



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืดเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย และมีรายงานถึงอุบัติการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้นในประเทศทั่วโลก (1-3) โดยสามารถส่งผลกระทบต่อในหลายๆด้าน เช่น คุณภาพชีวิตที่ลดลง ค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น ความเสี่ยงต่อการต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือ กระทั่งการเสียชีวิต แม้ว่าในหลายประเทศและองค์กรต่างๆ ได้สร้างแนวทางการดูแลรักษาโรคหืดมาใช้แล้วก็ตาม แต่พบว่าผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่ยังคงมีการควบคุมโรคที่ไม่เพียงพอ (4) อัตราการเกิดโรครวมถึงอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคนี้ยังคงสูงอยู่ (5) โดยเมื่อปี พ.ศ. 2543 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยโรคหืดที่มาเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินจำนวน 1.8 ล้านราย ต้องเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 495,000 ราย และ เสียชีวิต 4,487 ราย (6) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2545 มีผู้ป่วยต้องเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบรุนแรง 102,245 ราย และมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 1 ล้านรายที่ต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน (7)

ได้มีความพยายามที่จะเพิ่มการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดให้ดีขึ้นกว่าเดิม โดยการสร้างระบบที่มุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหืดและเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (5) ปัจจุบันโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองถือได้ว่าเป็นระบบที่มีความจำเป็นต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดได้อย่างประสบความสำเร็จ (8) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก (5, 8, 9) ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหืด (asthma education) การทำให้ผู้ป่วยสามารถติดตามภาวะของโรคด้วยตนเอง (self-monitoring) การนัดพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ (regular medical visit) และ การให้แผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษร (written action plan) แก่ผู้ป่วย

การศึกษาและพัฒนาถึงการนำระบบนี้มาใช้ในผู้ป่วยโรคหืดได้ริเริ่มขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 1980 ที่ประเทศนิวซีแลนด์ และ ออสเตรเลียเพื่อรองรับปัญหาอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหืดที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นอันดับต้นๆของโลก (10) เกิดขึ้นจากการที่แพทย์พบว่าการที่ผู้ป่วยต้องใช้เวลา นานกว่าจะทราบว่าตนเองเกิดอาการกำเริบของโรคหืดขึ้นและเริ่มทำการรักษานั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่อัตราการเกิดโรคและเสียชีวิต (1) โดยหลังจากการศึกษาแรกเกี่ยวกับระบบนี้ของ Beasley และคณะ (11) เมื่อปีค.ศ. 1989 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบนี้ จึงเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา ซึ่งผลการศึกษาในหลายๆงานวิจัยภายหลังก็ช่วยยืนยันให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบนี้ โดยพบว่าสามารถเพิ่มการควบคุมโรคหืด (5, 8-19) เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา (5, 17) เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (8, 9, 14, 15) ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา (8, 18) และ ลดอัตราการ

เสียชีวิตจากโรค (10, 13) ยกตัวอย่างเช่น ผล systematic review (9) ซึ่งทำการศึกษาดำเนินการด้วยวิธี randomized controlled trial เปรียบเทียบผลระหว่างการรักษาผู้ป่วยโรคหืดตามปกติกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยร่วมกับโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเอง พบว่าวิธีการหลังสามารถเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทั้งทางสถิติและคลินิก ได้แก่ การลดลงของรายงานจากผู้ป่วยถึงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน การพบแพทย์นอกเหนือจากวันนัด จำนวนวันที่ต้องหยุดงาน การเกิดอาการหอบตอนกลางคืน (nocturnal asthma) และ ค่าใช้จ่ายทางอ้อม (indirect cost) เนื่องจากโรคหืด รวมถึงการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ส่วนผลการศึกษาโดย Janson และคณะ (17) แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตอโรยด์ชนิดสูดของผู้ป่วยโรคหืดที่อยู่ในโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีการบันทึกผลการรักษาโรคหืดโดยอาศัยเครื่องฟีกโฟลมิเตอร์กับอาการแสดงของโรค แต่ไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหืด และแผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษร และ ผลการศึกษาโดย Beasley และคณะ (13) พบว่าการใช้แผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษรสามารถลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 70 ซึ่ง National Asthma Education and Prevention Program (NAEPP) แนะนำให้มีการใช้แผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษรเป็นส่วนหนึ่งของระบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหืด โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงของโรคปานกลางถึงมาก หรือ ผู้ป่วยที่มีประวัติอาการหอบรุนแรง (19)

การนำระบบนี้มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดไม่จำเป็นที่แพทย์จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบเท่านั้น หลายการวิจัยในต่างประเทศได้แสดงให้เห็นถึงผลสำเร็จของโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหืดโดยเภสัชกรซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในทีมการรักษาพยาบาล (20, 21) และในประเทศไทยก็ได้มีการศึกษาถึงระบบนี้เช่นกัน (22) โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการสอนเกี่ยวกับโรคหืด ยาที่ใช้ และ เทคนิคการใช้เครื่องฟีกโฟลมิเตอร์ ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำการใช้ยาตามปกติ ผลการศึกษาหลังจากให้บริการ 3 เดือนผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดกับการดูแลตนเอง และ ค่าความเร็วสูงสุดของลมหายใจออก (Peak Expiratory Flow Rate; PEFr) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่มีการให้แผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการปรับเปลี่ยนขนาดหรือชนิดของยาด้วยตนเอง ตามค่าความเร็วสูงสุดของลมหายใจออก หรือ อาการแสดงของโรค ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ระบบนี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (5, 8, 9) และ ไม่มีการวัดผลในด้านความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการรักษาโรคหืดในระยะยาว (5, 23)

จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเพื่อศึกษาถึงผลของการนำโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองซึ่งมีการนำแผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษรมาใช้สำหรับผู้ป่วย

นอกโรคหืด โดยเปรียบเทียบกับผลลัพธ์จากการรับบริการจากโรงพยาบาลตามปกติ และ นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยประกอบการพิจารณาในการนำระบบนี้มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยไทยโรคหืดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของ โครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืดที่มี

ประวัติอาการหอบรุนแรงในด้าน:

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคและยาของผู้ป่วยโรคหืด
2. ความถูกต้องในการใช้ยาชนิดสูด
3. ความร่วมมือในการใช้ยาชนิดสูดสำหรับควบคุมอาการ
4. ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่
 - 4.1 ผลการควบคุมโรคหืด
 - 4.2 ผลการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่องพีคโฟลมิเตอร์
5. คุณภาพชีวิต

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับบริการจากโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคและยาของผู้ป่วยโรคหืดไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการจากโรงพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับบริการจากโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองจะมีความถูกต้องในการใช้ยาชนิดสูดไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการจากโรงพยาบาลตามปกติ
3. ผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับบริการจากโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองจะมีความร่วมมือในการใช้ยาชนิดสูดสำหรับควบคุมอาการไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการจากโรงพยาบาลตามปกติ
4. ผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับบริการจากโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองจะมีผลลัพธ์ทางคลินิกไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการจากโรงพยาบาลตามปกติ
5. ผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับบริการจากโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองจะมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการจากโรงพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ทำการศึกษาและติดตามผลในผู้ป่วยนอกโรคหืดที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหืด แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2549 ถึง เดือนมีนาคม 2550

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยนี้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการได้เฉพาะที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น
2. การวิจัยนี้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอกที่อาจมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วย เช่น สภาพอากาศ สิ่งแวดล้อมที่บ้านและที่ทำงานของผู้ป่วย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การรับบริการจากโรงพยาบาลตามปกติ หมายถึง ผู้ป่วยโรคหืดได้รับบริการทุกขั้นตอนเหมือนทุกครั้งที่มาใช้บริการ ได้แก่ การตรวจรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคประจำคลินิกโรคหืด และ การตรวจสอบความถูกต้องของยาและใบสั่งยารวมถึงการจ่ายยาพร้อมการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรที่ห้องจ่ายยา
2. ผู้ป่วยโรคหืดที่มีประวัติอาการหอบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินหรือ เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากการกำเริบของโรคหืดซึ่งเฉียบพลันและรุนแรง
3. ความร่วมมือในการติดตามภาวะของโรคด้วยตนเองโดยอาศัยค่าความเร็วสูงสุดของลมหายใจออก หมายถึง การที่ผู้ป่วยซึ่งถูกกำหนดให้ติดตามและประเมินการควบคุมโรคหืดโดยใช้เครื่องพีคโฟลมิเตอร์ที่บ้านเป็นประจำตอนเช้าและเย็น ทำการบันทึกค่าความเร็วสูงสุดของลมหายใจออกมากกว่า 30 ครั้งต่อเดือน (ร้อยละ 50.0)
4. ความร่วมมือในการใช้แผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อเกิดอาการกำเริบของโรค หมายถึง การที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษรทุกขั้นตอนเมื่อเกิดอาการกำเริบของโรคขึ้น
5. ผลลัพธ์ทางคลินิก หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากโรคหรือการรักษา (24) โดยใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยในด้านผลการควบคุมโรคหืด และ ผลการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่องพีคโฟลมิเตอร์
 - 4.1 ผลการควบคุมโรคหืด ทำการประเมินจากข้อมูลดังต่อไปนี้
 - 4.1.1 คะแนนจากแบบประเมินการควบคุมโรคหืด
 - 4.1.2 จำนวนวันของการสูญเสียการทำงาน (ไม่รวมวันหยุดงานที่ต้องมารับการรักษาจากแพทย์ตามนัดหรือเมื่อขาด) เนื่องเกิดอาการกำเริบของโรคหืด

4.1.3 จำนวนครั้งของการพบแพทย์ก่อนนัดหมาย เข้ารักษาที่แผนกฉุกเฉิน หรือ เข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล และ การได้รับการสั่งจ่ายยา prednisolone เนื่องจากมีอาการกำเริบของโรคหืด

4.2 ผลการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่องพีกโฟลมิเตอร์

การตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่องพีกโฟลมิเตอร์เป็นการหาค่าความเร็วสูงสุดของลมที่ถูกเป่าออกมาจากปอดที่มีความจุเต็มโดยเร็วและแรง เรียกว่า ค่าความเร็วสูงสุดของลมหายใจออก (Peak Expiratory Flow Rate; PEF) ซึ่งค่าที่วัดได้มีหน่วยเป็นลิตรต่อนาที (L/min) ใช้เป็นเครื่องชี้วัดถึงการอุดกั้นของหลอดลมขนาดใหญ่ (25)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับบริการจากโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคและยาของผู้ป่วยโรคหืดมากขึ้น มีความถูกต้องในการใช้ยาชนิดสูดมากขึ้น มีความร่วมมือในการใช้ยาชนิดสูดสำหรับควบคุมอาการมากขึ้น มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการจากโรงพยาบาลตามปกติ
2. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยสามารถใช้ประกอบการพิจารณาในการนำระบบนี้มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยไทยโรคหืดต่อไป