



ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืด คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลห้วยเม็ก อำเภอยะเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์*

ณัฐกร พิชัยเชิด พย.ม.**

เพชรไสว ลิมตระกูล วท.ม.***

(วันรับบทความ: 12 มกราคม พ.ศ.2564/ วันแก้ไขบทความ: 17 มีนาคม พ.ศ.2564/ วันตอบรับบทความ: 18 มีนาคม พ.ศ.2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นข้อมูลระยะศึกษาสถานการณ์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหืด คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลห้วยเม็ก อำเภอยะเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหืด ผู้ดูแล อสม. พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคหืดและกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม เกษัชกร แพทย์ และผู้บริหารโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบประเมินการควบคุมโรคหืด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาดูสถานการณ์ พบว่า 1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ร้อยละ 52.50 บางคนขาดนัด ใช้ยาพ่นสูดไม่ถูกวิธี และมีการสูบบุหรี่ 3 คน 2) ด้านครอบครัวและชุมชน การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลยังน้อย และอสม. ยังไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในชุมชน 3) ด้านระบบบริการ มีการให้ความรู้ไม่ครอบคลุมฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน และไม่มีระบบติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ยังมีการเผาขยะในครัวเรือน และไม่มียุทธศาสตร์การควบคุมการเผาป่า ดังนั้นควรมีการกำหนดนโยบายต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการทำแผนการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตามระดับการควบคุมโรคหืด

คำสำคัญ: สถานการณ์ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหืด ระบบการดูแลสุขภาพ

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: p.natthagorn@kkumail.com Tel: 093-0545690



The Health Care System of Patients with Asthma at Asthma Clinic, Huaimek Hospital, Huaimek District, Kalasin Province*

Natthagorn Pichaiherd M.N.S.**

Petchsawai Limtragool M.Sc.***

(Received Date: January 12, 2021, Revised Date: March 17, 2021, Accepted Date: March 18, 2021)

Abstract

This situational study part of an action research aimed to study health service system for patients with Asthma at Huaimek Hospital, Huaimek District, Kalasin Province. The conceptual framework of this study was based on the Expanded Chronic Care Model. Participants included asthma patients, their family caregivers, health volunteers, register nurses from asthma clinic and primary care unit, pharmacist, general practitioners and the hospital director. Research instruments were questionnaires consisted of a semi-structured questionnaire, in-depth interview questions, and the asthma control test (ACT). Qualitative data were analyzed using content analysis. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics.

The result showed that asthma patients were mostly females (85.00%). While 52.52% of patients had uncontrolled symptoms, few patients did either loss to follow up or use inhaler medicine incorrectly and three of them were smoking. Family caregiver offered poor support to patients care and village health volunteers did not participate in the care for asthma patients. The local health service system did not give patients comprehensive information, have up to date health literacy database, nor have systematic continuum of care at home. In terms of environment, people still burn waste in their household and there is no forest fire controll policy. Thus, there should be the policy for health promoting hospital to develop systematic plan to visit patients at home based on the asthma control level.

Keywords: asthma patients, asthma care, health service system

*Thesis of Master Nursing Science of Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

**Student, Master of Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

***Associate Professor of Faculty Nursing, Khon Kaen University.

**Corresponding Author, Email: p.natthagorn@kkumail.com Tel: 093-0545690



บทนำ

โรคหืด เป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจ พบได้ทุกกลุ่มวัย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่หลายประเทศกำลังเผชิญ ผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 235 ล้านคน ส่วนใหญ่พบผู้ป่วยในประเทศที่มีมลภาวะทางอากาศไม่ดี¹ สำหรับประเทศไทยพบปัญหาอัตราการป่วยและอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มขึ้น จากรายงานสถิติสาธารณสุข 5 ปี ย้อนหลัง พ.ศ. 2558-2562 พบว่าผู้ป่วยโรคหืดมีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้น คิดเป็น 168.6; 166.9; 147.2; 177.74 และ 182.73 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และอัตราการตายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น 19.9; 22.9; 20.9; 20.6 และ 20.9 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ² และเมื่อมีอายุมากขึ้นยังมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ผลกระทบเมื่อผู้ป่วยโรคหืดมีอาการหอบจะรบกวนการดำเนินชีวิตทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลต่อรายได้หรือการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว รวมทั้งมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตด้วย และร้อยละ 25 หากผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบจนต้องมารักษาที่ห้องฉุกเฉินส่งผลให้ต้องหยุดงานหรือหยุดเรียนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง³ สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคหืดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน และยังมีผู้ป่วยโรคหืดเสียชีวิต อัตราการตาย 9.6 ต่อแสนประชากร²

