

สถานการณ์การให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดชัยภูมิ

Health Services for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease
in District Hospitals in Chaiyaphum

ยุดา ตั้งภาพงษ์ (Yada Tungphaphong)* ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ (Dr.Supon Limwattananon)**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ เพื่อนำไปพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การเก็บข้อมูลทำโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 15 แห่งในจังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับแนวคิองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประการของระบบสุขภาพ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชัยภูมียังขาดงบประมาณสนับสนุนรวมทั้งขาดการติดตามดูแลจากผู้มีอำนาจรับผิดชอบในระดับจังหวัด และเมื่อพิจารณาการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโดยเปรียบเทียบกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าปัญหาส่วนใหญ่ที่พบคือเรื่อง spirometry ยังไม่สามารถใช้งานได้เต็มประสิทธิภาพ ระบบข้อมูลที่มีความยุ่งยากและซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน และการขาดอัตราค่าลงเนื่องจากบุคลากรในคลินิกต้องมียุทธศาสตร์การทำงานหลายส่วนเป็นปัญหาสำคัญต่อความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ

ABSTRACT

This study aims to explore the current situation of health services for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in district hospitals in Chaiyaphum. Data collection was performed using self-administrative questionnaire and indepth interview with nurse managers who oversaw the COPD clinics in 15 district hospitals. Based on the “six building block framework of health system, those COPD clinics lacked of adequate financial support as well as an oversight from health authority at the provincial level. For the caring process, when compared with the COPD practice guideline, use of spirometry was inefficient. In addition, information system was too complicated; whereby health care personnel was not adequately supplied. These problems are priority issues for the COPD service to be sustained and well functioning.

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การให้บริการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Health services, District hospitals

* นักศึกษา หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถือเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคช้า และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการผิดปกติในระยะแรก จะเริ่มสังเกตเห็นความผิดปกติก็เมื่อมีอาการมากแล้ว และหลังจากนั้นอาการจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆทำให้ผู้ป่วยต้องทนทรมานกับโรคเป็นเวลานาน (วัชรา, 2554) อ้างถึงใน ปีทมา, 2556) จากการสำรวจประชากรซึ่งมีอายุเกิน 40 ปี พบว่า พบว่าผู้ที่อยู่ในชุมชนส่วนใหญ่ซึ่งคัดกรองพบว่า เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเป็นระยะที่ไม่รุนแรง แต่ในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่กลับเป็นผู้ป่วยซึ่งมีอาการในระยะรุนแรงแล้ว (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553) มีข้อมูลสนับสนุนว่าการค้นหาผู้ป่วยด้วย spirometry และเริ่มการรักษาผู้ป่วยในระยะไม่รุนแรงจะช่วยชะลอการดำเนินของโรคและความรุนแรงของโรคได้ดีกว่าการเริ่มการรักษาผู้ป่วยเมื่อมาโรงพยาบาลในระยะซึ่งรุนแรงแล้ว (Leff, 2005; Barthwal, Singh, 2014) ดังนั้นการคัดกรองผู้ป่วยด้วย spirometry เพื่อวินิจฉัยโรคในช่วงระยะเริ่มแรก และทำการรักษาในระยะที่ไม่รุนแรงจึงมีความสำคัญต่อผลในการรักษา ด้วยสาเหตุนี้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคนี้ในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่จึงเน้นการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรค เพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาในระยะแรกเริ่ม และการทำการดูแลผู้ป่วยในแบบเชิงรุก และแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Chronic care model ได้รับการประยุกต์เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศเหล่านั้น

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model) เป็นกรอบแนวคิดซึ่งอธิบายเกี่ยวกับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพซึ่งจะดำเนินการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care) เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีผลการรักษาที่ดีขึ้น โดยจะมีการทีมบริการด้านสุขภาพที่เน้นเชิงรุก (Epping, 2004) มีงานวิจัยซึ่งเป็นการศึกษาโดยการสืบค้นอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูล MEDLINE, CINAHL และ Cochrane ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งได้รับการดูแลโดยใช้ทฤษฎี Chronic care model เปรียบเทียบกับผู้ที่ได้รับการดูแลโดยแบบแผนปกติโดยทำการสืบค้นงานวิจัยที่ดีพิมพ์หลังจากเดือน สิงหาคม 2005 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการโรคโดยใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอัตราการเข้านอนโรงพยาบาลและการรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อยกว่ากลุ่มปกติ (Sandra et al., 2007)

ในประเทศไทยแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นส่วนหนึ่งในนโยบายการจัดการโรคเรื้อรังของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยทั้งสองโรคมีผลการรักษาตามเป้าหมายมากขึ้นผลรวมทั้งมีผลข้างเคียงและอาการแทรกซ้อนลดลง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) อย่างไรก็ตามสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังพบว่าการนำมาใช้ยังไม่แพร่หลาย

สำหรับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลนั้นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพหลายแห่งได้จัดทำแผนตามแนวคิดองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประการของระบบสุขภาพซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ (World Health Organization, 2010)

