

ผลของแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้กระบวนการเสริมพลังเครือข่าย

Effects of guidelines for accessing services in asthma and COPD clinic by using a network Empowerment process

ภรณ์พรชสร พุฒวิชัยดิษฐ์

Ponnapassorn Puttawichaidit

พยม., วพย., อพย. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม

M.N.S., Dip. ACNP, department of nursing,

Luangphorpern hospital Nakhonpathom province

ยุทธกรานต์ ชินโสตร

Yutthakran Chinasote

พบ , วว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม

M.D., Dip. Thai Board of Family Medicine,

Director of Luangphorpern Hospital Nakhonpathom province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สาเหตุของผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) แนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกระบวนการเสริมพลังเครือข่าย และ 3) เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการนำแนวทางไปปฏิบัติ โดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมพลังของกิบสัน (Gibson, 1995) มาปรับใช้ เครือข่ายประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง 38 คน ครอบครัวกรณีผู้ป่วยเด็ก จำนวน 2 คน ทีมสุขภาพ 5 คน อสม. จำนวน 11 คน คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า การดำเนินการวิจัยมี 4 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสาเหตุผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) กระบวนการเสริมพลังเครือข่ายเพื่อค้นหาแนวทางร่วมกัน ด้วยการประชุมกลุ่ม ระยะที่ 1 และ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและสถิติบรรยาย 3) การนำแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังไปปฏิบัติและประเมินผลเป็นระยะเพื่อนำไปสู่การปรับแผน 4) การสรุปและเปรียบเทียบผลการวิจัยด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัย พบว่าหลังกระบวนการเสริมพลังเครือข่ายได้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ หาแนวทางในการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังจากผู้ป่วย/ ครอบครัว ได้แก่ อาชีพ เช่น ทำงานโรงงาน เดินทางไม่สะดวก ไม่มีคนพามาตรวจ ลืมวันนัด ติดธุระ ยาเหลือ คิดว่าอาการดีขึ้นไม่ต้องใช้ยา ติดเรียน นัดหลายโรคไม่ตรงกัน จำวันนัดผิด จากทีมสุขภาพ

ได้แก่ คำพูด/พฤติกรรมบริการ แพทย์เปลี่ยนบ่อย เจ้าหน้าที่น้อย ใบนัดตัวหนังสือเล็กอ่านไม่ชัดเจน จากระบบบริการ ได้แก่ ขั้นตอนมาก รอนาน วันเปิดบริการน้อย แนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ นัดนาน 2-3 เดือนในรายที่ไม่สะดวกมาและคุมอาการได้ นักเรียนมา 15.30-16.00 น. โทรศัพท์เตือน เยี่ยมบ้าน ให้ความรู้การรักษาต่อเนื่อง นัดพร้อมโรคอื่น โทรเลื่อนนัด บริการ Hotline อยู่ใกล้กันมาด้วยกัน ชุมชนร่วมมือ จัดแพทย์ประจำ เสริมเจ้าหน้าที่ ปรับปรุงพฤติกรรมบริการ ใบนัดตัวหนังสือใหญ่ขึ้น จัดระบบ One Stop Service เปิดบริการทุกสัปดาห์ หลังการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมารักษาในคลินิกเพิ่มขึ้นร้อยละ 45.93 คน และ 49.14 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการขาดนัดและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบหลังจากการนำแนวทางไปปฏิบัติ น้อยกว่าก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะให้มีการแก้ปัญหาโดยใช้เครือข่ายเป็นศูนย์กลางในการหาแนวทางร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง1, กระบวนการเสริมพลังเครือข่าย2

Abstract

This participatory action research The objectives were to study 1) the causes of patients not accessing services in the asthma and obstructive pulmonary clinic, 2) guidelines for accessing the services in the asthma and obstructive pulmonary clinic by means of network empowerment and 3) comparing the results before and After implementing the guidelines By using Gibson's empowerment framework (Gibson, 1995) to adapt the network consisting of 38 asthma and COPD patients, families in the case of 2 children, 5 health teams and 11 volunteers. Selected according to the selection criteria There are 4 phases of the research, which are 1) the study of the cause of patients not accessing the services in the chronic asthma and obstructive pulmonary clinic by using in-depth interviews. 2) The network empowerment process to find ways to collaborate with the phase group meeting. 1 and 2 analyze data by analyzing content and descriptive statistics. 3) Implementing guidelines for access to services in the chronic asthma and obstructive pulmonary clinic and The evaluation is to contribute to the plan, 4) summary and comparison of results with statistics, Paired t-test determines the level of statistical significance. 01.

The results show that after the network empowerment process has jointly analyzed the cause Find ways to access services in the asthma and obstructive pulmonary clinic. Cause patients do not have access to services in the chronic asthma and obstructive clinic from patients / families, such as occupations such as factory work, inconvenience. No one came to check. Lost the appointment date, busy with drugs. I think that the symptoms improve. No need to use drugs to schedule appointments. Many diseases do not match.

