative ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน กลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดได้แก่ ยาพ่นขยายหลอดลม Beta-2-Agonist ชนิดออกฤทธิ์เร็ว มีจำนวน 75% ของผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมาได้แก่ยาพ่นสเตียรอยด์ และยาขยายหลอดลม Beta-2-Agonist ชนิดรับประทาน คิดเป็น 57.4% และ 37.7 % ตามลำดับ กลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับน้อยที่สุดคือยา กลุ่ม Oral Steroid ซึ่งปกติแล้วเป็นยาที่แพทย์จะสั่งให้ผู้ป่วยในช่วงที่อาการของโรคกำเริบ สำหรับยากลุ่มอื่นๆที่ผู้ป่วยได้รับที่อาจมีผลกับโรคหืดพบว่ากลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดได้แก่ กลุ่มยาด้านการอักเสบ (NSAIDs) คิดเป็น 6.6% สำหรับยา Aspirin และ ยากลุ่ม Beta-blocker นั้นมีผู้ป่วยได้รับชนิดละ 1.6% สำหรับการรักษาอื่นที่ผู้ป่วยได้รับพบว่า 25% ของผู้ป่วยใช้ยาสมุนไพรในการรักษาพร้อมกับยาแผนปัจจุบัน ผู้ป่วย 20.3% ใช้ยาสมุนไพรในการรักษา มีผู้ป่วยใช้การรักษาแบบอื่นๆเช่น การผ่าตัดหรือการฉีดยา กลางบ้านเช่นจิ้งจกเผา ม้าไม้ จำนวน 3.3% และมีผู้ป่วยฝังเข็มร่วมด้วย 1.6%

ตารางที่ 8 ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มยาและการรักษาอื่นๆที่ผู้ป่วยได้รับ

ลักษณะ	จำนวน(คน)
ชนิดของยารักษาโรคหืดที่ผู้ป่วยได้รับ	
Inhaled Corticosteroid	35 (57.4 %)
Inhaled Beta-2-Agonist	46 (75.4 %)
Oral Beta-2-Agonist	23 (37.7 %)
Xanthine Derivative	22 (36.1 %)
Oral Steroid	10 (16.4 %)
ยากลุ่มอื่นๆที่ผู้ป่วยได้รับที่มีผลกับโรคหืด	
NSAIDs	4 (6.6 %)
Aspirin	1 (1.6 %)
ยากลุ่ม Beta-blocker	1 (1.6 %)
การรักษาอื่นที่ได้รับ	
สมุนไพร	15(25%)
ยาสมุนไพร	12 (20.3%)
การรักษาแบบอื่น ๆเช่น การผ่าตัด การใช้ยากกลางบ้าน	2 (3.3 %)
การฝังเข็ม	1 (1.6 %)

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ซึ่งเป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคหืด(controller) มีจำนวน 57%ของผู้ป่วยทั้งหมด และคิดเป็น 69% ของผู้ป่วยที่สมควรได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ซึ่งได้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการหอบแบบเรื้อรัง อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาพ่นสเตียรอยด์สม่ำเสมอมีเพียง 51% ของผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์, และ 52% ของผู้ป่วยที่มีอาการหอบแบบเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม Beta₂-agonist ซึ่งเป็นยาที่ใช้บรรเทาอาการ(reliever) ในผู้ป่วยที่มีอาการหอบแบบเรื้อรังพบว่าผู้ใช้บ่อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 17%, ใช้เกือบทุกวันจำนวน 31%, ใช้ทุกวัน 17%, ใช้มากกว่า 4 ครั้ง/วัน ติดต่อกันตั้งแต่ 2 วันขึ้นไปมีจำนวน 19% สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหอบแบบนานๆครั้งพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมเลย 63% ผู้ป่วยที่ใช้ยาน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 11 %, ใช้เกือบทุกวันจำนวน 21%, ใช้ทุกวันหรือใช้ยามากกว่า 4 ครั้ง/วัน ติดต่อกันตั้งแต่ 2 วันขึ้นไปจำนวน 5 %, เมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั้งหมดในการวิจัย หากคิดเทียบจากจำนวนผู้ป่วยที่แบ่งตามระดับความรุนแรงของโรคพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการหอบทุกราย (100%) ได้รับยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็ว แต่พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ยาพ่นขยายหลอดลมเลยน้อยลงไปตามลำดับตามระดับความรุนแรงของโรคจากน้อยไปมาก

ตารางที่ 9 ยาที่ผู้ป่วยได้รับและการใช้ยาจำแนกตามระดับความรุนแรงของโรคหืด

การให้ยากลุ่มหลัก	จำนวน(ร้อยละของผู้ป่วย)(N=61)			
	ระดับความรุนแรงของโรคหืด			
	มีอาการนานๆครั้ง	รุนแรงน้อย	รุนแรงปานกลาง	
รุนแรงมาก	n=19	n=16	n=23	
n=3				
ยาพ่นสเตียรอยด์				
ผู้ป่วยได้รับยาพ่นสเตียรอยด์	6 (31.6%)	9(56.3%)	17(73.9%)	3
(100%)				
ผู้ป่วยใช้ยาพ่นสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอ	3 (15.8%)	5 (31.3%)	9 (39.1%)	
1(33.3%)				
ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็ว				
ผู้ป่วยได้รับยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็ว	19 (100%)	16(100%)	23(100%)	3
(100%)				
ผู้ป่วยใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็วทุกวันหรือ	1 (5.3%)	3 (18.8%)	10 (43.5%)	
2(66.7%)				
มากกว่า 4 ครั้งต่อวันติดต่อกัน 2 วันขึ้นไปในเดือนที่ผ่านมา				
ผู้ป่วยใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็วเกือบทุกวัน	4 (21.1%)	5 (31.3%)	8 (34.8%)	0
%				
ผู้ป่วยใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็วน้อยกว่า	2 (10.5%)	4 (25%)	2 (8.7%)	
1(33.3%)				
1 ครั้ง/สัปดาห์				
ผู้ป่วยไม่ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็วเลย	12 (63.2%)	4 (25%)	3 (13.0%)	0%

ตาราง10 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้านอื่นๆเช่น สถานบริการที่ผู้ป่วยไปรักษาบ่อยๆ การที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจสมรรถภาพปอด และการที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวพบว่าสถานบริการที่ผู้ป่วยไปใช้บริการมากที่สุดคือโรงพยาบาลรัฐ คิดเป็น 83.6% สำหรับสถานอื่นที่มีผู้ป่วยไปใช้บริการรองลงมาแต่ค่อนข้างน้อย คือ 24.6% ร้านขายยาแผนปัจจุบันมีผู้ใช้บริการไม่มากนักคิดเป็น 11.5% ส่วนคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนมีผู้ใช้บริการน้อยมากคือ 6.6%และ 1.6%ตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยเพียง 36% เท่านั้นที่ได้รับการตรวจสมรรถภาพปอด สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการสาธิตการใช้ยาพ่นมีปริมาณมากพอสมควรคิดเป็น 78.7% จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีจัดการเมื่อเกิดการจับหืดอย่างกะทันหันและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นให้เกิดการจับหืดมีปริมาณใกล้เคียงกันคิดเป็น 24.6%และ 23%ตามลำดับ

ตารางที่ 10 รายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการรักษาโรคหืดที่ผู้ป่วยได้รับ

ลักษณะ	จำนวน(คน)
สถานบริการที่ผู้ป่วยไปใช้บริการบ่อยๆหรือตลอดเวลา	
โรงพยาบาลรัฐบาล	51 (83.6%)
สถานีนอนมัย	15 (24.6%)
ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	7 (11.5%)
คลินิกเอกชน	4 (6.6 %)
โรงพยาบาลเอกชน	1 (1.6 %)
จำนวนผู้ป่วยที่เคยได้รับการตรวจสมรรถภาพปอด	22 (36.1%)
จำนวนผู้ป่วยที่เคยได้รับการสาริตการไชยาพน	48 (78.7%)
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีจัดการเมื่อเกิดการจับหืดอย่างกะทันหัน	15 (24.6%)
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นให้เกิดการจับหืด	14 (23 %)

4.ภาวะโรคของผู้ป่วยโรคหืด

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหืดจำนวน 61 คน เกี่ยวกับภาวะโรคของผู้ป่วยโรคหืด การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะนำข้อมูลดังกล่าวมาพบว่าผลกระทบของโรคหืดที่มีต่อผู้ป่วยมี 4 ด้าน ดังแสดงใน รูปที่ 1

ผลกระทบของโรคหืดที่มีต่อผู้ป่วย
1)ผลกระทบทางร่างกายและจิตใจ
2) ผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ
3)ผลต่อสถานะทางการเงิน
4)ผลต่อชีวิตคู่

โดยจะขอเสนอผลการศึกษาเป็นหัวข้อในแต่ละด้าน ตามลำดับที่กล่าวข้างต้น

1) ผลกระทบทางร่างกายและจิตใจ

จากการศึกษาพบว่า ผลกระทบทางร่างกายและจิตใจเป็นประเด็นที่ผู้ป่วยโรคหืดกล่าวถึงมากที่สุด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุมอาการของโรคหืดได้ไม่ดี ผู้ป่วยกล่าวว่าอาการของโรคจะมีผลต่อการใช้ชีวิตเป็นอย่างมาก เนื่องจากอาการเหนื่อยจะทำให้ไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้ ผู้ป่วยทุกรายกล่าวถึงความรู้สึกกลัวและตื่นตระหนกเมื่ออาการของโรคกำเริบ พวกเขามีความวิตกกังวลตลอดเวลาเนื่องจากไม่แน่ใจว่าจะเกิดอาการกำเริบขึ้นเมื่อใด

“เวลาหอบขึ้นมาที่ไร ฉันรู้สึกเหมือนปลาที่อยู่ที่ไม่มีน้ำ ดิ้นทุรนทุรายเพื่อจะหายใจ ความรู้สึกตอนนั้นเหมือนความตายมารออยู่ตรงหน้า อยากจะหายใจแต่ก็หายใจไม่ได้”

“เมื่อไรที่ฉันหอบ แสบจะขาดใจ แพนฉันต้องหยุดงานมาอยู่ด้วย กลัว ไม่กล้าอยู่คนเดียว มันแย่มากๆ ไม่อยากให้ใครๆ เป็นโรคนี้แบบฉันเลย มันทรมาน”

“ฉันหอบมากจนทำอะไรไม่ได้ งานบ้านก็ทำไม่ได้ พ่อแม่ก็แก่มากแล้ว อยากจะช่วยเหลือเขาทำอะไรบ้างก็ทำไม่ได้ ฉันรู้สึกตัวเองไม่มีค่า ไม่มีประโยชน์”

“ผมรู้สึกเหมือนตัวเองเป็นคนมีปมด้อย ทำไมโรคนี้ต้องมาเกิดกับผม รู้สึกว่าตัวเองโชคร้าย”

ผู้ป่วยบางรายมีความคิดอยากฆ่าตัวตายเพราะไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาด ประกอบกับเมื่อเป็นโรคเรื้อรังนานๆก็จะมีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพและสถานะทางการเงิน ทำให้ไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป

“ทุกวันนี้ผมยังเป็นหนี้อยู่ เป็นหนี้คนโน้นหนี้แหละ ค่าเช่าบ้าน ผมทำงานไม่ได้เลยมันหอบมากจนทำไม่ได้เลย พอทำไม่ได้บ่อยๆ เข้า ขาประจำที่เคยจ้างงานเค้ามีความรู้สึกที่งานเค้าจะเสียไปเค้าไปจ้างที่อื่นหมด จะมีเฉพาะกระเซ็นกระสายประเภทที่ไม่รู้ว่าเป็นอะไร ก็มีงานเล็กๆ งานที่ใหญ่มาเรื่อยๆ ทำ

หลายวันทำไม่ได้ ก็เลยได้งานที่เล็กๆน้อยๆ พอกินพออยู่เป็นวันๆ ไม่มีพอให้ค่าเช่าบ้าน ค่าน้ำ ค่าไฟ จนค้างเค่าเป็นปี ก็เลยคิดว่าอยู่ไปทำไม ทำให้คนอื่นเค่าเดือดร้อนด้วย ก็เคยคิดมาทีหนึ่ง แต่พอคิดว่าเราจะทำอย่างไร หาทางให้เสียชีวิตแบบง่าย ไม่กระวนกระวาย ไม่ทรมาน ไม่เดือดร้อนคนอื่นก็เลยไปซื้อยาแวลียมทิลละเม็ด เนื่องจากเค่าไม่ขายเยอะๆ สะสมทีละ 2 เม็ด มันไม่พอจนนานเกินไป ความคิดของผมเปลี่ยนไปแล้ว สะสมไป 20 กว่าเม็ด ความคิดเปลี่ยนไปแล้ว ทุกวันนี้ยาเก็บไว้จนขึ้นรา ”

ความรู้สึกสิ้นหวังและความเบื่อหน่ายโรคที่เป็นทำให้ผู้ป่วยบางรายรู้สึกโกรธ ประชดชีวิต และ ไม่ยอมรักษาต่อ ซึ่งทำให้เกิดผลเสียตามมาเป็นลูกโซ่

“ ตอนแรกๆผมก็รักษาดูแล แต่ถึงรักษาอย่างไร มันก็ยังมีอาการหอบ ผมเลยคิดว่าอะไรจะเกิดก็ให้มันเกิดไป ท้อแท้ ล้มหวัง เลยหยุดการรักษาไป”

ในผู้ป่วยที่ควบคุมอาการของโรคได้ดีและได้รับการรักษาที่ถูกต้องจนสามารถควบคุมอาการของโรคได้ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการน้อย ซึ่งผลกระทบทางร่างกายและจิตใจมักไม่เป็นประเด็นที่ผู้ป่วยพูดถึง

2) ผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ

โรคหืดจะมีผลกระทบอย่างมากต่อผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งเป็นผู้หารายได้หลักของบ้าน โดยเฉพาะผู้ที่ทำอาชีพรับจ้าง ผู้ป่วยโรคหืดหลายรายต้องออกจากงาน หางานใหม่ ตกงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อรายได้และสถานะทางการเงินของครอบครัวตามมา

“นายจ้างพอรู้ว่าเราเป็นโรคนี้ก็ไม่อยากจ้าง เพราะทำงานไม่เต็มที่ ไม่คุ้มค่าแรงเขา คนงานมีเยอะเขาก็เลือกได้ เขาต้องการคนที่ทำงานให้เขาได้เต็มที่”

“ ตอนที่เป็นอย่างนั้นที่ยังคลำทางไม่เจอว่าเป็นโรคหอบหืดหรือเปล่า ตอนนั้นอาการแย่มากทำอะไรไม่ได้เลย ต้องพ่นกับหมอนทั้งวัน จนกระทั่งพอรู้ว่าเป็นโรคนี้แน่แล้ว ได้รับการพ่นยาและได้รับยาถูกต้องก็เริ่มค่อยยังชั่วขึ้น แต่กว่าจะรู้ก็ต้องลาออกจากงานแล้ว เพราะทำงานไม่ได้เลย อาการจะรุนแรงขึ้น แต่ไม่น่าจะถึงปี ไม่นานใจ แล้วก็ลาออก เพราะเดือนหนึ่งไปทำงานได้แค่ 10 วัน ก็เลยต้องลาออก ลาออกมาก็ยังทำอะไรไม่ได้ จนกระทั่งเงินที่มีอยู่หมด เพราะทำงานไม่ได้เลย หมดไปกับการรักษา”

“ จะป่วยบ่อย ทำให้งานที่ทำทำไม่ได้ไม่ค่อยสม่ำเสมอ คือจะเป็นบ่อยถ้าเป็นมากๆ ต้องนอน รพ. ทำให้งานที่ทำไม่ต่อเนื่อง ไม่สำเร็จ เพื่อนร่วมงานบ่นว่าป่วยบ่อยเหมือนกับว่าไปกินแรงเค่า ถ้าเป็นมากๆ พ่นยาแล้วต้องไปนอน จะเหนื่อย ต้องนอนพัก ดูเหมือนเป็นคนขี้เกียจ ”

“แต่ก่อนทำงานเป็นครู แต่พอเป็นหอบมากๆ รักษาไม่หาย ต้องออกจากงาน สามีก็ตายมาหลายปีแล้ว มีลูกสามคนต้องเลี้ยงเอง ลำบากมาก”

ในผู้ที่มีกิจการส่วนตัวหรือประกอบอาชีพเกษตรกรรมในครัวเรือน ผลของโรคต่อการประกอบอาชีพไม่มีผลนัก เนื่องจากมีบุคคลอื่นในครอบครัวที่สามารถทำงานแทนได้

3) ผลต่อสถานะทางการเงิน

ปัญหาทางเศรษฐกิจจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยสูญเสียงานและรายได้ และการใช้จ่ายเงินเพื่อการรักษาโรค ผู้ป่วยมักได้รับคำบอกเล่าเกี่ยวกับโรคหืดว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้พยายามหาทางเลือกอื่นในการรักษาโดยเฉพาะจากคำบอกเล่าต่อกันมาถึงวิธีการรักษาต่างๆ เช่นการผ่าตัด มีผู้ป่วยหลายรายที่ต้องหมดเงินกับการรักษาที่ไม่ประสบความสำเร็จ

“ตั้งแต่หมอบอกว่าเป็นโรคหืดที่รักษาไม่หาย พอใครบอกว่ามีอะไรดีผมก็ลองหมด หมดเงินหมดทองไปมากมาย ไปผ่าตัดก็เคยมาแล้ว อยู่ทางใต้ เงินก็เสีย แต่ก็ยังไม่หาย”

“ปกติผมจะหาหมอที่โรงพยาบาลรัฐบาลนี่แหละ ตั้งแต่หมอบอกว่าเป็นโรคหอบนี้ต้องเป็นไปตลอดชีวิต ผมเลยไปรักษาโรงพยาบาลเอกชน คิดว่ายาและการรักษาเขาน่าจะดีกว่า น่าจะหายได้ แต่ก็ปัญหาค่ายาแพงเหลือเกิน”

“ผมทำงานไม่ได้เลยมันหอบมากจนทำไม่ได้เลย พอทำไม่ได้บ่อยๆ เข้า ขาประจำที่เคยจ้างงานเค้ามีความรู้สึกว่างานเค้าจะเสียไปเค้าไปจ้างที่อื่นหมด จะมีเฉพาะกระเช็นกระสายประเภทที่ไม่รู้ว่าเป็นอะไร ก็มืงานเล็กๆ งานที่ใหญ่มากยาวๆ ทำหลายวันทำไม่ได้ ก็เลยได้งานที่เล็กๆ น้อยๆ พอกินพออยู่เป็นวันๆ ไม่มีพอให้ค่าเช่าบ้าน ค่าน้ำ ค่าไฟ จนค้างเค้าเป็นปี”

4) ผลต่อชีวิตคู่

โรคหืดส่งผลต่อการใช้ชีวิตคู่อย่างมาก ทั้งจากปัญหาสมรรถภาพทางกายอันเนื่องมาจากอาการของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีความสัมพันธ์กับคู่ชีวิตได้เหมือนคนธรรมดาทั่วไปและปัญหาในชีวิตคู่ที่เกิดจากสภาพจิตใจ และอารมณ์อันเป็นผลจากความเครียดจากการเจ็บป่วย หรือผลทางจิตใจจากปัญหาทางการเงินและการประกอบอาชีพ ทำให้ผู้ป่วยหลายรายต้องจบชีวิตคู่ด้วยการหย่าร้าง

