

เคล็ด ไม่ลับ R2R

บรรณาธิการ: แพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เคล็ดไม่ลับ R2R

บริษัทคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ISBN : 978-974-11-1148-0

พิมพ์ครั้งที่ 1

กรกฎาคม 2552

ที่ปรึกษา

ศ. นพ.วิจารณ์ พานิช
นพ.สมศักดิ์ ชุณหะวัณ

บรรณาธิการ

ผศ. นพ.เชิดชัย นพมณีจำรัสเลิศ
นพ.อัศวินทร์ นิมมานนิตย์
นพ.กุลธร เทพมงคล

กองบรรณาธิการ

ลดาทิพย์ สุวรรณ
สรินยา งามทิพย์วัฒนา
รวีวรรณ กิตติพลวงษ์วนิช
อินทิรา โทะกา
สุธินี บุญธรรม
จุฑารัตน์ ขจีฟ้า
อัญชิสา ทวีธรรมเจริญ

ประสานงาน

รวีวรรณ กิตติพลวงษ์วนิช

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

โครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย.

เคล็ดไม่ลับ R2R บริษัทคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. -- กรุงเทพฯ : ยูเนียน ครีเอชั่น, 2552. 216 หน้า.

1. การแพทย์ 2. การพยาบาล I. ชื่อเรื่อง.

610

จัดทำโดย

โครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ 2 ถนนพราณอก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 0-2419-9425-6 โทรสาร 0-2418-3296
www.si.mahidol.ac.th/r2r

สนับสนุนการพิมพ์โดย

แผนงานพัฒนาเครือข่ายวิจัยในรูปแบบงานวิจัยจากงานประจำ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ : 0-2951-1286-93 โทรสาร : 0-2951-1295
<http://r2r.hsri.or.th>

จัดรูปเล่มและพิมพ์ที่

บริษัท ยูเนียน ครีเอชั่น จำกัด
โทร. 0-2866-3002-3 e-mail : union.creation@gmail.com

ราคา 250 บาท



หนังสือ “เคล็ดไม่ลับ R2R” เล่มนี้เขียนแนว “เรื่องเล่า” (storytelling) เพื่อสื่อสารที่เป็น “ความรู้ฝังลึก” (tacit knowledge) ในการริเริ่ม การก่อตัว การจัดการ และการดำเนินการ “ขบวนการงานประจำสู่การวิจัย” (R2R movement) ที่ศิริราช ในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา

เป็นการเขียนหนังสือแนวเล่าเรื่องที่เร้าพลังได้ดีที่สุดเล่มหนึ่งที่ผมเคยอ่าน

การเกิดขึ้น งามงาม และขยายตัวของ R2R ที่ศิริราช เป็นปรากฏการณ์ของสิ่งที่ซับซ้อนและปรับตัว (complex adaptive) มี “ตัวละคร” ที่หลากหลาย แสดงบทบาทแตกต่างกันในหลากหลายมิติ มีมิติของเวลา ที่ค่อยๆ เริ่มต้นจากความไม่ชัดเจน เป็นความฝันรางๆ แต่มีกลุ่มคนที่กล้าร่วมกันทดลองลงมือทำ และปรับเปลี่ยนให้เกิดผลสำเร็จเล็กๆ มีผู้บริหารที่กล้าเสี่ยง จัดสรรเงินสนับสนุนให้ และกล้าจัดตั้งหน่วยงานเล็กๆ ขึ้นเป็นหน่วยจัดการ R2R ที่แยกออกไปจากรูปแบบการบริหารงานประจำ และกล้าใช้ทีม มสช. (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) ที่มีนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นหัวหน้าทีม มาทำหน้าที่ “ครูฝึก” (โค้ช) ให้แก่ทีมจัดการ R2R

ทีมจัดการ R2R ได้เรียนวิทยายุทธด้านการจัดการงานวิจัยภายในหน่วยงานวิชาการและบริการขนาดมหึมา ที่มีคนทำงานจำนวนมากว่า 12,000 คน มี “เพชร” ซ่อนอยู่ในองค์กรมากมาย ทั้งในรูปของคนทำงานประจำที่มีตั้งใจและประสบการณ์ ในรูปของข้อมูลหรือเรื่องราวของผู้ป่วยจำนวนมาก ในรูปของนักวิจัยระดับนานาชาติ ในรูปของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ฯลฯ เมื่อทีมจัดการ R2R ทำงานสนับสนุนการสร้างความรู้จากงานประจำอย่างเป็นระบบ จึงเกิดความรู้เกี่ยวกับการจัดการ R2R ในหลายระดับ ทั้งระดับผู้บริหารสูงสุดขององค์กร ระดับทีมงานของหน่วย R2R ระดับที่ปรึกษาหรือโค้ชของหน่วย R2R ระดับ CF ระดับหน่วยงานที่ดำเนินการ R2R ได้แก่ ภาควิชา สาขาวิชา หอผู้ป่วย หน่วยให้บริการ

การจัดทำหนังสือ “เคล็ดไม่ลับ R2R” จึงเป็นการรวบรวมความรู้จากประสบการณ์ตรงของผู้เกี่ยวข้องจัดทำเป็นหมวดหมู่และรูปเล่ม นับเป็นหนังสือในหัวข้อนี้เล่มแรกของประเทศไทย และอาจเป็นเล่มแรกของโลก

เป็นหนังสือที่มีคุณค่ายิ่งต่อวงการวิจัย R2R และวงการวิจัยด้านสุขภาพโดยทั่วไป

ผมเดาว่าหนังสือเล่มนี้น่าจะเป็นเล่มแรกของ series น่าจะมีการวางแผนทำเล่มที่ 2, 3, 4, ... ออกมา เพราะยังมีประเด็นเกี่ยวกับการจัดการ R2R อีกมากมายหลากหลายประเด็นที่น่าจะได้รวบรวมสังเคราะห์ และเผยแพร่ ผมคิดว่าน่าจะทำออกมาอย่างน้อย 2 ปีต่อ 1 เล่ม โดยในเล่มที่ 2 น่าจะเขียนหลักการและเทคนิคการทำงานของทีมผู้จัดการ R2R และทีม CF เพราะว่าทั้ง 2 ทีมนี้จะต้องทำงานกับผู้ทำงานประจำที่เป็นทีม R2R ที่หลากหลายมาก ศาสตร์และศิลป์เกี่ยวกับการทำงานกับคนต่างกลุ่ม ต่างความคิด ต่างทักษะ ต่างวิชาชีพ น่าจะได้มีการรวบรวมและสังเคราะห์ไว้ โดยที่ประเด็นที่ควรรวบรวมมีมากมาย เช่น การตั้งคำถามวิจัย การออกแบบกระบวนการวิจัย การขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมว่าด้วยการวิจัยในมนุษย์ การจัดทีมและแบ่งหน้าที่ของสมาชิกในทีม การดำรงความเข้มข้นสนุกสนานในการวิจัยในสถานการณ์ที่งานประจำล้นมือ การแก้ปัญหาที่เผชิญโดยไม่คาดฝัน การเก็บข้อมูลวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลข้อมูล การเตรียมการนำผลวิจัยไปนำเสนอในที่ประชุมวิชาการ การเตรียมเขียนบทคัดย่อของผลงานวิจัยเพื่อนำเสนอ การเตรียมเขียน manuscript ส่งไปลงพิมพ์ในวารสารวิชาการหลากหลายระดับของความยากในการรับลงพิมพ์ เป็นต้น

พลังของหนังสือเล่มต่อไป จะอยู่ที่การเขียนแบบที่แยกแยะวิธีดำเนินการในต่างกลุ่มของผู้ดำเนินการ R2R (เน้น specific knowledge) ไม่ใช่เขียนแบบเน้น generic knowledge ที่ใช้ได้กับนักวิจัย R2R ทุกกลุ่ม

มีประเด็นสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จของ R2R ที่ศิริราช ที่อาจยังไม่ได้เขียนไว้ในหนังสือเล่มนี้อย่างชัดเจน คือการสร้างความชัดเจนของสิ่งที่เรียกว่า ผลงานของผู้จัดการ R2R (R2R manager) ผู้จัดการ R2R ต้องไม่เข้าไปมีชื่อเป็นเจ้าของผลงานวิจัยไม่ว่าในกรณีใดๆ ไม่ว่าจะเป็นหัวหน้าโครงการ หรือเป็นผู้ร่วมวิจัย ความชัดเจนในเรื่องนี้ ที่เกิดขึ้นที่ศิริราช ได้สร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจที่ทีมเจ้าหน้าที่ประจำ มีต่อทีมจัดการ R2R ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างสองฝ่ายมีความชัดเจนว่า ทีมจัดการ R2R เป็นผู้ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกอย่างแท้จริง ไม่ใช่ผู้มาดักดวงผลงานวิจัย

เมื่อความสัมพันธ์ชัดเจนเช่นนี้ พฤติกรรมของทีมจัดการ R2R ก็ชัดเจนด้วยว่าจะไม่เข้าไป “จับมือทำ” หรือช่วยทำ ผู้ออกความคิดเห็นส่วนใหญ่และลงมือทำต้องเป็นทีมเจ้าหน้าที่ประจำ ที่เรียกว่าทีม R2R นั้นเอง ถ้าทีม R2R ต้องการเวลาในการคิดโจทย์วิจัยให้ชัด ทีมจัดการ R2R ก็ต้องใจเย็น ปล่อยให้ใช้เวลาตามธรรมชาติ แต่ในขณะเดียวกัน ทีมจัดการ R2R ก็ต้องคอยช่วยประคับประคองหรือกระตุ้น ให้ไฟแห่งความกระตือรือร้นที่จะแก้ปัญหาและตอบโจทย์วิจัยยังลุกโพล่งในกลุ่มสมาชิกของทีม R2R

ขบวนการ R2R ที่ศิริราชได้จัดชวน R2R ประเทศไทย การ “ทำวิจัยซ้อนวิจัย” และรายงานผลการวิจัยวิธีจัดการงานวิจัย R2R ออกมาเป็นหนังสือเล่มนี้ จึงมีคุณูปการยิ่งต่อประเทศไทย โดยเฉพาะต่อวงการ R2R ด้านสุขภาพ หนังสือเล่มนี้น่าจะเป็นเครื่องจุดประกายให้ขบวนการ R2R ลุกلامไปสู่วงการอื่นๆ ในประเทศไทยได้ด้วย

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช

นายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล

10 มิถุนายน 2552

ระบบของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือโรงเรียนแพทย์นั้น ระบบมีความซับซ้อนมาก แค่พยายามทำความเข้าใจก็เป็นเรื่องยากแล้ว หากยังต้องการสร้างระบบให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นับเป็นเรื่องที่ยากยิ่งกว่า ทุกคนทราบดีว่า คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเป็นคณะแพทยศาสตร์แห่งแรก และเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกที่ได้รับดูแลผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันในประเทศไทย โดยมีพัฒนาการตั้งแต่เริ่มก่อตั้งใน พ.ศ. 2431 จนถึงปัจจุบันเป็นเวลากว่า 120 ปี ประวัติการพัฒนายาวนาน ยิ่งเพิ่มความซับซ้อนของระบบต่างๆ มากยิ่งขึ้น

ภายใต้ระบบใหญ่และซับซ้อนเช่นนั้น มีคนกลุ่มเล็กๆ กลุ่มหนึ่ง ที่มุ่งหวังผลักดันให้เกิดการใช้ความรู้ไปสู่การพัฒนา พวกเขาพร้อมกันจัดตั้งเป็นโครงการที่เรียกว่า “โครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย” หรือโครงการ R2R (Routine to Research) ชื่อ R2R นี้บัญญัติขึ้นโดย **ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช** อดีตผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และอดีตผู้อำนวยการสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.) ปัจจุบันท่านเป็นนายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โครงการ R2R ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีพัฒนาการและนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในระดับต่างๆ ได้อย่างน่าทึ่ง ความรู้ นวัตกรรม และการเปลี่ยนแปลงบางชิ้นเกิดขึ้นจากความร่วมมือและสติปัญญาของบุคลากรในระดับที่หลายครั้งพวกเรามักจะมองข้ามไป **R2R จึงเป็นมากกว่าการวิจัย แต่เป็นการพัฒนางานให้ดีขึ้น และที่สำคัญที่สุดคือการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ซึ่งจะเป็นหลักประกันความยั่งยืนในการพัฒนา**

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มีความยินดีที่ได้มีโอกาส
ร่วมสนับสนุนให้งาน R2R ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลนี้
แพร่หลายไปสู่วงกว้าง เน้นอนว่าประสบการณ์จากการทำงาน ความสำเร็จ
ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากโครงการ R2R ของคณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล ย่อมเป็นบทเรียนที่ทรงคุณค่า ช่วยสร้างการเรียนรู้และ
แรงบันดาลใจให้กับผู้คนที่อยากพัฒนางานและพัฒนาศักยภาพตนเอง
อยากรู้ความลับว่าทีมงาน R2R ศิริราชทำงานอย่างไร อ่านได้จาก
หนังสือเล่มนี้ครับ

นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

19 มิถุนายน 2552



จากใจ**กองบรรณาธิการ**

จากจุดเริ่มต้นของโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research Project: R2R) ในปี 2547 ทีมจัดการ R2R ได้เรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์ในการสนับสนุนให้บุคลากรทุกระดับสร้างความรู้จากงานประจำผ่านกระบวนการทำวิจัยอย่างเป็นระบบ ทีมเริ่มต้นจากความไม่ชัดเจนของทิศทางการดำเนินงานแต่มีเป้าหมายที่แน่นอน คือ การพัฒนาคนเพื่อพัฒนางานผ่านการวิจัย นำองค์กรไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้

ทีมจัดการ R2R โชคดีที่เริ่มต้นด้วยต้นทุนที่ดีหลายประการ มีผู้บริหารระดับสูงขณะนั้น คือ ท่านคณบดี **ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร** และรองคณบดีฝ่ายวิจัย **นายแพทย์ปรีดา มาลาสิทธิ์** ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ ทั้งทรัพยากรบุคคล งบประมาณ เวลา และสถานที่ มีทีมที่ปรึกษาระดับปรมาจารย์ในวงการแพทย์ เช่น **ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช** นายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล และ**นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์** เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) **ศาสตราจารย์ นายแพทย์ธาดา ยิบอินซอย** และทีมงาน มสช.

ตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา โครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยได้รับความกรุณาเป็นอย่างสูงจากทีมที่ปรึกษาถ่ายทอดประสบการณ์ทำงานอันมีค่ายิ่งและกระตุ้นทีมจัดการ R2R ด้วยเทคนิค “การยุ” อย่างสร้างสรรค์ให้เกิดการสานต่อ “การยุ” นั้นเป็นการทำงานและออกเป็นกิจกรรมต่างๆ โดยมีแนวคิดของ “การจัดการความรู้” อย่างไม่รู้ตัว ในการจัดการส่งเสริมงานวิจัย และทีมที่ปรึกษายังได้เปิดโลกทัศน์ใหม่ๆ แก่พวกเราเสมอ จนโครงการเป็นที่ยอมรับและขยายแนวคิดการวิจัย R2R ไปทั่วประเทศ

ทีมที่ปรึกษายังเป็นผู้จัดประกายให้พวกเราทำหนังสือ **“เคล็ดไม่ลับ R2R”** ขึ้น ซึ่งรวบรวมความเป็นมาการริเริ่มก่อตั้ง การบริหารจัดการ ตัวอย่างความสำเร็จของงานวิจัย R2R เป็นการเขียนแนวเล่าเรื่องเพื่อให้ผู้อ่านได้รู้สึกและสัมผัสประสบการณ์ตรงจากผู้ทำวิจัย

หนังสือเล่มนี้ได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากทีมนักวิจัย **R2R คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์มงคล เลหาเพ็ญแสง รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงภาวนา ภูสุวรรณ นายแพทย์ยงชัย นิละนนท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล คุณเอื้องพร พิทักษ์สังข์ และทีมงานผู้วิจัยทุกท่าน** ที่ช่วยถ่ายทอดประสบการณ์อันมีค่า

พวกเราหวังว่าหนังสือ **“เคล็ดไม่ลับ R2R”** จะเป็น **“คู่มือ”** ช่วยให้ **“ผู้ทำงานประจำ”** เกิดแรงบันดาลใจ ได้เรียนรู้ และสามารถประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้อย่างน้อยๆ ในการทำ R2R ที่ศิริราช **“ผู้อำนวยการความสะดวก (facilitator)”** ได้เห็นตัวอย่าง และแนวคิดที่ผ่านการลองผิดลองถูกมาจากระบบการ 5 ปีของทีมงาน R2R ศิริราช **“ผู้บริหาร”** ของหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่สนใจอยากใช้ R2R เป็น **“เครื่องมือ”** ในการพัฒนาองค์กร ได้ทราบจุดเริ่มต้น กระบวนการทางความคิดของผู้บริหาร ที่เริ่มต้นใช้ R2R เป็นเครื่องมือที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราช-พยาบาล

พวกเราทีมงาน R2R ศิริราชทุกคน ขออำนวยการให้ทุกท่านที่สนใจ และมีความตั้งใจทำงาน R2R ประสบความสำเร็จในการทำงาน การเรียนรู้ อันจะก่อให้เกิดความสุขต่อตนเอง และเหนือสิ่งอื่นใดคือความสุขของผู้ป่วยและญาติที่มารับการดูแลรักษาต่อไป

ทีมจัดการ R2R ศิริราช

13 มิถุนายน 2552

R2R ในหลาคุมมองของแกนนำผู้ก่อตั้งและผู้สนับสนุน	1
มอง R2R ผ่านสายตาผู้บริหาร	23
โครงการวิจัยเปรียบเทียบการหยอดยาขยายรูม่านตา	35
บทเรียนการวิจัย <i>Randomized control trial</i>	
คุณเอื้องพร พิทักษ์สังข์ และทีมงานหน่วยงานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก	
การศึกษาความสัมพันธ์ของพังผืดใต้ลิ้นกับการดูดนมมารดา	63
บทเรียนการวิจัย <i>Diagnostic test</i>	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์มงคล เลาทะเพ็ญแสง และทีมงาน	
การรักษาภาวะไทรอยด์เป็นพิษ: big dose กับ small dose	83
บทเรียนการวิจัย <i>Cost-effectiveness analysis</i>	
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงภาวนา ภูสุวรรณ และทีมงาน	
การประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	103
(National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS) ภาควิชาภาษาไทย	
บทเรียนการวิจัย <i>Measurement scale translation and revalidation</i>	
นายแพทย์ยงชัย นิละนนท์ และทีมงาน Siriraj Acute Stroke	
ภารกิจติดตามดูแลเด็กสมาธิสั้น	131
บทเรียนการวิจัย <i>Case-control study</i>	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล และทีมดูแลเด็กสมาธิสั้น	
เปิดใจ 4 พี่เลี้ยงห้วกะทิ	159
แห่งเวที R2R คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	
จับเข้าคุยกับ 6 สาวมดงานจอมขยันแห่งสำนักงาน R2R	187

R2R ในหลากหลายมุมมองของ

แกนนำผู้ก่อตั้งและผู้สนับสนุน

ย้อนกลับไปเมื่อหลายปีก่อน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลภายใต้การนำของท่านคณบดีในขณะนั้น คือ ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ **ปิยะสกล สกลสัตยาทร** มีแนวคิดที่จะนำงานวิจัยมาเป็นกลไกขับเคลื่อนและพัฒนางานประจำให้มีคุณภาพ โดยมีเป้าหมายให้บุคลากรในองค์กรทำงานได้อย่างมีมาตรฐานและคุณภาพสูงขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

จึงมีการระดมสมองของกุนซือสุขภาพแห่งวงการสาธารณสุขไทย ร่วมกับผู้รับผิดชอบด้านงานวิจัยและงานพัฒนาคุณภาพของคณะฯ ซึ่งประกอบไปด้วยแกนนำผู้ก่อตั้งทั้ง 4 คือ ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นายแพทย์ปรีดา มาลาสิทธิ์ และนายแพทย์สมเกียรติ วสุวิฏกุล ช่วยกันผลักดันและก่อตั้งหน่วยงาน R2R (Routine to Research) ขึ้นที่โรงพยาบาลศิริราช ร่วมกับผู้สนับสนุน คือ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ธาดา ยิบอินซอย

จากงานใหม่ที่ไม่มีใครคุ้นเคย ทว่าในปัจจุบันงานวิจัย R2R ได้กลายเป็นวัฒนธรรมใหม่ในองค์กรแห่งนี้ ที่ใครๆ ต่างก็สนใจ และเห็นเป็นเรื่องใกล้ตัว ที่จะสามารถพัฒนางานประจำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เพื่อให้คุณผู้อ่านได้รู้ความเป็นมาของงานวิจัยแบบ R2R อย่างละเอียด ขยายแกนนำในการก่อตั้ง R2R ทั้ง 4 ท่าน และผู้สนับสนุนโครงการ R2R ให้เกียรติมาพูดคุยกับเราอย่างเปิดเผยกันเองค่ะ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช



R2R คือเครื่องมือที่ทำให้เกิดการพัฒนา

นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์



R2R ต้องมีการจัดการที่ดีเพื่อให้สามารถนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้จริง

นายแพทย์ปรีดา มาลาสิทธิ์



R2R คืองานสร้างฐานคนและสร้างฐานข้อมูล

นายแพทย์สมเกียรติ วสุวิญญกุล



R2R จะก้าวไกลระดับนานาชาติ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์รாதา ยิบอินซอย



R2R คือโอกาสทองของการพัฒนางาน
เพื่อช่วยลดภาระงานประจำ

R2R คือเครื่องมือที่ทำให้เกิดการพัฒนา

คำว่า Routine to Research หรือ R2R ถูกบัญญัติขึ้น
เพื่อจูงใจให้การทำงานวิจัยจากงานประจำเป็นเรื่องที่น่าสนใจ
และไม่เคร่งเครียดจนเกินไป ในฐานะที่เป็นผู้อยู่ในกระบวนการ
บัญญัติคำนี้ขึ้นมา ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช
ได้อธิบายถึงคำนิยามของ R2R ว่ามีได้หลายมุมมอง



“ R2R คือการใช้งานวิจัยเป็นเครื่องมือในการทำให้เกิดการ
สร้างความรู้เพื่อนำมาพัฒนางานประจำ ในขณะเดียวกันก็ทำให้
คนที่ทำงานประจำมีโอกาสคิด ทดลอง และตั้งโจทย์ให้มีความ
ชัดเจนขึ้น แล้วทำการทดลอง เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผล
นั่นคือใช้งานวิจัยมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาขีดความสามารถ
ของคนทำงาน ผลิตผลงานเชิงวิจัยออกมาได้ แล้วป้อนกลับไป
พัฒนางานประจำให้ดีขึ้น ”

“หากมองอีกมุมหนึ่ง R2R ทำให้ความจำเจของงานประจำ
หายไป กลายเป็นความท้าทายความสนุกที่ได้คิดค้นวิธีการสร้าง
ความรู้เล็กๆ แต่เป็นความรู้ใหม่ๆ ขึ้นมาทำประโยชน์ เกิดความ
ภาคภูมิใจในงานที่ตัวเองทำ หรือจะเรียกว่าเป็น**เครื่องมือใน
การพัฒนาคน (Human Resource Development: HRD)** ก็ได้
และที่สำคัญคืองานวิจัยประเภทนี้ทำกันเป็นทีม สามารถใช้ทำให้
เกิด Team Learning เกิดความสามัคคีได้”

อาจารย์วิจารณ์กล่าวว่า หัวใจสำคัญที่จะทำให้งาน R2R
บรรลุเป้าหมายคือ ผู้บริหารที่มียุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ เป้าหมาย
มองเห็นสิ่งที่จะเป็นความสำเร็จของหน่วยงานหรือองค์กรได้
อย่างชัดเจน และสามารถสื่อสารให้คนในองค์กรรับรู้ได้ทั่วกัน

“งาน R2R ไม่ได้ตอบสนองใครคนใดคนหนึ่ง แต่ตอบสนองทุกฝ่าย ทั้งฝ่ายบริหาร เป้าหมายองค์กร ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ซึ่งคือผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งหัวหน้าโดยตรงของหน่วยงาน ถ้าหัวหน้ามีความสามารถที่จะช่วยกันตั้งโจทย์ R2R ให้ชัดเจนขึ้น แนะนำวิธีการเก็บข้อมูลก็จะเป็นเรื่องที่ดี แต่ถ้าหัวหน้าทำไม่เป็นก็ไม่ใช่เป็นไร ขอให้ภายในองค์กรมีคนที่จะเป็นพี่เลี้ยงได้ ที่ศิริราชโชคดีที่มีหน่วยงาน R2R เป็นพี่เลี้ยง”

ในมุมมองของอาจารย์วิจารณ์ งานวิจัยแบบ R2R มีความแตกต่างจากงานวิจัยทั่วไป กล่าวคือ งานวิจัย R2R เป็นการพัฒนามากกว่าการวิจัยแบบเคร่งครัด โดยงานวิจัย R2R นำเอาระเบียบวิธีวิจัย (research methodology) ที่ถูกหลักวิชาการเข้าไปเป็นตัวเชื่อมกับการพัฒนา ทำให้ผลลัพธ์ของการพัฒนานั้นมีความน่าเชื่อถือ

“งานวิจัยทั่วไปเน้นการสร้างความรู้แบบ generic knowledge หรือความรู้ที่สามารถนำมาใช้ได้โดยทั่วไป เน้นการอธิบายให้น่าเชื่อถือ ว่าผลที่เกิดขึ้นมันเกิดเพราะอะไร มีทฤษฎีและข้อมูลมาอ้างอิง และเขียนออกมาให้มีเหตุผลผลให้เข้าใจและน่าเชื่อถือ ในขณะที่งานวิจัย R2R เป็นการสร้าง specific knowledge ที่ค่อนข้างจำกัดเฉพาะบริบทนั้นๆ ที่เน้นการพัฒนามากกว่าเรื่องวิจัยอย่างเดียว ถ้าเราวางแผนว่าเราจะพัฒนาอะไรสักอย่าง แล้วเราเก็บรวบรวมข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เราก็สามารถทำให้คนอื่นมั่นใจ และเชื่อว่าผลที่เกิดขึ้นมันเป็นอย่างนั้นจริงๆ และน่าเชื่อถือจริงๆ”

อาจารย์วิจารณ์กล่าวว่า งานวิจัยที่ดีต้องสามารถทำให้เกิดการพัฒนาในหน่วยงาน ซึ่งหากมองลึกไปถึงระดับนโยบาย งานวิจัยแบบ R2R ก็สามารถเปลี่ยนแปลงระดับนโยบายได้เช่นกัน

“งานวิจัย R2R ในแง่ของการดูแลผู้ป่วย ก็คือนโยบายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีขึ้น และใช้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม นอกจากนี้ ทำให้การ

ทำงานเร็วขึ้น ลดภาระการทำงานลง มีรูปแบบการทำงานเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยต้องรอนาน ยึดผู้ป่วยเป็นหลัก”

“คนทำงานต้องรู้ว่าอะไรบางอย่างที่จะทำให้ผู้ป่วยพอใจ และหยิบมาทำงานวิจัย R2R เมื่องานวิจัย R2R ทำได้ผล มันก็จะขับเคลื่อนนโยบายได้โดยอัตโนมัติ ถ้าเรารู้ว่าหน่วยงานต้องการจะพัฒนาอะไร และเป็นไปในทิศทางไหน เราก็ใช้งานวิจัย R2R เป็นเครื่องมือในขับเคลื่อน เมื่อได้ผลการวิจัย มันก็จะถูกนำกลับไปใช้งานได้โดยอัตโนมัติ”

“สำหรับคนที่คิดว่าการทำงานวิจัย R2R จะเป็นภาระเพิ่มเติม ต้องหาตัวอย่างให้เขาดู ตัวผมเองถ้ารู้สึกว่าการทำอะไรก็ตามที่ทำงานแล้วรู้สึกว่ามันยุ่งยาก ผมจะตั้งข้อสงสัยว่าเป็นเพราะอะไร ถ้าทำงานแล้วมันฝืด ๆ แสดงว่าเราทำงานแบบเดิม มัน *work hard* ซึ่งการทำงาน *work hard* สู้ *work smart* ไม่ได้ และสิ่งที่จะทำให้ *work smart* ก็คืองานวิจัย R2R นี่แหละ ที่ช่วยหาวิธีที่ทำให้การทำงานดีกว่าเดิม”

ปฏิเสธไม่ได้ว่ากลไกสำคัญที่จะทำให้งานวิจัย R2R ประสบความสำเร็จ ส่วนหนึ่งคือคนทำวิจัยต้องมีที่ปรึกษาหรือพี่เลี้ยงที่ดี โดยอาจารย์วิจารณ์แสดงทัศนะว่า

“R2R ของศิริราชถือว่าเป็นหน่วยงานพี่เลี้ยง งานวิจัยจะดีหรือไม่ดี ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับว่าพี่เลี้ยงทำงานดีหรือไม่ ซึ่งพี่เลี้ยงก็ต้องเรียนรู้ไปพร้อมกับคนทำวิจัย พี่เลี้ยงที่ดีต้องไม่ครอบงำคนทำวิจัย และมีทักษะในการสร้างแรงบันดาลใจและสร้างบรรยากาศของการตั้งคำถามให้คนทำวิจัยสบายใจที่จะตอบ มีบรรยากาศที่สนุกสนาน ไม่เน้นผิด-ถูกมากเกินไป และกระตุ้นให้เขาพยายามช่วยเหลือตัวเอง พุดง่าย ๆ ก็คือ พี่เลี้ยงที่ดีต้องใจกว้าง ซึ่งถือเป็นหลักสำคัญในการทำงานวิจัย R2R”

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช

อดีตผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

อดีตผู้อำนวยการสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม

ปัจจุบันเป็นนายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล

R2R ต้องมีการจัดการที่ดี เพื่อให้สามารถนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้จริง



ในสมัยที่สังกัดดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป้าหมายในการทำงานของ **นายแพทย์สมศักดิ์ หุนหรัศมี** คือต้องการให้ระบบสาธารณสุขทั่วประเทศมีมาตรฐานดีขึ้น

จนกระทั่งปัจจุบันดำรงตำแหน่งเลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) และมีประสบการณ์ด้านการบริหารจัดการงานวิจัยพอสมควร เมื่อได้รับการทาบทามจาก**นายแพทย์ปรีดา มาลาสิทธิ์** ให้เข้ามาร่วมวางโครงสร้างของหน่วยงาน R2R ที่โรงพยาบาลศิริราช อาจารย์สมศักดิ์จึงตอบรับคำเชิญทันที

“อาจารย์ปรีดามีโจทย์ว่า จะทำยังไงให้งานวิจัยทางการแพทย์สามารถทำให้คนที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลกับเรื่องการวิจัยพื้นฐาน (basic research) ซึ่งเป็นการวิจัยทางห้องปฏิบัติการให้เชื่อมโยงกันได้ ตอนที่ผมเป็นผู้บริหารที่ สวรส. ผมมีแนวคิดที่เรียกว่า *area based research* คือการไปเอาโจทย์วิจัยจากพื้นที่มาทำวิจัย และความรู้ที่ได้มาจะได้นำกลับไปแก้ปัญหาในพื้นที่ได้”

“การทำวิจัย R2R ต้องตั้งคำถามโดยมีเป้าหมายการพัฒนาคนทำวิจัยอยากเห็นอะไร เช่น ทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น สบายขึ้น มีความสุขขึ้น ทำให้ลดความเสี่ยง ทำให้ประหยัดเวลา ทำให้ลดค่าใช้จ่าย คนทำวิจัยต้องสามารถเปลี่ยนเป้าหมายในการวิจัยเป็นโจทย์ในการวิจัยให้ได้ พูดย่างๆ คือตั้งเป้าหมายการพัฒนาให้เป็น แล้วตั้งโจทย์ให้เป็น”

“ตอนที่ประชุมกันนั้น อาจารย์วิจารณ์ พานิช ท่านก็ช่วยได้มาก ท่านพูดว่างานแบบนี้จะช่วยให้องค์กรเกิดการตื่นตัวในการเรียนรู้ เกิดวัฒนธรรมใหม่ในองค์กร การที่ได้มาทำ R2R ที่ศิริราชถือว่าโชคดี เพราะอาจารย์วิจารณ์เคยทำที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) มาแล้ว ผมก็เคยทำที่ สวรส. เราก็เข้าใจมากขึ้นถึงสิ่งที่เรียกว่าการใช้การวิจัยเป็นเครื่องมือในการสร้างวัฒนธรรมในองค์กร ซึ่งเหมาะกับศิริราช เพราะผู้บริหารกำลังอยากให้ศิริราชเป็นองค์กรที่ไม่หยุดนิ่ง (dynamic)”

“งานวิจัยที่ดีต้องมีโจทย์มาจากงานประจำ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนางานประจำ ทำแล้วต้องสามารถนำไปพัฒนางานประจำได้จริง และควรจะทำให้งานวิจัยเป็นวัฒนธรรมของการเรียนรู้ของคนในองค์กร ทั้ง 3 อย่างเป็นเป้าหมายที่จะต้องมีการจัดการ และเป็นกรอบให้กับทีมบริหารงานวิจัย ยึดเป็นหลักเอาไว้ และถ้าทำได้ดีก็จะเกิดผลดี ๆ ตามมาคือ ผู้ป่วยได้ประโยชน์ เพราะการบริการดีขึ้น คนทำงานได้ประโยชน์ เพราะทำงานสะดวกและเร็วขึ้น ผลพลอยได้อื่น ๆ ที่ตามมาคือได้ความรู้ ได้ผลงานไปตีพิมพ์ และมีความสุขด้วย ส่วนองค์กรก็ได้รับการพัฒนาให้มีมาตรฐานมากขึ้น”

“ที่สำคัญผู้บริหารต้องเห็นด้วยกับการมีหน่วยบริหารจัดการ (management unit) ใหม่ ด้วยการสนับสนุนอย่างเต็มที่ คนทำงาน R2R ต้องรู้เรื่องระเบียบวิธีวิจัยและการบริหาร ถ้าจะให้ดีกว่านั้นคือต้องรู้เรื่องระบบสาธารณสุข (health care system) ตอนนั้นเราได้ อาจารย์สมเกียรติ วสุวิญญกุล ซึ่งเป็นอายุรแพทย์และเป็นนักจัดการก่อนมาทำหน้าที่ตรงนี้”

“การทำงานบริหารจัดการงานวิจัย R2R จะสำเร็จได้ คนทำงานต้องแสดงให้เห็นฝ่ายบริหารเห็นด้วยว่างานนี้มีประโยชน์ต่อฝ่ายบริหาร เมื่อฝ่ายบริหารเห็นว่าคนข้างล่างทำงานได้ดีขึ้น มีมาตรฐานมากขึ้น คนทำงานมีความสุข สนุกกับงานมากขึ้น เขาก็พอใจแล้ว”

“สำหรับองค์กรอื่น ๆ ที่อยู่นอกเหนือศิริราชที่อยากทำ R2R ผมแนะนำให้ให้ลงมือทำเลย ถ้าไม่รู้ก็ต้องลองทำ ถ้าเรากลัวไว้ก่อนงานมันจะไม่เดิน ให้ลงมือทำก่อน ไม่ได้ก็ค่อยมาว่ากัน ไม่ลองไม่รู้ของดี ๆ อย่าเพิ่งหนี เพียงเพราะว่าเห็นอุปสรรค ให้ลองไปก่อนเมื่อมันหนักจริง ๆ แล้วค่อยเลิก ไม่เป็นไรหรอก ทุกเรื่องมันไม่ได้เริ่มจากการที่เรารู้ทุกอย่าง”

นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

อดีตผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ปัจจุบันเป็นเลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

R2R คืองานสร้างฐานคนและสร้างฐานข้อมูล

ท้าวเรือท้าวแรงคนสำคัญในการประสานงานกับบุคลากร
ระดับผู้นำทางความคิดของวงการสาธารณสุขไทย
เข้ามาร่วมระดมสมอง เพื่อก่อตั้งหน่วยงาน R2R
ขึ้นในโรงพยาบาลศิริราช



คือ **นายแพทย์ปรีดา มาลาสิทธิ์**

“หน้าที่ของผมในขณะนี้ดำรงตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลคือ ทำให้เกิดงานวิจัยที่มี
คุณภาพ สามารถนำไปใช้ได้จริง มีผลกระทบต่อองค์กรและ
ประเทศจริง ๆ แต่พอเอาตัวเลขมาดู อาจารย์ที่ทำงานวิจัยในช่วง
นั้นมีไม่ถึง 1 ใน 5 และการที่จะทำให้คน 4 ใน 5 มาทำงานวิจัย
มันเป็นเรื่องยาก”

“ผมนำเรื่องไปปรึกษาอาจารย์วิจารณ์ว่าจะทำให้งานบริการ
ต่อยอดไปเป็นงานวิจัยได้อย่างไร อาจารย์วิจารณ์แนะว่า อย่าเอา
ตัวงานวิจัยเป็นจุดมุ่งหมาย แต่ให้เอางานวิจัยเป็นกลไกหนึ่ง
ที่จะทำให้องค์กรนั้น ๆ เป็นองค์กรแห่งความรู้”

“เราใช้เวลากว่า 1 ปีในการตกลงทางความคิด ผมขอยก
เครดิตให้อดีตคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
(ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร)
อดีตรองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ (ศาสตราจารย์คลินิก
นายแพทย์อภิชาติ ศิวยาทร) อาจารย์วิจารณ์ และอาจารย์สมศักดิ์
ที่เข้าใจว่างานที่มันยาก ๆ และใหม่ ๆ อย่างนี้จำเป็นต้องสร้าง
ระบบที่คล่องตัว (flexible) แต่โปร่งใสตรวจสอบได้ (accountable)
ผมฝันว่าโครงสร้างของงานวิจัยเราต้องปลีกจากระบบราชการ

เป็นระบบที่ flexible ที่เอาตัวเป่าเป็นตัวตั้ง และเอาการบริหารจัดการแบบ flexible และ accountable เป็นตัวตาม”

“ผมคิดว่าความเป็นผู้นำ (leadership) ของท่านคนบัตินั้นแหละเป็นตัวตลกผลึก คือคนบัตินั้นเห็นด้วยกับแนวคิดนี้ และกล้าที่จะทำงานใหม่ทุกอย่างก็ง่าย เมื่อไหร่ก็ตามที่เราต้องการการเปลี่ยนแปลง (change) มันจะต้องมีกฎบางอย่างที่มันไม่ค่อยตรงกับของใหม่ ๆ ผู้บริหารที่เก่งต้องค่อย ๆ ปรับกฎเกณฑ์ไปเรื่อย ๆ องค์กรจะได้เติบโตได้ ไม่อย่างนั้นทุกคนก็ไม่กล้าทำของใหม่ เพราะมันมีกฎอยู่แล้ว หัวใจสำคัญของการทำงานให้สำเร็จคือ การมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ และมีการมอบหมายงานให้มีการดำเนินการต่อ ผมว่าการเปลี่ยนแปลงต้องเกิดขึ้นในองค์กรที่ flexible และมี accountability ไม่มีองค์กรไหนจะเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาได้ ถ้าไม่ปรับตัว”

“ผมเชื่อว่าองค์กรที่มีการบริการตั้งอยู่บนฐานของความรู้ จะทำให้การปรับปรุงคุณภาพจะมีคุณภาพมากขึ้น และตัวที่จะทำให้เกิดขึ้นคือฐานข้อมูล (database) ที่ดี เช่น การมองเห็นการบริหารจัดการ การบริการผู้ป่วยต่างๆ สิ่งเหล่านี้คือฐานของ basic research ที่ดีมาก”

“ช่วงชีวิตของผม ผมทำ basic research มาตลอด ผมมีความเชื่อมั่น 100% ว่าเวลาที่มีหวัดนก หรือโรคซาร์ระบาด ถ้าเรามีฐานงานวิจัยชีววิทยา (biology) ของไวรัสไข้หวัดนก ไวรัสโรคซาร์เป็นพื้นฐาน เมื่อมันเกิดเรื่องขึ้นมา คนไทยจะไม่ตาย เพราะว่าเรามีคนทำการวินิจฉัยและรักษาได้ เพราะเรามีฐานวิทยาศาสตร์ดี ดังนั้น เราจำเป็นต้องสร้าง basic science ของเราให้ได้”

“งานวิจัย R2R เป็นงานสร้างฐานคน และสร้างฐานข้อมูล อาจารย์วิจารณ์พูดเสมอว่า องค์กรต้องเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และมีคุณภาพ ทุกคนอยากจะปรับปรุง ทุกคนอยากจะถาม ทุกคนตั้งคำถามเป็น ทุกคนรู้ว่าจะแก้ไขปัญหาอย่างไร”