Remember the wrong appointment date from the health team, including words / behavior in service. Doctors change frequently Little officer The notice of the letter is not clear. From the service system, consisting of many steps, long waiting days, few service days Guidelines for accessing services in the chronic asthma and obstructive pulmonary clinic, including appointments for 2-3 months. In cases that are inconvenient to come and control the symptoms, students come in 15.30-16.00 hrs. Make an appointment with other diseases, call to postpone the appointment, Hotline service is close together, come together, the community cooperate to organize doctors regularly Reinforce staff Improve service behavior Big letter appointment is arranged. One Stop Service system is open every week. After the research, 45.93% and 49.14% of patients were admitted to the clinic when comparing the average number of scheduled visits and the number of visits to the emergency room with an asthma attack after The implementation of the guideline is less than before, the guideline implementation is statistically significant at .01 level. This research suggests that the problem solving by using the network. The center to find a common approach. Which will lead to good results according to the set goals

Keywords: access to services in the asthma and COPD clinic¹, Network empowerment process²

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคของระบบทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นในทุกเพศทุกวัย อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ หายใจมีเสียงหวีด (Wheeze) ซึ่งเกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม (Chronic airway inflammation) ทำให้หลอดลมมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าปกติ (Bronchial hyper responsiveness) มีผลทำให้หลอดลมตีบแคบลง ผู้ป่วยจึงมีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก ไอ หายใจมีเสียงหวีด โดยอาการเป็นๆหายๆ เกิดในช่วงกลางคืนหรือเช้ามืด ภาวะหลอดลมตีบแคบส่วนใหญ่อัปเดตกลับคืนปกติได้เองหรือหลังได้รับการรักษา (เบญจมาศ ช่วยชู และคณะ, 2556: 53) ปัจจุบัน ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดพัฒนาไปมาก ทำให้เรามีวิธีการรักษาที่ได้ผลทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตเหมือนคน

ปกติ เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบของหลอดลมที่เกิดปฏิกิริยาทางภูมิแพ้ของร่างกายต่อสารก่อโรค ดังนั้นผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังทุกรายจึงควรได้รับการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ชนิดสูดพ่น (Inhaled Corticosteroids: ICS) ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงในการลดการอักเสบและมีผลข้างเคียงต่ำ (วัชร บัญสวัสดิ์, 2556) ผู้ป่วยจึงควรได้รับการรักษาเพื่อใช้อย่างต่อเนื่อง ส่วนโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ทำให้มีการตีบแคบของทางเดินหายใจและมีการสูญเสียความยืดหยุ่นของปอด มีอากาศค้างในถุงลมเล็กจึงเกิดแรงต้านในทางเดินหายใจมากขึ้น ผู้ป่วยต้องใช้แรงมากในการหายใจ ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ผู้ป่วยจึงหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวร่างกาย เมื่อการดำเนินของโรคเป็นมากขึ้นผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง

ไม่สามารถทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้เช่นคนปกติ เมื่อสมรรถภาพปอดลดลงมากๆ ก็จะมีอาการรุนแรงขึ้น เหนื่อยง่ายขึ้นแม้เพียงพอกิจวัตรประจำวัน และมีอาการโรคกำเริบบ่อยๆ ทำให้ต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และนอนรักษาในโรงพยาบาลในที่สุด อาจจะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพราะไม่สามารถหายใจเองได้เพียงพอเนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เป้าหมายหลักของการรักษา เพื่อคงสภาพร่างกายให้ดีที่สุด และลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (American Lung Association [ALA], 2014 ; คณะทำงานพัฒนาแนวแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553) การรักษาที่สำคัญวิธีหนึ่งคือการมารักษาด้วยยาสูดพ่นอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ยังผลให้ผู้ป่วยมีอาการบรรเทาลงหรือหายจากอาการลดความถี่ความรุนแรงของภาวะโรคกำเริบลง (นิธิพัฒน์ เจริญกุล, 2552)

สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงของกระทรวงสาธารณสุข มีผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการจำนวน 960 ครั้ง และ 224 ครั้ง ตามลำดับ มีอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และ ER Visitสูงเป็น 1 ใน 5 โรค และจากการเก็บข้อมูลมีผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่เข้าถึงการรักษาในคลินิกสูงถึงร้อยละ 50.11 และมีการขาดนัดอยู่ร้อยละ 7.04 ในปี 2560 (โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง, 2558-2560) ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่าคนปกติไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา และโรงพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเป็นจำนวน