จังหวัดกาฬสินธุ์ พบอัตราป่วยและอัตราการตายด้วยโรคหืดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2555-2559 มีอัตราป่วยด้วยโรคหืด คิดเป็น 148.8; 161.7; 175.4; 187.3 และ 201.8 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และมีอัตราการตาย คิดเป็น 4.37; 4.67; 5.18; 5.87 และ 6.23 ต่อแสนประชากรตามลำดับ² อำเภอห้วยเม็กเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เพาะปลูกการเกษตร ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรไร่อ้อย ในช่วงฤดูเก็บเกี่ยวผลผลิตมักทำการเผาอ้อยเพื่อให้ย่อยสลายเพื่อการเก็บเกี่ยว ส่งผลให้เกิดมลภาวะทางอากาศเพิ่มมากขึ้น และมีจำนวนผู้ป่วยโรคหืดรายใหม่เพิ่มมากขึ้นทุกปี จากรายงานข้อมูลทางสุขภาพของโรงพยาบาล พบว่าในปี พ.ศ. 2557-2561 มีอัตราความชุก คิดเป็น 0.75; 0.88; 0.94; 0.13; และ 0.15 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งในปี พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการโรคหืดได้เพียงร้อยละ 43.6 อัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 22.42 อัตราการขาดนัด ร้อยละ 16.6 อัตราผู้ป่วยโรคหืดมีอาการหอบกำเริบที่เข้ามารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

เช่นเดียวกัน ร้อยละ 6; 5.8; 5.7; 6.2 และ 7.2 ตามลำดับ และผู้ป่วยเพศชายส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุหรี่มาก่อนถึงร้อยละ 70

จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคหืดจำนวน 3 คน พบว่า เปิดให้บริการคลินิกโรคหืดทุกวันพุธ มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการหลัก ยังพบการขาดนัด การมารับบริการไม่ตรงคลินิก การจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยโรคหืดยังไม่เป็นปัจจุบัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มสูงขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ป่วยยังขาดการรับรู้การดูแลตนเอง การเข้ายาพ่นสูดไม่ถูกวิธี การรักษาไม่ต่อเนื่อง ค่าอัตราการไหลของอากาศหายใจออกที่สูงสุด (PEFR) ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานกว่าร้อยละ 23 ไม่สามารถกำจัดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบกำเริบได้ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดเสื่อมลงจนนำไปสู่การเกิดอาการหอบกำเริบชนิดรุนแรง จำนวน 2 ราย ทั้งยังไม่สามารถลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ทุกราย และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 7 ราย พบว่ายังไม่เข้าใจธรรมชาติของการเกิดโรคหืด ทำให้ขาดนัด เทคนิคการเข้ายาพ่นสูดไม่ถูกวิธี จำนวน 6 ราย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีแรงในการสูดยาพ่นไม่ดี ส่งผลให้เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันบ่อยครั้ง และในผู้ป่วยรายใหม่เมื่อมีอาการหายใจหอบจะไปซื้อยาพ่นสูดที่ร้านขายยามาใช้เอง ไม่ได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยกับแพทย์ และยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดที่ยังไม่ครอบคลุมถึง 4 ราย ร้อยละ 57.1 ทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยาพ่นสูดเอง ไม่ได้มารับการรักษาที่ต่อเนื่อง จำนวน 1 ราย และผู้ป่วยทั้งหมด 7 ราย ไม่สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันได้ โดยส่วนใหญ่มีการเลี้ยงวัวในครัวเรือน มีการเผาขยะและเก็บหญ้าแห้งในครัวเรือน และมีผู้ป่วย 2 ราย ร้อยละ 28.6 อาชีพขายของชำและมีการจำหน่ายบุหรี่ด้วย กลุ่มผู้ซื้อบุหรี่มักจะสูบบุหรี่บริเวณหน้าร้าน และอีก 1 ราย ทำธุรกิจปั้มน้ำมัน มักจะได้สูดกลิ่นระเหยของน้ำมันบ่อยครั้ง และด้านผู้ดูแลพบว่ายังไม่สามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหืดได้ ไม่ได้ดูใบนัด หรือไม่ได้เตือนให้ผู้ป่วยโรคหืดมาตรวจตามนัด

จากการศึกษานำร่องของผุ้วิจัย และจากการบันทึกในคลินิกโรคหืดดังกล่าวข้างต้น ยังได้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอที่จะอธิบายสถานการณ์ของระบบการดูแลสุขภาพการดูแล



ผู้ป่วยโรคหืด และจากการทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model: ECCM)⁴ ซึ่งมีรายละเอียดที่เชื่อมโยงกับชุมชนและระบบดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่เน้นพหุภาคีให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะทำให้ผู้วิจัยสามารถเห็นถึงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหืดได้อย่างครอบคลุมทุกมิติของระบบการดูแลสุขภาพ และทำให้การจัดระบบบริการโรคเรื้อรังได้ดีขึ้น ส่งผลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยายในประเทศไทยนั้น ได้มีการนำมาใช้ในโรคอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน แต่สำหรับโรคหืดยังมีผู้ศึกษาน้อย