“ถ้าอยากให้เกิดการทำงานที่มีวิวัฒนาการและนวัตกรรม คืองานที่มันใหม่ ผมคิดว่าต้องมีการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และผมคิดว่านี้แหละคือความสวยงามของการทำงานที่แปลกใหม่ (innovate) คือสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ด้วยกัน และถ่ายทอดประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ผมว่ามันเป็นเรื่องสำคัญ”

“ความรู้มันต้องนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง อาจารย์วิจารณ์เคยพูดเอาไว้ว่า ‘งานวิจัยคือกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง’ เมื่อไหร่ที่เราไปหลงกับงานวิจัยว่า งานวิจัยคือวิจัย เราก็จะมุ่งเน้นให้ได้มาแต่ผลงานวิจัยตีพิมพ์ ความจริงแล้วงานวิจัยมันกว้าง งานวิจัยควรจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในหลายๆ อย่าง ถึงจะเรียกว่าเป็นงานวิจัยที่ดี เปลี่ยนในด้านประโยชน์ที่ทีมงานได้รับ ผลงานที่ออกมามันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งมีประโยชน์ต่อองค์กรและต่อประเทศไทยอย่างแท้จริง”

นายแพทย์ปรีดา มาลาลิธี

อดีตรองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ปัจจุบันเป็นที่ปรึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

R2R จะก้าวไกลระดับนานาชาติ

เพื่อให้ทันหน่วยงาน R2R ในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีความชัดเจน และสามารถสานต่อแนวคิดการสร้างงานวิจัย จากงานประจำอย่างเป็นรูปธรรม จำเป็นต้องมีผู้บริหารหน่วยงาน เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย การคัดกรองบุคลากรที่จะมารับตำแหน่ง ผู้จัดการโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) จึงเป็นไปได้อย่างเข้มข้น และบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับตำแหน่ง ดังกล่าวคนแรกคือ **นายแพทย์สมเกียรติ วสุวิญญกุล**



“ก่อนที่จะมาทำงานสนับสนุนการวิจัย R2R ผมมีโอกาสร่วมงานในหน่วยงานพัฒนาคุณภาพของศิริราชกับอาจารย์อภิชาติ ศิวายาทร ซึ่งผมเห็นภาพว่าต้องพัฒนางานประจำให้ดีขึ้นเรื่อยๆ ให้เป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของงานประจำ (continous quality improvement: CQI) คือ ต้องมีการวางแผน (Plan) ลงสู่การปฏิบัติ (Do) ติดตามประเมินผล (Check) และปรับปรุง (Act) ซึ่งมันก็คือการทำงานวิจัยกลายๆ ถ้าเรามีการต่อยอดดีๆ มีแนวทางระเบียบวิจัยที่ดีและแข็งแกร่งขึ้นมันก็จะเป็งานวิจัยที่ดีได้”

“หลักการของการทำงานวิจัย R2R คือ ตั้งคำถามจากปัญหาที่เกิดจากงานประจำ แล้วแก้ให้มันดีขึ้น แต่ถ้าเห็นปัญหาและปล่อยให้มันผ่านไปเฉยๆ แก้ปัญหาเฉพาะหน้าไปวันๆ คนทำงานจะเหนื่อยและรู้สึกว่ามันหนัก ถ้าเราอยากทำงานให้มันดีขึ้น แก้งานประจำอย่างเดียวมันไม่มีประโยชน์ ต้องพัฒนาด้วย ถ้าแก้ปัญหายา่งเดียว จะผลักดันไปสู่ความเป็นเลิศ (excellent) ไม่ได้ มันก็จะเป็นการแก้ไปเรื่อยๆ เฉพาะปัญหาตรงหน้าที่มีอยู่ แต่ไม่ได้มองไปถึงข้างหนึ่ง เหมือนช้ำกับขว้า คือข้างหนึ่งมีระเบียบวิธีการเยอะๆ ด้านหนึ่งเป็นการแก้ปัญหา ผมคิดว่าเอาตรงกลางผลักดันไปสู่ความเป็นเลิศ (excellent) และไปด้วยกันแบบนี้ และก็ดันเข้าไปด้วยกัน ผมว่ามันจะดีกว่า”

“เห็นได้ชัดเจนว่าเมื่อเราพัฒนางานของเราได้ดีขึ้น ผู้ที่ได้รับประโยชน์เต็มๆ ก็คือผู้ป่วย ได้รับบริการที่ดีขึ้น คนทำงานก็ได้รับประโยชน์ด้วย และรัฐก็มีคุณค่า มีความสุขที่ได้ทำประโยชน์กับผู้ป่วยจริงๆ นอกจากนี้ ยังมีผลงานไปตีพิมพ์ในวารสารต่างๆ เวลานั้นเสนอผลงานก็รู้สึกภูมิใจว่างานเรามีคุณภาพ แถมผลงานยังมีคุณค่าต่อหน่วยงานและองค์กรอีก หรือถ้ามองในระดับประเทศก็ได้ เพราะมีตัวอย่างผลงานงานที่ดีๆ เป็นต้นแบบที่สามารถนำไปใช้กับที่อื่นได้ ซึ่งมันจะเกิดแรงกระเพื่อมตามมาอีก นั่นคือจากระดับชุมชน สู่สังคม สู่ระดับประเทศ หรืออาจจะเป็นประโยชน์ในระดับนานาชาติในอนาคตก็ได้”

“และถ้าเราวางแผนดี ๆ การทำงานก็จะเบาลง เพราะเรามีตัวอย่างของงานวิจัย R2R ตั้งเยอะแยะว่าทำงานประจำ พัฒนางานให้ดีขึ้น งานก็เบาลง ถ้าไม่ลงทุนย่อมไม่ได้รับผลที่ดี ๆ กลับมาหรอก ไม่มีอะไรที่จะได้มาโดยไม่ต้องลงทุน อาจจะเหนื่อยในระยะหนึ่ง แต่ได้ประโยชน์ในระยะยาว คุณค่าเกิดขึ้น ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีขึ้น หน่วยงานได้ประโยชน์ คนทำงานก็เหนื่อยน้อยลง การทำงานวิจัยแบบ R2R เหมือนการลงทุนเพื่อรอเก็บกินผลในระยะยาว ซึ่งผลนั้นมันจะกลับมาที่คนทำงาน และคนที่รับประโยชน์โดยตรงคือผู้ป่วยทั้งหลาย”

“ผมมองว่าองค์ประกอบที่จะทำให้งานวิจัย R2R ถูกขับเคลื่อนให้สำเร็จเป็นรูปธรรม อันดับแรกคือ ผู้นำต้องเริ่มก่อน ผู้นำต้องเห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ ถ้าผู้นำไม่เห็นความสำคัญตรงนี้ไปไม่รอดแน่นอน เมื่อผู้นำเห็นด้วย อันดับต่อมาคือต้องมีการสื่อสาร ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญ จากนั้นอันดับที่สามคือต้องใช้เวลา อันดับที่ดีคือต้องมีผู้อำนวยการความสะดวกเข้าไปช่วยขับเคลื่อน ผมคิดว่าทุนวิจัยไม่ค่อยสำคัญเท่าไร มีก็ดี ไม่มีก็ไม่เป็นไร สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ผู้นำเห็นความสำคัญ สื่อสารให้ดี และใช้เวลา และมีผู้อำนวยการความสะดวก ผมว่ามันขับเคลื่อนไปได้”

“ตอนนี้หน่วยงานต่าง ๆ ในศิริราชมีการตื่นตัวและพัฒนามากขึ้น ซึ่งผมคิดว่าเป็นความสำเร็จของการทำงานของโครงการ R2R เพราะขนาดหน่วยงานรักษาความปลอดภัย (รปภ.) ยังอยากทำงานวิจัย R2R เพื่อพัฒนางานประจำของตัวเองเลย ซึ่งถ้าจะให้หน่วยงานสนับสนุนการทำงานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ จะต้องมีการเคลื่อนไหวไปเชื่อมโยงกับการทำงานระดับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเรื่องที่ดี เพียงแต่ว่าต้องมีการวางแผน สร้างให้ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ แข็งแรงไปด้วยกัน และมันกำลังจะเคลื่อนที่ไปอย่างสวยงาม แต่ผมคิดว่าถ้าไปได้ถูกทางจะดีมากเลย ไม่ใช่เฉพาะที่ศิริราช แต่มันเคลื่อนที่ต่อไปยังระดับกระทรวงและระดับประเทศ เมื่อถึงตอนนั้นค่อยมาพูดถึงระดับนานาชาติต่อไป”

“ความฝันของผมคือ เมื่อไหร่ก็ตามที่การทำงานทุกหน่วยงานของเราใช้แนวทางการวิจัย R2R ทั้งหมด ผมคิดว่าจะสามารถเป็นตัวอย่างให้กับประเทศอื่น ๆ ได้ ถ้าภายในเราไม่แข็งแรง เราออกไปภายนอกก็ไม่เกิดประโยชน์ ประสบการณ์ของเราก็อายุเท่าเดิม”

นายแพทย์สมเกียรติ วสุวิญญกุล

อดีตผู้จัดการโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อดีตรองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ปัจจุบันเป็นผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายทรัพยากรบุคคลและพัฒนาคุณภาพ

R2R คือโอกาสทองของการพัฒนางาน เพื่อช่วยลดภาระงานประจำ



ราว 4-5 ปีก่อน หากเอ่ยถึงงานวิจัย R2R

ใครหลายคนอาจมองว่าเป็นเรื่องใหม่

แต่สำหรับ **ศาสตราจารย์ นายแพทย์ธาดา ยิบอินซอย**

ผู้สนับสนุนคนสำคัญของโครงการ R2R กลับมองว่า

แนวคิดแบบ R2R มีอยู่ในธรรมชาติมานานแล้ว

เพียงแต่ไม่มีใครนำมาเขียนเป็นโจทย์ หรือนำมาถกกันอย่าง
เป็นทางการในที่ประชุม จนกระทั่งมีการนำมาทำให้เป็นระบบใน
สถาบันใหญ่ๆ เพื่อทำให้เกิดกลไกในการพัฒนาองค์กรใน
ปัจจุบัน ทั้งนี้ อาจารย์ธาดาได้กล่าวถึงแนวคิดของ R2R ในมุมมอง
ของท่านว่า

“ ผมคิดว่า R2R มีแนวคิดสำคัญอยู่ 4 ข้อ คือ 1) การสร้าง
ทัศนคติที่จะกล้าไปสังเกต 2) การสร้างทัศนคติของการกล้า
สร้างคำถาม 3) การสร้างทัศนคติของการกล้าไปหาคำตอบ และ
4) การสร้างทัศนคติของการกล้านำคำตอบนี้ไปเผยแพร่ ทั้ง 4
ข้อนี้จะทำให้ชีวิตของคนทำงานวิจัย R2R มีคุณค่ามากขึ้น
เพราะงานวิจัย R2R เป็นสิ่งที่น่าสนใจและมีประโยชน์สำหรับ
ทุกคน ”

หลายคนอาจจะมองว่าการทำงานวิจัย R2R คือ “ภาระที่
เพิ่มขึ้น” จากงานประจำ แต่อาจารย์ธาดากลับมองว่างานวิจัย
R2R คือ **โอกาสทอง**ที่สามารถนำไปพัฒนางานประจำให้มี
คุณภาพมากขึ้น

“ถือเป็นเรื่องดีที่มีวิธีการทำงานที่สร้างสรรค์แบบ R2R เกิดขึ้นในองค์กร อย่าไปคิดว่าเราต้องเอาเวลาส่วนตัวอันมีค่าไปทำงานวิจัย ให้คิดว่าเป็นเวลาที่เราใช้ประจำวันนั้นแหละ ให้มองถึงผลลัพธ์ที่เราจะได้รับนั่นคือ การทำงานที่มีคุณภาพมากขึ้น ผู้รับบริการได้ประโยชน์ องค์กรได้รับการพัฒนา”

“วันหนึ่งการทำงานวิจัย R2R จะเป็นวัฒนธรรม วัฒนธรรมในที่นี้ไม่ได้หมายความว่าเราจะต้องไปลงมือลงแรงมากขึ้น มันเป็นการใช้สมอง ใช้ตา ใช้ความพยายามที่จะทำให้ทุกอย่างดีขึ้น อย่าไปคิดว่าการที่เราไปเห็นปัญหาและต้องการปรับปรุงให้ดีขึ้น เป็นงานที่เพิ่มภาระ แต่ควรคิดว่าเป็นงานธรรมดาที่เราทำอยู่ ที่จะช่วยลดภาระงานให้เราในอนาคตได้”

การที่งาน R2R จะกลายเป็นวัฒนธรรมในองค์กรได้นั้น ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย โดยเฉพาะผู้บริหาร ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมดังกล่าว อาจารย์ธาดากล่าวว่

“การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นได้นั้น ทางคณะฯ หรือภาควิชาต่างๆ ควรจะถือว่าการทำงานวิจัย R2R นี่เป็นงานประจำ ไม่ใช่งานเสริม การคิดว่างานนี้เป็นภาระ หรือเป็นงานที่มาเพิ่มให้กับพยาบาลหรือหมอ เป็นการเข้าใจผิด ดังนั้น จึงต้องมีการอธิบายให้ทุกฝ่ายเข้าใจ”

“ในส่วนของการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบาย ถ้าดูเป็นขั้นๆ ไป ระดับใหญ่จะถูกสะท้อนด้วยระดับเล็ก เหมือนคุณไปดูใบไม้ คุณก็จะเห็นวิธีที่มันแตก ใบเล็กก็เหมือนใบใหญ่ อยู่ที่ว่าเราจะมองด้วยวิธีไหน เพราะฉะนั้น ปัญหาเล็กๆ ที่เรามองเห็นและเราสามารถแก้ไขได้ ผมก็ว่ามันเหมือนปัญหาใหญ่ๆ นั้นแหละ มันมีโครงสร้างที่เหมือนกัน และเชื่อมโยงเป็นหน่วยเดียวกัน ซึ่งหน่วยงาน R2R เป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิด

ระบบงานแบบนี้ขึ้น ระดับบนต้องฟังระดับล่าง ไม่ว่าจะอยู่ในระดับไหน ก็ต้องรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน รับฟังกันทุกคน”

อาจารย์ธาดากล่าวต่ออีกว่า การทำงานทุกอย่าง ถ้าใส่ความอยากรู้ และการเรียนรู้เข้าไปด้วย ความรู้สึกเหนื่อยจะเปลี่ยนเป็นความสนุก

“ไม่ว่าจะทำงานอะไรก็ตาม ขณะทำไม่ควรคิดว่าเรากำลังเสียสละ แต่ควรคิดว่าถ้าเราเข้าไปร่วมทำ เราจะได้อะไรกลับมาบ้าง และเมื่อเราได้ คนอื่นๆ ก็ได้รับจากเราอีกเยอะแยะมากมาย หน่วยงาน R2R ก็เช่นเดียวกัน อย่างลัวเหนื่อย ให้คิดว่าอยากจะเรียนรู้ อยากจะทำสิ่งดีๆ ให้มันเกิดขึ้น ทั้งในงานของคุณ และงานของส่วนรวม”

“การทำงานทุกอย่างต้องเหนื่อย ถ้าไม่เหนื่อย มันก็ไม่สนุก เหมือนคุณไปเล่นกีฬาคุณก็เหนื่อย แต่พอเล่นเสร็จแล้วคุณได้ประโยชน์ ร่างกายคุณแข็งแรง และคุณรู้สึกภูมิใจว่าคุณได้ทำอะไรอย่างหนึ่ง งานทุกอย่างต้องลงแรง แล้วคุณจะได้อะไรกลับมา”

“วัฒนธรรมการทำงานวิจัย R2R ในองค์กร มีแต่ประโยชน์ **ไม่มีคำว่าขาดทุนเลย** เพราะผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจจะไม่ใช่แค่ว่าเหนื่อยงานดีขึ้นอย่างเดียว แต่มันทำให้คนทำงานสามารถเรียนรู้ไปได้ด้วยตัวเอง และมองหามุมมองอื่นๆ ที่จะมาพัฒนางานของตัวเองให้ดีขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งคนที่จะได้ประโยชน์จริงๆ ก็คือคนทำงาน และผู้ป่วยที่จะได้รับการบริการที่ดีขึ้น”

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ธาดา ยิบอินซอย

อดีตคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ปัจจุบันเป็นอาจารย์พิเศษคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จากแนวคิดที่ล่องลอยจับต้องไม่ได้เมื่อหลายปีก่อน วันหนึ่งงานวิจัยและหน่วยงานสนับสนุนการทำงาน R2R (โครงการ R2R) ค่อยๆ เติบโตอย่างช้าๆ อย่างมั่นคง จนกลายเป็นวัฒนธรรมปฏิบัติในองค์กรสามารถยังประโยชน์สูงสุดให้กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นองค์กรผู้บริหาร คนทำงาน และผู้ป่วยที่มารับบริการ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโครงการ R2R ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จะประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์แรกเริ่มในการก่อตั้งแล้ว ทว่าทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องก็ยังคงมุ่งมั่นผลักดันให้มีการผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ และนำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง เพราะมีหลักยึดในการทำงานที่ว่า

“

การทำงานต้องมีการพัฒนาตลอดเวลา
เพราะความรู้เปลี่ยนแปลงและเพิ่มขึ้นทุกนาที

”

มอง R2R ผ่านสายตา

ผู้บริหาร

ในอดีต ภาพการทำงานแต่ละวันในความทรงจำของบุคลากรในโรงพยาบาลศิริราชคือ ความจำเจ น่าเบื่อหน่าย ไร้ชีวิตชีวา แต่ปัจจุบันภาพนั้นค่อยๆ เลือนหายไป มีภาพใหม่เข้ามาแทน

R2R (Routine to Research) คือตัวแปรสำคัญที่ช่วยจุดคนทำงานให้ก้าวออกจากกรอบความจำเจน่าเบื่อหน่ายของงานประจำ ไปสู่มิติใหม่แห่งการทำงานอย่างมีความสุข สนุกกับการแก้ปัญหา และหาวิธีพัฒนาตัวเองอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบัน R2R ได้รับการยอมรับจากทั้งภายในและภายนอก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จนกลายเป็นต้นแบบให้โรงพยาบาลอื่นๆ ได้ยึดถือเป็นแบบอย่าง

ด้วยวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล การให้โอกาส และให้เกียรติแก่คนทำงานของ ผู้บริหาร ถือเป็นกุญแจสำคัญในการไขประตูไปสู่ความสำเร็จของ R2R ในวันนี้ บรรทัดต่อไปนี้จะพาคุณไปสัมผัสมุมมองของอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลที่มีต่อ R2R ค่ะ

ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร
อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล



R2R คือปัญญาในการทำงาน

เพราะไม่อยากให้บุคลากรของโรงพยาบาลศิริราชทำงานโดยไม่มีความสุข
ต้องแก้ปัญหาเฉพาะหน้าวันต่อวันแบบเช้าชามเย็นชาม

ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร อธิการบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล จึงเห็นว่าควรมีการพัฒนาศักยภาพคนทำงานขึ้น
โดยใช้งานวิจัยเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อน

ในฐานะอดีตคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ผู้บริหารที่เปิดใจรับแนวคิดดังกล่าวเป็นคนแรก เพื่อการพัฒนา
อย่างได้ผลและยั่งยืนกล่าวว่า

“ผมเป็นหมอ ไม่ได้เป็นนักวิจัยที่เก่งกาจ แต่ผมสนใจงาน
วิจัย R2R เพราะยิ่งแก้ตัวลงยิ่งเห็นว่า ‘ปัญญา’ อยู่ที่งานวิจัย
หมดเลย แต่คนส่วนใหญ่มองไม่เห็นว่าจะเอามาใช้ให้เกิด
ประโยชน์ได้อย่างไร เช่น ถ้ามีคนถามว่าความสะอาดมันอยู่
ตรงไหน ก็อยู่ตรงที่มันสกปรกนั้นแหละ พอเช็ดความสกปรก
ออกก็สะอาดแล้ว สิ่งที่เกิดใหม่ ๆ มันอยู่ตรงนั้น แต่เราจะเห็น
หรือเปล่าแค่นั้นเอง”

“ใครๆ ก็มองว่าศิริราชเก่ง รักษาผู้ป่วยได้ปละเป็นล้านกว่าคน
แต่ผลงานวิจัยของศิริราชมีไม่มากเท่าที่ควร เราก็หาวิธีการแก้
ปัญหาการวิจัยของศิริราชว่าจะทำอย่างไรบ้าง พบว่าผู้ป่วยล้าน
กว่าคนที่มารักษาก็คือชุมชนทรัพยากรในการทำวิจัย มันอยู่ในงานที่เรา
ทำทุกวันนั้นแหละ เราก็คุยกันหลายครั้งว่า การที่จะทำงานวิจัย
ต้องรู้แนวคิดของการทำ research management เราจะบริหาร
การวิจัยอย่างไร เราจะทำสิ่งที่เห็นอยู่ทุกเมื่อเชื่อวันให้มันเกิด
เป็นผลที่เกิดเป็นความรู้เป็นสิ่งใหม่ ๆ ขึ้นมา และกลับไปพัฒนา
งานให้มันดีขึ้นได้อย่างไร ”

“เราได้ข้อสรุปว่า ต้องหาคนที่เก่ง มองกว้าง และเป็นนักคิดมาช่วย เพื่อที่จะนำแนวคิดนั้นมาต่อยอดในการพัฒนาศิริราช เราจึงไปเชิญ อาจารย์วิจารณ์ พานิชและอาจารย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์มาเป็นที่ปรึกษา โดยอาจารย์วิจารณ์เป็นคนคิดคำว่า R2R (Routine to Research) ขึ้นมา เป็นคำที่เก๋ไก๋ ทุกคนชอบมาก เพราะทำให้งานวิจัยดูน่าสนใจ”

“แนวคิดของ R2R ควรเกิดขึ้นในทุกหน่วยงาน โดยใช้ knowledge management (KM) คือการดูข้อมูลทุกอย่าง เกิดคำถามและเกิดการนำไปแก้ไขให้ดีขึ้น กระบวนการนี้ต้องได้รับการสนับสนุนให้เกิดขึ้น การวิจัย R2R เป็นศูนย์กลางที่จะทำให้เกิดการพัฒนาในหลายๆ ด้าน ถ้าเราใส่ความคิดแบบ R2R เข้าไปในคนทุกคน ผมว่ามันจะเกิดการสร้างพลังได้อย่างมหาศาล การทำงานแบบเช้าชามเย็นชามก็จะหมดไป”

อาจารย์ปิยะสกลได้แสดงทัศนะเพิ่มเติมว่า การที่ R2R จะถูกนำไปผลักดันนโยบายขององค์กรได้อย่างราบรื่นนั้น ผู้บริหารต้องตระหนักในคุณค่า เห็นประโยชน์ และสนับสนุนอย่างเต็มที่ เพื่อให้งานวิจัย R2R ดำเนินไปอย่างเข้มแข็ง

“องค์กรจะพัฒนาได้ ต้องปลูกฝังค่านิยมองค์กรให้บุคลากรที่ทำงานในองค์กร เช่น องค์กรของเราต้องมี service mind ซึ่งผู้บริหารต้องเข้าใจกระบวนการ R2R อย่างลึกซึ้ง โดยใช้ KM ในการขับเคลื่อน เพราะเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พอเราได้ความรู้ขึ้นมาเราก็ทำ success story telling และเราก็พบว่าเวลาเราจะไปบอกคนอื่นต่อก็ต้องให้คนที่ทำแล้วประสบความสำเร็จเป็นคนถ่ายทอด จะทำให้คนฟังเข้าใจง่าย ทำให้เรื่องวิจัยง่ายขึ้น ทำให้คนที่อยากทำวิจัยกล้าเดินเข้ามาหาเรา”

ไม่เพียงอยากเห็นระบบการทำงานมีการพัฒนาเฉพาะที่ศิริราช เท่านั้น อาจารย์ปิยะสกลยังมองการณ์ไกล โดยพยายามผลักดันแนวคิด R2R ให้กระจายไปทั่วประเทศ เพื่อระบบสาธารณสุขไทยจะได้เข้มแข็ง และมีมาตรฐาน

“อาจารย์วิจารณ์ พานิชและผมเห็นพ้องต้องกันว่า ไม่ควรเก็บ R2R ไว้เฉพาะที่ศิริราช ต้องเผยแพร่ออกไปที่อื่นด้วย ถ้ากระจายไปทั่วประเทศ รับรองบ้านเมืองของเราจะเจริญขึ้นอีกมากทีเดียว ถ้าโรงพยาบาลและมหาวิทยาลัยอื่นๆ อยากทำบ้าง ก็อย่าคิดว่า R2R เป็นของศิริราช เราอยากให้องค์กรต่างๆ นำแนวคิดนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ เพราะมัน จะทำให้เกิดผลกระทบไปทั่วประเทศ”

“และอย่าเน้นคำว่าวิจัยตั้งแต่ต้น เพราะทุกคนจะกลัวคำว่าวิจัย แต่ให้ใช้งานวิจัยเป็นเครื่องมือทำให้งานประจำเกิดการพัฒนา จะทำให้คน รู้สึกดีขึ้นกับงานวิจัย ไม่ใช่ทำให้เขารู้สึกว่างานวิจัยเป็นเรื่องยาก ต้อง เปลี่ยนวิธีสื่อสารเพื่อค่อยๆ ทำให้ทุกคนเกิดความคุ้นเคย และมีการนำไปใช้พัฒนาการทำงานเยอะๆ”

“สิ่งที่หน่วยงาน R2R ทำอยู่เป็นสิ่งที่ดี อย่าหยุดทำงาน เพราะไม่ว่าอะไรจะเปลี่ยนแปลง แต่ R2R จะอยู่ตลอดไป หน่วยงาน R2R ต้องนำ องค์กรไปสู่ความเป็นเลิศ (excellence) ที่ไม่ได้เป็นแค่การประสบความสำเร็จ (achievement) แต่ต้องเป็นจิตวิญญาณ (spirit) และไม่มีวัน ลี้สิ้นสุด (endless)”

ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



R2R เป็นพื้นฐานของทุกเรื่อง

ว่ากันว่าข้อมูลความรู้ทุกอย่างในโลกยุคปัจจุบัน
หากอยากได้รับการยอมรับและน่าเชื่อถือต้องมียานวิจัยมารองรับ
ซึ่งตรงกับความเป็นของ

ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ธีรวัฒน์ ภูลนันทน์

“ไม่ว่าการทำงานอะไรก็ตามต้องมีการวิจัยมารองรับ เมื่อมี
การคิดงานใหม่ๆ ขึ้นมา ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของคน หรือ
กระบวนการในการทำงาน ต้องมีความชัดเจน สามารถพิสูจน์ได้
มีแหล่งข้อมูลอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ ถ้าคุณไม่ทำวิจัย แล้วคุณจะรู้
หรือว่าเรื่องนั้นๆ มันถูกต้องหรือไม่”

“ R2R จึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างมากในองค์กร ผมยกมือ
สนับสนุนคนแรกเลย เพราะเป็นเรื่องที่ต้องทำ ศิริราชก้าวหน้า
จากการวิจัยเพื่อพัฒนา โดยเฉพาะเป็นการวิจัยที่เริ่มต้นจากงาน
ประจำที่ทุกคนเห็นปัญหา และหาวิธีแก้ไขจนเกิดการพัฒนาขึ้น
งาน R2R ไม่ใช่สิ่งใหม่แต่เป็นสิ่งที่มีความนานแล้ว แต่ศิริราชนำมา
จัดให้เป็นระบบ ”

อาจารย์ธีรวัฒน์กล่าวว่า ไม่ว่าจะทำงานอะไรก็ตาม คนที่อยู่
หน่วยงานย่อมรู้ปัญหาดีที่สุด และทำให้การพัฒนาเป็นไปตาม
เป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งศิริราชเองก็มีทรัพยากรอยู่พร้อมสรรพ
ทั้งบุคลากรและปัจจัยแวดล้อม

“ผมอยากเห็นศิริราชเป็นต้นแบบในการสร้างสรรค์ และ
พัฒนาเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย บุคลากรของที่นี้มีคนดีๆ อยู่
มากมาย เราต้องให้โอกาสในการสร้างสรรค์งาน ผมอยากให้
คนศิริราชทุกคนมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และผมก็หวังให้

R2R เป็นเครื่องมือในการผลักดันและสานต่อความฝันของผม และช่วยกระตุ้นให้คนทำงานเกิดความภาคภูมิใจในตัวเองและในงานที่ทำ ผมเฝ้าดูการทำงานของ R2R อยู่ และผมก็เห็นมาตลอดว่า ทีมงานทุกคนทุ่มเททำงานเพื่อองค์กรเป็นอย่างดี ผมก็สบายใจและภูมิใจ”

“ไม่ว่าจะทำงานอะไรก็ตาม ถ้าเกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม ย่อมเกิดประโยชน์ต่อส่วนตัวแน่นอน อาจจะไม่ใช่ระยะนี้ แต่เชื่อเถอะว่าจะเกิดผลดีในระยะยาว แม้จะไม่มีกำหนดไว้เป็นกฎเกณฑ์ตายตัวก็ตาม แต่บางอย่างถ้าเราทำไปก่อนแล้วเกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม กฎเกณฑ์จะมารองรับทีหลัง เพื่อให้เกิดความเจริญก้าวหน้ากับคนที่ทำประโยชน์ให้กับสังคม”

ในฐานะผู้บริหารที่เฝ้ามองการทำงานของบุคลากรทุกระดับมาตลอด อาจารย์ธีรวัฒน์กล่าวถึงบทบาทของผู้บริหารที่ควรมีต่องาน R2R ว่า

“หากอยากให้งาน R2R เข้มแข็งและดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ต้องทำให้ผู้บริหารเข้าใจก่อนว่าเป็นเรื่องที่เป็นประโยชน์ และเห็นความสำคัญ”

“เมื่อเห็นความสำคัญแล้ว ผู้บริหารก็ต้องให้การสนับสนุน และชวนขยายหาสิ่งดีๆ มาสนับสนุนให้คนทำวิจัยได้ง่าย ไม่ว่าจะในรูปแบบไหนก็ตาม ผมจะบอกไว้เป็นนโยบายเลยว่า ถ้าทำอะไรที่เป็นประโยชน์แก่ส่วนรวม ชี้นำสังคมได้ ถึงจะยังมองไม่เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นก็ทำไปเถอะ สักวันมันต้องเกิดขึ้นแน่นอน”

นอกจากนี้ อาจารย์ธีรวัฒน์ยังฝากไปถึงคนทำงานทุกคนว่า การทำงานอะไรก็ตาม ต้องตอบคำถามได้ทุกอย่างในส่วนที่ตัวเองรับผิดชอบอยู่ ถ้าคำถามไหนตอบไม่ได้ ก็ต้องนำคำถามนั้นไปเป็นคำถามวิจัย เพื่อแก้ไขคำถามนั้น

“เมื่อทุกคนรับแนวคิด R2R ไปพัฒนางานของตัวเอง ผมคิดว่า R2R จะสามารถเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรได้”

“ผมดีใจที่ตอนนี้แม้แต่พนักงานรักษาความปลอดภัย (รปภ.) ก็สนใจพัฒนางานตัวเองด้วย R2R ทุกคนมีศักยภาพในตัวเองทั้งสิ้นนะ เพราะฉะนั้น เราต้องให้เกียรติเขามากๆ เพราะทุกคนสามารถพัฒนาตนเองและสร้างสรรค์งาน ทำให้เราได้อะไรแปลกใหม่ขึ้นมา R2R ทำให้เกิดประโยชน์ต่อทั้งแผ่นดิน ผมเชื่อว่า R2R ไม่มีวันล้มหาย มีแต่จะเจริญยิ่งๆ ขึ้นไป”

สำหรับองค์กรอื่นๆ ที่อยากผลักดันงานวิจัย R2R ให้เกิดขึ้นในหน่วยงานบ้าง อาจารย์ธีรวัฒน์แนะนำว่า

“หากองค์กรไหนอยากทำงานวิจัยแบบ R2R ต้องเริ่มทำจากเรื่องง่ายๆ ก่อน และอย่าพูดถึงแต่เรื่องของการวิจัยอย่างเดียว เพราะมันจะดูยาก แต่ให้อธิบายว่าเป็นการตอบคำถามในสิ่งที่ตัวเองกำลังสงสัยอยู่ ทำให้เห็นว่าเรื่องวิจัยไม่ใช่เรื่องไกลตัว เป็นเรื่องที่อยู่ใกล้ตัว ทุกคนคือผู้บริหาร คือบริหารงานที่ตัวเองทำ ถ้าคุณกวาดบ้านแล้วเจอรูเข้า ก็ต้องคิดว่าจะทำยังไง จะปิด จะอุด อันนี้ก็คืองานวิจัยทั้งนั้นแหละ”

“คนที่มีวิจัยอยู่ในหัวใจคือ คนที่สามารถตอบคำถามได้ทุกเรื่อง สามารถแก้ไขปัญหาก็ได้ ถ้าเอาภาษาธรรมดาเข้าไปอธิบายคือ อธิบายจนทำให้เกิดปัญหา ปัญหาทำให้เกิดบาร์มี โดยการที่คนคนหนึ่งสามารถชี้ให้เกิดทางตามที่ตัวเองต้องการได้ งานวิจัยเป็นพื้นฐานของทุกๆ เรื่อง ถ้าอยากทำงานวิจัยให้นำคำถามมาวิเคราะห์ นี่ก็เป็นเรื่องของงานวิจัยแล้ว”

ทั้งหมดนี้คือวิสัยทัศน์ของผู้บริหารที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จของ R2R ที่ชัดเจนที่สุด

R2R activities





Siriraj hospital



หน่วยงานการพยาบาล
ตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช
กับความสำเร็จของโครงการวิจัยเปรียบเทียบ

การหยอดยาขยายรูม่านตา

unriemการวิจัย Randomized control trial



โต๊ะ
Counter

3

ขยายม่านตา
Pupillary Dilatation

3

โต๊ะเบอร์ 3
ขยายม่านตา



R2R

เอื้องพร พิทักษ์สังข์
และทีมงานหน่วยงานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก



โครงการวิจัยเปรียบเทียบการทอดยายยาธรมานตา

เช้าวันจันทร์...

ท่ามกลางความสับสนวุ่นวายบนกรอบพื้นที่อันจำกัด

ในหน่วยงานจักษุวิทยา ภายในตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

ขณะนี้แอดิปไปด้วยผู้ป่วยร่ำร้อชีวิต บ้างยืน บ้างนั่ง

เพราะเก้าอี้รองรับมีไม่เพียงพอกับจำนวนคน

แต่ละคนล้วนมีสีหน้าบูดบึ้งเบื่อหน่ายที่ต้องรอนาน

บางคนอดกลั้นจนรอไม่ไหวโวยวายเรียกร่องสีกรั๊วของตน

“คุณพยาบาล ผมมารอดตั้งนานแล้ว ทำไมไม่ถึงคิวผมสักที...” น้ำเสียงห้วนๆ แผงความเกรี้ยวกราดแหวกม่านอากาศแห่งความโกลาหล ดวงตาแดงก่ำด้วยอารมณ์เดือดดาลคู่หนึ่ง ยิ่งเพิ่มบรรยากาศความตึงเครียดให้เซมิ่งเกลียวมากขึ้น

“ใจเย็นๆ ยังไงก็ได้ตรวจทุกคน...” พยาบาลสาวที่สาละวนอยู่กับการรับมือกับผู้ป่วยตั้งแต่เช้าซี้งด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่ไม่ต่างกัน ความกดดันที่ได้รับหลายครั้งต่อหลายครั้งกระตุ้นให้ความอดกลั้นนั้นขาดผึงลง...

อีกมุมหนึ่งของห้องตรวจ พยาบาลกำลังหยอดยาเพื่อขยายรูม่านตาให้ผู้ป่วยหญิงวัยชรา ฤทธิ์ของยาทำให้คุณยายน้ำตาไหล

“ยายแสบตาจิงคุณพยาบาล ทำไมต้องหยอดหลายรอบ ยายแสบตาเหลือเกิน...” คุณยายบ่นอุบ พยาบาลสาวทำได้เพียงให้กำลังใจ

“อดทนหน่อยนะยาย ถ้ารูม่านตาขยายพอที่คุณหมอสามารถตรวจได้ ก็ไม่ต้องหยอดแล้ว เดี่ยวก็หายแสบแล้ว...” พยาบาลสาวปลอบประโลมคุณยายให้คลายความกังวล ขณะ

เดียวกันเธอเองก็ต้องพยายามจำให้ได้ว่าหยอดยาตัวใดไปแล้ว เพื่อไม่ให้เกิดการหยอดยาซ้ำกัน เพราะอาจเป็นความเสี่ยงของผู้ป่วยได้ หากแต่ก็มีหลายครั้งที่เธอเกิดความสับสน เนื่องจากผู้ป่วยในแต่ละวันมากมายเหลือเกิน...

คุณเอื้องพร พิทักษ์สังข์ และเพื่อนร่วมงานในหน่วยงานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มองภาพตรงหน้าด้วยความก্লุ้มกังวล ปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นวันแล้ววันเล่า รวากับกำลังนั่งดูหนังม้วนเก่าฉายวนฉากเดิมๆ ซ้ำไปซ้ำมา เมื่อไรปัญหานี้จะหมดไปจากหน่วยงานจักษุวิทยาเสียที...



