

ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้กระบวนการเสริมพลังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ได้รับทุนสนับสนุนจากโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม

ภรณ์พรชสร พุฒวิชัยดิษฐ์

Ponnapassorn Puttavichaidit

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

เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับการนำแนวคิดกระบวนการเสริมพลังของ Gibson (Gibson, 1995) มาปรับใช้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อสร้างเครือข่ายโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) เพื่อพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโดยใช้กระบวนการเสริมพลัง 3) เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการนำแนวทางไปปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเครือข่าย 120 คน และผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง 100 คน ผลการวิจัยพบว่าเครือข่ายประกอบด้วย ทีมสุขภาพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แนวทางคือเครือข่ายมีบทบาทหน้าที่ในการค้นหาผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษา ติดตามการใช้ยา/การตรวจตามนัด ประชาสัมพันธ์คลินิก พาไปตรวจพร้อมกัน ทำฐานข้อมูลผู้ป่วยเชื่อมโยงแม่ข่าย โดยบูรณาการร่วมกับการดูแลโรคเรื้อรังอื่นๆ ในพื้นที่ ส่วนการพัฒนาแนวทางของโรงพยาบาล มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการประชาสัมพันธ์ 2) ด้านระบบบริการ 3) ด้านการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย 4) ด้านบุคลากร/เครื่องมือ/สถานที่ หลังการวิจัยพบว่ามีผู้ป่วยมารับรักษาในคลินิกเพิ่มขึ้นร้อยละ 49.14 คนและร้อยละ 45.93 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่าจำนวนครั้งเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มี ER-Visit และการขาดนัดลดลง ผู้ป่วยมีค่าสมรรถภาพปอดและอัตราการเข้ายาลูกต้องสูงขึ้น โรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการนำแนวทางไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าการสร้างและเสริมพลังเครือข่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้เกิดพลังความร่วมมือในชุมชน และเป็นเจ้าของปัญหา จนสามารถกำหนดแนวทางในการปฏิบัติได้จริงและยั่งยืนโดยการบูรณาการการทำงาน

ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในพื้นที่ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ผลวิจัยนี้ยังสามารถเป็นต้นแบบในการแก้ปัญหาผู้ป่วยที่ขาดนัดหรือไม่มารับรักษาในคลินิกในกลุ่มโรคอื่นๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการ¹, กระบวนการเสริมพลัง², เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ³

Abstract

This is a participatory action research combined with the implementation of Gibson (Gibson, 1995) empowerment process. The objectives are 1) to create asthma and COPD networks in primary care units 2) to develop guidelines for accessing services in the clinic using the empowerment process 3) to compare the results before and after implementing the guidelines. The studied group consisted of 120 healthcare network members and 100 patients with asthma and COPD.

Research showed that the network consisted of health workers, community leaders, village health volunteers, and patients with asthma and COPD. The guideline is that the network plays the role in locating patients, providing knowledge about diseases and treatments, monitoring medication/appointments, public relations for clinic, accompanying patients in examinations, and creating a linked patient database by integrating with other chronic diseases care in the area.

There are 4 aspects regarding the development of hospital guidelines 1) Public relations 2) Service system 3) Participation in associate network 4) Personnel / equipment / locations. Subsequent to the research, it appeared that the number of patients treated at the clinic increased by 49.14% and clinic appointments increased 45.93%.

When comparing with Paired t-test statistics, it was found that the average number of ER-Visit patients and missed appointments were decreased; Patients had better lung capacity and more accurate medication usage; and the hospital incurred significantly less expenses for emergency room treatments which is statically reduced at .05

This shows that building and strengthening the primary care unit network promote cooperation within community and asthma and COPD patients so a practical and sustainable guideline can be formulated with positive outcome by integrating the work with other chronic disease care in the area. This research can also be a model for solving the problem of patients missing their appointments or not attending clinics for other diseases both inside and outside the hospital.

Keywords: accessibility¹, empowerment², primary care unit network³

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่เกิดจากการอุดกั้นการระบายอากาศในปอด และเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทุพพลภาพ และการเสียชีวิตที่มากขึ้นของประชากรโลก องค์การอนามัยโลกได้รายงานอุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่ามีจำนวนผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกจนถึงปี พ.ศ. 2550 มีจำนวน 210 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 (World Health Organization, WHO, 2015) ในประเทศที่พัฒนาแล้วเช่น สหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวนถึง 11 ล้านคน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประชากรชาวอเมริกัน (American Lung Association [ALA], 2014) สำหรับประเทศไทยมีประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 4.81 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 5.12 5.14 และ 6.93 ในปี พ.ศ. 2556 – 2558 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) ส่วนโรคหืดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีผลกระทบที่รุนแรงกับผู้ป่วย และเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทั่วโลก (Global Burden of Disease Study: GBD, 2014) จากรายงานสถานการณ์โรคหืดของ GBD ได้ประมาณการว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกสูงขึ้นจาก 235 ล้านคน ในปี 2000 -2002 เป็น 334 ล้านคน ในปี 2008 - 2010 (GBD, 2014) ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ของโรคหืดร้อยละ 6.9 (วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2553: 27; วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2556; สุขชัย เจริญรัตนกุล, 2557) จากสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรม

ควบคุมโรค พบว่ามีอัตราการตายต่อแสนประชากรของผู้ป่วยโรคหืด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.85 ในปี 2556 เป็น 8.04 ในปี 2557 และเพิ่มเป็น 10.93 ในปี 2558 นอกจากนี้ อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืดต่อแสนประชากร สูงขึ้นจาก 219.10 ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 240.09 ในปี พ.ศ. 2556 และมีแนวโน้มที่ลดลง เป็น 214.30 ในปี 2557 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) ผลกระทบของโรคหืดต่อคุณภาพชีวิตจากการสำรวจผู้ป่วยโรคหืดที่อยู่ในชุมชน พบว่ามากกว่าครึ่งไม่สามารถทำกิจกรรมได้เช่นคนปกติ คิดเป็นร้อยละ 23.6 และต้องขาดงานอย่างน้อยหนึ่งครั้งในระยะเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมา ร้อยละ 21.7 (Boonsawat W. et al., 2004) และจากการศึกษาของเรืองศักดิ์ ศรีสุภา พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหืดภายใน 48 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 4.11 และอัตราการกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ด้วยอาการหอบกำเริบโดยไม่ได้นัดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 2.53 (เรืองศักดิ์ ศรีสุภา, 2555) นอกจากผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแล้ว ยังมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ การศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหืดยังมีน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากผู้ป่วย และค่ารักษาที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยเด็กเฉลี่ยต่อรายครั้งละประมาณ 8,278 บาท ส่วนผู้ใหญ่ครั้งละ 5,809 - 6,587 บาท (Chuesakoolvanich K., 2007; กัลชนิกายศยิ่ง และคณะ, 2555)

โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ของกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายขึ้น (Easy Asthma Clinic: EAC) (บริการกลุ่มโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนางานดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าว ตามมาตรฐาน พบว่าในปี พ.ศ. 2553 – 2559 มีผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน จากปี 2553 เท่ากับ 4.75 ในปี 2559 เท่ากับ 0.31 อัตราการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จากปี 2553 เท่ากับ 4.43 ในปี 2559 เท่ากับ 1.15 (โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น, 2560) จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่ขาดการรักษาตามนัด ผู้ป่วยดังกล่าวต้องมีคุณภาพชีวิตโดยรวมด้อยลงจากการรักษาไม่ต่อเนื่อง ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (Advance Practice Nurse: APN/NP) มีสมรรถนะหลักในการดูแล/ จัดระบบบริการกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ในปี 2555 – 2557 จึงใช้กระบวนการวิจัยเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวของผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders/ Participants) พบว่าภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดจนได้แนวทางมาปฏิบัติ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการขาดการรักษาตามนัดและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบหลังจากการนำแนวทางไปปฏิบัติ้น้อยกว่า ก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะให้มีการแก้ปัญหาคุณภาพการรักษายาบาลโดยใช้ภาคี

เครือข่าย เป็นศูนย์กลางในการหาแนวทางร่วมกัน ซึ่งจะไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ภรณ์พรพรพร พุฒวิชัยดิษฐ์และคณะ, 2558) จากการพัฒนางานการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ามาได้รับการรักษาในระบบของคลินิกเฉพาะโรค มีผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้นเป็นลำดับ แต่จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาใช้บริการที่งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และงานผู้ป่วยใน พบว่า มีผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาใช้บริการนอกคลินิก คิดเป็นร้อยละ 44.49 (โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น, 2559) นอกจากนี้ จากการสอบถามในชุมชนพบว่า ยังมีผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังบางส่วนที่ไปปรึกษาโดยการซื้อยาตามร้านขายยา หรือไปคลินิกเอกชนเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่เข้าถึงระบบบริการในคลินิกโรคหืดของโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง หากได้รับการรักษาไม่ถูกต้องและต่อเนื่องผู้ป่วยจะมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ทุกข์ทรมานกับโรคนี้เป็นเวลานาน จนกระทั่งเสียชีวิตในที่สุด ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จึงมีหน้าที่ในการจัดระบบการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดของเครือข่ายบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) และเพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคไม่ติดต่อ ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (NCD : COPD) จึงได้จัดทำโครงการวิจัย เรื่อง “ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการเสริมพลังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” ขึ้น ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าการเสริมพลังของเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน รวมถึง

การประสานความร่วมมือกันของผู้ป่วย/ ครอบครัว กับทีมสุขภาพ จะทำให้เกิดแนวทางการเข้าถึง บริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังของ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง มีคุณภาพและปฏิบัติได้จริง ความรู้ที่ได้จากการวิจัยจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง/ กำหนดรูปแบบหรือแนวทางที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการในคลินิก ได้รับการรักษาตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันการกำเริบของโรค ลดการสูญเสียสมรรถภาพปอด และป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างเครือข่ายโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการเสริมพลังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. เพื่อประเมินผลก่อนและหลังการนำแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังไปปฏิบัติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้มีขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างเครือข่าย ทีมวิจัยลงพื้นที่ครั้งที่ 1 ที่เครือข่าย โดยการประชุมกลุ่ม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเปิดรับสมัครเครือข่ายตามความสมัครใจ ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่กำหนด ทำการประชุมกลุ่มเครือข่าย จนครบ 7 แห่ง