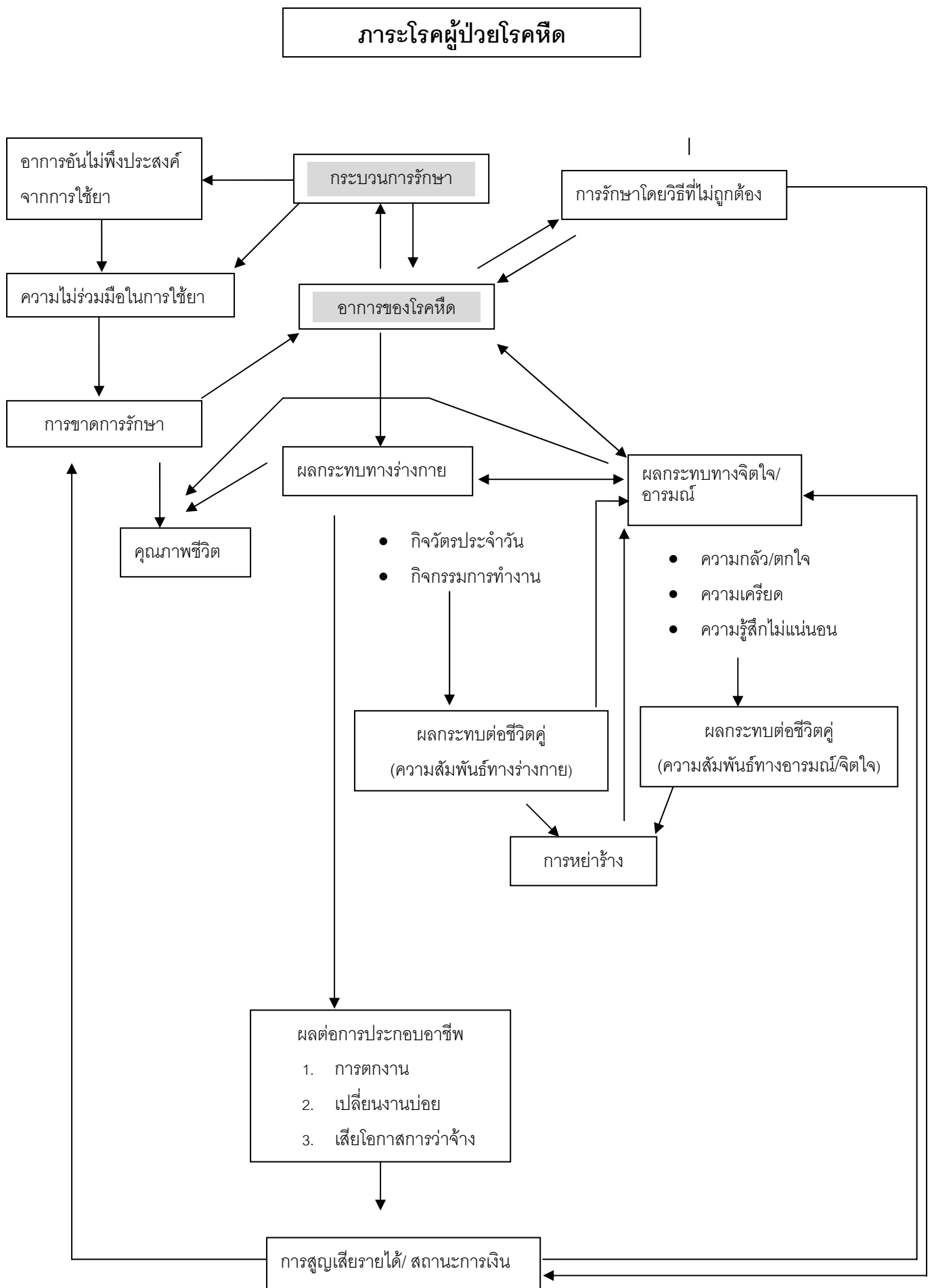
“ฉันมักหอบในช่วงหน้าหนาว ตลอดหน้าหนาวเรามีอะไรกันไม่ได้เลย”

“ผมหย่ามาสองครั้งแล้ว เวลาไม่มีเงินก็ไม่มีใครอยากอยู่กับเรา ผมคิดว่าโลกนี้ไม่มีหรอกคำว่ารักแท้ ไม่มีใครรักผมจริง รู้สึกว่าตัวเองเป็นคนไม่มีค่าเลย”

“ครอบครัวเค้าต้องคอยระวัง อย่างเคยนอนกับภรรยาก็นอนไม่ได้ เพราะภรรยาเค้าเปิดพัดลม ผมโดนพัดลมไม่ได้ ต้องแยกกันนอน เค้าก็บ่นว่าห่างเหิน ไม่ได้อยู่ด้วยกัน เพราะต้องนอนแยก แต่ภรรยาเข้าใจ แต่บางครั้งก็น้อยใจ ปกติครอบครัวจะช่วยดูแลตลอด”

จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคหืดมีชีวิตครอบครัวที่มีปัญหามาก หากคู่ชีวิตไม่เข้าใจ และเสียสละเพียงพอ

สำหรับผลกระทบด้านอื่นๆ เช่นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยารักษาโรคหืดพบว่าไม่เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยกล่าวถึงนักเนื่องจากผู้ป่วยทุกรายที่สัมภาษณ์มีสิทธิในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า



รูปที่ 2 แสดงภาวะโรคผู้ป่วยโรคหืดและผลกระทบที่เกิดขึ้น

ผลการศึกษาช่วงที่ 2

การศึกษาช่วงที่ 2: การสร้างและทดสอบเครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทย

2.1 การสร้างเครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด

การสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในการวิจัยนี้ใช้เทคนิคเดลฟายเนื่องจากเป็นวิธีที่มีระบบในการใช้ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในประเด็นใดประเด็นหนึ่งที่ต้องการรู้และเป็นเทคนิคที่ทำให้ได้มาซึ่งฉันทามติหรือความคิดเห็นที่สอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน(Consensus) โดยไม่มีการเผชิญหน้าโดยตรงแบบการประชุมกลุ่มแบบอื่นๆ ทำให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนสามารถแสดงความคิดเห็นของตนอย่างเต็มที่ เป็นอิสระ และไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของเสียงส่วนใหญ่หรือความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญคนใด

1. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Expert panels)

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์เวรซ์ จำนวน 52 คนซึ่งเป็นคณะกรรมการของสมาคมออร์เวรซ์แห่งประเทศไทย ได้ถูกคัดเลือกให้เข้าร่วมการตอบแบบสอบถามในการวิจัยแบบเดลฟายเนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและความชำนาญเกี่ยวกับโรคหืด

สำหรับการตอบแบบสอบถาม ในรอบแรกมีผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามจำนวน 20 คน ในรอบที่ 2 มีผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามจำนวน 9 คน สำหรับข้อมูลทั่วไปของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถามในแต่ละรอบมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 11 ซึ่งพบว่าผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่มีอายุ 40-49 ปี และพบว่า 60% เป็นอาจารย์โรงเรียนแพทย์ และส่วนใหญ่ (60%) มีประสบการณ์ทำงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหืด เป็นเวลา 10-20 ปี

ตารางที่ 11 ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถาม

		จำนวน(คน)ในรอบที่ 1 (%)	จำนวน(คน)ในรอบที่ 2 (%)
		N=20	N=9
เพศ	ชาย	18 (90%)	8 (88.9%)
	หญิง	2 (10%)	1 (11.1%)
อายุ (ปี)	< 40	4 (20 %)	2 (22.2%)
	40-49	9 (45 %)	3 (33.3%)
	50-59	2 (10 %)	2 (22.2%)
	≥ 60	5 (25 %)	2 (22.2%)
การปฏิบัติงาน			
อาจารย์แพทย์		12 (60 %)	5 (55.6%)
แพทย์ผู้ปฏิบัติ		8 (40 %)	4 (44.4%)

ตารางที่ 11(ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถาม

	จำนวน(คน)ในรอบที่ 1 (%)	จำนวน(คน)ในรอบที่ 2 (%)
	N=20	N=9
ประสบการณ์ทำงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ปี)		
<10	-	
10-20	12 (60 %)	5(55.6%)
> 20	8 (40 %)	4(44.4%)
ประสบการณ์การรักษผู้ป่วยโรคหืด (ปี)		
<10	2 (10 %)	2 (22.2%)
10-20	14 (70 %)	5 (55.6%)
> 20	4 (20 %)	2 (22.2%)

2.การสร้างเกณฑ์คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดฉบับร่าง

การสร้างเกณฑ์คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดฉบับร่างทำโดยการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูล ต่างๆ เช่น Medline, HEDIS, National Guideline Clearinghouse, NIH และจากวารสารทางการแพทย์ต่างๆ , แนวทางการรักษาโรคหืดของประเทศต่างๆ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ โดยใช้คำสำคัญในการค้นหานี้ คือ “Quality of Care” และ “Asthma”, “Quality Indicators” และ “Asthma”

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมได้เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดจำนวน 20 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 4 มิติในการดูแลผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดจากการทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งตามมิติหลัก 4 มิติ

เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแล (Quality of Care Indicators)
Conceptual Care Domain 1: ความเหมาะสมของการใช้ยา 1.ผู้ป่วยที่มีอาการหืดเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ได้รับยาดังกล่าว 2.ผู้ป่วยใช้ยาพ่นสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอ 3.ผู้ป่วยได้รับยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist เพื่อบรรเทาอาการหอบ 4.การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist เพื่อบรรเทาอาการหอบ 5.ผู้ป่วยทราบความแตกต่างระหว่างยาพ่นสเตียรอยด์และยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist (กรณีที่ได้รับยาพ่นทั้ง 2 ชนิด) 6.ผู้ป่วยที่ได้รับยา Theophylline อย่างต่อเนื่อง (ขนาดมากกว่า 600 มิลลิกรัม/วัน) ได้รับการตรวจวัดระดับยาในเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 7.ผู้ป่วยสามารถใช้ยาพ่นได้อย่างถูกต้อง 8.ผู้ป่วยที่เป็นหืดเรื้อรังชนิดปานกลางถึงรุนแรงไม่ควรได้รับยากลุ่ม beta-blocker(เช่น atenolol,propranolol)

ตารางที่ 12(ต่อ) เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดจากการทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งตามมิติหลัก 4 มิติ

Conceptual Care Domain 2: การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย 1.ผู้ป่วยได้รับเอกสารแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบหืด 2.ผู้ป่วยได้รับเอกสารแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาในวันที่ไม่มีอาการหอบหืด 3.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับยาที่ใช้เมื่อมีอาการหอบหืดหรือเมื่ออาการของโรครุนแรงขึ้น 4.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการหอบหืดที่รุนแรงที่ต้องไปพบแพทย์ 5.ผู้ป่วยได้รับความรู้และรายละเอียดเกี่ยวกับยาที่ได้รับ 6.ผู้ป่วยได้รับความรู้และการสาธิตการใช้อุปกรณ์หรือยาชนิดสูดพ่นชนิดต่างๆ
Conceptual Care Domain 3: การควบคุมปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น 1.ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการโรคแย่ลงและวิธีหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นนั้น 2.ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการปรับยาก่อนเผชิญสิ่งกระตุ้น
Conceptual Care Domain 4: การตรวจร่างกาย,สมรรถภาพปอดและการติดตามการดำเนินโรค 1.ผู้ป่วยได้รับการทดสอบการทำ Allergy test 2.ผู้ป่วยได้รับการตรวจวัดสมรรถภาพปอด 3.ผู้ป่วยมีเครื่อง Peak Flow Meter สำหรับใช้ส่วนตัว 4.ผู้ป่วยมาตรวจตามเวลาที่กำหนด

3. ผลการตอบแบบสอบถาม

จากการส่งแบบสอบถามไปทั้งหมดจำนวน 52 ชุด มีผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามกลับในรอบแรก รวม 20 ราย หรือคิดเป็น 38.5% ของแบบสอบถามทั้งหมด ในรอบที่ 2 มีผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 9 รายหรือคิดเป็น 45% ของผู้ตอบแบบสอบถามในรอบที่1 สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้การพิจารณา ค่า Panel Agreement ซึ่งหมายถึงการที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลในข้อดังกล่าว โดยใช้ค่าร้อยละ และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่ามัธยฐาน ฐานนิยม และพิสัยระหว่างควอไทล์

3.1 การพิจารณาความยอมรับในเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลโรคหืด โดยพิจารณาจากค่าเปอร์เซ็นต์ความยอมรับ

ตารางที่ 13 แสดงผลการตอบแบบสอบถามในรอบที่1 และรอบที่ 2 เมื่อดูค่า Panel Agreement เกณฑ์ที่ยอมรับหมายถึงการที่ผู้เชี่ยวชาญตอบเห็นด้วย หรือ เห็นด้วยอย่างยิ่งใน พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันในการตอบแบบสอบถามทั้ง 2 รอบ โดยพบว่าเมื่อกำหนดค่า Percent Acceptance ในรอบที่ 1 ที่ 70% และรอบที่ 2 ที่ 80% จะมีเครื่องชี้วัดคุณภาพที่ถูกตัดออกในรอบที่ 1 จำนวน 3 ข้อและในรอบที่ 2 เพิ่มอีก 1 ข้อ รวมเป็น 4 ข้อ ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 13 ค่าเปอร์เซ็นต์ความยอมรับของเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลโรคหืด จากกระบวนการเดลฟาย 2 รอบ

เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลโรคหืด	Panel agreement (%) รอบที่ 1	Panel agreement (%) รอบที่ 2
Conceptual Care Domain 1: ความเหมาะสมของการใช้ยา	95	88.9
1.ผู้ป่วยที่มีอาการหืดเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ได้รับยาดังกล่าว		
2.ผู้ป่วยใช้ยาพ่นสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอ	90	88.9
3.ผู้ป่วยได้รับยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist เพื่อบรรเทาอาการหอบ	95	88.9
4.การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist เพื่อบรรเทาอาการหอบ	75	88.9
5.ผู้ป่วยทราบความแตกต่างระหว่างยาพ่นสเตียรอยด์และยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist (กรณีที่ได้รับยาพ่นทั้ง 2 ชนิด)	85	88.9
6.ผู้ป่วยที่ได้รับยา Theophylline อย่างต่อเนื่อง (ขนาดมากกว่า 600 มิลลิกรัม/วัน) ได้รับการตรวจวัดระดับยาในเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	35	55.5
7.ผู้ป่วยสามารถใช้ยาพ่นได้อย่างถูกต้อง	95	88.9
8.ผู้ป่วยที่เป็นหืดเรื้อรังชนิดปานกลางถึงรุนแรงไม่ควรได้รับยากกลุ่ม beta-blocker(เช่น atenolol, propranolol)	70	88.9
Conceptual Care Domain 2: การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย		
1.ผู้ป่วยได้รับเอกสารแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบหืด	70	100
2.ผู้ป่วยได้รับเอกสารแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาในวันที่ไม่มีอาการหอบหืด	55	77.7
3.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับยาที่ใช้เมื่อมีอาการหอบหืดหรือเมื่ออาการของโรครุนแรงขึ้น	100	100
4.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการหอบหืดที่รุนแรงที่ต้องไปพบแพทย์	100	100
5.ผู้ป่วยได้รับความรู้และรายละเอียดเกี่ยวกับยาที่ได้รับ	95	100
6.ผู้ป่วยได้รับความรู้และการสาธิตการใช้ยาพ่นหรือยาชนิดสูดพ่นชนิดต่างๆ	100	100
Conceptual Care Domain 3: การควบคุมปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น		
1.ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการโรคแย่ลงและวิธีหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นนั้น	100	100
2.ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรับยาก่อนเผชิญสิ่งกระตุ้น	80	88.9
Conceptual Care Domain 4: การตรวจร่างกาย,สมรรถภาพปอดและการติดตามการดำเนินโรค		
1.ผู้ป่วยได้รับการทดสอบการทำ Allergy test	20	11.1
2.ผู้ป่วยได้รับการตรวจวัดสมรรถภาพปอด	95	100
3.ผู้ป่วยมีเครื่อง Peak Flow Meter สำหรับใช้ส่วนตัว	70	66.6
4.ผู้ป่วยมาตรวจตามเวลาที่กำหนด	95	100

จากเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลโรคหืดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 20 ข้อ มีเครื่องชี้วัดที่ถูกตัดออกจำนวน 4 ข้อ ซึ่งมาจาก มิตีที่ 4 (การตรวจร่างกาย,สมรรถภาพปอดและการติดตามการดำเนินโรค)มากที่สุดจำนวน 2 ข้อ นอกจากนั้นมาจากมิตีที่ 1 และ 2 อย่างละ 1 ข้อ

ตารางที่ 14 เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลที่ถูกตัดออก โดยอิงจากค่าเปอร์เซ็นต์ความยอมรับ

เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลโรคหืด	Panel agreement (%) รอบที่ 1	Panel agreement (%) รอบที่ 2
Conceptual Care Domain 1: ความเหมาะสมของการใช้ยา ผู้ป่วยที่ได้รับยา Theophylline อย่างต่อเนื่อง (ขนาดมากกว่า 600 มิลลิกรัม/วัน) ได้รับการตรวจวัดระดับยาในเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	35	55.5
Conceptual Care Domain 2: การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับเอกสารแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาในวันที่ไม่มีอาการหอบหืด	55	77.7
Conceptual Care Domain 4: การตรวจร่างกาย,สมรรถภาพปอดและการติดตามการดำเนินโรค ผู้ป่วยได้รับการทดสอบการทำ Allergy test	20	11.1
ผู้ป่วยมีเครื่อง Peak Flow Meter สำหรับใช้ส่วนตัว	70	66.6

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่ามัธยฐาน,ฐานนิยม และพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อดูอันดับของผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถาม ผลการวิเคราะห์ โดยเรียงลำดับตามมิติของคุณภาพการดูแล ดังแสดงในตารางที่ 15 - ตารางที่ 18 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์เพื่อหาอันดับของเครื่องชี้วัดคุณภาพในมิติที่ 1

Conceptual Care Domain 1: ความเหมาะสมของการใช้ยา										
Quality of Care Indicators	Round 1					Round 2				
	Median	Mode	Mo-Me	Q3-Q1	Consensus	Median	Mode	Mo-Me	Q3-Q1	Consensus
1.ผู้ป่วยที่มีอาการหืดเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ได้รับยาดังกล่าว	4.84	5	0.16	5.00 - 5.00	✓	4.78	5	0.22	5.00 - 5.00	✓
2.ผู้ป่วยใช้ยาพ่นสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอ	4.80	5	0.20	5.00 - 5.00	✓	4.75	5	0.25	5.00 - 4.50	✓
3.ผู้ป่วยได้รับยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist เพื่อบรรเทาอาการหอบ	4.74	5	0.26	5.00 - 4.25	✓	4.63	5	0.37	5.00 - 4.00	✓

ตารางที่ 15 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์เพื่อหาอันดับของเครื่องชี้วัดคุณภาพในมิติที่ 1

Conceptual Care Domain 1: ความเหมาะสมของการใช้ยา										
Quality of Care Indicators	Round 1					Round 2				
	Median	Mode	Mo-Me	Q3-Q1	Consensus	Median	Mode	Mo-Me	Q3-Q1	Consensus
4.การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist เพื่อบรรเทาอาการหอบ	4.56	5	0.44	5.00 - 5.00	✓	4.75	5	0.25	5.00 - 4.50	✓
5.ผู้ป่วยทราบความแตกต่างระหว่างยาพ่นสเตียรอยด์และยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist (กรณีที่ได้รับยาพ่นทั้ง 2 ชนิด)	4.76	5	0.24	5.00 - 5.00	✓	4.78	5	0.22	5.00 - 5.00	✓
6.ผู้ป่วยที่ได้รับยา theophylline อย่างต่อเนื่อง (ขนาดมากกว่า 600 มิลลิกรัม/วัน) ได้รับการตรวจวัดระดับยาในเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	3.17	3	0.17	4.00 - 2.25	*	3.57	4	0.43	4.00 - 3.00	*
7.ผู้ป่วยสามารถใช้อาพ่นได้อย่างถูกวิธี	4.89	5	0.11	5.00 - 5.00	✓	4.75	5	0.25	5.00 - 4.50	✓
8.ผู้ป่วยที่เป็นหืดเรื้อรังชนิดปานกลางถึงรุนแรงไม่ควรได้รับยากลุ่ม beta-blocker (เช่น Atenolol, Propranolol)	4.36	5	0.64	5.00 - 3.00	*	4.63	5	0.37	5.00 - 4.00	✓

✓ หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันในค่าบ่งชี้

* หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกันในค่าบ่งชี้

Mo-Me หมายถึง Mode-Median

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์เพื่อหาอันดับของเครื่องชี้วัดคุณภาพในมิติที่ 2