แรงบันดาลใจในงานวิจัยอันแรก

กว่า 21 ปีที่คร่ำหวอดอยู่ในวิชาชีพพยาบาล คุณเอื้องพรอุทิศตัวในหน่วยงานจักษุร่วม 16 ปีเต็ม ด้วยความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะแก้ปัญหาดังกล่าวให้เบาบางลง เธอและเพื่อนร่วมงานจึงคิดทำโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการขยายรูม่านตาระหว่างการใช้ยา 2.5% Phenylephrine และ 0.75% Tropicamide กับการใช้ 1% Tropicamide สลับกับยา 10% Phenylephrine ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจที่หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราชขึ้น คุณเอื้องพรอาสาเป็นตัวแทนเพื่อนร่วมทีมวิจัยเล่าให้ฟังถึงแรงบันดาลใจในการทำวิจัยชิ้นแรกในชีวิตนี้ว่า



“ในแต่ละวันมีผู้ป่วยในหน่วยจักษุเฉลี่ย 500-550 คนต่อวัน ในจำนวนนั้นมีผู้ป่วยที่มาย่อยตาประมาณ 150-200 คน ซึ่งพยาบาลที่ทำหน้าที่หยอดยาเจอปัญหาในการทำงานหลายๆ อย่าง เช่น วิธีการหยอดยา เราสงสัยว่าทำไมต้องหยอดยาด้วยวิธีเดิมตลอดเวลาโดยการหยอด 2 ขวดสลับกันไปมา พยาบาลที่หยอดยาผู้ป่วยไป 100 กว่าคนจะจำได้ไหมว่าขวดไหนหยอดไปแล้ว ขวดไหนยังไม่ได้หยอด แล้วถ้าหยอดยาเกินจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วยไหม ก็มานั่งคิดว่ามันน่ามีวิธีอื่นที่มันง่ายกว่านี้” เธอกล่าว

คุณเอื้องพรอธิบายว่า ธรรมชาติของตานั้น เมื่อโดนแสงรูม่านตาจะหด ขณะตรวจจะทำให้มองไม่เห็นจอประสาทตาด้านหลัง ทำให้ตรวจไม่ละเอียด เพราะฉะนั้น จึงต้องมีการหยอดยาเพื่อขยายรูม่านตา

“จุดประสงค์ของการหยอดยาคือ เพื่อขยายรูม่านตาและให้ค้างคงอยู่ได้นานที่สุดจนกว่าหมอตรวจเสร็จ เดิมทีการหยอดจะใช้ยา 2 ชนิดสลับกันไปมา คือ 1% Tropicamide สลับกับ 10% Phenylephrine

ซึ่ง 10% Phenylephrine จะมีข้อบ่งชี้ว่ามีผลทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ ในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ การหยิบสลับไปสลับ มาอาจทำให้เกิดความสับสนหยิบผิดขวดได้ ซึ่งเป็นความเสี่ยงของผู้ป่วยด้วย”

ทุกคนในหน่วยงานต่างตระหนักถึงปัญหานี้มาตลอด แต่เนื่องจาก ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยยังน้อยอยู่ จึงทำงานไปเรื่อยๆ แก้ปัญหาเฉพาะหน้าวันต่อวัน แต่นานวันเข้าจึงถูกคิดว่า การหยอดยา สลับกันไปมา 2 ขวด นอกจากจะเป็นการเสี่ยงต่อผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นการ เพิ่มภาระให้คนหยอดยาด้วย

“ปกติจะต้องหยอดยาสลับกันทุก 5 นาที จนกระทั่งรู้ม่านตาขยาย ประมาณ 7 มิลลิเมตร ก็พร้อมส่งให้หมอตรวจ ตอนนั้นคิดว่ามันน่าจะ มียาเพียงชนิดเดียวที่สามารถหยอดครั้งเดียวได้ และไม่ต้องหยอดถี่ขึ้น” คุณเอื้องพรกล่าว

ค้นคว้าข้อมูลเพื่อหาวิธีหยอดยาแบบใหม่

การทำงานในแต่ละวันยังคงมีปัญหาแบบเดิมไม่จบสิ้น ทั้งปัญหา การส่งคิวตรวจที่ไม่ค่อยชัดเจนระหว่างพยาบาลกับหมอ ปัญหาผู้ป่วยรอ นาน ปัญหาจำนวนที่นั่งจำกัด ยิ่งสายผู้ป่วยยิ่งมากขึ้น หลายสิบชีวิตต้อง ยืนรออเนกนาคเพื่อเข้าคิวรอรับการตรวจ

ยิ่งปล่อยเวลาให้ทอดนานออกไป ปัญหาก็ก่เริ่มเป็นดินพอกหางหมู ผู้ป่วยเริ่มบ่น เริ่มแสดงความไม่พอใจ หลายครั้งที่เกิดการกระทบ กระทั่งทางคำพูดระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ หนักเข้าผู้ป่วยบางคนรอ นานจนทนไม่ไหวถึงกับเป็นลมล้มพับไประหว่างรอตรวจก็มี

คุณเอื้องพรและทีมงานพยายามสังเกตและจดบันทึกปัญหาที่พบใน แต่ละวัน เพื่อนำมาประกอบการค้นคว้าข้อมูลทำโครงงานวิจัย นอกจากนี้ ทุกคนยังตั้งหน้าตั้งตากลับไปค้นคว้างานวิจัยเก่าๆ ของ ภาควิชาจุลชีววิทยาเพื่อนำมาศึกษาเปรียบเทียบกับการทำงานในปัจจุบัน

“ในงานวิจัยเก่าๆ ระบุว่า การหยอดยาให้รูม่านตาขยาย 7 มิลลิเมตร ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 60 นาที เราคิดว่าผู้ป่วย 1 คนใช้เวลาตั้ง 1 ชั่วโมงเลยหรอ วิธีหยอดยาแบบนี้มันไม่น่าเหมาะกับ OPD จึงพยายามค้นคว้าข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต พบว่ามียาตัวหนึ่งที่มีการนำมาทดลองใช้ คือ 2.5% Phenylephrine คือน้ำ 1% Tropicamide มา 3 ส่วน และ 10% Phenylephrine มา 1 ส่วน (3 ต่อ 1 ส่วน) มาผสมกันเพื่อใช้หยอด แต่ก็ยังเป็นการใช้ยา 2 ตัวสลับกันเหมือนเดิม”

“ผลงานวิจัยของต่างประเทศมียาที่ผสมใหม่อยู่ 1 ขวด เปรียบเทียบกับยาตัวเก่าอีก 1 ขวด โดยพยายามที่จะลดอัตราส่วนของ 10% Phenylephrine ลง ให้เหลือ 2.5% แต่ก็ยังใช้ควบคู่กับตัว 1% Tropicamide อยู่ (เดิมใช้ 1% Tropicamide สลับกับ 10% Phenylephrine ก็สลับมาใช้ 1% Tropicamide สลับกับ 2.5% Phenylephrine) ซึ่งมันก็ยังเป็นการหยอดสลับกันเหมือนเดิม ดิฉันอยากหาวิธีหยอดโดยใช้ยาเพียงตัวเดียว ไม่ต้องสลับไปมาเหมือนเดิม จึงคิดว่าน่าจะทดลองใช้ 2.5% Phenylephrine อย่างเดียวว่ามันได้ผลไหม”

นอกจากนี้ ยังพบว่าการหยอดยาที่ใช้ยา 2 ตัวหยอดสลับไปมา นอกจากจะสร้างภาระให้กับผู้หยอดแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสี่ยงเนื่องจากผู้หยอดยาเกิดความสับสนในการหยิบขวดยาสลับไปมา

“เคยมีผู้ป่วยคนหนึ่งบ่นว่ารู้สึกเหนื่อย เจ็บหน้าอก และหยุดหายใจ หลังหยอดยาขยายรูม่านตา ก็รีบปัมหัวใจกันยกใหญ่ ก็สงสัยว่าเกิดจากยา 10% Phenylephrine หรือเปล่า แต่เจ้าหน้าที่บอกว่าไม่ได้หยอด เราลองว่านี่คืออีกหนึ่งปัญหาที่เกิดจากการหยอดยาสลับขวดไปมา แม้ผลเสียที่เกิดขึ้นอย่างในกรณีนี้มีไม่บ่อยครั้งนัก แต่ก็ถือว่าเป็นความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ไม่ควรมองข้าม แม้เจ้าหน้าที่จะพยายามจำว่ารอบแรกหยอดตัวไหนไปบ้างแล้ว แต่ในทางปฏิบัติมันเป็นไปได้ยากที่จะจำผู้ป่วยได้ทุกคน ทุกรอบ”

“จากการศึกษางานวิจัยของต่างประเทศพบว่าการใช้ 10% Phenylephrine ถือว่าเข้มข้นไป จึงพยายามลดลงมาเป็น 5.5% โดยมีอัตราส่วน ในการลดลงมาเรื่อยๆ แต่ก็ยังใช้ 1% Tropicamide เป็นตัวหลักในการหยอดครั้งแรก ซึ่งการหยอดในเด็กก็ใช้ 1% Tropicamide สลับกับ 10% Phenylephrine มีครั้งหนึ่งเหตุการณ์นี้ดิฉันเจอกับตัวเอง ขณะที่กำลังหยอดยาให้เด็กคนหนึ่งอยู่นั้น อยู่ๆ เด็กก็หยุดหายใจ ต้องปัมหัวใจให้เด็ก หลังจากนั้นมาก็เลยปรับมาหยอดให้เด็กด้วย 2.5% ตลอด เลยอุกคิดว่า ถ้า 2.5% สามารถหยอดในเด็กเล็กและขยายได้ดี และใช้ได้ดีกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและหัวใจ ก็น่าจะใช้ได้กับผู้ป่วยทุกกลุ่มได้”

“หลังจากนั้นก็ลองสังเกตการณ์ว่า ถ้าจะทำงานวิจัยมันน่าจะมีตัวเลขอะไรบ้าง และที่เราคิดมันได้ผลจริงหรือเปล่า ก็เลยลองเก็บข้อมูลจากที่หมอสั่งและลองใช้ยาตัวดังกล่าวหยอด เพราะคิดว่าใช้กับเด็กปลอดภัยอยู่แล้วจึงลองใช้ตัวนี้ ซึ่งผลก็ออกมาดี อย่างน้อยเวลาก็ลดลงประมาณ 20 นาที การทำงานก็มีมาตรฐานมากขึ้น ทำงานสะดวกสบายขึ้น มีความผิดพลาดน้อยลง ผู้ป่วยก็เสี่ยงน้อยลง คิดว่าวิธีนี้น่าจะเป็นวิธีที่ใช้ได้ผล จึงจดบันทึกข้อมูลไว้” คุณเอื้องพรอธิบาย



รวบรวมทีมงานเพื่อสานต่อแนวคิดให้เป็น**รูปธรรม**

เมื่อค้นคว้าหาข้อมูลจนได้คำถามที่ต้องการเพื่อนำมาทำงานวิจัยแล้ว คุณเอื้องพรและเพื่อนร่วมงานที่อุดมการณ์เดียวกันก็เริ่มรวมตัวกัน เธอเล่าว่า

“ดิฉันเป็นหัวหน้าโครงการเพราะอยากทำโครงการนี้อย่างเต็มที่ และพยายามเลือกทีมงานที่มีอายุน้อยกว่า เพื่อความสะดวกในการประสานงาน เมื่อติดต่อน้องๆ มาได้ครบแล้ว ก็ติดต่อหัวหน้าหน่วย OPD จักซุให้เข้ามาร่วมทีมด้วย เพราะลำพังพยาบาลอย่างดิฉันคงไม่มีพลังมากพอในการสั่งงาน ซึ่งก็ได้รับความร่วมมือที่ดีมาก หัวหน้าหน่วยเห็นด้วยในการทำวิจัยชิ้นนี้ เพราะในหน่วยงานอื่นๆ ในศิริราชมีการทำงานวิจัยจากงานประจำอยู่เยอะ แต่ไม่มีงานวิจัยจากจักซุเลย ถือว่าเป็นจังหวะที่ดีที่สุดที่ได้ทำ”

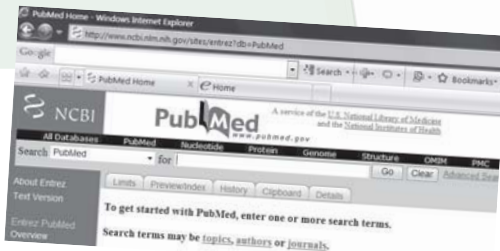
“เมื่อหัวหน้าหน่วยเห็นด้วยก็ลองติดต่อหัวหน้าภาคฯ เพื่อให้การทำงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น เพราะงานวิจัยที่มียาเข้ามาเกี่ยวข้องน่าจะมีอาจารย์หมอคอยแนะนำและให้การสนับสนุนด้วย ซึ่งอาจารย์หัวหน้าภาคก็เห็นด้วย บอกว่าลองทำดู จึงติดต่ออาจารย์ในภาควิชามาเป็นทีมงานเพิ่มอีก 1 คน ซึ่งอาจารย์เป็นผู้ตรวจโดยตรงอยู่ในหน่วยจอบประสาทตายอยู่แล้ว”

คุณเอื้องพรเล่าถึงคุณสมบัติของทีมงานที่ดีว่า ต้องมีความสามารถ เสียสละ มีน้ำใจ ที่สำคัญคือ มีความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ซึ่งถ้าทีมงานมีความเป็นหนึ่งเดียว เวลามีปัญหาเกิดขึ้นทุกคนก็พร้อมที่จะแก้ไขไปพร้อมกัน

ทีมงานของคุณเอื้องพรประกอบไปด้วย **รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อดิศักดิ์ ตีรนวรัตน์** อาจารย์ประจำภาควิชาจุลชีววิทยา **คุณอุบล เรืองกมล** หัวหน้าหน่วยตรวจโรคจักซุ **คุณสุรรัตน์ รัตนกันทา** และ**คุณเดือนเพ็ญ กลกิจ** พยาบาลประจำการหน่วยตรวจโรคจักซุ งานพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลศิริราช

“หลังจากรวบรวมที่มงานได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการค้นคว้าหาข้อมูล โดยเข้าไปใน pubmed เมื่อได้ข้อมูลมาก็เอามานั่งดูว่าจะทำยังไงให้เรื่องที่ค้นคว้ามั่นแคบลง เพราะบางที่ได้ข้อมูลมา 400-500 เรื่อง ซึ่งมันกว้างเกินไป ตอนแรกที่มงานจะมีปัญหาเรื่องค้นคว้าข้อมูลมาก เราจึงเปิดโครงการ journal club ขึ้น โดยให้กระดาศที่มงานคนละ 1 แผ่น และให้โจทย์ไปว่าใครอยากรู้เรื่องอะไรเกี่ยวกับตาก็ให้เขียนมา และมาช่วยกันดูว่าเรื่องไหนที่คนสนใจมากที่สุด จากนั้นเราก็จะถามต่อว่า ใครอยากจะไปค้นคว้าหัวข้อไหนก็ให้ทำมา โดยมีพยาบาลที่เรียนปริญญาโทไป search ให้น้องๆ ดูก่อน หาข้อมูลแล้วก็นำมาให้ที่มงานกลับไปแปล แปลเสร็จแล้วก็ให้กลับมาเล่าให้คนอื่นฟังด้วย ทุกคนในกลุ่มต้องเสนอความคิดเห็น ว่าคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับโรคที่ตัวเองเจอ หรือโรคที่หมอตระจเจอ เช่น ต้อหินคืออะไร เมื่อพูดเรื่องต้อหินในด้านทฤษฎี ต้องเห็นภาพเป็นแสงรู้”

“สำหรับคนที่ค้นคว้าข้อมูลไม่ค่อยเก่ง แนะนำให้เข้า www.google.com แต่ที่เราใช้กันอยู่คือ pubmed การที่จะหาข้อมูลให้สำเร็จต้องหา key word ให้ได้ อย่างที่เราทำอยู่คือ เราก็ใส่ชื่อยาที่ต้องการค้นหา เข้าไปเลย” คุณเอื้องพรอธิบายถึงวิธีการค้นคว้าข้อมูลที่ได้ผล



โครงสร้างงานวิจัย (proposal)...ความกดดันต้นแรก

จากที่เคยคิดวิธีแก้ไขปัญหายู่เพียงไม่กี่คนในตอนแรก นับวันก็เริ่มเป็นโครงการที่ใหญ่ขึ้น มีคนเข้ามาเกี่ยวข้องเพิ่มขึ้น ความกดดันก็เริ่มมีมากขึ้นตามไปด้วย ความกดดันด้านแรกที่คุ้นเคยและที่มันงานเจอคือ ขั้นตอนการเขียนโครงงานวิจัย (proposal)

“ตอนทำโครงงานวิจัยรู้สึกกดดันมาก เพราะต้องทำอะไรหลายขั้นตอน เครียดเรื่องสถิติมาก กังวลว่าควรจะมี case ที่คนดี กลัวในส่วนของข้อมูลที่จะเอามาทำการวิเคราะห์ กลัวทำออกมาแล้วผลมันไม่น่าเชื่อถือ กังวลสารพัด สับสนว่าจะทำดีหรือไม่ แต่อีกใจหนึ่งก็อยากทำ เพราะถ้าไม่ทำ ปัญหาเดิมๆ ก็จะไม่ได้รับการแก้ไขเสียที ในที่สุดก็ได้คำตอบว่าต้องทำ และต้องทำให้ได้ เพราะมันเป็นโครงการที่พวกเรา ร่วมกันคิดขึ้นมาเอง เมื่อเริ่มก้าวเดินแล้วเราก็ต้องทำให้มันสำเร็จให้ได้”

“เมื่อเรตัดสินใจว่าจะทำจึงโทรหา R2R และได้มีโอกาสเข้ามาปรึกษาเรื่องการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กังวลอยู่ ทาง R2R ก็ให้คำแนะนำ และสามารถคำนวณออกมาได้คือ กลุ่มละ 20 ราย 2 กลุ่มก็ 40 ราย พอมีคนมาช่วยแนะแนวทางให้ ปัญหาที่กังวลเกี่ยวกับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างก็หมดไป แต่ส่วนที่ยากที่สุดในการเขียนโครงงานวิจัยคือ รูปแบบงานวิจัย จริงๆ แล้วพอรู้วิธีว่าจะทำอย่างไร แต่ติดปัญหาในเรื่องการถ่ายทอดออกมาให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย หลายครั้งที่เราเขียนไปแล้วก็ยังไม่รู้สึกละใจ ต้องมานั่งอ่านใหม่ ทบทวนอยู่หลายรอบ เมื่อเขียนเสร็จแล้วก็ส่งให้ทีมงานแต่ละคนช่วยกันอ่าน และช่วยกันเพิ่มเติมในส่วนที่ตกหล่น” คุณเอื้องพรเล่าย้อนถึงบรรยากาศการเขียนโครงงานวิจัยอย่างออกรส

ล้าพนักงานประจำที่ทำอยู่ก็แทบจะเบียดบังเวลาทั้งหมดในแต่ละวันที่ทุกคนมี คุณเอื้องพรและทีมงานยังต้องเจียดเวลาส่วนตัวหลังเลิกงานเพื่อมาสานต่อโครงการที่ต่างคนต่างหามันปั้นมือ โชคดีที่ทุกคนเป็นคนมีระเบียบวินัยในการจัดแบ่งเวลาอยู่แล้ว การทำโครงการจึงไม่ใช่ปัญหาใหญ่ คุณเอื้องพรเล่าในส่วนของตัวเองว่า

“ดิฉันมีตารางงานในแต่ละวันว่าจะทำอะไรบ้าง ในส่วนของการเขียนโครงร่างงานวิจัย ดิฉันจะใช้เวลาหลังเลิกงานหนึ่งทำตั้งแต่ 4 โมงเย็นถึง 5 โมง ก็เหนื่อยนะคะ เวลาเหนื่อยก็หยุดคิด หยุดเขียน ไปทำอย่างอื่นที่เป็นการผ่อนคลาย อยู่กับครอบครัว ฟังลูกเล่นดนตรี ระบายความเครียดให้คนที่ไว้ใจฟัง และก็กลับมาทำงานตามปกติ”

“เมื่อค้นหอย่างเต็มที่แล้วก็ได้สูตรผสมที่คิดว่าดีที่สุดคือ การนำยา 0.75% Tropicamide และ 2.5% Phenylephrine มาผสมกัน ทีมงานให้เหตุผลที่เลือกยา 2 ตัวนี้ว่า เพราะการออกฤทธิ์มันไม่เหมือนกัน 0.75% Tropicamide ช่วยในการขยายของรูม่านตา ส่วน 2.5% Phenylephrine ช่วยลดการหดของรูม่านตา การผสมยาทั้ง 2 ตัวนี้มีการศึกษาเภสัชกรเรื่อยๆ” คุณเอื้องพรอธิบายก่อนจะเล่าต่อว่า

“เดิมที่เราจะหยอดตัว 1% Tropicamide ก่อนเพื่อให้รูม่านตามันขยายออก แล้วก็หยอดตัว 10% Phenylephrine เพื่อไม่ให้มันหด แล้วกลับมาหยอด 1% Tropicamide เพื่อให้มันขยายเพิ่ม เรากลับไปหาข้อมูลเพิ่มเติมมาพอสมควรว่า ยาผสม 2 ตัวที่คัดมานี้มีประสิทธิภาพในการออกฤทธิ์ที่ปลอดภัย เพราะใช้เป็นมาตรฐานของวงการแพทย์ทั่วโลก เดิมที่ใช้ในการขยายรูม่านตาเด็กเหมาะสมในการตรวจ อายุในการหมดฤทธิ์ก็สั้นประมาณ 4 ชั่วโมง เมื่อเทียบกับยาขยายรูม่านตาดูอื่นที่มีระยะเวลาในการออกฤทธิ์ 24 ชั่วโมง บางตัวนานถึง 7-21 วันซึ่งมันนานเกินไป”



“เราต้องการหาคำตอบของคำถามที่ว่า การเตรียมผู้ป่วยก่อนการตรวจจอประสาทตาด้วยการขยายรูม่านตาด้วยยาตัวเก่า โดยการหยอดสลับกันไปมา 1 หยดทุก 10 นาที ชนิดละ 2 ครั้ง กับยาสูตรผสมที่หยอดทุก 10 นาที 4 ครั้ง วิธีใดที่มีประสิทธิภาพในการขยายรูม่านตาที่เหมาะสมแก่การตรวจมากกว่ากัน โดยมีตัวชี้วัดคือ อัตราส่วนของผู้ป่วยที่มีรูม่านตาขยาย 7 มิลลิเมตร ภายในเวลา 40 นาทีหลังหยอดยา เราคิดว่าจากเดิมที่ต้องรอ 60 นาทีจึงจะได้ผล ถ้าลดลงมาเหลือ 40 นาที น่าจะมีประโยชน์ทางคลินิก ก็เลยกำหนดว่าภายในเวลา 40 นาที ยาตัวไหนจะขยายรูม่านตาได้กว้างกว่ากัน”

“การวัดขนาดรูม่านตา ตอนแรกจะวัดทุก 10 นาที แต่กลัวว่าเวลา 6 และ 7 นาทีผลมันอาจไม่ค่อยต่างกัน ก็เลยวัดถี่ขึ้น วัดทุก 5 นาที ประมาณ 40 นาที คือถ้ารูม่านตาขยาย 7 มิลลิเมตรเมื่อไหร่ก็หยุดหยอด ซึ่งเราจะวัดความดันและจับชีพจรเป็นระยะๆ จนถึง 2 ชั่วโมง เราจะกลับมาดูขนาดรูม่านตาให้ผู้ป่วยใหม่”

“การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากข้อมูลในการศึกษานำร่อง (pilot study) ที่ทำไว้ โดยคำนวณจากสัดส่วน (ร้อยละ) ของจำนวนผู้ป่วยที่ขนาดรูม่านตาขยายได้ถึง 7 มิลลิเมตรที่เวลา 40 นาที ในกลุ่มที่หยอดยาขยายรูม่านตาแบบเดิม (แบบสลับ) และกำหนดว่าสัดส่วนนี้ควรเพิ่มขึ้นเป็นเท่าไรในกลุ่มหยอดยาแบบใหม่ (ยาผสม) จึงจะถือว่ามีความสำคัญต่อการตัดสินใจในการเลือกเปลี่ยนมาใช้ยาผสม (นัยสำคัญทางคลินิก) และกำหนดให้ type 1 error เท่ากับร้อยละ 5

และ type 2 error เท่ากับร้อยละ 20 ซึ่งพบว่าต้องใช้ประชากรทั้งหมด 40 ราย เป็นกลุ่มละ 20 ราย ในการศึกษาของเรา เราเลือกกระเป๋ยบวิธีวิจัยแบบ randomize control trial (RCT)”

“ความสำคัญของ RCT คือ การสุ่มเพื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วย (randomization หรือ random allocation) เป็นการลดอคติในการทำวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มการทดลองมีลักษณะต่างๆ (characteristic) เหมือนกันมากที่สุด ผู้ป่วยมีโอกาสเท่าเทียมกันที่จะถูกเลือกให้อยู่กลุ่มการรักษาทั้ง 2 กลุ่ม สำหรับงานวิจัยนี้ใช้การสุ่มเลือกกลุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สร้างลำดับว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ถึง 40 แต่ละราย จะได้รับการหยอดตาโดยวิธีใด โดยนำกลุ่มที่ได้จากการสุ่มด้วยคอมพิวเตอร์มาใส่ฉลาก แล้วใส่ซองปิดผนึกเรียงตามลำดับผู้ป่วยที่จะรับเข้ามาในการวิจัย และเพื่อป้องกันอคติในการสุ่มและการวัดผล คนทำฉลากใส่ซอง คนหยิบและเปิดซอง คนวัดขนาดรูม่านตา และคนหยอดยา จะเป็นคนละคนกัน โดยไม่รู้ว่ผู้ป่วยรายใดได้รับการหยอดตาด้วยวิธีใด (blind)”

“เราจะแบ่งยาออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มเขียวกับกลุ่มแดงเพื่อปิดบัง (blind) ไม่ให้ใครทราบว่ยาในขวดคือยาใด ดังนั้น ตอนที่เตรียมยาทั้ง 2 กลุ่มนั้น คนที่ทำการวิจัยจะไม่ได้เป็นคนผสมและจัดยา เพราะเกรงว่จะรู้ว่ยาตัวนี้คือชนิดใด จึงไปขอความร่วมมือจากเภสัชกรให้ช่วยผสมยาให้ โดยให้ยาตัวใหม่ที่ผสมเสร็จแล้วอยู่ในฉลากสีเขียวจำนวน 4 ขวด ส่วนยาเก่าทั้ง 2 ชนิด อยู่ในฉลากสีแดง จำนวน 4 ขวดเช่นกัน ทั้งเขียว-แดงขวดจะเหมือนกันหมด แล้วให้ run ตัวเลข 1 2 3 4 เพราะว่จากสีแดงมันเป็นยา 2 ชนิด ตอนแรกต้องหยอด 1% ก่อน แล้วค่อยหยอด 10% เป็นตัวที่ 2 สีเขียวก็ทำเหมือนกัน เพราะฉะนั้นคนหยอดยาจะไม่รู้เลยว่ากำลังหยอดยาชนิดใด วิธีดังกล่าวเรียกว่า double blind คือ ทั้งผู้ป่วย และผู้ประเมินจะไม่มีใครรู้ว่ยาชนิดนั้นเป็นยาอะไร”



“ปกติเวลาวัดขนาดรูม่านตาจะใช้ไฟฉายส่อง ซึ่งจะประเมินได้ว่า 5 6 หรือ 7 มิลลิเมตร แต่ก็เกรงว่าคนประเมินจะประเมินเหมือนเราหรือเปล่า ถ้าต่างกันแค่ 1 มิลลิเมตรก็จะดูไม่ออก เรากลัวว่าการวัดแบบเดิมอาจจะมือคุด จึงไปหาเครื่องมือการวัดที่เป็นมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปเรียกว่า **เครื่องวัดขนาดรูม่านตา (pupillometer)** ขนาดวัดจะเป็น scale” คุณเอื้องพรอธิบาย

เนื่องจากเป็นงานวิจัยชิ้นแรก และมีเดิมพันเป็นสวัสดิภาพของผู้ป่วย ดังนั้นเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานจักษุวิทยา จึงต้องมีความระมัดระวังเป็นพิเศษ ที่ทีมงานทุกคนจึงพยายามคัดกรองผู้ป่วยที่จะนำมาศึกษาอย่างรอบคอบ

“ เราไม่รู้ว่าการทดลองดังกล่าวจะมีผลกับผู้ป่วยโดยตรงหรือเปล่า จึงตัดผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงออกจากการศึกษา เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตและโรคหัวใจ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเฉพาะ (ผู้ป่วยที่หยุดยาไปเท่าไรก็ยังไม่เหมือนเดิม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น) ผู้ป่วยกลุ่มเด็กเล็ก เพราะเด็กเล็กจะมีปัญหาเยอะ บางทีหยุดไปแล้วได้กริ่งให้ ยาที่หยุดไปก็就会被ขับออกหมด เราจึงคัดกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ออก ”

ขอการรับรอง**จริยธรรมการวิจัย** (ethic)...ต้องคำนึงถึงข้อมูลของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

นอกจากการเขียนโครงร่างงานวิจัยแล้ว คุณเอื้องพรและทีมงานยังต้องเขียนขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้วย เริ่มแรกทุกคนรู้สึกกังวลเกรงว่าจะไม่ผ่าน เพราะต้องเขียนรายละเอียดค่อนข้างเยอะ แต่เมื่อนำเรื่องไปปรึกษาทางคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนและ R2R ประกอบกับพยายามอ่านงานวิจัยเยอะๆ ความกังวลนั้นก็ค่อยๆ หดไป

“ตอนเขียนเราพยายามเขียนให้เข้าใจ ตั้งใจสื่อให้รู้ว่าเราทำเพื่อผู้ป่วยจริงๆ และยาที่มีอยู่มันก็พิสูจน์ได้ว่าใช้หยอดกันมาแล้วทั่วโลก และปลอดภัย ที่สำคัญเราเลือก case ที่ไม่มีความเสี่ยงมาทดลอง พยายามอธิบายและให้ข้อมูลผู้ป่วยที่เราเลือกมาเยอะๆ”

“ครั้งแรกที่เราส่งเรื่องไปก็โดนตีกลับ โดนติงเรื่องการเก็บข้อมูลของผู้ป่วย ว่าควรเก็บข้อมูลของผู้ป่วยให้เป็นความลับ ให้ใช้รหัสแทนชื่อจริง และหัวหน้าโครงการควรเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ เก็บข้อมูลในที่ที่ปลอดภัย ส่วนแบบฟอร์มก็ไม่ควรระบุชื่อ-นามสกุลจริงของผู้ป่วย ให้ใช้รหัส (code) แทน ใครเป็นใคร ซึ่งคนที่แปลงชื่อเป็น code ได้คือหัวหน้าโครงการ ชื่อกับ code ต้องแยกคนละใบ เมื่อกลับมาแก้ครั้งเดียวก็ผ่าน”



คุณเอื้องพรยังบอกด้วยว่า ในการทดลองดังกล่าวผู้ป่วยสามารถยุติการศึกษาได้ กลางคันถ้าต้องการ และหากผู้ป่วยมีปัญหอะไรก็สามารถติดต่อทีมวิจัยได้ 24 ชั่วโมงที่เบอร์เฉพาะที่ทางทีมงานให้ไว้ ซึ่งถ้าการวิจัยมีผลต่อผู้ป่วย

ทางคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนก็จะดูแลผลประโยชน์ให้ผู้ป่วยทั้งหมด นอกจากนี้ คุณเอื้องพรยังอธิบายต่อว่า

“ขั้นตอนการขอการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในคนต้องแนบโครงร่างงานวิจัยไปด้วย ส่วนที่ต้องแก้ในโครงร่างงานวิจัย คือเรื่องแบบบันทึกข้อมูล (case record form) ต้องเขียนให้ละเอียดและชัดเจน เช่นไม่ควรเขียนว่าวัดความดันทุก 5 นาที เพราะจะทำให้รู้เวลาไม่แน่นอน ให้เขียนไปเลยว่าวัดความดันที่เวลา 5 นาที เพื่อที่เราจะได้รู้จุดเริ่มต้นของเวลาว่าเท่าไรและสุดท้ายเวลาว่าเท่าไร เช่น เริ่มวัดที่เวลา 15.30 น. เพื่อที่จะนำมาคำนวณได้ง่าย เพราะมันจะมีผลต่อการนำไปลงระบบคอมพิวเตอร์”

ปัญหา...มีไว้แก้ไข

ในระหว่างการเขียนโครงร่างงานวิจัยอยู่นั้น ทีมงานทุกคนต้องรับมือกับเสียงคัดค้านจากหลายๆ ฝ่ายที่ท้วงติงมา หลายครั้งทำให้ไขว่ไขวไปบ้าง แต่ทีมงานโชคดีที่เวลามีปัญหาในการตัดสินใจอะไรก็สามารถเข้าหาผู้ใหญ่ได้ทันที โดยเฉพาะ อาจารย์ยอติศักดิ์ ที่คอยให้การสนับสนุนโครงการเป็นอย่างดีเสมอมา

กว่า 1 เดือนที่คุณเอื้องพรและทีมงานทุ่มเทพลังกายพลังใจในการเขียนโครงร่างวิจัย ในที่สุดโครงการก็ได้รับการอนุมัติ ณ เวลานั้นทุกคนรู้สึกราวกับว่าได้ยกภูเขาอันหนักอึ้งออกไปจากอก

“ตอนที่โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติ ความรู้สึกแรกของเราคือโล่งค่ะ ดีใจมาก ภูมิใจที่เราทำได้ไปขั้นหนึ่งแล้ว แต่ในขณะเดียวกันก็กังวลว่า นี่เราต้องเริ่มลงมือเก็บข้อมูลอย่างจริงจัง จังๆ แล้วพรอห์มาเริ่มหนักใจตอนที่จะมาเก็บ case อย่างจริงจัง จึงรู้ว่ามันยากเหมือนกัน เพราะ ณ เวลางานที่ยุ่งมากอย่างนี้คงไม่มีใครมานั่งเก็บ case

ให้เราได้ทราบ คือเค้าอาจจะเก็บให้เราได้แต่อาจจะไม่สมบูรณ์ ไม่ถูกต้อง ไม่แม่นยำตามที่เรากำลังต้องการ ก็เริ่มกังวล จึงกลับไปปรึกษา R2R อีกรอบว่าจะทำอย่างไร ก็ได้คำตอบที่ทำให้หายกังวล”

“R2R แนะนำว่า ถ้าการเก็บ case มันมีปัญหา ก็สามารถจ้างคนมาช่วยเก็บงานวิจัยได้ เราจึงไปติดต่อห้องที่มีความชำนาญในการเก็บข้อมูลมาช่วยงานประมาณ 3 คน เป็นน้องๆ ที่ทำงานเวรเช้าอยู่แล้ว โดยขอความร่วมมือกับหัวหน้าหน่วยว่าให้น้องๆ แบ่งเวลา来帮助เราในช่วงเช้าสัก 1 ชั่วโมง พอได้คนมาปั๊บเราก็มาอธิบายว่าต้องทำอะไรยังไงบ้าง ต้องฝึกการถือไม้วัดให้ถูกต้อง เช่น ต้องส่องไฟสักพักหนึ่งก่อนให้รูม่านตานิ่งแล้วค่อยวัด เพราะถ้าส่องปั๊บแล้ววัดปั๊บขนาดมันก็จะไม่คงที่และควรใช้เครื่องวัดความดันตัวเดิมตลอดในผู้ป่วยคนเดิม อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียดให้น้องๆ รู้ เพื่อทำการเก็บข้อมูลอย่างแม่นยำ เน้นย้ำกับทุกคนว่าการทดลองครั้งนี้มันจริงจังมาก ข้อมูลต้องแม่นยำ”

เมื่อทุกคนเข้าใจตรงกันแล้วก็เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เวลา 8-9 โมงทุกวัน โดยดึง case ในแต่ละวันที่ปฏิบัติงานจริงมาทดลอง ให้เจ้าหน้าที่ 1 คนดูแลผู้ป่วย 2 คน ระหว่างที่เก็บข้อมูลอย่างระมัดระวังอยู่นั้นก็เกิดปัญหาความไม่เข้าใจระหว่างผู้ป่วยอื่นๆ ที่เข้ามาขอรับบริการ จนต้องมีการอธิบายทำความเข้าใจกันยกใหญ่ โดยคุณเอื้องพรเล่าว่า

“ผู้ป่วยที่เราไม่ได้เลือกมาเก็บข้อมูลจะมองแบบแปลกๆ เราก็ต้องอธิบายว่าเป็นงานวิจัย ตอนที่ทำ case แรกๆ ก็ถูกมองเยอะ บางคนก็ลุกขึ้นมาโวยวายว่าทำไมไม่วัดให้เขาบ้าง ทำไมถึงวัดคนนั้นตั้ง 3-4 ครั้ง หลังๆ เราก็เลยแยกกลุ่มผู้ป่วยตัวอย่างออกมาต่างหาก ไม่ให้ผู้ป่วยคนอื่นเห็น เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยคนอื่นๆ เข้าใจผิด”

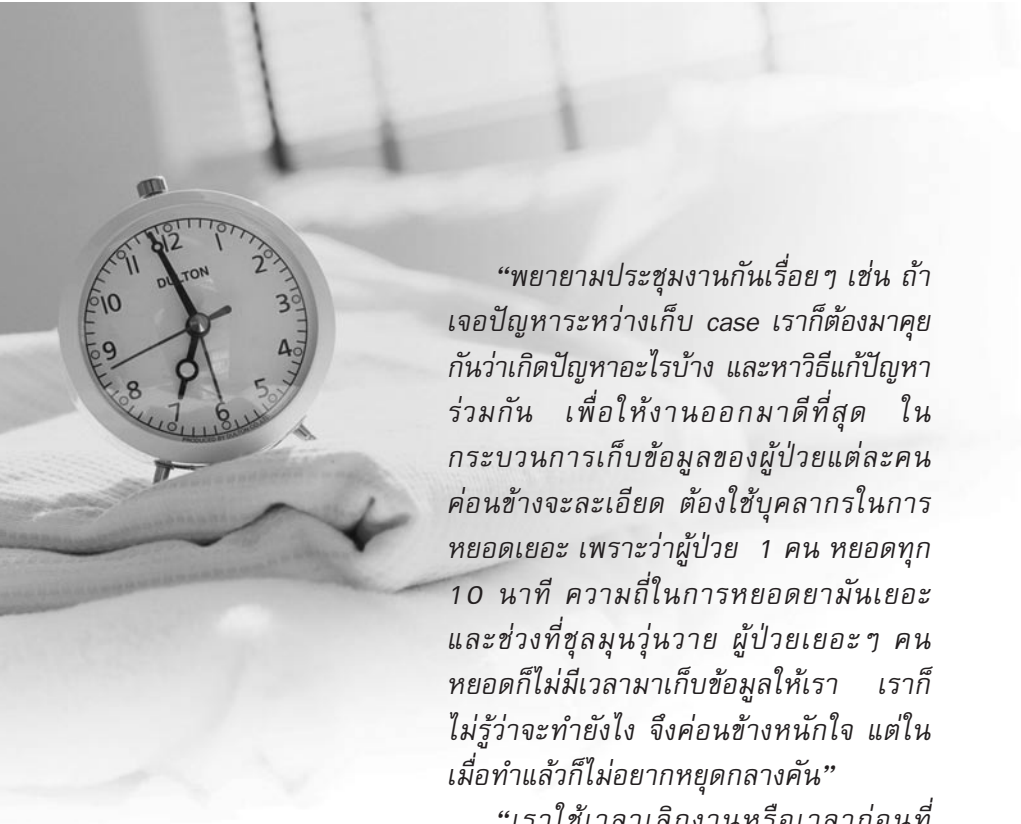
“ส่วนผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยก็ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี แสดงความเห็นไปในทิศทางที่ดี ผู้ป่วยไม่รู้ว่าเราหยอดยาอะไรให้ แต่ผู้ป่วยจะบอกว่า ทำไมเทียนี่มันแสบน้อยลง (ตัวที่แสบมากที่สุดคือ 10% Phenylephrine) ผู้ป่วยถามว่าถ้าต่อไปมาหยอดยาตัวนี้อีกมันซื้ออะไรเหอะ”

เดิมทีหน่วยจักษุจะมีปัญหาเรื่องการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย แต่หลังจากเริ่มมีการทดลองหยอดยาแบบใหม่ ผู้ป่วยก็มีปฏิกิริยาที่เปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยบอกว่าเทียนี่หยอดยาดัวนี้มันไม่ค่อยแสบ มันแสบน้อยลง เมื่อได้ยินแบบนี้คุณเอื้องพรกล่าวว่า

“ตอนนั้นทีมงานทุกคนดีใจมาก ที่เห็นปฏิกิริยาของผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางที่ดี เกิดความหวังขึ้นมาในใจว่า โครงการของเราใกล้สำเร็จแล้ว” คุณเอื้องพรกล่าวด้วยใบหน้าเปื้อนยิ้ม

[พูดกันมากขึ้น...เข้าใจกันมากขึ้น บางครั้งท้อ...แต่ไม่ถอดใจ

ทุกคนในทีมงานต่างตระหนักรู้อยู่ตลอดเวลาว่า โครงการจะสำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดีนั้น ต้องมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันเป็นระยะ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและให้การปฏิบัติงานเกิดความต่อเนื่อง เมื่อมีปัญหาอะไรเกิดขึ้นก็จะสามารถช่วยกันแก้ไขได้ทันที่



“พยายามประชุมงานกันเรื่อยๆ เช่น ถ้าเจอปัญหาระหว่างเก็บ case เราก็ต้องมาคุยกันว่าเกิดปัญหาอะไรบ้าง และหาวิธีแก้ปัญหาร่วมกัน เพื่อให้งานออกมาดีที่สุด ในกระบวนการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนค่อนข้างจะละเอียด ต้องใช้บุคลากรในการหยอดเยาะ เพราะว่าผู้ป่วย 1 คน หยอดทุก 10 นาที ความถี่ในการหยอดยามันเยอะ และช่วงที่ซุ่มนุ่นวาย ผู้ป่วยเยอะๆ คนหยอดก็ไม่มีเวลามาเก็บข้อมูลให้เรา เราก็ไม่รู้ว่าจะทำยังไง จึงค่อนข้างหนักใจ แต่ในเมื่อทำแล้วก็ไม่อยากหยุดกลางคัน”

“เราใช้เวลาเลิกงานหรือเวลาก่อนที่แพทย์ออกตรวจช่วงเช้าด้วยกัน หรือในกรณีที่อาจารย์ไม่มีเวลามาร่วมประชุมงานกับเรา เราก็จะโทรศัพท์หรืออีเมลรายงานการประชุม เพื่อให้งานเกิดความต่อเนื่อง โดยดิฉันจะเป็นคนสรุปข้อมูลแล้วนำไปเสนออาจารย์ และนำข้อมูลมาคุยกับทีมงานอีกที”

ระหว่างทางที่ปลุกปั่นงานวิจัยขึ้นนี้ ทีมงานทุกคนมักจะเจอบททดสอบมาวัดใจอยู่เนืองๆ หนึ่งในบททดสอบนั้นคือ การประสานงานกับเพื่อนร่วมงานในทีม รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คุณเอื้องพรเล่าว่า