มาก จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่เข้าถึงบริการในคลินิกก็มีอาการของโรคหืดกำเริบทั้งเวลาและกลางคืน บางรายต้องมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน และบางรายต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แม้ว่า การรักษาโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มีการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐาน แต่ปัจจัยที่สำคัญคือการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัด ที่ผ่านมามีการแก้ไขปัญหผู้ป่วยที่ไม่เข้าถึงบริการในคลินิกในรูปแบบต่างๆ แต่ไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ผู้ป่วยดังกล่าวต้องมีคุณภาพชีวิตโดยรวมด้อยลง จากการรักษาไม่ต่อเนื่อง ทีมผู้วิจัยจึงมีพยายามที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวของผู้ป่วยให้ได้ผล โดยใช้แนวคิดใช้กรอบแนวคิดการเสริมพลังของกิบสัน (Gibson, 1995) มาปรับใช้ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาถึงสาเหตุผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง การใช้กระบวนการเสริมพลังเครือข่ายเพื่อค้นหาแนวทางร่วมกันด้วยในการแก้ไขปัญหา และนำแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังไปปฏิบัติและประเมินผลเป็นระยะเพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์นำไปสู่การปรับแผนจนได้แนวทางที่มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสาเหตุของผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยกระบวนการเสริมพลัง เครือข่าย
3. เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการนำแนวทางไปปฏิบัติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยนำแนวคิดการเสริมพลัง (Empowerment) ของกิบสัน (Gibson, 1995) มาปรับใช้ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ระยะ 1) การค้นหาปัญหา ได้แก่ การสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการศึกษาสาเหตุผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) 2) การวางแผน (Planning) เพื่อแก้ไขปัญหา ได้แก่ กระบวนการเสริมพลังเครือข่ายเพื่อค้นหาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยการประชุมกลุ่ม 3) การปฏิบัติการ (Acting) การนำไปปฏิบัติ และติดตามประเมินผล (Observing) เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์นำไปสู่การปรับแผนการพัฒนาต่อเนื่อง (Re-planning and Reaction) และดำเนินการตามแผนที่ปรับปรุง และ 4) การสรุปผลการวิจัย (Conclusion)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. เมื่อผู้ร่วมวิจัย ยินยอมเข้าร่วมศึกษาและลงลายมือชื่อในใบยินยอมแล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. ศึกษาสาเหตุของการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลตามแนวคำถามที่กำหนดจนข้อมูลอิ่มตัว โดยเลือกเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการให้สัมภาษณ์ ใช้เวลาคนละประมาณ 15-30 นาที ในระหว่างการสัมภาษณ์จะขออนุญาตบันทึกเสียงพร้อมจดบันทึก กลุ่ม

ตัวอย่างสามารถหยุดการให้สัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาไม่ว่ากรณีใดๆ

3. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก มาค้นหาแนวทางเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการประชุมกลุ่ม ในขั้นตอนนี้ใช้กระบวนการเสริมพลังเครือข่ายให้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ในระหว่างการประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยขออนุญาตจดบันทึกและหาข้อสรุปร่วมกันในช่วงท้ายของการประชุม

4. ผู้ร่วมวิจัย นำแนวทางที่ได้ไปปฏิบัติ และติดตามประเมิน และปรับแผนได้ผลลัพธ์ที่ดี

5. สรุปผลการดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณจากรายงานผลการดำเนินงานของคลินิกในฐานะข้อมูลในโปรแกรม Hos-xp ของโรงพยาบาล ในเรื่องจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิก จำนวนครั้งของการขาดนัดและการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบกำเริบก่อนและหลังนำแนวทางไปปฏิบัติ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สมาชิกเครือข่ายประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 38 คน มีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับการรักษาในคลินิก ในช่วงเวลาที่กำหนด สามารถพูด อ่าน ฟังภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย 2) ครอบครัว ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแลกรณีผู้ป่วยเด็ก จำนวน 2 คน มีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นญาติหรือผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับการรักษาในคลินิก ในช่วงเวลาที่กำหนด สามารถพูด อ่าน ฟังภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย 3) ทีมสุขภาพที่ให้บริการในคลินิก ประกอบด้วย

พยาบาลวิชาชีพ 3 คน เกษีกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน รวมเป็น 5 คนโดยเป็นบุคลากรที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 11 คน โดยเป็น อสม. ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 56 คน

การพิทักษ์สิทธิ์

งานวิจัยครั้งนี้ได้ขออนุมัติการดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อบุเป็นและผ่านการพิจารณาจริยธรรมการศึกษารววิจัยในมนุษย์จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษารวครั้งนี้ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยศึกษาในระหว่างดำเนินการโดยไม่เกิดผลเสียใดๆ กรณีผู้ป่วยเด็ก ผู้ปกครองเป็นผู้ให้ความยินยอม เมื่อผู้ร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัยและลงลายมือชื่อในใบยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ที่อยู่ สิทธิการรักษา อาชีพ การศึกษา และข้อมูลเกี่ยวกับโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่ม ซึ่งแนวคำถามมีลักษณะปลายเปิด

3. อุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึก 4) รายงานผลการดำเนินงานของคลินิกจากฐานข้อมูลในโปรแกรม Hos-xp ของโรงพยาบาล

การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (validity) ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามดังกล่าวให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) และภาษาที่ใช้ และได้ปรับแก้ให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนที่จะนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคลและการประชุมกลุ่มโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ประกอบด้วย 1) การประมวลข้อมูล และการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) การจัดแฟ้ม (Establishing file) เพื่อจำแนกและจัดหมวดหมู่ข้อมูล 3) การจัดระบบข้อมูลด้านเนื้อหา เพื่อได้ข้อมูลที่สำคัญ (Significant statement) และ 4) การให้รหัสข้อมูล (Data coding) มีการวิเคราะห์สอบทานข้อมูล (สุภางค์ จันทวานิช, 2554) เพื่อตอบวัตถุประสงค์ สาเหตุของผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยกระบวนการเสริมพลัง เครือข่าย โดยนำแนวทางมาทดลองปฏิบัติและปรับปรุง ระหว่างเดือนสิงหาคม – กันยายน 2559 และนำแนวทางที่ปรับปรุงแล้วไปปฏิบัติจริงในเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2560

3. เปรียบเทียบจำนวนคนและจำนวนครั้งผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกด้วยสถิติพรรณนาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการขาดนัด และการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการ

