

การให้คำปรึกษาปัญหาโรคผิวหนังผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ณิชา เจนมานะชัยกุล, พ.บ.*

Received: 16 ต.ค.66

Revised: 16 ม.ค.67

Accepted: 26 ม.ค.67

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลเปรียบเทียบความจำเป็นในการให้คำปรึกษาปัญหาโรคผิวหนังสำหรับแพทยศาสตรศึกษาทางด้านอายุรกรรมกับแพทย์สาขาอื่น ๆ ในการวางแผนการเรียนการสอนต่อไป โดยศึกษาจากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในจำนวน 351 ราย ได้รับการปรึกษาปัญหาโรคผิวหนัง และได้รับการดูแลรักษาด้วยแพทย์เฉพาะทางผิวหนังภายในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ตั้งแต่เดือนมกราคม 2564 ถึง เดือนธันวาคม 2565 เปรียบเทียบสัดส่วนการให้คำปรึกษาตามความจำเป็นของโรคที่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยในจำนวน 275 ราย เป็นการปรึกษาของแพทย์สาขาอายุรกรรมและจำนวน 76 ราย เป็นการปรึกษาของแพทย์สาขาอื่น ๆ โดยใช้ χ^2 test เป็นตัวสถิติเปรียบเทียบ

ผลการศึกษาพบว่าสัดส่วนการให้คำปรึกษาตามความจำเป็นสำหรับโรคผิวหนังที่ส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วยในเมื่อเปรียบเทียบแพทย์สาขาอายุรกรรมกับแพทย์สาขาอื่น ๆ พบว่าแพทย์สาขาอายุรกรรมได้ให้คำปรึกษาตามความจำเป็นในการรักษามากกว่าแพทย์สาขาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ร้อยละ 58.5 และแพทย์สาขาอื่น ๆ ที่ร้อยละ 44.7 ($p < 0.05$) และอัตราส่วน (Odd ratio) ระหว่างแพทย์สาขาอายุรกรรมกับแพทย์สาขาอื่น ๆ คือ 1.75, 95%CI (1.1-2.9) ซึ่งสรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาของแพทย์สาขาอายุรกรรมตามความจำเป็นมีความเหมาะสมมากกว่าแพทย์สาขาอื่น ๆ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยใน, แพทย์สาขาอายุรกรรม, การปรึกษาที่จำเป็น, ปรึกษาปัญหาโรคผิวหนัง

Inpatient Dermatology Consultations in Pranangklao Hospital

Nicha Jenmanachaiyakun, M.D.*

Abstract

This study aimed to compare the needs of skin consultations for medical education between physicians in internal medicine and physicians in other fields for medical instruction planning. Medical records of 351 in patients who received consultations for skin problems and treated by the dermatologists in Pranangklao Hospital from January 2021 to December 2022 were collected, divided into 275 medical records collected from those who consulted with internal medicine physicians and 76 medical records collected from those who consulted with physicians in other fields. The proportion of the needs of consultations affecting inpatient treatment was achieved by using the χ^2 test.

The results revealed that internal medicine physicians consulted based on needs better than other physicians statistically significant at 58.5% and other physicians at 44.7% ($p < 0.05$), and the odd ratio of internal medicine physicians and other physicians was 1.75, 95%CI (1.1-2.9).

In conclusion, the skin consultations provided by internal medicine physicians were more proper than other physicians.

Keywords: Inpatients, Internal medicine physicians, Necessary consultations, Skin consultations