“การประสานงานกับเพื่อนร่วมงานหรือกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องก็มีปัญหาบ้างค่ะ หลายครั้งที่ทุกคนรู้สึกท้อ แต่ด้วยความที่พวกเราได้ก้าวเดินมาไกลแล้ว หยุดไม่ได้ ตอนนั้นเรามองที่เป้าหมายแล้วค่ะว่า ถ้ามันสำเร็จทุกคนก็น่าจะสบายขึ้น ทั้งผู้ป่วยและคนหยอดยา มันจะช่วยลดภาระของเรา เราพยายามให้กำลังใจกันและกันว่า เราเดินมาไกลแล้ว มันใกล้เสร็จแล้วนะ ถ้ามันถึงเส้นชัยตามที่เราหวังไว้ มันไม่ใช่แค่หน้าตาของ تیمเราเท่านั้นนะ มันเป็นเรื่องของหน่วยงานของ ภาควิชา และของโรงพยาบาลศิริราชด้วย”

R2R แรงสนับสนุนสำคัญ

ระหว่างที่ทำงานวิจัยอยู่นั้น หน่วยงานที่คอยให้การสนับสนุนและให้คำแนะนำ คุณเอื้องพรและทีมงานมาตลอดคือ R2R ทุกครั้งที่ทีมวิจัยมีปัญหา R2R มักช่วยแนะแนวทางให้เสมอ R2R เปรียบเหมือนหนังสือ 1 เล่ม ที่อัดแน่นไปด้วยสาระความรู้มากมาย หากสงสัยข้อมูลตรงไหนก็สามารถเปิดหนังสือเล่มนี้ค้นคว้าเพิ่มเติมเพื่อหาความกระจ่าง



“R2R เป็นแรงสนับสนุนอย่างดีในเวลาที่เราท้อ คอยให้กำลังใจ สนับสนุน คอยกระตุ้นตลอดว่า ไม่เป็นไร เราจะช่วยกัน ทำให้เรากลับมาถูกคิดว่า ขนาด R2R ยังอยากให้เราทำให้สำเร็จ แล้วทำไมพวกเราถึงไม่อยากทำให้มันสำเร็จละ จึงเกิดแรงฮึดขึ้นมาเสมอ”

ความพยายามอยู่ที่ไหน **ความสำเร็จ** อยู่ที่นั้น

ว่ากันว่า “ความอดทน มักให้ผลลัพธ์อันหอมหวานเสมอ”

ระยะเวลากว่า 1 ปีครั้งที่ทีมงานอดทนและร่วมกันฟันฝ่าอุปสรรคนานา สัมผัสมาหมดทั้งอารมณ์เศร้า ท้อแท้ ฮึดสู้ และอีกสารพัด วันนี้โครงการวิจัยที่มีคนเพียงไม่กี่คนเคยแอบคิดกันเงียบๆ ได้สำเร็จแล้ว โดยผลการศึกษาพบว่า ยาสูตรผสมขยายรูม่านตาได้ถึง 7 มิลลิเมตรได้เร็วกว่ายาแบบเดิม (แบบสลับ) โดยพบว่าสัดส่วน (ร้อยละ) ของจำนวน ผู้ป่วยที่ขนาดรูม่านตาขยายได้ถึง 7 มิลลิเมตรที่เวลา 40 นาทีในกลุ่มหยอดยาแบบเดิม (แบบสลับ) มีเพียง 7 คน (38.9%) ในขณะที่กลุ่มหยอดยาแบบใหม่ (ยาผสม) มีถึง 17 คน (77.3%) และพบว่าค่า p-value น้อยกว่า 0.05 ซึ่งถือได้ว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย จำนวนยาที่ใช้ก็น้อยลง ความดันก็ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมก่อนหยอด

“พอผลการวิจัยออกมาเราก็เข้าไปแจ้ง **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงภทนี สามเสน** ซึ่งดูแลด้านพัฒนาคุณภาพในภาควิชาจักษุวิทยา ก็ปรึกษาอาจารย์ว่าเปลี่ยน WI (work instruction) ในการขยายรูม่านตาใหม่ ถ้าอาจารย์สั่งให้ขยายตา ให้อาจารย์ช่วยประกาศว่า ถ้าคุณหมอผู้ตรวจสั่งให้ผู้ป่วยได้รับการขยายรูม่านตา เราก็จะหยอดยาผสมตัวนี้เป็นมาตรฐาน หรือถ้าคุณหมอคิดว่ายาสผสมตัวนี้ไม่เหมาะกับผู้ป่วยบางราย คุณหมอช่วยเขียนสั่งมาให้ด้วย ถ้าหมอไม่เขียนมาเป็นพิเศษ เขียนแค่ให้ขยายรูม่านตา เราจะหยอดยาที่ผสมร่วมกันระหว่าง 2.5% Phenylephrine และ 0.75% Tropicamide เป็นมาตรฐาน จึงนำเข้าที่ประชุมเขียน WI ภาควิชาจักษุมนต์ และประกาศใช้อย่างเป็นทางการ”

ตลอดระยะเวลาในการคร่ำเคร่งทำงานวิจัย ในที่สุดวันที่ทุกคนรอคอยก็มาถึง เมื่อผลงานวิจัยถูกประกาศใช้อย่างเป็นทางการในหน่วยงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลศิริราช ผลงานวิจัยสามารถช่วยลดภาระการทำงานของเจ้าหน้าที่ เพิ่มรอยยิ้มบนใบหน้าให้ผู้ป่วย

“ผลงานวิจัยสำเร็จ ถูกประกาศใช้ทั่วโรงพยาบาล ก็มีห้อง laser ใช้ภาคกุมารเวชศาสตร์ใช้ในเด็กที่เป็น preterm ที่จะต้องตรวจจอประสาทตา และหน่วยผ่าตัดตา และมีโรงพยาบาลต่างจังหวัดมาติดต่อขอไปใช้ ทีมงานทุกคนรู้สึกภูมิใจมากค่ะ ในที่สุดงานของเราก็สำเร็จ เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ยาที่เราผสมขึ้นมานี้ได้กลายเป็นลิขสิทธิ์ของศิริราช ผู้ป่วยก็ไม่ต้องเสี่ยงแล้ว เพราะได้รับยาที่ถูกต้อง คนหยอดก็ไม่ต้องทำงานหลายขั้นตอน มันช่วยลดภาระในหลายๆ ด้าน”

“น้องๆ หน่วยงานกิติใจ ทำให้เกิดการตื่นตัวในหน่วยงานมากขึ้น มีคนคิดทำโครงการวิจัยอื่นๆ เพิ่มขึ้น ภูมิใจตรงที่มันได้นำไปใช้จริง ๆ มันได้ใช้ประโยชน์ทุกวัน เห็นขวดยาที่ไร ก็อดภูมิใจไม่ได้ว่า เออ...นี่คือผลงานของพวกเราละ” ดวงตาของเธอเป็นประกาย ใบหน้าแจ่มไปด้วยรอยยิ้มเมื่อพูดถึงความสำเร็จที่ได้รับ

นอกจากความมุ่งมั่นตั้งใจ และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของทีมงานที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จแล้ว คุณเอื้องพรและทีมงานขอมอบความดีความงามให้กับแรงสนับสนุนรอบด้าน โดยเธอกล่าวว่า

“มันไม่ใช่ทีมเราทีมเดียวที่ทำได้สำเร็จ ทั้งหมด ผู้ป่วย พยาบาล ผู้ร่วมงาน เกสัชกร หัวหน้าภาควิชา และหน่วยงาน R2R ล้วนเป็นแรงสนับสนุนสำคัญที่คอยให้ความช่วยเหลือเวลามีปัญหาต่างๆ”

สำหรับคนที่คิดอยากทำงานวิจัย คุณเอื้องพรและทีมงานมีข้อคิดดีๆ มาแนะนำว่า

“เวลาเกิดปัญหาระหว่างการทำงาน อย่าหนีปัญหา แต่ให้มองปัญหา และหาข้อพิสูจน์ร่วมกัน ช่วยกันหาทางออกจนได้คำตอบที่ดีที่สุด เพื่อเอามาใช้ในส่วนรวม ไม่ต้องกลัวงานวิจัย มันไม่ได้ยากอย่างที่คิด ให้ลองหาข้อมูลมาเปรียบเทียบ อย่าเพิ่งถอดใจ ค่อยๆ เดินอย่ามองไกล ให้มองใกล้ๆ จะได้มีกำลังใจ และค่อยๆ ก้าวเดินไปที่ละก้าว ถ้าเราไม่รู้ ก็ให้หาคนมาช่วยประคับประคอง ให้คำปรึกษา”

“ที่สำคัญต้องมีกำลังใจ จำไว้ว่ากำลังใจจากใครก็ไม่ใช่สำคัญเท่ากำลังใจที่เรามีให้ตัวเอง ต้องบอกตัวเองว่าต้องสำเร็จ ผลจะออกมาเป็นยังไงอีกเรื่องหนึ่ง เราต้องให้กำลังใจตัวเองเรื่อยๆ แบบนี้ ว่ามันต้องสำเร็จยังไงก็ต้องทำได้”

แม้งานวิจัยจะเสร็จสมบูรณ์และยังประโยชน์กับส่วนรวมแล้ว ทว่า คุณเอื้องพรและทีมงานยังอยากเห็นการต่อยอดงานวิจัยดังกล่าว เพื่อพัฒนาวงการแพทย์มากขึ้น

“อยากให้คนอื่นนำไปพัฒนาต่อยอด ตอนนี้องค์หน่วยงานในภาควิชา-กุมารเวชศาสตร์นำไปทำการวิจัยต่อว่า ยาตัวนี้หยอดยังไงจึงจะเหมาะกับเด็ก การหยอดทุก 5 นาทีมันอาจจะดีไปสำหรับเด็ก เค้าก็นำไปทำวิจัยต่อ แต่ในผู้ป่วยกลุ่มเบาหวานที่ทำการหยอดยาก่อนข้างจะยาก ซึ่งใน case วิจัยของเรามีการเก็บในกลุ่มนี้น้อย น่าจะมีคนไปเก็บในกลุ่มนี้เพิ่ม จะได้ทำออกมาได้ครอบคลุมทุกกลุ่มผู้ป่วย” คุณเอื้องพรกล่าวทิ้งท้าย

เช้าวันจันทร์...

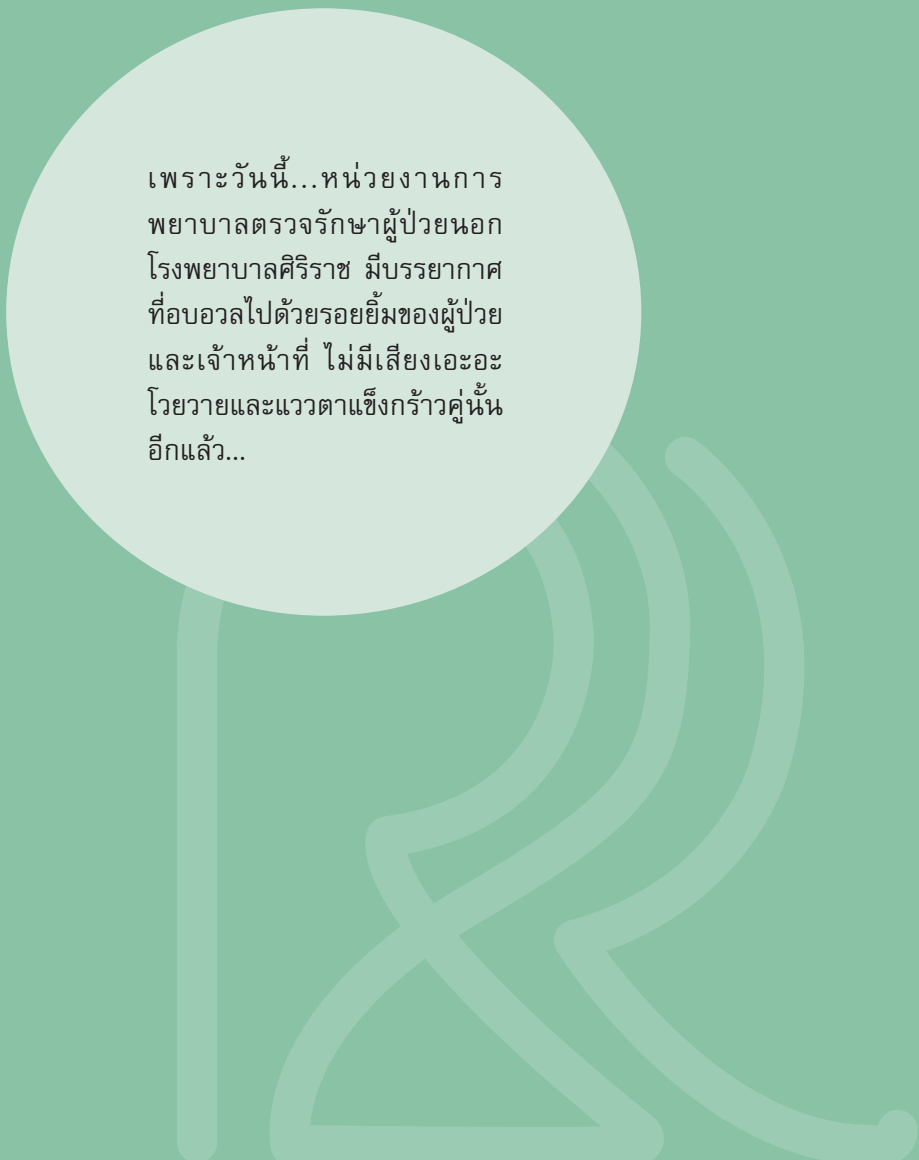
ภายในรอบพื้นที่อันจำกัดในหน่วยงานจักษุวิทยา ภายในตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ตอนนี้อยู่โปร่งโล่งไม่แออัดเหมือนเคย ผู้ป่วยนั่งรอการเรียกตรวจอย่างเป็นระเบียบ แต่ละคนนั่งรอการตรวจด้วยใจจดจ่อ ผู้ป่วยชายวัยกลางคนหันไปถามไถ่อาการของเพื่อนผู้ป่วยที่นั่งอยู่เก้าอี้ติดกันด้วยสายตาอาทร...

อีกมุมหนึ่งของห้องตรวจ พยาบาลกำลังหยอดยาเพื่อขยายรูม่านตาให้ผู้ป่วยหญิงวัยชรา คุณยายไม่รู้สึกละสบเหมือนเช่นวันวาน...

“ยาตัวนี้ชื่ออะไรเธอคุณพยาบาล ทำไมไม่สบเลย ถ้ามาคราวหน้ายายจะหยอดตัวเดิมนี้ได้ไหม...” คุณยายถามพยาบาลเมื่อหยอดยาแล้วไม่มีความรู้สึกสบใดๆ หลงเหลืออยู่ พยาบาลสาวพูดพลางยิ้มในหน้า

“ได้สิยาย ต่อไปนี้ยายไม่ต้องหยอดยาหลายครั้งและไม่ต้องสบตาอีกแล้วนะ ดีใจไหม...” พยาบาลสาวพูดคุยกับคุณยายอย่างอารมณ์ดี ตอนนี้อย่างไม่ต้องมานั่งจำแล้วว่า วันนี้เธอหยอดยาขวดไหนไปบ้างแล้ว เพราะโรงพยาบาลศิริราชเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ยา ที่สามารถหยอดภายในครั้งเดียว ที่ทั้งปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ...

คุณเอื้องพร พิทักษ์สังข์และทีมงานในหน่วยงานการพยาบาล ตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ยินมองภาพตรงหน้าด้วยความรู้สึกเปี่ยมสุข และภูมิใจ กว่า 1 ปีครั้งที่ฝ่าฟันอุปสรรคนานา ผลที่ได้รับในวันนี้คุ้มค่ามากกว่าที่ทุกคนเคยคาดหวังความเหน็ดเหนื่อยที่เคยกดทับอยู่ราวภูเขาสูงหิมะ วันนี้ได้มลายหายเป็นปলিতทั้ง

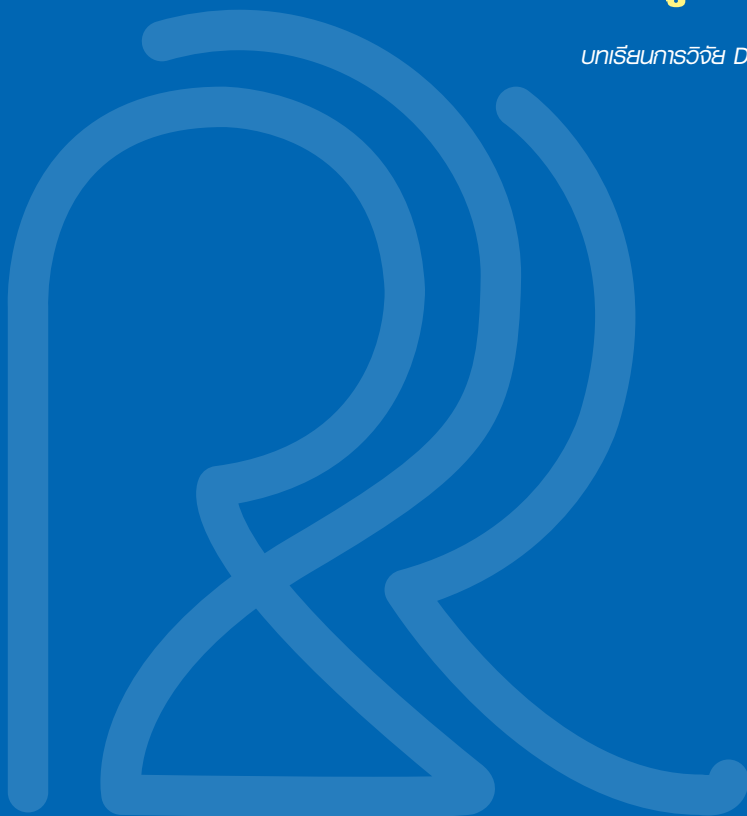


เพราะวันนี้...หน่วยงานการ
พยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลศิริราช มีบรรยากาศ
ที่อบอุ่นไปด้วยรอยยิ้มของผู้ป่วย
และเจ้าหน้าที่ ไม่มีเสียงเอะอะ
โวยวายและแววตาแข็งกร้าวคู่นั้น
อีกแล้ว...

ผู้เต็มเต็มความอัมให้ทารกแรกเกิด
กับผลการศึกษาความสัมพันธ์ของ

พึงพิศไต้ล้นกับการดูตมมมารตา

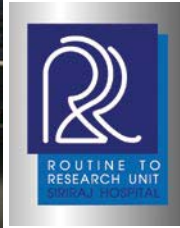
บทเรียนการวิจัย *Diagnostic test*





ทีมดูแลผู้ป่วยทุพภิกขภัย





ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์มงคล เลหาพิญแสง และทีมงาน



การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ได้สืบกับการควบคุมมมารตา

“อู่ว๊ว...”

ทารกน้อยแรกเกิดวัยไม่ถึงสัปดาห์ส่งเสียงร้องไห้จ้า

มีน้อยบ้ายเบปะโปมาในอากาศ เหมือนต้องการจะบอกว่า...

“แม่จ๋า...ทูนูก๊ว”



แม่ลูกอ่อนมือใหม่วัย 20 ต้นๆ ประคองลูกน้อยไว้ในอ้อมแขนอย่างทะนุถนอม เธออยากป้อนน้ำนมจากอกอุ่นให้ลูกดื่มกินเพื่อดับความกระหายหิว อยากให้ลูกรับรู้ถึงสายใยรักอันยิ่งใหญ่ที่เธอมีให้ แต่เธอทำได้เพียงยื่นขวดนมพลาสติกใส่ปากให้ลูก เจ้าตัวน้อยดูดตึมน้ำนมจากจุกยางด้วยความหิว ดวงตาไร้เดียงสาคู่นั้นจ้องมองเธอตาแป๋ว หญิงสาวมองลูกน้อยด้วยความสงสารจับใจ นึกตำหนิตัวเองที่ไม่สามารถถอดทนให้นมลูกได้

หมอบอกว่าลูกของเธอมีปัญหาพังผืดเกาะใต้ลิ้น ทำให้ดูดนมไม่ได้ เด็กน้อยจึงใช้เหงือกขบหัวนมแม่เพื่อดูดรีดน้ำนมแทน หัวนมของเธอยังคงมีร่องรอยของบาดแผลจากการถูกขบ เธอต้องหยุดให้นมลูกชั่วคราว เต้านมจึงคัดตึงร้าวระบม ทั้งยังรู้สึกครั่นเนื้อครั่นตัวเหมือนจะเป็นไข้

“วันนี้ลูกของเธอจะได้รับการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น ใจหนึ่งเธอนึกกลัวเพราะลูกยังเล็กนัก ร่างกระ娇ยร่อนนี้เพิ่งสัมผัสมาชื่นชมโลกได้ไม่กี่วันก็ต้องถูกเข็นกลับเข้าไปห้องผ่าตัดอีกครั้ง ถ้าผลการผ่าตัดไม่สำเร็จจะเกิดอะไรขึ้น...”

ความกลัวถูกแทนที่ด้วยความอุ่นใจ เมื่อผู้ช่วยศาสตราจารย์ **นายแพทย์มงคล เลหาเพ็ญแสง** หัวหน้าสาขาวิชากุมารศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชบอกว่า ลูกของเธอจะปลอดภัยและกลับมาดูดนมแม่ได้เป็นปกติ...

นมแม่...แหล่งอาหารสำคัญของลูก

เป็นที่ทราบกันดีว่า นมแม่เป็นแหล่งอาหารที่มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับลูก โดยเฉพาะในเด็กวัยแรกเกิดถึง 6 เดือน ทั้งสารอาหารที่มีประโยชน์ และภูมิคุ้มกันโรค นอกจากนี้ ยังสะดวกและประหยัด ที่สำคัญระหว่างให้นมลูกนั้น เป็นช่วงเวลาคุณภาพที่ช่วยสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างแม่ลูกให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น โรงพยาบาลศิริราชมีคลินิกนมแม่ที่จะให้บริการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง ทำให้ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดน้อยลง ทว่าคลินิกนมแม่กลับพบปัญหาใหม่ นั่นคือคุณแม่จำนวนหนึ่งไม่สามารถให้นมลูกได้ เนื่องจากเด็กมีพังผืดใต้ลิ้น โดยอาจารย์มงคลกล่าวถึงเรื่องนี้ว่า

“ทางคลินิกนมแม่มาปรึกษาหน่วยงานเราเรื่องเด็กที่มีภาวะพังผืดใต้ลิ้น เวลาดูดนมมักจะใช้เหงือกกับหัวนมแม่ ทำให้แม่เจ็บหัวนม บางรายถึงขั้นหัวนมเป็นแผล แต่ ณ เวลานั้นเราไม่มีความรู้ความชำนาญในเรื่องนี้ ปกติแล้วเราจะรักษาเด็กที่มีปัญหาพูดไม่ชัดจากพังผืดใต้ลิ้น ซึ่งทำให้มีปัญหาในเรื่องออกเสียงพยัญชนะ ร ล R และ L ซึ่งมักจะเป็นในเด็กโตอายุระหว่าง 2-4 ขวบ แต่เมื่อคลินิกนมแม่มาขอคำปรึกษาเราก็ต้องช่วยกัน”

“ระหว่างนั้นก็ไปศึกษาดูว่า พังผืดใต้ลิ้นมีผลทำให้เด็กดูดนมแม่ได้ไม่ดีจริงหรือไม่ โดยศึกษาจากวารสารที่เคยมีการศึกษามาแล้ว และลงพื้นที่ไปดูปัญหาจริงที่คลินิกนมแม่ว่า เด็กมีปัญหาดูดนมแม่ไม่ได้จริงหรือเปล่า จากการสังเกตก็พบว่าเด็กมีปัญหาในการดูดนมจริง ๆ ซึ่งการดูดนมแม่นั้น เด็กจะยื่นลิ้นออกไปที่ลานหัวนม แล้วใช้ปลายลิ้นรีดน้ำนมกลับเข้าไปในปาก แต่เด็กที่มีพังผืดใต้ลิ้นจะยื่นลิ้นออกไปไม่ได้ จึงใช้เหงือกกับหัวนมแม่แทน ทำให้แม่เจ็บ บางคนหัวนมเป็นแผลเลยก็มี” คุณหมอหนุ่มใหญ่ท่าทางใจดีเล่าให้ฟังด้วยท่าทีสุขุม



แม่จ๋า... ถ้าหมอคุณบ่แม่ไม่ได้

จากปัญหาดังกล่าว ทำให้แม่หลายคนตัดสินใจให้ลูกดูนมจากขวดพลาสติกแทนการดูดจากเต้านมเอง เพราะทนมเจ็บไม่ไหว การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเกิดความล้มเหลว

ในระหว่างนั้นเรื่องพังผืดใต้ลิ้นยังเป็นประเด็นที่กำลังถกเถียงกันอยู่ในวงการแพทย์ และยังหาข้อสรุปที่แน่ชัดยังไม่ได้ว่า พังผืดใต้ลิ้นส่งผลให้เด็กดูนมแม่ได้ไม่เต็มจริงหรือไม่ รวมทั้งการรักษาด้วยการผ่าตัดสามารถช่วยให้เด็กกลับมาดูนมแม่ได้จริงหรือไม่ อาจารย์มงคลต้องการหาคำตอบให้กับคำถามดังกล่าว จึงค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมและมีความคิดที่จะทำการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบวิธีการรักษาพังผืดใต้ลิ้น โดยการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบ (frenuloplasty) กับการรักษาแบบประคับประคอง

เมื่อกระบวนการเขียนโครงร่างงานวิจัย (proposal) เสร็จ ขั้นตอนต่อไปคือการขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ethics committee:EC) เนื่องจากการดมยาสลบในทารกแรกเกิดเป็นประเด็นที่ค่อนข้างเสี่ยง จึงมีกรรมการหลายท่านทักท้วง

“ตอนแรกโดนคัดค้านมากกว่าพังผืดมีมาเป็นชาติแล้ว (หัวเราะ) ทำไมต้องตัด คนที่ไม่เห็นด้วยกลัวว่าเด็กจะเป็นอันตราย กลัวจะไม่ได้ผล กลัวผิดจริยธรรม สาเหตุหนึ่งที่ถูกคัดค้านเป็นเพราะถ้ามองในแง่ของโรคมันไม่อันตราย ตั้งแต่อดีตเด็กสามารถเติบโตขึ้นมาได้โดยไม่ต้องผ่าตัด แต่ถ้าเราทำแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อน (complication) ก็จะทำให้เกิดปัญหาว่าไปทำเขาทำไม เขาก็อยู่ของเขาดี แต่โชคดีที่ EC เขาคงมองเห็นความสำคัญของคำถามการวิจัย และพึงพอใจกับมาตรการการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของเรา คือถ้าโรคไหนที่ทำแล้วผู้ป่วยมีแนวโน้มไม่หาย พิการหรือตาย แบบนี้คงไม่อนุมัติให้ผ่าน”

“เมื่อมีเสียงคัดค้านค่อนข้างหนาหู ในการวางแผนการวิจัยจึงต้องมีความระมัดระวังอย่างมาก โดยเฉพาะการเตรียมเด็กก่อนผ่าตัด และการดูแลระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด เรามีการติดตามประเมินผลการ

รักษาเด็กทุก 3-7 วัน และถ้าพบว่าเด็กมีแนวโน้มจะมีปัญหา ทางทีมดูแลผู้ป่วยก็จะให้การรักษาให้ทันทันที”

“ถ้าเราทำสำเร็จแม่และเด็กจะได้รับประโยชน์มากมายจากการผ่าตัดนี้ แม้มีการวางแผนการวิจัยมาอย่างดี แต่เมื่อทำวิจัยจริงก็พบปัญหาพ่อแม่เด็กมีความกังวลในเรื่องการผ่าตัด กลัวว่าลูกจะเป็นอันตราย และการผ่าตัดเป็นเพียงทางเลือก มันยังมีวิธีอื่นๆ ที่ใช้แทนการผ่าตัดได้ เช่น ถ้าเด็กดูดนมแม่ไม่ได้ ก็ใช้วิธีดูดนมขวดแทน หรือปั๊มนมแม่ใส่ขวดก็ได้ ซึ่งพ่อแม่ส่วนใหญ่เลือกที่จะให้ลูกดูดนมจากขวดแทน มีจำนวนน้อยที่ยินยอมเข้ารับการรักษาคือผู้ปกครองของเด็กประมาณ 10 รายจะตัดสินใจทำแค่ 1 ราย แต่อย่างไรก็ตาม จากความพยายามและความมุ่งมั่นของทีมงานการวิจัยก็สำเร็จ และพบว่า การผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น สามารถทำให้เด็กกลับมาดูดนมแม่ได้ปกติทุกราย ส่วนการรักษาแบบประคับประคองนั้นมีเพียง 42% เท่านั้นที่สามารถดูดนมแม่ได้สำเร็จ”

“อย่างไรก็ตาม เราก็มาปรึกษากันว่าวิธีการผ่าตัดโดยการดมยาสลบ น่าจะมีปัญหา เพราะพ่อแม่ส่วนใหญ่ไม่ยอมรับ และในทางปฏิบัติจริงๆ ก็ทุลักทุเลมาก คือก่อนดมยาสลบ เด็กต้องงดนมอย่างน้อย 4 ชั่วโมง ถ้าเป็นนมผสม ก็ต้องดออย่างน้อย 6 ชั่วโมง หลังผ่าตัดแล้วจะยังกินนมไม่ได้ทันที ต้องนอนให้น้ำเกลือที่โรงพยาบาล 1-2 วัน ถ้าแม่คลอดที่โรงพยาบาลเรา ก็ต้องค้างคืนต่ออีก 2-3 วัน”

“เราพยายามหาวิธีที่ง่ายกว่านี้ โดยสังเกตจากการที่เราทำในเด็กโตมานาน จะเห็นว่าพังผืดใต้ลิ้นในเด็กเล็กบางกว่ามาก ในเด็กโตยิ่งปล่อยไว้นาน พังผืดก็จะยิ่งหนาตัวมากขึ้น ถ้าเราตัดโดยที่ไม่ต้องไปเย็บ มันจะใช้ได้ไหม ถ้ามันทำได้จริงเราก็จะใช้ยาชาเฉพาะที่เด็กก็ไม่ต้องเสี่ยงดมยาสลบ” อาจารย์มิ่งคลกล่าว จึงเป็นที่มาของการวิจัยเปรียบเทียบวิธีการรักษาพังผืดใต้ลิ้นระหว่างการผ่าตัด frenuloplasty ด้วยการดมยาสลบ และการผ่าตัด frenulotomy ด้วยการให้ยาชาเฉพาะที่

ในโครงการวิจัยนี้ อาจารย์มิ่งคลได้รวบรวมทีมงานเพิ่มเติม ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงโสภภาพรณ เงินจำ สาขาวิชาทารกแรกเกิด ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ และคณะทำงานจากทีมดูแลผู้ป่วย (care team) โครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา

การผ่าตัด frenulotomy ร่วมกับการใช้ยาชาเฉพาะที่ทางเลือกที่ปลอดภัยกว่า

“ทารกแรกเกิดที่มีพังผืดใต้ลิ้นและปัญหาในการดูดนมแม่ที่คลอດในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 60 ราย ถูกสุ่มเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน คือกลุ่มการผ่าตัด frenuloplasty ด้วยการดมยาสลบ และกลุ่มการผ่าตัด frenulotomy ด้วยการใช้อยาชาเฉพาะที่ ซึ่งเด็กไม่ต้องงงดนมก่อนเข้าห้องผ่าตัด เมื่อผ่าตัดเสร็จเด็กสามารถดูดนมได้ทันที แม่ลูกกลับบ้านได้เลยโดยไม่ต้องนอนค้างโรงพยาบาล หรือในกรณีที่โรงพยาบาลอื่นส่งมาให้เราผ่าตัดในต่อนเช้า ก็กลับบ้านได้เลยในตอนเย็น ซึ่งผลการศึกษาวิจัย พบว่า การผ่าตัด frenulotomy ด้วยการใช้อยาชาเฉพาะที่มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะพังผืดใต้ลิ้น เทียบเท่ากับการผ่าตัดโดยการดมยาสลบ แต่การผ่าตัดโดยใช้อยาชาเฉพาะที่สามารถทำได้สะดวก รวดเร็ว และที่สำคัญสามารถ ลดอัตราเสี่ยงจากการดมยาสลบ และค่าใช้จ่าย ซึ่งสมัยนั้นค่ารักษาพยาบาลด้วยการดมยาสลบประมาณ 2,000 กว่าบาท แต่การใช้อยาชาเฉพาะที่ราคาประมาณ 200-300 บาท หลังจากนั้นมาระกัก็นำวิธีการนี้มาใช้ เพราะเป็นการแก้ปัญหาอย่างทันท่วงที” อาจารย์มงคลอติบาย

เมื่อการรักษาได้พา งานก็เข้า

การผ่าตัด frenulotomy ด้วยการใช้อยาชาเฉพาะที่เริ่มได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น จากที่เคยมีคนไข้เดือนละ 1-2 ราย เพิ่มเป็น 50-100 รายต่อเดือน ซึ่งภาระการทำงานของภาควิชาศัลยศาสตร์ก็เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย แต่บุคลากรยังเท่าเดิม จึงได้ปรึกษาหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ และสาขาวิชากุมารศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์

เพื่อค้นหาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยในการพยากรณ์หรือวินิจฉัยทารกที่มีภาวะพังผืดใต้ลิ้นที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เนื่องจากมีทารกที่มีภาวะพังผืดใต้ลิ้นถึง 42% ที่สามารถดูดนมแม่ได้สำเร็จ จากการรักษาแบบประคับประคอง จากงานวิจัยเบื้องต้น

“เรากลับไปค้นดูเครื่องมือเก่าๆ แต่ไม่มีเครื่องมือตามที่เราต้องการ มีเครื่องมือ 2 ชนิดที่มีประสิทธิภาพแยกกัน คือ เครื่องมือที่ประเมินประสิทธิภาพการดูดนม และเครื่องมือประเมินความรุนแรงของพังผืดใต้ลิ้น แต่ยังไม่เครื่องมือที่ประเมินทั้งประสิทธิภาพการดูดนมกับดูความรุนแรงของพังผืดใต้ลิ้นในเครื่องมือเดียวกัน ซึ่งเครื่องมือที่ประเมินพังผืดใต้ลิ้นก็มีขั้นตอนที่ยุ่งยากมาก ผมคิดว่าเครื่องมือที่เราจะนำมาใช้ต้องไม่ซับซ้อนยุ่งยาก เพราะคนที่ต้องใช้เครื่องมือนี้คือพยาบาล เราก็คอยให้เขาสามารถนำไปใช้งานได้ง่ายๆ และสะดวก” อาจารย์มณฑลอธิบาย

อาจารย์มณฑลและทีมงานจึงคิดค้นเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัย/พยากรณ์ทารกที่มีภาวะพังผืดใต้ลิ้นที่ไม่สามารถดูดนมแม่ได้ เพื่อรับการรักษาด้วยการผ่าตัด

กำเนิด SIRIRAJ TONGUE-TIE SCORE (STT SCORE)

“ตอนที่คิดจะทำงานวิจัยเพื่อคิดค้นเครื่องมือขึ้นนี้ ผมมีแต่ความคิดและหัวใจเท่านั้นแหละ (ยิ้ม) ไม่มีข้อมูลอะไรเลย ไม่รู้เรื่องสถิติตัวเลขและระเบียบวิธีวิจัย รู้แต่ว่าอยากสร้างเครื่องมือจึงปรึกษา อาจารย์ปรีดา มาลาสิทธิ์ ท่านก็ได้ชี้แนะแนวทางว่าน่าจะคิดวิธีประดิษฐ์เครื่องมือในการดูประสิทธิภาพการดูดนมกับดูความรุนแรงของพังผืดใต้ลิ้นอยู่ในชุดเดียวกัน ผมก็มานั่งวิเคราะห์ดูว่า มันน่าจะมีความสัมพันธ์กันระหว่างห้วนนมแม่กับพังผืด หมายถึง การทำหน้าที่ในการดูดนม เด็กบางคนมีพังผืดเยอะ แต่ดูดนมได้ดีไม่มีปัญหา เมื่อไปดูห้วนนมแม่ ปรากฏว่าห้วนนมแม่ดี แม่เองก็บอกว่าไม่เจ็บเลย เด็กสามารถยืนลิ้นมาถึงลานห้วนนมได้ โดยไม่ใช้แรงอังกาบห้วนนม”

“เห็นได้ชัดว่ามันมีความสัมพันธ์กันระหว่างลักษณะลานนมแม่ ลักษณะพังผืดใต้ลิ้น และความรู้สึกลูกของแม่ขณะลูกดูดนม ถ้าเอา 3 กรณีนี้มาประเมินพร้อมกันได้น่าจะดี เช่น จับคู่ระหว่างห้วนนมแม่ดี เด็กพังผืดเยอะ แต่ก็ดูดนมได้ ไม่มีปัญหา เด็กบางคนพังผืดนิดเดียวแต่ไปจับคู่กับห้วนนมแม่ไม่ดี แต่กรณีที่ห้วนนมแม่ก็ไม่ดี พังผืดเยอะ แบบนี้ก็ยุ่งยาก ถ้าเราเอา 3 เรื่องนี้มาสัมพันธ์กันและคิดเป็นคะแนนขึ้นมา โดยที่เอากรณีที่รุนแรง

มากๆ ให้คะแนนน้อยๆ เช่น พังผืดเยอะๆ ให้ 1 คะแนน หัวนมไม่ดีให้ 1 คะแนน พังผืดน้อย ดูได้ตามปกติก็ให้คะแนนเยอะๆ หัวนมดีก็ให้คะแนนเยอะๆ แต่ตัวชี้วัดประสิทธิภาพการดูดนมว่าดีหรือไม่ นั่นคือความรู้สึกของแม่เวลาลูกดูดนม พบว่าที่ดีที่สุดคือ ลิ้นอยู่ที่ลานหัวนมตลอด และที่แย่ที่สุดคือ ไม่มีลิ้นเลย เหยือกกับลานหัวนมตลอด คนที่ดีที่สุดก็จะได้ 10 คะแนน คนที่แย่ที่สุดก็จะได้ 2 คะแนน ที่เหลือก็จะอยู่ระหว่าง 2-10 คะแนน เราก็เอาคะแนนมาดูว่าใช้ได้ไหม”

เครื่องมือที่อาจารย์มงคลกล่าวถึงและคิดค้นขึ้นมาจากประสบการณ์การทำงานของทีมงานนั้น ประกอบด้วย การให้คะแนนความรุนแรงของพังผืดใต้ลิ้น การให้คะแนนลักษณะลานหัวนมแม่ และการให้คะแนนจากความรู้สึกของแม่ขณะที่ลูกดูดนม ที่มีชื่อว่า SIRIRAJ TONGUE-TIE SCORE (STT SCORE) ดังภาพที่ 1

Tongue	Frenulum	 3	 2	 1
	Function (after stimulation)	 3	 2	 1
Nipple	sensation	Tongue at areola  4	Tongue at nipple  2	No Latch on  0

ภาพที่ 1
SIRIRAJ TONGUE-TIE
SCORE (STT SCORE)

“พอได้องค์ประกอบทั้ง 3 ปัจจัยแล้วเราก็ต้องมานั่งคิดอีกว่าต้องให้คะแนนเท่าไรจึงจะเหมาะสม ก็นำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินความตรง (content validity) ของเครื่องมือนี้เพื่อให้มั่นใจว่า เครื่องมือมีเนื้อหาที่เหมาะสมกับสิ่งที่ต้องการประเมิน จากนั้นเราให้พยาบาลทุกคนที่เข้าอบรมวิธีการประเมินประสิทธิภาพการดูดนมแม่ของทารกแรกเกิดที่มีปัญหาในการดูดนมแม่เนื่องจากพังผืดใต้ลิ้นทำการประเมินทารกตาม STT SCORE โดยการอ่านภาพ slide ของพังผืด ภาพของหัวนม เสียงความรู้สึกของมารดา ขณะให้ลูกดูดนม จำนวน 10 ชุด เพื่อเปรียบเทียบดูว่า คะแนนเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่หรือเรียกว่า inter-rater-reliability ถ้าคะแนนที่ได้จากแต่ละคนแตกต่างกันมาก ก็ต้องมาปรับซึ่งก็เสียเวลาไปเยอะเหมือน

กันกับขั้นตอนนี้ เพื่อให้มั่นใจว่า STT SCORE มีความเที่ยง (reliability) ไม่
ว่าใครเป็นผู้ประเมินจะได้คะแนนใกล้เคียงกัน”