หอบกำเริบก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติ (ตุลาคม 2558 - กรกฎาคม 2559) และหลังนำแนวทางไปปฏิบัติ (ตุลาคม 2559 - กรกฎาคม 2560) โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด จำนวน 56 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.90 เพศชายร้อยละ 42.10 มีอายุตั้งแต่ 5 ปี ถึง 75 ปี อายุเฉลี่ย 43.64 ปี (SD=16.64) ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ร้อยละ 74.51 การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 70.85 อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ได้แก่ ตำบลบางพระ บางแก้วฟ้า บางระกำ ลำพญา และตำบลนราภิรมย์ ร้อยละ 90.51 ใช้สิทธิประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลร้อยละ 71.23 รองลงมาคือสิทธิประกันสังคมร้อยละ 15.80 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 39.91 รองลงมาคือทำสวนและทำนาร้อยละ 15.85 และ 10.32 ตามลำดับ

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหืดของผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้ป่วย จำนวน 38 คน พบว่า มีอาการของโรคหืดมานานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 55.30 รองลงมาได้แก่ 1- 5 ปี และ 6 – 10 ปี ร้อยละ 28.90 และ 15.80 ตามลำดับ ระยะเวลาที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลหลวงพ่อบุเป็นมานาน 2 – 20 ปี เฉลี่ย 7.21 ปี (SD=4.91) เคยมีอาการหอบกำเริบในช่วงที่ขาดการรักษาตามนัด ร้อยละ 39.50 และไม่ได้ใช้ยาร้อยละ 18.40 ใช้ยาเดิมร้อยละ 65.80 และมีการใช้ไม่ต่อเนื่องร้อยละ 15.80 การเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลโดย การมาคนเดียวร้อยละ 57.90 ต้องให้ญาติพามาร้อยละ 36.80 และญาติมาเป็นเพื่อนร้อยละ 5.20

ระยะที่ 1 การศึกษาสาเหตุผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง สรุปได้ดังนี้

1. สาเหตุจากผู้ป่วย/ ครอบครัว พบว่ามาจากสาเหตุหลายประการได้แก่ มีอาชีพที่ไม่สะดวกในการมาตรวจ ผู้ดูแลไม่สะดวกในการพามาตรวจ การเดินทางไม่สะดวก เช่น ไม่มีรถมา ไม่มีผู้ดูแลหรือช่วยเหลือในการพามาตรวจ คิดว่าอาการดีขึ้นหรือไม่มีอาการกำเริบแล้วไม่จำเป็นต้องมารักษาต่อเนื่อง ลืมวันนัด ติดธุระ ยายังมีเหลืออยู่จึงไม่มาตามนัด ติดเรียนหนังสือ นัดหลายโรคไม่ตรงกันทำให้ต้องมาหลายครั้งจึงไม่มา จำวันนัดผิด

ดังตัวอย่างคำกล่าว

บางทียายยังเหลืออยู่และก็ไม่หอบฉันก็เลยไม่มารอยาหมดค่อยมา (CL-05)

ลูกมันไม่ค่อยว่างพามา ฉันไปเองไม่ได้ขับรถก็ไม่มีกับเขา (CL-07)

หลานเคยถูกแม่พาไปอยู่ที่อื่นไม่มารักษา พอผ่านไปอาการกำเริบอีกหลังจากนั้นก็มาตลอดค่ะ (CL-08)

เก็บใบนัดแล้วลืมดูว่าหมอนัดเมื่อไหร่ มาดูอีกทีเลยไปแล้ว (CL-30)

2. สาเหตุจากทีมสุขภาพ ในมุมมองของผู้ที่มาใช้บริการ ได้แก่ พฤติกรรมบริการไม่ดี ทั้งด้านคำพูด และกิริยาท่าทางโดยเฉพาะแพทย์ผู้ให้การรักษา บางท่านต่อว่าผู้ป่วย แพทย์เปลี่ยนบ่อย เจ้าหน้าที่น้อยไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ตัวหนังสือที่ใบนัดตัวเล็ก เขียนวันนัดอ่านไม่ออก ดังตัวอย่างคำกล่าว

ใบนัดหนังสือตัวเล็กอ่านไม่เห็น ฉันตาไม่ค่อยดี (CL-13)

ลูกชายฉันไม่มาแล้วหมดคิดว่าเวลาไม่
มาตรวจ....หมอมัวอยากตายเหอ... (CL-25)

หมอบเปลี่ยนอยู่เรื่อยไม่ค่อยรู้อาการต้องดู
ประวัตินานเป็นหมอดึกไม่ได้หรือจะได้เร็ว (CL-
28)

3. สาเหตุจากระบบบริการของคลินิก
ได้แก่ ขั้นตอนการรับบริการยุ่งยากหลายขั้นตอน
ระยะเวลาในการรอรับบริการนานในการมารับ
บริการแต่ละครั้ง **ดังตัวอย่างคำกล่าว**

เปิดเดือนละแค่ 2 ครั้ง บางทีตรงกับไม่
ว่างหรือมีงานก็เลยไม่ได้มาครับ (CL-09)

รอนานครับ ต้องไปตรงโน้นตรงนี้ รอแต่
ละทีก็นาน บางทีมีธุระต้องรีบเลยไม่มาตรวจ (CL-
15)