Conceptual Care Domain 2: การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย										
Quality of Care Indicators	Round 1					Round 2				
	Median	Mode	Mo-Me	Q3-Q1	Consensus	Median	Mode	Mo-Me	Q3-Q1	Consensus
1.ผู้ป่วยได้รับเอกสารแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบหืด	4.36	5	0.64	5.00 - 3.00	*	4.67	5	0.33	5.00 - 4.00	✓
2.ผู้ป่วยได้รับเอกสารแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาในวันที่ไม่มีอาการหอบหืด	3.85	3	0.85	5.00 - 3.00	*	4.14	4	0.14	5.00 - 3.50	*
3.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับยาที่ใช้เมื่อมีอาการหอบหืดหรือเมื่ออาการของโรครุนแรงขึ้น	4.80	5	0.20	5.00 - 5.00	✓	4.78	5	0.22	5.00 - 4.50	✓

ตารางที่ 16 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์เพื่อหาอันดับของเครื่องชี้วัดคุณภาพในมิติที่ 2

Conceptual Care Domain 2: การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย										
Quality of Care Indicators	Round 1					Round 2				
	Median	Mode	Mo-Me	Q3-Q1	Consensus	Median	Mode	Mo-Me	Q3-Q1	Consensus
4.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการหอบหืดที่รุนแรงที่ต้องไปพบแพทย์	4.85	5	0.15	5.00 - 5.00	✓	4.89	5	0.11	5.00 - 5.00	✓
5.ผู้ป่วยได้รับความรู้และรายละเอียดเกี่ยวกับยาที่ได้รับ	4.79	5	0.21	5.00 - 5.00	✓	5.00	5	0	5.00 - 5.00	✓
6.ผู้ป่วยได้รับความรู้และการสาธิตการใช้ยาพ่นหรือยาชนิดสูดพ่นชนิดต่างๆ	4.90	5	0.10	5.00 - 5.00	✓	5.00	5	0	5.00 - 5.00	✓

✓ หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันในค่าบ่งชี้

* หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกันในค่าบ่งชี้

Mo-Me หมายถึง Mode-Median

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์เพื่อหาอันดับของเครื่องชี้วัดคุณภาพในมิติที่ 3

Conceptual Care Domain 3: การควบคุมปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น										
Quality of Care Indicators	Round 1					Round 2				
	Median	Mode	Mo-Me	Q3-Q1	Consensus	Median	Mode	Mo-Me	Q3-Q1	Consensus
1.ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการโรคแย่ลงและวิธีหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น	4.85	5	0.15	5.00 - 5.00	✓	4.89	5	0.11	5.00 - 5.00	✓
2.ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการปรับยาก่อนเผชิญสิ่งกระตุ้น	4.44	5	0.56	5.00 - 4.00	✓	4.50	5	0.50	5.00 - 4.00	✓

✓ หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันในค่าบ่งชี้

* หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกันในค่าบ่งชี้

Mo-Me หมายถึง Mode-Median

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์เพื่อหาอันดับของเครื่องชี้วัดคุณภาพในมิติที่ 4

Conceptual Care Domain 4: การตรวจร่างกาย,สมรรถภาพปอดและการติดตามการดำเนินโรค										
Quality of Care Indicators	Round 1					Round 2				
	Median	Mode	Mo-Me	Q3-Q1	Consensus	Median	Mode	Mo-Me	Q3-Q1	Consensus
1A.ผู้ป่วยได้รับการทดสอบการทำ Allergy test	3.00	3	0	3.00 - 3.00	✓	3.00	3	0	3.00 - 3.00	✓
2A.ผู้ป่วยได้รับการตรวจวัดสมรรถภาพปอด	4.68	5	0.32	5.00 - 4.00	✓	4.67	5	0.33	5.00 - 4.00	✓
3.ผู้ป่วยมีเครื่อง Peak Flow Meter สำหรับใช้ส่วนตัว	4.21	5	0.79	5.00 - 3.00	*	3.86	4	0.14	4.50 - 3.00	*
4.ผู้ป่วยมาตรวจตามเวลาที่กำหนด	4.68	5	0.32	5.00 - 4.00	✓	4.78	5	0.22	5.00 - 4.50	✓

✓ หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันในค่าข้างขึ้น

* หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกันในค่าข้างขึ้น

Mo-Me หมายถึง Mode-Median

ตารางที่ 19 เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลที่ถูกตัดออก โดยอิงจากค่ามัธยฐาน ฐานนิยม และพิสัยระหว่างควอไทล์

เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลโรคหืด	เหตุผลในการตัดเครื่องชี้วัดออก
Conceptual Care Domain 1: ความเหมาะสมของการใช้ยา ผู้ป่วยที่ได้รับยา Theophylline อย่างต่อเนื่อง (ขนาดมากกว่า 600 มิลลิกรัม/วัน) ได้รับการตรวจวัดระดับยาในเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ไม่ได้รับอันดับทั้งรอบที่ 1 และ รอบที่ 2 แม้ว่าค่ามัธยฐานจะมากกว่า 3.5 ในรอบที่ 2
Conceptual Care Domain 2: การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับเอกสารแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาในวันที่ไม่มีอาการหอบหืด	ไม่ได้รับอันดับทั้งรอบที่ 1 และ รอบที่ 2 แม้ว่าค่ามัธยฐานจะมากกว่า 3.5
Conceptual Care Domain 4: การตรวจร่างกาย,สมรรถภาพปอดและการติดตามการดำเนินโรค ผู้ป่วยได้รับการทดสอบการทำ Allergy test	ได้รับอันดับว่าเป็นเครื่องชี้วัดที่ไม่เหมาะสมทั้งในรอบที่ 1 และรอบที่ 2 โดยมีค่า มัธยฐานต่ำกว่า 3.5 ทั้ง 2 รอบ
ผู้ป่วยมีเครื่อง Peak Flow Meter สำหรับใช้ส่วนตัว	ไม่ได้รับอันดับทั้งรอบที่ 1 และ รอบที่ 2

จากตารางที่ 19 จะเห็นว่าเครื่องชี้วัดที่ถูกตัดออกมีความสอดคล้องกับการใช้ค่าเปอร์เซ็นต์ความยอมรับตามตารางที่ 13 โดยมีเครื่องชี้วัดที่ถูกตัดออกจำนวน 4 ข้อด้วยกัน

สำหรับเครื่องชี้วัดตัวที่ 8 ของมิติที่ 1 ได้แก่ “ผู้ป่วยที่เป็นหืดเรื้อรังชนิดปานกลางถึงรุนแรงไม่ควรได้รับยากลุ่ม beta-blocker” และเครื่องชี้วัดที่ 1 ในมิติที่ 2 ได้แก่ “ผู้ป่วยได้รับเอกสารแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมี

อาการหอบหืด” แม้ว่าจะไม่ได้รับชั้นทามติในรอบที่ 1 แต่ได้รับชั้นทามติในรอบที่ 2 นอกจากนั้นค่ามัธยฐานก็เกินค่า 3.50 ทั้ง 2 รอบ โดยเฉพาะในรอบที่ 2 มีค่ามัธยฐาน มากกว่า 4.50 ทั้ง 2 เครื่องชี้วัด (4.63 และ 4.67) ดังนั้นจึงมิได้ตัดเครื่องชี้วัดทั้ง 2 ข้อออก

สำหรับจำนวน เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลทั้งหมดแสดงในตารางที่ 20 ซึ่งในท้ายที่สุดแล้วจะมีจำนวนเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลทั้งหมดจำนวน 16 ข้อ

ตารางที่ 20 จำนวนเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลก่อนและหลังกระบวนการเคลฟาย

มิติของคุณภาพการดูแลโรคหืด		จำนวนเครื่องชี้วัดทั้งหมด	จำนวนเครื่องชี้วัดที่เหลือ	จำนวนเครื่องชี้วัดที่ตัดออก
1	Conceptual Care Domain 1: ความเหมาะสมของการใช้ยา	8	7	1
2	Conceptual Care Domain 2: การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย	6	5	1
3	Conceptual Care Domain 3: การควบคุมปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น	2	2	0
4	Conceptual Care Domain 4: การตรวจร่างกาย,สมรรถภาพปอดและการติดตามการดำเนินโรค	4	2	2
Total		20	16	4

เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลทั้งหมดแสดงในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดจากกระบวนการเคลฟาย โดยแบ่งตามมิติหลัก 4 มิติ

เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแล (Quality of Care Indicators)	
Conceptual Care Domain 1: ความเหมาะสมของการใช้ยา 1.ผู้ป่วยที่มีอาการหืดเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ได้รับยาดังกล่าว 2.ผู้ป่วยใช้ยาพ่นสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอ 3.ผู้ป่วยได้รับยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist เพื่อบรรเทาอาการหอบ 4.การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist เพื่อบรรเทาอาการหอบ 5.ผู้ป่วยทราบความแตกต่างระหว่างยาพ่นสเตียรอยด์และยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist (กรณีที่ได้รับยาพ่นทั้ง 2 ชนิด) 6.ผู้ป่วยสามารถใช้ยาพ่นได้อย่างถูกวิธี 7.ผู้ป่วยที่เป็นหืดเรื้อรังชนิดปานกลางถึงรุนแรงไม่ควรได้รับยากกลุ่ม beta-blocker(เช่น atenolol,propranolol)	
Conceptual Care Domain 2: การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย 1.ผู้ป่วยได้รับเอกสารแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบหืด 2.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับยาที่ใช้เมื่อมีอาการหอบหืดหรือเมื่ออาการของโรครุนแรงขึ้น 3.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการหอบหืดที่รุนแรงที่ต้องไปพบแพทย์ 4.ผู้ป่วยได้รับความรู้และรายละเอียดเกี่ยวกับยาที่ได้รับ 5.ผู้ป่วยได้รับความรู้และการสาธิตการใช้ยาพ่นหรือยาชนิดสูดพ่นชนิดต่างๆ	
Conceptual Care Domain 3: การควบคุมปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น 1.ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการโรคแย่ลงและวิธีหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นนั้น 2.ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการปรับยาก่อนเผชิญสิ่งกระตุ้น	

ตารางที่ 21(ต่อ) เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดจากกระบวนการเคลฟาย โดยแบ่งตามมิติหลัก 4 มิติ

Conceptual Care Domain 4: การตรวจร่างกาย,สมรรถภาพปอดและการติดตามการดำเนินโรค

- 1.ผู้ป่วยได้รับการตรวจวัดสมรรถภาพปอด
- 2 .ผู้ป่วยมาตรวจตามเวลาที่กำหนด

2.2 การทดสอบเครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทย

2.2.1 การทบทวนเครื่องมือในส่วนข้อคำถามของผู้ป่วยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

จากการทบทวนเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในลักษณะข้อคำถามเบื้องต้นจำนวน 16 ข้อโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ผู้วิจัยสรุปวิธีในการใช้เครื่องมือดังกล่าวว่าต้องใช้วิธีสัมภาษณ์ผู้ป่วยเท่านั้น เนื่องจากข้อคำถาม 2 ข้อต้องใช้วิธีสังเกตประกอบด้วย คือ การประเมินว่าผู้ป่วยสามารถใช้อาพ่นได้อย่างถูกวิธีหรือไม่ และการตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยได้รับหรือใช้ในปัจุบัน

นอกจากนี้ในการตรวจสอบด้านความชัดเจนของภาษาที่ใช้ในข้อคำถามรวมทั้งตัวเลือกเพื่อการสื่อสารมีประสิทธิภาพนั้น มีการปรับเปลี่ยนคำที่ใช้ใน 10 ข้อคำถาม (ร้อยละ 62.5)

รายละเอียดของการทบทวนข้อคำถามโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดังแสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ผลการทบทวนข้อคำถามโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในมิติที่ 1

Conceptual Care Domain 1: ความเหมาะสมของการใช้ยา		
เครื่องชี้วัด	ข้อคำถามสำหรับผู้ป่วย	คำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ผู้ป่วยที่มีอาการหืดเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ได้รับยาดังกล่าว	ปัจจุบันท่านได้รับยาพ่นสเตียรอยด์หรือไม่	1.ควรให้ผู้ป่วยดูตัวอย่างยาประกอบด้วย 2.การเรียกยามีความแตกต่างกันเช่นยาพ่นสเตียรอยด์ผู้ป่วยอาจเรียกว่า ยาลดอาการอักเสบของหลอดลม หรือ ยาป้องกันหอบหืด
ผู้ป่วยใช้ยาพ่นสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอ	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านใช้ยาพ่นสเตียรอยด์สม่ำเสมอหรือไม่ <u>สม่ำเสมอ</u> ($\geq$ 5 วันต่อสัปดาห์) <u>ไม่สม่ำเสมอ</u> (1-3 วัน ต่อสัปดาห์) <u>ไม่ใช้เลย</u>	1.ควรพิจารณาทบทวนการกำหนดตัวเลขอีกครั้งหนึ่งระหว่าง 1-3 และ มากกว่า 5 (สมมติว่าใช้ประมาณ 4 วันต่อสัปดาห์จะเลือกช่วงใด) 2.ขนาดการใช้ยาขึ้นกับ Severity ของโรค 3.คำว่า “สม่ำเสมอ”ควรหมายถึงพ่นทุกวัน 4.ควรมีตัวอย่างยาประกอบแล้วถามว่าใช้นานี่อย่างไร
ผู้ป่วยได้รับยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist เพื่อบรรเทาอาการหอบ	ท่านได้รับยาพ่นขยายหลอดลมเพื่อบรรเทาอาการหอบหืดหรือไม่	1.ควรกำหนดค่าบ่งชี้ให้ชัดเจนว่าเป็น beta-2-agonist ชนิดออกฤทธิ์เร็ว 2.คำถามควรเป็น ท่านได้รับยาพ่นขยายหลอดลมเพื่อใช้สำหรับบรรเทาอาการขณะมีอาการหอบ/ ใ้มีอาการขึ้นกว่าปกติหรือไม่ 3.ผู้ป่วยอาจใช้ Long acting beta2-agonist ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็ว 4.คำถามที่เป็นวิชาการมากเกินไปผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจ

ตารางที่ 22 (ต่อ) ผลการทบทวนข้อคำถามโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในมิติที่ 1

เครื่องชี้วัด	ข้อคำถามสำหรับผู้ป่วย	คำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
การให้ยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist เพื่อบรรเทาอาการหอบ	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านใช้ยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist บ่อยเพียงใด <u>ไม่บ่อย</u> < 4 ครั้งต่อวัน <u>บ่อย</u> ≥ 4 ครั้งต่อวัน	1.ความถี่ของการเกิดอาการควรอิงเกณฑ์ระดับความรุนแรงของโรคหืด 2.ควรแบ่งระดับการให้ยาพ่นตาม GINA Guideline โดยดู Severity Classification 3.การแบ่งระดับควร correlate กับ step care การแบ่ง <4 ,>4 หยาบไป 4."ไม่บ่อย" ควรจะน้อยกว่า 1 ครั้งต่อวัน 5.การแปลผลในข้อนี้จะนำผลมาเทียบว่าอาการทุเลาหรือรุนแรงขึ้น(จากเดิม) ควรให้ผู้ป่วยบอกเป็น ครั้ง/วัน,สัปดาห์,เดือน
ผู้ป่วยทราบความแตกต่างระหว่างยาพ่นสเตียรอยด์และยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist (กรณีที่ได้รับยาพ่นทั้ง 2 ชนิด)	ท่านทราบหรือไม่ว่ายาพ่น 2 ชนิดที่ท่านได้รับมีความแตกต่างและใช้ต่างกันอย่างไร	1.ควรแยกแยะระหว่างยาควบคุมอาการ(Controllers)และยาบรรเทาอาการ (Relievers) 2.ยาบางขนานสามารถใช้ได้เป็นทั้ง 2 ข้อบ่งชี้ในยาตัวเดียวกัน
ผู้ป่วยสามารถใช้ยาพ่นได้อย่างถูกต้อง	ท่านสามารถใช้ยาพ่นได้อย่างถูกต้องหรือไม่ มีขั้นตอนใดของการใช้ยาที่ท่านไม่มั่นใจ(ให้ผู้ป่วยแสดงการใช้ยาพ่นเพื่อประเมินวิธีการใช้ยา)	1.วัตถุประสงค์ในการถามว่า "ขั้นตอนใดของการใช้ยาที่ท่านไม่มั่นใจ" คืออะไร 2.คำถามข้อนี้มี 2 คำถามรวมกันอยู่คือ ถูกวิธี และขั้นตอนที่ไม่มั่นใจ 3.บางครั้งจะถามว่า "ไหนลองลองใช้ยาสุดให้ดูหน่อยซิจะได้รู้ว่าสุดได้เก่งไหม" กรณีเป็นชาวบ้านควรใช้คำถามง่ายๆเป็นกันเอง) 4.ควรมีตารางกำหนดขั้นตอนในการพ่นยาแล้วให้ผู้ผู้ป่วยทำให้อ่านถูกผิดที่ขั้นตอนใด
ผู้ป่วยที่เป็นหืดเรื้อรังชนิดปานกลางถึงรุนแรงไม่ควรได้รับยากลุ่ม beta-blocker(เช่น atenolol, propranolol)	ท่านได้รับยากลุ่ม beta-blocker(เช่น atenolol, propranolol) หรือไม่ (ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบชื่อยาที่ผู้ป่วยได้รับ)	1.ยากลุ่ม beta-blocker ที่เป็น selective beta1-blocker ในบางครั้งยังมีการใช้ร่วมในผู้ป่วยโรคหืด ถ้าไม่ทำให้สมรรถภาพปอดหรืออาการโรคหืดแย่ลง 2.คำถามข้อนี้หากถามเฉพาะในผู้ป่วยชนิด Moderate to Severe ดังนั้นจึงควรประเมินความรุนแรงผู้ป่วยก่อน 3.โรคหืดแม้ใน mild case ก็ไม่ควรใช้ beta-blocker 4.ควรถามว่า ท่านรักษาโรคเกี่ยวกับความดันสูงหรือโรคหัวใจอยู่หรือไม่ ถ้าใช่จึงขอดูยาหรือขอดูตัวอย่างยา 5.ยาในกลุ่มนี้ถ้าเสี่ยงได้ควรเลี่ยง ถ้าจำเป็นการให้ selective beta blocker อาจทำได้แต่ต้องระวังมาก ส่วน non-selective ไม่ควรให้อย่างยิ่ง ข้อนี้ควรสอบถามเมื่อคุมหอบหืดได้ยากและผู้ป่วยมีโรค CVS ด้วย

ตารางที่ 23 ผลการทบทวนข้อคำถามโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในมิติที่ 2