*Department of Medicine, Pranangklao Hospital

บทนำ

ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคผิวหนังส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอกและได้รับการดูแลโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละพื้นที่ โดยมีข้อจำกัดด้านบุคลากร ยาและองค์ความรู้¹ ซึ่งเป็นสาเหตุการส่งต่อให้โรงพยาบาลชุมชนถึง 9.1%² และโรงพยาบาลจังหวัดต่อไป ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยในที่มีปัญหาโรคผิวหนังก็มีความสำคัญในการดูแลรักษาเช่นเดียวกัน การให้ปรึกษาด้านโรคผิวหนังสำหรับผู้ป่วยในมีส่วนช่วยอย่างมาก แต่ก็ยังไม่ได้รับการบันทึกที่ดี ในขณะที่การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกจะถูกบันทึกอย่างเป็นระบบเวชระเบียน 43 แฟ้ม ซึ่งสะดวกต่อการสืบค้นเพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ต่อไป^{3, 4} ในทางกลับกันข้อมูลโรคผิวหนังของผู้ป่วยใน ไม่ได้มีการบันทึกอย่างเป็นระบบเวชระเบียน 43 แฟ้ม โดยถูกบันทึกเป็นเอกสารภายในเวชระเบียนผู้ป่วยใน ทำให้เกิดปัญหาเรื่องความสมบูรณ์ของข้อมูลและยากต่อการสืบค้น ลักษณะของโรคผิวหนังของผู้ป่วยใน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับโรคผิวหนังของผู้ป่วยนอกที่พบบ่อยคือ สิว กลาก เกื้อื้อ และหิด⁵ ในขณะที่ผู้ป่วยในที่พบบ่อยคือ การแพ้ยา ผื่นแพ้จากอาหารการติดเชื้อ และกลากตามลำดับ⁶ โดยรายงานข้อมูลด้านสถิติสถาบันโรคผิวหนัง ปี 2559-2562 พบว่าจำนวนผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีโรคตุ่มน้ำพองพิษ (Pemphigus) ที่เกิดจากภูมิคุ้มกันผิวหนังทำงานผิดปกติมีอัตราการเพิ่มขึ้นสูงสุด⁷ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาเทคโนโลยีด้านยาชนิดรับประทานในด้านภูมิคุ้มกันทำให้ผู้ป่วยในผิวหนังลดลง⁸ ในทางกลับกันการปรึกษาโรคผิวหนังภายในโรงพยาบาลศูนย์กลับเพิ่มขึ้น⁹ สำหรับโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าได้จัดให้มีการเรียนการสอนนักศึกษาแพทยมหาวิทยาลัยสยามโดยหลักสูตรการสอนโรคผิวหนังอยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์เฉพาะทางผิวหนัง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในสาขาอายุรกรรม จึงเป็นที่มาในการศึกษาข้อมูลสถิติโรคผิวหนังของผู้ป่วยใน การปรึกษาปัญหาทางการแพทย์ได้นำหลักของการปรึกษาทางธุรกิจ Mick Cope's Seven Cs of Consulting¹⁰ ใช้ในการวิเคราะห์ใน 5 มิติ จาก 7 มิติ พบว่าปัญหาเรื่องความรู้ทางการแพทย์มีถึง 30%¹¹ และยังมีอุปสรรคการเข้าถึงงานวิจัยทางการแพทย์¹² จึงเป็นที่มาในการเปรียบเทียบความรู้ตามสาขาแพทย์ และเปรียบเทียบความจำเป็นในการปรึกษาปัญหาโรคผิวหนังผู้ป่วยในของแพทย์สาขาอายุรกรรมเมื่อเทียบกับแพทย์สาขาอื่น ๆ ในโรงพยาบาลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์และนำไปปฏิบัติงานจริง โดยมีรูปแบบการปรึกษาตามลำดับความจำเป็นของโรคดังนี้

การจำแนกผู้ป่วยในเป็นแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรเวลาที่มีอย่างจำกัดให้เป็นประโยชน์มากที่สุดแบ่งเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. กรณีเร่งด่วนมีผลต่อโรคหลัก หมายถึง ผู้ป่วยในที่มีปัญหาโรคผิวหนังเกิดจากโรคหลักและสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนอาจเกิดเป็นภาวะทุพพลภาพจนถึงเสียชีวิตได้

2. กรณีเร่งด่วนไม่มีผลต่อโรคหลักแต่มีผลต่อระยะเวลานอนโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยในที่มีปัญหาโรคผิวหนังไม่ได้เกิดจากโรคหลัก แต่สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนจนอาจเกิดเป็นภาวะทุพพลภาพจนถึงเสียชีวิตได้

