

การดูแลผู้ป่วยโรคหืดแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลบุรีรัมย์

วิสารกร มดทอง

ทรงศักดิ์ มยุระสาคร

พรรณนิภา รักพาณิชย์

พนมพร จันละออ

เพลินจิตร ธาราเสาวรณย์

งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหืดมากกว่า 4 ล้านคน มีผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 5 ทุกปี และเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลให้บริการโดยเน้นระบบ 3 ดี ดังนั้นแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์จึงได้ปรับเปลี่ยนการให้บริการเป็นรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพมีการเชื่อมต่อการประสานงานกันในการดูแลผู้ป่วย และให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service) ที่คลินิกโรคหืดผู้ใหญ่ นับตั้งแต่ผู้รับบริการมาขึ้นบัตรจนสิ้นสุดการรับยาที่จุดบริการจุดเดียวโดยศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) ในผู้ป่วยโรคหืดผู้ใหญ่ซึ่งเป็นผู้มารับบริการอย่างต่อเนื่องที่คลินิกจำนวน 250 คน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2552 ถึง 31 ธันวาคม 2553 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า การ admit ลดลงร้อยละ 60 และ ER-visit ลดลงร้อยละ 64.71 ค่า PEFR $\geq 80\%$ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.67 เป็นร้อยละ 89.35 ระยะเวลาการรับบริการลดลง 1 ชั่วโมง 16 นาที ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง 62,053.30 บาท และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95.40 ดังนั้นการให้บริการรูปแบบนี้ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการหอบได้ดีขึ้น ได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจระดับสูง อีกทั้งลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จึงควรบริการให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคหืดรายอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้รับเข้าคลินิกและให้เวลากับกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่ขาดผู้ดูแล อีกทั้งนำรูปแบบการบริการนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ:

ทีมสหสาขาวิชาชีพ, บริการแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service), โรคหืด, ผู้ใหญ่, บุรีรัมย์

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมาพบว่าอุบัติการณ์ของ

โรคหืดมีแนวโน้มสูงขึ้นในหลายประเทศ จากรายงานของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคในสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention) พบว่าใน ค.ศ.1998 ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดใน

วัยผู้ใหญ่มีจำนวน 10.6 ล้านคน ผู้ป่วยมากกว่า 2 ล้านคนต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยจำนวน 423,000 คนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและจำนวน 5,438 คนเสียชีวิตจากโรคหืด⁽¹⁾ ในประเทศไทยพบว่าคุณภาพชีวิต (prevalence) ของโรคหืดคือร้อยละ 5 - 9 ในผู้ใหญ่ ใน พ.ศ. 2539 มีอัตราป่วย 140.57 ต่อประชากร 100,000 คนและเพิ่มขึ้นเป็น 164.26 ใน พ.ศ. 2543⁽²⁾ และพบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยมากกว่า 4 ล้านคน ผู้ป่วยโรคหืดซึ่งมีอาการหอบเฉียบพลันรุนแรงที่เข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2546 - 2547 มีจำนวน 93,234 และ 90,293 คนตามลำดับ⁽³⁾ มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหืด 806 คนใน พ.ศ. 2540 และเพิ่มเป็น 1,697 คน ใน พ.ศ. 2546⁽⁴⁾ ในรอบ 1 ปีผู้ป่วยโรคหืดร้อยละ 20.8 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล 4 ครั้งขึ้นไปและร้อยละ 4.2 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตั้งแต่ 10 ครั้งขึ้นไป⁽⁵⁾ ร้อยละ 31 ในผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นโรคหืดต้องขาดเรียนหรือขาดงานอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 27 มีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน⁽⁶⁾ รายงานด้านสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 775.49 บาทต่อครั้ง⁽⁷⁾ และพบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหืดร้อยละ 5 ทุกปี⁽⁸⁾ ซึ่งส่วนใหญ่จะเสียชีวิตก่อนที่จะถึงโรงพยาบาลทั้งสิ้นเนื่องจากปัญหาการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องและขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของโรคหืด ผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหืดที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินเนื่องจากเกิดอาการหอบทำให้ต้องขาดเรียน ขาดงาน เสียเวลา เสียโอกาสและยังพบว่าผู้ป่วยโรคหืดต้องถูกจำกัดอิสรภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การเล่นกีฬา การนอน การเข้าสังคม ซึ่งปัญหาดังกล่าวไม่สามารถประเมินการสูญเสียเป็นมูลค่าได้⁽⁹⁾ อีกทั้งโรคหืดอาจเป็นอันตรายรุนแรงถึงชีวิตได้และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยส่วนใหญ่เป็นค่ารักษาในห้องฉุกเฉินและการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต และยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