ระยะที่ 2 การวางแผน (Planning) ทีมวิจัยทำการนัดหมายสมาชิกเครือข่าย และผู้ป่วย/ ครอบครัว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มาที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ **วงรอบที่ 1** ทีมวิจัยลงพื้นที่ครั้งที่ 2 ประชุมกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวนรวมทั้งสิ้น 120 คน เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ยินยอมเข้าร่วมวิจัยและลงลายมือชื่อขอความยินยอมแล้ว ดำเนินเก็บข้อมูล ด้วยการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลใช้เวลาประมาณ 10 นาที และดำเนินการกิจกรรมของการประชุมกลุ่ม โดยให้สมาชิกเครือข่ายแสดงความคิดเห็นร่วมกัน อย่างอิสระในบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายตามประเด็นข้อคำถามที่กำหนด 4 คำถาม ในขั้นตอนนี้ใช้กระบวนการเสริมพลัง เครือข่าย ผลลัพธ์ที่ได้คือแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนร่วมกันคิดและกำหนด และจดประเด็นที่ได้ลงกระดาษบนฟลิปชาร์ต เพื่อนำมาสรุป/ ทบทวนข้อคิดเห็นให้ตรงกันในช่วงท้ายของการประชุมกลุ่ม ทำการประชุมกลุ่มเครือข่ายจนครบ 7 แห่ง นอกจากนี้เครือข่ายทีมสุขภาพ ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติและปรับปรุงระบบบริการของโรงพยาบาลให้ตอบสนองต่อข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ได้จากการประชุมกลุ่ม

ระยะที่ 3 การปฏิบัติการ (Action) **วงรอบที่ 2** เครือข่ายนำแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกที่ได้ไปปฏิบัติ ติดตามประเมินผล วิเคราะห์ผลลัพธ์ **วงรอบที่ 3** นำแนวทางที่ปรับปรุงไปปฏิบัติ

ระยะที่ 4 การสรุปผลการวิจัย (Conclusion) สรุปผลการดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพจากการประชุมกลุ่ม และสรุปผลการดำเนินงานวิจัยเชิงปริมาณจากรายงานการดำเนินงานของคลินิก ใน

ฐานข้อมูลในโปรแกรม Hos-xp ของโรงพยาบาล และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ประชากรเป้าหมาย (Target Population) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 21 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 226 คน ผู้นำชุมชน/ ท้องถิ่น จำนวน 39 คน และ 2) ผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 128 คน รวมจำนวนประชากรทั้งหมด 414 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดและต้องปฏิบัติงานหรืออยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี รวมผู้แทนเครือข่าย จำนวนทั้งสิ้น 120 คน 2) ผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้าร่วมวิจัย เป็นผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับการรักษาในคลินิก ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างยินดียอมรับเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอยู่ร่วมในการวิจัยตลอดช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย 2) กลุ่มตัวอย่างเกิดความเครียดในขณะทำแบบสอบถาม หรือขณะประชุมกลุ่ม 3) กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ถอนตัวออกจากการวิจัยไม่ว่ากรณีใดๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ที่อยู่ สิทธิการรักษา อาชีพ การศึกษา และข้อมูลเกี่ยวกับโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. แนวคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่ม แนวคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ
3. อุปกรณ์ที่ใช้ในการจดบันทึก เช่น กระดาษฟลิปชาร์ต ปากกา
4. รายงานผลการดำเนินงาน จากฐานข้อมูลในโปรแกรม Hos-xp ของโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง
5. แบบสอบถามความพึงพอใจ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีคะแนน 1- 5 คะแนน โดยความพึงพอใจน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน มากที่สุด ให้ 5 คะแนน การแปลผลคะแนนความพึงพอใจ ใช้สถิติพื้นฐาน คือ การหาค่า ค่าอัตราภาคขั้น = ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด / จำนวนขั้น = $5-1/5 = 0.80$ คะแนน $4.21 - 5.00$ หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด คะแนน $3.41 - 4.20$ หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก คะแนน $2.61 - 3.40$ หมายถึง มีความพึงพอใจ ระดับปานกลาง คะแนน $1.81 - 2.60$

หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย คะแนน 1.00 – 1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 1)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำแนวคำถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยด้วยค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 0.8 **2) การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ** (Reliability) นำแบบสอบถามความพึงพอใจไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้ขออนุมัติการดำเนินการวิจัยและทุนวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อบุเป็น และผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และทำการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยตามขั้นตอนของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) นำมาเขียนเชิง

พรรณนาตามกรอบประเด็น เพื่อตอบวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อสร้างเครือข่ายโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) เพื่อพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการเสริมพลังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. ตอบวัตถุประสงค์ข้อ 3 เพื่อประเมินผลก่อนและหลังนำแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกไปปฏิบัติ ในเรื่องผลการรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ ผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วย (จำนวนผู้ป่วยที่ขาดนัด, จำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยอาการหอบกำเริบ, ค่าร้อยละของสมรรถภาพปอด (%Predict)) ค่าร้อยละของการใช้ยาถูกต้อง, จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงระบบบริการในคลินิก, ความพึงพอใจต่อระบบบริการในคลินิก และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน โดยนำแนวทางมาปฏิบัติและปรับปรุงระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 – มิถุนายน พ.ศ. 2560 และดำเนินการวัดผลก่อนดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2559 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 หลังดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างเครือข่ายโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการวิจัยพบว่า เกิดเครือข่าย ทั้งหมด 7 แห่ง เครือข่ายประกอบด้วย ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 7 คน (ร้อยละ 5.83) ผู้นำชุมชน จำนวน 20 คน (ร้อยละ 16.67) ผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน

38 คน (ร้อยละ 31.67) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 55 คน (ร้อยละ 45.83) รวมจำนวนทั้งสิ้น 120 คน เครือข่ายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 78 คน (ร้อยละ 65 หญิง 42 คน (ร้อยละ 35 อายุ 41- 60 ปี (ร้อยละ 57) การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 (55.8%) และอาชีพเกษตรกรกรรม (48.3%) มากที่สุด

ระยะที่ 2. พัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการเสริมพลัง ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

กรอบที่ 1 จากการประชุมกลุ่มครั้งที่ 2 ในเครือข่ายทั้ง 7 แห่ง สรุปได้ดังนี้ **แนวทางของสมาชิกเครือข่ายในชุมชน** 1) ร่วมประชุม/กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วย 2) ค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยในพื้นที่เพื่อนำเข้าสู่ระบบการรักษา 3) รวบรวมผู้ป่วยจัดทำฐานข้อมูลของเครือข่ายเพื่อประโยชน์ในการดูแลและติดตามการรักษา 4) เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษาตามนัด 5) ช่วยประชาสัมพันธ์คลินิกให้ประชาชนทราบ 6) ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านโดยบูรณาการร่วมกับการดูแลโรคเรื้อรังอื่นหรือกิจกรรมอื่นๆ ในชุมชน 7) ให้ความรู้/ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในพื้นที่ในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การรักษาอย่างต่อเนื่อง การใช้ยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ การทำความสะอาดบ้าน ที่อยู่อาศัย และจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดอยู่เสมอ การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกายที่เหมาะสมและการฉีดยาที่ต้องไปโรงพยาบาล **แนวทางของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยการเข้าถึงบริการในคลินิก** สรุปแนวทางได้ 4 ประเด็น 1) ด้านการประชาสัมพันธ์และผลิตสื่อ โดยการจัดทำป้าย/ แผ่นพับ เพื่อให้

เครือข่ายประชาสัมพันธ์คลินิกในชุมชน 2) **ด้านระบบบริการ** 1) ปรับปรุงการบริการเป็นคลินิกเฉพาะโรค เพื่อลดขั้นตอนบริการ ขยายบริการจากเดือนละ 2 ครั้ง เป็นทุกวันพฤหัสบดีและจัดระบบนัดหมายให้ผู้ป่วยสะดวกมากขึ้น เช่น นักเรียนนัดมาเวลา 15.30-16.00 น.เพื่อให้ได้เรียนหนังสือก่อน ไม่ต้องลาเรียน, นัดนาน 2-3 เดือน ในรายที่ไม่สะดวกมาและไม่มีอาการกำเริบของโรค ได้แก่ ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมที่ต้องลางาน ผู้ที่อยู่ไกล / เดินทางมาลำบาก, ผู้ป่วยที่มีโรคอื่นร่วมมาภาคเข้าสามารถตรวจในช่วงเช้าได้, ผู้ป่วยหลายโรคนัดตรวจวันเดียวกัน, โทรศัพท์เตือนในผู้ป่วยที่ลืมบ่อย, ผู้ป่วยที่เดินทางลำบากนัดพร้อมผู้ป่วยที่อยู่ใกล้กันมาด้วยกัน 2) มีศูนย์ (Focal Point) ให้คำปรึกษาให้กับหน่วยงานในโรงพยาบาลและเครือข่ายและดูแลผู้ป่วยจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยมารับบริการนอกคลินิก, ผู้ป่วยที่มีอาการหอบกำเริบและมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน, ผู้ป่วยที่มีอาการหอบกำเริบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนนอกเวลาราชการให้ทำการนัดหมายมาเข้าคลินิกทุกราย 3) ปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มาับการรักษาที่โรงพยาบาล 4) จัดระบบบริการ Asthma and COPD Home Care Service มีการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตามเกณฑ์ที่กำหนดร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชน 4. ขยายการให้บริการคลินิกที่ รพ.สต. ที่มีความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว 3) **ด้านการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย** ผู้วิจัยเป็นพี่เลี้ยงให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวแก่เครือข่าย จัดระบบสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเครือข่ายผ่านระบบ Line Application ในชื่อว่า “เครือข่ายโรคหืด” หรือ ทาง “โซเชียลเน็ตเวิร์ก

หอบ” เบอร์โทร 08-6166-1594 ตลอด 24 ชั่วโมง และเบอร์โทร 1669 ให้รถโรงพยาบาลไปรับในกรณีผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยฉุกเฉินชุมชน 4) **ด้านบุคลากร/ เครื่องมือ / อาคารสถานที่** จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลให้เครือข่ายเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับชุมชนตรวจคัดกรองเบื้องต้นเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพื่อให้เข้าสู่ระบบการรักษาและเพิ่มบุคลากรให้บริการในคลินิกเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วมากขึ้น

วงรอบที่ 2 เครือข่ายนำแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกไปปฏิบัติ มีการติดตาม สะท้อนผลการปฏิบัติ และปรับปรุงแผน **วงรอบที่ 3** มีการปรับเปลี่ยนแนวทาง ในส่วนของโรงพยาบาลแม่ข่าย ไม่สามารถออกให้บริการคลินิกที่ รพ.สต.ได้เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องเครื่องมือ/ อุปกรณ์และบุคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการนอกโรงพยาบาล นอกจากนี้การให้บริการ 1669 อาจไม่รวดเร็วมากพอต่อการภาวะหอบกำเริบรุนแรงบางพื้นที่สามารถใช้บริการฉุกเฉินในพื้นที่จะมีความรวดเร็วมากกว่า