3. กรณีไม่เร่งด่วนไม่มีผลต่อโรคหลักแต่มีผลต่อระยะเวลานอนโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยในที่มีปัญหาโรคผิวหนังไม่ได้เกิดจากโรคหลัก แต่มีความจำเป็นต้องรักษาแบบผู้ป่วยใน

4. กรณีไม่เร่งด่วนไม่มีผลต่อโรคหลักและไม่มีผลต่อระยะเวลานอนโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยในที่มีปัญหาโรคผิวหนังไม่ได้เกิดจากโรคหลักและไม่มีความจำเป็นต้องรักษาแบบผู้ป่วยในสามารถกลับบ้านและรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้

โดยมีความรู้โรคผิวหนังที่ถูกต้อง สามารถจำแนกผู้ป่วยในตามความเร่งด่วน แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ป่วยเร่งด่วน หมายถึง ผู้ป่วยที่ควรได้รับการรักษาภายใน 24 ชั่วโมง ได้แก่

1.1 แพ้ยารุนแรง แบบพุพอง ตาและปากเป็นแผล แพ้ยาแบบผื่นแดงลอกทั่วตัว แพ้ยาแบบมีไข้ร่วมด้วย

1.2 โรคตุ่มน้ำพุพองทั่วตัว

1.3 โรคผิวหนังที่เกิดจากการติดเชื้อฉวยพลันที่จำเป็นต้องได้รับยาฆ่าเชื้อทันที เช่น วัณโรค อีสุกอีใส และอื่น ๆ

1.4 โรคสะเก็ดเงินแบบมีตุ่มหนองทั่วตัว

1.5 โรคผิวหนังอื่น ๆ ที่แพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์ที่ตรวจเบื้องต้นพิจารณาแล้วว่าต้องรับการวินิจฉัยและการรักษาแบบเร่งด่วน

2. ผู้ป่วยไม่เร่งด่วน หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถรอได้หรือสามารถเลื่อนการตรวจได้ หากแพทย์จำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยเร่งด่วนก่อนได้แก่

2.1 ผื่นแพ้สัมผัสเรื้อรังที่เป็นมานาน

2.2 ผื่นสะเก็ดเงินที่เป็นไม่มาก

2.3 ผื่นผื่นแห้ง ผื่นร่วน เล็บผิดปกติ

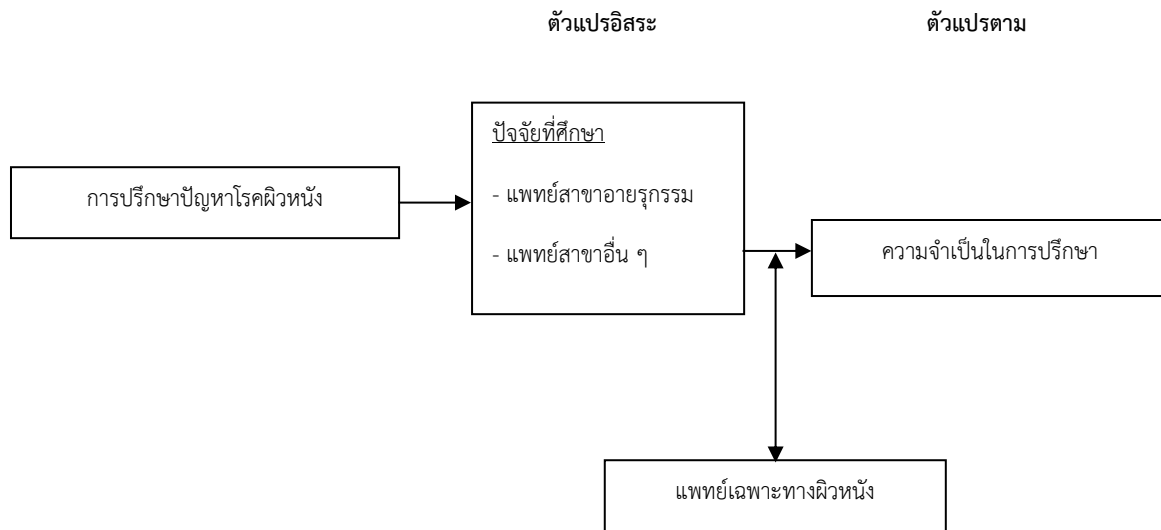
2.4 ผื่นเฉพาะที่อื่น ๆ ซึ่งผู้ป่วยมีอายุเดิมอยู่แล้ว