“ผมใช้เวลาทั้งหมด 1 ปีกว่าในการเขียนโครงร่างงานวิจัย ขั้นตอนใน
การคิดมันไม่นาน แต่จะเสียเวลาค่อนข้างเยอะในกระบวนการทำ ปัญหา
คือผมไม่ค่อยมีเวลา เพราะต้องดูแลผู้ป่วย จึงไม่สามารถมานั่งทำอย่าง
ต่อเนื่องได้” คุณหมออ่อนเล่าถึงขั้นตอนการเขียนโครงร่างงานวิจัยให้ฟัง

จากโครงร่างสู่การดำเนินการวิจัย

“เนื่องจากไม่เคยมีเครื่องมือนี้มาก่อน และต้องการความเชื่อมั่นของ
เครื่องมือที่ดี เราจึงศึกษาในผู้ป่วยจำนวนทั้งหมดที่เรามี คือราว 2,600
ราย ก่อนลงมือทำจึงต้องมีการวางแผนเป็นอย่างดี โดยคัดเลือกพยาบาลที่
เป็นตัวแทนของหอผู้ป่วยแต่ละหอ รวมกันประมาณ 50-60 คนเพื่อมา
เก็บข้อมูล จากนั้นก็เปิดอบรมทีมงานก่อนว่าต้องทำอย่างไรบ้าง โดยสอน
แบบตัวเข้มให้เห็นวิธีการดูและการวัด การสังเกตการณ์ และการให้
คะแนนจริง ๆ ตามองค์ประกอบทั้ง 3 ใน STT SCORE”

“เราจะประเมิน STT SCORE ของเด็กทุกคนที่คลอดในโรงพยาบาลศิริราช
ที่ 24 ชั่วโมงหลังคลอด เนื่องจากการประเมินหลังคลอดทันที แม่อาจจะยังมี
อาการสับสนสับสนจากการคลอด เด็กเองก็อาจจะยังไม่พร้อม เพราะฉะนั้น
จังหวะที่ดีที่สุดคือ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งจากการให้คะแนนของพยาบาล
ทุกคนก่อนที่จะทำการวิจัย พบว่าทุกคนให้คะแนนไปในทิศทางเดียวกัน พอ
คำนวณค่า inter-rater-reliability ออกมาแล้วก็ดูดี หลังจากนั้นจึงนำคะแนน
รวมของ STT SCORE มาเปรียบเทียบกับความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วย
นมแม่ภายใน 7 วันหลังคลอด ซึ่งประเมินโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์ใน
คลินิกนมแม่ โดยมีนิยามความล้มเหลวของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนี้

1. น้ำหนักตัวทารกไม่เพิ่มตามที่กำหนด
2. มารดาเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้นมลูก
3. มารดาตัดสินใจยุติการให้นมลูก หลังจากได้รับการช่วยเหลือจาก
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในคลินิกนมแม่แล้ว”

“โดยผู้ที่ประเมินคะแนน STT SCORE และผู้ที่ประเมินความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะไม่ทราบผลการประเมินซึ่งกันและกัน เพื่อป้องกันอคติจากการประเมิน พอถึงช่วงการวิเคราะห์ข้อมูล ก็เป็นเรื่องสำคัญเนื่องจาก STT SCORE มีคะแนนตั้งแต่ 2 ถึง 10 เราต้องการหาจุดตัดของคะแนนที่แสดงว่าเด็กคนไหนที่ต้องผ่าตัดแน่นอน ซึ่งพบว่าถ้าคะแนนน้อยกว่า 4 คือคนที่มีพังผืดเยื่อและหัวนมของแม่อีกก็ต้องมีปัญหาด้วยมักจะต้องทำการผ่าตัด แต่ที่จุดดังกล่าวมีค่าความไวต่ำมาก แต่มีค่าความจำเพาะสูง ซึ่งแสดงว่ามีทารกจำนวนมากที่ไม่สามารถดูนมแม่ได้ แต่ไม่สามารถตรวจพบที่จุดตัดนี้ เราจึงต้องหาจุดตัดของคะแนนที่ให้ค่าความไวและความจำเพาะที่เหมาะสมโดยการใช้ ROC Curve (Relative Operating Characteristic Curve) พบว่าที่จุดตัดคะแนนน้อยกว่า 8 มีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยภาวะความล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 88.3% และ 98.2% แสดงว่าทารกคนใดที่ 24 ชั่วโมงหลังคลอดมีค่า STT SCORE น้อยกว่า 8 และมีภาวะพังผืดได้สมควรได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ส่วนผู้ที่มิคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 ควรรักษาแบบประคับประคองก่อน”

จุกยางหรืออะดัมมัม

ในมุมมองของอาจารย์มงคลเห็นว่า ปัญหาภาวะล้นติดกับการดูนมแม่ไม่ได้นั้นเป็นปัญหามาก่อน แต่เนื่องจากถูกละเลยจึงไม่ได้รับการแก้ไขเสียที

“มีคนตั้งข้อสังเกตว่า ถ้ามองย้อนกลับไปในสมัยที่ยังไม่มีขวดนม ทำให้เด็กที่มีพังผืดถึงดูนมแม่ได้ละ ผมคิดว่าก็คงมีปัญหาหั้นแหละ แม่อาจเจ็บหัวนม หัวนมแตก หัวนมเป็นแผล แต่แม่อาจจะทนๆ เอา เจ็บปวดแค่นั้นก็ทนเอา ถ้าแม่ทนไม่ได้เด็กก็ตายไป เพราะดูนมไม่ได้”

“เมื่อพัฒนามาสู่ยุคที่มีขวดนม พอแม่ทนไม่ได้ก็ให้ลูกไปกินนมผสมจากขวดแทน ซึ่งมันช่วยได้ในระดับหนึ่ง แต่มันเทียบเท่าน้ำนมแม่ไม่ได้ คือต้องทำความเข้าใจก่อนว่า น้ำนมแม่ต้องถูกกระตุ้นด้วยการดูดจึงจะคงอยู่ได้นาน 6 เดือนถึง 1 ปี แต่ถ้ากระตุ้นด้วยการบีบมันจะอยู่ได้ไม่นาน 2-3 เดือนน้ำนมก็จะแห้งไป ยังไงการดูนมจากขวดก็ทดแทนการดูดจากเต้าไม่ได้”

“คงเหมือนกับการคลอดลูก บรรพบุรุษเราในอดีตก็เบ่งคลอดตามธรรมชาติ แต่ทำไมเมื่อเทคโนโลยีก้าวหน้าการผ่าตัดทำคลอดถึงได้รับความนิยมขึ้นเรื่อยๆ แสดงว่ามันต้องมีอะไรบางอย่างผิดปกติที่คลอดด้วยวิธีธรรมชาติไม่ได้ ซึ่งถ้าเบ่งไม่ออกเด็กก็เสียชีวิต คือถ้ามีเรื่องของเทคโนโลยีมาช่วย มันอาจจะช่วยในเรื่องของการลดอัตราการตายของเด็กทารกจากการคลอดได้ ในกรณีคุณหมอก็เหมือนกัน”

“สรุปคือ เราทำการผ่าตัดในเด็กที่มีปัญหาเรื่องการดูดนมไม่ได้เท่านั้น ถ้าในเด็กที่มีพังผืดเยอะ แต่ยังสามารถดูนมแม่ได้เราก็จะไม่ผ่าตัด และเครื่องมือนี้จะสามารถช่วยเราวินิจฉัยได้ว่าทารกกลุ่มไหนที่ควรได้รับการผ่าตัด” อาจารย์มิ่งคลออธิบาย

เมื่อสนุกกับงาน ปัญหาจะเปลี่ยนเป็นความท้าทาย

อาจารย์มิ่งคลอเล่าว่า ปัญหาระหว่างการทำงานวิจัยไม่ค่อยมีส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาที่คิดไม่ถึง ซึ่งเมื่อเทียบกับผลงานที่ปรากฏออกมาก็ถือว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยมาก



“ถือว่าโชคดีที่การทำงานวิจัยของเราไม่ค่อยมีปัญหาอะไรร้ายแรง ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องที่อยู่ป่วยไม่มาติดตามผลภายใน 1 สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยไม่ตามนัดก็แก้ปัญหาด้วยการโทรศัพท์ติดตามผลแทน”

“เราประชุมกันทุกครั้งที่มีปัญหา หรือถ้าไม่มีเวลาจริงๆ อย่างน้อยก็ต้องคุยกันเดือนละครั้ง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการทำงาน หากมีปัญหาก็จะสามารถช่วยกันแก้ไขได้ทันทั่วทั้งที่ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลทั้งหมดจริง ๆ เพียง 6 เดือน เราจะประชุมใหญ่กันเฉพาะเวลางานเท่านั้น ไม่มีนอกเวลา เราพยายามให้จบในเวลางาน เพราะแต่ละคนก็ต่างมีครอบครัวที่ต้องไปดูแล แต่ถ้าเป็นการประชุมย่อยของทีมแพทย์หรือพยาบาลอาจมีการประชุมนอกเวลาบ้าง หรือถ้าว่างไม่ตรงกันเราก็จะใช้วิธีการโทรศัพท์ถามกัน”

แม้เวลาในการทำงานค่อนข้างรัดตัว ไหนจะต้องเอาเวลาไปดูแลผู้ป่วย ทั้งยังต้องแบ่งเวลามาทำงานวิจัย แต่อาจารย์มิ่งคลอกลับรู้สึกสนุกกับการทำงาน ไม่คิดว่าเป็นปัญหาแต่อย่างใด

“ระหว่างทำงานนี้ผมไม่เบื่อ ไม่ท้อนะ กลับรู้สึกสนุกในการทำ แม้งานจะซ้ำบ้าง ซะลอไปบ้าง แต่ไม่ได้เป็นเพราะหมดกำลังใจนะ มันซ้ำเพราะมีงานอย่างอื่นมาแทรกมากกว่า” คุณหมอกล่าวติดตลก

ในส่วนของทีมงาน อาจารย์มงคลเล่าว่ามีบ้างที่เกิดอาการท้อ เพราะล้าพ้งงานประจำเองก็แทบไม่มีเวลา

“มีบ้างที่ลูกน้องบ่นไม่ไหว บ่นเหนื่อย ผมก็พยายามอธิบายให้เขาเห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับในอนาคต ว่าเขาทำแล้วเขาจะได้ช่วยเหลือคนจริง ๆ มันจะเป็นผลงานของเขาและของศิริราช ซึ่งทุกคนก็มีกำลังใจขึ้น และตั้งหน้าตั้งตาทำงานเพื่อให้ประสบความสำเร็จไวๆ”

R2R ที่ปรึกษาสำคัญ

การที่ทำให้งานวิจัยเป็นรูปเป็นร่าง ส่วนหนึ่งเพราะได้รับการสนับสนุนหน่วยงาน R2R เป็นอย่างดี ความคิดจึงมีโอกาสดูแลแลออกมาเป็นรูปธรรม

“R2R เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญมาก เป็นหน่วยงานที่จุดประกายความคิด ชี้แนะแนวทาง และเป็นแรงบันดาลใจให้เราทำงานชิ้นนี้ออกมาสำเร็จได้ด้วยดี หมอผ่าตัดวัน ๆ ก็คิดแต่เรื่องผ่าตัด คิดเฉพาะในแง่สายงานของตัวเอง แต่ R2R มาช่วยคิดในมุมที่กว้างขึ้น และเปิดโอกาสให้เราทำงานได้อย่างเต็มที่”

“บอกตามตรงว่าระหว่างที่ทำงานวิจัยนั้น จะรู้สึกซีเกียจบ้าง หรือมีอะไรอื่น ๆ จิปาถะให้ต้องทำบ้าง เช่น ต้องแบ่งเวลาจากงานประจำ ไม่ค่อยมีเวลาบ้างล่ะ ก็อาจจะทำให้เราละเลยหละหลวมไปบ้าง การที่มีคนมาคอยกระตุ้นให้เราทำ มาติดตามความก้าวหน้าเรื่อย ๆ ผมว่ามันเป็นผลดีมาก ๆ ถ้าไม่มีหน่วยงานนี้ คงใช้เวลานานมากกว่าจะเสร็จ หรืออาจจะไม่เสร็จก็ได้ ต้องขอขอบคุณ R2R ไว้ ณ ที่นี้ด้วย” คุณหมอกล่าวถึง R2R

คงเป็นเรื่องปกติที่ว่า ไม่ว่าจะทำงานในสายงานใดก็ตาม มักจะมีปัญหาผาคอยท้าทายจิตใจและความสามารถอยู่เสมอ อยู่ที่ว่าใครจะสามารถพลิกคิดในมุมกลับได้หรือไม่ ทีมงานอาจารย์มงคลก็เช่นกัน

“เวลาเจอปัญหาเราพยายามเรียนรู้จากมัน ดูว่าปัญหานั้นจะสามารถแก้ไขได้อย่างไร งานที่เราทำมันเป็นกระบวนการพัฒนา เราก็มาดูว่ายังมีอะไรอีกไหมที่เรายังทำได้ไม่ดี เช่น เราจะพัฒนาเรื่องการดูนมแม่ เราก็กลับไปดูปัญหาเรื่องเด็กมีปัญหาพังผืดใต้ลิ้น เราก็ไปหาวิธี หาเครื่องมือมาช่วยพัฒนา คือต้องเริ่มจากปัญหาจริง ๆ มันถึงจะสามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด จึงจะนำมาใช้ประโยชน์ได้จริง ๆ และเกิดการพัฒนาต่อยอดงานวิจัยตัวเดิมให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ขึ้นไปอีก ซึ่งจะเป็นการพัฒนาวงการแพทย์ให้ก้าวหน้าไปด้วย”

“ข้อดีของการทำวิจัยอีกประการหนึ่งคือ ผมมองว่ามันเป็นโอกาสด้วยนะ คือคำถามนี้ยังไม่มีคำตอบ ยังเป็นช่องว่างอยู่ เราก็ต้องไปหาคำตอบมาเติมตรงช่องว่างนี้ให้ได้ ซึ่งมันเป็นโอกาสที่ดี ซึ่งในความเป็นจริง คำถามส่วนใหญ่ที่เราสงสัย มันมักจะมีคำตอบให้อยู่แล้ว เราก็แค่เอามาพัฒนาต่อยอดต่อยอดออกไปเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ให้ได้มากที่สุด”

นอกจากนี้ การทำงานวิจัยจะสำเร็จได้ ส่วนหนึ่งคือการตั้งคำถามจากงานประจำให้เหมาะสมชัดเจน โดยเฉพาะคำถามที่เป็นปัญหาโดยตรงกับงานประจำ จะทำให้ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพราะแต่ละคนมีปัญหาเดียวกัน ซึ่งอาจารย์มงคลกล่าวว่า

“เราต้องศึกษาในผู้ป่วยเป็นพัน ๆ คน และต้องใช้บุคลากรทุกระดับหลายภาคส่วน หลายหน่วยงาน ตั้งแต่พยาบาลในห้องคลอดไปจนถึงหมอทั้งหน่วยคลินิกนมแม่ หน่วยสูติ-นรีเวช และหน่วยศัลยศาสตร์ รวมทั้งผู้ป่วยเด็ก แม่เด็ก เมื่อมันเป็นปัญหาที่ทุกคนเจอเหมือนกัน มันจะทำให้เราได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี จนกระทั่งทำให้งานประสบความสำเร็จ การทำงานก็ง่ายขึ้น ประเด็นหลักคือ เราจะทำอะไร เราต้องไปหาคำถาม

ร่วมกัน ทุกคนจึงจะช่วยกันหาคำตอบด้วยความกระตือรือร้นและได้ผล แต่ถ้าเป็นคำถามของเราคนเดียว เราก็ต้องมีวิธีการในการหาความร่วมมืออื่นๆ เพื่อให้ได้คำตอบที่เราต้องการ”

ความเข้าใจระหว่างหน่วยงานคือกำไรจากงานวิจัย

เมื่อถามว่าหลังจากการวิจัยประสบความสำเร็จแล้ว มีความเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นในหน่วยงานบ้างหรือไม่ อาจารย์มงคลแสดงทัศนะว่า



“ความเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือการเรียนรู้การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เราต้องไปเรียนรู้เรื่องการดูแลนมแม่กับคลินิกนมแม่ เพราะเราไม่มีความรู้เรื่องนี้มาก่อน เด็กดูดนมยังงี้ หัวนมแบบนี้มันเป็นยังไง ทำไมเด็กถึงดูดนมไม่ได้ ส่วนคลินิกนมแม่หรือสูติ-นรีเวช เขาก็ต้องมาศึกษางานของเราเหมือนกันว่า กรณีแบบไหนที่หมอไม่ยอมผ่าตัดให้เพราะเกรงว่าจะเกิดอันตรายขึ้น เราก็ต้องอธิบายให้เขาฟัง ถือเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน”

“ที่สำคัญคือมีความเข้าใจกันระหว่างหน่วยงาน มีความผูกพันกัน เวลามีปัญหาเกิดขึ้นก็สามารถพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันได้ ซึ่งทีมงานของพวกเราค่อนข้างจะมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เกาะกลุ่มกันดี จากที่ในอดีตอาจมีปัญหาความไม่เข้าใจในเรื่องของการส่งต่อผู้ป่วย มีการผิดพลาดทางการสื่อสารกัน รวมทั้งขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ซึ่งเราไม่เคยมานั่งพูดคุยกันถึงปัญหาที่เกิดขึ้น แต่หลังจากทำวิจัยขึ้นนี้ร่วมกัน ทำให้เราหันหน้ามาคุยกันมากขึ้น และเราเข้าใจกันมากขึ้น”

คือความสำเร็จของทุกคน

เมื่อผลงานวิจัยประสบความสำเร็จ อาจารย์มงคลยังไม่เผยแพร่ผลงานออกไปสู่ประชาชน เพราะเกรงว่าจะเกิดความตื่นตระหนก (panic) ในวงกว้าง แต่จะใช้วิธีอบรมบุคลากรทางการแพทย์จากสถาบันหรือ

โรงพยาบาลอื่นๆ ที่สนใจมาขอเรียนรู้วิธีการรักษาดังกล่าวแทน โดยอาจารย์มงคลอธิบายว่า

“ทุกๆ ปีที่คลินิกนมแม่ของศิริราชจะจัดอบรมเรื่องการให้นมแม่อยู่แล้ว ซึ่งก็มีการนำผลงานของเราไปแสดงด้วย ทีมงานที่มาดูงานจากที่ต่างๆ ก็เกิดความสนใจ จึงกลับไปสร้างทีมงานและกลับมาที่ศิริราชอีกครั้ง เพื่อมาขอรับการอบรมกับหน่วยงานของเรา”

“ด้วยความที่เราไม่ได้เปิดการอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) คนที่ต้องการมาเรียนรู้จากเราต้องเตรียมทีมมา ในแต่ละทีมใช้เวลาในการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติประมาณ 2 สัปดาห์ ต้องมาฝึกประเมินก่อน จากนั้นก็ประเมินจริง ช่วยผ่าตัดจริง”

เมื่อถามว่าอะไรเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานวิจัยประสบความสำเร็จ อาจารย์มงคลบรรยายยืมนับไปหน้าก่อนจะตอบว่า มีหลายฝ่ายที่ช่วยสนับสนุนให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

“ผมอยากขอบคุณอาจารย์ปรีดามากที่ช่วยชี้แนะแนวทางให้ ขอบคุณหน่วยงาน R2R ที่คอยกระตุ้นและเป็นที่ปรึกษาที่ดีมาตลอด พวกเราเป็นคนทำงานเราก็คิดนั้นคิดนี้ได้ แต่ไม่มีทางจะทำหรอก ถ้าไม่มีใครมาคอยกระตุ้น เพราะเราโตจากความเป็นแพทย์ เราไม่ใช่นักวิจัยมืออาชีพ วันๆ อยู่แต่กับผู้ป่วย งานวิจัยมันจะเป็นคนละเรื่องเลย และที่ขาดไม่ได้คือ ทีมงานโดยเฉพาะพยาบาล”

เนื่องจากขั้นตอนการให้คะแนนค่อนข้างมีอุปสรรคพอสมควร ส่วนหนึ่งเป็นเพราะต้องใช้คนเก็บข้อมูลที่เป็นพยาบาลจำนวนมาก การฝึกอบรมต้องทำให้เป็นมาตรฐาน ให้นั่นใจได้ว่า ทุกคนสามารถให้คะแนนได้อย่างถูกต้องแม่นยำ เทียงตรง ซึ่งเป็นขั้นตอนก่อนที่จะเริ่มเก็บวิจัยจริง ๆ

“เวลาที่ใช้อบรมงานก็จะเป็นเวลาทำงาน คือพยาบาลจะมีเวลาของเขาเอง เราแค่แจ้งไปว่าเราจะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยวันไหน หัวหน้าหน่วยของเขาจะช่วยดูแลเรื่องเวลาให้ ซึ่งเขาให้ความร่วมมือกับเรามาก”

อาจารย์มงคลได้ฝากแง่คิดสำหรับคนที่คิดอยากจะลุกขึ้นมาทำงานวิจัยว่า

“การทำงานวิจัยจะสำเร็จได้ ต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง จังๆ และเป็นรูปธรรม การเรียกมาเรียนแล้วปล่อยให้ไปทำกันเอง ผมว่ากลับไปเขาคงไม่ได้ทำหรอก ถ้าไม่มีใครสนับสนุน คอยกระตุ้น คนทำงานส่วนมากก็จะมีแต่แรงกับหัวใจเท่านั้นแหละ ถ้าจะให้สำเร็จต้องมีคนคอยกระตุ้นและให้การสนับสนุน”

“พองานสำเร็จเมื่อเรามองย้อนกลับไ่มันจะมีแต่ความภาคภูมิใจ ถึงแม้ว่างานจะหนักขึ้นเหนื่อยขึ้น แต่พอเรามองไปที่จุดหมายที่จะได้รับ ทุกคนก็มีความสุข และเมื่องานอยู่ตัวมันก็ไม่เหนื่อยแล้ว เช่น จากที่เคยทำ 2 รายต่อชั่วโมง เดียวนี้เพิ่มเป็น 10 รายต่อชั่วโมง คือผลงานของพวกเรามันช่วยประหยัดเวลา เพิ่มศักยภาพให้หน่วยงาน ช่วยเปลี่ยนระบบงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น”

แม่สุข ลูกอ๊อบ...รางวัลที่เป็นค่าไม่ได้อับ

ความสำเร็จที่รับจากการทำวิจัยในครั้งนี้ นอกจากจะช่วยยกระดับการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีมาตรฐานขึ้น ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ทั้งแม่และเด็กแล้ว ยังนำมาซึ่งความภาคภูมิใจของทีมงาน โดยอาจารย์มงคลในฐานะหัวเรือใหญ่ถือโอกาสนี้พูดถึงความรู้สึกของทีมงานทุกคนว่า

“การได้เห็นเด็กกลับมาดูนมแม่ได้เป็นปกติ ได้เห็นปฏิกิริยาที่ดีจากแม่ เช่น ลูกดูนมดีขึ้นมา หายเจ็บนมแล้ว มีคุณแม่อคนหนึ่งบอกว่า ผลการรักษาดีมากเลย ตอนแรกกลัวว่าลูกจะได้รับอันตราย แต่เมื่อทำเสร็จแล้วลูกปลอดภัย และ ดูนมได้ดี การได้เห็นงานวิจัยที่เรา่วมกันทำมันสามารถนำไปใช้ได้ประโยชน์และเห็นผล ผมว่ามันชื่นใจ ”

“ทีมงานทุกคนดีใจกับผลงานที่มันสำเร็จ โดยเฉพาะคลินิกนมแม่ เพราะเขารู้สึกว่าเขามาหาเราแล้วได้รับการช่วยเหลือ และเปอร์เซ็นต์การดูนมของเด็กก็ดีขึ้นมาก ตอนนี้คลินิกนมแม่ก็กลายเป็นศูนย์ฝึกอบรมของศิริราชที่มีคนมาศึกษาดูงานจำนวนมาก เราอยากให้เด็กกินนมแม่ไปให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้”



“เราเคยติดตามผลแบบต่อเนื่องว่า เด็กที่เราเคยรักษาสามารถกลับไปดูตมได้นานเท่าไร พบว่าดูตมได้นานเกินกว่า 1 เดือนเป็นอย่างน้อย ก็คิดเป็น 70-80% เราก็นำมาบอกทีมของเราด้วยว่า สิ่งที่เราพร้อมใจกันทำมันเป็นสิ่งที่มีคุณค่าที่ได้ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ มันเป็นค่าตอบแทนที่มีค่าต่อจิตใจมาก ทุกคนภูมิใจ เพราะเราไม่เคยทำงานวิจัยมาก่อน แต่ผลที่ได้มันคุ้มค่ามาก และสมควรที่จะทำต่อไปเรื่อยๆ ทำให้เราเห็นว่าความสุขใจมันไม่สามารถวัดออกมาเป็นตัวเงินได้ ทุกคนมองไปในจุดเดียวกันว่า งานที่ทำนั้นมันสามารถช่วยยกระดับของการพัฒนางานในศิริราชหรือไม่ มันเป็นประโยชน์กับส่วนรวมมากน้อยแค่ไหน เป็นการเพิ่มศักยภาพให้กับหน่วยงานและภาพรวมของศิริราช” นายแพทย์มงคลกล่าวทิ้งท้ายได้

หลังจากหลับปุ๋ยไปหลายชั่วโมง ร่างกระเจ๋อร้อยที่นอนซุกตัวอยู่ในผ้าห่มอุ่นก็เริ่มรู้สึกตัว ไม่นานนักก็ส่งเสียงร้องให้จ้า มือน้อยพายเปะปะไปมาในอากาศราวกับต้องการบอกว่า

“แม่จ๋า...หนูหิว”

คุณแม่มือใหม่ประคองกอดลูกน้อยไว้ในอ้อมแขนด้วยความทะนุถนอม หลังจากลูกถูกเข็นออกมาจากห้องผ่าตัด เธอแทบจะอดทนรอไม่ไหวที่จะให้ลูกกินนม เมื่อเจ้าตัวน้อยส่งสัญญาณให้รู้ว่าหิว เธอไม่รอช้ารีบจัดแจงให้ลูกน้อยดูตมในท่าที่เหมาะสมและถูกต้องตามที่พยาบาลคลินิกนมแม่เคยแนะนำ

เจ้าตัวน้อยค่อยๆ ยืนลิ้นเล็ๆ ออกไปอมงับลานห้วนนม ก่อนจะใช้ลิ้นรีดน้ำนมกลับเข้าไปในปากเสียงดังจ๊ับๆ หนูน้อยจึงมองผู้เป็นแม่ตาแป๋ว

หญิงสาวมองลูกน้อยด้วยความตื่นตัน นึกขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ **นายแพทย์มงคล เลหาเพ็ญแสง**และทีมงานที่ช่วยรักษาลูกของเธอให้หายจากอาการพังผืดใต้ลิ้น และกลับมาดูตมได้ปกติเหมือนเด็กคนอื่น ๆ

เหนือสิ่งอื่นใด เธอรู้สึกภูมิใจที่ได้ป้อนนมลูกจากอกอุ่นของเธอเอง...



การรักษาภาวะไทรอยด์เป็นพิษ

big dose กับ **small dose**

วิธีไหนคุ้มกว่ากัน

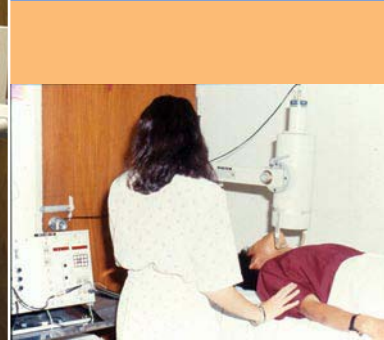
บทเรียนการวิจัย *Cost-effectiveness analysis*





ทีมดูแลผู้ป่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์-ไทรอยด์







รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกาวนา ภูสุวรรณ และทีมงาน

การรักษาภาวะไทรอยด์เป็นพิษ
big dose กับ small dose

“เป็นไทรอยด์มากี่ปีแล้วคะ...”

แพทยหญิงสวมแว่นตาค่อนข้างหนาทำทางใจดี

ซึ่งบ่งบอกว่า ผู้สวมใส่เป็นผู้ทรงความรู้กำลังรักประวัติศาสตร์หญิงสาว
พยางค์คำก็เพ่งพินิจดูก่อนพูดโปนที่บริเวณลำคอของผู้ป่วย

“เป็นมาหลายปีแล้ว ทำเรื่องขอหมอที่โน่นว่ายากมากิน
รังสีที่กรุงเทพฯ หลายครั้งแล้วแต่เขาก็ไม่ยอมส่งตัวมาสักที ก็
เลยต้องมาเอง...” ผู้ป่วยสาวตอบคำถามหมอด้วยภาษากลาง
สำเนียงทองแดงอันเป็นเอกลักษณ์ของคนใต้

หญิงคนนี้เป็นหนึ่งในผู้ป่วยไทรอยด์หลายๆ คนที่เดินทาง
มาจากต่างจังหวัดเพื่อมาขอรับการรักษาที่ศิริราช นอกจากเล่า
ถึงอาการไทรอยด์ที่กำลังคุกคามชีวิตอยู่ เธอยังเล่าถึงการ
เดินทางจากบ้านเกิดเข้ากรุงเทพฯ เป็นครั้งแรก ซึ่งค่อนข้างทุลักทุเล
พอสมควร ที่สำคัญ เมื่อนับค่าใช้จ่ายในการเดินทางสำหรับคนที่
ไม่มีรายได้ที่มั่นคงอย่างเธอแล้ว ก็เยอะเอาการทีเดียว

“ ขณะที่ฟังผู้ป่วยเล่าประวัติอยู่นั้น รองศาสตราจารย์
แพทย์หญิงภาวนา ภูสุวรรณ สาขาวิชาเวชศาสตร์นิวเคลียร์
ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลก็เกิด
คำถามผุดขึ้นมาในใจว่า มันคุ้มค่าแค่ไหนกับการที่ผู้ป่วยต้อง
เดินทางมาจากจังหวัดไกลๆ โดยต้องเสียค่าใช้จ่ายครั้งละมาก
เพื่อเข้ามาได้รับการรักษาที่กรุงเทพฯ ในแต่ละครั้ง ”

เธอครุ่นคิดพร้อมกับตั้งคำถามว่า จะมีวิธีไหนบ้างไหม
ที่สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยได้

จุดประกาย **big dose** กับ **small dose**

หลังจากตกลึกทางความคิดจนได้คำตอบแล้ว อาจารย์ภาวนา ก็ตัดสินใจอย่างแน่วแน่ที่จะทำการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุน ประสิทธิภาพ (cost-effectiveness) ของการรักษาภาวะไทรอยด์เป็นพิษ ด้วยรังสีไอโอดีนแบบ big dose regimen และ small dose regimen เพื่อหาวิธีที่ดีที่สุดที่จะสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย โดยเธอ กล่าวถึงจุดเริ่มต้นของที่มาโครงการว่า

“โดยปกติแล้วการรักษาผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษของหน่วยเวชศาสตร์ นิวเคลียร์ โรงพยาบาลศิริราช ใช้หลักเกณฑ์การให้ไอโอดีนรังสีกับผู้ป่วย เป็นแบบ small dose ซึ่งก็ใช้มาตั้งแต่เริ่มแรก แต่ถ้าเราไปดูแนวทางการรักษาของอเมริกาเขาจะใช้เป็น big dose ซึ่งทางสาขาวิชาต่อมไร้ท่อและ เมตะบอลิซึมของภาควิชาอายุรศาสตร์ก็อยากให้เรารักษาแบบ big dose แต่เนื่องจากการรักษาแบบ big dose แม้จะทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไทรอยด์ ปกติได้เร็วกว่า ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษา แต่จะทำให้ผู้ป่วยเกิด ภาวะพร่องไทรอยด์ (hypothyroid) เร็วกว่าเช่นกัน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยต้อง ได้รับไทรอยด์ฮอร์โมนทดแทนตลอดชีวิต และมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มเติมภายหลังเช่นเดียวกัน มันเป็นเรื่องยากที่จะบอกว่าความพอดีอยู่ตรงไหน”

“จึงเป็นที่มาว่าถ้าเราจะเปลี่ยนมาเป็น big dose มันจะดีไหม จะคุ้มไหมในมุมมองค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย มีผู้ป่วยคนหนึ่งเดินทางมาจาก ภาคใต้โดยไม่มีใบส่งตัวมา ซึ่งนอกจากผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาเอง ผู้ป่วยยังต้องเสียค่าเดินทาง ค่าที่พัก และยังรวมถึงเวลา ในการทำงานที่เสียรายได้ไปของผู้ดูแลที่ต้องติดตามมาด้วย ถ้าผู้ป่วยได้ รับการรักษาแบบ big dose ก็จะลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษาที่ โรงพยาบาลศิริราชลง แต่อาจต้องมีค่าใช้จ่ายในภายหลังจากการรักษา ภาวะพร่องไทรอยด์” อาจารย์ภาวนาเล่าถึงที่มาของการศึกษา เปรียบเทียบการกลืนรังสีไอโอดีนแบบ small dose และ big dose ของ ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ

ตั้งคำถามเพื่อหาคำตอบ

ตามทฤษฎีแล้วผลลัพธ์ของการรักษาแบบ big dose กับ small dose ในท้ายที่สุดแล้วผู้ป่วยก็หายเหมือนกัน แต่อาจจะแตกต่างกันในแง่ของรายละเอียดในการรักษา คือ ถ้าเป็น small dose อาจจะต้องให้รังสีหลายครั้ง ซึ่งใช้เวลานานพอสมควร กล่าวคือแทนที่จะหายเร็วแต่ไทรอยต์อาจจะคงความเป็นพิษอยู่นาน แต่มีโอกาสเกิดภาวะพร่องไทรอยด์ในอนาคตช้ากว่า ในกรณีนี้อาจารย์ภาวนาได้แสดงทัศนะว่า

“คำว่าหายในที่นี้ หมายถึง การที่จะเข้าสู่ภาวะระดับไทรอยด์ปกติ แต่สุดท้ายก็อาจจะเข้าสู่ภาวะพร่องไทรอยด์ ขึ้นอยู่กับว่าจะเป็นอย่างเมื่อไหร่เท่านั้นเอง”

Cost-effectiveness ลดค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วย

ในฐานะหมอที่ตลอดชีวิตใช้เวลาคลุกคลีอยู่กับผู้ป่วยเสียเป็นส่วนใหญ่ อาจารย์ภาวนายึดถ้อยยอมรับว่า โดยส่วนตัวแล้วไม่ถนัดเรื่องการทำงานวิจัยที่ต้องวิเคราะห์ข้อมูลออกมาเป็นตัวเลข รวมทั้งการเก็บ case ต่างๆ ที่ค่อนข้างยุ่งยาก ซึ่งถือเป็นงานที่ค่อนข้างโหดหินพอสมควรสำหรับแพทย์คลินิกอย่างเธอ

“ตอนแรกก็ยังคงคิดอยู่ว่าเราจะทำได้หรือเปล่า เพราะไม่มีความรู้ ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องนี้เลย คือยอมรับตรงนี้เลยว่า เป็นคนที่ทำวิจัยแบบอาศัยถามคนนั้นคนนี้บ้าง อ่านบ้าง ไม่ได้ไปเรียนเป็นเรื่องเป็นราว ซึ่งตอนนั้นก็สนใจทั้ง quality of life และ cost-effectiveness และตอนที่เข้า workshop ที่ R2R จัดก็มีคำแนะนำ ว่า quality of life นั้น questionnaire มันน่าจะลำบากและอาจจะไม่ตรงกับคำถามและการพัฒนาของเรา เราก็เลยคิดว่า ถ้าลองทำของใหม่ เหมือนกับว่าทำไปด้วยเรียนรู้ไปด้วย น่าจะดี และคิดว่าที่ R2R ก็คงช่วยเราได้ สุดท้ายเราก็เลยตกลงกันว่าจะทำเรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบ cost-effectiveness ของการรักษาภาวะไทรอยด์เป็นพิษด้วยไอโอดีนรังสีแบบ big dose regimen และ small dose regimen” เธอกล่าว

ทีมงานนี้มีชัยไปกว่าครึ่ง



อาจารย์ภาวนากล่าวว่า งานด้านเวชศาสตร์นิวเคลียร์นั้นเป็นงานที่ต้องอาศัยทีมงานหลากหลายอาชีพร่วมกัน จึงจะทำให้การประสานงานตลอดจนการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ราบรื่นไปด้วยดี โดยเฉพาะผู้เชี่ยวชาญด้านนี้โดยตรง

เธอเริ่มรวบรวมทีมงานจากหลายๆ ฝ่าย โดยเธอรับหน้าที่เป็นหัวหน้าโครงการดูภาพรวมของการทำงานเองทั้งหมด ซึ่งทีมงานประกอบไปด้วย ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทิน ศรีอัญญาพร สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตะบोलิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์-ศิริราชพยาบาล รวมถึงแพทย์และพยาบาลผู้เกี่ยวข้องสาขาวิชาเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ cost-effectiveness ของการรักษาภาวะไทรอยด์เป็นพิษ

“ลักษณะงานที่เราทำอยู่มันเป็นการใช้รังสี จึงต้องมีนักฟิสิกส์ที่ต้องมาดูแลเรื่องความปลอดภัย และต้องมีพยาบาล ตอนแรกที่เรารวบรวมทีมมาเข้า workshop กับโครงการ R2R ก็ไปชวนอาจารย์ทางด้านฟิสิกส์ 3 คน และพยาบาล 1 คน มาร่วมทีมกัน แต่พอลงมือปฏิบัติจริงจะมีทีมงานช่วยกันหลายคนมาก ซึ่งเราดูแล้วว่าแต่ละคนน่าจะช่วยเหลืองานเราได้ และทุกคนเต็มใจที่จะทำงานร่วมกับเราอย่างเต็มที่ ช่วยกันคิด คำถามวิจัยและช่วยกันเขียนโครงร่างงานวิจัย (proposal)” เธออธิบาย

หาวิธีคลายความกังวลใ้ญาติผู้ป่วย

อาจารย์ภาวนาเล่าต่อว่า เมื่อให้รังสีผู้ป่วยไปแล้ว ผู้ป่วยจะเปรียบเหมือนต้นกำเนิดรังสีเล็กๆ ที่เคลื่อนที่ได้ แต่เมื่อต้องกลับบ้าน ผู้ป่วยหลายๆ คนกังวลว่าถ้ากลืนรังสีแล้วกลับบ้าน จะมีอันตรายต่อคนรอบข้างไหม

“ในประเด็นนี้ทำให้อาจารย์ฟิสิกส์ในกลุ่มเดียวกัน สนใจที่จะศึกษาว่าผู้ป่วยที่กลับไปบ้านแล้ว คนที่อยู่ที่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจะได้รับรังสีมากน้อยแค่ไหน จึงคิดเครื่องวัดสำหรับให้ผู้ป่วยแขวนคอ เพื่อวัดปริมาณรังสี เอามาอ่านได้ว่าเขาได้รับสีเท่าไร คือผู้ป่วยที่มารักษากับเราต้องมีญาติมาด้วย พอผู้ป่วยกลืนรังสีเสร็จก็ให้ญาติผู้ป่วยนำเครื่องวัด

รังสีนี้แชนคอ แล้วก็กลับบ้านไป 1 เดือน หลังจากนั้นก็กลับมาอ่านดูว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้รับรังสีจากผู้ป่วยมากน้อยแค่ไหน เกิดเป็นโครงการที่ 2 คือ การศึกษาเปรียบเทียบปริมาณรังสีสะสมที่บุคคลในครอบครัวได้รับจากการรักษาผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษด้วยไอโอดีน-131 แบบ big dose และ small dose regimen”

“เพราะฉะนั้น ตอนที่ไปทำ workshop นั้น มี 2 ประเด็น คือ เก็บผู้ป่วยใน group เดียวกัน จะได้เอามาทำเป็น 2 โครงการ มันเป็นการดำเนินไปตามธรรมชาติแบบอัตโนมัติ ซึ่งลักษณะ workshop ในสัปดาห์แรกเป็นเรื่องของคำถาม สัปดาห์ที่ 2 คือการเลือกประชากร รูปแบบของการทำวิจัย พอจบ workshop แล้วโครงร่างงานวิจัย ก็ค่อนข้างที่จะเสร็จเรียบร้อยแล้ว” อาจารย์ภาวนากล่าว

ฉบับแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมงานเพื่อแก้ไขปัญหา

ระหว่างทำงานวิจัยนั้น อาจารย์ภาวนาเล่าให้ฟังว่า มีการนัดประชุมทีมกันเป็นประจำ เพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