และรวมถึงด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยด้วย ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขจำเป็นต้องให้ความรู้ในการรักษาและควบคุมโรคอย่างถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคหืดและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืด⁽¹⁰⁾

สถิติผู้ป่วยโรคหืดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ปี 2546 - 2547 ที่มารับบริการงานผู้ป่วยนอกจำนวน 1,395 และ 1,287 คน ผู้ป่วยในมีจำนวน 203 และ 206 คน ผู้ป่วยในมีอัตราตายร้อยละ 2.46 และ 2.91 ตามลำดับ กลุ่มงานผู้ป่วยนอกได้ร่วมมือกับเครือข่ายคลินิกโรคหืดแห่งประเทศไทยดำเนินการจัดตั้งคลินิกโรคหืดผู้ใหญ่ขึ้นเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2548 เพื่อปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด และได้มีการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพมีการเชื่อมต่อประสานงานกันในการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดการทำงานเป็นทีมของ ชัยพร วิชชาวุธ⁽¹¹⁾ ที่บอกถึงประโยชน์ของการทำงานเป็นทีมและเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลให้บริการโดยเน้นระบบ 3 ดี ประกอบกับจากแบบสอบถามความพึงพอใจที่ผู้รับบริการประเมินว่าไม่ได้รับความสะดวกต้องเดินหลายจุดบริการ รอานานในการมารับบริการ จึงได้นำแนวคิดของการให้บริการแบบ one stop service มาใช้ในการให้บริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวก รวดเร็วและเกิดความพึงพอใจ ดังนั้นคลินิกโรคหืดผู้ใหญ่จึงได้ปรับแต่งสถานที่ให้เอื้อต่อการมารับบริการโดยปรับรูปแบบการให้บริการเป็นรูปแบบ one stop service นับตั้งแต่ผู้รับบริการมายื่นบัตรจนสิ้นสุดการรับยาที่จุดบริการจุดเดียวและเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยไม่ให้ผู้รับบริการถือบัตรบันทึกผู้รับบริการซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่เดินบัตรทุกจุดบริการ จึงศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการควบคุมอาการหอบและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหืดต่อการให้บริการรูปแบบใหม่

วิธีการศึกษา

ศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research)

เป็นการศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหสาขาวิชาชีพรูปแบบ One Stop Service ในผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่คลินิกโรคหืดผู้ใหญ่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2552 ถึง 31 ธันวาคม 2553 รวม 2 ปี โดยเปรียบเทียบผลการดูแลรักษาในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันระหว่างปี 2552 กับ ปี 2553 ซึ่งเป็นปีที่มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดแบบทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นรูปแบบ one stop service ในเรื่องการ admit, ER-visit ค่าการตรวจสมรรถภาพปอด (PEFR $\geq 80\%$) ระยะเวลาการรับบริการ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในกลุ่มตัวอย่างเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าในผู้-ที่มารับบริการอย่างต่อเนื่องที่คลินิกในระยะเวลา ศึกษา จำนวน 250 คน

