



ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

ภัทราพร ภูลินลาย^{1*}, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช², อรอนงค์ วลีจระเลิศ², เบญจพร ศิลารักษ์²

บทคัดย่อ

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

ภัทราพร ภูลินลาย^{1*}, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช², อรอนงค์ วลีจระเลิศ², เบญจพร ศิลารักษ์²

บทนำ : โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ ในด้านรูปแบบการให้บริการ การประเมินผลและการติดตามสถานะโรค และระบบการส่งต่อ **วัสดุและวิธีการ :** การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลด้านการให้บริการ การประเมินผลและการติดตามสถานะโรค และระบบการส่งต่อ โดยการลงพื้นที่และสัมภาษณ์พยาบาลและเภสัชกรที่ดูแลผู้ป่วยโรคหืด โดยอาศัยแบบสอบถามรวมทั้งข้อมูลเอกสาร ในโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 13 แห่ง ระหว่างเดือนพฤษภาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2554 **ผลการศึกษา :** โรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดตั้งคลินิกโรคหืด มีแนวทางในการรักษา และมีการวัดสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยทุกครั้งที่มีรับบริการคลินิกโรคหืด โดยมีโรงพยาบาล 9 แห่ง ที่ประเมินการควบคุมโรคหืดจากการสอบถามผู้ป่วยตามแบบบันทึกคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (EAC) และโรงพยาบาล 4 แห่งที่ประเมินการควบคุมโรคหืดตาม GINA guideline 2008 โดยทำแบบบันทึกคลินิกโรคหืดขึ้นมาเอง และโรงพยาบาลที่มีแนวทางการติดตามการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยเพื่อนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนยา มี 11 แห่ง ส่วนการสอนการใช้ยา พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งสอนผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายและประเมินการใช้ยาจากการให้ผู้ป่วยสาธิตการพ่นยา แต่มี 10 แห่ง ที่มีแนวทางในการติดตามการพ่นยาของผู้ป่วย สำหรับระบบการติดตามผู้ป่วยและระบบส่งต่อ พบว่า มีโรงพยาบาล 10 แห่งที่มีการติดตามผู้ป่วยขาดนัด และมีเพียง 1 แห่ง ที่มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ส่วนระบบยาในโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งมียากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด แต่ยาสูดในรูปของยาผสมระหว่าง inhaled corticosteroids และ Long-acting β_2 agonist มีเพียง 11 แห่ง **สรุปผล :** โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดอย่างเป็นระบบ แต่อาจมีวิธีการที่แตกต่างกันตามบริบทและตามความเหมาะสมของแต่ละโรงพยาบาล

คำสำคัญ : โรคหืด, ระบบการดูแลผู้ป่วย, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

Process of Care for Patients with Asthma in District Hospitals, Kalasin Province

Poolinlai P^{1*}, Rattanachotphanit T², Waleekhachonloet O², Silaruks B²

Introduction : Asthma is one of chronic respiratory diseases which can lead to hospitalization or readmission and even death. The objective of this study was to explore processes of care for patients with asthma including provision of service, assessment and monitoring asthma severity and asthma control, and referral system in the district hospitals, Kalasin Province. **Material and method :** This was a descriptive study. Data collection was performed by interviewing nurses and pharmacists who worked in asthma clinic at each hospital (N=13) using a developed questionnaire. Any documentation related to asthma care was also explored. **Results :** All hospitals provided a asthma clinic and had a guideline for asthma care. Lung function

****ติดต่อผู้พิมพ์ :** โทร (66 43) 754333 โทรสาร Fax (66 43) 754360. E-mail : patta.of@hotmail.com

***Corresponding author :** Tel (66 43) 754333. Fax (66 43) 754360. E-mail : patta.of@hotmail.com

tests every follow-up visit were performed at asthma clinic in all hospitals. Nine hospitals assessed asthma control using Easy Asthma Clinic's Form. Four hospitals assessed asthma control using their hospital forms which were developed based on GINA guideline 2008. Eleven hospitals monitored patient's asthma control for step up or step down their medications. Pharmacists of all hospitals educated all new asthma patients on how to use Metered-Dose Inhaler (MDI) and assessed their inhaler technique. Ten hospitals had monitored patients' inhaler technique. Ten hospitals had monitored patients who loss follow-up. Only one hospital referred out their patients to primary care unit (PCU). Inhaled corticosteroid was available in all hospitals while combination inhaler that contains both a corticosteroid and a long-acting β_2 -agonist was found in eleven hospitals. **Conclusion** : Health care services for patients with asthma in the district hospitals in Kalasin Province tended to meet all aspects of quality of asthma care. However, there were some differences in process of care across hospitals.

Keyword : Asthma, Process of Care, District hospital

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ในปี 1989 National Asthma Education Prevention Program (NAEPP) ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ให้คำแนะนำในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเนื่องจากเป็นโรคที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและใช้ระยะเวลานานเพื่อควบคุมอาการและการดำเนินไปของโรค ซึ่งประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ดูแลเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคหืดแก่ผู้ป่วย การค้นหาและลดการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการหอบ การประเมินการรักษาและการติดตามอาการเพื่อควบคุมโรคหืด และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหอบฉุกเฉิน (Bateman *et al.*, 2008) ซึ่งจากการจัดการระบบในการดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำของ NAEPP พบว่าทำให้ผู้ป่วยได้รับยาพ่นสเตียรอยด์เพิ่มขึ้น 6.2 เท่า มีการใช้ spacer เพิ่มขึ้น 3.8 เท่า และมีการเป่า peak flow meters เพิ่มขึ้น 2.7 เท่า (Halm *et al.*, 2005) และยังพบว่าการมีระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เข้าใจในเรื่องเป้าหมายของการรักษาโรคหืด การติดตามสมรรถภาพปอด และการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 20 (Schonlau *et al.*, 2005) และการได้รับการรักษาตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดช่วยลดความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ร้อยละ 46 (Tsai *et al.*, 2009) NAEPP ได้กำหนดบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดว่า ควรมีหน้าที่ในการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ได้รับและวิธีการใช้ยาพ่น ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ทำให้ผู้ป่วยสามารถลดความรุนแรงของโรคและควบคุมอาการโรคหืดได้ดีขึ้น 2.7 เท่า ผู้ป่วย