ดังนั้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาสถานการณ์ระบบการดูแลสุขภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย ให้เข้าใจถึงสถานการณ์แนวโน้ม ปัจจัยสาเหตุ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืดในกลุ่มที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้ การควบคุมโรค และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้สามารถเข้าใจสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหืด และนำข้อมูลที่ได้ออกไปเป็นข้อมูลในการปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืดทั้งในคลินิกและในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพตามบริบทของพื้นที่ เกิดการจัดทำฐานข้อมูล การดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุม ส่งผลให้เกิดการควบคุมโรคหืดได้อย่างเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และหาทริคในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการโรคหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลห้วยเม็ก อำเภอยะเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลระยะศึกษาสถานการณ์ (Look) ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Stringer⁵ เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหืดจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน อำเภอยะเม็ก จังหวัด

กาฬสินธุ์ โดยในระยะศึกษาสถานการณ์ (Look) เป็นการศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหืด เก็บข้อมูลโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยายซึ่งพัฒนาโดย Barr et al⁴ ประเทศแคนาดา โดยมาจากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังมีทั้งหมด 7 องค์ประกอบ คือ ระบบบริการสุขภาพ มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การออกแบบระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนการตัดสินใจระบบฐานข้อมูลทางคลินิก และส่วนของชุมชน มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน เพื่อนำสู่การตัดสินใจเลือกวิธีดำเนินงานที่เหมาะสมในขั้นตอนของการวางแผน (Think) การนำแผนสู่การปฏิบัติ และการทบทวนผลการดำเนินการ (Act) ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

พื้นที่ทำการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลห้วยเม็ก อำเภอยะเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

ผู้ร่วมวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด จำนวน 67 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหืดมีช่วงอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 40 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืด ประกอบด้วยบิดา มารดา ลุง ป้า น้า อา และบุตร ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย 10 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน และ 2) กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 7 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพคลินิกโรคหืด 3 คน พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 1 คน เภสัชกร 1 คน แพทย์ 1 คน และผู้บริหารโรงพยาบาล 1 คน โดยผู้ร่วมวิจัยทั้งหมดยินดีสมัครใจที่จะเข้าร่วมวิจัย และไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีการใช้เครื่องมือทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด 3) แบบสัมภาษณ์ข้อมูล



ส่วนบุคคลสำหรับ อสม. ผู้ให้บริการ และผู้บริหาร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด และการอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วย และ 4) แบบประเมินการควบคุมโรคหืด (Asthma Control Test)⁶ จำนวน 5 ข้อ โดยแต่ละคำถามมีชุดคำตอบให้เลือกตอบ ระดับคะแนน 1-5 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0-25 คะแนน การแปลผลคะแนนการควบคุมโรคหืดเทียบตามเกณฑ์ ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน หมายถึง ควบคุมโรคหืดไม่ได้ (Un control) และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน หมายถึง ควบคุมโรคหืดได้ (Well control) ซึ่งผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหืดในบริบทที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 10 คน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.918

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย และแนวคำถามแต่ละกลุ่มที่แตกต่างกัน ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลพยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และแพทย์ แนวคำถามสนทนากลุ่มสำหรับ อสม. และแนวคำถามเชิงลึกสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหืด โดยแนวคำถามการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีประเด็นคำถามในกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหืด อาการและปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบของการเกิดโรคหืด การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อควบคุมโรคหืด การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการหอบกำเริบ การบริการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากคลินิกโรคหืด ปัญหาอุปสรรคในการรับบริการความต้องการให้การช่วยเหลือจากคลินิกโรคหืด การติดตามเยี่ยมบ้าน และประเด็นคำถามกลุ่มผู้ดูแลและผู้ให้บริการ ได้แก่ สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย บทบาทในการช่วยเหลือดูแล การให้บริการ และการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยโรคหืดที่ผ่านมา

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ 2) วิเคราะห์ข้อมูลของระดับการควบคุมอาการโรคหืดจากแบบประเมิน Asthma Control Test โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ กลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้ (Un control) และกลุ่มที่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้ (Well control) โดยการแจกแจงความถี่ และ

ร้อยละ และ 3) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยทำการถอดเทปเสียง อ่านข้อมูลหลายๆ ครั้ง และสรุปความจากข้อมูลนำผลจากการวิเคราะห์สะท้อนกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อยืนยันผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการตรวจสอบแบบสามเส้า ตรวจสอบความถูกต้องตรงกันของข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม การตรวจสอบย้อนกลับกับผู้ร่วมวิจัย ร่วมกับการตรวจสอบความคิดของผู้วิจัยกับอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ ตลอดระยะเวลาของการวิจัย รวมทั้งก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ศึกษาระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล และได้รับการฝึกอบรมทักษะและพัฒนาการทำวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ ถูกต้อง ครบคลุม และครบถ้วน