ดังนั้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และคัดกรองผู้ป่วยได้ในระยะแรกเริ่มและทำการรักษาที่รวดเร็วบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่มีการศึกษาว่าเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งในจังหวัดชัยภูมิโดยเปรียบเทียบกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และระบบสุขภาพตามแนวคิดองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประการของระบบสุขภาพ เพื่อประเมินระดับการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในสถานพยาบาลระดับต่างๆ ของจังหวัดชัยภูมิ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเก็บข้อมูลในผู้ให้ข้อมูลซึ่งได้แก่พยาบาลที่รับผิดชอบหลักในการดูแลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชัยภูมิทั้งสิ้น 15 อำเภอ จำนวน 15 คนโดยไม่มีการสุ่ม การเก็บข้อมูลจะแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บข้อมูลในระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559 - กันยายน พ.ศ. 2560 สถานที่เก็บข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนซึ่งผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม และแบบแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเครื่องมือทั้งสองส่วนผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ดังนี้

แบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุม และความเหมาะสมเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำมาให้พยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงจำนวน 3 ท่านอ่านและตอบแบบสอบถาม เพื่อเป็นผู้ทดสอบความเข้าใจในเนื้อหา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามจำนวน 20 ข้อ โดยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับองค์ประกอบพื้นฐานของระบบสุขภาพ แต่ละข้อประกอบด้วย 2 ตัวเลือก คือ มี หรือ ไม่มี

แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก มีการตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และเนื่องจากหน้าที่รับผิดชอบซึ่งดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน ผู้วิจัยจึงสร้างสัมพันธภาพอันดีกับผู้ให้สัมภาษณ์ เพื่อให้การสัมภาษณ์เป็นไปอย่างราบรื่น และผู้ให้สัมภาษณ์มีความสะดวกใจที่จะเล่าข้อมูลในเชิงลึกเกี่ยวกับสถานพยาบาลที่ตนเองปฏิบัติงาน

การเก็บข้อมูลเริ่มจากการส่งแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ขนาดของโรงพยาบาลที่สังกัด และระยะเวลาที่จัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำหรับเนื้อหาในส่วนที่ 2 คือข้อคำถามทั้งสิ้น 20 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเพื่อศึกษาลักษณะการดำเนินงานในคลินิก และโรงพยาบาลตามโครงสร้างแนวคิดองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประการของระบบสุขภาพหลังจากได้ข้อมูลจากแบบสอบถามแล้ว ข้อมูลดังกล่าวจะถูกนำมาพิจารณาร่วมเพื่อเป็นข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกต่อไป ซึ่งแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกจะสัมภาษณ์ตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE592204

ผลการวิจัย

โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชัยภูมิตั้งแต่ทั้งหมด 15 แห่ง ซึ่งทุกแห่งมีการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลคลินิกเพียงคนเดียว การวิจัยนี้เก็บข้อมูลในพยาบาลผู้ดูแลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 คน ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิตามโครงสร้างแนวคิดองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประการของระบบสุขภาพโดยใช้แบบสอบถาม และตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของสถานพยาบาล

ศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดในจังหวัดชัยภูมิรวมทั้งสิ้น 15 แห่ง ประกอบไปด้วยโรงพยาบาลขนาด 150 เตียง 1 แห่ง 90 เตียง 3 แห่ง 60 เตียง 2 แห่ง 30 เตียง 8 และ 10 เตียง 1 แห่ง โดยทุกโรงพยาบาลมีการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้ว โรงพยาบาลที่เปิดงานนานที่สุดคือ 13 ปี รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้คือพยาบาลซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 15 คน เป็นเพศหญิง 14 คน และเพศชาย 1 คน ผู้ให้ข้อมูลมีอายุระหว่าง 30-40 ปี จำนวน 6 คน, 40-50 ปี จำนวน 6 คน และ มากกว่า 50 ปี จำนวน 3 คน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสถานพยาบาลและผู้ให้ข้อมูล

code	hospital			case manager			
	size	start COPD (Yr)	doctor	gender	age	experience (Yr)	COPD clinic (Yr)
001	150	2550	2	หญิง	43	20	2
002	90	2552	1	หญิง	52	30	8
003	90	2553	1	หญิง	33	10	5
004	90	2547	1	หญิง	57	35	13
005	60	2557	1	หญิง	45	20	3
006	60	2555	1	หญิง	37	15	5
007	30	2554	1	หญิง	31	9	3
008	30	2547	1	หญิง	43	20	5
009	30	2554	1	หญิง	53	30	6
010	30	2555	1	หญิง	37	18	5
011	30	2554	0	หญิง	46	24	6
012	30	2553	1	ชาย	37	13	7
013	30	2551	1	หญิง	39	15	5
014	30	2550	1	หญิง	44	20	10
015	10	2559	1	หญิง	42	17	1

2. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามโครงสร้างแนวคิดองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประการของระบบสุขภาพ

ข้อมูลจากแบบสอบถามจะนำเสนอผลการศึกษาโดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ตามโครงสร้างแนวคิดองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประการของระบบสุขภาพ ได้แก่

2.1 การให้บริการด้านสุขภาพ (Health service delivery)