ให้ความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันโรคหืด (controller medication) เพิ่มขึ้น 1.89 เท่า (Armour *et al.*, 2007)

สำหรับประเทศไทยได้มีการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย (Easy Asthma Clinic) ในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น โดยจัดให้มีแนวทางการรักษาโรคหืดปฏิบัติได้ง่ายขึ้น มีการจัดการระบบที่ดีที่จะทำให้แพทย์ใช้เวลาน้อยลง และเพิ่มบทบาทของพยาบาลและเภสัชกรในการร่วมดูแลผู้ป่วย (วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2548) อย่างไรก็ตามการศึกษาก่อนหน้าพบว่า มีผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหืด ร้อยละ 2.91 (Dejsomritrutai *et al.*, 2006) และร้อยละ 21 ต้องไปพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ร้อยละ 14.8 ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องมาจากการไม่ได้รับการรักษาตามที่แนวทางการรักษาได้ให้คำแนะนำไว้ โดยการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ ซึ่งเป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคมียาร้อยละ 6.7 (Boonsawat *et al.*, 2004) สาเหตุหลักของปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหืด พบว่า เกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 62.9 ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยที่สุด คือ เทคนิคการใช้ยาผิดไม่ถูกวิธี ร้อยละ 62.9 และการใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 36.2 เนื่องจากผู้ป่วยลดขนาดการใช้ยาหรือหยุดใช้ยาเองเมื่อมีอาการดีขึ้นหรือกลัวผลข้างเคียงจากการใช้ระยะยาว และผลจากการจัดการปัญหาในการใช้ยาโดยเภสัชกร พบว่า สามารถแก้ไขปัญหาคือความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ถึงร้อยละ 44.9 (สุณีและคณะ, 2551)



ในปี พ.ศ. 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เห็นความสำคัญของโครงการ Easy Asthma Clinic และสนับสนุนโครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดของหน่วยบริการ สาขาเขตพื้นที่ขอนแก่น โดยจัดตั้ง Easy Asthma Clinic ในโรงพยาบาล 98 แห่ง ผลการดำเนินงาน พบว่า มีการสั่งจ่ายพ่นสเตียรอยด์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.95 เป็นร้อยละ 71.71 และมีการจัดเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ทำให้การติดตามประเมินผลง่ายขึ้น (วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2552) หลังจากมีการจัดตั้ง Easy Asthma Clinic เป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่า มีโรงพยาบาลสนใจเข้าร่วมเครือข่ายเป็นจำนวนมาก แต่พบปัญหาว่า มีโรงพยาบาลจำนวนน้อยที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีระบบติดตามอย่างใกล้ชิด มีการโยกย้ายของแพทย์หลายโรงพยาบาล (วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2552) ในปี พ.ศ. 2554 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ได้จัดให้มีโครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด โดยส่งเสริมให้มีคลินิกโรคหืดที่มีคุณภาพทุกโรงพยาบาลและสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในจังหวัด ดังนั้น การศึกษาที่จึงสนใจศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ ในด้านรูปแบบการจัดบริการ การประเมินผล และการติดตามสภาวะโรคและระบบการส่งต่อทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการนำไปปรับปรุงระบบ เพิ่มศักยภาพและเพิ่มคุณภาพในการให้บริการต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ทำการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ รวมจำนวน 13 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง (7 แห่ง) 60 เตียง (3 แห่ง) และ 90 เตียง (3 แห่ง) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2554 โดยผู้วิจัยเข้าเยี่ยมสำรวจ ณ โรงพยาบาล และสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ได้แก่ พยาบาล และเภสัชกร รวมทั้งขอข้อมูลเอกสารหรือการบันทึกข้อมูลของโรงพยาบาล เช่น ระบบคอมพิวเตอร์, เวชระเบียน, แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดอย่างง่ายหรือแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล และสมุดบันทึกการให้ความรู้หรือสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคหืดของโรงพยาบาล โดยมีประเด็นในการสัมภาษณ์ แสดงในตารางที่ 1 การสัมภาษณ์อาศัยแบบสอบถามซึ่งทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำไปสอบถามบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ พยาบาล และเภสัชกร ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 2 แห่ง เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหา มีความเข้าใจง่ายและชัดเจนตามความมุ่งหมายของการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูลเพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนและเป็นความจริง

ตารางที่ 1 ประเด็นการสัมภาษณ์พยาบาลและเภสัชกรที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด

ประเด็นสัมภาษณ์	พยาบาล	เภสัชกร
การจัดตั้งคลินิกโรคหืดและการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสหวิชาชีพ	✓	✓
ตัวแปรที่ศึกษา: ระยะเวลาที่มีการจัดตั้งคลินิกโรคหืด, จำนวนผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาล ปี 2553, สถานที่ให้บริการ, จำนวนวันที่เปิดบริการคลินิกโรคหืดต่อเดือน, บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลในคลินิกโรคหืด, ประเภทแพทย์, การตรวจรักษา, ระยะเวลาในการดูแลคลินิกโรคหืดของแพทย์		
พยาบาล และเภสัชกร, จำนวนพยาบาลที่ร่วมดูแลในคลินิก		
การมีแนวทางในการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคหืด	✓	-
ตัวแปรที่ศึกษา: แนวทางที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหืดของโรงพยาบาล		
การประเมินสภาวะการควบคุมโรคหืด	✓	-
ตัวแปรที่ศึกษา: เครื่องมือและความถี่ในการวัดสมรรถภาพปอด, เครื่องมือและความถี่ในการประเมินการควบคุมโรคหืด, การติดตามสภาวะการควบคุมโรคหืด		
การสอนและการประเมินการใช้ยาพ่น	-	✓
ตัวแปรที่ศึกษา: การสอนการใช้ยาพ่น, สื่อที่ใช้ในการสอนพ่นยา, การประเมินการใช้ยาพ่น, เครื่องมือที่ใช้ร่วมในการประเมินการใช้ยาพ่น, การติดตามการใช้ยาพ่นของผู้ป่วย		
ระบบการติดตามผู้ป่วยและระบบส่งต่อ	✓	-
ตัวแปรที่ศึกษา: ระบบติดตามผู้ป่วย, วิธีการติดตามผู้ป่วย, เกณฑ์ที่ใช้ติดตามผู้ป่วย, การเยี่ยมบ้าน		
เกณฑ์ที่ใช้แนวทางในการติดตามด้วยวิธีเยี่ยมบ้านโดยทีมโรงพยาบาล, ระบบส่งต่อ		
ระบบยาในโรงพยาบาล	-	✓
ตัวแปรที่ศึกษา: รายการยารักษาโรคหืดที่มีในโรงพยาบาล		