ให้เร็วกว่านี้อีกหน่อยก็ดีนะหมอ ฉันจะ
ได้กลับไปทำงานต่อ งานมันเยอะไม่มีใครช่วย (CL-
20)

ระยะที่ 2 กระบวนการเสริมพลังเครือข่าย
เพื่อค้นหาแนวทางร่วมกันในการแก้ไขปัญหา
ผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอด
อุดกันเรื้อรัง สรุปได้ ดังนี้

จากการเสริมพลังสมาชิกเครือข่ายได้ร่วมกัน
วิเคราะห์ถึงสาเหตุของผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการใน
คลินิกโรคหืดและปอดอุดกันเรื้อรัง และหาแนว
ทางการแก้ไขปัญหาโดยการประชุมกลุ่ม ซึ่ง
แนวทางการแก้ไขปัญหาามีหลายประการขึ้นอยู่กับ
สาเหตุทั้ง 3 ประเด็น ข้างต้น พบว่า แนวทางการ
แก้ไขปัญหาจากผู้ป่วย/ ครอบครัว ได้แก่ 1) การ
นัดตรวจนาน 2-3 เดือน ในรายที่ไม่สะดวกมาและ
ควบคุมอาการได้ดี 2) ผู้ป่วยที่เป็นนักเรียน/
นักศึกษาให้มาตรวจเวลา 15.00-16.00 น. 3)
โทรศัพท์เตือนก่อนนัด 1 วัน ในรายที่ลืมบ่อย 4)

ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาต่อเนื่องเพื่อเกิด
ความตระหนักในการมาตรวจ 5) บริการ Hotline
24 ชั่วโมง เพื่อสอบถามข้อมูล ให้คำปรึกษาและ
โทรศัพท์เตือนนัดได้ 7) ผู้ป่วยที่อยู่บ้านใกล้กันให้
เดินทางมาด้วยกัน กรณีที่ไม่มีรถหรือญาติพามา
ตรวจ 8) เครือข่ายช่วยประชาสัมพันธ์คลินิกให้
ประชาชนในชุมชนได้ทราบเพื่อมารับบริการ
ดังกล่าว

ยังงี้ก็ต้องพาหลานมา ถ้าไม่มาแล้ว
อาการกำเริบจะลำบากมาก พอหลานมานอน
โรงพยาบาลไม่มีคนมาเฝ้า เพราะ

ต้องดูแลหลานที่บ้านอีกคน ยังงี้ก็ต้อง
พาหลานมาให้ได้ แต่ฉันมันขี้ลืม ถ้าให้ดีไม่ลำบาก
หมอก็นไปโทรเตือนก็

ดีค่ะ ถ้าไม่ลืมฉันมาทุกครั้งเลย (CG-1)

หนูต้องทำงานโรงงาน ไม่อยากหยุดบ่อย
กลัวถูกหักเงินและเสียประวัติการทำงาน ถ้าให้ดี
อยากให้

นัดนานหน่อย 2 เดือนก็ยังดีค่ะ นัดเดือน
เดียวแป๊บๆ ก็ถึงแล้ว (CL-2)

นัดพร้อมกันกับแฟนจะได้มาพร้อมกัน
หยุดขายของวันเดียวไม่เสียเวลาและรายได้
เดินทางสะดวกด้วย ฉันชอบรถ

ไม่เป็น (CL-4)

นัดให้พร้อมกันกับเพื่อนคนไข้ด้วยกัน
อยู่บ้านใกล้กันจะได้มาพร้อมกัน ไม่งั้นไม่มีรถมา
(CL-9)

ขอนัดนานหน่อยจะได้ไม่ต้องกลางานบ่อย
2 เดือนก็ยังดี เดือนเดียวบ่อยเกินไปครับ (CL-10)

ควรมีการประกาศให้ประชาชนในพื้นที่
ทราบว่ามียุทธศาสตร์ ผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบจะได้มา
รักษากัน (CL-1)

จดใส่ปฏิทินไว้ เขียนว่า หาหมอ หรือ
กากบาทไว้เตือนความจำตัวเอง (PCT-2)

ผลการติดตามการดำเนินงานและการปรับ แผนปฏิบัติการ

เครือข่ายสามารถดำเนินการตามแนว
ทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุด
กั้นเรื้อรัง ได้ดี มีบางส่วนที่ไม่สามารถรับบริการ
ได้ ในส่วนของทีมสุขภาพและระบบบริการ
เครือข่ายเสนอแนะว่า ควรมีการปรับปรุง เพื่อให้
เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ ซึ่งจากการประชุมกลุ่มใน
ครั้งที่ 2 ได้แนวทางการแก้ไขปัญหาเพิ่มเติม ได้แก่
การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านด้วยทีมสุขภาพในรายที่ไม่มา
รับการรักษาเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ให้
ชุมชนในพื้นที่ร่วมมือ กระตุ้นให้ตระหนักและเห็น
ความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ผู้ที่
ผู้ป่วยเคารพนับถือ และมีการนัดตรวจพร้อมโรค
อื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง กรณิ
เบหหวานให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลใกล้บ้านเจาะเลือดตอนเช้าแล้วตอนบ่ายมา
ตรวจเบาหวานพร้อมคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้น
เรื้อรัง