จากแบบสอบถามซึ่งศึกษาในโรงพยาบาล 15 แห่งในจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ในจำนวนนั้น 11 แห่ง มีการคัดกรองผู้ป่วยโดย spirometry การประสานงานกับคลินิกคอบหืด และให้คำแนะนำเรื่องเลิกบุหรี่ร่วมด้วย ทุกแห่งยังจัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และดูแลรักษาตามแนวทางที่เหมาะสมโดยสหสาขาวิชาชีพ มีการจัดทำระบบจัดเก็บข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาที่อื่นในโรงพยาบาลขนาดเล็ก 13 แห่ง ดังแสดงในตารางที่ 2

2.2 มีบุคลากรที่มีคุณภาพซึ่งทำงานมีประสิทธิภาพ (Health workforce)

บุคลากรซึ่งทำงานในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดชัยภูมิประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เกษัชกร และกายภาพบำบัด แพทย์ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ขนาด 150 เตียง ซึ่งอายุรแพทย์เป็นผู้ดูแลการดำเนินการ 1 แห่ง และโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง 3 แห่ง ที่มีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น โรงพยาบาล 2 แห่ง มีนักโภชนาการเข้าร่วมดูแลผู้ป่วย และโรงพยาบาลทุกแห่งมีการสนับสนุนการอบรมเพื่อเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยในทุกสาขาวิชาชีพ ดังแสดงในตารางที่ 2

2.3 มีระบบข้อมูลผู้ป่วย (Information system)

ระบบข้อมูลผู้ป่วย ทั้ง 15 แห่ง มีการลงข้อมูลผ่านระบบ HosXP ของโรงพยาบาล และ 9 แห่งมีการลงข้อมูลในฐานข้อมูลคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย (Easy Asthma COPD Clinic, EACC) ร่วมด้วย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ ตามโครงสร้างแนวคิดองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประการของระบบสุขภาพ

code	แพทย์	สาขา	อื่นๆ	อบรม	คลินิกอดบุหรี่	guideline	ทีม	IT	ฐานข้อมูล	ส่งต่อ
001	2	MED, GP	กายภาพ, โภชนาการ	/	/	/	/	/	EACC HosXP	/
002	1	GP	กายภาพ, โภชนาการ	/	/	/	/	/	EACC HosXP	-
003	1	GP	กายภาพ	/	/	/	/	/	EACC HosXP	-
004	1	Ped	กายภาพ	/	/	/	/	/	EACC HosXP	/
005	1	Fam med	กายภาพ	-	/	/	/	/	HosXP	/
006	1	Fam med	กายภาพ	/	/	/	/	/	EACC HosXP	/
007	1	GP	กายภาพ	/	/	/	/	/	HosXP	-
008	1	GP	กายภาพ	/	/	-	/	/	EACC HosXP	/
009	1	GP	กายภาพ	/	/	/	/	-	HosXP	/
010	1	GP	กายภาพ	/	/	/	/	/	HosXP	/
011	1	GP	กายภาพ	/	/	/	/	/	EACC HosXP	/
012	1	GP	กายภาพ	/	/	/	/	/	EACC HosXP	/
013	1	GP	กายภาพ	/	/	/	/	/	HosXP	/
014	1	GP	กายภาพ	/	/	/	/	/	EACC HosXP	/
015	1	GP	กายภาพ	/	-	/	/	/	HosXP	/

2.4 มี ยา วัคซีน และเทคโนโลยีซึ่งสามารถใช้งานได้ (Medical products, Vaccines, Technologies)

โรงพยาบาลทุกแห่งมีรายการยาที่ใช้ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบถ้วน ยาที่ใช้เพื่อควบคุมอาการ ได้แก่ ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่น ซึ่งมีทั้งยาที่แบบมีตัวยาเดี่ยวๆ (Budesonide) และยาสูตรผสมระหว่างสเตียรอยด์และยาขยายหลอดลม (Fluticasone + Salmeteral) อย่างไรก็ตามไม่มีโรงพยาบาลใดมียากลุ่ม long acting muscarinic antagonist (Tiotropium) ซึ่งเป็นยาอีกรายการที่ใช้เพื่อควบคุมอาการ

สำหรับยาขยายหลอดลมเพื่อบรรเทาอาการนั้น โรงพยาบาลทุกแห่งมียาพ่น Salbutamol inhaler และส่วนใหญ่มีร่วมกับยาพ่นขยายหลอดลมสูตรผสม คือ Ipratropium และ Fenoterol สำหรับยาชนิดรับประทาน ทุกโรงพยาบาลมียา Theophylline ชนิดเม็ด และยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นกลุ่ม Beta agonist เช่น Salbutamol และ

Terbutaline แต่โรงพยาบาลที่มียาชนิดออกฤทธิ์ช้าในกลุ่ม Beta agonist มีเพียงโรงพยาบาลขนาด 150 เตียง เพียงแห่งเดียว
ดังแสดงในตารางที่ 2

ในส่วนเครื่องมือที่ใช้คัดกรองโรค โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดชัยภูมิมีเครื่อง spirometer พร้อม
ใช้งานแล้ว อย่างไรก็ตามยังคงมีโรงพยาบาลอีก 3 แห่ง ซึ่งยังไม่ได้อบรมการใช้งาน 4 แห่งยังไม่ได้เริ่มใช้งานจริง ดัง
แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 ยาและเทคโนโลยีที่มีในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ

Code	size	Medicines							Spirometry	
		Reliever				Controller			Spirometer	Function
		SABA MDI	SABA tab	Berodual MDI	LABA tab	ICS	LAMA	ICS+LABA		
001	150	/	/	/	/	/	-	/	1	1
002	90	/	/	/	-	/	-	/	1	1
003	90	/	/	/	-	/	-	/	1	1
004	90	/	/	/	-	/	-	/	1	-
005	60	/	/	/	-	/	-	/	1	1
006	60	/	/	/	-	/	-	/	1	1
007	30	/	/	/	-	/	-	/	1	1
008	30	/	/	/	-	/	-	/	1	-
009	30	/	/	-	-	/	-	/	1	1
010	30	/	/	/	-	/	-	/	1	1
011	30	/	/	/	-	/	-	/	-	-
012	30	/	/	/	-	/	-	/	1	1
013	30	/	/	/	-	/	-	/	-	-
014	30	/	/	/	-	/	-	/	1	1
015	10	/	/	/	-	/	-	/	1	1

สำหรับองค์ประกอบอีก 2 ส่วนของโครงสร้างแนวคิดองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประการของระบบ
สุขภาพ ซึ่งได้แก่การสนับสนุนทางการเงิน และการมีผู้นำองค์กรที่ดี ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามพบว่าคลินิกโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรังทุกแห่งไม่มีการระบุข้อมูลองค์ประกอบทั้ง 2 ส่วนนี้

3. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 5 ส่วนเทียบเคียงจากแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การ
สร้างความสามารถในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย, การออกแบบระบบการให้บริการ, การสนับสนุนการตัดสินใจ, ระบบ
ฐานข้อมูลที่ใช้ และการประสานงานดูแลผู้ป่วยในส่วนชุมชน

3.1 การสร้างความสามารถในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย

ได้แก่ การสร้างความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่าคลินิกในแต่ละ โรงพยาบาลได้
มีการดูแลในส่วนนี้ และผู้ป่วยในส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ดี ปัญหาที่พบบ่อยคือเรื่องความร่วมมือในการรักษา

การสูบบุหรี่ และปัญหาจากสภาพแวดล้อม เนื่องจากอาการของโรคในช่วงแรกเริ่มมักจะไม่ได้แสดงชัดเจน ผู้ป่วยจึงมักจะไม่มีประวัติระงับการปฏิบัติตัว และบางรายก็อาจมีข้อจำกัดเรื่องการทำงาน ครอบครัว และที่อยู่อาศัย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“บางทีเราก็ทำอะไรไม่ได้เช่นอย่างมีคนไข้คนนึงอยู่บนเขาเกษขอบผาข้างแล้วก็มีมา exacerbate มา ER บ่อยมาก บอกทุกครั้งนะ แต่แกก็ไม่สนใจใจ เราก็ไม่ค่อยอยากบอกแล้วหลังๆ ก็ต้องปล่อยไป” (code 002)

“ส่วนใหญ่เรื่องสิ่งแวดล้อมค่ะ ควันอาหารหรือบางทีระแวกบ้านทำอาหารมีควัน เจอควันแล้วคนไข้ก็หอบเยอะ มา ER บางทีแบบนี้จะบอกเค้าเสี่ยงก็ยาก ก็ให้ดูแลในบ้านไปก่อนเอาเท่าที่ทำได้ อันไหนป้องกันได้ก็ทำ” (code 007)

บุคลากรทางการแพทย์แต่ละสาขาจะมีการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละส่วน โดยพยาบาลจะแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว ความรู้เรื่องโรค คัดกรองและแนะนำเลิกบุหรี่ เกษชกรแนะนำเรื่องยา เทคนิคการใช้ยาและข้อมูลอื่นเรื่องยา ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเพียงพออาจเพิ่มนักโภชนาการมาเพื่อให้ความรู้เรื่องอาหารที่แนะนำและควรหลีกเลี่ยง อย่างไรก็ตามปัญหาส่วนใหญ่ในการให้บริการคือการขาดแคลนนักกายภาพบำบัดซึ่งจะช่วยในการสอนการหายใจ และการออกกำลังกาย รวมทั้งการประเมินอาการบางอย่างของผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“กายภาพที่โรงพยาบาลเราเพิ่งออกไปคนนึงตอนนี้เหลือคนเดียว ช่วงหลังส่วนที่เป็นงานของกายภาพเลยไม่มีก็เสียดยอยู่ค่ะเพราะตอนช่วงที่ทำจริงจังกู้รู้สึกดีขึ้น คนไข้ก็บอกว่าดี อย่างพวกฝึกการหายใจแนะนำเรื่องออกกำลังกายแต่เดี๋ยวนี้อาจไม่ได้ทำแล้วเพราะเค้ามาดูแลไม่ได้” (code 010)

ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยติดเตียงที่มีโรคร่วม จะมีการส่งข้อมูลผ่านฐานข้อมูล ThaiCOC เพื่อดูแลร่วมกัน กรณีที่มีเครื่องมือที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะประสานกับโรงพยาบาลชุมชนที่สังกัดเพื่อทำการจัดหา

“ส่วนมาก stage หลังๆจะส่งข้อมูลไปรพสต. ถ้าเป็นคนไข้ admit ward เค้าจะดูเรื่องนี้ ก็จะมีทำ D/C plan ก็ส่งข้อมูลผ่าน COC ของพี่ก็จะตามดูว่าบ้านไหนขาดเหลือต้องใช้อะไรเพิ่ม รพสต.เค้าก็จะส่งข้อมูลมาพี่ก็จะจัดหาให้ แล้วของพี่ก็จะเพิ่มเรื่องดูยาด้วย ถ้าคนไข้เคลไหน lost F/U ก็ฝากเค้าดู ยาพอใหม่ ต้องส่งอะไรไปเพิ่มไหม” (code 004)

3.2 การออกแบบระบบการให้บริการแก่ผู้ป่วย

คือการออกแบบระบบการดูแลเพื่อให้เหมาะสมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับการดูแลผู้ป่วยในคลินิกแต่ละที่ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีการแยกรักษาเป็นคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลในแต่ละด้าน แต่ด้วยภาระงานซึ่งต้องดูแลหลายส่วน ทำให้งานบางอย่างไม่สามารถทำได้สมบูรณ์ในระยะยาว ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ที่ว่าคลินิกเรานั้นก็ไม่ได้เหมือนพวกคลินิก DM นะ อย่างคลินิก DM เราไม่ต้องดูอะไรเยอะ ดูแค่ดูตาดูเท้าก็แค่นั้นแต่ COPD ต้องทำอะไรหลายอย่างแค่ซักประวัติกับเป่าปอดก็ยาวละ แล้วยังต้องอย่างอื่นอีกคนทำก็มีเท่ากันกับคลินิกอื่นมันก็ไม่ทัน ไหนจะต้องลงข้อมูลคนไข้อีก” (code 002)

“เอาจริงตอนนี้พี่ยอมรับเลยว่าไม่ได้ดูคนไข้ละเอียดขนาดนั้น เพราะ COPD ต้องดูหลายอย่าง คนทำงานก็ไม่กี่คน เวลาคุยกับคนไข้ ซักประวัติก็ไม่ได้ถามอะไรเยอะ ยิบย่อยอะไรก็ไม่ได้สนใจ เพราะไม่มีเวลา” (code 001)

เนื่องจากยาหลักที่ใช้รักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นยาพ่น เกษชกรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะดูแลเรื่องยา เทคนิคในการใช้ยา รวมทั้งตรวจสอบความเหมาะสมในการสั่งจ่ายยาโดยแพทย์ เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างเหมาะสม ดังข้อมูลต่อไปนี้

“อยู่ที่นี้เกิ้ลซจะดูคนไข้หลังพบแพทย์ เกิ้ลซจะดูเรื่องพันยาทุกเคส ถ้ามีปัญหาเรื่องใบสั่งยาที่ intern สั่งก็จะ consult ถ้าเคสขึ้นอันแล้วเราว่าไม่โอเค เกิ้ลซจะ consult med อีกทีให้ confirm” (code 002)

เนื่องจากการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องประเมินการทำงานของปอดโดยใช้เครื่อง spirometer ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีเครื่อง และบุคลากรผ่านการอบรมรวมทั้งเริ่มนำมาใช้กับผู้ป่วยตามแนวทางของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว อย่างไรก็ตามพบปัญหาจากการใช้เครื่องในผู้ป่วยจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีอาการรุนแรง การดูแลเรื่องฝึกการหายใจก่อนเป่าอาจช่วยลดปัญหานี้ แต่เป็นการเพิ่มภาระงานและทำให้เพิ่มเวลาในการเป่า

“spiro มีปัญหาเยอะ เป่ายาก ยิ่งคนไข้ COPD อายุเยอะ แรงก็ไม่ค่อย ต้อง advice ทีเดียว เจอส่วนใหญ่คือเป่าแล้วไอ ต้องฝึกหายใจก่อน ถ้าเป่าสามครั้งยังไม่ได้ส่งต่อโรงพยาบาลศรีฯ อยู่บนเครื่องเค้าดีกว่า เป่าง่ายกว่าเรามาก เรายังห้องเป่าก็ไม่มี เวลาที่จำกัดเพราะเค้าก็จะใช้ห้องต่อ คนอบรมมาน้อย” (code 002)

“spiro นี้มีเครื่องแล้ว อบรมมาแล้ว แต่ปัญหาคือเป่ามาแล้วกราฟไม่ได้ อาจเป็นเพราะไม่ได้สอนหายใจแล้วก็คนไข้สูงอายุด้วยทำให้ผลยังไม่ดี เรากำหนดกันว่าคนไข้ใหม่ให้เป่าทุกเคสนี้ยังไม่ได้ซักเคสเพราะกราฟไม่สวย” (code 010)