จริยธรรมการวิจัย การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 622110 เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรมในทุกขั้นตอนของการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ วิธีวิจัย การถอนตัวจากการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ และมีการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในผู้ร่วมวิจัยทุกกลุ่ม โดยผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะได้มีการลงนามยินยอมให้ข้อมูลจากผู้ปกครองด้วยทุกคน

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหืด** จำนวน 40 คน ที่เป็นกลุ่มที่ศึกษา เป็นเพศชาย 6 คน ร้อยละ 15 เพศหญิง 34 คน ร้อยละ 85 ช่วงอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 55 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ 31 คน ร้อยละ 77.5 ส่วนใหญ่พบเป็นโรคอ้วน มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เกินเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าครึ่ง 24 คน ร้อยละ 60 โดยเป็นโรคอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 32.5 รองลงมา



คือ โรคอ้วนระดับ 3 ร้อยละ 15 ประกอบอาชีพการเกษตรกร ไร่ย่อยถึงร้อยละ 45 มีรายได้เฉลี่ยค่อนข้างน้อย ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 47.5 มีระยะการเจ็บป่วยด้วยโรคหืด ถือว่าค่อนข้างนานอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 50 และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้ 21 คน ร้อยละ 52.5 แต่มีค่าประสิทธิภาพการทำงานของปอดยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 62.5 และผู้ป่วยเพศชายมี พฤติกรรมสูบบุหรี่ 3 คน ร้อยละ 7.5 และในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดมีประวัติการมีอาการ หอบกำเริบเฉียบพลันมากถึงร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีอาการ 1-5 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 67.5 ประกอบกับผู้ป่วยบางส่วนมี ประวัติการมารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยอาการหอบ กำเริบเฉียบพลัน ร้อยละ 25 โดยมารับบริการมากกว่า 2 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 22.5 อัตราการเข้ารับการนอนรักษาใน โรงพยาบาล ร้อยละ 7.5 มีวันนอนเฉลี่ยเกิน 7 วันถึงร้อยละ 5 และยังพบภาวะแทรกซ้อนมีภาวะปอดติดเชื้อ ร้อยละ 5 แต่ไม่ยังพบอัตราการกลับเข้ารับการนอนรักษาใน โรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการหอบกำเริบเฉียบพลันหลัง จำหน่ายในระยะเวลา 28 วัน อีกทั้งผู้ป่วยโรคหืดได้รับยาสูด พ่นชนิดควบคุมอาการครอบคลุม ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่ เป็นยาในรูปแบบ INH ร้อยละ 47.5 รูปแบบ Evohaler ร้อยละ 40 และรูปแบบ Accuhaler ร้อยละ 12.5 และได้รับ ชนิดฉุกเฉินบรรเทาอาการ (Reliever) ร้อยละ 75

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 10 คน ที่เป็นกลุ่มที่ศึกษา เป็นเพศหญิง 7 คน ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ยในช่วง 39-49 ปี ร้อยละ 80 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีสถานะความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็นบุตรชาย บุตรสาว บุตรสะใภ้ และบุตรเขย ร้อยละ 80 โดยทั้งหมดมีสถานะภาพ สมรสคู่ ประกอบอาชีพส่วนใหญ่ทำเกษตรกรไร่ย่อย ร้อยละ 50 และบางส่วนทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้เลี้ยง ครอบครัวยังทำให้ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยในช่วงกลางวันได้ ผู้ป่วย กลุ่มสูงอายุต้องอยู่บ้านเพียงลำพัง จำนวน 3 คน ร้อยละ 30 และถือว่าส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอยู่ใน ช่วง 1-6 ปี ร้อยละ 70

3. ข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. จำนวน 10 คนที่เป็นกลุ่มที่ศึกษา เป็นเพศหญิง 8 คน ร้อยละ 80 อายุ ส่วนใหญ่ 50-59 ปี ร้อยละ 70 มีสถานะภาพสมรสคู่และ อาชีพทำการเกษตร ร้อยละ 90 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60 อสม. ทุกคนมีสุขภาพ

แข็งแรงดี และ อสม. ทั้งหมดยังไม่เคยได้รับการอบรมและ ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเลย

4. การสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า

1) ผู้ป่วยโรคหืดยังขาดการรับรู้เกี่ยวกับโรคหืด มีการ เจ็บป่วยทางกายและทางจิตใจร่วม ได้แก่ ปัญหาสุขภาพช่อง ปากและฟัน ภาวะภูมิแพ้ทางผิวหนัง มีภาวะเครียดเรื้อรัง จากภาระหนี้สิน ผู้ป่วยถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัว คนในครอบครัวใช้ยาและสารเสพติด และอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ มีแรงสูดพ่นยาลดลง ด้านพฤติกรรมยังไม่ทราบวิธีการ การดูแลตนเองเมื่อมีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ยังมาไม่ ตรงนัด ไม่ตรงคลินิก เนื่องจากยาเดิมยังเหลือ มีการซื้อยา มาใช้เองแล้วเกิดอาการแพ้ยา การใช้พ่นยาพ่นสูดไม่ถูกวิธี ไม่ถูกเทคนิค และไม่ถูกชนิด โดยเฉพาะเมื่อแพทย์สั่งใช้ยา ที่มีเทคนิคต่างไปจากเดิม ผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงจาก ปัจจัยกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การใช้น้ำยาปรับผ้านุ่ม ที่มีกลิ่นฉุน การไปร่วมพิธีกรรมงานศพที่มีกลิ่นธูป กลิ่นของ ดอกตันสัตบรรณ ซึ่งพบการปลุกไ้วตามถนนในชุมชน รวมทั้งวิถีชีวิตของภาคอีสานยังมีการหุงข้าวด้วยไม้ฟืนหรือ ถ่านอยู่ อาชีพเสริมในการหาของป่ามาขายในฤดูฝน และ ลักษณะทางภูมิศาสตร์บริเวณบ้านอยู่ใกล้กับโรงสีข้าวของ หมู่บ้าน ควันจากการเผ่าอ้อยในฤดูเก็บเกี่ยว โดยเฉพาะ ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ติดบ้าน ไม่สามารถหลีกเลี่ยงมลภาวะทาง อากาศเหล่านี้ได้ ขาดการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับการ ดูแลโรคหืด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุไม่มีโทรศัพท์มือถือ ไม่มีการใช้อินเตอร์เน็ตในการสืบค้นข้อมูลการดูแล ตนเองเมื่อเป็นโรคหืด และขาดการฝึกการหายใจบริหาร ปอดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด 2) ผู้ดูแล ขาดการรับรู้เรื่องโรคหืด และการสนับสนุนในการควบคุม ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบกำเริบ ยังมีการมารับ ยาแทนผู้ป่วยและผู้ป่วยไม่ได้รับการให้คำแนะนำเทคนิคการ ใช้ยาพ่นสูดโดยตรง ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกวิธีหรือไม่ถูก เทคนิค อีกทั้งผู้ดูแลยังมีการสูบบุหรี่และส่วนใหญ่ทำหน้าที่ เพียงพามาตรวจตามนัดเท่านั้น 3) อสม. ยังไม่มีความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการหอบ กำเริบเฉียบพลัน ไม่มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำ ซึ่ง เกรงว่าหากแนะนำไปแล้วผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้

5. การสนับสนุนการตัดสินใจ พบว่า ไม่มีแนวทาง ปฏิบัติที่ชัดเจนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยรายใหม่ การดูแล ผู้ป่วยที่มีอาการหอบกำเริบที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดย



ส่วนใหญ่รับคำสั่งการรักษาจากแพทย์ผ่านทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ แนวทางและเกณฑ์ในการเยี่ยมบ้านสำหรับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งการเยี่ยมบ้าน พบว่า ยังไม่ครอบคลุม และยังไม่ปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ ส่วนใหญ่เน้นการเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยติดเชื้อ หรือผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการหอบระดับรุนแรงหรือมีโรคร่วมอื่นๆ ที่มีปัญหาซับซ้อน และยังไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืด ผู้ดูแล และผู้ให้บริการ

6. การออกแบบระบบบริการสุขภาพ พบว่า มีการให้บริการคลินิกโรคหืดอย่างง่าย มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการหลัก แต่ในส่วนของเภสัชกรมีบุคลากรน้อยไม่สามารถลงให้บริการที่คลินิกได้ แต่ให้บริการในชั้นตอนการรับยาแทน โดยประเมินและทบทวนเทคนิคการใช้ยา ฟันสูตร โดยใช้หลอดยาที่ผู้ป่วยจะได้รับให้พ่นก่อนกลับในผู้ป่วยรายที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวลำบาก ยังพบญาติมารับยาแทนผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการสอนเทคนิคการใช้ยาฟันสูตรโดยตรง การให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาในผู้ป่วยโรคหืดยังมีน้อยโดยเฉพาะในผู้ป่วยรายใหม่ ไม่มีการแยกกลุ่มตามระดับในการควบคุมอาการโรคหืด ยังไม่มีผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยประจำแต่ละหน่วยงาน ไม่มีการจัดบริการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และยังไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเหมือนกับโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น การตรวจเท้าและตรวจตาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น

7. ระบบฐานข้อมูลทางคลินิก พบว่า ระบบทะเบียนผู้ป่วยโรคหืดยังไม่เป็นปัจจุบัน การลงข้อมูลในระบบแบบย้อนหลังและไม่ครบถ้วน ไม่มีผู้รับผิดชอบในการดูแลจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหืดรายใหม่ และยังขาดระบบการรับส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องระหว่างหน่วยงานและองค์กรอื่นๆ

8. การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ พบว่า นโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในชุมชนยังไม่มีแนวทางชัดเจน ซึ่งจะเป็นมาตรการโดยรวมในการควบคุมมลภาวะทางอากาศ เช่น รณรงค์งดเผาขยะมูลฝอยในครัวเรือน รณรงค์งดการเผาอ้อยในฤดูเก็บเกี่ยว โรงงานรับซื้ออ้อยมีการกำหนดนโยบายรับซื้อเฉพาะอ้อยปลอด แต่กียังพบมีการเผาอ้อย และขาดการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวด ในส่วนโครงการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนผ่านแผนพัฒนาของ อปท. ในพื้นที่มุ่งเน้นไปยังการส่งเสริม

ในการดูแลเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่ยังขาดแผนพัฒนาเกี่ยวกับการสนับสนุนส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืดในชุมชน

9. การสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ พบว่า ในชุมชนยังไม่มีมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการส่งเสริมการออกกำลังกาย น้อย ขาดการสนับสนุนอุปกรณ์ ขาดการดำเนินการแบบต่อเนื่อง และผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างเป็นประจำ

10. การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน พบว่า ชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในการร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในชุมชน โดยส่วนใหญ่ชุมชนจะเป็นการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูหลังการเจ็บป่วย ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ (สปสช) โดยการสนับสนุนของ อปท. ในพื้นที่ให้เงินสนับสนุนกรณีได้นอนรักษาในโรงพยาบาล และกองทุนรองเพื่อส่งเสริมการประกอบอาชีพ ได้แก่ กองทุนหมู่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ประชากรในหมู่บ้านจะทำการกู้ยืมไปเพื่อประกอบการทำเกษตรกรไรร้อยยังขาดการสนับสนุนการส่งเสริมป้องกันโรคหืด อีกทั้ง อสม. และผู้นำชุมชนยังมีบทบาทน้อยในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในชุมชน ซึ่งจะเห็นได้จาก อสม. ไม่ทราบสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหืดในพื้นที่ของตน ขาดการรับรู้เกี่ยวกับโรคหืด

การอภิปรายผล

1. การสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มผู้ป่วยโรคหืด 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง 34 คน ร้อยละ 85 อายุ 40-59 ปี ร้อยละ 55 ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้มากกว่าครึ่ง ร้อยละ 52.5 และผู้ดูแลยังขาดการรับรู้เรื่องโรคหืด สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 และเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีอายุเพิ่มขึ้น⁷ จะมีแรงสูดยาพ่นลดลง ส่งผลให้ได้รับยาพ่นสุทธปริมาณน้อย อีกทั้งรูปแบบเทคนิคในการใช้ยาฟันสูตรที่แตกต่างกันไปย่อมส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา สอดคล้องกับการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ในผู้ป่วยสูงอายุมักมีอาการมือสั่นขณะเคลื่อนไหว จำนวนฟันหน้าไม่ครบ มีผลต่อการใช้ยาสุทธไม่สามารถกดและอมหลอดยาได้สนิท ส่งผลให้การควบคุมโรคได้ลดลง⁸ หลายการศึกษายังพบอีกว่า สัดส่วนการควบคุมโรคหืดค่อนข้างหลากหลาย อาจเนื่องมาจากความ



แตกต่างให้คำจำกัดความในการแบ่งกลุ่มการควบคุมโรคหืด โดยบางการศึกษาจัดให้เป็นกลุ่มควบคุมโรคหืดได้ทั้งหมด (total controlled) เป็นกลุ่มควบคุมโรคหืดได้บางส่วน (partly controlled) และเป็นกลุ่มควบคุมโรคหืดไม่ได้ (poor controlled) ซึ่งบางการศึกษาจัดกลุ่มควบคุมโรคหืดได้บางส่วน เป็นกลุ่มควบคุมโรคหืดได้ (controlled) จึงอาจมีผลให้ สัดส่วนในการควบคุมโรคหืดมีความแตกต่างกันไปตามการ ให้คำจำกัดความในการควบคุมโรคหืด โดยการศึกษาในครั้งนี้ มีการจัดกลุ่มตามแบบประเมินการควบคุมโรคหืด⁶ แบ่งเป็น 2 ระดับคือ กลุ่มที่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้ (well controlled) และกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้ (uncontrolled) และยังพบว่านอกจากปัจจัยที่มีผลต่อการ ควบคุมโรคหืดที่เป็นด้านร่างกายแล้ว ยังพบปัจจัยด้านจิตใจ คือ การนอนไม่หลับ คุณภาพการนอนหลับ ความวิตกกังวล กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะเครียดกับภาระหนี้สินในครัวเรือน และการถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัวโดยการใช้อำนาจ ทุบตี คนในครอบครัวใช้ยาและสารเสพติด โรคอ้วน เป็นต้น