“ส่วนใหญ่จะประชุมกันช่วงบ่ายๆ มีช่วงแรกๆ เท่านั้นที่ต้องคุยกันบ่อย แต่หลังๆ ก็ไม่ค่อยคุยกันแล้ว เน้นปฏิบัติมากกว่า อาจจะมีบ้างที่เราวางแผนไว้แล้วแต่ก็มีการเปลี่ยนแปลงก็ต้องมาคุยกันใหม่ เช่น ตอนที่เราขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน* (Ethics Committee: EC) เขาก็จะบอกว่า เวลาที่เราจะชวนผู้ป่วยเข้าโครงการ หัวหน้าโครงการควรจะเป็นคนชวน ดิฉันจึงเป็นคนชวนผู้ป่วยเข้ามาร่วมงานวิจัย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ส่งมาจากภาควิชาอายุรศาสตร์ การที่ต้องเล่าโครงการมันใช้เวลามาก ดิฉันรู้สึกท้อ ผู้ป่วยเขาอาจจะสงสัยเลย จะเข้าหรือไม่เข้าดี”

“การที่มีบุคคลที่ 3 ไปถามความสมัครใจผู้ป่วย ผู้ป่วยก็จะสบายใจ สามารถตัดสินใจได้สะดวกใจกว่า โดยที่ไม่ต้องเกรงใจแพทย์ผู้ทำการรักษา ซึ่งเป็นผู้ทำการวิจัยด้วย แต่ถ้ามีข้อสงสัยอะไรก็สามารถมาถามหัวหน้าโครงการได้ตลอดเวลา”

“จึงมาคุยกับทีมงาน และปรับเป็นการส่งผู้ป่วยมาให้อาจารย์ท่านอื่นๆ ในทีมงานที่ไม่ได้ดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรงช่วย เนื่องจากว่ามันต้อง

* Siriraj Institutional Review Based (SIRB) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มีการกรอกข้อมูลเยอะมาก โดยเฉพาะเรื่องของค่าใช้จ่าย ค่าเดินทาง เราก็มให้ทีมงานช่วยประเมินและอาจารย์ก็จะลงมาคุยกับผู้ป่วย และถามความสมัครใจ และถ้าผู้ป่วยสมัครใจแล้วก็จะเชิญลงนามในใบยินยอม เราคงจะให้คำแนะนำเรื่องการรักษา ให้การรักษา และนัดผู้ป่วย”

Proposal...การเขียนที่ท้าทายความสามารถ

นับว่าเป็นความโชคดีของทีมงานที่ขั้นตอนการเขียนโครงร่างงานวิจัยนั้นไม่ได้ยุ่งยากอย่างที่กังวลตั้งแต่แรก โดยอาจารย์ภาวนาเล่าว่า

“ถือว่าเราโชคดีมากๆ ที่มีอาจารย์ท่านอื่นๆ ทำโครงร่างงานวิจัยเป็นโครงไว้แล้ว เราแค่มาใส่รายละเอียด หรือตั้งคำถามเข้าไป ซึ่งตอนที่เขียนเสร็จร่างแรกไม่ค่อยดีเท่าไร เพราะเขียนรีบๆ มันก็เลยออกมาลวกๆ ต้องมีการมาปรับเปลี่ยนเพิ่มเติม แต่การเขียนโครงแรกไว้มันจะเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะเมื่อนำมาปรับมันจะทำให้ง่ายขึ้น ขอเพียงกล้าและลงมือเขียนเท่านั้น”

“การทำงานวิจัยชิ้นนี้ส่วนหนึ่งเราได้รับความช่วยเหลือจาก R2R มีอาจารย์หลายๆ คนช่วยกันให้ข้อเสนอแนะซึ่งเป็นเรื่องที่ดีมาก เพราะว่าตอนเราเขียนเสร็จ เราก็จะมองเฉพาะในมุมมองของเรา เราก็แค่คิดว่าเรื่องนี้เป็นปัญหาที่น่าจะนำมาทำวิจัย แต่พออาจารย์ท่านอื่นๆ ที่มองจากข้างนอก เข้ามาก็จะแนะแนวทางว่า เรื่องนี้มีความสำคัญมากน้อยแค่ไหน มันถึงน่าสนใจในการนำมาทำวิจัย ก็ได้เรียนรู้จากสิ่งที่คนอื่น ๆ แนะนำมาว่า บางเรื่องที่เรามองข้ามไป ความจริงมันเป็นเรื่องที่สำคัญเหมือนกันนะ”

“นอกจากนี้ ยังต้องไปค้นคว้าข้อมูลในหนังสือและวารสารวิชาการค่อนข้างเยอะ แต่ติดปัญหาตรงที่ไม่ค่อยมีเวลา เพราะงานประจำแย่งเวลาไปเกือบหมด ก็เลยเจอปัญหาว่า ทำค้างไว้แล้วไปทำงานอย่างอื่นปล่อยเอาไว้ 4-5 วัน พอจะกลับมาทำอีกครั้ง มันก็ไม่ต่อเนื่องแล้ว ทำต่อไม่ได้ หรือต้องใช้เวลาในการมานั่งเชื่อมต่อในสิ่งที่เราทำค้างไว้นานมาก หลายครั้งต้องมาเริ่มต้นใหม่ ถ้ามีเวลาในการทำแบบต่อเนื่อง มันก็จะเป็นเรื่องที่ดีมาก”

“ส่วนปัญหาเรื่องการขอรับการรับรองจาก EC ไม่มีนะค่ะ เพราะปกติผู้ป่วยก็ต้องกลืนรังสีอยู่แล้ว ถ้าจะพูดในแง่ของความอันตรายของ

รังสีนั้น โดยการให้รังสีของเรา จะใช้หลักการให้รังสีให้น้อยที่สุด ดังนั้น มันก็ไม่ค่อยมีปัญหา ที่สำคัญคือเราต้องเก็บรักษาความลับของผู้ป่วย ทาง EC จะเน้นตลอดว่าไม่ควรเปิดเผยชื่อผู้ป่วย เพราะมันเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน เกี่ยวกับความลับของผู้ป่วยทั่วโลก”

“รวมระยะเวลาในการคิดและเขียนโครงร่างงานวิจัยจนกระทั่งได้รับอนุมัติ เป็นเวลาประมาณ 4 เดือน หลังจากส่งครั้งแรกก็จะมีการ comment กลับไปกลับมาประมาณ 3 ครั้งก็ผ่าน ส่วนในเรื่องของการขอ EC ใช้เวลาประมาณ 1 เดือน” อาจารย์ภาวนากล่าว

เข้าสู่รายละเอียดของการทำวิจัย

อาจารย์ภาวนาเลือกระเบียบวิธีวิจัยแบบ randomize control trial คือ จะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มอย่างสุ่ม กลุ่มหนึ่งจะได้รับรังสีแบบ big dose อีกกลุ่มหนึ่งจะได้รับรังสีแบบ small dose โดยอาจารย์ภาวนาอธิบายว่า

“ตอนนั้นที่ทีมงานยังทำการสุ่มแบ่งผู้ป่วย (randomize allocation) ไม่เป็น เพราะโดยส่วนตัวไม่ค่อยรู้เรื่องการสุ่มต้องไปปรึกษา **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดอกเตอร์จุฬาลักษณ์ โกมลตรี** สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ซึ่งเป็นนักสถิติ ท่านก็ทำรายการสุ่ม (random list) มาให้ และยังช่วยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างว่า จำนวนผู้ป่วยควรจะเป็นเท่าไร พอตกลงว่าเราจะทำเราก็ไปหาอาจารย์อีกที่ อาจารย์ก็ช่วยส่ง randomization list มาให้ เป็น A กับ B คือ big dose กับ small dose”

“คำนวณผู้ป่วยได้ 64 คนต่อกลุ่ม รวมเป็น 128 คน แต่กลัวว่า ข้อมูลมันสูญหายหรือตกหล่นก็คิดขดเชยตรงส่วนนี้ว่าจะเก็บเพิ่มขึ้น เล็กน้อยเป็นสัก 150 คน คือ กลุ่มละ 75 คน จากนั้นก็เอาเข้ารายการสุ่ม (randomization list) ซึ่งจะระบุวิธีการรักษาแบบ A หรือ B เรียงตาม ลำดับตั้งแต่ 1-50 บรรจุมานะในซองปิดผนึกอย่างดี ทำให้ผู้วิจัยไม่ทราบ ว่าผู้ป่วยรายต่อไปจะได้รับการรักษาแบบใด และผู้ป่วยก็ไม่ว่าจะเข้า กลุ่ม big dose หรือ small dose และจะมีแฟ้มเก็บข้อมูล ใบที่เก็บ ประวัติ ใบที่จะต้องแนะนำ ใบยินยอม ใบเก็บเรื่องค่าใช้จ่าย เพราะฉะนั้น ผู้ป่วยหนึ่งคนก็จะมีแฟ้มเก็บข้อมูลของแต่ละคน”

“ช่วงทำงานวิจัยต้องขอบคุณาอาจารย์สุทิน ที่ท่านช่วยเหลือเราเป็น อย่างดี ตอนที่เราคิดว่าจะเริ่มทำงานวิจัยนี้ เราไปบอกอาจารย์ ท่านก็

ยินดีที่จะช่วยเหลือ อาจารย์ก็แนะนำให้เอาโครงร่างงานวิจัยไปเสนอที่สาขาวิชาต่อมไร้ท่อ เราก็นำไปเสนอในที่ประชุม ก็ไปหาข้อสรุปร่วมกัน สุดท้ายคนที่จริงใจๆ คือ**อาจารย์สุทินและอาจารย์ แพทย์หญิงระวีวรรณ เลิศวัฒนารักษ์** สาขาวิชาต่อมไร้ท่อจะมี OPD ในบ่ายวันจันทร์ เพราะฉะนั้น บ่ายวันจันทร์อาจารย์จะส่งผู้ป่วยมาให้เรา ซึ่งจะได้ผู้ป่วยค่อนข้างเยอะ ตอนนั้นคาดไว้ว่าจะทำสักประมาณปีละ 75 ราย แต่พอทำจริงๆ มันเร็วมาก เพราะว่าภาควิชาอายุรศาสตร์ช่วยเรา ซึ่งต้องขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ด้วย เพราะถ้าเขาไม่ส่งผู้ป่วยให้เรา เราก็ไม่รู้จะไปหาผู้ป่วยมาจากที่ไหนเพื่อมาทำงานวิจัยชิ้นนี้”

วิธีการคัดเลือกผู้ป่วยอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย

สำหรับการคัดเลือก case ในการทำวิจัย อาจารย์ภาวนากล่าวว่า ส่วนใหญ่จะคัดเลือกผู้ป่วยที่เป็นไทรอยด์เป็นพิษ ไม่เคยผ่าตัด ไม่เคยได้รังสีมาก่อน ที่สำคัญต้องตกลงยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการ อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยบางกลุ่มที่ถูกคัดออกด้วย

“เกณฑ์ในการคัดออกก็คือ ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี หญิงตั้งครรภ์ หรือหญิงที่ให้นมบุตร เพราะว่าไอโอดีนมันผ่านรก ผ่านน้ำนม หรือผู้ป่วยที่มีผลแทรกซ้อนรุนแรงจากยาต้านฤทธิ์ไทรอยด์ เนื่องจากอาจจะมีเม็ดเลือดขาวต่ำ ตับอักเสบ ตัวเหลือง ซึ่งการที่เราคัดออก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เราจะให้เป็น big dose เป็นปกติอยู่แล้ว ซึ่งไม่น่าจะเข้าโครงการวิจัย หรือผู้ป่วยที่มีผลแทรกซ้อนอยู่จากไทรอยด์เป็นพิษคือหัวใจล้มเหลว ก็จะเป็น big dose อยู่แล้ว กลุ่มนี้จะเป็นผู้ป่วยที่เราไม่รับเข้ามาทำการวิจัย”

“การคัดเลือกผู้ป่วยของเราอีกประการหนึ่งคือ เนื่องจากผู้ป่วยที่กินยาต้านฤทธิ์ไทรอยด์ บางครั้งไทรอยด์ก็ถูกกด อาจจะมีรังสีได้ไม่ติดังนั้น ก่อนที่เราจะรักษา เราต้องให้รังสีปริมาณน้อยๆ ไปตรวจก่อนว่าไทรอยด์จับรังสีได้เยอะ ถ้าจับรังสีได้ไม่เยอะ เราจะไม่เชิญเข้าร่วม หลังจากนั้นเราก็รักษาไปตามรายการสุมที่ผู้ป่วยได้รับ” เธอกล่าว

การติดตามผลการรักษา

ปกติทางทีมงานวิจัยของอาจารย์ภาวนาจะนัดผู้ป่วยหลังจากให้รังสีไปแล้ว 1 เดือน โดยเธออธิบายว่า

“เมื่อกลืนรังสีเข้าไปแล้ว รังสีมันจะทำลายต่อมไทรอยด์ อาจจะมีภาวะที่ผู้ป่วยมีไทรอยด์ฮอร์โมนสูงขึ้นมา เราจึงนัดผู้ป่วย 1 เดือนหลังจากที่เรารักษาเพื่อดูว่ามีภาวะแทรกซ้อนอะไรหรือไม่ แต่ถ้าเขามีปัญหา ก็สามารถมาได้เลย ไม่ต้องรอให้ครบ 1 เดือนก็ได้ หลังจากนั้นก็นัดอีก 3 เดือน และ 6 เดือน มาเจาะเลือด เพื่อวัดระดับไทรอยด์ฮอร์โมนอีกครั้ง”

“ถ้าไม่หายเราก็จะแนะนำกับผู้ป่วยว่าเราจะให้เขากลืนรังสีอีกรอบหนึ่ง ถ้าให้ครั้งแรกเป็น big dose ครั้งที่สองไม่จำเป็นต้องเป็น big dose แล้วแต่พิจารณาของแพทย์ผู้ดูแลแล้วควรให้เป็น big dose หรือ small dose ถ้าผู้ป่วยปกติเราก็จะนัดเขามาตรวจเลือดอีกที เพราะว่าบางครั้งเราเคยเจอว่ามันกลับมา hyper ใหม่ หรือแม้แต่มัน hypo มันก็กลับมา hyper ได้อีก แต่โดยปกติเราจะบอกผู้ป่วยอยู่แล้วว่า การที่เราให้รังสีเขาไป ถ้ามันหายแล้ว อย่างน้อยเขาต้องกลับมาหาเราปีละครั้ง เพราะโอกาสของการทำงานของไทรอยด์น้อยลง มันจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในเวลาที่ผ่านมาไป ประมาณ 6-10% ต่อปี”

และในการติดตามผลการรักษาทางโทรศัพท์ อาจารย์ภาวนาเป็นคนโทรตามผลเอง

“ในการติดตามผลเราจะให้เบอร์โทรศัพท์กับผู้ป่วยที่สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการติดตามจนครบ 1 ปี เนื่องจากการวิเคราะห์ผลลัพธ์หรือคำตอบที่ต้องการคือ อัตราการหายหรืออัตราภาวะไทรอยด์ปกติว่าทั้ง 2 กลุ่มนี้ ระหว่าง big dose และ small dose วิธีไหนผลการรักษาจะดีกว่ากันจะวัดที่ 1 ปี และค่าใช้จ่ายต่างๆ ก็จะคิดตั้งแต่เริ่มการรักษาจนถึง 1 ปีเช่นกัน” เธอเล่าให้ฟัง

มุมมองของการเก็บค่าใช้จ่ายของการทำวิจัย

โดยทั่วไปแล้วมุมมองของค่าใช้จ่ายมี 3 มุมมอง คือ หนึ่งมุมมองของโรงพยาบาลจะคิดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่างๆ เช่น ค่าแพทย์

ค่ายา ค่าเครื่องมือ เป็นต้น สองมุมมองของผู้ป่วย จะเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้ป่วยและญาติต้องเสีย เช่น ค่าใช้จ่ายในเรื่องของการเดินทาง การกินอยู่ ถ้าเป็นมุมมองของโรงพยาบาลจะไม่สนใจค่าใช้จ่ายตรงนี้ สามมุมมองของสังคมก็จะคิดค่าใช้จ่ายรวมหมดเลย ตั้งแต่โรงพยาบาล และญาติ

“ในงานวิจัยของเรา จะศึกษาในมุมมองของสังคม ซึ่งในทางปฏิบัติการคิดค่าใช้จ่ายไม่ใช่เรื่องง่าย เราก็มาหนึ่งคิดว่าเราจะคิดค่าใช้จ่ายในกิจกรรมใดบ้าง และจะคิดค่าใช้จ่ายอย่างไร”

“วิธีการคิดค่าใช้จ่ายมันก็มีหลายแบบ วิธีที่นิยมคือ แบ่งเป็นต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ direct medical health care cost ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ direct non-medical health care cost และต้นทุนทางอ้อม indirect cost ในส่วนต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ หลักๆ เราก็จะคิดค่ารักษาพยาบาล ค่ารังสี ค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งตรงนี้อาจเรื่องก็จะลำบากนิดหนึ่ง เพราะมันเป็นเรื่องของสิทธิการรักษาที่แม้ผู้ป่วยไม่ได้จ่ายค่ายาเอง แต่เราต้องคิด เพราะเป็นมุมมองของสังคม เพราะรัฐเป็นผู้จ่าย ดังนั้น จึงต้องคำนวณจำนวนยาที่ผู้ป่วยกินว่ากี่เม็ด ต้องไปขอราคาห้องยาบอกว่า ราคาเม็ดละเท่าไร เพราะผู้ป่วยบางคนกินยาแค่วันละเม็ด บางคนกินยา 2 เม็ด ก็ต้องมาคูณจำนวนแล้วก็คูณกับราคายาเข้าไปอีก มันก็เสียเวลาค่อนข้างเยอะ นอกจากที่กล่าวมาแล้ว จะต้องคิดค่าใช้จ่ายจากผลข้างเคียงจากยาที่ให้ ซึ่งผู้ป่วยอาจต้องไปหาหมอที่คลินิกด้วย ซึ่งก็จะลำบากนิดหนึ่ง โดยเฉพาะในกรณี 30 บาท รักษาทุกโรค ซึ่งประเมินยาก”

“ในแง่ของการศึกษาต้นทุนผลิตผลเราจะยึดหลักข้อหนึ่งว่า ไม่มีอะไรฟรี ถึงแม้ว่าสิ่งเหล่านั้นจะบริจาคฟรี แต่เราก็ต้องคิดมูลค่าออกมาให้ได้ เราเรียกว่า ค่าสูญเสียโอกาส ถึงแม้มีคนคนหนึ่งบริจาคค่ายาให้เรา เพราะว่าในความเป็นจริง แทนที่เขาจะเอามาบริจาคให้เรา เขาอาจจะเอาไปบริจาคให้โรงเรียนก็ได้ มันก็ไปสร้างคุณค่าที่นั่น เพราะฉะนั้นไม่มีอะไรฟรี ต้องคิดมูลค่าออกมาให้ได้”

“ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ก็คือ ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยและญาติต้องจ่ายไม่เกี่ยวกับการแพทย์ เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เป็นต้น เวลาเก็บจริงๆ ก็พบปัญหา เช่น ค่าเดินทาง บางคนเดินทางโดยเครื่องบินมาจากภาคใต้ เราจะคิดอย่างไร

เพราะจะทำให้ค่าใช้จ่ายแตกต่างกันมากกับคนที่เดินทางภายในกรุงเทพ”

“เราจึงคิดค่าใช้จ่ายของสองกลุ่มเฉลี่ยคือ ของกลุ่มที่กิน small dose หรือ big dose เพราะมันไม่มีเหตุผลว่า เมื่อคุณกิน small dose คุณต้องเสียค่าเดินทางมากกว่า big dose มันอยู่ที่ว่าการมาโรงพยาบาลถี่แค่ไหน น่าจะเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของค่าใช้จ่ายมากกว่า”

“ส่วนต้นทุนทางอ้อมนั้นจะหมายถึง ผลผลิตภาพ (productivity) ที่สูญเสียไปอันเนื่องมาจากการป่วยหรือเสียชีวิต เช่น การสูญเสียรายได้จากการขาดคนระหว่างเจ็บป่วย ซึ่งในการวิจัยนี้ไม่รวมต้นทุนดังกล่าว”

“สรุปคือ เราเก็บค่าใช้จ่ายในมุมมองของสังคม ทั้ง 2 กลุ่มซึ่งครอบคลุมทั้งต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (direct medical health care cost) และต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ (non-direct medical health care cost) จนถึง 1 ปี” อาจารย์ภาวนาอธิบาย

ปัญหา:ระหว่างการทำวิจัย

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มาที่หน่วยนิวเคลียร์ ก็อาจจะไปที่อายุรศาสตร์ ซึ่งก็ยังมีบันทึกการรักษาที่ทีมงานสามารถติดตามผลได้ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิที่โรงพยาบาลอื่น อาจจะไม่ได้รับการรักษาจนจบโครงการ อาจารย์ภาวนาอธิบายถึงปัญหานี้ให้ฟังว่า

“เมื่อรับผู้ป่วยกลับไปแล้ว เป็นไปได้สูงที่โรงพยาบาลอื่นจะไม่ส่งผู้ป่วยกลับมาให้เราอีก เขาเอากลับไปดูแลเอง เคยใช้โทรศัพท์ตามแต่ตามผลไม่ได้ เพราะเบอร์ที่ผู้ป่วยให้ไว้ติดต่อไม่ได้ ไม่อยู่ในระบบ เราก็ค้นจาก OPD card บ้าง หรือลองโทรเบอร์ญาติบ้าง แต่ก็จะมีบางคนที่ต้องทำใจว่าเราจะต้อง lost จริงๆ เช่น มีพระอยู่รูปหนึ่ง ท่านมากลืนไอโอดีนรังสีแล้ว แต่ตอนหลังท่านได้สิทธิที่โรงพยาบาลราชวิถีทำให้ติดตามไม่ได้”

“นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยบางคนที่ยาไป เราโทรไปถาม เขาก็บอกว่าอาการดีแล้ว ตอนนี้อยู่คนเดียวไปแล้ว เราก็จัดรายละเอียดไว้ หรือบางคนก็บอกว่า นึกว่าไม่ต้องกลืนแล้ว บางคนก็บอกว่าภรรยา กำลังท้อง ไม่อยากกลืนรังสีตอนนี้ แต่ก็ยังสนใจอยู่ เตี้ยรอให้ลูกคลอดก่อน แล้วจะกลับมากลืน การที่เราโทรไปคุยกับผู้ป่วยมีข้อดี ที่ทำให้เรารู้ว่ามันมีปัญหาอะไรบ้าง” เธอกล่าว

“ดิฉันได้รับคำแนะนำว่า ยังไงก็เก็บข้อมูลของท่านไว้ก่อน เพื่อทำ *intention to treat analysis** ในช่วงการวิเคราะห์ข้อมูล ถึงสุดท้ายแม้ว่าผู้ป่วยจะหายไป แต่ในทางระเบียบวิธีวิจัย เราก็ต้องติดตามให้ได้ว่า ภายใน 1 ปี ผู้ป่วยยังมีภาวะ *hyperthyroid* อยู่หรือไม่ ก็ต้องพยายามไปหาให้ได้ เช่น สมมติว่าผู้ป่วยพระภิกษุรูปนั้นไม่มาติดตามผลการรักษาตามที่นัด เราก็ต้องพยายาม *record* อาการให้ได้ ซึ่งถ้าเราติดต่อกับที่โรงพยาบาลราชวิถีได้ ก็อาจจะเอาผลตรงนั้นมารวมอยู่ในการศึกษาของเรา แม้ว่าเขาจะไม่มาติดต่อกับเราก็ดำเนินการตาม แต่ถ้าหาไม่ได้จริงๆ เราก็ต้องปล่อยไป และกลับมาวิเคราะห์ว่ามีผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามและไม่ทราบผลการรักษาไปเท่าไร แล้วก็มาคำนวณความแตกต่างของผลการรักษาของ 2 วิธี แบบ *Per-Protocol analysis* **”

“ซึ่งอาจารย์ของ R2R อธิบายว่า *intention to treat analysis* จะมีความน่าเชื่อถือกว่า เพราะถ้าเราตัดผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดกับเราออกเหลือแค่คนที่มาตามนัดนำมาวิเคราะห์ อาจเกิดอคติได้ เพราะคนที่ไม่มาตามนัดมักเป็นคนที่รักษาแล้วไม่ได้ผล หรือเกิดผลข้างเคียง ถ้าเอาเฉพาะคนที่เหลือมาวิเคราะห์ ผลลัพธ์ที่ได้อาจดีเกินจริงก็ได้ แต่ในทางที่ดีพยายามให้เกิดการ *lost follow up* ให้น้อยที่สุด”

เคล็ดลับการเก็บข้อมูลให้ถูกต้องแม่นยำ

ในระหว่างการเก็บข้อมูล จำนวนผู้ป่วยที่ค่อนข้างเยอะ ทำให้ขั้นตอนในการทำงานค่อนข้างยุ่งยากพอสมควร ซึ่งหลายต่อหลายครั้งที่การทำงานไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้

“ตอนวางแผนเราค่อนข้างมั่นใจว่าจะสามารถตามผลผู้ป่วยได้ตรงเวลานัด เราก็วางแผนไว้เลยว่าติดตามที่ 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน แต่พอทำงานจริงมันไม่เป็นไปตามแผน บางที่เราคิดว่าข้อมูล

* *intention to treat analysis* : คือการวิเคราะห์ผลการวิจัยในกลุ่มประชากรทั้งหมดที่อยู่ในการศึกษา โดยไม่คำนึงว่าประชากรส่วนหนึ่งอาจไม่รับปัจจัยที่กำหนดให้อย่างสมบูรณ์

** *Per-Protocol analysis* : คือการวิเคราะห์ผลการวิจัยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่ได้รับปัจจัยที่กำหนดให้อย่างสมบูรณ์เท่านั้น

ต้องมีเท่านี้ แต่ในรายละเอียดมันมีมากกว่านั้น ซึ่งบางครั้งไม่สามารถบันทึกรายละเอียดได้หมด”

“ถ้าเราตามข้อมูลผู้ป่วยนอก (OPD card) ไม่ได้ เราเลยไม่รู้ว่ามีผู้ป่วยของเรากลับไปเท่าไร เราก็ทำแฟ้มของเราเอง ถ้าไม่มีก็ไปหา OPD card ถ้าไม่มีอีกก็มาเพิ่มเติมอีกทีหนึ่งเพื่อให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งดิฉันจะเขียนเอง ทำเองทุกขั้นตอน เพราะจะได้เข้าใจในข้อมูลที่ตัวเองบันทึก”

“ตอนแรกก็ค่อนข้างมีปัญหาบ้าง บางทีก็ลืมนัดผู้ป่วย แต่ตอนหลังเมื่อประชุมกันบ่อยๆ ก็โอเคขึ้น เช่น อาจารย์บางท่านตรวจผู้ป่วยเสร็จแล้วบอกผู้ป่วยว่า อาการดีแล้ว ไม่ต้องมาแล้ว แต่มันยังไม่ครบปี เราก็ต้องโทรศัพท์ไปตามผู้ป่วย”

“ก่อนที่จะเก็บข้อมูลมีการประชุมชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้อง และอธิบายในการลงข้อมูลว่าต้องลงอะไรยังไงบ้างอย่างละเอียดตาม CRF (case record form) ดังนั้น CRF จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เพราะช่วยให้เราเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน ถูกต้อง และแม่นยำ แต่ในระหว่างการวิจัยก็จะมีเรื่องไม่คาดฝันเกิดขึ้น ซึ่งถ้ามีการติดตามเป็นระยะๆ ก็ทำให้เก็บข้อมูลได้ครบถ้วน” เธออธิบาย

ความสุขถูกดึงมาแทนที่ความท้อแท้

อาจารย์ภาวนากล่าวว่าระหว่างการทำงานไม่ค่อยมีปัญหา ซึ่งทั้งนี้ต้องยกความดีความชอบให้กับทีมงานทุกคน

“ต้องขอบคุณทีมงานของเรา เช่น อาจารย์ฟิสิกส์ ที่กระตือรือร้นที่จะลงมาช่วยเรา แม้ว่าผู้ป่วยจะทยอยมาทีละคน ไม่ได้มาพร้อมกันทีละ 5 คน แต่อาจารย์ก็เต็มใจมากที่จะช่วยเรา และก็มี staff กับพยาบาลที่กระตือรือร้นที่จะช่วยเราดี ทำให้เราได้เรียนรู้ว่า การทำงานเป็นการร่วมมือกัน เมื่อคนอื่นเขาร่วมมือกับเราดี ทำให้เราทำงานได้เรื่อยๆ เราก็ขอบคุณทุกๆ ฝ่ายที่ช่วยเหลือกัน”

“อาจจะมีส่วนที่อาจจะมึนงงบ้างเล็กๆ น้อยๆ แต่เราก็เข้าใจว่า ในชีวิตจริงของการทำงานก็เป็นอย่างนี้แหละ ตอนนั้นก็เก็บ case ได้ 150 คนแล้ว และกำลังอยู่ในช่วงที่จะติดตามผลให้ครบ 1 ปี ก็มีกลุ่มที่ครบ

ไปแล้ว แต่ยังเก็บไปเรื่อยๆ อยู่ บางคนก็ยังไม่หาย ก็ยังต้องกลืนรังสีอยู่”

“ตั้งแต่ทำงานขึ้นนี้มา ยังไม่มีความรู้สึกท้อเลยนะ รู้สึกว่ามันสนุก อยากทำ เราได้รู้ในสิ่งที่เรายังไม่รู้ ที่สำคัญเป็นเพราะว่าเรามีทีมงานที่ดี เวลามีปัญหาอะไรระหว่างทำงาน ทุกคนจะช่วยกันแก้ปัญหาทันที ไม่เคยถูกปฏิเสธเลยสักครั้ง มันเหมือนว่าเรามีเพื่อนและเดินไปด้วยกัน เพราะเรามีแนวคิดที่ไปในทิศทางเดียวกัน”

“อาจารย์ในทีมท่านเป็นผู้ใหญ่ เวลามีปัญหาอะไรท่านจะคอยช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ จนถึงตอนนี้ท่านก็ยังเต็มใจช่วยเหลืออยู่อีกอย่าง มันเป็นงานวิจัยที่ไม่ยาก เลยไม่ทำให้ท้อ ทุกคนต่างทำหน้าที่ของตัวเองด้วยความเต็มใจ แต่ถ้าทำคนเดียวมันก็ไม่แน่นอน อาจท้อจนถอดใจไปเลยก็ได้” อาจารย์ภาวนากล่าวด้วยรอยยิ้ม

R2R คือพี่เลี้ยงที่คอยอยู่เคียงข้างกัน

“ตัวเองมองว่าตอนนี้โชคดีกว่าสมัยก่อน ตอนนี้มีหน่วยงาน R2R มาช่วยเหลือ มาช่วยกระตุ้น เขียน โครงร่างงานวิจัยไปแล้วก็ยังมีคนมาช่วยอ่าน มาช่วยแก้ไขให้เรา ซึ่งเรื่องแก้มันเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหญ่ ต้องใช้เวลาค่อนข้างเยอะ อย่างน้อยมีคนมาช่วยเกลา มันก็ช่วยทำให้งานของเรามันเข้ารูปเข้ารอยขึ้น ทำให้เราทำงานง่ายขึ้นด้วย ทำให้งานของเราเป็นที่ยอมรับเพิ่มมากขึ้นด้วย ผิดกับสมัยก่อนเราต้องช่วยเหลือตัวเอง อยากรู้เรื่องอะไรต้องเปิดตำรา” เธอเล่าถึงความแตกต่างของการค้นคว้าข้อมูลในอดีตและปัจจุบัน

อาจารย์ภาวนากล่าวว่า การที่การทำงานวิจัยขึ้นนี้เป็นรูปเป็นร่างขึ้นมาได้นั้น เพราะส่วนหนึ่งได้รับการกระตุ้นจากกัลยาณมิตรจาก R2R ที่ช่วยเติมเต็มคำตอบที่เหมาะสมให้ R2R จึงเปรียบเหมือนพี่เลี้ยงมาคอยชี้แนะแนวทางให้

“ยอมรับตามตรงว่า ตอนนั้นก็คิดแค่ว่าถ้าเราเปลี่ยนขนาดการให้รังสีกับผู้ป่วยมันจะเป็นยังไง คือคิดนานมาก แต่ยังไม่ได้เริ่มสักที จนกระทั่งรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอรสา ขวาลภาฤทธิ์ Cluster Facilitator (CF) จากหน่วยงาน R2R แนะนำว่าถ้าสนใจที่จะทำวิจัยก็ให้ลองสมัครมาที่หน่วยงาน R2R ได้เลย”



“R2R สอนให้เราเดินอย่างถูกวิธี และคอยแวะมาดูเราตลอด ถ้าทำไปแล้วมีปัญหาอะไรหรือเปล่า เขาก็จะหมั่นคอยมาเยี่ยมเรื่อย ๆ มาคอยให้คำแนะนำ ถ้ามีปัญหาอะไรก็สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้ตลอดเวลา”

“ตอนแรกที่มีแนวคิดว่าจะทำ เรากังวลว่าการทำงานชิ้นนี้มันจะเดินไปทิศทางไหน แต่หลังจากที่ได้ลงมือทำจริง ๆ มันรู้สึกอุ่นใจที่มีคนคอยให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี ทำให้เราทำงานได้อย่างสะดวก และอุ่นใจเวลาที่เรามีปัญหาอะไรก็ตาม เรามีทางออกเสมอ” อาจารย์ภาวนายกความดีความชอบส่วนหนึ่งให้กับหน่วยงาน R2R

บทเรียนและแง่คิดดีๆ จากการทำงานวิจัย

อาจารย์ภาวนากล่าวว่า ตอนนี้รวบรวม case ครบตามที่ตั้งเป้าหมายไว้แล้ว ซึ่งขั้นตอนต่อไปก็คือการวิเคราะห์ข้อมูลและหาคำตอบที่เหมาะสมว่า การให้รังสีแบบ small dose หรือ big dose วิธีไหนจะเหมาะสมสำหรับช่วยลดค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วย แต่ระหว่างนี้เธอกล่าวว่าทีมงานล้วนได้รับแง่คิดดีๆ จากการได้ทำงานร่วมกัน

“พูดตรงๆ ว่าเราไม่เคยลงไปวิเคราะห์จริงๆ เพราะเวลาวิเคราะห์มันจะเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective) ก็คือไปเปิดแฟ้มแล้วดูเอาว่าผู้ป่วยกลืนไปเท่านี้จะหายไหม แต่เราไม่รู้หรือกว่าระหว่างการทำงานจะเจออะไรบ้าง ซึ่งทุกอย่างที่เราได้เจอก็ถือว่าเป็นบทเรียนที่ดี”

“หลังจากเก็บข้อมูลครบแล้ว ท้ายที่สุดการวิเคราะห์เป็นอย่างไร เปรียบเทียบว่าทั้งสองกลุ่มว่ากลุ่มใดจะมีอัตราการหาย และค่าใช้จ่ายในแต่ละกลุ่มที่ทำให้เกิดอัตราการหายนั้น มีความแตกต่างกันอย่างไร”

“การคำนวณหา cost-effectiveness อัตราการหายหารด้วยอัตราค่าใช้จ่าย หรือความแตกต่างของค่าใช้จ่าย ถ้าจะต้องมีการหายขึ้นอีก 1 คน จะต้องใช้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอีกเท่าไร ซึ่งนี่คือเป็นเป้าหมายของการทำงานวิจัยชิ้นนี้”

นอกจากนี้ อาจารย์ภาวนายังได้ฝากแง่คิดสำหรับคนที่สนใจอยากลุกขึ้นมาทำงานวิจัยว่า ถ้าอยากทำ ให้ลงมือทำได้เลย และสนุกไปกับงานที่ทำให้เต็มที่

“สำหรับคนที่อยากทำงานวิจัย ถ้าอยากทำ ก็ทำเลยละ ไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องที่ยิ่งใหญ่ อาจจะเป็นปัญหาประจำวันที่เราเจอบ่อยๆ ถ้าทำแล้วสำเร็จ จะเกิดความภูมิใจ อย่าไปเครียดกับมัน ถ้าเราตั้งใจ ยังไงมันก็ทำได้ และการที่มีคนมาคอยสนับสนุน เป็นพี่เลี้ยง เป็นเพื่อน คอยชี้แนะแนวทางให้ ทำให้เราสามารถเดินไปในระหว่างทางได้ง่ายขึ้น สะดวกขึ้น”

เมื่อถามว่าคาดหวังกับผลงานวิจัยนี้มากน้อยแค่ไหน อาจารย์ภาวนาตอบว่า

“ไม่ได้คาดหวังว่างานวิจัยชิ้นนี้จะต้องได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ไปตามสื่อต่างๆ แต่หวังแค่ว่างานของเราน่าจะมีประโยชน์กับหน่วยงานสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ถ้าโรงพยาบาลอื่นที่อยากนำงานวิจัยของเราไปทำตามเราก็ยินดี ถ้าสำเร็จเราก็จะนำเสนอในสมาคม ทุกที่ก็จะสามารถใช้ได้อยู่แล้ว เพราะไม่ยาก เพียงแต่ว่าตอนนี้ทุกคนก็ยังไม่กระจ่าง มันยังคลุมเครืออยู่ว่า ตกลง small dose หรือ big dose ที่จะสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์มากกว่า แต่ท้ายที่สุดแล้วทั้ง 2 กลุ่มก็หายเหมือนกัน ไม่ใช่ว่า หายกับตาย หรือพิการ แต่วิธีนี้จะทำให้รู้ว่าผู้ป่วยจะหายแบบไหนที่จะช่วยให้ช่วยลดค่าใช้จ่าย” อาจารย์ภาวนากล่าวสรุป

แม้ว่าวันนี้ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดว่าการให้ไอโอดีนรังสีแบบ big dose หรือ small dose วิธีไหนจะสามารถลดค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยได้ดีกว่ากัน แต่เชื่อแน่ว่าเมื่องานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงแล้ว จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จริง และที่สำคัญจะสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้ตามความตั้งใจของทีมผู้วิจัย

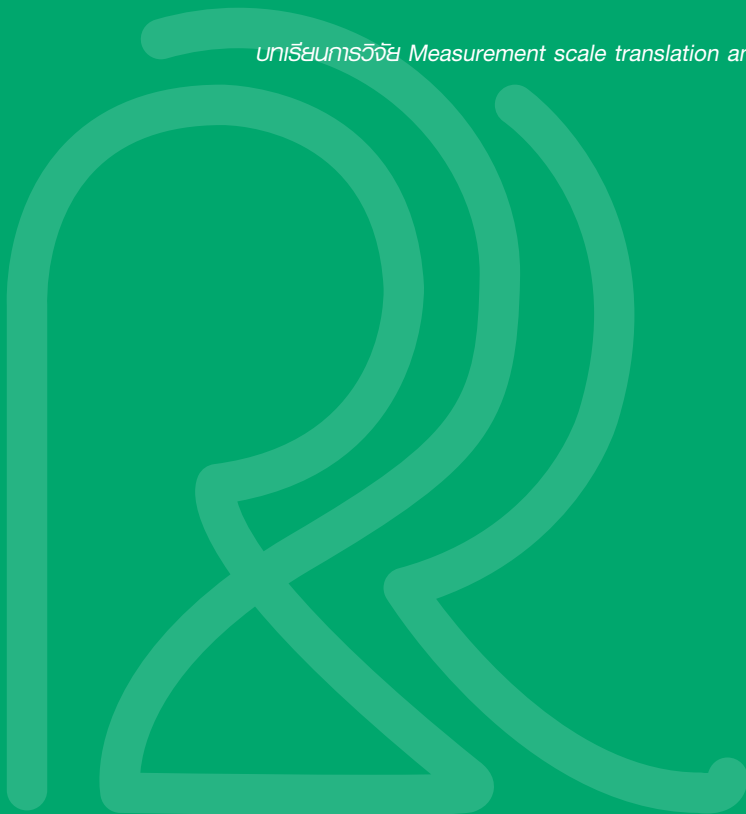
เมื่อถึงเวลานั้น ผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดไกลๆ คงไม่ต้องลำบากเดินทางเข้ามารักษาที่กรุงเทพฯ บ่อยๆ ซึ่งเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่ารักษาพยาบาลได้ในระยะยาว

รวมทั้งผู้ป่วยสาวชาวใต้คนที่เธอเคยนั่งซักประวัติในครั้งวันวาน คนนั้นด้วย...