การดูแลผู้ป่วยโรคหืดแบบทีมสหสาขาวิชาชีพรูปแบบ One Stop Service ของคลินิกโรคหืด

จากการศึกษารูปแบบเดิมของระบบบริการผู้ป่วยโรคหืดผู้ใหญ่ที่แผนกผู้ป่วยนอกยังให้บริการร่วมกับผู้มารับบริการกลุ่มโรคทางอายุรกรรมทั่วไปที่ตึกอำนวยการชั้น 2 ห้องตรวจอายุรกรรม ซึ่งมีผู้มารับบริการเฉลี่ยวันละประมาณ 300-350 คนทำให้สถานที่ให้บริการค่อนข้างแออัด ประกอบกับมีข้อจำกัดของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ทำให้ต้องรีบ และมีจุดบริการหลายจุดซึ่งตั้งอยู่คนละอาคารอีกทั้งต้องลงไปรับยาที่ห้องยาด้านล่างซึ่งอยู่อีกอาคารหนึ่ง จากการวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการพัฒนาพบว่าสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหืดผู้ใหญ่ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ มีปัญหาและอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยดังนี้ 1) ปัญหาด้านบุคลากรและระบบการให้บริการ 2) ปัญหาด้านสถานที่และอุปกรณ์ 3) ปัญหาเรื่องเวลาในการให้บริการ 4) ปัญหาผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองและพญาไม่ถูกต้อง

ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้วางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเป็นรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพรูปแบบ one stop service ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ โดยมีการเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านบุคลากรและวางระบบการให้บริการ สถานที่และอุปกรณ์ เวลาในการให้บริการ ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองและพญาไม่ถูกต้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 จัดเตรียมบุคลากรและวางระบบการให้บริการเพื่อรองรับการบริการแบบ one stop service ดังต่อไปนี้

1. จัดเจ้าหน้าที่ประกอบด้วยแพทย์พยาบาล และเภสัชกร เข้าประชุมอบรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง Easy Asthma Clinic (เครือข่ายคลินิกโรคหืดแห่งประเทศไทย)

2. กำหนดบทบาทหน้าที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่คลินิก ได้แก่บทบาทของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ผู้ช่วยเหลือคนไข้

3. วางระบบการให้บริการเพื่อรองรับ one stop service

3.1 ด้านเวชระเบียนจัดเตรียมเจ้าหน้าที่เวชระเบียนเพื่อการค้นประวัติผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วัน

3.2 ด้านเอกสารแบบฟอร์มข้อมูลประวัติผู้ป่วย จัดผู้ช่วยเหลือคนไข้ค้นเอกสาร ตามทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยนัดล่วงหน้า 1 วัน

3.3 ด้านสารสนเทศ ติดตั้งระบบ Home C สามารถรายงานผล lab และติดตั้งระบบ scan ไปส่งยาและประวัติการนอนโรงพยาบาล สามารถลดระยะเวลาของการติดตามประวัติเก่า/ประวัติการนอน โรงพยาบาล และประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย

1.2 จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์

1. สถานที่สำหรับดำเนินการได้ปรับเปลี่ยนจากห้องตรวจอายุรกรรม งานผู้ป่วยนอก เป็นคลินิกโรคหืด โดยปรับแต่งสถานที่ที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ ปรับแต่งใหม่ให้เหมาะสมโดยจัดเป็นสัดส่วนให้ทุกบริการอยู่ในจุดเดียวกัน

2. จัดซื้อครุภัณฑ์และอุปกรณ์สำหรับอำนวยความสะดวกต่อผู้รับบริการ โดยบางส่วนใช้

ทรัพยากรที่มีอยู่เดิม

1.3 เพิ่มเวลาในการให้บริการ โดยการจัดตั้งคลินิกเฉพาะโรคหืดแยกจากห้องตรวจอายุรกรรม ให้เวลาบริการ 1 วัน/สัปดาห์ และแบ่งหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานชัดเจนทำให้มีเวลาในการให้บริการมากขึ้น