2.5 โรคผิวหนังที่ไม่ซับซ้อนซึ่งสามารถรักษาตามอาการไปก่อนได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลเปรียบเทียบความจำเป็นในการปรึกษาปัญหาโรคผิวหนังสำหรับแพทยศาสตรศึกษาทางด้านอายุรกรรมกับแพทย์สาขาอื่น ๆ ในการวางแผนการเรียนการสอนต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

โดยการรวบรวมเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้ปรึกษาปัญหาโรคผิวหนัง ได้รับการตรวจโรคโดยแพทย์เฉพาะทางผิวหนัง มีการบันทึกให้คำปรึกษาโรคผิวหนังตั้งแต่เดือนมกราคม 2564 ถึง เดือนธันวาคม 2565

เกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา คือ เวชระเบียนที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. อายุ 18 ปี ถึง 85 ปี
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคผิวหนัง

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา

1. เสียชีวิตจากสาเหตุของโรคอื่นโดยไม่เกี่ยวกับโรคผิวหนัง
2. มีความผิดปกติทางผิวหนังตั้งแต่กำเนิด เช่น โรคเด็กดักแด้
3. เป็นก้อนเนื้อออกขนาด 5 เซนติเมตรขึ้นไป
4. ตรวจสอบพบเวชระเบียนไม่มีความสมบูรณ์ (Missing data)

ขนาดตัวอย่าง

จากสมมติฐานสัดส่วนแพทย์สาขาอายุรกรรมและแพทย์สาขาอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน โดยอ้างถึงการศึกษาก่อนหน้านี้จากการศึกษาของ Abhilasha (2016)¹³, Suzana (2010)⁶, Yeray (2009)⁹ พบว่าอัตราส่วนแพทย์สาขาอายุรกรรมต่อแพทย์สาขาอื่น ๆ อยู่ในช่วงระหว่าง 63-74% ของการให้คำปรึกษาทั้งหมด อัตราส่วนแพทย์สาขาอายุรกรรมต่อแพทย์สาขาอื่น ๆ ที่คาดว่าจะจะเป็นในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าคือ 0.7 และความแตกต่าง

ระหว่างอัตราส่วนแพทย์สาขาอายุรกรรมต่อแพทย์สาขาอื่น ๆ ที่มีการศึกษามาก่อนคือ 0.11 โดยจำนวนที่เก็บย้อนหลังไม่สมบูรณ์ของเวชระเบียนประมาณ 20%

สมการที่คำนวณคือเปรียบเทียบสัดส่วนในกลุ่มประชากรดังนี้

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

กำหนดให้

$p = 0.70$ คืออัตราส่วนสาขาอายุรกรรมต่อสาขาอื่น ๆ ที่คาดว่าจะจะเป็นในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

$d = 0.11$ คือความแตกต่างระหว่างอัตราส่วนสาขาอายุรกรรมต่อสาขาอื่น ๆ ที่มีการศึกษามาก่อนหน้านี้

$z_{1-\alpha/2} = 1.96$ คือค่าสถิติที่มีความน่าจะเป็น (Type I error 2-sided) ที่ 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2 0.7(1-0.7)}{0.11^2}$$