Conceptual Care Domain 2: การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย		
เครื่องชี้วัด	ข้อคำถามสำหรับผู้ป่วย	คำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ผู้ป่วยได้รับเอกสารแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบหืด	ท่านเคยได้รับเอกสารแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบหรือไม่ เช่นเมื่อมีอาการหอบขึ้นมาแล้วต้องทำตัวอย่างไรบ้าง	1.เอกสารไม่จำเป็นต้องทำความเข้าใจผู้ป่วย 2.ผู้ป่วยควรได้รับความรู้เรื่องโรคหืดและจุดประสงค์ของการรักษาโรคหืดด้วย 3.คำว่า“เอกสารแนะนำ” จำเป็นต้องมีคำว่า “เอกสาร” หรือไม่ ถ้าเป็น “Verbal Type” จะรวมเป็นในคำถามเดียวกันได้หรือไม่ 4.การให้ความรู้ไม่จำเป็นต้องเป็นเอกสารเท่านั้น 5.ในทางปฏิบัติแม้ใน Specialty Clinic มักไม่ได้ให้ Action Plan แบบเอกสาร แต่เป็นการแนะนำมากกว่า 6.ผู้ป่วยบางคนได้รับเอกสารแต่ไม่อ่าน ควรเน้นให้อ่านเอกสารด้วย กรณีผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้ต้องย้าให้ญาติอ่าน 7.ควรมีเอกสารเพื่อเป็นคู่มือศึกษาด้วยตนเองและทบทวนเพราะถ้ามีอาการแล้วปฏิบัติตัวไม่ถูกอาจอันตรายถึงชีวิต
ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับยาที่ใช้เมื่อมีอาการหอบหืดหรือเมื่ออาการของโรครุนแรงขึ้น	ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปรับยาที่ใช้เมื่ออาการหอบรุนแรงขึ้นหรือไม่ว่าจะเพิ่มปริมาณการใช้ยาอย่างไร	1.ยามีหลายขนานซึ่งไม่เหมือนกันในผู้ป่วยแต่ละราย ต้องพิจารณาเป็นรายๆไป 2.ควรเพิ่มคำถาม“...ว่าจะเพิ่มปริมาณการใช้ยา<u>ตัวใด</u>อย่างไร”
ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการหอบหืดที่รุนแรงที่ต้องไปพบแพทย์	ท่านเคยได้รับคำแนะนำการสังเกตอาการหอบที่รุนแรงว่าหากมีอาการดังกล่าวให้รีบไปพบแพทย์หรือไม่	1.ควรใช้คำถามว่า “รู้ไหมว่าเมื่อไรต้องพบแพทย์”
ผู้ป่วยได้รับความรู้และรายละเอียดเกี่ยวกับยาที่ได้รับ	ท่านเคยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับสรรพคุณของยาแต่ละชนิดที่ได้รับรวมทั้งรายละเอียดอื่นๆเช่นอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหรือไม่	1.ควรเน้นเฉพาะอาการข้างเคียงที่สำคัญ 2.ในผู้ป่วยที่มีพื้นฐานความรู้ไม่สูงนักควรใช้คำถามที่มีคำศัพท์ง่ายๆเพื่อใช้สื่อสารกับผู้ป่วย
ผู้ป่วยได้รับความรู้และการสาธิตการใช้ยาพ่นหรือยาชนิดสูดพ่นชนิดต่างๆ	มีใครเคยสอนและแสดงวิธีใช้ยาพ่นให้แก่ท่านหรือไม่	1.ควรถามว่าท่านเคยได้รับคำแนะนำและแสดงวิธีใช้ยาพ่นมาก่อนหรือไม่, ตั้งแต่เมื่อใด (ความหมายคือ ได้รับการสอนตั้งแต่ก่อนใช้ยาในครั้งแรกหรือเมื่อแพทย์สงสัยว่าใช้ยาไม่ถูกต้อง) 2.ควรให้ผู้ป่วยทำให้อูด้วย

ตารางที่ 24 ผลการทบทวนข้อคำถามโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในมิติที่ 3

Conceptual Care Domain 3: การควบคุมปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น		
เครื่องชี้วัด	ข้อคำถามสำหรับผู้ป่วย	คำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการโรคแฉะลงและวิธีหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นนั้น	ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการหืดหรือข้อจัดสิ่งต่างๆที่ก่อให้เกิดอาการแพ้หรือทำให้(มี)อาการหอบเป็นมากขึ้นหรือไม่ ตัวอย่างเช่น ฝุ่นในบ้าน เกสรดอกไม้ อาหาร ควันบุหรี่ ควันท่อไอเสีย ยา การติดเชื้อ อารมณ์ การออกกำลังกาย ความชื้น ความเย็น	1.ควรใช้คำว่า "วิธีการจัดการและปฏิบัติตนเมื่อมีสิ่งกระตุ้น"แทนคำว่า วิธีหลีกเลี่ยง 2.ควรใช้ "วิธีปฏิบัติและแนวทางจัดการกับ" 3.คำถามควรเน้นให้ทราบสิ่งกระตุ้นอาการ สำหรับวิธีการหลีกเลี่ยงหรือข้อจัดสิ่งกระตุ้นเป็นเทคนิคเฉพาะตัวเป็นส่วนใหญ่จึงควรเป็นลักษณะสร้างแนวคิด ไม่ควรชี้นำเพราะหากทำไม่ได้ก็ไม่เกิดประโยชน์ 4.ควรทดสอบภูมิแพ้ก่อนว่าแพ้อะไรจึงจะสามารถอธิบายวิธีหลีกเลี่ยงและข้อจัดสิ่งกระตุ้นได้
ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการปรับยาก่อนเผชิญสิ่งกระตุ้น	ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปรับการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นก่อนเจอสิ่งกระตุ้นที่ทำให้หอบหรือไม่	1.ต้องดูว่าเป็น general suggestion สำหรับผู้ป่วยที่ทุกคนหรือเฉพาะโรคที่บางชนิดเท่านั้น เช่น exercise induce asthma เพราะว่าบางครั้ง ถ้าไม่เป็นโรคนี้ก็อาจจะไม่เคยได้รับการอธิบายเลย 2.ควรระบุเป็นเฉพาะกรณีเลยว่าเป็น exercise induce asthma 3.ควรใช้ในรายที่ทราบว่าจะอะไรเป็นสิ่งกระตุ้นสำหรับเขา

ตารางที่ 25 ผลการทบทวนข้อคำถามโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในมิติที่ 4

Conceptual Care Domain 4: การตรวจร่างกาย,สมรรถภาพปอดและการติดตามการดำเนินโรค		
เครื่องชี้วัด	ข้อคำถามสำหรับผู้ป่วย	คำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ผู้ป่วยได้รับการตรวจวัดสมรรถภาพปอด	ท่านเคยได้รับการตรวจวัดสมรรถภาพปอดโดยการเป่าปอดหรือไม่	1.ควรใช้คำว่า การตรวจสมรรถภาพปอด(สไปโรเมตรี)และมีรูปภาพของผู้ป่วยกำลังเป่า simple spirometry ให้ดู 2.ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจคำว่าเป่าปอด
ผู้ป่วยมาตรวจตามเวลาที่กำหนด	ท่านมาตรวจตรงตามวันที่แพทย์นัดหรือไม่	ไม่มีคำแนะนำ

2.2.2 การศึกษาแบบนําร่องเพื่อทดสอบเครื่องมือขั้นต้นในผู้ป่วย

การทดสอบครั้งที่ 1 ทำการทดสอบเครื่องมือเบื้องต้นในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ในเดือนเมษายน 2547ผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับการศึกษาแบบนําร่องประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์จำนวน 18 คน เป็นเพศชาย 8 คนและหญิง 10 คน อายุเฉลี่ย 40.3 ปี ผู้ป่วยได้รับการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่เนื้อหาประกอบด้วยเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการแปลงเป็นภาษาพูดสำหรับการใช้ในการสัมภาษณ์

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ 14 ราย (ร้อยละ 77.8) ในจำนวนดังกล่าวใช้ยาพ่นสเตียรอยด์สม่ำเสมอ 9 ราย (ร้อยละ 50) และผู้ป่วย 15 ราย (ร้อยละ 83.3) ได้รับยาพ่นขยายหลอดลม, ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วย 9 ราย (ร้อยละ 50) ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมน้อยกว่า 4 ครั้งต่อวัน มีผู้ป่วย 2 รายใช้ยาพ่นทุกวัน (ร้อยละ 11.1) นอกจากนั้นยังมีผู้ป่วยที่ใช้ยาพ่นในกรณีที่ไม่มีตัวเลือกคือ 1-2 ครั้งต่อเดือน, 2-3 ครั้งต่อเดือน และ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์อย่างละ 2 ราย ผู้ป่วย 11 ราย (ร้อยละ 61.1) ทราบความแตกต่างของยาพ่น 2 ชนิดแต่บอกความแตกต่างในลักษณะที่ต่างกันไปเช่นบอกลักษณะการใช้ว่าตัวนี้ใช้ประจำแต่อีกตัวใช้เฉพาะเวลาหอบ หรือ บอกการออกฤทธิ์เช่น ตัวนี้ออกฤทธิ์เร็วพ่นแล้วหายหอบ แต่อีกตัวออกฤทธิ์ช้า เป็นต้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะบอกว่าตัวนี้ใช้ป้องกันแต่ตัวนี้ใช้รักษา ผู้ป่วยที่ใช้ยาพ่นได้อย่างถูกต้องมี 5 ราย (ร้อยละ 27.8) ในขณะที่ 6 ราย (ร้อยละ 33.3) ใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง และมี 3 ราย (ร้อยละ 16.7) ใช้ยาพ่นถูกบางขั้นตอน นอกจากนั้นยังมีผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 22.2) ที่ไม่เคยได้รับยาพ่น ผู้ป่วย 11 ราย (ร้อยละ 61.1) ตอบว่าไม่มีขั้นตอนใดของการใช้ยาพ่นที่ไม่มั่นใจในการใช้ สำหรับการใช้อยากลุ่ม beta-blocker มีผู้ป่วย 11 ราย (ร้อยละ 61.1) ที่ตอบว่าไม่ได้รับยาากลุ่มดังกล่าว ในขณะที่ผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 16.7) ตอบว่าไม่แน่ใจว่าได้รับยาากลุ่มดังกล่าวหรือไม่

สำหรับเอกสารแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับเอกสารแนะนำ 13 ราย (ร้อยละ 72.2) และพบว่าผู้ป่วย 15 ราย (ร้อยละ 83.3) ไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปรับยาที่ใช้เมื่ออาการหอบรุนแรงขึ้น นอกจากนั้นยังมีผู้ป่วย 11 ราย (ร้อยละ 61.1) ที่ไม่ได้รับคำแนะนำการสังเกตอาการหอบที่รุนแรงซึ่งต้องรีบไปพบแพทย์ ในประเด็นของคำอธิบายเกี่ยวกับสรรพคุณของยาและอาการข้างเคียงพบว่าผู้ป่วยจำนวนถึง 10 ราย (ร้อยละ 55.6) ที่ไม่เคยได้รับคำแนะนำ ในขณะที่ผู้ป่วยจำนวนถึง 16 ราย (ร้อยละ 89) ที่เคยได้รับการสอนและแสดงวิธีใช้ยาพ่น

สำหรับการควบคุมปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้นมีผู้ป่วย 12 ราย (ร้อยละ 67) ที่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงหรือจัดสิ่งต่างๆที่ทำให้อาการหอบเป็นมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 14 ราย (ร้อยละ 77.8) ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปรับการให้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นก่อนเจอสิ่งกระตุ้นที่ทำให้หอบ

ผู้ป่วย 13 ราย (ร้อยละ 72.2) ยังไม่เคยได้รับการตรวจวัดสมรรถภาพปอดโดย Spirometry สำหรับการมาตรวจตามนัดมีผู้ป่วย 12 ราย (ร้อยละ 66.7) ที่มาตรวจตรงตามวันนัด นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 16.7) ที่แพทย์ไม่ได้นัดมา follow up

สำหรับรายละเอียดของปัญหาที่พบจากการศึกษาแบบนักรองกับผู้ป่วยและการแก้ไขปัญหา แสดงในตารางที่ 26 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 26 การทดสอบแบบสอบถามโดยการศึกษาแบบนำร่องในผู้ป่วย.ในมิติที่ 1

Conceptual Care Domain 1: ความเหมาะสมของการใช้ยา			
เครื่องชี้วัด	ข้อคำถามสำหรับผู้ป่วย	ปัญหาที่พบจากการสอบถามผู้ป่วย	การแก้ไขปัญหา
ผู้ป่วยที่มีอาการหืดเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ได้รับยาดังกล่าว	ปัจจุบันท่านได้รับยาพ่นสเตียรอยด์หรือไม่	1.ผู้ป่วยไม่รู้จักรายาพ่นสเตียรอยด์คืออะไร มีการเรียกชื่อต่างกันไปเช่น เรียกว่า"ยาพ่นหอบ" หรือ"ยารักษา" 2.การได้รับยาหรือไม่ได้รับยามีสาเหตุได้หลายประการอาจมีสาเหตุจากทั้งแพทย์ไม่ได้สั่งยาให้ผู้ป่วยหรือผู้ป่วยขาดการรักษา ไม่ได้มารับยาที่โรงพยาบาล 3.คำตอบอาจเป็น" เคยได้รับ"	1.ควรมีรูปหรือตัวอย่างยาให้ผู้ป่วยดูเป็นตัวอย่าง 2.เพื่อความแน่นอนควรตรวจสอบประวัติการรักษาของผู้ป่วยและยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่
ผู้ป่วยใช้ยาพ่นสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอ	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านใช้ยาพ่นสเตียรอยด์สม่ำเสมอหรือไม่ สม่ำเสมอ (≥ 5 วันต่อสัปดาห์) ไม่สม่ำเสมอ (1-3 วันต่อสัปดาห์) ไม่ใช้เลย	1.อาจได้รับคำตอบว่า ปกติใช้ยาสม่ำเสมอแต่ทดลองหยุดยาเป็นบางครั้งเนื่องจากไม่มีอาการหอบ 2.ผู้ป่วยจำไม่ได้แน่นอนว่าใช้ยาไปกี่วันหรือแต่ละสัปดาห์ใช้ไม่เท่ากัน 3.ควรพิจารณากรณีผู้ป่วยใช้ยาทุกวันแต่ใช้ผิดวิธี	1.ปรับเกณฑ์ให้มีความชัดเจนและง่ายต่อการตอบ 2.ในการถามอาจต้องอธิบายคนไข้ในการเลือกคำตอบ
ผู้ป่วยได้รับยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist เพื่อบรรเทาอาการหอบ	ท่านได้รับยาพ่นขยายหลอดลมเพื่อบรรเทาอาการหอบหรือไม่	1.ผู้ป่วยไม่รู้จักรายาขยายหลอดลม คืออะไร 2.การได้รับยาหรือไม่ได้รับยามีสาเหตุได้หลายประการอาจมีสาเหตุจากทั้งแพทย์ไม่ได้สั่งยาให้ผู้ป่วยหรือผู้ป่วยขาดการรักษา ไม่ได้มารับยาที่โรงพยาบาล 3.คำตอบอาจเป็น" เคยได้รับ"	1.ควรมีรูปหรือตัวอย่างยาให้ผู้ป่วยดูเป็นตัวอย่าง 2.เพื่อความแน่นอนควรตรวจสอบประวัติการรักษาของผู้ป่วยและยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่
การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist เพื่อบรรเทาอาการหอบ	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านใช้ยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist บ่อยเพียงใด ไม่บ่อย < 4 ครั้งต่อวัน บ่อย ≥ 4 ครั้งต่อวัน	1.ผู้ป่วยบางรายไม่ได้ใช้เนื่องจากไม่มีอาการ ทำให้ไม่มีตัวเลือกในการตอบ 2.ความถี่ในการใช้ยาของผู้ป่วยไม่ตรงกับข้อคำถามของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยบางรายใช้มากกว่าหรือใช้น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด	1.ปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมโดยให้มีความละเอียดมากขึ้น 2.ใช้การอธิบายประกอบการตอบคำถาม
ผู้ป่วยทราบความแตกต่างระหว่างยาพ่นสเตียรอยด์และยาพ่นขยายหลอดลมกลุ่ม beta-2-agonist (กรณีที่ได้รับยาพ่นทั้ง 2 ชนิด)	ท่านทราบหรือไม่ว่ายาพ่น 2 ชนิดที่ท่านได้รับมีความแตกต่างและใช้ต่างกันอย่างไร	1.พบปัญหากรณีผู้ป่วยใช้ยาพ่นชนิดที่เป็นสูตรผสม ในขวดเดียวกัน 2.ข้อคำถามของผู้ป่วยเป็นไปได้ต่างกันไปเช่น ตอบสี่ของขวดยาหรือเรียกชื่อยาต่างกันไปเช่น - "ยาสีฟ้าพ่นแล้วหายเร็ว" "ยาพ่นให้หายเหนื่อย" "ยาทุเลา" "ยาที่ใช้เวลาหอบ" สำหรับยาพ่นขยายหลอดลม - "ยารักษา" "ยาที่ใช้ประจำ" "ยาตัก" "ยาป้องกัน" สำหรับยาพ่นสเตียรอยด์	1.ควรตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนถามคำถาม 2.แสดงขวดยาประกอบในการถามคำถาม 3

ตารางที่ 26 (ต่อ) การทดสอบแบบสอบถามโดยการศึกษาแบบนาร์รองในผู้ป่วย. ในมิติที่ 1

เครื่องชี้วัด	ข้อคำถามสำหรับผู้ป่วย	ปัญหาที่พบจากการสอบถามผู้ป่วย	การแก้ไขปัญหา
ผู้ป่วยสามารถให้ยาพ่นได้อย่างถูกต้อง	ท่านสามารถให้ยาพ่นได้อย่างถูกต้องหรือไม่ มีขั้นตอนใดของการให้ยาที่ท่านไม่มั่นใจ(ให้ผู้ป่วยแสดงการให้ยาพ่นเพื่อประเมินวิธีการให้ยา)	1.เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยพ่นยาผิดมากกว่าที่ผู้ป่วยบอกว่าไม่มั่นใจ 2.ผู้ป่วยอาจให้ยาถูก/ผิด บางขั้นตอน หรือข้ามขั้นตอน	1.ควรมีแบบประเมินวิธีใช้ยาพ่นต่างหากจากแบบสอบถามเพื่อประเมินตามขั้นตอนการให้ยา 2.ควรให้ผู้ป่วยแสดงวิธีการให้ยาเพื่อการประเมินวิธีพ่นยามากกว่าการตอบคำถาม
ผู้ป่วยที่เป็นหืดเรื้อรังชนิดปานกลางถึงรุนแรง ไม่ควรได้รับยากลุ่ม beta-blocker(เช่น atenolol, propranolol)	ท่านได้รับยากลุ่ม beta-blocker(เช่น atenolol, propranolol) หรือไม่ (ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบชื่อยาที่ผู้ป่วยได้รับ)	ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำชื่อยาที่ได้รับไม่ได้ คำตอบมักเป็น “ไม่ทราบ”	ควรตรวจสอบประวัติการใช้ยาหรือดูยาที่ผู้ป่วยใช้จริง

ตารางที่ 27 การทดสอบแบบสอบถามโดยการศึกษาแบบนาร์รองในผู้ป่วย. ในมิติที่ 2

Conceptual Care Domain 2: การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย			
เครื่องชี้วัด	ข้อคำถามสำหรับผู้ป่วย	ปัญหาที่พบจากการสอบถามผู้ป่วย	การแก้ไขปัญหา
ผู้ป่วยได้รับเอกสารแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบหืด	ท่านเคยได้รับเอกสารแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบหรือไม่ เช่นเมื่อมีอาการหอบขึ้นมาแล้วต้องทำอะไรบ้าง	การได้รับเอกสารไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยที่ตอบว่าเคยได้รับเอกสารแต่เมื่อถามองค์ความรู้แล้วไม่สามารถตอบได้	ควรสอบถามถึงองค์ความรู้ของผู้ป่วยด้วยว่าผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่าเวลาหอบแล้วต้องปฏิบัติตัวอย่างไร
ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับยาที่ใช้เมื่อมีอาการหอบหืดหรือเมื่ออาการของโรครุนแรงขึ้น	ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปรับยาที่ใช้เมื่อมีอาการหอบรุนแรงขึ้นหรือไม่ ว่าจะเพิ่มปริมาณการใช้ยาอย่างไร	การได้รับคำแนะนำไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยที่ตอบว่าเคยได้รับคำแนะนำแต่เมื่อถามองค์ความรู้แล้วไม่สามารถตอบได้	ควรสอบถามถึงองค์ความรู้ของผู้ป่วยด้วยว่าผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่าจะเพิ่มปริมาณการใช้ยาอย่างไรเมื่อมีอาการหอบรุนแรงขึ้น
ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการหอบหืดที่รุนแรงที่ต้องไปพบแพทย์	ท่านเคยได้รับคำแนะนำการสังเกตอาการหอบที่รุนแรงว่าหากมีอาการดังกล่าวให้รีบไปพบแพทย์หรือไม่	การที่ผู้ป่วยเคยได้รับคำแนะนำไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยที่ตอบว่าเคยได้รับคำแนะนำแต่เมื่อถามองค์ความรู้แล้วไม่สามารถตอบได้	ควรสอบถามถึงองค์ความรู้ของผู้ป่วยด้วยว่าทราบหรือไม่ว่าอาการหอบที่รุนแรงที่ต้องพบแพทย์เป็นอย่างไร