Siriraj Acute Stroke Team กับ
งานวิจัยการประเมินความรุนแรงของ
โรคหลอดเลือดสมอง

(National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS)
ภาคภาษาไทย

บทเรียนการวิจัย Measurement scale translation and revalidation





កម្មវិធី Siriraj Acute Stroke





นายแพทย์ยงชัย บิละนนท์
และทีมงาน Siriraj Acute Stroke Team



ทีมงานวิชาการประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS) ภาษาไทย

“อาจารย์ครับ ผมมีผู้ป่วยปรึกษาด่วนจากแผนกอายุรกรรมครับ”
แพทย์ประจำบ้านประสาทวิทยาจึงหันตัวหันเข้ามาแจ้งสถานการณ์
ของผู้ป่วย นายแพทย์หนุ่มงัยกษัตริย์จากงานตรวจคน
ตรวจตามมีแววกังวอล เขรับสาวเก่าตามแพทย์เวอร์ไปทักผู้ป่วย

“เกิดอะไรขึ้น” เขาถามขณะเดินไปที่ตึก
“ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการลิ้มเลือดอุดตันที่ขา
หลังจากให้ยาแล้วขณะนอนในหอผู้ป่วย ระหว่างนั้นไม่รู้ว่าจะเกิด
อะไรขึ้น มารู้อีกทีตอนญาติเดินมาบอกว่าผู้ป่วยอ่อนแรงซีกขวา”
แพทย์ประจำบ้านรายงานเหตุการณ์ให้ฟัง

ผลเอกซเรย์พบว่า มีการขาดเลือดของเนื้อสมองเกิดขึ้น
อย่างน้อย 6 ชั่วโมงมาแล้ว นายแพทย์หนุ่มรู้สึกผิดหวังกับสิ่งที่
เกิดขึ้น ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลแล้ว แต่ยังเกิดความล่าช้าใน
การวินิจฉัย

“ หากเรามีเครื่องมือประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้
มาตรฐาน และบุคลากรมีความรู้ในการประเมิน เหตุการณ์
แบบนี้คงไม่เกิดขึ้น ”

ถึงเวลาแล้ว

ที่มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในโรงพยาบาลศิริราชต้องยกระดับขึ้น...

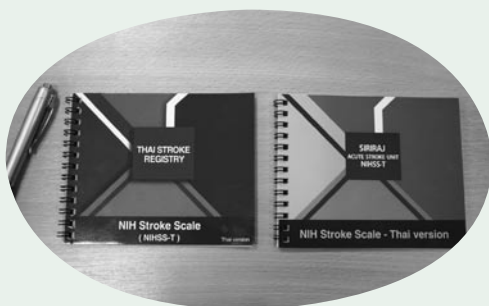
ย้อนกลับไปเมื่อ 4-5 ปีก่อน ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ยังคงประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันด้วย Glasgow Coma Scale, GCS ซึ่งเป็นการตรวจด้วยเครื่องมือที่ไม่ตรงกับจุดประสงค์ ส่งผลให้การวินิจฉัยและการประเมินความรุนแรงของโรคขาดความเที่ยงตรงแม่นยำ เป็นผลให้การตัดสินใจการรักษามีโอกาสคลาดเคลื่อนสูง

ระหว่างนั้นนายแพทย์ยงชัย นิละนนท์อาจารย์แพทย์สาขาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีโอกาสเดินทางไปศึกษาเฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมองที่ประเทศแคนาดา พบว่าตามโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้แบบวัด National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS หรือ Canadian Neurological Scale, CNS ในการประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งถือเป็นแบบวัดที่ได้มาตรฐาน เพราะสามารถวัดความรุนแรงของโรคได้อย่างเที่ยงตรงและแม่นยำ ประสบการณ์ในการร่วมงานกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในต่างแดนครั้งนั้น ได้ช่วยเปิดมุมมองใหม่ๆ ให้กับเขา เมื่อเดินทางกลับ เขาไม่ลืมที่จะนำความรู้ดังกล่าวมาต่อยอดเพื่อพัฒนาหน่วยงานต้นสังกัดต่อไป

“หลังจากที่ผมกลับจากศึกษาต่อ ผมมีความคิดที่จะทำโครงการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke registration) เพื่อเก็บข้อมูลของผู้ป่วยในประเทศไทย แต่ติดอยู่ที่ว่าจะประเมินระดับความรุนแรงของโรคด้วยวิธีไหนเพื่อให้ได้มาตรฐานเดียวกันทั้งหมด เพราะแต่ละโรงพยาบาลทำไม่เหมือนกัน จึงย้อนกลับไปดูว่ามีเครื่องมือวัดอะไรที่น่าจะใช้ในโครงการได้ พบว่าเครื่องมือ 2 ชนิด คือ NIHSS และ CNS มีความเที่ยงตรงและแม่นยำสูง อีกทั้งยังใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก”

“NIHSS เป็นการตรวจร่างกายทางระบบประสาทที่ครอบคลุมอาการที่พบบ่อยในโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการให้คะแนนตั้งแต่ 0-42 คะแนนเท่ากับ 0 บ่งถึงความรุนแรงที่น้อยที่สุด คะแนน 42 บ่งถึงความรุนแรงมากที่สุด โดยแพทย์จะทำการตรวจระดับความรู้สึกตัว การตอบคำถาม การทำตามสั่ง การกลอกของตา การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหน้า การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา ความสามารถทางภาษา การพูด การรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย การทรงตัว และการขาดความสนใจในด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย”

“ผมกลับมาหนึ่งคิดว่าจะทำอย่างไรเพื่อให้โรงพยาบาลทั่วประเทศได้ใช้แบบวัดชนิดเดียวกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงแม่นยำ แพทย์และพยาบาลทำงานสะดวกขึ้น และในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็ได้ประโยชน์ ก็ได้คำตอบว่าควรนำ NIHSS ฉบับภาษาอังกฤษมาดัดแปลงเพื่อใช้กับคนไทย” อาจารย์ยังชี้เล่าถึงที่มาของงานวิจัย



เมื่อศึกษารายละเอียดจากต้นฉบับภาษาอังกฤษจนทะลุปรุโปร่ง และรู้ว่าใครเป็นคนคิดค้นเครื่องมือ NIHSS แล้ว อาจารย์ยังช่วยก็เดินเรื่องขออนุญาตเจ้าของลิขสิทธิ์เพื่อนำมาดัดแปลงเป็นฉบับภาษาไทยทันที

“ผมเขียน e-mail ไปหา **คุณโรมัส บริธท์** ผู้พัฒนาเครื่องมือ NIHSS โดยเล่าสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเมืองไทยให้เขาฟัง แจ้งว่าผมต้องการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในผู้ป่วยไทย จะขออนุญาตแปลและดัดแปลงเพื่อให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของคนไทยได้ไหม ผมส่งไป 2-3 รอบไม่เกิน 1 เดือนเขาก็ตอบกลับมว่ายินดี”

“พอกลับมาดูต้นฉบับพบว่า มี 2 ส่วนที่ต้องแปลคือ แปลเนื้อหาจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย เพื่อให้คนไทยอ่านออก เข้าใจง่าย และเป็นภาษาที่เราคุ้นเคย โดยพยายามทำให้ความสั้น-ยาวของคำ และการออกเสียงใกล้เคียงกับต้นฉบับ เพื่อให้คนไทยอ่านออกเสียงได้ชัดเจน เช่น แปลคำว่า ‘MAMA’ เป็น ‘แม่ม่ม’ ‘TIP-TOP’ เป็น ‘ทับทิม’ ‘Fifty-Fifty’ เป็น ‘ฟิ้นฟู’ ‘Down to earth’ เป็น ‘ต่ำตดิน’ ‘I got home from work’ เป็น ‘ฉันกลับบ้านทันทีหลังเลิกงาน’ และส่วนที่ต้องดัดแปลงอีกส่วนหนึ่งคือรูปภาพ ซึ่งต้องทำให้เข้ากับวัฒนธรรม และความคุ้นเคยของคนไทย เช่น แปลรูปภาพ ‘ตะบองเพชร’ เป็น ‘ต้นมะพร้าว’ ‘ถุงมือ’ เป็น ‘หมวก’ ‘ชนนก’ เป็น ‘งาช้าง’ ซึ่งก่อนการแปลและดัดแปลงเราได้ปรึกษา **รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์สุธีรา ภัทรายุทธวรรณ** และ **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดอกเตอร์วิมล มโนเชียวพินิจ** ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านอรรถาธิบายร่วมด้วย เพื่อให้เกิดความสอดคล้องของการออกเสียง”

“เมื่อแปลภาษาอังกฤษเป็นไทยแล้ว เราก็ให้ผู้เชี่ยวชาญทั้งสองภาษาที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ และไม่เคยเห็นต้นฉบับภาษาอังกฤษมาก่อน แปลภาษาไทยกลับไปเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง เพื่อให้สามารถสื่อความหมายได้ใกล้เคียงกับต้นฉบับมากที่สุด จากนั้นตรวจสอบว่าระหว่างต้นฉบับภาษาอังกฤษกับเนื้อหาที่แปลใหม่จากไทยเป็นอังกฤษมีส่วนใดที่แตกต่างกันบ้าง ถ้ามีข้อแตกต่างก็นำมาร่วมกันคิดว่าจะแก้ไขอย่างไร” อาจารย์ยังชัยกล่าว

ก้าวสู่เส้นทางสายวิจัย

เมื่อทำการแปลต้นฉบับเสร็จเรียบร้อยแล้ว รวมทั้งคิดไตร่ตรองรอบด้านแล้วว่า ไม่เพียงศิริราชจะได้รับประโยชน์จากเครื่องมือนี้โดยตรงเท่านั้น โรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศไทยยังจะได้ต้นแบบเครื่องมือวัดความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้มาตรฐานตามไปด้วย และเพื่อให้ NIHSS มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น อาจารย์ยังชัยจึงตัดสินใจทำวิจัย

“ผมนำเรื่องนี้ไปปรึกษากับ **คุณประยูร ชื่นรัตนกุล** ซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (acute stroke unit) ในขณะนั้นเพื่อให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมกับการวิจัย ผมอธิบายให้คุณประยูรฟังว่าอยากให้พยาบาลเข้ามาคุ้นเคยกับงานวิจัยมากขึ้น เพราะผมมองว่างานวิจัยเป็นการพัฒนางานประจำ พัฒนาบุคลากรและพัฒนาทัศนคติในการทำงานไปในตัว คุณประยูรก็เห็นด้วย จึงเสนอ **คุณนภาพร แยมแก้ว** และ **คุณนิรมล ลิรัฐพงศ์** เข้าร่วมทีมวิจัยในขณะเดียวกันผมได้ติดต่อแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ 2 ท่าน และแพทย์เฟลโลว์ต่อยอดด้านโรคหลอดเลือดสมองอีก 2 ท่าน เพื่อให้ได้บุคลากรที่มีประสบการณ์ต่างๆ กันมาร่วมงานวิจัยนี้” อาจารย์ยังชัยเล่าถึงการรวบรวมทีม

คุณนภาพร แยมแก้ว พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ภาควิชาอายุรศาสตร์ หนึ่งในบุคลากรที่เข้าร่วมทีมถือโอกาสขยายความถึงที่มาในการเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งว่า

“ตอนแรกที่ถูกทาบทามก็ค่อนข้างกังวล กลัวว่าจะยากเกินไป แต่พอได้ฝึกทักษะหลายๆ ครั้ง จนรู้สึกมั่นใจมากขึ้นเรื่อยๆ พบว่าใช้เวลาในการประเมินอาการผู้ป่วยน้อยลง ที่สำคัญโรงพยาบาลทั่วโลกก็ใช้ NIHSS ในการประเมินผู้ป่วยทุกรายอยู่แล้ว ทำให้มีความเชื่อมั่นในโครงการขึ้นนี้มากขึ้น จึงตกลงเข้าร่วมทีม”

ทางด้าน**คุณนิรมล ลิรัฐพงศ์**พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ภาควิชาอายุรศาสตร์อีกท่านกล่าวถึงความรู้สึกที่เข้าร่วมทีมว่า

“ส่วนหนึ่งที่เรา 2 คนได้รับคัดเลือกให้เข้าร่วมโครงการนี้ เพราะเราเป็น senior เพื่อเป็นตัวอย่างให้น้องๆ ในหน่วยงาน ถ้าเราทำได้น้องๆ ก็น่าจะทำตามกันได้ ตอนที่อาจารย์ยังช่วยติดต่อนี้ในตอนแรกดิฉันรู้สึกเฉยๆ แต่พออาจารย์อธิบายว่า NIHSS มีประโยชน์อย่างไรบ้างก็รู้สึกสนใจและเห็นด้วยว่างานวิจัยนี้จะเพิ่มศักยภาพในการทำงานของพยาบาลได้ รวมทั้งผู้ป่วยก็น่าจะได้รับประโยชน์ในระยะยาว”
คุณนิรมลกล่าว

นอกจากนี้ ทีมงานของอาจารย์ยังช่วยยังประกอบไปด้วย**นายแพทย์สงคราม โชติกอนขิต** และ**นายแพทย์ทรงชัย ชินวัฒนกุล** แพทย์เฟลโลว์ต่อ ยอดโรคหลอดเลือดสมอง สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เมื่อข้อมูลครบ ทีมงานพร้อม อาจารย์ยังช่วยก็เดินทางไปทำโครงการวิจัยการประเมินความเที่ยงตรงและความแม่นยำของเครื่องมือ National Institute of Health Stroke (NIHSS) ฉบับภาษาไทย เพื่อประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

โครงสร้างงานวิจัย...ช่วยกันเขียนเพื่อผลงานที่สมบูรณ์



อาจารย์ยังชี้กล่าวว่า “ไม่ว่าในการทำงานอะไรก็ตาม ถ้ามีทีมงานดี มีแนวทางตรงกัน เข้าใจกัน และมีการวางแผนที่ดีแล้ว ขั้นตอนในการทำงานก็ไม่ใช่เรื่องที่น่ากังวล การเขียนโครงสร้างงานวิจัยก็เช่นเดียวกัน”

“ผมได้รับการสั่งสอนมาก่อนลงมือทำงานวิจัยต้องตอบคำถามให้ได้ 3 ข้อก่อน คือ หนึ่ง ‘why?’ ทำไมต้องทำงานชิ้นนั้น สอง ‘how?’ จะทำอย่างไรให้งานลุล่วง และสาม ‘so what?’ ทำแล้วจะนำผลการวิจัยมาใช้ได้อย่างไร ถ้าสามารถตอบคำถาม 3 ข้อนี้ได้ ทุกอย่างก็กระจ่างขึ้น การเขียนโครงร่างถือเป็นการถ่ายทอดความคิดของเราลงไปในกระดาษ ถ้าติดขัดส่วนไหน ก็ต้องไปหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้งานมีคุณภาพมากขึ้น ทุกคนควรจะมีส่วนในการเขียนโครงร่างงานวิจัย แต่โดยทั่วไปผู้วิจัยหลักจะเป็นผู้เขียนเสียส่วนใหญ่ เมื่อเขียนฉบับร่างเสร็จผมจะส่งให้ทีมงานทุกคนช่วยกันอ่าน ช่วยกันวิจารณ์ มีอะไรตกหล่นก็สามารถเพิ่มเติมได้เต็มที่ ผมเปิดกว้างความคิดของทุกคนในทีม” อาจารย์ยังชี้กล่าว

เมื่อถามถึงความยากลำบากในการเขียนโครงร่างงานวิจัย นายแพทย์สงคราม หนึ่งในทีมงานที่นั่งฟังมาตั้งแต่ต้นเล่าเสริมถึง งานวิจัยในส่วนที่ตัวเองรับผิดชอบว่า

“ตอนที่โครงร่างงานวิจัยของผมโดนแก้ 6-7 ครั้งแรกนี่ผมรู้สึกเฉยๆ นะครับ พอใกล้ 10 ครั้งก็ท้อ พอ 15 ครั้งผมเริ่มรู้สึกชินแล้ว (หัวเราะ) ตอนที่โดนแก้บ่อยๆ ก็มีข้อขัดแย้งในใจเหมือนกัน บางครั้งก็อารมณ์เสีย แต่พยายามตั้งสติและถอยหลังออกมา 1 ก้าว เพื่อที่จะไตร่ตรองกับปัญหาที่เกิดขึ้น ผมพยายามให้กำลังใจตัวเองว่าในการทำงานวิจัย แม้ในต่างประเทศก็ตาม การแก้ไขโครงร่างฯ ถือว่าเป็นเรื่องปกติ

ผมถามตัวเองว่าเราทำงานนี้ทำไม เราต้องการอะไร เราจะได้อะไรจากงานนี้ และใครจะได้ประโยชน์บ้าง เมื่อได้คำตอบแล้วก็เริ่มทำใหม่ พยายามแก้ไขตรงจุดที่มีปัญหา และในที่สุดงานก็ผ่านครับ” นายแพทย์สงครามกล่าว

ปัญหาคล้อยได้ด้วยการพูดคุยกับในทีม

ในระหว่างวันทุกคนต่างมีงานประจำให้สะสมอยู่ไม่ขาด ทั้งยังต้องเจียดเวลาส่วนตัวหลังเลิกงานเพื่อทำงานวิจัย ภาระงานที่เพิ่มขึ้น แม้จะหนักหน่วงกว่าเดิม แต่ทีมงานก็ไม่หวั่น ต่างคนต่างทุ่มเทให้กับงานวิจัยขึ้นน้ออย่างเต็มที่ โดยอาจารย์ยังช่วยเหลือถึงบรรยากาศระหว่างการทำงานวิจัยให้ฟังว่า

“ก่อนลงมือทำงานผมนั่งถามตัวเองก่อนว่า อะไรที่ต้องเป็นผมเท่านั้นที่ทำ คนอื่นทำไม่ได้ ผมก็จะทำเฉพาะเรื่องนั้น ไม่ว่าจะต้องใช้เวลานานมากแค่ไหนก็ต้องทำ ส่วนเรื่องอื่นๆ ที่คนอื่นสามารถทำได้ ผมจะยกให้คนอื่นทำ เพราะเป็นไปไม่ได้หรอกที่ผมจะลงไปทำเองทั้งหมด”

“ส่วนในรายละเอียดของการทำงาน เป็นเรื่องธรรมดาที่เรามักจะมีการขัดแย้งกันบ้าง การที่ความขัดแย้งดังกล่าวจะจบลงและผ่านลุล่วงไปได้ด้วยดีนั้น เราต้องเข้าใจกันและคุยกัน เพื่อหาทางออกที่ดีที่สุด บางทีเจอปัญหาก็ต้องพักเอาไว้ก่อน เราคงถูกใจทุกอย่างไม่ได้ เพราะบางครั้งเรายังไม่พอใจตัวเองเลย แต่ต้องพยายามทำให้งานในภาพรวมเดินหน้าต่อไปให้ได้ หัวใจสำคัญของการทำงานคือการสื่อสารซึ่งกันและกัน ผมถือคติที่ว่า give and take คือเราเรียนจากเขา เขาเรียนจากเรา เป็นทั้งฝ่ายให้และฝ่ายรับ ซึ่งในที่สุดแล้วประโยชน์จะตกอยู่กับผู้ป่วยและหน่วยงาน”

“กว่าโครงร่างงานวิจัยจะนิ่ง เราใช้เวลาในการเขียนนานพอสมควร แก่กันหลายรอบมาก ถกเถียงกันอยู่นานกว่าจะออกมาเป็นรูปเป็นร่าง ถ้าความคิดเห็นไม่ตรงกัน เราจะพยายามนัดพูดคุย โดยนัดเวลาให้ตรงกัน

ถ้าแต่ละคนมีเวลาไม่ตรงกัน ผมจะเป็นตัวกลางในการประสานงานเอง ไปคุยกับอาจารย์ท่านนั้นท่านนี้ ร่วมเสนอความคิดเห็นกัน อย่างน้อยต้องมี 3 ใน 4 คนเห็นด้วย จึงจะสรุปได้”

“ประมาณ 1 เดือนโครงร่างงานวิจัยก็เสร็จ และเนื่องจากงานวิจัยชิ้นนี้เป็นการตามดูผู้ป่วยเฉยๆ เป็นการตรวจเพิ่มเติมเท่านั้น ซึ่งไม่น่ามีปัญหาในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ขั้นตอนการขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จึงผ่านไปได้โดยไม่ยากเย็นนัก” นายแพทย์หนุ่มอธิบาย

Open mind คิดนอกกรอบเพื่อสร้างมุมมองใหม่ๆ

เพราะเคยร่วมงานกับทีมวิจัยในต่างประเทศ ที่เปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเต็มที่ เมื่อต้องมารับบทบาทเป็นหัวหน้าโครงการเอง อาจารย์ยังขยี้ไม่ลืมนำหลักการทำงานดังกล่าวมาปรับใช้ในที่ทีมงานด้วย

“ผมคิดว่าสิ่งที่สังคมไทยเรายังขาดคือบรรยากาศการวิจัย เช่นเวลาเรานั่งคุยกัน วัฒนธรรมของไทยเราสอนให้เราเป็นผู้ใช้เป็นส่วนใหญ่ ตั้งแต่ระบบการเรียน เช่น นักเรียนคนไหน คิดอะไรนอกกรอบไปนิดหนึ่ง ก็จะถูกครูตีกรอบไว้ให้ใหม่ มีเพียงถูกกับผิดเท่านั้น ผมคิดว่าเราควรสร้างกระบวนการคิดใหม่ สนับสนุนให้คิดไปเถอะ มันไม่ผิดหรอก ไม่มีอะไรที่ผิดจริงๆ หรือถูกจริงๆ”

“สมัยที่ผมศึกษาในต่างประเทศ ทุกครั้งที่มีการประชุมทุกคนจะมานั่งคุยกัน เพื่อรายงานความคืบหน้าของงานให้คนอื่น ๆ ฟังด้วย ทุกคนต่างช่วยวิจารณ์งานของเพื่อน แบบเปิดกว้างทางความคิด ไม่มีอะไรผิด ไม่มีอะไรถูก ทุกอย่างเรานำมาคุยกัน หาคำตอบร่วมกัน”

“เป็นบรรยากาศการทำวิจัยที่สนุก ไม่ว่าผมหรือเพื่อนร่วมทีมจะเสนออะไรออกไป ไม่เคยถูกต่อต้านหรือมีการแสดงออกว่าไม่เห็นด้วยว่าไม่น่าทำ จะมีแต่ เออ...น่าสนใจนะ น่าทำนะ และก็มีเพื่อนำไปคิด

ต่อยอด บางทีเรื่องการคิดนอกกรอบเล็กๆ น้อยๆ มันนำไปสู่นวัตกรรมใหม่”

“ผมเคยบอกทีมงานวิจัยว่า เราควรมานั่งคุยกันนะ อาทิตย์ละวันมานั่งคุยกันเรื่องงานวิจัยว่าใครมีเรื่องอะไรบ้าง ผมอยากรู้ว่าทีมอื่นๆ เขาทำงานเป็นอย่างไรบ้าง ในทางเดียวกันผมก็อยากรู้ว่าการที่ผมหนึ่งคิดอยู่คนเดียว ในมุมมองของคนอื่นๆ เป็นอย่างไร บางทีคิดคนเดียวมันไม่สนุก อยากรู้ได้คำวิจารณ์กลับมาบ้าง เพื่อมีวิธีอื่นๆ ให้ลองทำดู” อาจารย์ยังชี้กล่าว

การประเมินความตรงและความเที่ยงของแบบประเมินความรู้แรงของโรค

โดยปกติแล้วแบบประเมินที่ใช้ในทางคลินิกต้องมีการเปรียบเทียบกับมาตรฐานเพื่อทดสอบความเที่ยงและความตรงของแบบวัดนั้นๆ ก่อนการนำมาใช้จริง

คุณสมบัติที่จำเป็นของแบบประเมินคือ ความตรง (validity) และความเที่ยง (reliability) ซึ่งหากเครื่องมือถูกแปลหรือดัดแปลงมาจากต้นฉบับที่เป็นภาษาอื่น คุณสมบัติเหล่านี้อาจเปลี่ยนแปลงไปได้ จึงต้องมีการประเมินใหม่ก่อนการนำไปใช้จริง

ซึ่งอาจารย์ยังชี้ได้อธิบายในกรณีนี้ว่า “หลังจากเราได้ NIHSS ฉบับภาษาไทยแล้ว เราจะต้องมาประเมินความตรง (validity) โดยเทียบกับการเปลี่ยนแปลงของภาพรังสีของสมอง (Magnetic Resonance Imaging, MRI) ว่าระดับคะแนนมีความสัมพันธ์กับปริมาตรของเนื้อสมองที่ขาดเลือดหรือไม่ และประเมินความตรงเชิงทำนาย (prediction validity) โดยเทียบกับระดับความพิการที่ 3 เดือน โดยวัดจาก modified Rankin Scale (mRS)”

“นอกจากนั้น เราต้องทดสอบว่า แบบประเมินที่ได้รับการดัดแปลง เมื่อนำไปใช้ตรวจในผู้ป่วยคนเดียวกัน โดยผู้ประเมินต่างคนกันจะได้ผลเหมือนกันหรือไม่ (inter-rater reliability) และในทางกลับกันถ้า ผู้ประเมินเป็นคนเดิม แต่ตรวจซ้ำๆ กันจะได้ผลเหมือนเดิมหรือไม่ (intra-rater reliability) ตอนนั้นเกิดคำถามว่าจะทำอย่างไร เพราะโรค หลอดเลือดสมองมีความเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เนื่องจากที่มงานเรามี 6 คน แบ่งประสบการณ์เป็น 3 ระดับๆ ละ 2 คน (แพทย์เฟลโลว์ ต่อยอด 2 คน แพทย์ประจำบ้าน 2 คน และพยาบาลหอผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง 2 คน) ผู้ป่วย 1 คนต้องถูกตรวจ 6 ครั้ง โดยผู้ตรวจ 6 คน ตรวจเยาะขนาดนั้น ถ้าเราเป็นผู้ป่วยก็คงไม่ไหว คงอยากจะพัก ผ่อนมากกว่า จึงได้ข้อสรุปว่า การถ่ายวิดีโอดีเป็นวิธีที่ดีที่สุด แต่ทุกๆ คนต้องถ่ายโดยใช้วิธีเดียวกัน โดยให้พยาบาลผู้ช่วยมาช่วยถ่ายวิดีโอ ระหว่างการตรวจ”

“หลังจากตรวจครั้งแรกผู้ประเมินอีก 5 คนที่ไม่ได้ทำการตรวจจะดู วิดีโอในห้องเดียวกันแต่แยกกันให้คะแนน ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้คะแนน 6 ชุด (จากผู้ประเมิน 6 คน) เป็นคะแนนรอบแรก หลังจากนั้นเราก็กมา ดูอีกรอบหนึ่ง จะเป็นคะแนนรอบที่ 2 เพื่อทดสอบ (intra-rater reliability) เพราะฉะนั้น ผู้ป่วย 1 คนจะมีคะแนนทั้งหมด 12 ชุด”

“หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรในการทำงานวิจัย NIHSS คือ ต้องเป็นผู้ป่วยไทย ใช้ภาษาไทยได้คล่อง ทั้งฟัง พูด อ่าน และเขียน เป็น ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 18-80 ปี และต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมองถ้าเป็นโรคอื่นก็จะถูกคัดออกจากการวิจัย เพื่อให้ ได้กลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน” อาจารย์ยังชี้กล่าว

หลังจากทำการวัดและให้คะแนนผู้ป่วยแล้ว ขั้นตอนต่อมาคือการวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (reliability) และความตรง (validity) โดยอาจารย์ยังช่วยอธิบายถึงวิธีการวิเคราะห์ให้ฟังว่า

“คะแนนทั้ง 12 ชุด จากคนให้คะแนน 6 คน จากนั้นเรานำคะแนนรวมเฉลี่ย NHISS จากผู้ประเมินทุกคนมาหาค่าความสัมพันธ์กับปริมาตรสมองที่ขาดเลือดโดยวัดจาก MRI เพื่อดูว่า มีความสัมพันธ์ไปด้วยกันหรือไม่”

“เรายังนำคะแนนรวมเฉลี่ยมาหาค่าความสัมพันธ์กับแบบวัดความพิการของผู้ป่วยที่ 3 เดือน เพื่อประเมินความตรงเชิงทำนาย (prediction validity) เราใช้ modified Rankin Score ในการวัดความพิการ สำหรับ modified Rankin Score นั้นเป็นแบบวัดที่มีคะแนนตั้งแต่ 0-6 โดย 0 คือ ปกติ (1) คือ มีอาการเล็กน้อย เช่น มือขาแต่ทำงานได้ปกติ (2) คือ เดินกะเผลกๆ บ้าง เอื้อมมือหยิบอะไรหนักๆ ไม่ได้ (3) คือ ต้องใช้ไม้เท้าเพื่อช่วยในการเดิน (4) คือ นั่งรถเข็น (5) คือ นอนเตียง (6) คือ ตาย เมื่อวัดเสร็จเราก็นำมาดูและเปรียบเทียบ โดยมีสมมติฐานคือ ถ้าความรุนแรงของโรคในระยะเริ่มต้นมีมาก ตอน 3 เดือนก็น่าจะมีระดับความพิการสูงเช่นเดียวกัน” อาจารย์ยังขยักกล่าว



จัดสรรเวลาให้ลงตัว

ระหว่างที่ลงสนามปฏิบัติงานจริง ทุกคนต้องเจอกับปัญหาสารพัดรูปแบบ แม้จะไม่ใช่ปัญหาใหญ่ แต่เมื่อเจอบ่อยๆ ก็บั่นทอนกำลังในการทำงานพอสมควร นายแพทย์สงครามเล่าให้ฟังว่า

“ปัญหาหนักที่เจอช่วงที่ทำงานวิจัยคือเรื่องเวลา เพราะเวลาปกติเราก็ทำงานประจำ จึงต้องใช้เวลาลงเลิกงานมาทำงานวิจัยแทน เหมือนกับว่าเราต้องเร่งทำงานในส่วนนี้ให้เร็วขึ้น เพื่อให้งานเราเสร็จทันตามกำหนด คือต้องแบ่งเวลาให้ลงตัวให้ได้ ส่วนเรื่องของการให้คะแนน การถ่ายวิดีโอ ไม่มีปัญหาอะไร เพราะขบวนการวิจัยขั้นนี้ค่อนข้างจะง่าย ไม่มีขั้นตอนมากมาย”

ทางด้านคุณณภาพกรก็กล่าวในทิศทางเดียวกับนายแพทย์สงครามว่า

“ส่วนใหญ่อาจารย์จะนัดดูวิดีโอพร้อมกัน 6 คนหลังเลิกงาน ก็เหนื่อยนะคะ แต่ในเมื่อเข้ามาแล้วก็ต้องทำให้ถึงที่สุด อยากให้งานสำเร็จ ครอบครัวเข้าใจดีค่ะว่าเราทำงาน อย่างสามีเองเขาเป็นนักวิจัยที่ศูนย์วิจัยพัฒนาการทหารแห่งประเทศไทย เขาเล็งเห็นประโยชน์และความสำคัญของงานวิจัยอยู่แล้ว”

ส่วนคุณนิรมลกล่าวว่า “เวลามีนัดประชุมเราสามารถแลกเวรได้ เพราะพยาบาลจะมีเวร เช้า บ่าย ดึก ส่วนวันหยุดเราก็ยังให้เวลากับครอบครัวได้อย่างเต็มที่อยู่แล้ว ก็ไม่ค่อยมีปัญหาเท่าไรค่ะ”

ส่วนเรื่องการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยและญาตินั้น คุณณภาพกรกล่าวว่า

“ก่อนที่จะเราถ่ายวิดีโอเราจะต้องได้รับการยินยอมจากทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยก่อนค่ะ เราต้องแจ้งเขาล่วงหน้า และก็อธิบายให้เขารู้ว่าเราจะทำงานวิจัยและศึกษาเครื่องมือนี้ขึ้นมาเพื่อผู้ป่วยจริงๆ เป็นการวัดความรุนแรงที่จะต้องนำมาใช้ในผู้ป่วยได้จริงๆ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยคนอื่นๆ ด้วย อธิบายถึงประโยชน์และผลดีผลเสีย มีหนังสือแสดง

เจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (informed consent) ให้ญาติอ่านด้วย ถ้าผู้ป่วยรู้เรื่องดีก็ให้เขาอ่านด้วย และบอกเขาด้วยว่าจะเก็บเป็นความลับ ไม่นำไปเผยแพร่ที่ไหน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยและญาติเขาก็เห็นประโยชน์ของงานวิจัยชิ้นนี้ คือเราจะอธิบายอย่างละเอียดก่อนทำอยู่แล้วค่ะ”

ปัญหาป๊อปปูล่า

หลายต่อหลายครั้งที่การทำงานเกิดการสะดุด ซึ่งอาจารย์ยังช่วยกล่าวว่าปัญหาในการทำงานวิจัยคือ จะทำอย่างไรให้คนทำวิจัยอยากจะทำงานอย่างต่อเนื่อง

“เป็นเรื่องยากมากที่จะทำให้ทีมงานอยากทำงานอย่างต่อเนื่อง ไม่มีสูตรสำเร็จตายตัว ผมพยายามสอบถามผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อน แล้วนำมาปรับใช้ มีช่วงหนึ่งที่ทีมงานเริ่มแผ่วลง เช่น เคยได้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการเดือนละ 3 ราย ก็เหลือเดือนละ 1 ราย ผมต้องหาวิธีอื่นๆ เพื่อให้งานจบ ไม่อย่างนั้นบรรยากาศในการทำงานจะน่าเบื่อหนักเข้าไปอีก ผมจะดูว่าเกิดอะไรขึ้น ถามเขาว่ามีอะไรที่ผมพอจะช่วยได้บ้างไหม พยายามย้ำกับทีมงานว่า มีเขาเราถึงจะทำได้”

“การที่จะทำให้ทีมงานทุกคนทำงานไปได้เรื่อยๆ อย่างราบรื่น มันมีปัจจัยหลายอย่าง เช่น การสร้างแรงจูงใจ การเชิดชู การให้รางวัล และการมีชื่อเป็นผู้สนับสนุนร่วม แต่อันหนึ่งที่ต้องระวังคือเรื่องของค่าตอบแทน และเรื่องของสิทธิประโยชน์ที่เขาควรได้รับ เช่น การช่วยให้งานประจำเขาง่ายขึ้น ช่วยคุยกับเจ้านายเขาในแง่ของผลงาน คือต้องใช้หลายๆ กระบวนการในการแก้ไขให้ลุล่วงไป” อาจารย์ยังช่วยกล่าว

แม้จะพบเจออุปสรรคระหว่างการทำงานบ้าง แต่อาจารย์ยังซึ้งที่ไม่เคยมองว่างานวิจัยเป็นเรื่องน่าเบื่อ ตรงกันข้าม เขากลับมองว่ามีแต่ความสุขซ่อนอยู่ในเรื่องงาน มีแต่ความท้าทายมาคอยลับสมองตลอดเวลา โดยเขากล่าวว่า

“ผมเปรียบเทียบการทำงานเหมือนเกมโยนไข่ จะรับไข่ยังงใจให้ทัน บางงานเราต้องเร่งในบางเวลา บางงานเราก็แค่จับตามูมัน บางงานด่วนมากคืนนี้ต้องเสร็จ นอนไม่ได้ คืองานไหนรีบที่สุดผมจะทำก่อน ต้องทำให้ทันเวลาที่กำหนดไว้ให้ได้ ส่วนงานไหนไม่รีบก็เก็บไว้ทำทีหลัง”

“เครียด เหนื่อย ท้อก็มีบ้างเป็นธรรมดาในช่วงแรกๆ แต่ตอนนี้ลดลงเยอะแล้ว ผมมองว่าส่วนหนึ่งคือการตัดสินใจอยู่โรงเรียนแพทย์ ถ้าไม่ทำวิจัยก็ไม่ว่าจะอยู่โรงเรียนแพทย์ไปทำไม และผมชอบด้วยมันสนุกดี และยิ่งชอบมากตอนที่มานั่งวิเคราะห์ข้อมูลว่ามันจะออกมาเป็นยังไงบ้าง ได้ใหม่ ตรงกับที่คิดไว้ไหม ตื่นเต้น ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา”

“ก่อนอื่นผมจะมองว่างานมันจะมีผลกระทบกับอะไรบ้าง เช่น ผมมีเป้าหมายชัดเจนในการแปล ผมไม่ได้แปลเพราะไม่มีอะไรทำ เพราะผมจะแปลไปใช้ในงานวิจัยอื่นซึ่งเกี่ยวพันกัน ใช้งบงานเราได้ ใช้งบผู้ป่วยได้ ผมจะหาเรื่องทำตลอด มองทุกอย่างเป็นเรื่องสนุก ผมคิดว่าไม่ว่าจะงานอะไรก็ตาม ถ้ามองให้มันสนุก มันก็สนุกนะ” อาจารย์ยังซึ้งกล่าวพร้อมรอยยิ้ม

R2R...เพื่อนคู่คิดที่ไม่เคยทอดทิ้งกัน

นอกจากทีมงานที่ดีแล้ว แรงสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ถือเป็นกำลังสำคัญที่จะผลักดันงานวิจัยให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี และในมุมมองของอาจารย์ยังชัยแล้ว R2R เปรียบเหมือนเพื่อนคู่คิดเป็นกัลยาณมิตรที่ไม่เคยทอดทิ้งกันตลอดระยะเวลากว่า 2 ปี ที่ผ่านมา

“การติดตามงานของ R2R เป็นผลดีนะครับ ในมุมหนึ่งเป็นการช่วยให้เราใส่ใจกับการทำงานเหมือนมีคนมาตรวจสอบและกระตุ้นให้เราทำงาน เราเดินไปด้วยกัน เราสนับสนุนซึ่งกันและกัน อย่างที่ผมคิดอยู่เสมอว่าการทำงานอะไรก็ตามมันต้องเป็นการให้และรับในเวลาเดียวกัน เราให้ ในขณะเดียวกันเราก็ได้รับด้วย เวลาผมมีปัญหาผมก็ปรึกษา **อาจารย์อัครินทร์ นิมมานนิตย์ และ อาจารย์เชิดชัย นพณธิ์จารีเลิศ** ขอความเห็น ขอความช่วยเหลือต่างๆ”

“อย่างน้อยที่สุดผมก็ได้ระบาย (หัวเราะ) ได้เล่าถึงปัญหาที่เจอระหว่างการทำวิจัย ผมไม่เคยเดินกลับออกไปมือเปล่า ผมได้คำแนะนำกลับไปทุกครั้ง สำหรับผมแล้ว R2R เป็นเหมือนเพื่อนที่ช่วยเปิดมุมมองใหม่ๆ เป็นมุมมองที่เรามองไม่เห็น” อาจารย์ยังชัยกล่าว



การทำงานจะราบรื่นหรือประสบความสำเร็จมากน้อยแค่ไหนนั้น ขึ้นอยู่กับการวางแผนและทีมงานเป็นสำคัญ

“ปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานวิจัยเสร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คือการวางแผน ต้องวางแผนให้รอบคอบและครอบคลุมตั้งแต่ต้นไปจนจบกระบวนการ ว่าเราต้องการอะไรบ้าง ตรงไหนที่เป็นจุดอ่อนปิดให้หมด ตรงไหนที่เราอยากได้ ต้องได้ คือถ้าการวางแผนดี การทำงานก็ง่าย ความผิดพลาดที่จะตามมาก็น้อย”

“คิดว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดในการทำวิจัยอีกประการหนึ่งคือ ทีมงาน ทีมงานต้องพร้อมไปด้วยกัน มีใจเดียวกัน เมื่อแต่ละคนมีแนวคิดไปในทิศทางเดียวกันแล้ว ทุกอย่างก็ราบรื่น ในขณะเดียวกัน เราเอางานไปเพิ่มให้กับงานคนอื่น แนนอนว่างานวิจัยมันเป็นงานที่เพิ่มขึ้นจากงานประจำ เราก็ต้องแสดงให้เห็นทีมงานรู้และมั่นใจด้วยว่า เขาจะได้อะไรจากงานวิจัยชิ้นนี้”

“ผมเคยบรรยายในโครงการ การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในประเทศไทย โดยการศึกษาแบบสหสถาบัน คำถามที่มักจะถูกถามบ่อยๆ คือ เมื่อเข้ามาร่วมงานนี้แล้วจะได้อะไรบ้าง เราก็ต้องตอบคำถามเขาให้ว่า นอกเหนือจากการที่เขาจะได้มีชื่อร่วมในงานวิจัยแล้ว เขายังได้สร้างความรู้ใหม่ให้เกิดขึ้น ซึ่งจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในอนาคตด้วย นอกจากนั้น ทีมดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมจะได้รับการพัฒนาและความรู้ใหม่ๆ อยู่เสมอ ปัญหาของการทำงานวิจัยอีกประการหนึ่งคือ ต้องพยายามรักษาบรรยากาศของทีมงานให้ดี ความขัดแย้งต่างๆ สามารถแก้ไขได้ด้วยการพูดคุยกัน แต่ถ้าปัญหานั้นมีทางออกมากกว่าหนึ่ง ก็ต้องร่วมกันตัดสินใจ แล้วเดินไปในทิศทางเดียวกัน”