= 67 คนในแต่ละกลุ่ม

ดังนั้นจำนวนประชากรที่ทำการศึกษานี้ควรมีน้อย 161 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. สมุดบันทึกผู้ป่วยในของคลินิกผิวหนัง โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
2. แบบบันทึกเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ วัน/เดือน/ปี เดือน เพศ ห่อผู้ป่วย อาการที่ปรึกษา ICD-10 การวินิจฉัย หน่วยงาน และผลการประเมินโดยแพทย์เฉพาะทางผิวหนัง โดยใช้แบบฟอร์มความเห็นด้านความจำเป็นในการรักษา⁶

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า รหัสโครงการวิจัย PE6643

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลทั่วไป ได้แก่ วัน/เดือน/ปี เดือน เพศ ห่อผู้ป่วย อาการที่ปรึกษา ICD-10 การวินิจฉัย หน่วยงาน
2. ผลการประเมินโดยแพทย์เฉพาะทางผิวหนัง โดยใช้แบบฟอร์มความเห็นด้านความจำเป็นในการรักษา
3. นำข้อมูลลงโปรแกรม SPSS แสดงการแจกแจง ร้อยละ ความถี่ และสัดส่วนการรักษามาตามความจำเป็นสำหรับโรคที่ส่งผลการรักษาผู้ป่วยใน

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างวันที่ 21 กันยายน 2566 ถึง 15 ตุลาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกในแบบบันทึกข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ SPSS

1. วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบตามวัตถุประสงค์ด้วย χ^2 test, odd ratio และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
3. นำผลการศึกษาไปเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศด้วย χ^2 test, odd ratio และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยในที่ปรึกษาปัญหาโรคผิวหนังจำนวน 351 ราย โดยเปรียบเทียบจำนวนการรักษามาตามความจำเป็นสำหรับโรคที่ส่งผลการรักษาผู้ป่วยในระหว่างกลุ่มแพทย์สาขาอายุรกรรมจำนวน 275 ราย และกลุ่มแพทย์สาขาอื่น ๆ จำนวน 76 ราย ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	สาขา		p-value
	อายุรกรรม	สาขาอื่น ๆ	
เพศ			0.22
ชาย	134	31	
หญิง	141	45	
กลุ่มโรค			0.9
กลุ่มโรคติดเชื้อผิวหนัง	56	15	
กลุ่มโรคไม่ติดเชื้อผิวหนัง	219	61	
ห่อผู้ป่วย			<0.05
ฟรีเมียม	22	4	
ห่อภิบาลผู้ป่วยวิกฤต	28	12	
เจ้าสัว	50	7	
ศัลยกรรม	3	34	
อายุรกรรม	161	0	
อื่น ๆ	11	19	
สาขา			
หัวใจและหลอดเลือด	6		
ต่อมไร้ท่อ	13		
หู คอ จมูก		7	
ฉุกเฉิน		1	
ระบบทางเดินอาหาร	13		
นรีเวช		8	
โรคเลือด	9		

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	สาขา		p-value
	อายุรกรรม	สาขาอื่น ๆ	
สาขา			
โรคติดเชื้อ	36		
อายุรกรรมทั่วไป	100		
โรคไต	37		
ระบบประสาทและสมอง	7		
ผากครรภ์		4	
มะเร็งวิทยา	1		
ศัลยกรรมกระดูก		18	
ระบบทางเดินหายใจ	13		
โรคข้อและรูมาติสซั่ม	40		
ศัลยกรรม		38	

จากข้อมูลลักษณะทั่วไป ตารางที่ 1 กลุ่มเปรียบเทียบระหว่างแพทย์สาขาอายุรกรรมและแพทย์สาขาอื่น ๆ พบว่ามีความแตกต่างกันดังนี้ หอผู้ป่วย และสาขา ซึ่งข้อแตกต่างนี้ได้เกิดจากการจัดแยกระบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่เดิมอยู่แล้ว ในขณะที่กลุ่มที่ไม่แตกต่างคือ เพศ และกลุ่มโรคติดเชื้อผิวหนัง และกลุ่มโรคไม่ติดเชื้อผิวหนัง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ปัญหาโรคผิวหนังที่ได้รับปรึกษา 10 อันดับแรกระหว่างกลุ่มโรคไม่ติดเชื้อผิวหนังและกลุ่มโรคติดเชื้อผิวหนัง