ระยะที่ 3. เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยก่อนและหลังการนำแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกไปปฏิบัติ ผลการวิจัย เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยและจำนวนครั้งที่มารับบริการในคลินิกก่อนและหลังดำเนินการวิจัย พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิก ก่อนการวิจัย เท่ากับ 116 คน หลังการวิจัย เท่ากับ 173 คน เพิ่มขึ้น 57 คน (ร้อยละ 49.14) ส่วนจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการใน ก่อนการวิจัย เท่ากับ 627 ครั้ง หลังการวิจัย เท่ากับ 915 ครั้ง เพิ่มขึ้น 288 ครั้ง (เป็นร้อยละ 45.93)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มารักษาที่คลินิก พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย จำนวน 100 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 77.80 เพศชายร้อยละ 22.20 มีอายุตั้งแต่ 19 ปี ถึง 86 ปี อายุเฉลี่ย 55.49 ปี (SD=14.93) ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ร้อยละ 66 การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 36 อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ร้อยละ 83 ใช้สิทธิประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลร้อยละ 70 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 49 รองลงมาคือว่างงาน/งานบ้านร้อยละ 21 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทราบว่าคลินิกร้อยละ 86.7 มีอาการของโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังมานาน เฉลี่ย 14.93 ปี (SD=13.59) ระยะเวลาที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลหลวงพ่อบริเวณ 1 – 36 ปี เฉลี่ย 8.09 ปี (SD=6.40) มีการรักษาต่อเนื่องร้อยละ 64

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษาก่อนและหลังการวิจัย พบว่า จำนวนครั้งของการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.97 ครั้ง (SD= 0.48) หลังดำเนินการวิจัย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.57 ครั้ง (SD= 0.54) จำนวนครั้งของการขาดนัดก่อนการวิจัย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.72 ครั้ง (SD= 0.98) หลังดำเนินการวิจัย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.21 ครั้ง (SD= 0.77) และโรงพยาบาลเสียค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน ก่อนการวิจัย เท่ากับ 582.05 (SD= 322.46) หลังดำเนินการวิจัยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 321.48 (SD= 336.04) เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่าหลังการวิจัยทุกตัวมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยร้อยละของค่าสมรรถภาพปอดก่อนการวิจัย เท่ากับ 72.43 (SD= 20.85) หลังดำเนินการวิจัย มีค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 77.29 (SD= 20.70) และอัตราการเข้ายา
ถูกต้องเฉลี่ยก่อนการวิจัย เท่ากับ 95.19 (SD=
8.53) หลังดำเนินการวิจัย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ
98.74 (SD= 2.50) เปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired

t-test พบว่าหลังการวิจัยร้อยละของค่า
สมรรถภาพปอดและอัตราการเข้ายาถูกต้องมี
ค่าเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบ

การขาดนัด อัตราการเข้ายาถูกต้อง ร้อยละค่าสมรรถภาพปอดและค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน
ก่อนและหลังดำเนินการวิจัย (n=100)

ข้อมูล	ก่อน (ก.ค.59-ก.พ. 60)		หลัง (ก.ค.60-ก.พ. 61)		t	p- value
	Mean	SD	Mean	SD		
การรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบ	0.97	0.48	0.57	0.54	7.266*	.000
การขาดนัด	1.72	0.98	1.21	0.79	5.262*	.000
อัตราการเข้ายาถูกต้อง	95.19	8.53	98.74	2.50	-4.328*	.000
ร้อยละค่าสมรรถภาพปอด	72.43	20.85	77.29	2.50	-6.132*	.000
ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน	582.05	322.46	321.48	336.04	7.653*	.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อระบบ
บริการในคลินิกหลังการการวิจัย พบว่าระดับความ
พึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด 3 ด้าน ได้แก่ ด้าน
ความสะดวก รวดเร็ว ของการบริการ
(Mean=4.34, SD=0.73) ด้านมนุษยสัมพันธ์ของ
บุคลากร (Mean=4.39, SD=0.62) และด้านข้อมูล
ที่ได้รับจากการบริการ(Mean=4.30, SD=0.66)
และด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล (Mean=4.20,
SD=0.69 ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
ส่วนความพึงพอใจโดยรวมทั้ง 4 ด้าน (Mean=
4.31 SD=0.67) มีระดับความพึงพอใจในระดับ
มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับการนำแนวคิด
กระบวนการเสริมพลังของ Gibson (Gibson,
1995) มาประยุกต์ใช้ สามารถสรุปและอภิปราย
ผลได้ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและสร้าง
เครือข่ายโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในหน่วย
บริการปฐมภูมิ การสร้างเครือข่ายในหน่วยบริการ
ปฐมภูมิ พบว่าเกิดเครือข่ายครอบคลุมพื้นที่
รับผิดชอบทั้งหมด เครือข่ายประกอบด้วย อสม.
มากที่สุด (55 คน, 45.83%) รองลงมาคือผู้ป่วย
โรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง (38 คน, 31.67%)
แสดงให้เห็นว่ากลุ่ม อสม. ซึ่งทำงานอยู่ในชุมชน