ตารางที่ 27 (ต่อ) การทดสอบแบบสอบถามโดยการศึกษาแบบนำร่องในผู้ป่วย. ในมิติที่ 2

เครื่องมือวัด	ข้อคำถามสำหรับผู้ป่วย	ปัญหาที่พบจากการสอบถามผู้ป่วย	การแก้ไขปัญหา
ผู้ป่วยได้รับความรู้และรายละเอียดเกี่ยวกับยาที่ได้รับ	ท่านเคยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับสรรพคุณของยาแต่ละชนิดที่ได้รับรวมทั้งรายละเอียดอื่นๆเช่น อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหรือไม่	การที่ผู้ป่วยเคยได้รับคำอธิบายไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยที่ตอบว่าเคยได้รับคำอธิบายแต่เมื่อถามองค์ความรู้แล้วไม่สามารถตอบได้	ควรสอบถามถึงองค์ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับสรรพคุณและอาการข้างเคียงของยาแต่ละชนิดที่ได้รับ
ผู้ป่วยได้รับความรู้และการจัดการใช้ยาพ่นหรือยาชนิดสูดพ่นชนิดต่างๆ	มีใครเคยสอนและแสดงวิธีใช้ยาพ่นให้แก่ท่านหรือไม่	คำตอบของผู้ป่วยจะเป็น “เคย” หรือ “ไม่เคย” ซึ่งไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง	ควรให้ผู้ป่วยสาธิตการใช้ยาประกอบด้วย

ตารางที่ 28 การทดสอบแบบสอบถามโดยการศึกษาแบบนำร่องในผู้ป่วย. ในมิติที่ 3

Conceptual Care Domain 3: การควบคุมปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น			
เครื่องมือวัด	ข้อคำถามสำหรับผู้ป่วย	ปัญหาที่พบจากการสอบถามผู้ป่วย	การแก้ไขปัญหา
ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการโรคแย่ลงและวิธีหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นนั้น	ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงหรือจัดสิ่งต่างๆที่ก่อให้เกิดอาการแพ้หรือทำให้(มี)อาการหอบเป็นมากขึ้นหรือไม่ ตัวอย่างเช่น ฝุ่นในบ้าน เกสรดอกไม้ อาหาร ควันนูรี ควันทอไอเสีย ยา การติดเชื้อ อารมณ์ การออกกำลังกาย ความชื้น ความเย็น	1.การที่ผู้ป่วยเคยได้รับคำแนะนำไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยที่ตอบว่าเคยได้รับคำแนะนำแต่เมื่อถามองค์ความรู้แล้วไม่สามารถตอบได้ 2.คำอธิบายมาจากแหล่งต่างๆกัน เช่น ศึกษาเอง การได้รับความรู้จากสถานบริการสาธารณสุข หรือร้านขายยา	ควรสอบถามถึงองค์ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสิ่งที่กระตุ้นให้หอบมากขึ้น
ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการปรับยา ก่อนเผชิญสิ่งกระตุ้น	ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปรับการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นก่อนเจอสิ่งกระตุ้นที่ทำให้หอบหรือไม่	การที่ผู้ป่วยเคยได้รับคำแนะนำไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยที่ตอบว่าเคยได้รับคำแนะนำแต่เมื่อถามองค์ความรู้แล้วไม่สามารถตอบได้	ควรให้ผู้ป่วยอธิบายรายละเอียดด้วย

ตารางที่ 29 การทดสอบแบบสอบถามโดยการศึกษาแบบนำร่องในผู้ป่วย. ในมิติที่ 4

Conceptual Care Domain 4: การตรวจร่างกาย,สมรรถภาพปอดและการติดตามการดำเนินโรค			
เครื่องชี้วัด	ข้อความสำหรับผู้ป่วย	ปัญหาที่พบจากการสอบถามผู้ป่วย	การแก้ไขปัญหา
ผู้ป่วยได้รับการตรวจวัดสมรรถภาพปอด	ท่านเคยได้รับการตรวจวัดสมรรถภาพปอดโดยการเป่าปอดหรือไม่	1.ผู้ป่วยที่ไม่เคยตรวจจะไม่ทราบว่า การเป่าปอดมีลักษณะเป็นแบบใด 2.มีผู้ป่วยบางรายได้รับการตรวจสมรรถภาพปอดที่โรงงาน ซึ่งเป็น Occupational medicine	ควรมีรูปการตรวจวัดสมรรถภาพปอดให้ผู้ป่วยดูประกอบการตอบคำถาม
ผู้ป่วยมาตรวจตามเวลาที่กำหนด	ท่านมาตรวจตรงตามวันที่แพทย์นัดหรือไม่	บางครั้งแพทย์ไม่ได้นัดผู้ป่วย	ควรสอบถามผู้ป่วยก่อนว่าได้รับการนัดหมายจากแพทย์หรือไม่แล้วจึงถามถึงการมาตรวจตามนัด

การทดสอบครั้งที่ 2 ทำการทดสอบเครื่องมือที่ปรับให้เหมาะสมจากการทดลองครั้งที่ 1 มาทดสอบอีกครั้งในผู้ป่วยที่มาจากพื้นที่ต่างกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูความสามารถของเครื่องมือในการนำไปใช้งานได้จริงและความเข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อเครื่องมือ การทดสอบเครื่องมือขั้นต้นทำในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหืดจากโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวนรวมทั้งสิ้น 67 ราย เก็บข้อมูลในเดือนสิงหาคม 2547 โดยการสัมภาษณ์เรียงตามข้อความ สำหรับข้อความที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ จะมีการทบทวนข้อความกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยแต่ละรายสามารถแสดงความคิดเห็นว่าลักษณะการถามอย่างไรที่สามารถเข้าใจได้ดีที่สุด เพื่อนำผลการประเมินในภาพรวมมาแก้ไขเครื่องมือต่อไป จำนวนข้อความที่นำมาทดสอบประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลโรคหืด 4 มิติ รวม 16 ข้อ ข้อคำถามเพื่อทดสอบวิธีการใช้ยาพ่น 3 ชนิด ชนิดละ 7 ข้อ รวมทั้งสิ้น 21 ข้อ

ผลการดำเนินงานมีดังนี้

- 1) ระยะเวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ย 22.5 นาทีต่อราย
- 2) ความสามารถในการตอบคำถามพบว่า ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ครบทุกข้อ แต่มีข้อความที่ผู้ป่วยเข้าใจไม่ชัดเจน ต้องอธิบายเพิ่มเติมและนำมาปรับแก้ไขในภายหลังจำนวน 5 ข้อคำถาม ได้แก่
 - ท่านได้รับยาพ่นขยายหลอดลมเพื่อบรรเทาอาการหอบหืดหรือไม่
 - ท่านได้รับยากลุ่ม beta-blocker(เช่น atenolol, propranolol) หรือไม่
 - ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการโรคแย่ลงและวิธีหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นนั้น
 - ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการปรับยาก่อนเผชิญสิ่งกระตุ้น
 - ผู้ป่วยได้รับการตรวจวัดสมรรถภาพปอด

- 3) ไม่พบปัญหาความยุ่งยากในการตอบเนื่องมาจากการเรียงลำดับข้อคำถาม

2.2.3 การทดสอบคุณสมบัติ ของเครื่องมือ (Psychometric Properties Testing)

การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประกอบด้วยการทดสอบความเที่ยงตรง 2 ชนิดคือ การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา(content validity) และความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity)

1) การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา(content validity) การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาได้ดำเนินการไปพร้อมกับกระบวนการเดลฟายเนื่องจากในกระบวนการเดลฟายผู้เชี่ยวชาญได้ใช้ดุลยพินิจในการพิจารณาเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลแต่ละข้อว่าเครื่องชี้วัดนั้นมีสาระประกอบด้วยคำถามที่เหมาะสมและสามารถนำไปใช้งานได้หรือไม่ ดังนั้นจึงถือว่าได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว ดังผลการวิจัยแสดงในหัวข้อที่ 2.1 และ 2.2

2) ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) การทดสอบความตรงตามโครงสร้างของเครื่องมือโดย Known group validity

จากการทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์คุณสมบัติความตรง (validity) ของแบบสอบถามโดยการหา Known group validity โดยการพิจารณาคูณภาพการดูแลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับคุณภาพการดูแลที่แตกต่างกัน โดยทำการเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลของผู้ป่วยโรคหืด 2 กลุ่มที่ได้รับคุณภาพการดูแลที่แตกต่างกันคือ กลุ่มผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งมีคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่ดีเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดโดยเฉพาะ คือมีการจัดตั้งคลินิกพิเศษสำหรับโรคหืด มีการให้ความรู้ผู้ป่วย มีการสั่งใช้ยาและมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางการรักษาที่กำหนด เทียบกับผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการรักษาจากสถานบริการระดับต่างๆของจังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ทั้งโรงพยาบาลและสถานอนามัย ที่มีคุณภาพการดูแลโรคหืดที่แตกต่างกับโรงพยาบาลศรีนครินทร์เนื่องจากไม่มีการจัดตั้งคลินิกโรคหืดและ ขาดคุณภาพการดูแลต่างๆดังที่กล่าวแล้วข้างต้น ผลการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ดังแสดงในตารางที่ 30

จากตาราง 30 เมื่อศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดพบว่าคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์และจากสถานบริการในจังหวัดประจวบฯได้รับโดยแบ่งเป็น 4 มิติ มีดังนี้

1.ความเหมาะสมของการใช้ยา คุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยโรคหืดได้รับจาก 2 settings มีความแตกต่างกันในด้านต่างๆอย่างมีนัยสำคัญดังนี้คือ

- การได้รับยาพ่นสเตียรอยด์
- ความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์
- ความถี่ในการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็ว
- ความสามารถในการบอกความแตกต่างระหว่างยาพ่นสเตียรอยด์และยาพ่นขยายหลอดลม
- ความสามารถในการใช้ยาพ่นอย่างถูกต้องทุกขั้นตอน

สำหรับประเด็นการที่ผู้ป่วยได้รับยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็วพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งนี้เนื่องมาจากรูปแบบของยาพ่นในปัจจุบัน มียาสูตรผสมที่ผสมยาขยายหลอดลมอยู่ด้วยกันทำให้การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็วไม่มีความแตกต่างกัน

2.การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ประเด็นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญมีดังนี้คือ

- การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบเฉียบพลัน
- วิธีใช้ยาพ่นอย่างถูกต้องในทุกขั้นตอน

ประเด็นของการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันคือ

- วิธีปรับยาเมื่อมีอาการหอบรุนแรง
- การไปพบแพทย์เมื่อมีอาการหอบรุนแรง
- สรรพคุณและอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

3.การควบคุมปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น ประเด็นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญคือ การที่ผู้ป่วยทราบวิธีปฏิบัติและแนวทางการจัดการกับสิ่งต่างๆที่ทำให้อาการหอบเป็นมากขึ้น

สำหรับ วิธีปรับการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นก่อนเจอสิ่งกระตุ้นที่ทำให้หอบนั้น ไม่พบความแตกต่าง

4.การตรวจร่างกาย,สมรรถภาพปอดและการติดตามการดำเนินโรค พบว่ามีความแตกต่างกันในทุกประเด็นคือ

- การได้รับการตรวจวัดสมรรถภาพปอด (สไปโรเมตรี)

โดยรวมแล้วผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์จะได้รับคุณภาพการดูแลที่ดีกว่าผู้ป่วยจากสถานบริการสาธารณสุขต่างๆจากสถานพยาบาลในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ในทุกมิติ มีเพียงบางข้อคำถามที่ไม่แตกต่างกันในระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่ม

ตารางที่ 30 คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเปรียบเทียบ 2 จังหวัดที่มีคุณภาพการดูแลต่างกัน

เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแล	ร.พ.ศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น	สถานบริการ เขตจังหวัดประจวบ	p-value	
1.ความเหมาะสมของการใช้ยา				
การได้รับยาพ่นสเตียรอยด์	49(94.2%)	15(23.4%)	<0.01*	
ความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์	41(78.8%)	5(7.8%)	<0.01*	
การได้รับยาพ่นขยายหลอดลม	38(73.1%)	38(59.4%)	0.394	
ชนิดออกฤทธิ์เร็ว				
ความถี่ในการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม	-ทุกวัน	5(9.6%)	10(15.6%)	<0.01*
ชนิดออกฤทธิ์เร็ว	-เกือบทุกวัน	5(9.6%)	13(20.3%)	
ความสามารถในการบอกความแตกต่าง	37(71.2%)	3(47%)	<0.01*	
ระหว่างยาพ่นสเตียรอยด์และยาขยายหลอดลม				
ความสามารถในการใช้ยาพ่นอย่างถูกต้องทุกขั้นตอน	43(82.7%)	6(9.4%)	<0.01*	
2.การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย				
การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบเฉียบพลัน	42(80.8%)	26(40.6%)	<0.01*	
วิธีปรับยาเมื่อมีอาการหอบรุนแรง	29(55.8%)	29(45.3%)	0.351	
การไปพบแพทย์เมื่อมีอาการหอบรุนแรง	31(59.6%)	34(53.1%)	0.383	
สรรพคุณและอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ	38(73.1%)	40(62.5%)	0.241	
วิธีใช้ยาพ่น	51(98.1%)	35(54.7%)	<0.01*	
3.การควบคุมปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น				
วิธีปฏิบัติและแนวทางการจัดการกับสิ่งต่างๆที่	46(88.5%)	26(40.6%)	<0.01*	
ทำให้อาการหอบเป็นมากขึ้น				
วิธีปรับการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นก่อนเจอ	20(38.5%)	13(20.3%)	0.276	
สิ่งกระตุ้นที่ทำให้หอบ				
4.การตรวจร่างกาย,สมรรถภาพปอดและการติดตามการดำเนินโรค				
ได้รับการตรวจวัดสมรรถภาพปอด (สไปโรเมตรี)	50(96.2%)	1(1.6%)	<0.01*	
เคยเป่าเครื่อง Peak Flow Meter	45(86.5%)	3(4.7%)	<0.01*	
การมาตรวจตามแพทย์นัด	41(78.8%)	13(20.3%)	<0.01*	

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 การเตรียมแบบสอบถามเพื่อใช้ในการศึกษาช่วงที่ 3

2.3.1 โครงสร้างของแบบสอบถาม

1.แบบสอบถามหลัก ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 60 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น ส่วนต่างๆ 8 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลทั่วไป มี 8 ข้อคำถาม

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหืดและการวินิจฉัยโรค มี 16 ข้อคำถาม

1.3 อาการของโรคและการประเมินความรุนแรงโรค มี 8 ข้อคำถาม

1.4 ความเหมาะสมของการใช้ยา มี 12 ข้อคำถาม

1.5 การให้ความรู้และการแนะนำแก่ผู้ป่วย มี 5 ข้อคำถาม

1.6 การควบคุมปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น มี 2 ข้อคำถาม

1.7 การตรวจร่างกาย สมรรถภาพปอด และการติดตามการดำเนินโรค มี 2 ข้อคำถาม

1.8 การรักษาทั่วไป มี 7 ข้อคำถาม

2. แบบประเมินความถูกต้องของการใช้ยาพ่นในผู้ป่วยโรคหืด ได้แก่ การประเมินการใช้ยาพ่นแบ่งตามรูปแบบของยาเป็น 3 รูปแบบ คือ Metered Dose Inhaler, Terbuhaler, Accuhaler รูปแบบละ 7 ข้อคำถาม

3.แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคหืด จำนวน 12 ข้อ

4.แบบประเมินสมรรถนะแห่งตน จำนวน 15 ข้อ

5.แบบสำรวจสุขภาพ SF-36 จำนวน 36 ข้อ

รวมทั้งสิ้น 130 ข้อ

2.3.2 การทดสอบแบบสอบถามเบื้องต้น

นำเครื่องมือจากกิจกรรมที่ 3 ที่ผ่านการทดสอบแล้วมาสร้างเป็นแบบสอบถามและ ทดสอบโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์จำนวน 30 ราย ประเด็นที่มีการตรวจสอบ

1. ความชัดเจนของคำถาม โดยตรวจสอบจากความเข้าใจของผู้ตอบที่มีต่อการถามคำถามในการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วยสับสนกับการตอบแบบสำรวจคุณภาพชีวิตมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่คุ้นเคยกับการตอบ Likert Scale แต่ผู้ป่วยทุกรายสามารถตอบได้เมื่อได้รับคำอธิบายในแต่ละข้อคำถาม
- 2.วิธีการตอบ เนื่องจากใช้การสัมภาษณ์และอธิบายจนผู้ป่วยสามารถตอบได้จึงไม่พบปัญหาในการตอบ
- 3.ความครบถ้วน พบว่าคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์มีความครบถ้วนทุกข้อคำถาม แต่อย่างไรก็ตาม หลังจากการทดสอบผู้วิจัยได้เพิ่มเติมคำถามเพิ่มเติมเพื่อเป็นการขยายความในบางข้อคำถาม โดยแบบสอบถามที่ใช้จริงเป็นฉบับที่ได้รับการแก้ไขเรียบร้อยแล้ว
- 4.ความสอดคล้อง พบว่าคำตอบมีความสอดคล้องกัน เช่น ความถี่ในการหอบกับปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้
- 5.การทดสอบความเที่ยง (reliability)

5.1 การทดสอบแบบวัดสมรรถนะแห่งตน ใช้การทดสอบความเที่ยง โดยใช้หลักการการวิเคราะห์ความเที่ยงภายใน (internal consistency) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient พบว่ามีค่า 0.7545 แสดงว่าแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามที่มีความสอดคล้องกัน เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการวัด และใช้ในการวัดผลสิ่งเดียวกัน เนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์มีค่ามากกว่า 0.7

5.2 สสำรวจสุขภาพ SF-36 ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่มีมาตรฐานและใช้กันอย่างแพร่หลาย ในการวิจัยนี้ ใช้การทดสอบความเที่ยงเช่นเดียวกัน ดังแสดงใน ตารางที่ 31 แสดงการวัดค่าความเที่ยงภายใน (internal consistency reliability) ของแบบสอบถามโดยแสดงค่า สัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha แยกตามมิติต่างๆของแบบสอบถามในการวัดค่าคุณภาพชีวิต พบว่าค่าความเที่ยงในทุกมิติมีค่ามากกว่า 0.7 (เป็นค่าที่ยอมรับว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงภายใน) ผลการทดสอบดังแสดงในตารางที่31

ตารางที่ 31 ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha (Cronbach's Alpha Coefficient)ของการวัดค่าคุณภาพชีวิต ในมิติต่างๆ ของผู้ป่วยทั้งหมดในภาพรวม(N=183)

มิติ	Cronbach's Alpha Coefficient
Physical Functioning (PF)	0.88
Social Functioning (SF)	0.71
Role Physical (RP)	0.82
Role Emotional (RE)	0.78
Mental Health (MH)	0.76
Vitality (VT)	0.71
Bodily Pain (BP)	0.80
General Health (GH)	0.78

.....