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบเชิงพรรณนา โดยใช้สถิติร้อยละสำหรับตัวแปรชนิดไม่ต่อเนื่อง และใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับตัวแปรชนิดต่อเนื่อง

ผลการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษา พบว่าทุกโรงพยาบาลมีการจัดตั้งคลินิกโรคหืด ระยะเวลาเฉลี่ยของการจัดตั้งคลินิก 4.38 ปี มีจำนวนผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกเฉลี่ย 287 ราย โดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีระยะเวลาของจัดตั้งคลินิกที่นานกว่า และมีจำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่สูงกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก มีโรงพยาบาล 3 แห่ง จัดบริการคลินิกแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One stop service) มี 8 แห่งที่จัดบริการคลินิกแยกเป็นสัดส่วนแต่ผู้ป่วยต้องมารักษาที่ห้องจ่ายยา และที่เหลืออีก 2 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีการจัดบริการในคลินิกทั่วไป เปิดบริการคลินิกโรคหืดโดยเฉลี่ย 3 วัน ต่อเดือน โดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะเปิดให้บริการคลินิกโรคหืดทุกสัปดาห์ ทุกโรงพยาบาลมีการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ มีโรงพยาบาล 8 แห่ง ที่จัดให้มีแพทย์ประจำคลินิก ส่วนที่เหลือ 5 แห่ง จัดให้มีระบบหมุนเวียนแพทย์มาตรวจรักษาเนื่องจากปัญหาแพทย์ไม่เพียงพอ ระยะเวลาทำงานดูแลในคลินิกโรคหืดเฉลี่ย 1.76 ปี จำนวนพยาบาลที่

ร่วมกันดูแลผู้ป่วยโรคหืดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4 คน ระยะเวลาทำงานดูแลในคลินิกโรคหืดเฉลี่ย 2 ปี ทุกโรงพยาบาลจัดให้มีพยาบาลแผนกผู้ป่วยในเข้าร่วมคลินิกโรคหืดเพื่อดูแลและติดตามการรักษาของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล และเกือบทุกโรงพยาบาลมีพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและพยาบาลแผนกฉุกเฉินร่วมทำงานในคลินิกโดยทำหน้าที่ดูแลและติดตามการรักษาของผู้ป่วยที่มาพินยาห้องฉุกเฉิน ทุกโรงพยาบาลมีเภสัชกรร่วมให้คำแนะนำด้านการใช้ยาเทคนิคพิเศษ โดยมีระยะเวลาทำงานดูแลในคลินิกโรคหืดเฉลี่ย 2.54 ปี และบุคลากรอื่นๆ ได้แก่ โภชนาการทำหน้าที่ให้ความรู้เรื่องอาหาร และทันตแพทย์ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพฟัน นอกจากนี้ พบว่ามีโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง จำนวน 1 แห่ง ที่จัดให้มีการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด เช่น การพินยาระหว่างนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล สามารถประเมินผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือระหว่างนำส่งโรงพยาบาล

สำหรับแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคหืด พบว่าทุกโรงพยาบาลมีแนวทางในการรักษาโรคหืด โดยโรงพยาบาล 10 แห่ง มีการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลขึ้นเองโดยอ้างอิงจาก GINA Guideline 2008 และแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขการดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ. 2551 ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคหืด

ข้อมูลทั่วไป	30 เตียง N=7	60 เตียง N=3	90 เตียง N=3	รวม N=13
ระยะเวลาการจัดตั้งคลินิกเฉลี่ย (ปี, Mean±SD)	4.00±1.73	3.00±0.00	6.67±0.58	4.38±1.85
· ≤ 3 ปี	5 (71.43%)	3 (100.00%)	0 (0.00%)	8 (61.54%)
· > 3 - 6 ปี	1 (14.28%)	0 (0.00%)	1 (33.33%)	2 (15.38%)
· ≥ 6 ปี	1 (14.28%)	0 (0.00%)	2 (66.67%)	3 (23.08%)
จำนวนผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดเฉลี่ย (ราย, Mean±SD)	134.86±48.25	196.33±91.66	733.33±230.94	287.15±277.16
· ≤ 100 ราย	2 (28.56%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (15.38%)
· > 100 - 200 ราย	5 (71.43%)	2 (66.67%)	0 (0.00%)	7 (53.85%)
· > 200 - 300 ราย	0 (0.00%)	1 (33.33%)	0 (0.00%)	1 (7.69%)
· > 300 - 600 ราย	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (66.67%)	2 (15.38%)
· > 600 ราย	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (33.33%)	1 (7.69%)
การจัดให้มีสถานที่ให้บริการโดยเฉพาะ	5 (71.43%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	11 (84.62%)
· การให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One stop service)	1 (20.00%)	0 (0.00%)	2 (66.67%)	3 (23.08%)
· สถานที่แยกเฉพาะแต่รับยาที่ห้องยา OPD	4 (80.00%)	3 (100.00%)	1 (33.33%)	8 (72.72%)
จำนวนวันเฉลี่ยที่เปิดบริการคลินิกโรคหืดต่อเดือน (วัน, Mean±SD)	2.86±1.46	2.33±1.53	4.00±0.00	3.00±1.35
· 1 วัน/เดือน	2 (28.56%)	1 (33.33%)	0 (0.00%)	3 (23.08%)
· 2 วัน/เดือน	1 (14.28%)	1 (33.33%)	0 (0.00%)	2 (15.38%)
· 4 วัน/เดือน	4 (57.14%)	1 (33.33%)	3 (100.00%)	8 (61.54%)



บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลในคลินิกโรคหืด				
1. การมีแพทย์ที่ดูแลในคลินิกโรคหืด	7 (100.00%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	13 (100.00%)
ประเภทแพทย์				
· แพทย์ทั่วไป	7 (100.00%)	2 (66.67%)	3 (100.00%)	12 (92.31%)
· อายุรแพทย์	0 (0.00%)	1 (33.33%)	0 (0.00%)	1 (7.69%)
ระยะเวลาในการดูแลคลินิกโรคหืด (ปี, Mean±SD)	1.57±0.77	2.33±1.15	1.66±0.57	1.76±0.83
การปฏิบัติงานของแพทย์ที่คลินิกโรคหืด				
· ตรวจรักษาโดยแพทย์ประจำคลินิก	5 (71.43%)	2 (66.67%)	1 (33.33%)	8 (61.54%)
· หมุนเวียนแพทย์มาตรวจรักษา	2 (28.56%)	1 (33.33%)	2 (66.67%)	5 (38.46%)
2. การมีพยาบาลที่ดูแลในคลินิกโรคหืด	7 (100.00%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	13 (100.00%)
- จำนวนพยาบาลที่ดูแลในคลินิก (คน, Mean±SD)	3.71±0.76	3.00±1.00	5.33±0.58	3.92±1.12
· พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก	6 (85.71%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	12 (92.31%)
· พยาบาลประจำแผนกฉุกเฉิน	6 (85.71%)	2 (66.67%)	3 (100.00%)	11 (84.62%)
· พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยใน	7 (100.00%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	13 (100.00%)
- ระยะเวลาในการดูแลคลินิก (ปี, Mean±SD)	2.14±0.69	2.33±0.58	1.33±1.16	2.00±0.82
3. การมีเภสัชกรที่ดูแลในคลินิกโรคหืด	7 (100.00%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	13 (100.00%)
- ระยะเวลาในการดูแลคลินิก (ปี, Mean±SD)	2.14±1.21	3.00±0.00	3.00±4.36	2.54±2.03
4. นักกายภาพบำบัด	6 (85.71%)	2 (66.67%)	3 (100.00%)	11 (84.62%)
5. โภชนากร	1 (14.28%)	1 (33.33%)	0 (0.00%)	2 (15.38%)
6. ทันตแพทย์	0 (0.00%)	1 (33.33%)	1 (33.33%)	2 (15.38%)
7. การแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (33.33%)	1 (7.69%)
แนวทางที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหืด				
· GINA guideline 2008	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (33.33%)	1 (7.69%)
· แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขการดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ. 2551	1 (14.28%)	0 (0.00%)	1 (33.33%)	2 (15.38%)
· CPG ของโรงพยาบาล	6 (85.68%)	3 (100.00%)	1 (33.33%)	10 (76.92%)

CPG = clinical practice guideline

ด้านการประเมินสถานะการควบคุมโรคหืด (ตารางที่ 3) พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งจัดให้มีการตรวจสอบสมรรถภาพปอดโดยใช้ Peak flow meter และมีโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง 1 แห่ง ที่ใช้ Spirometry ในการช่วยวินิจฉัยแยกโรกระหว่างโรคหืดกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีการวัดสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยทุกครั้งที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคหืดในทุกโรงพยาบาล แล้วนำผลที่ได้จากการวัดสมรรถภาพปอดมาใช้ร่วมกับการซักถามผู้ป่วยเพื่อนำมาประเมินการควบคุมโรคหืด โดยมีโรงพยาบาล 9 แห่ง (ร้อยละ 69.23) จะสอบถามผู้ป่วยตามแบบบันทึกคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (EAC) และโรงพยาบาลอีก 4 แห่ง ได้จัดทำแบบบันทึกคลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลขึ้นเองโดยประเมินตาม GINA guideline 2008 สำหรับความถี่ในการประเมินการ

ควบคุมโรคหืด พบว่า มีโรงพยาบาล 10 แห่ง (ร้อยละ 76.92) ที่แพทย์หรือพยาบาลจะประเมินการควบคุมโรคหืดทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลที่เหลืออีก 3 แห่ง ทำการประเมินการควบคุมโรคหืดเมื่อมีการลงข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (EAC) ซึ่งโปรแกรมจะช่วยวิเคราะห์ผลการประเมินการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยแต่ละราย และผลการประเมินจะถูกนำมาใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงสถานะการควบคุมโรคหืดเพื่อนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนยาของผู้ป่วยต่อไป มีโรงพยาบาล 11 แห่ง ที่ติดตามการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยเพื่อนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนยา ส่วนที่เหลืออีก 2 แห่ง นำข้อมูลที่ได้มาใช้สรุปผลงานประจำปี



ตารางที่ 3 การประเมินสภาวะการควบคุมโรคหืด

ข้อมูลคลินิกโรคหืด	30 เดือน N=7	60 เดือน N=3	90 เดือน N=3	รวม N=13
เครื่องมือที่ใช้ในการวัดสมรรถภาพปอด				
Peak flow meter	7 (100.00%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	13 (100.00%)
Spirometry	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (33.33%)	1 (7.69%)
ความถี่ในการวัดสมรรถภาพปอด				
· วัดสมรรถภาพปอดทุกครั้งที่มาในคลินิกโรคหืด	7 (100.00%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	13 (100.00%)
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการควบคุมโรคหืด				
· แบบบันทึกคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (EAC)	5 (71.43%)	3 (100.00%)	1 (33.33%)	9 (69.23%)
· GINA guideline 2008	2 (28.57%)	0 (0.00%)	2 (66.67%)	4 (30.76%)
ความถี่ของการประเมินการควบคุมโรคหืด				
· แพทย์/พยาบาลประเมินทุกครั้งที่มาในคลินิกโรคหืด	4 (57.14%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	10 (76.92%)
· ประเมินผลหลังลงข้อมูลผู้ป่วยด้วยโปรแกรมคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (EAC)	3 (42.86%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	3 (23.07%)
การติดตามสภาวะการควบคุมโรคหืด	5 (71.43%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	11 (84.62%)