เนื่องจากลักษณะโรคซึ่งมักพบในผู้ป่วยสูงอายุ จึงพบปัญหาเรื่องโรคร่วมเยอะ หรือผู้ที่มีอาการรุนแรง ทำให้มีข้อจำกัดในการรักษาในโรงพยาบาลต้องทำการตรวจเยี่ยมบ้าน โดยเชื่อมโยงกับฐานข้อมูล ThaiCOC ซึ่งพบว่าไม่มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกลับมาที่คลินิก การส่งต่อข้อมูลยังทำได้ยากจากรายๆ ไปตั้งผู้ให้ข้อมูลรายนี้

“ส่งต่อข้อมูลกันนี้ไม่มีระบบอะไรรับ ก็คุยกันเอง โรงพยาบาลเล็กๆ ทีมที่รู้จักกันหมด ทีมเยี่ยมบ้านนี้ผมก็ดูแลด้วยอยู่แล้ว เพราะผมก็อยู่ในทีมนี้ด้วยเหมือนกัน” (code 012)

นอกจากการส่งต่อเยี่ยมบ้านแล้วการดูแลให้คำแนะนำเรื่องเลิกบุหรี่เป็นส่วนที่จำเป็นในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบอยู่แล้วแต่จะแยกกันกับคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวก โรงพยาบาลบางแห่งจึงแนะนำเรื่องเลิกบุหรี่ในคลินิกเลย และส่งต่อในรายที่มีปัญหา ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“คนไข้ที่ยังสูบบุหรี่หรืออยู่ที่ยายมาส่งไปคลินิกอดบุหรี่นะ แต่ปัญหาคือมันไม่ใช่ one stop service ถ้านัดเข้าคลินิกอดบุหรี่อีกคนไข้ก็จะไม่ยอมมา เพราะคลินิกเค้าไม่ได้สะดวกตลอดเวลา ก็จะนัดคนไข้มาวันหลัง” (code 010)

“คลินิกอดบุหรี่ที่นี้ มีอยู่ข้างๆ กันเลยนี่ละ แต่ส่วนใหญ่พวกพี่ก็ทำเอง เพราะก็เคยไปอบรมมาอยู่แล้ว บางทีคลินิกอดบุหรี่เค้าไม่อยู่ที่ไปช่วยกัน work อยู่นะ ยกเว้นถ้าไม่ไหวจริงๆ ก็ค่อยส่งไปคลินิก แบบพวกถ้าดูแลนานแน่ๆ” (code 004)

3.3 การสนับสนุนการตัดสินใจ

คือ การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติที่มีหลักฐานอ้างอิงเป็นเกณฑ์ ปัญหาคือโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่จะไม่มีแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ที่ทำการตรวจในคลินิกจึงเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์ใช้ทุน ซึ่งอาจดูแลคลินิกประจำ หรือมีการหมุนเวียนเป็นรอบ การหมุนเวียนทำให้แพทย์ที่รักษาขาดความเชี่ยวชาญ เกิดปัญหาการรักษาไม่เหมาะสม ปัญหานี้โรงพยาบาลส่วนใหญ่แก้ไขโดยทำแนวทางการปฏิบัติในการตรวจรักษา

“มีปัญหาเรื่องแพทย์ไม่ค่อย treat ตาม guideline แพทย์จะเป็น intern ก็จะเวียนกันมาดูแลแล้วก็เวลาจะประชุมก็จะไม่ค่อยแน่นอนว่าใครไป เพราะหมุนเวียนไปเรื่อย แล้วแพทย์ก็จะไม่ได้สนใจเรื่อง guideline เพราะเค้าไม่ได้เป็นคนรับผิดชอบ แต่ถ้าเห็น treat แปลก เกิ้ลซจะ consult แพทย์ก็เปลี่ยนให้อยู่” (code 003)

อย่างไรก็ตาม ปัญหาเรื่องความไม่เชี่ยวชาญของแพทย์ไม่ได้เป็นสาเหตุเดียวของการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม บางครั้งการรักษามีอุปสรรคเนื่องจากยามีราคาสูง แม้จะเป็นยาที่จำเป็นต้องใช้ แต่การสั่งจ่ายอาจเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล ทำให้มีการกำหนดเงื่อนไขในการสั่งยาเพิ่มมากขึ้น ดังกล่าวต่อไปนี้

“จริงๆแล้วให้เริ่มใช้ Seretide ใน COPD เลยใช้มัยยะ แต่เรายังทำแบบนั้นไม่ได้เพราะยามันแพง แนวทางโรงพยาบาลเราก็เลยให้เริ่มที่ Budesonide ก่อนทุกเคส Seretide ไว้ใช้เวลาคณ ใช้พัน Budesonide แล้ว ไม่ดีขึ้น” (code 007)

“ที่นี้เดี๋ยวนี้จะพยายามลดการใช้ Seretide แล้วละ เป็นนโยบายโรงพยาบาล คือมันมูลค่าสูง ถ้าคนไข้เริ่มอาการดีขึ้นก็เลยจะพยายามเปลี่ยนไปใช้ Budesonide เว้นแต่ใช้แล้วอาการไม่ดีขึ้นจริงๆ” (code 005)