1.4 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองและพยายาไม่ถูกต้อง พยาบาลสอนสุขศึกษาให้ความรู้ทั้งรายบุคคล/รายกลุ่ม แจกแผ่นพับความรู้ มีวิดีโอประกอบการสอนและประเมินความรู้ และเภสัชกรสอน สาธิต ประเมินการสูด/พยายาของผู้ป่วย ทุกครั้งที่มารับบริการที่คลินิก

2. ระยะเวลาในการ เมื่อผู้ป่วยมารับบริการ จะมีกระบวนการปฏิบัติดังนี้

- 1) ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยวัดสัญญาณชีพ
- 2) พยาบาลคัดกรองประเมินอาการ ประเมินค่าความเร็วของลมในปอดด้วย peak flow meter
- 3) ชักประวัติตามแบบฟอร์มข้อมูลผู้ป่วยเมื่อเริ่มการรักษา ประเมินผลการรักษาตามแบบประเมินผลการรักษาและประเมินผลการรักษาต่อเนื่องตามแบบประเมินผลการรักษาต่อเนื่อง⁽¹²⁾
- 4) ผู้ช่วยเหลือคนไข้เรียกคิวตรวจ ช่วยแพทย์ขณะตรวจโดยการควบคุมดูแลของพยาบาล
- 5) แพทย์ให้บริการตรวจรักษา ให้ข้อมูลแผนการรักษา คำแนะนำต่าง ๆ
- 6) พยาบาลให้บริการหลังพบแพทย์ ให้คำแนะนำเรื่องโรค สอนสุขศึกษา แจกแผ่นพับความรู้เรื่องโรคหืดรวมถึงการทำกิจกรรมกลุ่มพูดคุยหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วย
- 7) เภสัชกรสอนสาธิต ประเมินการสูดยา พนยา และตรวจสอบการใช้ยา การได้รับยาของผู้ป่วยโรคหืดทุกครั้งที่ได้รับบริการที่คลินิก
- 8) นักกายภาพบำบัดสอนและฝึกกายบริหาร การหายใจ การไออย่างถูกวิธีและแจกแผ่นพับการฝึกกายบริหาร การหายใจให้กับผู้ป่วยโรคหืด
- 9) พยาบาลบันทึกข้อมูล ให้ใบนัด ลงทะเบียน

ผู้ป่วยโรคหืด รวบรวมข้อมูล และส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคหืดให้แก่เครือข่ายโรคหืดแห่งประเทศไทยทางอินเทอร์เน็ต

10) ผู้ป่วยโรคหืดที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายกลับบ้านต้องส่งพบพยาบาลประจำคลินิกโรคหืดเพื่อประเมินความเร็วของลมในปอด,สอนสุขศึกษาและนัดเข้าคลินิกโรคหืด

11) ส่งเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาต้องติดตามได้แก่มืออาการหอบกลางวันและกลางคืน มากกว่า 4 ครั้ง/เดือน

12) ระบบติดตามนัดในรายที่ขาดนัดมากกว่า 2 สัปดาห์มีจดหมาย / โทรศัพท์ตาม กรณีขาดนัดมากกว่า 1 เดือนประสานงานกับสถานีอนามัยใกล้บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. แบบฟอร์มข้อมูลประวัติผู้ป่วยเมื่อเริ่มการรักษา แบบประเมินผลการรักษา และแบบประเมินผลการรักษาต่อเนื่อง⁽¹²⁾
2. เวชระเบียนผู้ป่วย เป็นแบบฟอร์มบัตรบันทึกผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ประกอบด้วยชื่อ สกุล อายุ เพศ ที่อยู่ ซื่อบิดา ชื่อมารดา หมายเลข hospital number เป็นต้น
3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกโรคหืดผู้ใหญ่ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อและข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจ มีจำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อประกอบไปด้วย 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านการให้บริการของบุคลากร จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านกระบวนการ และขั้นตอนการให้บริการจำนวน 4 ข้อ 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและสถานที่จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านผลจากการให้บริการจำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราลิกเกิร์ต (Likert scale) แบบประเมินความพึงพอใจได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามที่ดัดแปลงแก้ไขแล้วไปทดสอบ (pre-test) กับผู้มารับ

บริการงานผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ได้ค่า reliability เท่ากับ 0.93

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจและเก็บข้อมูลจากแบบฟอร์มประวัติผู้ป่วยและแบบประเมินการรักษาต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการแสดงข้อมูลทั่วไป และเปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อระหว่างปี 2552 กับปี 2553

ผลการศึกษา

พบว่าผู้มารับบริการคลินิกโรคติดเชื้อผู้ใหญ่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74 มีอายุอยู่ระหว่าง 36-55 ปีร้อยละ 55.20 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.80 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 54 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 82.80 อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองร้อยละ 89.60 เริ่มหอบตั้งแต่อายุน้อยกว่า 6 ปีร้อยละ 42.80 ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ร้อยละ 77.60 ไม่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 81.60 บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นสามีร้อยละ 47.60 ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหอบหืดร้อยละ 74.40 ไม่ไปใช้บริการสถานบริการอื่นร้อยละ 92 ใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ร้อยละ 98 ใช้ยาขยายหลอดลมร้อยละ 100 และใช้ลิทมิบัตร์ทองคิดเป็นร้อยละ 66 (ตารางที่ 1)

จำนวนครั้งการมาที่ห้องฉุกเฉินปี 2553 เนื่องจากอาการหอบลดลงกว่าปี 2552 โดยลดลงร้อยละ 64.71 จำนวนครั้งของการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ เนื่องจากอาการหอบปี 2553 ลดลงกว่าปี 2552 โดยลดลงร้อยละ 60 และค่าสมรรถภาพปอดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐานของปี 2553 เพิ่มขึ้นกว่าปี 2552 โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.92 และทั้ง 2 ปีมีค่าสมรรถภาพปอดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะกลุ่มประชากรของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ คลินิกโรคติดเชื้อผู้ใหญ่ (n=250 คน)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	65	26.0
หญิง	185	74.0
อายุ (ปี)		
< 35	47	18.8
35 - 55	138	55.2
56 - 75	65	26.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	182	72.8
มัธยมศึกษา	35	14.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	33	13.2
อาชีพ		
เกษตรกร	135	54.0
รับจ้าง	62	24.8
อื่น ๆ	53	21.2
สถานภาพ		
โสด/หม้าย/หย่าร้าง	43	17.2
สมรสคู่	207	82.8
ประวัติโรคประจำตัว		
มี	56	26.5
ไม่มี	194	73.5
ประวัติการสูบบุหรี่		
สามี/ภรรยาสูบบุหรี่	119	47.6
บิดา/มารดา	56	22.4
อื่น ๆ	85	30.0
ประวัติการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์		
ใช่	245	98.0
ไม่ใช่	5	2.0
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	165	66.0
เบิกได้/ประกันสังคม	85	34.0

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนครั้งของการมาที่ห้องฉุกเฉิน (ER-visit), การกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำเนื่องจากอาการหอบ (admit) และค่าสมรรถภาพปอดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน (PEFR-Peak expiratory flow rate) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างปี 2552 กับปี 2553 (n = 250 คน)

ข้อมูล	ปี 2552 (มค.- ธค. 52)		ปี 2553 (มค.- ธค. 53)		
	Mean	SD	Mean	SD	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการกลับมาที่ห้องฉุกเฉิน	0.17	0.64	0.06	0.30	ลดลง 64.71
จำนวนครั้งของการกลับเข้านอน ร.พ.ซ้ำ	0.05	0.22	0.02	0.13	ลดลง 60.00
ค่าสมรรถภาพปอดมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน (PEFR) (litre/min)	87.67	18.21	89.35	17.21	เพิ่มขึ้น 1.92