ด้านการสอนและการประเมินการใช้ยาพ่น (ตารางที่ 4) พบว่า ทุกโรงพยาบาลจัดให้มีการสอนการใช้ยาพ่นสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย และประเมินการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยสาธิตวิธีการพ่นยา โดยโรงพยาบาล 6 แห่ง ให้ผู้ป่วยสาธิตวิธีการพ่นยาพร้อมกับการประเมินตามแบบประเมินการใช้ยาพ่นที่โรงพยาบาลได้จัดทำขึ้นมาเอง โดย 5 แห่ง ได้จัดทำแบบฟอร์มประเมินพ่นยาเฉพาะราย และ 1 แห่ง จัดทำแบบตารางประเมินพ่นยาประทับตราในเวชระเบียน มีโรงพยาบาล 10 แห่ง ที่มีแนวทางในการติดตามการพ่นยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่ ที่เหลืออีก 3 แห่ง ใช้วิธีสุ่มหรือประเมินเบื้องต้นขณะจ่ายยา หากพบปัญหาใน

การใช้ยาจะสอนซ้ำเฉพาะราย แต่ไม่มีการติดตามผล และวิธีการติดตามการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน ได้แก่ การบันทึกผลการประเมินพ่นยาของผู้ป่วยในสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคหืด (4 แห่ง), เวชระเบียน (5 แห่ง) และแบบบันทึกการให้คำแนะนำปรึกษาพยาบาลของฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน (1 แห่ง) โดยจะติดตามการพ่นยาของผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถพ่นยาได้อย่างถูกต้องติดต่อกัน 3 ครั้ง และจะตรวจสอบการพ่นยาซ้ำอีกครั้ง (recheck) เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสามารถพ่นยาได้อย่างถูกต้อง หลังจากมาพบแพทย์ตามนัดครบ 3 ครั้ง

ตารางที่ 4 การสอนและการประเมินการใช้ยาพ่น

ข้อมูลคลินิกโรคหืด	30 เดือน N=7	60 เดือน N=3	90 เดือน N=3	รวม N=13
การสอนการใช้ยาพ่นสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย				
· สื่อที่ใช้ในการสอนพ่นยา	7 (100.00%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	13 (100.00%)
· แผ่นพับ	3 (42.86%)	2 (66.67%)	0 (0.00%)	5 (38.46%)
· วีดิทัศน์	1 (14.28%)	0 (0.00)	1 (33.33%)	2 (15.38%)
· Metered dose inhaler ชนิดยาหลอก	6 (85.71%)	3 (100.00%)	2 (66.67%)	11 (84.62%)
· ใบเอกสารกำกับยา	2 (28.56%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (15.38%)
การประเมินการใช้ยาพ่นโดยให้ผู้ป่วยสาธิตวิธีใช้ยา	7 (100.00%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	13 (100.00%)



เครื่องมือที่ใช้ร่วมในการประเมินการใช้จ่าย	3 (42.86%)	1 (33.33%)	2 (66.67%)	6 (46.15%)
▪ แบบฟอร์มประเมินพยานเฉพาะราย	3 (100.00%)	1 (100.00%)	1 (50.00%)	5 (83.33%)
▪ บัตรรายการประเมินพยาน	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (50.00%)	1 (16.67%)
การติดตามการใช้จ่ายของผู้ป่วย	4 (57.14%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	10 (76.92%)
▪ สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคหืด	0 (0.00%)	2 (66.67%)	2 (66.67%)	4 (40.00%)
▪ เวชระเบียน	4 (100.00%)	0 (0.00%)	1 (33.33%)	5 (50.00%)
▪ แบบบันทึกการให้คำแนะนำปรึกษารายบุคคล	0 (0.00%)	1 (33.33%)	0 (0.00%)	1 (10.00%)

ด้านระบบการติดตามผู้ป่วยและระบบส่งต่อ (ตารางที่ 5) พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งมีปัญหาผู้ป่วยขาดนัดโดยมีโรงพยาบาล 10 แห่ง ที่มีระบบติดตามผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยขาดนัด ซึ่งส่วนใหญ่จะติดตามกรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัด หรือขาดนัดมากกว่า 2 ครั้งหรือนานเกิน 6 เดือนขึ้นไป โดยใช้วิธีการที่แตกต่างกัน ได้แก่ ไปรษณียบัตร โทรศัพท์ หรือส่งทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลออกตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย มีโรงพยาบาลขนาดเล็ก 1 แห่ง ที่มีระบบการติดตามผู้ป่วยให้มาตรงตามนัดโดยการโทรศัพท์หรือส่งไปรษณียบัตรเตือนผู้ป่วยให้มาตามนัด สำหรับการเยี่ยมบ้าน พบว่า มีโรงพยาบาล 11 แห่ง ที่มีการออกเยี่ยมบ้าน โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการติดตามเยี่ยมบ้านมากที่สุด คือ ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล รองลงมาคือ ผู้ป่วยขาดนัดเป็นเวลานาน, ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคหรือดูแลตัวเองไม่ได้

และพบว่า เกณฑ์ที่ใช้ในการติดตามเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทุกแห่ง คือ ผู้ป่วยขาดนัดเป็นเวลานาน และผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล

สำหรับระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พบว่า มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 1 แห่ง ที่จัดให้มีคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (EAC) ที่ รพ.สต. แต่สามารถทำได้เพียง 1 รพ.สต. เท่านั้น มีโรงพยาบาล 6 แห่ง ที่มีการประสานงานการดูแลผู้ป่วยโรคหืดกับ รพ.สต. ได้แก่ การมีระบบการเยี่ยมบ้านร่วมกับ รพ.สต. (4 แห่ง) การนัดให้ผู้ป่วยไปพินยาต่อเนื่องจากที่ รพ.สต. (3 แห่ง) และการประสานงานกับ รพ.สต. ให้ช่วยในการค้นหา คัดกรองผู้ป่วยโรคหืด และสรุปยอดจำนวนผู้ป่วยในความรับผิดชอบของแต่ละ รพ.สต. ให้กับโรงพยาบาล (1 แห่ง)