ผลการศึกษาช่วงที่ 3

การศึกษาช่วงที่ 3 : การศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดของประเทศไทยในปัจจุบัน โดยสำรวจจากคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ

3.1 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในการศึกษาช่วงที่ 3

จากการประสานงานโรงพยาบาลในจังหวัดที่เข้าเกณฑ์ในการศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดจำนวน 10 จังหวัดได้แก่ พิษณุโลก แพร่ ชุมพร ปัตตานี นครพนม สุรินทร์ นนทบุรี สมุทรสาคร สงขลา และประจวบคีรีขันธ์ มีจังหวัดที่ตกลงเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 8 จังหวัด และปฏิเสธการเข้าร่วมจำนวน 2 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรีและสมุทรสาคร รวมจำนวนโรงพยาบาลที่เหลือเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 8 โรงพยาบาล การเก็บข้อมูลได้ดำเนินการตั้งแต่ มกราคม – พฤษภาคม 2549 เป็นระยะเวลา 5 เดือน ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2549 ได้ผลการดำเนินงานดังนี้

ตารางที่ 32 จำนวนแบบสอบถามที่รวบรวมได้จากจังหวัดต่างๆ

จังหวัด	จำนวน	ร้อยละ
ประจวบคีรีขันธ์	148	80.9
สุรินทร์	15	8.2
พิษณุโลก	20	10.9
Total	183	100.0

สำหรับจังหวัดที่ยังไม่ได้ส่งแบบสอบถามคืนมีจำนวน 5 จังหวัด สาเหตุในการเก็บข้อมูลล่าช้าให้เหตุผลว่าเนื่องจากปัญหากำลังคนในการเก็บข้อมูลทำให้จำนวนผู้ป่วยที่สัมภาษณ์ได้มีจำนวนน้อยเกินไป อย่างไรก็ตามการเก็บข้อมูลยังคงดำเนินการต่อไป สำหรับสาเหตุที่ข้อมูลจากจังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีมากกว่าจังหวัดอื่นเนื่องจากเป็นจังหวัดที่ผู้วิจัยสังกัดอยู่ทำให้เก็บข้อมูลได้มากกว่าจังหวัดอื่น

สำหรับการศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจะมุ่งเน้นที่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ สำหรับกระบวนการที่เหมาะสมจะได้จากเครื่องชี้วัดคุณภาพในการศึกษาช่วงที่ 2 การศึกษาโครงสร้างที่เหมาะสมและผลลัพธ์จะอยู่ในการศึกษาช่วงนี้

ลักษณะทางโครงสร้างของการดูแลรักษาโรคหืดในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งที่ศึกษาดัง แสดงในตาราง 33 ลักษณะที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนในเรื่องของโครงสร้างคือ การจัดตั้งคลินิกโรคหืด ซึ่งจัดตั้งเป็นรูปแบบชัดเจนที่จังหวัดสุรินทร์ แต่ในจังหวัดพิษณุโลกถึงแม้จะมีคลินิกแต่ก็มีผู้ป่วยโรคหืดที่ตรวจในคลินิกและนอกคลินิกในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 33 ลักษณะทางโครงสร้างของการดูแลรักษาโรคหืดในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง

ลักษณะทางโครงสร้าง	ประจวบคีรีขันธ์	สุรินทร์	พิษณุโลก
การจัดตั้งคลินิกโรคหืด	ไม่มี	มี	มี
การรักษาตามCPG	ไม่มี	มี	มี
การตรวจสมรรถภาพปอด	บางครั้ง	สม่ำเสมอ	สม่ำเสมอ
การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว	ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน	แพทย์ผู้รักษา	พยาบาลประจำคลินิก
การสอนการใช้ยาพ่น	เภสัชกรห้องยา	แพทย์ผู้รักษา	เภสัชกรห้องยา
ระบบการติดตามผู้ป่วย	ไม่มี	มี	มี

3.2 ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย

จำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการสำรวจในการศึกษาช่วงที่ 3 มีจำนวนทั้งสิ้น 183 คน เป็นเพศหญิง 125 คน (68.3%) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยคือ 42.5 ± 11.9 ปี, 81.4% มีสถานภาพสมรส สำหรับการศึกษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะอยู่ในระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 57.4 สำหรับสิทธิการรักษาผู้ป่วย 56.8% จะใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนั้นจะเป็นผู้ป่วยประกันสังคมและสิทธิเบิกข้าราชการ ในจำนวนใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 15.8 และร้อยละ 14.2 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ16.2 และเกษตรกรร้อยละ 23 ,ข้าราชการมีร้อยละ 14.2, ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยมีรายได้ 5000-10,000 บาทต่อเดือน

ตารางที่ 34 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=183)

ลักษณะ	จำนวน
เพศ	
หญิง	125 (68.3 %)
อายุ (ปี)	
อายุเฉลี่ย (ปี± SD)	42.5 ± 11.9
สถานภาพ	
สมรส	149(81.4%)
โสด	17(9.3%)
หม้าย หรือ หย่า	17(9.3%)
การศึกษา	
ประถมศึกษา	105(57.4%)
มัธยมศึกษา	43(23.5%)
อนุปริญญา	12(6.6 %)
ปริญญาตรี	16(8.7%)
ไม่มีการศึกษา	4(2.2%)
สิทธิการรักษา	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	104 (56.8%)
ประกันสังคม	29 (15.8%)
เบิกได้(ข้าราชการ)	26 (14.2%)
อาชีพ	
รับจ้างทั่วไป	48 (26.2%)
เกษตรกรรม	42 (23.0%)
ข้าราชการ	26 (14.2%)
ค้าขาย,ธุรกิจส่วนตัว	23 (12.6%)
รายได้	
< 5,000 บาท	62(33.9%)
5,000-10,000 บาท	73(39.9%)
10,001-20,000บาท	21(11.5%)
> 20,000บาท	19 (10.4 %)

* จำนวนที่แสดงมีหน่วยเป็นคนที่ร้อยละยกเว้นระบุเป็นค่าอื่น

3.3 โรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหืด และการใช้ยารักษาโรคหืด

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาในการรักษาโรคหืดมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 35 พบว่าเมื่อจำแนกระดับความรุนแรงของโรคหืดแล้วพบว่า 40 %ของผู้ป่วยมีอาการหอบแบบนานๆครั้ง, 17.5%ของผู้ป่วยอยู่ในระดับรุนแรงน้อย, 21% อยู่ในระดับรุนแรงปานกลางเช่นเดียวกับระดับรุนแรงมาก สำหรับระยะเวลาการเป็นโรคหืดพบว่า ประมาณ 29.5 %ของผู้ป่วยมีระยะเวลาการเป็นโรค 1-5 ปี, 27.3%มีระยะเวลาการเป็นโรคหืด 11-20 ปี ส่วนผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคมากกว่า 20 ปีมี 22.4%, พบว่า 58 % ของผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วมด้วยซึ่งเมื่อพิจารณาจากชนิดของโรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วมพบว่าเป็นโรคโพรงจมูกอักเสบมากที่สุดคิดเป็น 36 %ของผู้ป่วย เพื่อพิจารณาผู้ป่วยที่สูบบุหรี่พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติ

สูบบุหรี่มี 29.5 % โดยพบว่า 10.4 % ของผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน สำหรับประวัติครอบครัว
ผู้ป่วยที่เป็นโรคหืด พบว่าผู้ป่วยที่มีบิดา/มารดาหรือพี่น้องป่วยเป็นโรคหืดมีจำนวน 44.8 %

ตารางที่ 35 โรค, ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหืด

ลักษณะ	จำนวน
ระยะเวลาที่เป็นโรคหืด	
1 -5 ปี	54(29.5%)
6 -10 ปี	38 (20.8%)
11-20 ปี	50 (27.3%)
21 ปีขึ้นไป	41(22.4 %)
ระดับความรุนแรงของโรค	
มีอาการนาน ๆ ครั้ง	73 (39.9%)
ระดับรุนแรงน้อย	32 (17.5%)
ระดับรุนแรงปานกลาง	39 (21.3%)
ระดับรุนแรงมาก	39 (21.3 %)
โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วม	
โพรงจมูกอักเสบ	66 (36.1 %)
ไซนัสอักเสบ	20 (10.9 %)
ความดันโลหิตสูง	23 (12.6%)
โรคกระดูกและข้อ	15 (8.2%)
โรคระบบทางเดินอาหาร	12 (6.6%)
โรคเบาหวาน	4 (2.2%)
การสูบบุหรี่	
มีประวัติการสูบบุหรี่	54 (29.5 %)
ปัจจุบันสูบบุหรี่	19 (10.4 %)
ประวัติครอบครัว	
มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหืด	82 (44.8%)

สำหรับยาที่ผู้ป่วยได้รับพบว่ายาที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดคือยาพ่นขยายหลอดลม โดยมีผู้ป่วย
ได้รับยา 60% สำหรับยาพ่นสเตียรอยด์ซึ่งเป็นยาหลักในการรักษามีผู้ป่วยได้รับเพียง ร้อยละ 50
นอกจากนั้นเป็นยาในกลุ่มอื่นๆ ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Oral Beta-2-Agonist จำนวนร้อยละ 19.7 และยาใน
กลุ่ม Xanthine Derivative ร้อยละ 44.8 นอกจากนั้นก็มีผู้ป่วยที่ได้รับยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทานถึง
11.5 % สำหรับยาที่ได้รับร่วมจะมีผู้ป่วยได้รับยา NSAIDs 13.1% และยากกลุ่ม Beta-blocker ร้อยละ
5.5 สำหรับการรักษาอื่นผู้ป่วยใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 13.1 และยาลูกกลอนร้อยละ 10.4 นอกจากนั้นยัง
พบว่าในปัจจุบันยังมีผู้ป่วยร้อยละ 2.7ที่ใช้การรักษาโดยใช้การผัดคอหรือใช้ยากลางบ้านเพื่อรักษาโรค
หืด ผู้ป่วย ร้อยละ 82 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาล

แต่มีผู้ป่วยร้อยละ 13.7 เข้ารับการรักษาในสถานีนอนมัย สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบันมีผู้ใช้บริการเพียง ร้อยละ 3.8 สำหรับคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนมีผู้ใช้บริการร้อยละ 4.9 และ ร้อยละ 3.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 36 ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มยาและการรักษาอื่นๆที่ผู้ป่วยได้รับ

ลักษณะ	จำนวน(คน)
ชนิดของยารักษาโรคหืดที่ผู้ป่วยได้รับ	
Inhaled Corticosteroid	91 (49.7 %)
Inhaled Beta-2-Agonist	110 (60.1 %)
Oral Beta-2-Agonist	36 (19.7 %)
Xanthine Derivative	82 (44.8 %)
Oral Steroid	21 (11.5 %)
ยากลุ่มอื่นๆที่ผู้ป่วยได้รับที่มีผลกับโรคหืด	
NSAIDs	24 (13.1 %)
ยากลุ่ม Beta-blocker	10 (5.5 %)
Aspirin	2 (1.1 %)
การรักษาอื่นๆที่ได้รับ	
สมุนไพร	24(13.1%)
ยาสมุนไพร	19(10.4%)
การรักษาแบบอื่นๆเช่น การผ่าตัด การใช้ยาที่บ้าน	5(2.7%)
การฝังเข็ม	3(1.6%)
สถานบริการที่ผู้ป่วยไปใช้บริการบ่อยๆหรือตลอดเวลา	
โรงพยาบาลรัฐบาล	150(82%)
สถานีนอนมัย	25(13.7%)
คลินิกเอกชน	9(4.9%)
ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	7(3.8%)
โรงพยาบาลเอกชน	3(1.6%)

ตารางที่ 37 การได้รับและการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ และยาพ่นขยายหลอดลม จำแนกตามระดับความรุนแรงของโรคหืด

การใช้ยากลุ่มหลัก	ระดับความรุนแรงของโรคหืด N=183			
	มีอาการนานๆครั้ง N=73	รุนแรงน้อย N=32	รุนแรงปานกลาง N=39	รุนแรงมาก N=39
ยาพ่นสเตียรอยด์				
ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์	42(57.5)	15(46.9)	17(43.6)	17(43.6)
ใช้ยาพ่นสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอ	30(71.4)	12(80.0)	14(82.4)	10(58.8)
ใช้ยาปานกลาง	6(8.3)	1(6.7)	1(5.9)	3(17.6)
ใช้ยาไม่สม่ำเสมอ	5(11.9)	1(6.7)	1(5.9)	4(23.5)
ไม่ได้ใช้เลย	1(2.4)	1(6.7)	1(5.9)	0
ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็ว				
ได้รับยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็ว	36(49.3)	20(62.5)	27(69.2)	27(69.2)
ไม่ได้ใช้ยา	18(50.0)	5(25.0)	10(37.0)	2(7.4)
ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	11(30.6)	5(25.0)	3(11.1)	1(3.7)
ใช้เกือบทุกวัน	4(11.1)	7(35.0)	9(33.3)	5(18.5)
ใช้ยาทุกวัน	2(5.6)	3(15.0)	2(7.4)	9(33.3)
ใช้ยา ≥ 4 ครั้งต่อวันติดกัน 2 วันขึ้นไป	1(2.8)	0	3(11.1)	10(37.0)

จากตารางที่ 37 พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหืดแบบเรื้อรังได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ซึ่งเป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษามีค่าเฉลี่ยที่ ร้อยละ 44.5(46.9-43.6) ผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ส่วนใหญ่(ร้อยละ 73) มีการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอ สำหรับยาพ่นขยายหลอดลมพบว่าร้อยละ 62 ของผู้ป่วยโรคหืดทั้งหมด ได้รับยาพ่นขยายหลอดลม และในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคมากจะมีการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมในความถี่ที่มากกว่าผู้ป่วยโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อยกว่า

3.3 คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด

คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดจากการศึกษาในช่วงที่ 2 มีทั้งสิ้น 4 มิติ รวม 16 ข้อด้วยกัน
คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดจากการสำรวจในการศึกษาช่วงที่ 3 มีดังนี้

3.3.1 Conceptual Care Domain 1: ความเหมาะสมของการใช้ยา

1) การได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ในผู้ป่วยที่มีอาการหืดเรื้อรัง

จากตารางที่ 38 พบว่าผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังในจังหวัดสุรินทร์ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์มากที่สุดรองลงมาคือจังหวัดพิษณุโลกและจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ตามลำดับ

ตารางที่ 38 จำนวนผู้ป่วยโรคหืดชนิดเรื้อรังที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยโรคหืดชนิดเรื้อรัง	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์
ประจวบคีรีขันธ์	148	100	48(48%)
สุรินทร์	15	4	4(100%)
พิษณุโลก	20	6	4(66.7%)

ตารางที่39 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคหืดชนิดเรื้อรังที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ พบว่าผู้ป่วยจากจังหวัดสุรินทร์ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์มากกว่าจังหวัดอื่น เมื่อจำแนกตามระดับความรุนแรงของโรคพบว่า การได้รับยาพ่นสเตียรอยด์มีค่าใกล้เคียงกันในแต่ละระดับความรุนแรงของโรค

ตารางที่ 39 จำนวนผู้ป่วยโรคหืดชนิดเรื้อรังที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์แบ่งตามระดับความรุนแรงของโรค

จังหวัด	ระดับความรุนแรง	จำนวนผู้ป่วย	ผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์
ประจวบคีรีขันธ์	ระดับรุนแรงน้อย	26	13(50%)
	ระดับรุนแรงปานกลาง	35	14(40%)
	ระดับรุนแรงมาก	39	21(53.8%)
สุรินทร์	ระดับรุนแรงน้อย	-	
	ระดับรุนแรงปานกลาง	3	3(100%)
	ระดับรุนแรงมาก	1	1(100%)
พิษณุโลก	ระดับรุนแรงน้อย	-	
	ระดับรุนแรงปานกลาง	3	2(66.7%)
	ระดับรุนแรงมาก	3	2(66.7%)

2) การใช้ยาพ่นสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอ

จากตารางแสดงว่าจังหวัดพิษณุโลกมีผู้ป่วยที่ใช้ยาพ่นสเตียรอยด์สม่ำเสมอมากที่สุด คือ 85%

ตารางที่ 40 ความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์เปรียบเทียบในผู้ป่วย 3 จังหวัด

การใช้ยาพ่นสเตียรอยด์	ประจวบคีรีขันธ์	สุรินทร์	พิษณุโลก
สม่ำเสมอ (6-7วันต่อสัปดาห์)	47(31.8%)	9(60%)	17(85%)
ปานกลาง (4-5วันต่อสัปดาห์)	-	5(33.33%)	-
ไม่สม่ำเสมอ(1-3 ต่อสัปดาห์)	8(5.4%)	-	-
ไม่ได้ใช้เลย	18(2.2%)	-	-

3) การที่ผู้ป่วยได้รับยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็วเพื่อบรรเทาอาการหอบ

ตารางที่ 41 การได้รับยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็วเปรียบเทียบในผู้ป่วย 3 จังหวัด

การได้รับยาพ่นขยายหลอดลม	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา
ประจวบคีรีขันธ์	91(61.5%)
สุรินทร์	3(20%)
พิษณุโลก	11(55%)

จากตารางที่ 41 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ได้รับยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็วมากที่สุด ใน 3 จังหวัด แต่พบว่าในจังหวัดสุรินทร์และจังหวัดพิษณุโลกมีการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ชนิดที่ผสมยาขยายหลอดลมร่วมด้วย ซึ่งเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้มีการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็ว น้อย

4) การที่ผู้ป่วยทราบความแตกต่างระหว่างยาพ่นสเตียรอยด์และยาพ่นขยายหลอดลม

ตารางที่ 42 จำนวนผู้ป่วยที่ทราบความแตกต่างระหว่างยาพ่นสเตียรอยด์และยาพ่นขยายหลอดลม

ผู้ป่วยรู้ความแตกต่างระหว่างยาพ่น 2 ชนิด	รวมทั้งหมด	ประจวบคีรีขันธ์	สุรินทร์	พิษณุโลก
ทราบความแตกต่าง	29	13(18.8%)	9(60%)	7(35%)
ไม่ทราบความแตกต่าง	70	52(75.4%)	6(40%)	12(60%)

5) การที่ผู้ป่วยสามารถใช้ยาพ่นได้อย่างถูกต้องวิธี

ตารางที่ 43 คะแนนการประเมินการสาธิตการใช้ยาพ่นในผู้ป่วยโรคหืด 3 จังหวัด

ความสามารถในการใช้ยาพ่นของผู้ป่วย	ประจวบคีรีขันธ์	สุรินทร์	พิษณุโลก
ค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินวิธีการใช้ยาพ่น (mean $\pm$ SD)	4.30 $\pm$ 2.4	6.00 $\pm$ 1.19	5.9 $\pm$ 1.55

จากตารางจะเห็นว่าคะแนนการประเมินวิธีการใช้ยาพ่นในผู้ป่วยจังหวัดสุรินทร์มีค่าสูงที่สุด รองลงมาเป็นผู้ป่วยจังหวัดพิษณุโลกและประจวบคีรีขันธ์ ตามลำดับ

6) การที่ผู้ป่วยที่เป็นหืดเรื้อรังชนิดปานกลางถึงรุนแรงไม่ควรได้รับยาในกลุ่ม beta-blocker

ตารางที่ 44 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม beta-blocker เปรียบเทียบข้อมูลใน 3 จังหวัด

	ประจวบคีรีขันธ์	สุรินทร์	พิษณุโลก
ผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม beta-blocker(เช่น atenolol, propranolol)	10	0	0

จากตารางจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาในกลุ่ม beta-blocker ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีมากที่สุด เมื่อเทียบข้อมูลในระหว่าง 3 จังหวัด

3.3.2 Conceptual Care Domain 2: การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย

สำหรับเครื่องชี้วัดคุณภาพในมิติที่ 2 ได้แก่การให้ความรู้และคำแนะนำใน 5 ประเด็นหลัก เปรียบเทียบกันถึงการได้รับหรือไม่ได้รับคำแนะนำในผู้ป่วย 3 จังหวัดแสดงในตารางที่ 45 จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำในจังหวัดพิษณุโลกมีมากกว่าจังหวัดอื่น แต่จากค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบความรู้ผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยในจังหวัดสุรินทร์มีคะแนนสูงสุด

ตารางที่ 45 การได้รับคำแนะนำต่างๆตามเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลในมิติที่ 2

เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแล	ประจวบคีรีขันธ์	สุรินทร์	พิษณุโลก
ผู้ป่วยได้รับเอกสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบหืด	58(39.2%)	6(40%)	14(70%)
ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับยาที่ใช้เมื่อมีอาการหอบหืดหรือเมื่ออาการของโรครุนแรงขึ้น	30(35.3%)	5(33.3%)	13(65%)
ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการหอบหืดที่รุนแรงที่ต้องไปพบแพทย์	42(49.4%)	6(40%)	14(70%)
ผู้ป่วยได้รับความรู้และรายละเอียดเกี่ยวกับยาที่ได้รับ	62(72.9%)	9(60%)	16(80%)
เกี่ยวกับสรรพคุณยา	60(88.2%)	5(45.5%)	13(76.5%)
เกี่ยวกับอาการข้างเคียง	33(55%)	1(9.1%)	7(41.2%)
ผู้ป่วยได้รับความรู้และการสาธิตการใช้ยาพ่นหรือยาชนิดสูดพ่นชนิดต่างๆ	115(80.4%)	15(100%)	19(95%)
ค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบความรู้ผู้ป่วย(เต็ม 12 คะแนน)	6.99 $\pm$ 1.89	8.73 $\pm$ 2.58	6.35 $\pm$ 3.25

3.3.3 Conceptual Care Domain 3: การควบคุมปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น

จากตารางพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นในจังหวัดพิษณุโลกมีมากกว่าจังหวัดอื่น