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหืด ต่อคลินิกโรคหืดผู้ใหญ่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ปี 2553 จำแนกตามรายด้านและภาพรวม (n = 250 คน)

ด้าน	ระดับความพึงพอใจ			ร้อยละ
	\bar{x}	SD	ระดับ	
ด้านการให้บริการของบุคลากร	4.70	0.50	มากที่สุด	94.00
ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ	4.65	0.46	มากที่สุด	93.00
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและสถานที่	4.62	0.51	มากที่สุด	92.40
ด้านผลจากการให้บริการ	4.73	0.45	มากที่สุด	94.60
ภาพรวม	4.77	0.42	มากที่สุด	95.40

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่ารักษาของจำนวนครั้งของการมาที่ห้องฉุกเฉิน (ER-visit) การกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำเนื่องจากอาการหอบ (admit) และระยะเวลาให้บริการ ของคลินิกโรคหืดผู้ใหญ่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างปี 2552 กับปี 2553 (n=250 คน)

รายการ	พ.ศ. 2552	พ.ศ. 2553	ผลลัพธ์
ค่ารักษา ER-Visit (บาท)	2,500	1,800	- 700
ค่ารักษา admit (บาท)	102,255.50	40,902.20	- 61,353.30
รวมค่ารักษาลดลง (บาท)			62,053.30
ระยะเวลาให้บริการ (ชั่วโมง/คน)	4.35	3.19	- 1.16

วิจารณ์

การดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหสาขาวิชาชีพรูปแบบ one stop service ในผู้ป่วยโรคหืด คลินิกโรคหืดผู้ใหญ่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการหอบได้ดีขึ้นได้แก่อัตราการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน นอนโรงพยาบาลลดลงและค่าสมรรถภาพปอดดีขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรุฒ มณีขาว⁽⁷⁾ และ อารณีย์ จตุรภัทรวงศ์⁽¹⁰⁾ ผู้รับบริการได้รับบริการที่ สะดวก รวดเร็ว ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ระดับสูงสอดคล้องกับแนวคิดการให้บริการแบบ one stop service ของกรุงเทพมหานครปี 2546 อีกทั้งลด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และทีมผู้ให้บริการเมื่อ