ตารางที่ 5 ระบบการติดตามผู้ป่วยและระบบส่งต่อ

	30 เดียง N=7	60 เดียง N=3	90 เดียง N=3	รวม N=13
ข้อมูลคลินิกโรคหืด				
1. ระบบติดตามผู้ป่วย				
เกณฑ์ที่ใช้ติดตามผู้ป่วย				
ก่อนมาโรงพยาบาลตามแพทย์นัด	1 (14.28%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (7.69%)
การติดตามผู้ป่วยขาดนัด	5 (71.43%)	3 (100.00%)	2 (66.67%)	10 (76.92%)
▪ ขาดนัด 1 ครั้ง	2 (40.00%)	1 (33.33%)	0 (0.00%)	3 (30.00%)
▪ ขาดนัด > 2 ครั้ง หรือ > 6 เดือน	2 (40.00%)	1 (33.33%)	2 (100.00%)	5 (50.00%)
▪ ขาดนัด > 4 ครั้ง หรือ > 1 ปี	1 (10.00%)	1 (33.33%)	0 (0.00%)	2 (20.00%)
วิธีการติดตามผู้ป่วยขาดนัด				
· โทรศัพท์	3 (42.86%)	1 (33.33%)	1 (33.33%)	5 (38.46%)
· ไปรษณียบัตร	3 (42.86%)	2 (66.67%)	1 (33.33%)	6 (46.15%)
· ทีมเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วยขาดนัด	3 (42.86%)	0 (0.00%)	2 (66.67%)	5 (38.46%)
2. การเยี่ยมบ้าน				
มีการเยี่ยมบ้าน	5 (71.43%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	11 (84.62%)



เกณฑ์ที่ใช้แนวทางในการติดตามด้วยวิธีเยี่ยมบ้านโดยทีมโรงพยาบาล

▪ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคหรือดูแลตัวเองไม่ได้	3 (60.00%)	1 (33.33%)	1 (33.33%)	5 (45.45%)
▪ ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล	4 (80.00%)	3 (100.00%)	2 (66.67%)	9 (81.82%)
▪ ผู้ป่วยขาดนัดเป็นเวลานาน	2 (40.00%)	0 (0.00%)	3 (100.00%)	5 (45.45%)
▪ ผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล	0 (0.00%)	1 (33.33%)	3 (100.00%)	4 (36.36%)
▪ ผู้ป่วยที่มาพบยาห้องฉุกเฉิน	1 (20.00%)	1 (33.33%)	2 (66.67%)	4 (36.36%)
▪ ผู้ป่วยรายใหม่	1 (20.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (9.09%)

3. ระบบส่งต่อ

มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่ รพสต.	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (33.33%)	1 (7.69%)
การประสานงานการดูแลผู้ป่วยโรคหืดกับ รพสต.	2 (28.56%)	1 (33.33%)	3 (100.00%)	6 (46.15%)
▪ นัดพินยาต่อเนื่องที่ รพสต.	1 (50.00%)	1 (100.00%)	1 (33.33%)	3 (50.00%)
▪ ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับ รพสต.	1 (50.00%)	0 (0.00%)	3 (100.00%)	4 (66.67%)
▪ รพสต. ช่วยค้นหาและคัดกรองผู้ป่วย	0 (0.00%)	1 (100.00%)	0 (0.00%)	1 (16.67%)

ส่วนระบบยา พบว่า กลุ่มยาที่ใช้ในการควบคุมโรค (Controller) และยาในกลุ่มบรรเทาอาการ (Reliever) มีในรายการยาสำหรับรักษาโรคหืดที่มีในโรงพยาบาลทุกแห่ง (ตารางที่ 6) โดยยาที่ใช้ในการควบคุมโรค (Controller) ได้แก่ ยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ทั้งชนิดสูด รับประทาน และชนิดฉีด ส่วนยาสูดในรูปของยาผสมระหว่าง inhale corticosteroid (ICS) และ long-acting β 2-agonist (LABA) มีในโรงพยาบาล 11 แห่ง ซึ่งโรงพยาบาลที่ไม่มียาในกลุ่มนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลขนาด 60 เตียง และ 30 เตียง อย่างละ 1 แห่ง แต่โรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีการบริหารจัดการยาเพื่อแก้ปัญหาในกลุ่มนี้ โดยสั่งซื้อยาเฉพาะราย กรณีผู้ป่วยถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลจังหวัดและกลับมารับยาต่อเนื่อง นอกจากนี้ พบว่า มี

โรงพยาบาลขนาดใหญ่เพียง 1 แห่ง ที่มียาในกลุ่มนี้ทั้งชนิดยาผสมระหว่าง Salmeterol กับ Fluticasone ทุกขนาด และยาผสมระหว่าง Formeterol กับ Budesonide และมียาในกลุ่มชนิดออกฤทธิ์ยาว (Long-acting) ร่วมกับ ส่วนยาในกลุ่มบรรเทาอาการ (Reliever) พบว่า ยาในกลุ่ม β 2-agonist ชนิดออกฤทธิ์สั้น (short-acting β 2-agonist) และกลุ่ม Anticholinergic ในรูปของยาผสมกับ β 2-agonist มีในโรงพยาบาลทุกแห่ง ส่วน Aminophylline ชนิดฉีด มีในโรงพยาบาล 6 แห่ง เนื่องจากปัจจุบันมีใช้น้อยลงเพราะมีข้อบ่งชี้เฉพาะในการรักษาผู้ป่วย Acute severe asthma status หรือ asthmaticus ที่ใช้ยา β 2-agonist มาก่อนแต่ไม่ได้ผล

ตารางที่ 6 รายการยาสำหรับรักษาโรคหืดที่มีในโรงพยาบาล

	30 เตียง N=7	60 เตียง N=3	90 เตียง N=3	รวม N=13
ยาที่มีในโรงพยาบาล				
1. ยาที่ใช้ในการควบคุมโรค (Controller)				
1.1 Corticosteroid				
1.1.1 Corticosteroid ชนิดสูด				
· Beclomethasone	1 (14.28%)	1 (33.33%)	1 (33.33%)	3 (23.07%)
· Budesonide	7 (100.00%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	13 (100.00%)
1.1.2 Corticosteroid ชนิดรับประทาน				
· Prednisolone	7 (100.00%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	13 (100.00%)