ตารางที่ 46 การได้รับคุณภาพการดูแลในมิติที่ 3 ของผู้ป่วย 3 จังหวัด

เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแล	ประจวบคีรีขันธ์	สุรินทร์	พิษณุโลก
ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการโรคแย่ลงและวิธีหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นนั้น	82(55.4%)	8(53.3%)	16(80%)
ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการปรับยาก่อนเผชิญสิ่งกระตุ้น	37(25%)	2(20%)	15(75%)

3.3.4 Conceptual Care Domain 4: การตรวจร่างกาย,สมรรถภาพปอดและการติดตามการดำเนินโรค

ตารางที่ 47 การได้รับคุณภาพการดูแลในมิติที่ 4 ของผู้ป่วย 3 จังหวัด

เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแล	ประจวบคีรีขันธ์	สุรินทร์	พิษณุโลก
ผู้ป่วยได้รับการตรวจวัดสมรรถภาพปอด	44(30%)	13(86.7%)	11(55%)
ผู้ป่วยมาตรวจตามเวลาที่กำหนด	38(25.7%)	9(60%)	8(40%)

3.4 ผลลัพธ์การรักษา

ในการศึกษานี้จะศึกษาผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วย 2 ด้านคือ ผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ทางความเป็นมนุษย์(Humanistic Outcome)

3.4.1 ผลลัพธ์การรักษาทางคลินิก(Clinical Outcome)

1) PEF (Peak Expiratory Flow) โดยใช้เครื่อง Peak Flow Meter

ตารางที่ 48 ค่า PEF ผู้ป่วยโรคหืดจาก 3 จังหวัด

จังหวัด	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ประจวบคีรีขันธ์	143	.00	540.00	276.7483	106.10628
สุรินทร์	15	260.00	530.00	350.6667	78.87301
พิษณุโลก	20	150.00	630.00	347.0000	129.41569

Kruskal Wallis Test (p-value 0.003)

2) %PEF เทียบกับค่ามาตรฐาน

ตารางที่ 49 %PEF เทียบกับค่ามาตรฐาน ของผู้ป่วยโรคหืดจาก 3 จังหวัด

จังหวัด	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ประจวบคีรีขันธ์	142	25.40	100.00	66.3896	19.37466
สุรินทร์	15	72.80	100.00	88.8733	7.96362
พิษณุโลก	20	39.50	100.00	79.7050	20.92944

Kruskal Wallis Test (p-value < 0.01)

จากตารางที่ 48 และ ตารางที่ 49 แสดงให้เห็นว่าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยทั้ง 3 จังหวัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่ผู้ป่วยในจังหวัดสุรินทร์มีสมรรถภาพปอดดีกว่าผู้ป่วยจากจังหวัดพิษณุโลกและจังหวัดประจวบคีรีขันธ์เมื่อพิจารณาจากค่า PEF และ % PEF เทียบกับค่ามาตรฐาน

3) จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในเปรียบเทียบใน 3 จังหวัดแสดงในตารางที่ โดยพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 50 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลา 1 เดือน เปรียบเทียบข้อมูล 3 จังหวัด

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ประจวบคีรีขันธ์	11	7.4
สุรินทร์	1	6.7
พิษณุโลก	2	10.0

Chi-square test $p=0.49$

4) จำนวนครั้งการเข้ารับบริการในหอนกฉุกเฉิน

จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในแผนกฉุกเฉินเปรียบเทียบใน 3 จังหวัด แสดงในตารางที่ โดยพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 51 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินในช่วง 1 เดือน เปรียบเทียบข้อมูล 3 จังหวัด

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ประจวบคีรีขันธ์	34	23.0
สุรินทร์	3	20.0
พิษณุโลก	7	35.0

Chi-square test $p=0.92$

3.4.1 ผลลัพธ์ทางความเป็นมนุษย์ (Humanistic Outcome)

จากการวัดค่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษาโดยใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต Short-Form 36- Items Health Survey ของ The Medical Outcomes Study (MOS) ฉบับภาษาไทยที่ได้รับการแปลและทดสอบคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงแล้ว โดยแบบสอบถามดังกล่าว ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ พบว่า การเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยแสดงในตารางที่ และ คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆมีค่าแสดงในตารางที่ 52

ตารางที่ 52 การเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพเมื่อเทียบกับ 1 ปีที่แล้ว

การเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วย (N=183)	ประจวบคีรีขันธ์	สุรินทร์	พิษณุโลก
ดีกว่าปีที่แล้วมาก	35(19.1)	25(16.9)	6(40)	4(20)
ค่อนข้างดีกว่าปีที่แล้ว	57 (31.1)	42(28.4)	8(53.3)	7(35)
เหมือนปีที่แล้ว	38 (20.8)	32(21.6)	1(6.7)	5(25)
ค่อนข้างแย่กว่าปีที่แล้ว	42 (23.0)	38(25.7)	-	4(20)
แย่กว่าปีที่แล้วมาก	11(6.0)	11(7.4)	-	-

จากตารางที่ 52 จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่(ร้อยละ 31)มีสุขภาพดีกว่าปีที่ผ่านมา โดยพบว่าผู้ป่วยในจังหวัดสุรินทร์มีการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพดีกว่าปีที่แล้วมาก

ตารางที่ 53 ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบ่งตามมิติต่างๆ ของผู้ป่วยทั้งหมด (N=183)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PF	181	5.00	100.00	73.5635	21.71488
RP	183	.00	100.00	49.4536	40.17102
BP	182	.00	100.00	63.9121	24.40458
GH	182	5.00	97.00	42.3571	22.26557
VT	182	.00	100.00	57.4725	18.76540
SF	182	12.50	100.00	74.6566	23.77639
RE	182	.00	100.00	56.0440	41.42315
MH	183	12.00	100.00	67.1257	19.26394

PF= Physical Functioning, RP=Role Physical, BP= Bodily Pain, GH= General Health, VT=Vitality

SF= Social Functioning, RE=Role Emotional, MH=Mental Health

จากตารางที่ 53 แสดงว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดมีค่าต่ำมากในมิติ Role-physical,general health, vitality และ role-emotional dimension

ตารางที่ 54 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 3 จังหวัด จะเห็นว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆของผู้ป่วยโรคหืดในจังหวัดพิษณุโลกมีค่าสูงกว่าจังหวัดสุรินทร์และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ตามลำดับและพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตจะมีความแตกต่างกันในระหว่าง 3 จังหวัดอย่างมีนัยสำคัญในมิติ Physical Functioning, Role Physical, Bodily Pain, Role Emotional และ General Health สำหรับจังหวัดประจวบคีรีขันธ์และจังหวัดสุรินทร์คะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันในมิติเดียวคือ Role Physical สำหรับจังหวัด สุรินทร์และจังหวัดพิษณุโลก แตกต่างกัน 2 มิติ คือ Bodily pain และ General Health ส่วนคู่จังหวัดที่มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันมากที่สุดคือ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์และจังหวัดพิษณุโลกคือแตกต่างกันใน 4 มิติได้แก่ Physical Functioning, Role Physical, Bodily Pain และ General Health

ตารางที่ 54 ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบ่งตามมิติต่างๆ ของผู้ป่วยเปรียบเทียบ 3 จังหวัด

มิติ	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต			P-value*			
	ประจวบคีรีขันธ์ (Mean± SD)	สุรินทร์ (Mean± SD)	พิษณุโลก (Mean± SD)	P-value Overall	ประจวบ & สุรินทร์	ประจวบ & พิษณุโลก	สุรินทร์ & พิษณุโลก
PF	70.82±21.18	76.79±21.72	91.50±17.10	0.000	0.592	0.000	0.131
RP	43.24±38.53	70.00±36.84	80.00±36.81	0.000	0.038	0.000	0.746
BP	60.71±22.78	57.20±24.67	92.50±16.21	0.000	0.846	0.000	0.000
GH	39.46±20.73	41.57±19.49	64.35±23.75	0.000	0.937	0.000	0.009
VT	56.09±18.49	60.00±18.52	65.75±19.55	0.083	0.741	0.096	0.665
SF	73.47±22.61	77.50±26.81	81.25±29.39	0.349	0.822	0.391	0.899
RE	51.70±40.95	68.89±40.76	78.33±37.89	0.011	0.298	0.025	0.793
MH	66.38±19.59	75.20±16.64	66.60±18.04	0.239	0.241	0.999	0.426

*Anova

3.3 ความสัมพันธ์ของคุณภาพการดูแลโรคหืดและผลลัพธ์

3.3.1 ความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ ต่อ คุณภาพชีวิต

การหาความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ (ICS) ที่มีต่อคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ เมื่อคำนึงถึงตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความรุนแรงของโรคหืด โดยใช้การวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ (multivariate analysis) ได้ผลดังแสดงในตารางที่ 55-62

ตารางที่ 55 ความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ กับค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Physical Functioning

มิติของคุณภาพชีวิต	ปัจจัยที่คำนึงถึง	B	P (95% CI)	R-square
PF	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ ICS กับกลุ่มที่ไม่ได้รับ	13.44041	0.017 (2.521823 - 24.359)	0.2597
	ระดับความรุนแรงของโรคหืด	-2.498217	0.398 -8.381424 3.384991	
	อายุ	-.1975336	0.516 -.8035062 .408439	
	เพศ	-11.34101	0.029 -21.48336 -1.19866	
	โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วม	-1.474694	0.788 -12.42439 9.475001	
	ระยะเวลาที่เป็นโรค	-.0770555	0.757 -.5729147 .4188036	
	ค่าคงที่	85.45172	0.000 42.66215 128.2413	

จากตารางที่ 55 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ในการรักษาโรคหืดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Physical Functioning สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มอื่นในการรักษาเท่ากับ 13.4 (95% CI 2.52-24.36) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value= 0.02) เมื่อควบคุมอายุ, เพศ, ระดับความรุนแรงของโรคหืด, โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วม, ระยะเวลาที่เป็นโรค ให้คงที่ และพบว่าในเพศชายมีคุณภาพชีวิตในมิติของ Physical Functioning มากกว่าเพศหญิง 11.3 คะแนน ส่วนระดับความรุนแรงของโรคหืดที่เพิ่มขึ้น อายุที่เพิ่มขึ้น โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วม, ระยะเวลาที่เป็นโรค จะทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติของ Physical Functioning ลดลงแต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของค่าคุณภาพชีวิตในมิติ Physical Functioning ได้ 25.97%

ตารางที่ 56 ความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ กับค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Role Physical

มิติของคุณภาพชีวิต	ปัจจัยที่คำนึงถึง	B	P (95% CI)	R-square
RP	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ ICS กับกลุ่มที่ไม่ได้รับ	24.31713	0.022 3.647319 44.98694	0.2415
	ระดับความรุนแรงของโรคหืด	-7.426453	0.187 -18.56386 3.710958	
	อายุ	- .6056683	0.295 -1.752826 .5414893	
	เพศ	2.164326	0.822 -17.036 21.36465	
	โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วม	-5.124811	0.622 -25.85351 15.60389	
	ระยะเวลาที่เป็นโรค	.3342308	0.478 -.6044725 1.272934	
	ค่าคงที่	40.99465	0.315 -40.00962 121.9989	

จากตารางที่ 56 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ในการรักษาโรคหืดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Role Physical สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มอื่นในการรักษาเท่ากับ 24.3 (95% CI 3.65-44.99) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมอายุ เพศ โรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรค ให้คงที่ โดยพบว่าตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายค่า คุณภาพชีวิตในมิติ Role Physical ได้ 24.15 %

ตารางที่ 57 ความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ กับค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Bodily Pain

มิติของคุณภาพชีวิต	ปัจจัยที่คำนึงถึง	B	P (95% CI)	R-square
BP	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ ICS กับกลุ่มที่ไม่ได้รับ	.4755236	0.934 -10.93753 11.88858	0.1392
	ระดับความรุนแรงของโรคหืด	-6.885399	0.029 -13.03504 -.73576	
	อายุ	.3334307	0.296 -.2999844 .9668459	
	เพศ	-.3770753	0.943 -10.97874 10.22459	
	โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วม	4.502908	0.434 -6.942663 15.94848	
	ระยะเวลาที่เป็นโรค	-.3759888	0.152 -.8943037 .1423262	
	ค่าคงที่	60.30961	0.009 15.58225 105.037	

จากตารางที่ 57 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ในการรักษาโรคหืดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Bodily Pain สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มอื่นในการรักษาเท่ากับ 0.48 (95% CI - 10.94-11.89)ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความรุนแรงของโรคหืดที่เพิ่มขึ้นจะทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Bodily Pain ลดลง 6.9 คะแนน(P-value=0.03) โดยพบว่าตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายค่า คุณภาพชีวิตในมิติ Bodily Pain ได้ 13.92 %

ตารางที่ 58 ความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ กับค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ General Health

มิติของคุณภาพชีวิต	ปัจจัยที่คำนึงถึง	B	P (95% CI)	R-square
GH	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ ICS กับกลุ่มที่ไม่ได้รับ	-1.865294	0.738 -12.98972 9.259133	0.2363
	ระดับความรุนแรงของโรคหืด	-8.452268	0.007 -14.44639 -2.458149	
	อายุ	-.2332703	0.452 -.8506668 .3841263	
	เพศ	1.10323	0.831 -9.230324 11.43678	
	โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วม	11.51229	0.043 .3561731 22.66842	
	ระยะเวลาที่เป็นโรค	.5187632	0.044 .013556 1.02397	
	ค่าคงที่	44.57501	0.045 .9787715 88.17125	

จากตารางที่58 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ในการรักษาโรคหืดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ General Health ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มอื่นในการรักษาเท่ากับ 1.87 (95% CI - 12.99-9.26)ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายค่า คุณภาพชีวิตในมิติ General Health ได้ 23.63 %

ตารางที่ 59 ความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ กับค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Vitality

มิติของ คุณภาพชีวิต	ปัจจัยที่คำนึงถึง	B	P (95% CI)	R-square
VT	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ ICS กับกลุ่มที่ไม่ได้รับ	.7054431	0.883 -8.849085 10.25997	0.1437
	ระดับความรุนแรงของโรคหืด	-6.330104	0.017 -11.47832 -1.181885	
	อายุ	.0244887	0.927 -.5057798 .5547571	
	เพศ	4.000945	0.370 -4.87432 12.87621	
	โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วม	6.598223	0.173 -2.983526 16.17997	
	ระยะเวลาที่เป็นโรค	.0599531	0.783 -.3739583 .4938645	
	ค่าคงที่	50.57778	0.009 13.13392 88.02164	

จากตารางที่ 59 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ในการรักษาโรคหืดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Vitality สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาในกลุ่มอื่นในการรักษาเท่ากับ 0.71 (95% CI-8.85-10.26)ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายค่า คุณภาพชีวิตในมิติ Vitality ได้ 14.37 %

ตารางที่ 60 ความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ กับค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Social Functioning

มิติของคุณภาพ ชีวิต	ปัจจัยที่คำนึงถึง	B	P (95% CI)	R-square
SF	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ ICS กับกลุ่มที่ไม่ได้รับ	-2.213915	0.713 -14.22616 9.79833	0.1234
	ระดับความรุนแรงของโรคหืด	-3.086199	0.343 -9.558696 3.386299	
	อายุ	-.4297536	0.202 -1.096423 .2369161	
	เพศ	10.04529	0.077 -1.112962 21.20355	
	โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วม	4.539268	0.453 -7.507201 16.58574	
	ระยะเวลาที่เป็นโรค	.3416203	0.215 -.2039064 .887147	
	ค่าคงที่	69.61444	0.005 22.53887 116.69	

จากตารางที่ 60 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ในการรักษาโรคหืดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Social Functioning ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาในกลุ่มอื่นในการรักษาเท่ากับ 2.21 (95%

CI-14.23-9.80)ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายค่า คุณภาพชีวิตในมิติ Social Functioning ได้ 12.34 %

ตารางที่ 61 ความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ กับค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Role Emotional

มิติของคุณภาพชีวิต	ปัจจัยที่คำนึงถึง	B	P (95% CI)	R-square
RE	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ ICS กับกลุ่มที่ไม่ได้รับ	21.74838	0.060 - .9420867 44.43885	0.1736
	ระดับความรุนแรงของโรคหืด	-5.579197	0.364 -17.80539 6.646995	
	อายุ	- .514049	0.417 -1.773351 .7452533	
	เพศ	-10.92066	0.304 -31.99799 10.15667	
	โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วม	.5380579	0.962 -22.21706 23.29317	
	ระยะเวลาที่เป็นโรค	.1565099	0.762 - .87396 1.18698	
	ค่าคงที่	64.25375	0.153 -24.66941 153.1769	

จากตารางที่ 61 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ในการรักษาโรคหืดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Role emotional สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยากกลุ่มอื่นในการรักษาเท่ากับ 21.75 (95% CI - .94 – 44.44)ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายค่า คุณภาพชีวิตในมิติ Role Emotional ได้ 17.36 %

ตารางที่ 62 ความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ กับค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Mental Health

มิติของคุณภาพชีวิต	ปัจจัยที่คำนึงถึง	B	P (95% CI)	R-square
MH	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ ICS กับกลุ่มที่ไม่ได้รับ	1.861698	0.719 -8.456829 12.18022	0.2703
	ระดับความรุนแรงของโรคหืด	-8.20788	0.005 -13.76776 -2.648	
	อายุ	- .1316216	0.647 - .7042914 .4410481	
	เพศ	.1534864	0.975 -9.431462 9.738435	
	โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วม	11.10868	0.036 .7607585 21.45661	
	ระยะเวลาที่เป็นโรค	- .2058942	0.382 - .674502 .2627137	
	ค่าคงที่	71.53577	0.001 31.09782 111.9737	

จากตารางที่62 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ในการรักษาโรคหืดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Mental health สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยากกลุ่มอื่นในการรักษาเท่ากับ 1.86 (95% CI - 8.46 –12.18)ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายค่า คุณภาพชีวิตในมิติ Mental Health ได้ 27.03 %

สรุปจากตารางที่ 55-62 ซึ่งแสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์หรือยากลุ่มอื่น เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหืด อายุ เพศ การเป็นโรคอื่นร่วมด้วย ระยะเวลาการเป็นโรค พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตมิติ Physical Function, Role Physical, Bodily Pain, Vitality, Role Emotional, Mental Health ของผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์มีค่าสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ แต่คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ General Health และ มิติ Social Functioning ของผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์มีค่าต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยากลุ่มดังกล่าว แต่พบว่าเฉพาะคะแนนคุณภาพชีวิตมิติ Physical Function และ Role Physical เท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตใน 2 มิติ ดังกล่าวสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์

3.3.2 ความสัมพันธ์ของการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ ต่อ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและ การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน

จากการวิเคราะห์ด้วย Logistic regression analysis เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและ การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินแสดงผลในตารางที่ 63

ตารางที่ 63 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและ การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน(N=183)

Outcomes	Adjusted odds ratio(95%CI of OR)
ER Visit	0.5021 (0.084-3.017)
Hospital Admission	0.4288 (0.027-6.8963)

Adjusted ด้วย อายุ เพศ สถานภาพ อาชีพ รายได้ ความรุนแรงของโรคหืด ระยะเวลาการเป็นโรค โรคอื่นๆที่เป็นร่วม

จากตารางสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ 50% และ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ 57%

สรุปและวิจารณ์

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายหลัก 2 ประการคือ การศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทยโดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานที่ผ่านการทดสอบแล้ว และการวัดผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับคุณภาพการดูแลที่แตกต่างกันทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์แก่ผู้ป่วยโรคหืดต่อไปในอนาคต