3.4 ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย

ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยจะช่วยในการกำหนดการตัดสินใจในการดูแลรักษา ระบบฐานข้อมูลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสำหรับทุกโรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิ เนื่องจากมีฐานข้อมูลหลายส่วนที่จำเป็นต้องลงได้แก่ ระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล HosXP, ระบบฐานข้อมูลคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย และระบบฐานข้อมูลของกรมการแพทย์ แต่ทั้งสามส่วนนี้มีแนวทางการลงข้อมูลผู้ป่วยไม่ตรงกัน ทำให้เกิดความสับสนและการลงทั้ง 3 ส่วนเป็นการเพิ่มภาระงาน ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นตรงกันว่า ควรรวมทั้งหมดเป็นฐานข้อมูลเดียว หรือทำให้เชื่อมโยงข้อมูลกันได้ เพื่อลดความซ้ำซ้อน ดังข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์รายนี้

“ที่ลงข้อมูลคนไข้หลายๆตอนนี่จะมี EACC แล้วก็ของกรมการแพทย์ แล้วก็ HosXP นี่ต้องลงอยู่แล้ว ซึ่งสองอันนี้เกณฑ์ไม่ได้เหมือนกันซะทีเดียวก็ยังไม่ลงตัว ถ้าอันไหนที่มีปัญหาที่เลขจะยังไม่ลงเอาเฉพาะอันที่มันได้ทั้งคู่ คือเรื่องลงข้อมูลเนี่ย ถ้าไม่ให้ทำซ้ำซ้อนนะจะไม่ยากเลย ที่จริงควรเลือกเอาอันใดอันหนึ่งเพราะเวลาลงข้อมูลมันยุ่งยาก ซึ่งถ้าข้อมูลพวกนี้มันลิงค์กันได้จะใช้ประโยชน์ได้จริงๆ” (code 009)

นอกจากนี้ฐานข้อมูลบางส่วนซึ่งต้องลงข้อมูล spirometry ซึ่งยังคงเป็นข้อจำกัดในการตรวจวัดดังนี้

“ตอนนี้ลงข้อมูลใน HosXP กับ EACC ไปก่อนครับ ยังไม่ได้ลงของกรมการแพทย์เพราะมีปัญหาเรื่องข้อมูลที่ยังทำได้ไม่ครบคือ Spirometry เรายังทำได้ไม่ complete” (code 012)

3.5 การประสานงานดูแลสนับสนุนจากชุมชนท้องถิ่น

การประสานงานกับชุมชนส่วนใหญ่จะเป็นรูปแบบการรณรงค์และคัดกรองป้องกัน เช่น การร่วมทำโครงการให้ความรู้เรื่องโรคของบุหรี่ การคัดกรองคนในชุมชนซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมาทดสอบ peak flow meter การทำงานของปอดเบื้องต้น เพื่อสามารถทำการรักษาได้รวดเร็วในขณะที่ภาวะโรคยังไม่รุนแรง ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ที่ทำโครงการร่วมกับคลินิกกอดบุหรี่ คือคลินิกกอดบุหรี่เค้าไปเปิดคลินิกที่รพสต.ทุกที่ในเขตอยู่แล้ว พี่ก็จะไปดูว่าคนที่มาเข้าคลินิกมีใครอาการเข้า criteria มั้ย ก็จะส่งมาเป่า spirometry ที่โรงพยาบาล โครงการกอดบุหรี่พวกพี่ก็จริงจัง มีเชิญนายอำเภอมามอบเกียรติบัตรด้วยละ ถ้าคนไหนเลิกได้ ก็ถือดีนะ พี่ว่าแบบนี้มันดีที่ได้จากตอนต้นแล้วเรา treat เค้าได้ไว ใจผลมันก็ดีกว่า” (code 004)

ทั้งนี้ผู้ให้สัมภาษณ์บางคนมีความคาดหวังในการร่วมมือเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถรักษาผู้ป่วยบางส่วน และช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล ดังกล่าวต่อไปนี้

“ตอนนี้คนไข้เยอะมากค่ะ ที่จริงอยากทำโครงการร่วมกับชุมชน หรือรพสต.คืออยากส่งคนไข้ที่อาการคงที่ไปติดตามอาการที่ รพสต. แต่มันจะเพิ่มงานเค้าเยอะ ถ้าจะส่งไปอาจต้องให้ระดับสูงๆคุยให้ ไม่งั้นเค้าก็ไม่ทำ” (code 007)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าเมื่อพิจารณาตามโครงสร้างแนวคิดองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประการของระบบสุขภาพงบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยยังไม่เพียงพอ และขาดการติดตามตรวจสอบจากผู้มีอำนาจในระดับจังหวัดซึ่งปัญหานี้อาจทำให้โรงพยาบาลชุมชนต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ส่งผลต่อคุณภาพในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยในระยะยาว สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ข้อมูลตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Wagner, 2010) ซึ่งพบว่าปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายส่งผลต่อแนวทางการใช้ยาของโรงพยาบาลแม้จะมีรายการยาเหมาะสมเพียงพอในการรักษาก็ตาม