เห็นความสำคัญในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับงานวิจัย เรื่อง บทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่าโดยภาพรวมทั้งหมด อสม. มีบทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ (สิทธิพร เกษจ้อย, 2560) ส่วนผู้ป่วยก็มีความตระหนักในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับชุมชนและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อสุขภาพที่ดีของตนเอง

2. การพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการเสริมพลัง ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ การสร้างเครือข่ายและการเสริมพลังเครือข่าย ทำให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจและความเป็นเจ้าของปัญหา จนสามารถกำหนดบทบาทหน้าที่หรือแนวทางของเครือข่าย หลังจากใช้กระบวนการเสริมพลังเครือข่าย ในการประชุมกลุ่ม 14 ครั้ง มีกิจกรรมการให้ความรู้ต่างๆ และการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระมีการประเมินทดลองปฏิบัติ สะท้อนผลและปรับแผน 3 วงรอบ ทำให้สามารถกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่าย เพื่อพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกได้ 2 แนวทางหลัก ได้แก่ 1) **แนวทางของสมาชิกเครือข่ายในชุมชนที่ช่วยส่งเสริมการเข้าถึงบริการในคลินิก** เครือข่ายมีการบริหารจัดการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ บูรณาการการทำงานร่วมกับการดูแลโรคเรื้อรังอื่นหรือกิจกรรมอื่นๆ ในชุมชนเพื่อได้ประโยชน์สูงสุดไม่เสียเวลาในการประกอบอาชีพมากเกินไป กิจกรรมประกอบด้วย การค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยงและ

ผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อทำเป็นฐานข้อมูลของเครือข่าย และนำเข้าสู่ระบบการรักษาในคลินิกโดยมีการประชาสัมพันธ์คลินิกให้ผู้ป่วยและประชาชนให้รับทราบ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรครวมถึงการปฏิบัติตัว การจัดสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งรบกวนที่ทำให้อาการกำเริบ การติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษา และผู้ป่วยที่อยู่นอกระบบการรักษาตามมาตรฐานที่อยู่ในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กับโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสมพงษ์ จันทรโอวาสและคณะ (2557) ที่พบว่าการสร้างบุคลากรและการสร้างเครือข่ายที่เกิดจากการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายนำไปสู่ความเข้าใจในการดำเนินการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน มีการจัดกิจกรรมที่เกิดจากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ทำให้สามารถแก้ปัญหาที่พบไปพร้อมกับการดำเนินงาน เกิดการร่วมกันคิดเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเป็นระยะ ทำให้เกิดการพัฒนาตนเองและเครือข่าย มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทำให้เกิดการทำงานร่วมกันของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) **แนวทางของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ทำให้ผู้ป่วยการเข้าถึงบริการในคลินิก** จากการประชุมกลุ่มเครือข่าย สามารถสรุปแนวทางของโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ 4 ประเด็น 1) **ด้านการประชาสัมพันธ์และผลิตสื่อ** ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนให้ผู้ป่วยไปรักษาในคลินิก 2) **ด้านระบบบริการ** มีการปรับปรุงการบริการเป็นคลินิกเฉพาะโรค, ขยายจำนวนวันรับบริการ จัดระบบนัดหมายให้ผู้ป่วยสะดวกมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของภรณ์พรขจร (2558) ที่พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด เนื่องจากระบบบริการของโรงพยาบาล ได้แก่ ขั้นตอนมาก รอนาน วันเปิด

บริการน้อย แนวทางแก้ไขปัญหาก็ได้แก่ นัดตรวจ
นานขึ้น นักเรียนให้เรียนก่อนและมาตรวจช่วงบ่าย
นัดตรวจพร้อมโรคอื่น สามารถโทรเลื่อนนัดได้
นอกจากนี้ยังมีศูนย์ (Focal Point) ในการดูแล/
ให้คำปรึกษา/ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและบุคลากรใน
โรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ,
จัดระบบบริการ Asthma and COPD Home
Care Service มีการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตามเกณฑ์ที่
กำหนดร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายใน
ชุมชน การมีศูนย์ (Focal Point) ในการให้
คำปรึกษาและจัดระบบบริการเยี่ยมบ้านร่วมกับสห
สาขาวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชน 3) ด้านการมี
ส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย เป็นพี่เลี้ยงในการ
ปฏิบัติตัวแก่เครือข่าย จัดระบบสื่อสารผ่านระบบ
Line Application ในชื่อว่า “เครือข่ายโรคหืด”
หรือ ทาง “ฮอตไลน์คลายหอบ” เบอร์โทร 08-
6166-1594 ตลอด 24 ชั่วโมง และเบอร์โทร 1669
กรณีผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยฉุกเฉินในชุมชน,
คืนข้อมูลผู้ป่วยให้ชุมชนเพื่อติดตามดูแลอย่าง
ต่อเนื่อง และร่วมกับชุมชนคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่
4) ด้านบุคลากร/ เครื่องมือ / อาคารสถานที่ มี
การจัดหาเครื่องมือที่จำเป็น เช่น Spirometer ใน
การช่วยวินิจฉัยโรค ปรับปรุงอาคารสถานที่ให้
เหมาะสมและเพียงพอต่อการให้บริการ จัดทำ
ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับ
ชุมชน เพิ่มบุคลากรให้เพียงพอในการให้บริการใน
คลินิก ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของพระมหาสุ
ทิตย์ อากาศโร (2547) พบว่าบทบาทและหน้าที่
ของเครือข่ายในการทำงานร่วมกัน ได้แก่การ
ส่งเสริมสนับสนุนและประสานการทํากิจกรรมของ
เครือข่าย มีศูนย์ประสานงานระหว่างเครือข่ายและ
ภาคีต่าง ๆ มีการให้คำปรึกษา ผลสัมฤทธิ์ของ
ความเป็นเครือข่าย คือการเกิดผลสำเร็จตาม

วัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ใน
กระบวนการทำงานจากความร่วมมือและ
ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในเครือข่าย ก่อให้เกิด
กระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาที่ต่อเนื่อง เกิด
ความสามัคคี เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันในการแก้ไข
ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งได้เป็นแนวทางการ
**เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้น
เรื้อรัง**โดยกระบวนการเสริมพลังเครือข่ายในหน่วย
บริการปฐมภูมิ

3. เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการนำ
แนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและ
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการเสริมพลัง
ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิไปปฏิบัติ หลัง
การนำกระบวนการเสริมพลังในเครือข่ายหน่วย
บริการปฐมภูมิไปปฏิบัติ พบว่าจำนวนผู้ป่วยเข้าถึง
ระบบบริการในคลินิก หลังการวิจัย เพิ่มขึ้น 57 คน
คิดเป็นร้อยละ 49.14 ส่วนจำนวนครั้งของผู้ป่วย
ที่มาใช้บริการในคลินิก เพิ่มขึ้น 288 ครั้ง คิดเป็น
ร้อยละ 59.93 แสดงให้เห็นว่ากระบวนการเสริม
พลังเครือข่ายทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการในคลินิก
เพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย จำนวน 100
คน เพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 19 - 86
ปี อายุเฉลี่ย 55.49 ปี (SD=14.93) ส่วนใหญ่อาศัย
อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ร้อยละ 83
ข้อมูลเกี่ยวกับโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างทราบว่า
มีคลินิก ร้อยละ 86.7 มีการรักษาต่อเนื่องร้อยละ
64 ซึ่งจากการศึกษาของเรืองศักดิ์ ศรีสุภา (2555)
ที่ศึกษาเรื่องการกลับมารักษซ้ำของผู้ป่วยโรคหอบ
หืด โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร พบว่า
สาเหตุที่ผู้ป่วยกลับมารักษซ้ำด้วยหอบกำเริบ
เนื่องจากการมาตรวจตามนัดเป็นประจำ เพียงร้อย
ละ 76.20

ผลลัพธ์ของการสร้างและการเสริมพลังเครือข่าย ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังนำแนวทางไปปฏิบัติ พบว่าจำนวนครั้งของการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบ จำนวนครั้งของการขาดนัดก่อนการวิจัย ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่าหลังการวิจัยทุกตัวมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยร้อยละของค่าสมรรถภาพปอดก่อนการวิจัย และอัตราการเข้ายูกต้องเฉลี่ย พบว่าหลังการวิจัยร้อยละของค่าสมรรถภาพปอดและอัตราการเข้ายูกต้องมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษานำกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมาใช้ในผู้ป่วยหอบหืด พบว่าหลังการพัฒนาผู้ป่วยมีจำนวนครั้งของอาการหอบกำเริบลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (นพธดา เมธาสุวภัทร และไกรสุข เพชรบรรณิน, 2553) และเมื่อประเมินความพึงพอใจที่มีต่อการบริการของผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาได้รับการรักษา พบว่ามีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของทีมสุภาพอำเภอด่านขุนทด ที่ได้ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานโดยการมีส่วนร่วมและใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา พบว่าผู้ป่วยมีรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง รวมถึงผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อระบบบริการ ซึ่งควรจะต้องมีการดำเนินกิจกรรมนี้ต่อไปอย่างต่อเนื่องสู่ความยั่งยืน (ทีมสุภาพอำเภอด่านขุนทด, 2553) จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการสร้างการมีส่วนร่วมโดยการเสริมพลังเครือข่าย ทำให้เกิดพลังความร่วมมือในชุมชนและเป็นเจ้าของปัญหา ทำให้เกิดแนวทาง

ร่วมกัน จนสามารถกำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติได้จริงโดยการบูรณาการการทำงานร่วมกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในพื้นที่ มีการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในคลินิกสามารถเชื่อมโยงข้อมูลที่มีประสิทธิภาพระหว่างเครือข่ายและมีการให้คำปรึกษาผ่านไลน์กลุ่มและหอโทรศัพท์คลายหอบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภารัตน์ เบญจมาศ (2560: 41) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (Gibson, 1995) ร่วมกับวิจัยเชิงปฏิบัติ สามารถแก้ไขปัญหาได้เนื่องจากชุมชนได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาของตนเอง ทำให้พบสาเหตุที่แท้จริงของปัญหานอกจากนั้นยังได้ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา ร่วมประเมินติดตามผลจนได้ผลลัพธ์ที่ดี จากงานวิจัยนี้จะเห็นได้ว่าผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (Advance Practice Nurse: APN/NP) ได้ใช้สมรรถนะในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง จนเกิด **Output** ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนครอบคลุมพื้นที่ **Outcome** ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ลดอัตราการหอบกำเริบ มีการเข้ายูกต้อง สมรรถภาพปอดดีขึ้น **Impact** ต่อโรงพยาบาลและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือสามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุมและทั่วถึง ตามนโยบาย Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (กองการพยาบาล, 2561) และ Service Excellence ของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