การศึกษานี้พบว่ายังไม่มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ซึ่งอาจมีผลต่อการควบคุมโรคหืด สอดคล้องกับการศึกษา ที่ผ่านมามีพบว่าภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการใช้ยา คอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด สามารถทำนายการควบคุมโรค ในผู้ป่วยโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นปัจจัยที่ สามารถจัดการได้ รวมทั้งพบว่า ตัวแปรภาวะซึมเศร้า ความ ร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด การสูบบุหรี่ และโรคร่วม สามารถอธิบายการผันแปรของการควบคุมโรค หืดได้เพียงร้อยละ 21.4⁷ ยังคงมีตัวแปรหรือปัจจัยอื่นที่มีผล ต่อการควบคุมโรคหืด รวมทั้งผู้ดูแลควรได้รับความรู้และมี ส่วนร่วมในการรักษาโรคหืดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเรื่อง การใช้ยาพ่นสูด¹³

2. การออกแบบบริการที่ส่งเสริมการควบคุมโรคหืด ในการให้บริการ พบว่า เกสัชกรมีบุคลากรจำนวนน้อย จึงไม่สามารถลงให้บริการที่คลินิกได้ แต่ให้บริการในขั้นตอน การรับยาแทน โดยประเมินและทบทวนเทคนิคการใช้ ยาพ่นสูด โดยใช้หลอดยาที่ผู้ป่วยจะได้รับให้พ่นก่อนกลับ ในผู้ป่วยรายที่เดินลำบาก ญาติจะเป็นผู้ไปรับยาแทนทำให้ ผู้ป่วยไม่ได้รับการสอนสาธิตเทคนิคการใช้ยาพ่นสูดโดยตรง การให้คำแนะนำในผู้ป่วยโรคหืดยังมีน้อย ยังไม่มีการ คัดกรองภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ดังนั้นการกำหนดหรือพัฒนา แนวทางในการประเมินการเผชิญปัญหา¹⁴ ประเมินภาวะ

ซึมเศร้า และความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ชนิดสูดในผู้ป่วยโรคหืดทุกรายที่มาใช้บริการตามนัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ มีการแยกกลุ่มตามระดับใน การควบคุมอาการโรคหืด และให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับ ปัญหาในการดูแลตนเองรายบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ ปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁷

3. การจัดบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืดต่อเนื่อง ในชุมชนและการสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ อสม. ยังมีบทบาทน้อยในการเข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในชุมชน ซึ่งจะเห็นได้จาก อสม. ไม่ทราบสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหืดในพื้นที่ของตน ขาดการ รับรู้เกี่ยวกับโรคหืด อาจจะเป็นเพราะยังไม่มีมีการกำหนด นโยบายในการให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้าน เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในชุมชนที่ต่อเนื่อง ที่ผ่านมามี การศึกษาได้นำการจัดการรายกรณีร่วมกับการเยี่ยมบ้าน¹³ มาช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยมี จำนวนวันนอนรักษาลดลง¹⁰ แต่สำหรับ อสม. บทบาท การดูแลรายกรณีเน้นไปที่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน และผู้ป่วยติดเตียงเป็นส่วนใหญ่ อีกทั้งยังพบว่า ในอำเภอห้วยเม็กยังมีการเผาอ้อยในฤดูเก็บเกี่ยว ส่งผลให้ เกิดมลภาวะทางอากาศ และยังไม่มีการวัดค่าฝุ่นละออง ขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน อาจเกิดมาจากวิถีชีวิตของ ประชาชนในพื้นที่ หลังฤดูการเก็บเกี่ยวอ้อยจะเข้าสู่ฤดูฝน ซึ่งพื้นที่ส่วนใหญ่ติดกับเขตป่าสงวนและป่าชุมชน ประชากร ในพื้นที่จะมีอาชีพเสริมคือการเก็บของป่า ได้แก่ เห็ด ดอกกระเจียว เพื่อนำมาจำหน่ายหารายได้เพิ่มเติมจากการ ทำการเกษตร มักมีการเผาป่าเป็นการเตรียมพื้นที่เพื่อให้ ง่ายต่อการหาของป่า ส่งผลให้เกิดควัน มลภาวะทางอากาศ ซึ่งอนุภาคของฝุ่นละอองขนาดเล็กเหล่านี้มีผลกระทบต่อระบบทาง เติมนหายใจ ส่งผลให้การควบคุมโรคหืดลดลง¹¹

4. ระบบฐานข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหืด จากสถานการณ์ พบว่า ไม่มีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ไม่มีการ เชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนสู่ชุมชน ซึ่ง เครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนางานโรคเรื้อรัง คือ ฐานข้อมูล ผู้ป่วยโรคหืด¹² โดยจะต้องมีการนำข้อมูลที่เป็นประโยชน์มา ช่วยในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วย และนำผลการมา สะท้อนคิดร่วมกัน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะทำให้คลินิก โรคหืดได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหืดได้อย่างต่อเนื่อง



จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า อุปสรรคในการดูแลป้องกันไม่ให้เกิดอาการหอบกำเริบส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีแรงสูดยาพ่นลดลง แม้จะมีการประเมินการใช้ยาพ่น แต่ด้วยยาพ่นแต่ละชนิดมีเทคนิคการใช้ยาแตกต่างกัน ร่วมกับการเจ็บป่วยด้านจิตใจ คุณภาพการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้า และโรคอ้วน อาจส่งผลหรือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการควบคุมโรคหืดได้ ดังนั้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาให้เกิดกระบวนการประเมินปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบกำเริบ การคัดกรองภาวะซึมเศร้า การใช้ยาพ่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาพ่นที่ถูกวิธี ถูกเทคนิค⁷⁻⁹ และเหมาะสมกับระดับการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยแต่ละราย การรับส่งข้อมูลเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในชุมชนตามบริบทที่เหมาะสมของชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบที่จะตามมาหากไม่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้ในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเสนอข้อมูลการดูแลต่อเนื่องต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อกำหนดนโยบายในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหืดในชุมชน
2. ควรมีการกำหนดในการควบคุมมลภาวะทางอากาศฝุ่น PM 2.5 โดยดำเนินการในภาพรวมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชนได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน ควรออกแบบบริการที่สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และเน้นการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคโดยการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่
4. ควรมีการกำหนดรูปแบบหรือรายการในการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของผู้ป่วยโรคหืด เพื่อทบทวนแนวทางการรักษาของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับระดับการควบคุมโรคหืด

5. ควรจัดระบบบริการในการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อการควบคุมโรคหืดในผู้ป่วยรายใหม่แบบรายบุคคล โดยเฉพาะปัจจัยด้านสุขภาพจิตและความเครียด

6. ควรมีการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดทั้งในคลินิกและในชุมชนให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และมีคู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหืด

7. ควรมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดเก็บและจัดทำระบบฐานข้อมูลทางคลินิกที่เป็นปัจจุบัน และสามารถสื่อสารร่วมกับสหวิชาชีพได้อย่างรวดเร็ว โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทุกท่าน ในการช่วยเหลือให้คำแนะนำและการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยโรคหืดและครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยเม็กทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้เป็นอย่างดี

References

1. World Health Organization. Chronic respiratory disease. Scope: asthma [Internet]. Who.int. 2017 [cited 2017 July 6]. Available from: <https://www.who.int/respiratory/asthma/scope/en>.
2. Strategy and Planning Division. Health status: public health statistics A.D. 2019 [Internet]. 2021 [cited 2020 March 1]. Available from: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf.
3. Boonsawat W, editors. Improvement of health service systems in Contracting Unit for Primary Care. Bangkok: Bulletin Company Limited; 2011.
4. Barr V, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly 2003; 7(1): 73-82.



5. Stringer ET. Action research. (2nd ed). London: Sage Publications; 2007.
6. Thai Asthma Council and Association. Clinical Guideline for Asthma Care. Bangkok: Beyond enterprise; 2017.
7. Arpibanwana S, Wattanakitkrileart D, Pongthavornkamol K, Dejsomritrutai W. Factors influencing disease control in patients with asthma. Journal of Nursing Science 2018; 36(4): 39-51.
8. Putkong S, Panpakdee O, Malathum P, Kawamatawong T. Factors related to self-care behavior for medication use and perceived asthma control in older persons with asthma. Ramthibodi Nursing Journal 2011; 17(3): 309-26.
9. Weravaitaya W. Outcomes of easy asthma Clinic in Samroiyod Hospital. Region 4-5 Medical Journal 2019; 38(1): 51-60.
10. Butarach K, Ruangkli C. Development of case management model for the care of person with asthma at Chiangyuen Hospital, Maha Sarakham Province. Mahasarakham hospital Journal 2016; 13(1): 18-27.
11. Office of Air Quality and Noise Management Bureau, Pollution Control Department. Air pollution in Bangkok: real-time air quality index [Internet]. 2018 [cited 2018 June 4]. Available from: <http://air4thai.pcd.go.th/webV2/download.php>.
12. Srivanitchakan S, editors. Health service system for patient with chronic illness. Practical issue in chronic disease. Bangkok: Sahamipattana printing; 2016.
13. Naosuwan S, Naosuwan K. Self-care behaviors of patients with asthma. Journal of Nursing and Health Research 2017; 18(1): 28-38.
14. Tareram J, Ua-Kit N. The effect of motivation promoting program on self-management behavior in asthmatic adult patients. Journal of Nursing and Health Care 2018; 36(3): 221-232.