นอกจากนี้ แม้จากแบบสอบถามไม่พบปัญหาจากการขาดแคลนอุปกรณ์เครื่องมือ รวมทั้งเครื่อง spirometer ที่ใช้ในการวินิจฉัย แต่เมื่อสัมภาษณ์เพิ่มเติมกลับพบว่าอุปกรณ์ดังกล่าวยังไม่สามารถใช้งานได้จริง หรืออาจใช้งานได้แต่ไม่เกิดผลเต็มที่ในโรงพยาบาลหลายแห่งเนื่องจากความยุ่งยากในการใช้ ส่งผลต่อการวินิจฉัยเพื่อทำการรักษาที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการศึกษาซึ่งทำการทดสอบคุณภาพการตรวจวัด spirometry ในประเทศไทยซึ่งพบว่าผลการตรวจ โดยผู้ตรวจวัด spirometry ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของสมาคมทรวงอกแห่งอเมริกาและระบบโรคทางกายหายใจแห่งยุโรปเพียงไม่ถึงครึ่ง (Chaicharn et al., 2016) แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ รวมถึงผู้ที่ทำหน้าที่ในการตรวจวัด spirometry ในกรณีที่คาดหวังผลการวินิจฉัยที่เชื่อถือได้ในอนาคต

ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระบบข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ติดตามอาการผู้ป่วยเพื่อวางแผนในการให้บริการในระยะยาว จากการศึกษาพบว่าระบบข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้ในคลินิกประกอบด้วยฐานข้อมูลจาก 3 แหล่ง ซึ่งการใช้ฐานข้อมูลหลายที่ซึ่งเพิ่มภาระงานและเป็นการทำงานซ้ำซ้อน เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานต้องลงข้อมูลหลายส่วนซึ่งไม่มีความเชื่อมโยงและเชื่อมต่อกับงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องทำให้มีความเสี่ยงที่ข้อมูลผู้ป่วยบางส่วนสูญหายเมื่อมีการรับการรักษาที่อื่นนอกเหนือจากคลินิก และนอกจากนี้ยังพบว่าคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องอัตราค่าล้าง ทั้งการขาดแคลนแพทย์ซึ่งประจำดูแลคลินิก ทำให้บางแห่งต้องมีการเวียนแพทย์มาตรวจ และอาจขาดความเชี่ยวชาญ พยาบาลซึ่งต้องทำหน้าที่หลายอย่างในคลินิกเนื่องจากตัวโรคซึ่งต้องมีการดูแลประเมินอาการผู้ป่วยหลายส่วน และการขาดแคลนนักกายภาพบำบัดซึ่งมีส่วนสำคัญในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแก่ผู้ป่วยถึงเหล่านี้นล้วนส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น เพื่อการดูแลที่เหมาะสมและยั่งยืน ปัญหาเหล่านี้ต้องมีการดำเนินการจัดการและแก้ไข ทั้งการตรวจสอบเครื่องมือคัดกรองรวมทั้งผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจวัด การให้การสนับสนุนงบประมาณ จัดสรรอัตราค่าล้างอย่างเหมาะสม ในส่วนนี้ การติดตามตรวจสอบจากผู้ดูแลระดับสูงจะช่วยให้การจัดการปัญหาเป็นไปอย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดเรื่องการเปรียบเทียบในภาพรวม และการปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาที่พบ เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน การดำเนินการต่อไปในรูปแบบการสนทนากลุ่มอาจช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และมีแนวทางแก้ไขร่วมกันในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างมากในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. แนวปฏิบัติการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: ยูเนียนอุลตราไวโอเลต; 2553.
- วิรุฬ ลิ้มสวาท. การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550: กรอบแนวคิด พัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา; 2552.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2558.
- Barthwal MS, Singh S. Early Detection of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Asymptomatic Smokers using Spirometry. *Journal of the association of physicians of india* 2014; 62(1): 238-242.
- British Department of Health. An Outcomes Strategy for COPD and Asthma: NHS Companion Document. London: Crown; 2012.
- Chaicham P, Warawut C, Nittaya P. Quality Assurance of Spirometry for COPD Clinic Accreditation in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2016; 99 (11): 1167-1172.
- Coleman K., Brian TA, Brach C, Wagner EH. Evidence on The Chronic Care Model in The New Millennium. *Health Affairs* 2009; 28(1): 75-85.
- CIC, MacColl Institute for Healthcare Innovation. The Chronic Care Model [online] 2015 [cited 2016 April 16]. Available from: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2
- Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004; 13(1): 299-305.
- George Shakarishvili. Building on Health Systems Frameworks for Developing a Common Approach to Health Systems Strengthening [online] 2009 [cited 2016 February 5]. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/376278-1114111154043/10118341246449110524/HealthSystemFrameworksFINAL.pdf>
- Sandra GA, Paulla KS, Patrick FA, Jacqueline AP, John EC. Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevention and Management. *American Medical Association* 2007; 167(2): 551-561.
- Wagner EH. Academia, Chronic Care, and the Future of Primary Care. *Society of General Internal Medicine* 2010; 25(4): 636-638.
- World Health Organization. Burden of COPD [online] 2015 [cited 2015 February 11]. Available from: <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/>
- World Health Organization. Chronic Obstructive Pulmonary Disease [online] 2015 [cited 2015 February 11]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>



World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production Services; 2010.