ในการปรับแผนเกี่ยวกับระบบบริการการ
ตรวจรักษาและดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ
บริการที่สะดวก รวดเร็ว และมีคุณภาพ มีข้อเสนอ
ให้จัดแพทย์ประจำคลินิกและจัดเจ้าหน้าที่ช่วย
ปฏิบัติงานในคลินิกโรคหืด กรณีเจ้าหน้าที่ประจำ

ไม่อยู่ มีการปรับปรุงพฤติกรรมบริการของแพทย์/
บุคลากรอื่นๆ โดยผู้บริหารดำเนินการหรือมี
นโยบายสนับสนุน มีการปรับปรุงใบนัดให้
ตัวหนังสือใหญ่ขึ้น เพื่อให้อ่านได้ชัดเจน นอกจากนี้
ได้พัฒนาระบบบริการแบบ One Stop Service
เพื่อลดขั้นตอนบริการ และขยายการเข้าถึงบริการ
โดยการเพิ่มบริการในคลินิกจากเดือนละ 2 ครั้ง
เป็นเดือนละ 4 ครั้ง

ระยะที่ 3 เปรียบเทียบผลก่อนและหลังนำ แนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและ ปอดอุดกั้นเรื้อรังไปปฏิบัติ

หลังการวิจัย พบว่ามีผู้ป่วยมารับการรักษา
ในคลินิกเพิ่มขึ้นร้อยละ 45.93 คน (เพิ่มขึ้น 47
คน) และ 49.14 ครั้ง (เพิ่มขึ้น 179 ครั้ง) จำนวน
ครั้งการขาดนัดก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 5.92 ครั้ง (SD = 3.48) หลังนำแนวทางไป
ปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 ครั้ง (SD = 5.92)
ส่วนจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน
ด้วยหอบกำเริบก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติ มี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.78 ครั้ง (SD = 1.19) หลังนำ
แนวทางไปปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.05 ครั้ง (SD
= 0.23) เมื่อเปรียบเทียบกับ Paired t- test
พบว่าจำนวนครั้งเฉลี่ยของการขาดการรักษาตาม
นัด และจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษาที่
ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบหลังจากการนำแนวทาง
ไปปฏิบัติน้อยกว่าก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนครั้งของการขาดการรักษาตามนัดและการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบกำเริบ (n=38)

ข้อมูล	ก่อน (ต.ค.58-ก.ค.59)		หลัง (ต.ค.59-ก.ค.60)		Paired t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
จำนวนครั้งการขาดการรักษาตามนัด	5.92	3.48	2.51	2.36	5.923	0.000*
จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบกำเริบ	0.78	1.19	0.05	0.23	4.014	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคมานานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 55.30 ระยะเวลาที่รับการรักษาที่โรงพยาบาล หลวงพ่อเป็นนาน 2 – 20 ปี เฉลี่ย 7.21 ปี และเคยมีอาการหอบกำเริบในช่วงที่ขาดการรักษาตามนัด ร้อยละ 39.50 จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่ขาดการรักษาตามนัด มีอาการหอบกำเริบถึงร้อยละ 39.50 ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้ใช้ยาร้อยละ 18.40 และมีการใช้ไม่ต่อเนื่องร้อยละ 15.80 ซึ่งสาเหตุดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องกลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของเรืองศักดิ์ ศรีสุภา ที่ศึกษาเรื่องการกลับมารักษซ้ำของผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร พบว่าผู้ป่วยที่กลับมารักษซ้ำด้วยหอบกำเริบ เนื่องจากการมาตรวจตามนัดเป็นประจำ เพียงร้อยละ 76.20 และมีการใช้ยาอย่างเคร่งครัด สม่่าเสมอเพียงร้อยละ 61.90 (เรืองศักดิ์ ศรีสุภา, 2555) โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม การรักษาที่สำคัญคือการให้ยาที่ลดการอักเสบของหลอดลมเป็นหลัก ได้แก่ ยาสูดสเตอรอยด์ จึงเป็นความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยได้เข้า

มาสู่ระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (วัชราน บัญสวัสดิ์, 2556)

ผลการวิจัยสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการเสริมพลังของกิบสัน มี 4 ขั้นตอน 1) การค้นพบสภาพการณ์ที่ผู้ป่วยไม่มารักษาที่โรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย/ ครอบครัว พบว่าสาเหตุของผู้ป่วยที่ไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากผู้ป่วย/ ครอบครัว พบว่า อาชีพที่ไม่สะดวกในการมาตรวจ ผู้ดูแลไม่สะดวกในการพามาตรวจ การเดินทางไม่สะดวก ไม่มีรถมา ไม่มีผู้ดูแลหรือช่วยเหลือในการพามาตรวจ คิดว่าอาการดีขึ้นหรือไม่มีอาการกำเริบแล้ว ไม่จำเป็นต้องมารักษาต่อเนื่อง ลืมวันนัด ติดธุระ ยายังเหลืออยู่ ติดเรียนหนังสือ นัดหลายโรคไม่ตรงกัน จำวันนัดผิด จากทีมสุขภาพ ในมุมมองของผู้ที่มารับบริการ ได้แก่ พฤติกรรมบริการไม่ดี แพทย์เปลี่ยนบ่อย เจ้าหน้าที่น้อย ตัวหนังสือเล็ก เขียนวันนัดอ่านไม่ออกจากระบบบริการของคลินิก ได้แก่ ขั้นตอนการรับบริการยุ่งยากหลายขั้นตอน ระยะเวลาในการรอรับบริการนาน ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับสาเหตุการขาดการรักษา

ของผู้ป่วยคลินิกกายภาพบำบัดโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ที่ผู้ป่วยไม่มารักษาเนื่องจาก ลืมวันนัด ยาเดิมยังเหลืออยู่ คิดว่าอาการดีขึ้นแล้วไม่ต้องมาเดินทางมาเองไม่ได้ ไม่มีญาติพามา อาชีพไม่สะดวกต่อการมาตรวจ สาเหตุจากเจ้าหน้าที่ ได้แก่ เรื่องพฤติกรรมบริการ ความกระตือรือร้น ความนุ่มนวลอ่อนโยนในการให้บริการ การให้คำแนะนำ ข้อมูลในใบนัดไม่ชัดเจน และสาเหตุจากระบบบริการ ได้แก่ ขั้นตอนการรับบริการยุ่งยากจึงไม่มาตามนัด ระยะเวลาในการมารับบริการนาน (นวดี เทศศรีเมือง, 2553) ซึ่งการมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาและมีอาการหอบกำเริบในที่สุด 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณถึงผลเสียของการไม่มารับการรักษา ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมวิเคราะห์และสะท้อนคิดถึงสาเหตุและผลกระทบของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องทำให้มีอาการหอบกำเริบ ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เครือข่ายมีความตระหนักได้ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขตามสาเหตุต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีสาเหตุของไม่มารับบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แตกต่างกัน การแก้ไขปัญหาตรงตามความต้องการของแต่ละบุคคล กล่าวคือ **สาเหตุจากผู้ป่วย/ ครอบครัว** ได้แก่ การนัดตรวจ นาน 2-3 เดือน ในผู้ป่วยที่ต้องทำงานประจำ เช่น ทำงานโรงงาน นักเรียนให้มาตรวจในช่วงเวลา 15.00 -16.00 น. มีการโทรศัพท์เตือนก่อนนัด 1 วัน ในกลุ่มที่ลืมนัดบ่อย ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาต่อเนื่องเพื่อให้เห็นความสำคัญของการมารับการรักษา ให้บริการให้คำปรึกษาแนะนำ หรือซักถามทาง Hotline 24 ชั่วโมง เกิดวัฒนธรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ในรายที่อยู่บ้านใกล้กันมาด้วยกัน และบูรณาการการตรวจรักษา

หลายคลินิกเข้าด้วยกัน โดยนัดตรวจครั้งเดียว เพื่อให้ผู้ป่วยเดินทางมาวันเดียว นอกจากนี้การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านยังเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย/ ครอบครัว อสม.และทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยบางรายได้รับความร่วมมือจากชุมชนในพื้นที่ในการกระตุ้นให้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการรักษาโดยใช้ผู้ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ ทำให้ผู้ป่วยมาตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องได้ ในที่สุด สาเหตุจากทีมสุขภาพ ในมุมมองของผู้ที่มารับบริการ ผู้ร่วมวิจัยสรุปแนวทางในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ การจัดแพทย์ประจำคลินิก จัดเจ้าหน้าที่ช่วยปฏิบัติงานเพื่อความรวดเร็ว ปรับปรุงพฤติกรรมบริการของแพทย์/ บุคลากร ปรับปรุงใบนัดให้ตัวหนังสือใหญ่ขึ้น สาเหตุจากระบบบริการของคลินิก แนวทางการแก้ปัญหา คือ พัฒนาระบบบริการแบบ One Stop Service เพื่อลดขั้นตอน และขยายการเข้าถึงบริการโดยการเพิ่มบริการจากเดือนละ 2 ครั้งเป็น 4 ครั้ง 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อแก้ปัญหา และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทางที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งแนวทางการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยที่ไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เพราะเกิดจากการแก้ไขปัญหาร่วมกันของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของทีมสุขภาพอำเภอด่านขุนทด ที่ได้ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพตาแบบผสมผสานโดยการมีส่วนร่วมและใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา พบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นมีรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง รวมถึงผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ซึ่งควรจะต้องมีการดำเนินกิจกรรมนี้ต่อไป

อย่างต่อเนื่องสู่ความยั่งยืน (ทีมสุขภาพอำเภอด่านขุนทด, 2553)

จากการเปรียบเทียบผลการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยที่ไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังนำแนวทางไปปฏิบัติพบว่า หลังการวิจัยมีผู้ป่วยมารับการรักษาในคลินิกเพิ่มขึ้นร้อยละ 49.14 คน และ 45.93 ครั้ง และจำนวนครั้งของการขาดการรักษาตามนัดก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.92 ครั้ง หลังนำแนวทางไปปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 ครั้ง ส่วนจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.78 ครั้ง หลังนำแนวทางไปปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.05 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบกับ Paired t- test พบว่าจำนวนครั้งเฉลี่ยของการขาดการรักษาตามนัดและจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบหลังจากการนำแนวทางไปปฏิบัติน้อยกว่าก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาพัฒนารูปแบบการดูแลรักษา ในผู้ป่วยหอบหืด พบว่าหลังการพัฒนาผู้ป่วยมีจำนวนครั้งของการกลับมารักษาในโรงพยาบาลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (นพธดา เมธาสุวภัทร และไกรสุข เพชรบุรีณิน, 2553)

ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การแก้ปัญหาการไม่เข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโดยบุคลากรทางการแพทย์ฝ่ายเดียวแม้ดำเนินการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานตามกระบวนการทำงานปกติไม่สามารถแก้ปัญหาได้ แต่เมื่อใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action

Research: Kemmis&McTaggart as site in N. Denzin&Y. Lincoln, 2011) ร่วมกับนำแนวคิดการเสริมพลังของกิบสัน(Gibson, 1995) มาปรับใช้โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับครอบครัว ทีมสุขภาพและชุมชน (อสม.) ในการหาสาเหตุวิเคราะห์ปัญหา และหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้ได้แนวทางที่มีประสิทธิภาพผลลัพธ์ที่ได้สูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ และยังก่อให้เกิดความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย กล่าวคือผู้ป่วยสามารถมารับการรักษาเพิ่มขึ้นและต่อเนื่องส่งผลให้มีอาการหอบกำเริบลดลงไม่ต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินบ่อยครั้ง นอกจากผลดีต่อผู้ป่วย/ครอบครัวแล้ว ในส่วนของบุคลากรทำให้มีแรงบันดาลใจในการทำงาน ทั้งส่วนบุคคลและทีมงานในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งๆ ขึ้น ซึ่งความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในการทำงานโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วยกระบวนการทำงานเป็นทีมที่ให้อำนาจซึ่งกันและกัน ทั้งในหน่วยงาน โรงพยาบาล ชุมชน ทำให้เกิดความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้กับการให้การรักษาพยาบาลโรคอื่นๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

2. การนำแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้กระบวนการเสริมพลังเครือข่าย ที่ได้จากการวิจัยนี้ไปปฏิบัติและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องจะมีประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสามารถปรับแนวทางนี้เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทหรือสถานการณ์

ปัจจุบันก็จะนำไปสู่ความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วย
อย่างมีคุณภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ. ดร. นพวรรณ เปียชื่อ
อาจารย์ประจำโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะ
แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล ดร. คณินเดช เชื้ออมวราศาสตร์

นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดนครปฐม และนายแพทย์ทินกร ชื่นชม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัด
นครปฐม ที่กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบเครื่องมือ
วิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการ
ทำวิจัยครั้งนี้ และท้ายสุดขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย
ทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ทำให้งานวิจัย
ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. **ปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพ.ศ.2553**. บริษัทยูเนี่ยนอุลต้าไวโอเรตจำกัด. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : 2553.

งานคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง. รายงาน Easy Asthma clinic ปี 2558-2560.

โปรแกรม Hos-Xp. โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง. 2558-2560.

ทีมสุขภาพอำเภอด่านขุนทด. (2553). **รูปแบบการดูแลสุขภาพตาแบบผสมผสานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน**. URL <http://pubnet.moph> สืบค้นเมื่อวันที่ 31/10/2558.

นพรดา เมธาสุวัตร และไกรสุข เพชรบุรีณิน. **การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืดแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย**. รวมผลงานวิชาการดีเด่นกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2553 (หน้า 364-376).

นวดิ เทศศรีเมือง. “สาเหตุการขาดการรักษาตามนัดในกลุ่มผู้ป่วยนอกรายใหม่คลินิกกายภาพบำบัด” **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 3(1) : 25-32. 2556

นิธิพัฒน์ เจริญกุล. บรรณาธิการ. **ตำราโรคระบบการหายใจ** พิมพ์ครั้งที่ 3. ภาพพิมพ์. กรุงเทพมหานคร.

นิตา ชูโต. **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. บริษัทปรีดิโพร จำกัด. กรุงเทพฯ. 2551.

เรืองศักดิ์ ศรีสุภา. “การศึกษาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลคำชะอี จ.มุกดาหาร”.

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7. 11(1) : 10 – 20. 2555.

วัชร บัญสวัสดิ์. **การรักษาโรคหืดระยะยาวในผู้ใหญ่**. ใน สมบูรณ์ จันทรสกุลพร, เบญจมาศ ช่วยชู,เบญจมาศ ช่วยชู, สมบูรณ์ จันทรสกุลพร, อรพรรณ โพชนุกูล, อธิศักดิ์อมตวงศ์. (บรรณาธิการ). **ตำราโรคหืด**. ครั้งที่ 1. ห้างหุ้นส่วน จำกัดภาพพิมพ์. กรุงเทพฯ. 2556.

สุภางค์ จันทวานิช. **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 19. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ. 2554.

- American Lung Association [ALA], (2014). **Lung Health & Diseases.** URL <http://www.lung.org/lung-health-and-diseases/lung-disease-lookup/copd/> April 16, 2017.
- Gibson, J. M. The process of Empowerment in mother of chronically ill children. **Journal of Advanced Nursing.** 21 (6): 1201-1210. 1995.
- Kemmis. S & McTaggart. R. **Participatory action research : Communicative Action in the Public Sphere.** In N Denzin & Y. Lincon (Eds). Handbook of qualitative research. Los Angeles : SAGE. 2000.
- The Global Asthma Report. (2014). URL <http://globalAsthmareport.org/burden/burden.php>. April 15, 2016,
- World Health Organization. (2005). **Chronic respiratory disease.** URL <http://who.int/respiratory/asthma/en/lookup/copd/> April 20, 2016,