การประเมินคุณภาพการดูแลในการวิจัยนี้มี 2 ลักษณะคือ การประเมินคุณภาพการดูแลในเชิงรูปธรรม หมายถึงการประเมินคุณภาพการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับโดยการเปรียบเทียบกับมาตรฐานการดูแลต่างๆได้แก่ แนวทางการรักษาโรคหืด และการประเมินเชิงนามธรรม ได้แก่การประเมินความพึงพอใจ ตลอดจนภาวะโรคอันเป็นผลจากคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหืดในการศึกษาช่วงที่1 ทำให้ทราบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาและคุณภาพการดูแลโรคหืดทั้งทางตรงและทางอ้อม (รูปภาพที่ 2) สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดผลกระทบต่างๆในโรคหืดคืออาการของโรคอันส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนั้นยังเกิดผลกระทบต่อไปยังปัจจัยทางสังคมต่างๆได้แก่ การประกอบอาชีพ, สถานะทางเศรษฐกิจ และชีวิตคู่ซึ่งเป็นผลตามมา ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด ดังนั้นกระบวนการรักษาโรคหืดที่เหมาะสมจึงเป็นทางออกที่สำคัญยิ่งของการแก้ปัญหาดังกล่าว จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหืดว่าคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคืออะไร ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบว่าต้องการหายจากโรค นั่นคือปราศจากอาการหอบนั่นเอง ดังนั้นในการที่จะบรรลุเป้าหมายของการรักษาจำเป็นต้องใช้ความร่วมมือกันของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ในบทบาทที่เหมาะสมของทั้ง 2 ฝ่าย เพื่อให้การรักษาโรคหืดประสบผลสำเร็จ

จากการออกแบบสอบถามแพทย์ในกระบวนการเคลฟายเพื่อกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลนั้นพบว่าประเด็นหลักที่แพทย์ลงความเห็นว่ามีค่าสำคัญมากที่สุดในการรักษาโรคหืดให้ประสบผลสำเร็จคือการใช้ยาที่ถูกต้องด้วยวิธีการที่ถูกต้อง นั่นคือการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ในการรักษาอย่างถูกวิธี และการได้รับยาพ่นขยายหลอดลมเพื่อบรรเทาอาการโดยใช้อย่างถูกวิธีเช่นเดียวกัน แต่ปัญหาที่พบในกระบวนการรักษาโรคหืดที่ไม่ประสบผลสำเร็จในปัจจุบันนั้น มาจากทั้งบุคลากรการแพทย์และตัวผู้ป่วยเอง ปัญหาจากผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่ความเชื่อที่โรคหืดเป็นโรคที่รักษาไม่หายทำให้ผู้ป่วยไม่ตั้งใจรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยหลายรายยอมรับในความโชคร้ายของตนที่เกิดมาเป็นโรคนี้ แม้บุคลากรการแพทย์จำนวนมากก็มีความเชื่อดังกล่าว ทำให้กระบวนการรักษาโรคหืดเป็นแบบประคับประคองอาการมากกว่าที่จะรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคคือไม่มีอาการนั่นเอง จากการวิจัยพบว่าการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคหืดชนิดเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 44.5 ซึ่งมากกว่าการศึกษาที่ทำโดย รัชรา บุญสวัสดิ์และคณะ (2543) ได้สำรวจผู้ป่วยโรคหืดใน 4 จังหวัดในปี 2543 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหืดได้รับยาพ่นสเตียรอยด์เพียง 6.7%เท่านั้น ความแตกต่างที่เกิดขึ้นอาจเนื่องมาจากพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันและในปัจจุบันมีการรณรงค์การรักษาโรคหืดเพิ่มขึ้น

ซึ่งอาจส่งผลให้การใช้ยาพ่นสเตียรอยด์เพิ่มขึ้น สำหรับวิธีการใช้ยาพ่นนั้นพบว่าป็นยาที่มีวิธีใช้ที่ยาก เนื่องจากมีหลายรูปแบบ ยาพ่นโดยทั่วไปที่ผู้ป่วยใช้มักเป็นรูปแบบ inhaler การสูดยาต้องสัมพันธ์กับการหายใจจึงต้องมีการฝึกวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง จากการประเมินวิธีการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยพบว่าในจังหวัดที่มีการจัดตั้งคลินิกโรคหืดผู้ป่วยจะมีความสามารถในการใช้ยาได้ดีกว่า โดยพิจารณาจากคะแนนในการประเมินวิธีการใช้ยาพ่นของผู้ป่วย ปัญหาของการใช้ยาพ่นที่พบอีกประการหนึ่งคือการใช้ยาพ่นไม่ทราบความแตกต่างของการใช้ยาพ่น กรณีที่ได้รับยาพ่นพร้อมกัน 2 ชนิดคือยาพ่นสเตียรอยด์และยาพ่นขยายหลอดลม พบว่าเมื่อผู้ป่วยใช้ยาไประยะหนึ่งก็จะใช้ยาพ่นขยายหลอดลมเพียงอย่างเดียวเนื่องจากพ่นแล้วหายจากอาการหอบ ทำให้การใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ไม่ต่อเนื่อง และการรักษาไม่ได้ผล โดยพบว่ามีผู้ป่วยหลายรายที่เก็บยาพ่นสเตียรอยด์โดยไม่ใช้เนื่องจากเข้าใจว่าเป็นยาที่ไม่ดีพ่นแล้วไม่หาย ซึ่งปัญหาดังกล่าวแก้ไขได้โดยการให้ความรู้และการแนะนำแก่ผู้ป่วย จากการเปรียบเทียบข้อมูลใน 3 จังหวัดพบว่าผู้ป่วยในจังหวัดพิษณุโลกได้รับคำแนะนำที่ครอบคลุมมากที่สุด จากการพิจารณาโครงสร้างพบว่า การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยจะทำโดยทีมพยาบาลที่มีหน้าที่ให้คำแนะนำโดยเฉพาะ แต่ในจังหวัดสุรินทร์การแนะนำการใช้ยาพ่นรวมทั้งคำแนะนำอื่นๆทำโดยแพทย์ผู้ตรวจรักษาในคลินิกโรคหืด จะเห็นว่าผู้ป่วยของจังหวัดสุรินทร์ได้รับการแนะนำการใช้ยาพ่นร้อยละ 100 แต่เนื่องจากภารกิจของแพทย์ที่มีมากเพราะต้องทำหน้าที่ตรวจรักษาเป็นหลักทำให้การให้คำแนะนำในด้านต่างๆน้อยลงไป เกษัชกรจึงควรมีบทบาทในการให้คำแนะนำสาธิตการใช้ยาพ่นแก่ผู้ป่วยเนื่องจากการใช้ยาพ่นเป็นการใช้ยาที่มีความซับซ้อน มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะลืมเมื่อเวลาผ่านไป ดังนั้นเกษัชกรควรแนะนำและทบทวนทดสอบการใช้ยาพ่นทุกครั้ง que ผู้ป่วยกลับมารับยาที่โรงพยาบาล

สำหรับการตรวจวัดสมรรถภาพปอดจะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในจังหวัดที่มีคลินิกโรคหืดและในจังหวัดที่ไม่มี พบว่าผู้ป่วยในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ได้รับการตรวจสมรรถภาพปอดเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นซึ่งการตรวจสมรรถภาพปอดเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาโรคหืดแต่การใช้ Peak flow meter ในประเทศไทยยังมีจำกัดซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องแก้ไขปัญหาดต่อไป เกี่ยวกับปัญหาการมาตรวจตามนัด พบว่ายังมีจำนวนผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดน้อยมากคือร้อยละ 26-ร้อยละ 40 ดังนั้นควรมีการย้าให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญเรื่องการนัดหมายซึ่งมีความสำคัญต่อการรักษาที่ต่อเนื่อง พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ขาดการรักษาเนื่องจากไปรักษาแบบอื่น ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่าโรคหืดไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ทำให้ผู้ป่วยพยายามหาทางรักษาในแบบอื่นๆ เช่นมีผู้ป่วย 13 % เปลี่ยนไปใช้ยาสมุนไพรและ 10% ใช้ยาลูกกลอน ในขณะที่ 2.7% ของผู้ป่วยใช้การรักษาแบบอื่นๆ เช่น การใช้ยากลางบ้าน พบว่ามีผู้ป่วยจากจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 3 รายรักษาโดยการผ่าลำคอด้านข้าง ซึ่งน่าจะเป็นการรักษาแบบลอลกลวงมากกว่า สำหรับการซื้อยาใช้เองจากร้านขายยาพบในผู้ป่วย 3.8% จากการสอบถามผู้ป่วยที่ซื้อยาจากร้านขายยาพบว่าผู้ป่วยที่ต้องการความสะดวกรวดเร็ว ยาที่ซื้อจากร้านขายยาจะเป็นยาพ่นขยายหลอดลมและยาขับเสมหะ

ขยายหลอดลมเพื่อบรรเทาอาการหอบ พบว่าผู้ป่วยที่ซื้อยาจากร้านขายยาจะไม่ได้ใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ในการรักษาและร้านขายยาที่สัมภาษณ์มักไม่ได้จำหน่ายยาสเตียรอยด์พ่นแก่ผู้ป่วยเนื่องจากแนวคิดในการรักษาโรคหืดโดยใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ยังจำกัดในเภสัชกรที่ประจำร้านขายยา ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว รวมทั้งประเด็นการพัฒนาคำแนะนำความรู้ของเภสัชกรที่ประจำร้านขายยาซึ่งในปัจจุบันคาดว่าจะระบบการศึกษาต่อเนื่องจะมีส่วนช่วยในประเด็นดังกล่าว

หากพิจารณาเครื่องมือวัดคุณภาพการดูแลที่สร้างขึ้นจะพบว่าเป็นการประเมินคุณภาพในส่วนของกระบวนการ (process of care) ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้มากที่สุดในการวัดคุณภาพการดูแลในปัจจุบัน เนื่องจากการวัดกระบวนการเป็นสิ่งที่มีความชัดเจน น่าเชื่อถือ สามารถแปลผลได้ง่ายและกระบวนการจะเชื่อมโยงโดยตรงกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ในการวิจัยนี้การวัดผลลัพธ์จะมุ่งเน้นที่การวัดผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ของความเป็นมนุษย์ (humanistic outcome) สำหรับผลการรักษาทางคลินิกในการศึกษานี้จะใช้ การวัด PEF (Peak Expiratory Flow) และ %PEF ที่เทียบกับค่ามาตรฐาน การเข้ารับการรักษาในหออกรักษา และ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนผลลัพธ์ของความเป็นมนุษย์ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (Generic questionnaire) คือ Short-Form 36- Items Health Survey

เมื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่าค่าเฉลี่ย PEF ของผู้ป่วยในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีค่าต่ำกว่าจังหวัดสุรินทร์และพิษณุโลกอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออกรักษา และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 3 จังหวัดพบว่าจังหวัดพิษณุโลกมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออกรักษา และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าจังหวัดประจวบคีรีขันธ์และจังหวัดสุรินทร์ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการนำข้อมูลของผลลัพธ์มาเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดคือความแตกต่างกันของลักษณะประชากรในแต่ละจังหวัด (case-mix) ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันมาก ดังนั้นการใช้ผลลัพธ์มาเปรียบเทียบกันจะต้องคำนึงในประเด็นนี้ด้วย

สำหรับการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่างๆรวมทั้งโรคหืดจะยังไม่เป็นที่แพร่หลายนักในประเทศไทย แต่ในระยะหลังการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มขึ้นอย่างมากในต่างประเทศโดยพิจารณาจากหลักฐานทางวิชาการที่เพิ่มขึ้น โดยพบหลักฐานจากการศึกษาต่างๆว่าการวัดผลลัพธ์ของการรักษาทางคลินิกจะบ่งบอกถึงความสามารถของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันและความรู้สึกของผู้ป่วยได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น จึงไม่สามารถบ่งบอกผลสำเร็จของการรักษาได้อย่างเพียงพอ การวัดคุณภาพชีวิตจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการบอกผลการรักษาที่แท้จริง อนึ่งสาเหตุที่การศึกษานี้เลือกใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต the Medical Outcomes Study Short Form 36-items Health Survey (SF-36) เนื่องจากมีการแปลและทดสอบคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงในประเทศไทยแล้ว ตลอดจนมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย นอกจากนั้นยังมีข้อมูลจากการวิจัยสนับสนุนโดย Oga et al. (2003) ทำการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบความไวของแบบวัดคุณภาพชีวิต

แบบทั่วไปโดยเปรียบเทียบ Short-Form 36- Items Health Survey(SF-36), The Nottingham Health Profile(NHP)และ the EQ5D(EuroQOL) ในผู้ป่วยโรคหืด พบว่า SF-36 เป็นเครื่องมือที่มีความไวมากกว่า NHP และ EuroQOL ดังนั้นการเลือกใช้ SF-36 ซึ่งเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปในการวิจัยนี้มีความเหมาะสมแล้ว อีกประการหนึ่งในการวิจัยนี้ได้ตรวจสอบเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตโดยวัดค่าความเที่ยง(reliability) ซึ่งแสดงถึงการที่สามารถใช้เครื่องมือที่วัดซ้ำได้ หากเป็นการวัดสิ่งเดียวกันแล้วจะได้ค่าเดียวกัน แม้ว่าจะวัดในเวลา สถานที่ หรือผู้วัดแตกต่างกันก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้วัดค่าความเที่ยงโดยการวัดค่าความเที่ยงภายใน ซึ่งแสดงโดยค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha (ตารางที่ 9)ซึ่งแสดงว่าข้อคำถามในแบบสอบถามที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติ เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการวัด และใช้ในการวัดสิ่งเดียวกัน หากค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha มากกว่า 0.7 จะยอมรับว่าแบบสอบถามนั้นมีความเที่ยงภายใน(ในบางตำรายอมรับที่ 0.5) จากตารางที่ 31 พบว่าทุกมิติมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha สูงกว่า 0.7 แสดงถึงความเที่ยงภายในที่เป็นที่ยอมรับได้จากค่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในภาพรวมของ 3 จังหวัด พบว่าค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดในการวิจัยนี้จะต่ำกว่าผู้ป่วยปกติเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของวัชร เลอมาณกุลและคณะ(2543) และเมื่อเทียบกับการศึกษาของ Bousquet et al.(1994) ซึ่งทำการศึกษาโดยใช้ แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36 ในผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 252 คนพบว่าค่าคะแนนคุณภาพชีวิตมีค่าสูงกว่าคนไทยในทุกมิติ ยกเว้นมิติ Mental health (PF= 80 ± 20 , RP= 66 ± 40 , BP= 74 ± 28 , GH= 57 ± 23 , VT= 59 ± 20 , SF= 84 ± 22 , RE= 70 ± 40 , MH= 66 ± 19) การที่ค่า sample size ในการศึกษานี้น้อยอาจส่งผลให้ค่าที่วัดได้แตกต่างกัน Fitzpatrick et al.(1992)ได้อธิบายถึงสาเหตุที่เครื่องมือไม่วัดต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับคุณภาพชีวิตที่ทำการวัดไว้ดังนี้ ประการแรกคือเครื่องมือที่ใช้วัดวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปส่วนใหญ่จะวัดในมิติที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของโรคบางโรคหรือกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา ประการที่สองคือเครื่องมือที่ใช้ อาจมีความไวต่อการวัดในมิติที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลง ประการที่สามมาจาก ceiling หรือ floor effects เช่น ผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำมากเกินกว่าเครื่องมือจะสามารถวัดได้ก็จะไม่สามารถพบการเปลี่ยนแปลงได้ ประการสุดท้าย เครื่องมือบางชนิดจะหยابเกินกว่าที่จะวัดการเปลี่ยนแปลงที่เล็กน้อยแต่มีความสำคัญได้

เมื่อศึกษาผู้ป่วยโดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย (subgroup analysis)โดยแบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ เมื่อทำการวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ (multivariate analysis)พบว่าเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหืด อายุ เพศ การเป็นโรคอื่นร่วมด้วยและ ระยะเวลาในการเป็นโรค พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์มีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติ Physical Functioning และ Role Physical มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินกิจกรรมต่างๆทางร่างกายรวมทั้งกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคหืดกลุ่มอื่น

และมีปัญหากับการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอันเนื่องมาจากสุขภาพทางกายในระหว่างหนึ่งเดือนที่แล่นน้อยกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยา ICS 50% และ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ 57% ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคหืดที่กำหนดให้ยาพ่นสเตียรอยด์เป็นยาหลักของการรักษาโรคหืดชนิดเรื้อรังในผู้ป่วยที่มีอาการระดับรุนแรงปานกลางถึงระดับรุนแรงมาก สรุปได้ว่าการได้รับยาพ่นสเตียรอยด์สามารถเพิ่มผลลัพธ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วย ลดโอกาสเสี่ยงการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ สำหรับประเด็นอื่นๆที่น่าสนใจในการศึกษานี้คือ จากผลการศึกษามีปัจจัยข้อกับผู้ป่วยที่ควรคำนึงถึงหลายประการเช่นผู้ป่วย 10 % ยังคงสูบบุหรี่(แสดงในตารางที่ 35) ซึ่งการสูบบุหรี่จะทำให้ความรุนแรงของโรคหืดเพิ่มขึ้นและการตอบสนองต่อการใช้อาการลดลงดังนั้นการรณรงค์การหยุดสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ควรทำในกลุ่มผู้ป่วยโรคหืด นอกจากนั้นการให้ยากลุ่มอื่นๆเช่น Aspirin, NSAIDs, Bete-blockers (แสดงในตารางที่ 3)ยังพบได้ 1-13%ของผู้ป่วย เกสชกรควรมึบทบาทให้คำแนะนำกับผู้ป่วยหรือแจ้งให้แพทย์ทราบเนื่องจากยาดังกล่าวจะมีผลกับอาการหอบของผู้ป่วยได้

ปัญหาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดหลายปัญหาอันเกี่ยวเนื่องกับตัวผู้ป่วยสามารถแก้ไขได้โดยการให้ความรู้หรือการแนะนำซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและทำให้การรักษาประสบความสำเร็จในที่สุด

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ทำให้ได้เครื่องมือวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งสามารถนำไปใช้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดของประเทศไทยซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นในการที่จะทำให้เกิดการรักษาโรคหืดประสบความสำเร็จต่อไปในอนาคต การนำเครื่องมือดังกล่าวไปเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งที่ 3 ทำให้ทราบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดแบบนาร่องใน 3 จังหวัดได้แก่ ประจวบคีรีขันธ์ สุรินทร์และพิษณุโลก ซึ่งยังไม่ครอบคลุมทุกภาคของประเทศไทยเนื่องจากยังขาดจังหวัดในภาคใต้ ปัญหาอีกประการหนึ่งคือ อัตราการตอบกลับ(response rate) ในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 ค่อนข้างน้อย สาเหตุดังกล่าวอาจเนื่องจากความยาวของแบบสอบถามทำให้การเก็บข้อมูลทำได้ยากและใช้เวลานานเนื่องจากต้องมีการทดสอบเทคนิคการให้ยาพ่นร่วมด้วย สำหรับการตอบคำถามแบบ likert scale ซึ่งยังไม่เป็นที่คุ้นเคยนักสำหรับคนไทย ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยการสุ่มตัวอย่างทำได้ไม่ครบถ้วนเนื่องจากผู้สัมภาษณ์เป็นเภสัชกรที่ต้องปฏิบัติงานสลับกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยไปพร้อมกัน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นปัญหาของการรักษาโรคหืดที่ยังมีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยยังได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ซึ่งเป็นยาหลักในการรักษาในอัตราที่ต่ำ เพื่อพิจารณาสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับพบว่าในสถานอนามัยไม่มียาพ่นสเตียรอยด์เนื่องจากเป็นยาราคาแพง สำหรับในโรงพยาบาลซึ่งมียาดังกล่าวพบว่ายังมีการเลือกสั่งจ่ายให้แก่คนไข้บางกลุ่มเช่นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้าราชการด้วยเหตุผลเดียวกัน สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการขาดองค์ความรู้ของแพทย์ผู้สั่งจ่ายถึงแนวทางมาตรฐานที่ใช้ในการรักษาโรคหืด สำหรับในคลินิกเอกชนและร้านขายยายังพบการจ่ายยารักษาโรคหืดที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากมักจ่ายยาขยายหลอดลมเป็นหลัก

นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์แล้วยังมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้อย่างถูกต้อง เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในโรคและการใช้ยา ซึ่งต้องอาศัยการวางระบบของการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่ชัดเจนและปฏิบัติได้จริงในทุกระดับของสถานบริการ

ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

1. ควรเพิ่มการรณรงค์ด้านข้อมูลข่าวสารแก่ทั้งบุคลากรการแพทย์และประชาชนเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาโรคหืดที่ถูกต้อง
2. จัดให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดอย่างต่อเนื่องทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน
3. สนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคหืดและการรักษาในประเทศไทย

.....