การวินิจฉัยโรค					
กลุ่มโรคไม่ติดเชื้อผิวหนัง	จำนวน	ร้อยละ	กลุ่มโรคติดเชื้อผิวหนัง	จำนวน	ร้อยละ
การแพ้ยา	70	25	โรคเรื้อรัง	17	24
ผื่นผิวหนังอักเสบ	53	19	โรคผิวหนัง	14	20
โรคสะเก็ดเงิน	18	6	โรคกลากลำตัว	11	15
โรคแพ้ภูมิตัวเอง	14	5	โรคเชื้อราแคนดิดา	8	11
โรคต่อมไขมันอักเสบ	13	5	โรคเชื้อราผื่น	6	8
โรคเพมฟิกอยด์	13	5	โรคสังคัง	4	6
โรคผื่นผิวหนังลอกเป็นขุย	11	4	โรคเกลื้อน	3	4
โรคตุ่มแข็งคันเรื้อรัง	7	3	โรคซิฟิลิสระยะที่ 2	2	3
โรคหลอดเลือดอักเสบ	6	2	โรคหูด	2	3
โรคลมพิษเฉียบพลัน	6	2	โรคเซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ	1	1
อื่น ๆ	69	25	อื่น ๆ	3	4
รวม	280	100	รวม	71	100

กลุ่มโรคที่ปรึกษาปัญหาโรคผิวหนังมากแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มโรคไม่ติดเชื้อผิวหนัง โดยอาการแพ้ยาเป็นปัญหาที่ปรึกษาบ่อยที่สุด ส่วนกลุ่มโรคติดเชื้อผิวหนัง โดยการติดเชื้อโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นการติดเชื้อไวรัสเป็นปัญหาที่ปรึกษาบ่อยที่สุดจากตารางที่ 2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความจำเป็นในการปรึกษาปัญหาโรคผิวหนังของผู้ป่วยใน

การปรึกษา	สาขา		p-value	Odd ratio
	อายุรกรรม	สาขาอื่น ๆ		
ความจำเป็น			0.03	1.75(1.1-2.9)
มี	161	34		
ไม่มี	114	42		

จากการเปรียบเทียบความจำเป็นในการปรึกษาปัญหาโรคผิวหนังของผู้ป่วยใน ตารางที่ 3 พบว่าแพทย์สาขาอายุรกรรมปรึกษาน้อยกว่าแพทย์สาขาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมากกว่าแพทย์สาขาอื่น ๆ 1.75 เท่า

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสัดส่วนความจำเป็นในการปรึกษาปัญหาโรคผิวหนังเมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้า⁶

การปรึกษา	ทุกสาขา		p-value	Odd ratio
	รพ.พระนั่งเกล้า, ไทย	รพ. das Clinicas, บราซิล		
ความจำเป็น			<0.01	0.33(0.24-0.47)
มี	195	247		
ไม่มี	156	66		

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนความจำเป็นในการปรึกษาปัญหาโรคผิวหนังโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ากับการศึกษาที่โรงพยาบาล das Clinicas ประเทศบราซิล พบว่าแพทย์ทุกสาขาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าไม่มีความจำเป็นในการปรึกษาปัญหาโรคผิวหนังมากกว่า 67% โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

การปรึกษาของแพทย์สาขาอายุรกรรมมีความเหมาะสมมากกว่าแพทย์สาขาอื่น ๆ ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และยังเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อเป็นแนวทางพัฒนาการเรียนการสอนปัญหาโรคผิวหนังต่อไป