1. การสร้างเครือข่ายในชุมชนทำให้เกิดพลังความร่วมมือในชุมชนและเป็นเจ้าของปัญหา จนสามารถ

กำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติได้จริงและยั่งยืนโดยการบูรณาการการทำงานร่วมกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในพื้นที่ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ผลวิจัยนี้ยังสามารถเป็นต้นแบบในการแก้ปัญหาผู้ป่วยที่ขาดนัด/ไม่มารับรักษาในคลินิกในกลุ่มโรคอื่นๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล

2. การนำแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการเสริม

พลัง ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินี้ไปปฏิบัติ และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องจะมีประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย และเป็นการอภิบาลเครือข่ายให้มีความต่อเนื่องและเข้มแข็งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร. คณิงเดช เชื้อมวราศาสตร์ และดร.ขวัญดาว กล่ำรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม และรศ. ดร. นพวรรณ เปียชื่อ อาจารย์ประจำโรงเรียนพยาบาล รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลที่กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัย ท้ายสุดขอขอบคุณทีมวิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กัลชนิภา ยศยิ่ง และคณะ. ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 8(2) : 53-59. 2555.
- รายงานคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง. รายงาน Easy Asthma clinic ปี 2559 - 2561. โปรแกรม Hos-Xp. โรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น. 2559 - 2661.
- ทีมสุขภาพอำเภอด่านขุนทด. (2553). รูปแบบการดูแลสุขภาพตาแบบผสมผสานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. URL <http://pubnet.moph>. สืบค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม 2562
- ธีรพร สติธองกุล และคณะ. แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล: Service Plan. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท สำนักพิมพ์ สื่อตะวันจำกัด. ประทุมธานี. 2561.
- นพธดา เมธาสวรรค์ และไกรสุข เพชรบุรีณิน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืดแบบมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย. รวมผลงานวิชาการดีเด่นกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2553. หน้า 364 - 376. 2553.
- นิศา ชูโต. การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. บริษัทปริ้นต์โพร จำกัด. กรุงเทพฯ. 2551.
- พระมหาสุทนต์ อาภาภิโร. เครือข่าย: ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ. โครงการ เสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็น สุข (สรส.). กรุงเทพฯ. 2547.

- ภรณ์พรชสร พุฒวิชัยดิษฐ์และคณะ. “การศึกษา การแก้ไขปัญหการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืด โดย
กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในคลินิกโรคหืดแบบง่าย โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง”. **วารสารพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน**. 2(1) 77-92. 2558.
- เรืองศักดิ์ ศรีสุภา. “การศึกษาการกลับมารักษซ้ำของผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลคำชะอี จ.มุกดาหาร”. **วารสาร
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7**. 11(1) 10 – 20. 2555.
- วิภารัตน์ เบญจมาศ. การสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชนดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน บ้านหนองบัว ตำบลลาดบัวขาว อำเภ
สีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. **The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima** .
23 (1) 31- 43. 2560.
- วัชร บุญสวัสดิ์. การบริหารผู้ป่วยโรคหืดโรคโพรงจมูกอักเสบและปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ในสุณี เลิศสินอุดม
(บรรณาธิการ), โรคหืดและคลินิกโรคหืดแบบง่าย (หน้า 27-39). ห้างหุ้นส่วนจำกัด. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
ขอนแก่น 2553.
- วัชร บุญสวัสดิ์. “การรักษาโรคหืดระยะยาวในผู้ใหญ่”. ใน สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, เบญจมาศ ช่วยชู, อรพรรณ โพชน
กุล, อีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์ (บรรณาธิการ). ตำราโรคหืด (หน้า 105-117). ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
กรุงเทพฯ: 2556
- สุขัย เจริญรัตนกุล. “วันรณรงค์หืดโรค”. **วารสารชมรมผู้ป่วยโรคหืด**. 17(60) 6. 2553.
- สิทธิพร เกษจ้อย. “บทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลโนนท่อน อำเภอเม อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น”. **วารสารสถาบันวิจัยพัฒนธรรม**. 4(1) 163-
173. 2560
- สำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักควบคุมโรค. (2559). **ข้อมูลและสถิติ**. URL <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php> เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2559.
- American Lung Association [ALA], (2014). **Lung Health & Diseases**. URL <http://www.lung.org/lung-health-and-diseases/lung-disease-lookup/copd/> Retrieved April 16, 2015.
- Boonsawat W, et al. **Survey of asthma control in Thailand**. *Respiology*. 9 373-378. 2004.
- Chuesakoolvanich K. Cost of hospital asthma patient in a regional hospital in Thailand. **Respiology**. 12
433-438. 2007.
- Gibson, J. M. The process of Empowerment in mother of chronically ill children. **Journal of Advanced
Nursing**. 21 (6) 1201-1210. 1995.
- The Global Asthma Report. (2014). URL <http://globalAsthmareport.org/burden/burden.php>.
Retrieved April 15, 2016.
- World Health Organization. (2005). **Chronic respiratory respiratory disease**. URL
<http://who.int/respiratory/asthma/en/> Retrieved 12 April 2016.
- World Health Organization. (2015). **Chronic respiratory disease**. URL http://who.int/respiratory_chronic_obstructive_pulmonary_disease/en/ Retrieved April 15, 2016,