ทำงานเป็นทีมทำให้เกิดความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจ ความสามัคคีในทีมซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการทำงานเป็นทีมของ ชัยพร วิชชาวุธ⁽¹¹⁾ ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ป่วย ทีมงาน และโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรบริการให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคหืดรายอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้รับเข้าคลินิกและควรใช้เวลาในการสอนกับกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีขาดผู้ดูแล
2. นำรูปแบบการบริการนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่นความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง
3. ขยายเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยไปยังส่วนต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลทั่วไป และมีการเชื่อมประสานงานกันในการดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชลิต ทองประยูร ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ คุณศรีสะอาด ศรีสุรินทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ คุณพรรณนิภา รักพาณิชย์ หัวหน้างานผู้ป่วยนอก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการได้รับความร่วมมือร่วมใจอย่างดียิ่งจากบุคลากร และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนผู้ป่วยและผู้ดูแลทุก ๆ ท่านที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคหืดผู้ใหญ่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ขอขอบคุณ เครือข่ายคลินิกโรคหืดแห่งประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์นายแพทย์วัชรา บุญสวัสดิ์ ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในด้านเอกสารและวิชาการมาโดยตลอด และขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรา ชื่นวัฒนา ที่ช่วยเสนอแนะปรับปรุงงานวิจัยนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Wagner C. Pathophysiology and diagnosis of asthma. Nurs Clin North Am 2003;38(4):541-70.
2. ปรียานุช ศิริมัย. การประเมินคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นผู้ใหญ่ในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548.
3. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. [serial online] [สืบค้นเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2549]; [2 หน้า]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.moph.go.th>.
4. วัชรา บุญสวัสดิ์. โรคหืด. ใน: นิธิพัฒน์ เจียรกุล,บรรณาธิการ. ตำราโรคระบบการหายใจโดยสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์; 2550. หน้า 93-6.
5. กฤษณา ศรีสำราญ, ดวงกมล จิระตราฐ, มัทรี นครน้อย, วิโรจน์ เขียมจรัสรังสี, สมชัย บวรกิตติ. การเฝ้าระวังโรคหืดโดยใช้ข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาล. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2544;10(4):656-63.
6. สมคิด อุณเสมาธรรม, บัณฑิตย์ พรมเทียนอ่อน, ณิชุกุล กวานะวิเชียร, สุชาติ จิระจักรวัฒนา, สุชัย เจริญรัตนกุล, ชัยเวช นุชประยูร. การศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติต่อโรคและการรักษาของผู้ป่วยโรคหืด. วารสารวิมลโรคและโรคทรวงอก 2544;22(3):147-54.
7. ณิชวุธ มณีขาว. การประเมินการจัดการโรคหอบหืดในจังหวัดอุดรธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพ, คณะวิทยาศาสตร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
8. ประพาฬ ยงใจยุทธ. สภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย (Thai Asthma Council). วารสารชมรมผู้ป่วยโรคหืด 2549;47:2.
9. วัชรา บุญสวัสดิ์. Asthma news. วารสารชมรมผู้ป่วยโรคหืด 2547;38:2.
10. อภรณ์ จตุรภัทรวงศ์. ผลของการปรับยาทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกโรคหืดโดยการให้คำปรึกษาแนะนำที่โรงพยาบาลวารินชำราบ. อุบลราชธานี: ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน; 2545.
11. ชัยพร วิชชาวุธ. การทำงานร่วมกันเป็นทีม. [serial online] [สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน 2551]; [5 หน้า]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://lopburi.dlt.go.th/downloads/doc/team.ppt>.
12. เครือข่ายคลินิกโรคหืดแห่งประเทศไทย (Easy Asthma Clinic Network). แบบข้อมูลประวัติผู้ป่วยเมื่อเริ่มการรักษา และแบบประเมินผลการรักษา. [serial online] [สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2547]; [2 หน้า]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://eac2.dbregistry.com>.

Abstract **One Stop Service for Asthma Patients Care by a Multidisciplinary Team of Buriram Hospital**

Wisagorn Modthong, Songsak Mayurasakorn, Punnipa Rukpanich, Panomporn Junla-or, Pernjit Tarasaowarop

Buriram Hospital

Journal of Health Science 2012; 21:1149-56.

Asthma is a chronic disease and number of asthmatic patients had increased to more than four million asthma patients in Thailand and 5 percent mortality was reported. The Ministry of Public Health has a policy that all hospitals services are provided by 3D system, so Buriram's outpatient unit set up a multidisciplinary team providing integrates care- One Stop Service.

This descriptive research studied 250 adult asthma patients who were regularly undergoing treatment at Asthma clinic during January 1, 2009 - December 31, 2010. Data were analyzed by using percentage, mean, and standard deviation.

The results showed that patient admission decreased 60 percent, ER-visit also decreased 64.71 percent and the ≥ 80 percent of PEF (Peak Flow Expiratory Rate) increased from 87.67 percent to 89.35 percent. After "One Stop Service" was implemented, the average time spent at Adult Asthmatic Clinic decreased by 1.16 hours. Expenses on medical treatment decreased by 62,053.30 bath and satisfaction rate increased to 95.40 percent. Therefore, this 3D system service allows patients to control asthmatic symptoms better, more easy access resulting in higher patients' satisfaction and less medical care expense. This service model can be provided to other asthma patients in order to increase the service accessibility. Moreover, it can be applied to other patient groups such as hypertensive and stroke.

Key words: multidisciplinary team, One Stop Service, asthma, adult, Buriram