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยสยามโดยหลักสูตรการสอนโรคผิวหนังอยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์เฉพาะทางผิวหนัง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในสาขาอายุรกรรมนั้น โดยแบ่งกลุ่มโรคตามหลักสูตรการสอนโรคผิวหนังเป็นกลุ่มโรคติดเชื้อผิวหนังและกลุ่มโรคไม่ติดเชื้อผิวหนังให้ครอบคลุมโรคผิวหนังที่ควรรู้ให้กับนักศึกษาแพทย์ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังเรียนจบแพทย์ต่อไป จากการศึกษาลักษณะทั่วไปของแพทย์สาขาอายุรกรรมและแพทย์สาขาอื่น ๆ โดยแบ่งออกเป็น เพศ กลุ่มโรคติดเชื้อผิวหนังและกลุ่มโรคไม่ติดเชื้อผิวหนังพบว่าไม่แตกต่างกัน $p=0.22$ และ 0.9 ตามลำดับ เมื่อแยกหอยผู้ป่วย พบว่า มีความแตกต่างกัน เป็นเพราะมีการจำแนกผู้ป่วยในโดยแยกสาขาตามหอยผู้ป่วยตั้งแต่นั้น

กลุ่มโรคไม่ติดเชื้อผิวหนังเป็นปัญหาผิวหนังที่พบบ่อยที่สุด โดยเป็นการปรึกษาอาการแพ้ยามากที่สุด จากการศึกษาทางตอนเหนือประเทศอินเดีย¹³ พบเป็นกลุ่มโรคไม่ติดเชื้อผิวหนังมากที่สุด เช่นเดียวกัน โดยเป็นการปรึกษาอาการผื่นผิวหนังอักเสบมากที่สุด ในทางตรงกันข้าม การศึกษาที่โรงพยาบาล das Clinicas ประเทศบราซิล⁶ พบว่ากลุ่มโรคติดเชื้อผิวหนังมากที่สุด โดยเป็นเชื้อราคล้ายกับการศึกษาทางตอนเหนือประเทศอินเดีย ในขณะที่การศึกษาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าพบว่าปัญหาในกลุ่มโรคติดเชื้อผิวหนังกลับเป็นโรคเริ่มมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบแพทย์สาขาอายุรกรรมกับแพทย์สาขาอื่น ๆ พบว่าแพทย์สาขาอายุรกรรมได้ปรึกษาปัญหาโรคผิวหนังตามความจำเป็นแตกต่างจากแพทย์สาขาอื่น ๆ ถึง 1.75 เท่า ของรายที่ปรึกษาแต่ในทางกลับกัน เมื่อนำแพทย์ทุกสาขาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

มาเปรียบเทียบกับศึกษาก่อนหน้า เรื่องความจำเป็นในการปรึกษาปัญหาโรคผิวหนังที่โรงพยาบาล das Clinicas ประเทศบราซิล กลับพบว่าแพทย์ทุกสาขาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าไม่มีความจำเป็นในการปรึกษาปัญหาโรคผิวหนังมากถึง 67% การปรึกษาปัญหาทางการแพทย์พบว่าเกิดจากปัญหาความรู้ทางการแพทย์มีถึง 30%¹¹ และยังมีอุปสรรคการเข้าถึงงานวิจัยทางการแพทย์¹² จึงเป็นโอกาสพัฒนาระบบการเรียนการสอน เรื่องความสำคัญของความจำเป็นในการปรึกษาปัญหาโรคผิวหนัง ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

การรับปรึกษาที่ดีควรประกอบด้วย 7 มิติ อ้างอิงถึง Mick Cope's Seven Cs of Consulting, illustrates seven steps toward successful consultation ประกอบด้วย

1. Client
2. Clarify
3. Create
4. Change
5. Confirm
6. Continue
7. Close

ปรับใช้เป็น Model consultation ในทางการแพทย์เป็น

5-C consultation model¹¹:

1. Contact
2. Communication
3. Core question
4. Collaboration
5. Closing loop

การศึกษาพบว่า 30% เกิดจากปัญหาความรู้ทางการแพทย์ สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่แพทย์ทุกสาขาปรึกษาสูงกว่าความจำเป็นถึง 67% ผลการวิจัยสามารถนำไปปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนต่อไป เพื่อให้นักศึกษาแพทย์ที่จะเป็นแพทย์ในอนาคตได้เรียนรู้ถึงแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