1.1.3 Corticosteroid ชนิดฉีด				
· Dexamethasone	7 (100.00%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	13 (100.00%)
· Hydrocortisone	6 (85.68%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	12 (92.31%)
1.2 ชนิดออกฤทธิ์ยาว (Long-acting)				
· Ipratropium bromide	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (33.33%)	1 (7.70%)
1.3 ยาสูดในรูปของยาผสมระหว่าง ICS และ LABA	6 (85.68%)	2 (66.67%)	3 (100.00%)	11 (84.62%)
· Salmeterol + Fluticasone	6 (85.68%)	1 (33.33%)	3 (100.00%)	10 (76.92%)
· Formeterol + Budesonide	0 (0.00%)	1 (33.33%)	1 (33.33%)	2 (15.38%)
1.4 Theophylline	7 (100.00%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	13 (100.00%)
2. ยารบรรเทาอาการ (reliever)				
2.1 β_2-agonist ชนิดออกฤทธิ์สั้น (short-acting β_2-agonist)				
· Salbutamol ชนิดรับประทาน	7 (100.00%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	13 (100.00%)
· Terbutaline ชนิดรับประทาน	2 (28.56%)	3 (100.00%)	1 (33.33%)	6 (46.15%)
· Salbutamol ชนิดสูด	7 (100.00%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	13 (100.00%)
2.2 Methylxanthine				
· Aminophylline ชนิดฉีด	4 (57.12%)	1 (33.33%)	1 (33.33%)	6 (46.15%)
2.3 Anticholinergic ในรูปของยาผสมกับ β_2-agonist				
· Ipratropium bromide + fenoterol	7 (100.00%)	3 (100.00%)	3 (100.00%)	13 (100.00%)

อภิปรายผลและสรุป

จากการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์มีการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (Easy asthma clinic) เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี โดยโรงพยาบาลเกือบทุกแห่งจัดให้มีสถานที่ให้บริการโดยเฉพาะทั้งในรูปแบบการให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One stop service) หรือสถานที่แยกเฉพาะแต่รับยาที่ห้องยา OPD มีเพียง 2 แห่ง ที่มีการจัดบริการคลินิกโรคหืดร่วมกับคลินิกทั่วไป โรงพยาบาลขนาดใหญ่ทุกแห่งเปิดบริการ 4 วัน/เดือน (สัปดาห์ละ 1 วัน) เพราะมีปริมาณผู้ป่วยจำนวนมาก และแนวโน้มของโรงพยาบาลทุกแห่งจะเปิดบริการเพิ่มขึ้นเป็น 4 วัน/เดือนด้วยเช่นกัน สำหรับการตรวจรักษาโดยแพทย์ พบว่า ส่วนใหญ่มีการกระจายให้แพทย์ในคลินิกทั่วไปช่วยในการตรวจรักษา เนื่องจากจำนวนแพทย์ไม่เพียงพอ และจากข้อมูลระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด 1.76 ปี สะท้อนให้เห็นว่ามีการหมุนเวียนแพทย์บ่อย พยาบาลและเภสัชกรก็มีการหมุนเวียนบ่อยเช่นกัน ซึ่งเห็นได้จากระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด 2 ปีและ 2.54 ปี ตามลำดับ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยพบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งมีพยาบาลประจำคลินิกโรคหืดที่ดูแลผู้ป่วยใน เนื่องจากมีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

และเกือบทุกแห่งมีพยาบาลประจำผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉินร่วมทีมด้วย เกือบทุกโรงพยาบาลมีนักกายภาพบำบัดเข้ามามีบทบาทในคลินิกโรคหืด เนื่องจากปัจจุบันได้เริ่มมีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้กับผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพปอดต่ำ ซึ่งในอนาคตมีแนวโน้มจะครบทุกแห่ง นอกจากนี้เริ่มมีการนำการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) มาร่วมด้วย เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหืดก่อนถึงโรงพยาบาล ทุกโรงพยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล แต่มีปัญหาในทางปฏิบัติเนื่องจากการหมุนเวียนแพทย์บ่อยซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีการตรวจสมรรถภาพปอดโดยใช้ Peak flow meter ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาในคลินิกโรคหืดเพื่อประเมินสภาวะการควบคุมโรคหืด แต่หากผู้ป่วยมารับบริการในวันเวลาที่ไม่มีคลินิก อาจมีการติดตามสมรรถภาพปอดบ้างเป็นบางครั้ง เนื่องจากบุคลากรอื่นๆ ที่ไม่ใช่บุคลากรในคลินิกโรคหืด ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างครบถ้วนหรือไม่ปฏิบัติตามแนวทาง

นอกจากนี้ พบว่า การมีคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (Easy asthma clinic) ในทุกโรงพยาบาล ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดเป็นระบบและง่ายมากขึ้น โดยพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มี

การประเมินตามแบบบันทึกคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (EAC) และมีโปรแกรมคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (EAC) ที่นำมาช่วยวิเคราะห์ผล การประเมินการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยเฉพาะรายได้ และ โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งมีระบบการติดตามการเปลี่ยนแปลง สภาวะการควบคุมโรคหืดเพื่อนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนยาของ ผู้ป่วย ในขณะที่มีโรงพยาบาลขนาดเล็ก 2 แห่ง ที่นำข้อมูลที่ได้ มาใช้สรุปผลงานประจำปีเท่านั้น ทุกโรงพยาบาลมีการสอนการ ใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย โดยมีสื่อในการสอน แตกต่างกันไป และโดยส่วนใหญ่เภสัชกรจะสอนและประเมิน การใช้จ่ายโดยการให้ผู้ป่วยสาธิตวิธีการพ่นยาขณะจ่ายยาหน้า เคาน์เตอร์เพราะสะดวกและรวดเร็ว โดยใช้วิธีสู่มหรือประเมิน เบื้องต้นขณะจ่ายยา ถ้าพบปัญหาในการใช้จ่ายจะสอนซ้ำเฉพาะ ราย โรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่มีระบบในการ ติดตามการพ่นยา ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดเล็ก 3 แห่ง มีการ ประเมินการใช้จ่ายแต่ไม่มีการติดตามผลเนื่องจากเภสัชกรส่วน ใหญ่มีปัญหาเรื่องอัตรากำลังของเภสัชกรไม่เพียงพอ หรือ ปริมาณผู้ป่วยมีจำนวนมาก การซักถามและประเมินการใช้จ่าย ของผู้ป่วยแต่ละรายใช้เวลานาน รวมถึงปัญหาเกี่ยวกับการ เก็บข้อมูล ได้แก่ ไม่มีการเก็บข้อมูล ข้อมูลไม่ครบถ้วน และไม่มีการติดตามการใช้จ่ายของผู้ป่วย

โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งพบปัญหาผู้ป่วยขาดนัด เนื่องจากผู้ป่วยโรคหืดเมื่อมีอาการดีขึ้นจะขาดการรักษา หรือ บางครั้งผู้ป่วยมียาเหลือ ใช้จ่ายเต็ม จึงไม่เห็นความสำคัญของการมาโรงพยาบาล ทำให้มีระบบในการติดตามผู้ป่วยโดยใช้วิธีที่ แตกต่างกันได้แก่ การใช้โปรซีนิยบัตร โทรศัพท์หรือการออก เยี่ยมบ้าน นอกจากนี้ มีโรงพยาบาลบางแห่งที่แก้ปัญหาการขาด นัดโดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นตำบลหรือเป็นเขตรับผิดชอบเพื่อลด ปัญหาการเดินทางของผู้ป่วย โรงพยาบาลส่วนใหญ่ออกเยี่ยม บ้านกรณีผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล สำหรับระบบการส่ง ต่อผู้ป่วยไป รพ.สต. พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่มีการส่งต่อ ผู้ป่วยไป รพ.สต. ยกเว้นโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพียงหนึ่งแห่ง แต่ทำได้เพียง 1 รพ.สต. เท่านั้น เนื่องจาก รพ.สต. นี้ มีแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลประจำ ส่วนใหญ่จะประสานงานร่วมกับ รพ.สต. กรณีออกเยี่ยมบ้านหรือบางโรงพยาบาลนัดให้ผู้ป่วยไป พ่นยาต่อเนื่องที่ รพ.สต.

โรงพยาบาลทุกแห่งมียาพ่นกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ ในขณะที่ ยาในกลุ่ม Long-acting β_2 agonist ร่วมกับคอร์ติโค สเตียรอยด์ มีในโรงพยาบาลชุมชน 11 แห่ง เนื่องจากยาในกลุ่มนี้ มีราคาแพง อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลดังกล่าวมีการจำกัดการ ใช้จ่าย เช่น การประเมินการใช้จ่ายเฉพาะราย หรือจำกัดปริมาณ

การจ่าย ได้แก่ สั่งจ่ายยาไม่เกิน 1 เดือน หรือไม่เกิน 3 เดือน สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่มียากลุ่มนี้บริหารจัดการยาเพื่อ แก้ปัญหาโดยสั่งซื้อยาเฉพาะรายกรณีผู้ป่วยถูกส่งตัวไป โรงพยาบาลจังหวัดและกลับมารับยาต่อเนื่อง แต่ปัจจุบัน ราคา ยาในกลุ่มนี้มีราคาถูกลงครึ่งหนึ่ง และสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้เงินสนับสนุนในการจ่าย ค่าตอบแทนในการลงข้อมูลผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือในการซื้อยา กลุ่มนี้ อาจทำให้การเข้าถึงยาของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

สรุปว่า โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ มี กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดอย่างเป็นระบบ แต่อาจมี วิธีการที่แตกต่างกันตามบริบทและตามความเหมาะสมของแต่ละ โรงพยาบาล ซึ่งสามารถนำแนวทางหรือรูปแบบการจัดการมา ใช้ เพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น และเพื่อนำมาพัฒนาระบบในการดูแล ผู้ป่วยโรคหืดอย่างต่อเนื่องต่อไป

References

- วัชรานุกุลสวัสดิ์. คลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ (Easy Asthma Clinic). 5th BGH Annual academic meeting : From the basic to the top in Medicine. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ส.รุ่งทิพย์ ออฟเซท; 2548.
- วัชรานุกุลสวัสดิ์. Easy Asthma Clinic Improve Treatment Gap. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน, 2552.
- วัชรานุกุลสวัสดิ์. โครงการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหืดตามรูปแบบโปรแกรม Easy Asthma Clinic สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2552
- สุณี เลิศสินอุดม, และคณะ. การจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการ ใช้จ่ายโดยเภสัชกรในคลินิกโรคหืดอย่างง่าย. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น. *IJPS*, 2551.
- Armour C, Bosnic S, Brilant M, *et al.* Pharmacy Asthma Care Program (PACP) improves outcomes for patients in the community. *Thorax* 2007; 62:496-592
- Bateman ED, Barnes BJ, Bousquet J, *et al.* Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. *Eur Respir J* 2008; 31: 143-178



- Boonsawat W, Charoenphan P, Kiatboonsri S, *et al.*
Survey of asthma control in Thailand. *Respirology*,
2004.
- Dejsomritrutai W, Nana A, Chierakul N, *et al.* Prevalence of
bronchial hyperresponsiveness and
asthma in the adult population in Thailand. *Chest*
2006; 129:602-609
- Halm EA, Wisnivesky JP and Leventhal H. Quality and
Access to Care Among a Cohort of Inner-city
Adults With Asthma *: Who Gets Guideline
Concordant Care?. *Chest* 2005 ; 128:1943-1950
- Schonlau M, Mangione-Smith S ,Chan KS, *et al.* Evaluation
of a Quality Improvement
Collaborative in Asthma Care: Does it Improve
Processes and Outcomes of Care?. *Ann Fam Med*
2005; 3:200-208
- Soyiri IN, Reidpath DD, Sarran C. Asthma Length of Stay
in Hospitals in London 2001–2006:
Demographic, Diagnostic and Temporal Factors.
PLoS ONE [online] 2011[cited 2011 Dec 10]; 6(11):
Available from <http://www.plosone.org>
- Tsai CL, Sullivan AF, Gordon JA *et al.* Quality of care for
acute asthma in 63 US emergency departments.
Allergy and Clinical Immunology 2009 ; 123 : 354-
361