เป็นฐานข้อมูลสำหรับแพทย์ศาสตร์ศึกษาในการจัดรูปแบบการเรียนการสอนและยังสามารถติดตามผล โดยนำข้อมูลงานวิจัยนี้เป็นข้อมูลตั้งต้น

ข้อจำกัด

1. ยังเป็นนักศึกษาชั้นหลังจึงพรรณนา
2. ยังไม่สามารถทำ Model consultation ที่เหมาะสมได้
3. ไม่สามารถทำการศึกษาก่อนและหลังปรับปรุงหลักสูตรเพราะ

ต้องใช้ผลการศึกษาไปอ้างอิงในการศึกษากับนักศึกษาแพทย์ต่อไป

ข้อดี

เป็นการศึกษาครั้งแรกในรูปแบบการปรึกษาปัญหาโรคผิวหนัง
ของประเทศไทย

การนำไปพัฒนาการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์โดยการ
นำคำนิยามความจำเป็นในการปรึกษา ไปปรับปรุงหลักสูตรการ
เรียนสาขาผิวหนัง โดยปรับระดับการเรียนรู้ คือ

1. ต้องรู้ (L1)
2. ควรรู้ (L2)
3. น่ารู้ (L3)
4. ทั่วไป (L4)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

หลังจากได้ข้อมูลไปวิเคราะห์และปรับปรุงหลักสูตรแล้ว
ควรมีการทำการศึกษานิดก่อนและหลังการสอนตามหลักสูตร
ที่ปรับปรุงแล้วกับนิสิตแพทย์ชั้นปีการศึกษาที่ 6 เพื่อประเมิน
ความเหมาะสมในการปรึกษาปัญหาโรคผิวหนังต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
และบุคลากรห้องตรวจผิวหนังโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ตลอดจนถึง
นายแพทย์อรรถพล วันดี ที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล
ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาล
พระนั่งเกล้าที่ให้การวิจัยฉบับนี้ผ่านการพิจารณา

เอกสารอ้างอิง

1. Khaonim K. Potential in providing care for patients with primary skin diseases of subdistrict health promotion hospitals in 14 southern provinces. Journal of The Department of Medical Services. 2019;44(5):158-66.
2. Pacharavijit P. Prevalence of Skin Disease in Sai Noi Hospital. Region 4-5 Medical Journal. 2020;39(3):440-53.
3. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. คุณค่าของข้อมูลสุขภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2021;4:391-2.

4. เดือนเพ็ญ โยเอียง. คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข Version 2.4 ปีงบประมาณ 2564. ใน: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, บรรณาธิการ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2021.
5. Baur B, Sarkar J, Manna N, Bandyopadhyay L. The pattern of dermatological disorders among patients attending the skin OPD of a tertiary care hospital in Kolkata, India. IOSR journal of dental and medical sciences 2013;3(4):4-9.
6. Mancusi S, Neto CF. Inpatient dermatological consultations in a university hospital. Clinics. 2010;65(9):851-5.
7. Neamtes S. Statistical information Overview of patient service information Institute of Dermatology. 2021. Institute of Dermatology. 2021.
8. Nahass GT. Inpatient dermatology consultation. Dermatologic clinics. 2000;18(3):533-42.
9. Peñate Y, Guillermo N, Melwani P, Martel R, Borrego L. Dermatologists in hospital wards: an 8-year study of dermatology consultations. Dermatology. 2009;219(3):225-31.
10. McEwan EK. Seven steps to effective instructional leadership: Corwin Press; 2002.
11. Kessler C, Kutka BM, Badillo C. Consultation in the emergency department: a qualitative analysis and review. The Journal of emergency medicine. 2012;42(6):704-11.
12. Hasanpoor E, Bahadori M, Yaghoubi M, Haghoshayie E, Mahboub-Ahari A. Evidence-based management as a basis for evidence-based medical consultation. BMJ evidence-based medicine. 2020;25(3):83-4
13. Williams A, Bhatia A, Kanish B, Chaudhary PR, Samuel CJ. Pattern of inpatient dermatology consultations in a tertiary care centre from Northern India. Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR. 2016;10(12):WC07.