“ทีมผมไม่ได้มีระยะเวลาในการประชุมทีมแน่ชัดว่า ต้องประชุมกันวันไหนบ้าง อาจจะมีบ้างในช่วงแรกๆ ที่เราประชุมทีมกันค่อนข้างบ่อย เพื่อให้ทุกฝ่ายรู้หน้าที่และทำงานเข้ากันได้ แต่หลังจากเริ่มโครงการแล้ว เราอาจจะประชุมกันเฉพาะช่วงที่มีปัญหา เพราะถ้ายิ่งประชุมบ่อย จะเสียเวลา บางครั้งเราก็ไม่ต้องมานั่งประชุมกัน แต่ใช้วิธีอีเมลล์ หรือโทรศัพท์คุยกันก็ได้”

“และที่สำคัญที่ขาดไม่ได้คือ การสนับสนุนต่างๆ ทั้งด้านการเงิน รวมทั้งค่าตอบแทนของบุคลากรในทีมวิจัย เพราะผมคิดว่าเงินเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานของทุกคน เพื่อช่วยให้การดำรงชีวิตมีข้อจำกัดน้อยลง นอกจากนี้ แต่ละโครงการจำเป็นต้องใช้จ่ายพื้นฐาน เช่น ซื้อกระดาษ ซื้อหมึกพิมพ์ หรือค่าโทรศัพท์และอื่นๆ” อาจารย์ยังชี้กล่าว



สิ่งที่คาดหวังกับงานวิจัย

อาจารย์ยังช่วยได้แบ่งระดับความคาดหวังไว้เป็น 3 ระดับ คือ **“must see”**, **“would like to see”** และ **“nice to see”** โดยอาจารย์ยังช่วยอธิบายว่า

“must see” เป็นคำถามหลักของงานวิจัย ผู้วิจัยต้องนำเสนอออกมาให้ได้ ต้องให้จบ เมื่อเสร็จแล้วก็สามารถนำความรู้ไปใช้ได้”

“would like to see” มักเป็นคำถามรองหรือเป็นที่สิ่งค้นพบใหม่ โดยบังเอิญจากงานวิจัยที่สามารถนำไปต่อยอดได้ นอกจากนี้ทุกๆ โครงการวิจัยจะทำให้เกิดการเชื่อมโยงของการทำงานขึ้น เกิดบรรยากาศงานวิจัย มีการพัฒนาบุคลากร ทีมของเราก็คุ้นเคยกับระเบียบวิธีวิจัยมากขึ้น มีความสามัคคี สนับสนุนกลมเกลียวในหน่วยงานมากขึ้น มีการทำงานกับนักสถิติ ทำให้เกิดเครือข่ายของการทำงานวิจัย ซึ่งเป็นหลักในการสร้างรากฐานงานวิจัย”

“nice to see” ผมมองว่าการศึกษานี้ไม่ใช่เฉพาะแค่ในหน่วยงานของเราเท่านั้นที่จะได้ประโยชน์ แต่มันเป็นการที่เราไปเชื่อมโยงกับโรงเรียนแพทย์อื่น โรงพยาบาลอื่น ซึ่งทำให้เกิดเครือข่ายวิจัยขึ้น” อาจารย์ยังช่วยกล่าว

บทเรียนสำคัญจากงานวิจัย

เมื่อผลงานวิจัยประสบความสำเร็จ ไม่เพียงแต่ได้ผลงานแห่งความภาคภูมิใจมาเท่านั้น หากทุกคนยังได้บทเรียนสำคัญในการทำงานร่วมกันในครั้งนี้ด้วย นายแพทย์สงครามกล่าวว่า

“ผมได้เรียนรู้เรื่องการทำงานร่วมกันกับทีมงาน เพราะการทำงานวิจัยขึ้นนี้มีทีมงานหลายระดับ ในระหว่างการทำงานก็มีปัญหาบ้าง ราบรีนบ้าง มีส่วนที่ไปด้วยกันได้บ้าง มีการขัดแย้งกันบ้าง แต่ก็เป็นการขัดแย้งในเรื่องของงาน ไม่มีอะไรนอกเหนือจากการทำงานเลย คือทุกคนพุ่งประเด็นไปที่เนื้องาน และพยายามปรับตัวอยู่เรื่อยๆ เพื่อให้งานมันราบรื่นและมีคำตอบ”

ส่วนคุณนิรมลกล่าวว่า “สิ่งที่ได้รับอย่างชัดเจนจากการทำวิจัยขึ้นนี้คือ การได้ฝึกทักษะในงานประจำ และเราก็ได้นำเอาแบบทดสอบ NIHSS ภาควิชาภาษาไทยที่เราได้จากการทำงานวิจัยมาพัฒนางานประจำของเรา และยังสามารถเก็บข้อมูลไปวิเคราะห์ หรือเก็บไว้เป็นฐานข้อมูลสำหรับทำงานวิจัยในครั้งหน้า นอกจากนี้ ยังได้เรื่องของความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานค่ะ”

ด้านคุณณัฏฐาภรณ์กล่าวว่า “ได้นำงานวิจัยมาพัฒนาการทำงานประจำของเราให้มีมาตรฐานมากขึ้น เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาทักษะการทำงานของบุคลากรในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โรงพยาบาลศิริราช ให้มีทักษะในการประเมินความรุนแรงของอาการได้แม่นยำและเหมาะสมกับผู้ป่วย”

“สิ่งที่ได้รับจากการทำงานวิจัยอีกอย่างหนึ่งคือ การได้ทำงานกับแพทย์อย่างใกล้ชิดมากขึ้น ได้เห็นข้อแตกต่างหรือมุมมองใหม่ๆ ในการทำงาน ได้เรียนรู้ทักษะการตรวจจากแพทย์ ก่อนหน้านั้นเราไม่ค่อยมี

ทักษะในการตรวจ แต่พอหลังจากได้เรียนรู้การตรวจจากแพทย์ก็ทำให้เรามีความมั่นใจและมีทักษะมากขึ้นค่ะ”

อาจารย์ยังชี้เสริมเพิ่มเติมว่า “ผมคิดว่าสิ่งที่ทุกคนได้เรียนรู้โดยตรงคือ เรื่องของระเบียบวิธีวิจัยจากการทำงานชิ้นนี้ว่า เวลาเรามีกระบวนการหาคำตอบในทางวิทยาศาสตร์อย่างไร จะตอบคำถามแต่ละคำถามเราต้องทำอะไรบ้าง ต้องศึกษาอะไรบ้าง นี่คือสิ่งที่ทุกคนได้เรียนรู้ในตัวอยู่แล้ว ซึ่งผมอยากให้ทุกคนค่อยๆ ซึมซาบและคุ้นเคยกับการทำงานวิจัยมากขึ้น ค่อยๆ ทำความเข้าใจไปที่ละเรื่อง เพราะงานวิจัยมีหลายรูปแบบ และเมื่องานวิจัยชิ้นหนึ่งสำเร็จ เราก็จะได้บุคลากรที่มีความรู้เรื่องของการวิจัยเพิ่มขึ้นด้วย”

ประโยชน์ที่เป็นรูปธรรมจากผลงานชิ้นเอก

นอกจากงานวิจัยชิ้นนี้จะสามารถยกระดับการทำงานในหน่วยงานให้ดีขึ้น พัฒนาทักษะของพยาบาลให้ทำงานง่ายขึ้นแล้ว ผู้ป่วยยังได้รับประโยชน์โดยตรงกับงานวิจัยชิ้นนี้ด้วย ซึ่งคุณนภาพรกล่าวว่า

“ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ถูกต้อง เทียงตรง แม่นยำ และรวดเร็ว สามารถลดความพิการและลดอัตราตายได้ เราารู้อยู่แล้วว่าอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมันจะเกิดขึ้นตั้งแต่แรก รุนแรงมากเมื่อเวลาต่อมาผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะดีขึ้น อย่างไรก็ตาม จะมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีอาการแย่ลง หรือเกิดปัญหาแทรกซ้อน แบบทดสอบนี้จะทำให้เราสามารถประเมินผู้ป่วยได้แม่นยำขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ด้วย”

ความภูมิใจ...รางวัลที่ประเมินค่าไม่ได้

หลังจากเหน็ดเหนื่อยมาร่วม 2 ปี เมื่อผลงานประสบความสำเร็จ ความเหนื่อยหัก ความท้อแท้ ความเครียดก็มลายหายไปหมดสิ้น เหลือไว้แต่ความภาคภูมิใจ อาจารย์ยังขี้กกล่าวว่า

“ผมรู้สึกดีใจและภูมิใจ ที่ผลงานของเราสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทำให้เกิดประโยชน์กับส่วนรวม ทั้งหน่วยงาน และบุคลากรทั่วไป โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับประโยชน์โดยตรง ผมอยากขอบคุณทีมงาน รู้สึกว่าเราสามารถร่วมงานกันได้ดี หวังว่าในอนาคตเราคงได้ร่วมงานกันอีกต่อไป”

นายแพทย์สงครามเผยความรู้สึกที่ไม่ต่างกันว่า “รู้สึกดีใจ ที่ผลงานวิจัย NIHSS สามารถทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัดได้รับการตรวจที่ได้มาตรฐานมากขึ้น ซึ่งก็จะทำให้ได้รับการรักษาที่ดีขึ้นตามไปด้วย”

คุณนภาพรกล่าวว่า “ภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยชิ้นนี้ ภูมิใจที่ผลงานสำเร็จและสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้จริง ตอนนี้จะมีผู้ป่วยที่ช่องทางด่วน ซึ่ง NIHSS จะมีส่วนในการช่วยประเมินค่อนข้างมาก หลังจากที่เราให้ยาละลายลิ่มเลือดไปแล้ว NIHSS จะเป็นตัวประเมินที่ดีที่สุด”

คุณนิรมลกล่าวเพิ่มเติมว่า “ดีใจที่งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จ และเราก็ได้รับความรู้ใหม่ที่ไม่เคยได้รับมาก่อน และที่สำคัญงานวิจัยชิ้นนี้มีประโยชน์ต่อบุคลากร ที่ดูแลผู้ป่วยรวมทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วไป” คุณนิรมลกล่าวถึงความรู้สึก

โครงการวิจัยในอนาคต

เมื่อถามถึงงานวิจัยในอนาคตคุณณภาพรกล่าวว่า ตอนนั้นยังไม่ได้คิด แต่ได้นำงานวิจัยที่สำเร็จนี้เข้ามาเสริมเข้ามาในบทบาทของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บุคลากรในหน่วยงานทุกคนต้องสามารถฝึกทักษะและสามารถนำเครื่องมือนี้ไปวัดประเมินความรุนแรงในผู้ป่วยได้ และสามารถวัดได้อย่างเที่ยงตรงและแม่นยำ โดยได้นำเครื่องมือนี้มาเป็นหนึ่งในการอบรมของพยาบาลที่ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง

“ดิฉันมีโอกาสดำรงงานในชมรมพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองไทย มีแนวโน้มว่าจะมีการอบรมพยาบาลทั่วประเทศที่สนใจอยากเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยและประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ซึ่งตอนนี้กำลังวางแผนอยู่ คิดว่าจะเป็นคู่มือที่มีประโยชน์มาก” คุณณภาพรกล่าว





ปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อครั้งวันวาน
วันนี้ได้แปรเปลี่ยนมาเป็น
ความภาคภูมิใจแทน...

ภารกิจติดตามดูแล

เด็กสมาธิสั้น

บทเรียนการวิจัย Case-control study





ทีมดูแลเด็กสมาธิสั้น





ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล และทีมงาน



การกึ่งติดตามดูแลเด็กสมาธิสั้น

“ตึกๆ...”

เสียงวิ่งลงบันไดคานึกๆ ดังเข้ามาจากประตูทางเดิน
เรียกความสนใจจากสายตาทุกคู่ที่หันมองไปยังต้นเสียง
นายแพทย์รูปร่างสูงโปร่ง หน้าตาใจดี ท่าทางสุขุม ใจเย็น
มองดูอาคันตุกะผู้มาเยือนด้วยความเอื้อเอ็นดู

“เป็นไงคนเก่ง วันนี้ไปทำอะไรมาบ้าง ไหนเล่าให้หมอฟัง
หน่อยซิ...” คุณหมอเอ่ยทักทายหนุ่มน้อยตรงหน้าด้วยความรู้สึก
คุ้นเคย ไม่นานนักก็มีเสียงพูดคุยของคู่สนทนาต่างวัยดังแว่วออก
มาจากห้องด้านใน ซึ่งเป็นเสียงที่กำลังแตกพร่าของหนุ่มน้อยวัย
ย่าง 13 ปีเสียส่วนใหญ่ เขาเล่าเรื่องนั้นเรื่องนี้เจื้อยแจ้วอย่าง
ออกรส โดยมีคุณแม่หนึ่งร่วมวงรับฟังพลาบมย้อยู่ข้างๆ

“ หากมองเพียงผาดเผินหนุ่มน้อยรายนี้มีลักษณะเหมือนเด็ก
ปกติทั่วไป ทว่าเขาเป็นโรคสมาธิสั้น (Attention Deficit
Hyperactivity Disorder : ADHD) คุณแม่คนนี้เป็นหนึ่งใน
ผู้ปกครองไม่กี่คนที่พาลูกมารักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ”

เขายังจำวันแรกที่คุณแม่พาลูกชายมาขอคำปรึกษาได้ ขณะที่
เธอเล่าอาการของลูกชายให้ฟังนั้น มีแววกลุ้มกังวลฉายาบ
ทาบทับบนดวงหน้าของเธอตลอดเวลา ด้วยเกรงว่าลูกจะไม่
สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นๆ ในสังคมได้ แต่หลังจากที่ได้รับการ
รักษาอย่างถูกวิธีและต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี ปัจจุบันลูกชาย
ของเขามีพัฒนาการที่ดีขึ้น และมีแนวโน้มหายเป็นปกติได้ใน
อนาคต คุณแม่เองก็คลายความกังวลลงไปได้มาก

แต่ก็มีผู้ป่วยจำนวนมากหลายร้อยรายที่หยุดการรักษากลางคัน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวกลายเป็นปัญหาในสังคมเมื่อโตขึ้น เช่น ติดยาเสพติด ทำผิดกฎหมาย ทำร้ายคนอื่น เป็นต้น

ด้วยเล็งเห็นถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะยาวหากไม่ทำการรักษาอย่างต่อเนื่อง **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล** สาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จึงสนใจทำ **โครงการวิจัยการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหยุดรักษาของเด็กสมาธิสั้นในช่วงอายุ 3-18 ปี**

หากงานวิจัยนี้สำเร็จ จะสามารถเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยป้องกันปัญหาสังคมได้ในอนาคต...



สมาริสั้น...อาจเป็นปัญหาระยะยาวหากแก้ไขไม่ตรงจุด

แม้ว่าในระยะเวลาไม่กี่ปีที่ผ่านมาสังคมไทยจะเริ่มรับรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นกันในวงกว้างมากขึ้น แต่ในแง่ปฏิบัติ เด็กสมาธิสั้นยังคงถูกมองว่าเป็นตัวปัญหา เพราะมีบุคลิกที่หลุกหลิกซุกซน อยู่ไม่นิ่ง อารมณ์ร้าย ใจร้อน วู่วาม ก้าวร้าว ชอบแหกกฎ ขาดระเบียบวินัย ขาดทักษะในการเข้าสังคม ตลอดจนปัญหาอื่นๆ จึงทำให้เด็กเหล่านี้ถูกกันออกจากสังคมไปโดยปริยาย

เมื่อถูกต่อต้านจากคนรอบข้าง เด็กสมาธิสั้นหลายคนหมดความภาคภูมิใจในตัวเอง ปลีกตัวออกจากสังคม อยู่กับตัวเองมากขึ้น หาทางออกไม่ได้เมื่อเกิดปัญหา จึงเกิดความหดหู่ ซึมเศร้า และอารมณ์แปรปรวน หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี เด็กกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะเติบโตไปเป็นเด็กมีปัญหา และอาจกลายเป็นอาชญากรในสังคม ดังที่ปรากฏเป็นภาพข่าวความรุนแรงบนหน้าหนังสือพิมพ์

อาจารย์ชาญวิทย์ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ซึ่งโรคนี้มีโอกาสหายขาดได้ หากพ่อแม่ผู้ปกครองพาเด็กมารักษาสม่ำเสมอ ทว่าในทางปฏิบัติกลับไม่เป็นเช่นนั้น

“จากการสังเกตในระยะหลังพบว่า ผู้ป่วยมีการหยุดมาติดตามการรักษา (lost follow up) ไปในปริมาณที่มากพอสมควร โดยเฉพาะในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยหายไปประมาณ 50% ซึ่งเป็นตัวเลขที่น่าตกใจ เราก็นั่งคุยกันถึงสิ่งที่เกิดขึ้น เรากลัวว่าเด็กกลุ่มนี้จะเสียโอกาส เพราะถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะเกิดผลเสียหายตามมามากมาย เด็กบางคนอาจรู้สึกหดหู่ ท้อกับการเรียน โดดเรียน และออกจากโรงเรียนกลางคัน คบเพื่อนเกเร ติดยาเสพติด บางคนอาจโตขึ้นมาเป็นอาชญากร เราไม่อยากให้เกิดเหตุการณ์แบบนั้นขึ้น จึงอยากรู้สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดการรักษา” อาจารย์ชาญวิทย์กล่าว

นอกจากนี้อาจารย์ชาญวิทย์ยังกล่าวอีกว่า หากได้รับการเยียวยาที่ถูกต้องและเหมาะสม เด็กสมาธิสั้นจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข เพราะเด็กกลุ่มนี้มีข้อดีมากมายชุกซ่อนอยู่

“ความคิดสร้างสรรค์และความฉลาด (creativity) ของเด็กกลุ่มนี้มีมากมาย แต่ถูกบดบังด้วยความชน ความดื้อ ด้วยความคิดแฉงๆ ทำให้พ่อแม่มองไม่เห็น ศักยภาพของเขาจึงถูกดึงออกมาใช้ได้ไม่เต็มที่ แต่หลังจากได้รับการรักษาแล้ว เด็กนั่งขึ้น น่ารักขึ้น เริ่มเชื่อฟังมากขึ้น พ่อแม่ก็จะเริ่มเห็นและตระหนักถึงข้อดีของลูก เริ่มพูดกับลูกดีขึ้น จนเด็กรู้สึกมีความมั่นคงและมั่นใจในตัวเองมากขึ้น และมีพัฒนาการที่เปลี่ยนไปในทางบวก เช่น จากที่เคยเรียนได้ที่สุดท้ายในห้อง บางคนถูกคัดตัวเพื่อส่งไปแข่งโอลิมปิกด้านคณิตศาสตร์ บางคนเป็นแชมป์โกะแห่งประเทศไทย หรือแชมป์เทนนิสเยาวชน หากได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี เด็กจะค้นพบตัวเองว่าเขาชอบหรือถนัดอะไร และมุ่งมั่นไปกับสิ่งนั้น เขาสามารถเป็นเลิศในด้านใดก็ได้ที่ถนัดและชอบ” อาจารย์ชาญวิทย์ กล่าว

เพราะต้องการหาคำตอบว่าอะไรคือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดการรักษา เพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วย และนำข้อผิดพลาดมาปรับปรุงการบริการ เพื่อลดอัตราการหยุดมาติดตามการรักษาในผู้ป่วยสมาธิสั้น อาจารย์ชาญวิทย์และทีมงานอันประกอบไปด้วย **คุณนิรมล ยสินทร** สาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล **คุณชุติมา แจ่มจิตร** หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช และ**คุณพัชรินทร์ เสรี** สาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จึงร่วมมือกันทำโครงการวิจัยการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหยุดรักษาของเด็กสมาธิสั้นในช่วงอายุ 3-18 ปี

งานวิจัย ไม่ยากอย่างที่คิด

แม้ว่าก่อนที่จะมาร่วมงานกันในทีมวิจัย แต่ละคนจะเคยมีประสบการณ์ในการทำวิจัยมาบ้างแล้ว แต่ก็ยังมีความกังวลซุกซ่อนอยู่ โดยเฉพาะคุณนิรมล เธอเล่าให้ฟังว่า

“เคยทำงานวิจัยที่มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์มาบ้างค่ะ แต่ยังไม่เคยทำเต็มรูปแบบ ตอนแรกที่ได้รับการติดต่อจากอาจารย์ชาญวิทย์ให้มาร่วมทีมไม่ค่อยอยากทำเท่าไร เพราะจากที่เคยทำวิจัยมา รู้สึกว่ามันยากและเหนื่อยมาก แต่พอลงมือทำจริงๆ มันไม่ได้เป็นอย่างที่เราคิดไว้ เพราะทุกคนช่วยกัน จึงรู้สึกดีกับงานวิจัยมากขึ้น และคิดว่าน่าจะทำงานสำเร็จได้” เธอกล่าว

ทางด้านคุณชุติมาเองก็เคยมีประสบการณ์การเขียนโครงร่างงานวิจัย ในช่วงที่เรียนปริญญาโทที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเช่นกัน

“เคยมีประสบการณ์ในเรื่องการทำวิจัยมาพอสมควร รู้ว่าขั้นตอนต่างๆ ต้องทำอะไรบ้าง เช่น การเขียนโครงร่างงานวิจัยและการทบทวนวรรณกรรม หรือว่าการตั้งคำถาม แต่ยังไม่เคยมีประสบการณ์สำหรับขั้นตอนการเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์ ก็พยายามเรียนรู้กับงานนี้” คุณชุติมาเล่า

ส่วนคุณพัชรินทร์ก็เคยมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเช่นเดียวกัน แต่จะเป็นการทำตามคำสั่งมากกว่าการร่วมกันคิดร่วมกันทำ โดยเธอเล่าประสบการณ์ให้ฟังว่า

“ตอนที่เรียนปริญญาโทเคยทำงานวิจัยค่ะ แต่จะเป็นการทำตามที่อาจารย์บอกมากกว่า จึงไม่ได้มีความรู้เพิ่มเติมมากนัก แต่หลังจากที่ไปเรียนปริญญาเอกซึ่งเน้นเรื่องวิจัยค่อนข้างเยอะ ทำให้มองออกตั้งแต่กระบวนการแรกๆ ว่ามันจะเป็นยังไงต่อไป แล้วจะจบยังไง” เธอกล่าว

โครงสร้างงานวิจัย...ช่วยกันคนละไม้คนละมือ

สำหรับขั้นตอนการเขียนโครงงานวิจัย ทีมงานทุกคนช่วยกันเขียนโดยแบ่งงานกันทำ แต่หากเพื่อนร่วมงานมีปัญหาติดขัด ทุกคนยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือกันอย่างเต็มที่ คุณนิรมลเล่าว่า

“เราแบ่งงานกันทำคนละส่วน มานั่งช่วยกันทำบ้างบางส่วน แบ่งกันไปเขียนทบทวนและให้อาจารย์ชาญวิทย์ช่วยดู”

คุณชุติมากล่าวเสริมว่า “ช่วงที่เขียนโครงงานวิจัย ได้รับความร่วมมือกับเพื่อนร่วมงานในสาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นอย่างดี หัวหน้าเองก็ให้ความช่วยเหลือ ทำให้สามารถเจียดเวลามาเขียนโครงงานวิจัยได้ ส่วนเรื่องการค้นคว้าข้อมูลจะพยายามเข้าห้องสมุดคณะแพทยฯ และคณะพยาบาลศาสตร์ เรียนรู้ขั้นตอนเองว่าต้องค้นหาอย่างไรบ้าง เข้าเว็บไซต์อะไรบ้าง และการมาเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการที่ R2R จัดให้ก็ช่วยได้มาก ส่วนใหญ่ก็จะทบทวนวรรณกรรมมาเรื่อยๆ แล้วก็เอามาลองแปลให้อาจารย์ชาญวิทย์ช่วยปรับ และมี R2R ช่วยดูให้อีกที” คุณชุติมากล่าว

อาจารย์ชาญวิทย์กล่าวเสริมว่า “เราจะแบ่งงานกันทำ เช่น คุณชุติมาจะเข้ามาอบรมที่ R2R ผมจะเป็นคนประสานงานกับหัวหน้าภาคและหัวหน้าสาขา แจ้งไปว่างานวิจัยนี้สอดคล้องกับงาน R2R และผลที่ได้รับจะมีประโยชน์ในหน่วยงาน ซึ่งก็ได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่”



คั่นคำตอบ

ทำโมเดลหาคำตอบติดตามการรักษา

ระหว่างรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยนั้น ทีมงานวิจัยตั้งใจจะแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ 1. **กลุ่มผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือกลุ่มควบคุม (regular follow up group)** หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอายุ 3-18 ปี ที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นตรงตามนัดอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลานานกว่า 12 เดือนขึ้นไป และไม่เคยหยุดมาติดตามการรักษามากกว่า 6 เดือน และ 2. **กลุ่มผู้ป่วยที่หยุดมาติดตามการรักษา(discontinuation group) หรือกลุ่ม case**

โดยที่กลุ่ม case แบ่งออกเป็นกลุ่มย่อยอีก 2 กลุ่มคือ **กลุ่ม early discontinuation group** หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอายุ 3-18 ปี ที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นเวลาไม่ถึง 12 เดือน และหยุดมารับการรักษามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยที่แพทย์ไม่ได้เป็นผู้ลงความเห็นสมควรหยุดการรักษา เรียกว่า **กลุ่ม ED**

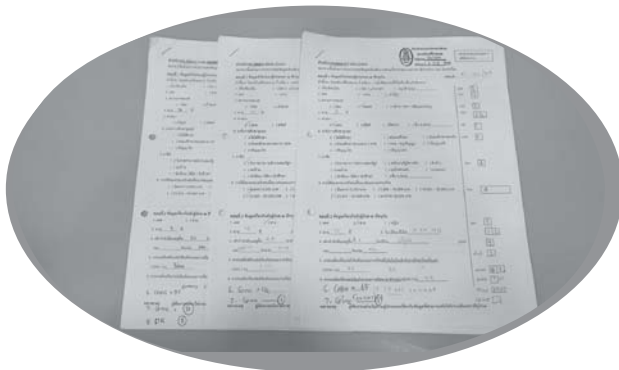
และ **กลุ่ม late discontinuation group** หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอายุ 3-18 ปี ที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นเวลานานกว่า 12 เดือน และหยุดมารับการรักษา มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยที่แพทย์ไม่ได้เป็นผู้ลงความเห็นผู้ป่วยสมควรหยุดการรักษา เรียกว่า **กลุ่ม LD**

หลังจากรวบรวมรายชื่อและแบ่งกลุ่มเรียบร้อยแล้ว ทีมงานจึงทำการคัดเลือกปัจจัยในการหยุดรักษาของผู้ป่วย อาจารย์ชาญวิทย์กล่าวว่า

“เราคัดเลือกปัจจัยที่คาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยหยุดการรักษา ด้วยการทำการศึกษานำร่อง (pilot study) โดยโทรศัพท์สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและผู้ป่วยที่หยุดมารับการรักษา อีกส่วนหนึ่งเป็นการคุยกันในห้องที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาสาเหตุการหยุดการติดตามการรักษา รวมทั้งค้นคว้าหาปัจจัยเพิ่มเติมอื่นๆ”

“พบว่าปัจจัยสำคัญที่คาดว่าจะทำให้เกิดการหยุดมาติดตามการรักษา แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ **ปัจจัยที่เกี่ยวกับเด็ก** เช่น อายุ เพศ ชั้นเรียน การศึกษา ผลการเรียน อาการของโรค **ปัจจัยเกี่ยวกับครอบครัวและผู้ปกครอง** เช่น พ่อแม่อยู่กันครบหรือแยกทางกัน สถานการณ์ในครอบครัวเป็นอย่างไรบ้าง การเลี้ยงดู **ปัจจัยในด้านการบริการ**”

“สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีหลายชนิด ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมจากครู (Conners' Teacher Rating Scales: CTRS) แบบสัมภาษณ์สาเหตุที่หยุดการรักษา แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อบุคลากรและบริการ และแบบสำรวจความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และวิเคราะห์หาค่าอำนาจพยากรณ์โดยสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก (logistic regression analysis)”

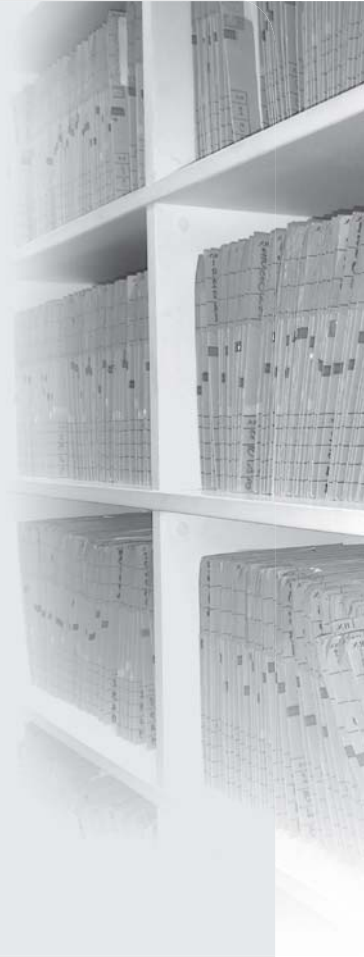


การคัดเลือกประชากรกลุ่มเป้าหมาย

งานวิจัยชิ้นนี้คัดเลือกผู้ป่วยระหว่างปี 2546-2550 ซึ่งใช้รูปแบบการศึกษาประเภท case-control study design อาจารย์ชาญวิทย์ กล่าวถึงที่มาในการคัดเลือกประชากรกลุ่มเป้าหมายในช่วงเวลานี้ว่า

“ที่เราเลือกช่วงเวลานี้เพราะว่าเป็นช่วงที่เรา มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยสมบูรณ์ที่สุด เราเริ่ม พัฒนาการจัดเก็บข้อมูล และการเขียนแฟ้มตั้งแต่ ปี 2544 แต่เราใช้เวลา 2 ปีในการสรุปว่าเรา เก็บข้อมูลมาเพียงพอหรือยัง ข้อมูล 2 ปีแรกยังไม่หนึ่ง จะมีบางรายที่เรายังไม่เก็บ และมารู้ทีหลัง ว่าเป็นรายที่สำคัญที่ต้องเก็บ เราก็ใส่รายชื่อเพิ่ม ซึ่งเราได้ข้อมูลครบในปี 2546”

“ฐานข้อมูลของเราคือ 500 กว่าคน แต่มี ประชากรที่เข้าเกณฑ์ 480 คน ซึ่งสามารถเก็บ ข้อมูลจริงได้เพียง 375 รายเท่านั้น ในการเก็บ ข้อมูลเราเอาผู้ป่วยทุกรายที่ตรงตามนิยาม เพื่อ เหลือเผื่อขาดสำหรับคนที่ติดต่อไม่ได้ หรือไม่ให้ ความร่วมมือ” อาจารย์ชาญวิทย์กล่าว



เมื่อรวบรวมปัจจัยที่คาดว่าจะป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดการรักษา และแบ่งกลุ่มชัดเจนแล้ว ก็เข้าสู่ขั้นตอนของการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล เพื่อป้องกันอคติและให้ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรงแม่นยำ ทีมงานวิจัยจึงติดต่อ บุคลากรภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาเด็กสมาธิสั้นเข้ามาเก็บ ข้อมูลผู้ป่วย ในกรณีนี้อาจารย์ชาญวิทย์กล่าวว่า

“เราเลือกนักสังคมสงเคราะห์ที่รับเข้ามาใหม่ ยังไม่เคยติดต่อกับ ผู้ป่วยโดยตรง เพราะจะทำให้เขามีความเป็นกลาง ไม่มีอคติในการเก็บ ข้อมูล ผู้ป่วยเองก็จะรู้สึกสบายใจและกล้าบอกข้อมูลทุกอย่าง ซึ่งเป็น ประโยชน์อย่างมากในการทำวิจัย”

“รูปแบบการสัมภาษณ์เราใช้วิธีสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยมีการ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ป่วยฟัง สำหรับ ผู้ป่วยที่มารักษาสม่ำเสมอเราจะใช้วิธีนัดมาคุยแบบพบหน้ากัน ให้เขา ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง และสิ่งสำคัญคือ ขอความยินยอมเข้าร่วม การวิจัย (consent form) และยินยอมให้ค้นข้อมูลจากเวชระเบียนจาก ผู้ป่วย โดยให้เจ้าหน้าที่ที่เก็บข้อมูลเป็นผู้แจ้งและขออนุญาตผู้ป่วย โดยตรง”

สำหรับรายละเอียดของการสัมภาษณ์ติดตามผล ใช้เวลาเพียง 20 นาทีต่อคนเท่านั้น แต่มีปัญหาในขั้นตอนการโทรศัพท์ติดต่อเพื่อขอ สัมภาษณ์ ทำให้เกิดความล่าช้าในการเก็บข้อมูล การทำงานไม่เป็นไป ตามตารางเวลาที่วางไว้ตั้งแต่แรก ซึ่งคุณชุติมากล่าวว่า

“การนัดสัมภาษณ์ค่อนข้างมีปัญหา เพราะผู้ปกครองส่วนใหญ่จะมี เวลาว่างตอนเย็นๆ โทรดึกเกินไปก็เข้านอนแล้ว บางครั้งก็บ่นข้าวลูก อยู่ บางครั้งก็ไม่ว่าง เราก็ต้องพยายามนัดให้ได้คำตอบแน่นอนว่าว่าง ช่วงไหน เพื่อโทรไปใหม่ ต้องพยายามโทรช่วงเย็นๆ บางคนต้องโทร 3-4 รอบ บางคนใช้เวลาโทรศัพท์นัดนาน 3 เดือนกว่าจะได้สัมภาษณ์”

“ปัญหาอีกอย่างหนึ่งที่พบบ่อย คือมีคุณแม่บางคนพาลูกมารักษา แต่เมื่อเราโทรศัพท์ติดตามผลที่บ้าน คุณพ่อเป็นคนรับสายซึ่งไม่รู้ว่าคุณแม่แอบพาลูกมารักษา อาจทำให้เกิดปัญหาภายในครอบครัวของผู้ป่วยได้ เราจึงแก้ปัญหาด้วยการดูหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยว่าใครเป็นคนพามาตรวจ ก็จะโทรหาคนนั้น ในกรณีที่ติดต่อทางมือถือไม่ได้ เพราะผู้ป่วยเปลี่ยนเบอร์มือถือใหม่ เราจึงจะโทรเบอร์บ้าน ซึ่งกว่าจะได้แต่ละรายก็ยากลำบากเหมือนกัน”

คุณพัชรินทร์เล่าว่า “ปัญหาที่เจออีกอย่างหนึ่งคือการสืบค้นข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอก ซึ่งได้รับข้อมูลจากการ scan มาเป็น file ข้อมูลบางแผ่นที่ได้รับมามีการ scan กลับหัวกลับหาง ไม่ชัดเจน ทำให้ขั้นตอนการแยกกลุ่มค่อนข้างยุ่งยาก ข้อมูลมีไม่ครบข้าง เราก็ต้องตามดูว่ามีข้อมูลไหนที่ยังไม่สมบูรณ์ ต้องตามเก็บให้ครบ ที่สำคัญต้องมีสมาธิในการแยกข้อมูล เพราะมีผู้ป่วยประมาณ 500 กว่าคน แต่เรามีบุคลากรที่ดูข้อมูลนี้แค่ 3 คน จึงใช้เวลานานพอสมควร”

วิเคราะห์ปัญหาแบบองค์รวม

ในระหว่างที่ทำการวิเคราะห์ข้อมูล มีหลายปัจจัยที่เป็นตัวแปรต่อผลการวิเคราะห์ ในกรณีนี้อาจารย์ชาญวิทย์กล่าวว่า

“ข้อดีของการที่เราทำงานด้านจิตเวช เราจะถูกสอนให้มองทุกอย่างเป็นเรื่องรวม เพราะทุกอย่างมีความเกี่ยวข้องกันหมด อย่างหนึ่งมีผลต่ออีกอย่างหนึ่งเสมอ ทั้งเรื่องของเศรษฐฐานะ ความรู้ ความพึงพอใจ มันมีส่วนที่เชื่อมโยงกัน เช่น ผู้ป่วยที่หายไป 1 คน อาจจะเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยฐานะยากจน ขาดความรู้ มาแล้วได้รับการบริการที่ไม่ถูกใจ มีความรู้สึกว่าเป็นเพราะตัวเองมีฐานะยากจนจึงได้รับบริการแบบนี้ เป็นความน้อยเนื้อต่ำใจ”

คุณพัชรินทร์กล่าวเสริมในเรื่องของตัวแปรในการวิเคราะห์ข้อมูลว่า

“ตัวแปรทั่วไปของผู้ปกครองที่จะพาเด็กมาหรือไม่มารักษาก็คือ รายได้กับอาชีพ อาชีพที่มารับการรักษาต่อเนื่องส่วนใหญ่มักจะเป็น ข้าราชการ เป็นพนักงานของรัฐที่มีรายได้มั่นคงในระดับหนึ่ง ส่วน ตัวแปรในเด็กจะเป็นในเรื่องของอายุกับชั้นเรียน ซึ่งถ้าเด็กโตขึ้นเรื่อยๆ โอกาสที่จะหยุดมาติดตามการรักษาก็จะมากขึ้น”

อาจารย์ชาญวิทย์ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “เด็กที่เริ่มเป็นวัยรุ่นจะบอกว่าไม่เป็นไร ผมหายแล้ว ไม่ต้องกินยาแล้ว คือในธรรมชาติของวัยรุ่น เป็นวัยที่ต้องการเหมือนเพื่อน ไม่อยากถูกมองว่าแตกต่างจากเพื่อน อะไรที่เป็นตัวบอกว่าเขาต้อย อ่อนแอ และแตกต่างจากเพื่อน เด็กก็จะรับไม่ได้”

“เขาจะปฏิเสธว่าเขาไม่ได้เป็นโรค ไม่ยอมกินยา เพราะยาเป็น สัญลักษณ์ของความอ่อนแอ เป็นสัญลักษณ์ของการป่วยเป็นโรค และการมาที่หน่วยจิตเวชเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เขารู้สึกว่าเขาไม่เหมือนเพื่อน การก้าวสู่วัยรุ่นจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการหยุดมาติดตามการรักษา” อาจารย์ชาญวิทย์กล่าว

รักษาเด็กสมาธิสั้นอย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมายของการรักษาโรคสมาธิสั้นส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับอายุเด็ก ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ เด็กเล็กและเด็กโต โดยอาจารย์ชาญวิทย์กล่าวว่า

“ถ้าเป็นกลุ่มเด็กเล็กอายุ 6-8 ขวบ เป้าหมายหลักในการรักษาของเราอยู่ที่การหายขาด แต่ต้องเริ่มมารักษาตั้งแต่เล็กๆ และรักษาต่อเนื่องสัก 5-6 ปี อย่างสม่ำเสมอ เด็กจะมีโอกาสหายขาดประมาณ 30-40% โดยไม่ต้องกินยาตลอดชีวิต ระหว่างรักษาเราก็จะปรับ

พฤติกรรมต่าง ๆ ฝังในเรื่องของทักษะที่เขาจำเป็นต้องมี เช่น ความเป็นระเบียบ ความมีวินัยในตัวเอง การควบคุมตัวเอง และเขาจะสามารถหายขาดตอนอายุ 12-13 ปี เมื่อถึงตอนนั้นเราจะหยุดให้ยา”

“อีกลกลุ่มหนึ่งคือกลุ่มเด็กโตอายุ 12 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะช่วงอายุ 15-16 ปี เด็กกลุ่มนี้จะมาเข้ารับการรักษาเพราะพ่อแม่ทนไม่ไหวแล้วกับพฤติกรรมของลูก เช่น หนีเรียน คบเพื่อนเกเร ซึ่งเป้าหมายการรักษาในช่วงอายุนี้นี้จะเปลี่ยนจากการหายขาดมาเป็นการกระตุ้น เพื่อให้เด็กสามารถใช้ศักยภาพของตัวเองให้ได้อย่างเต็มที่ เป็นการฟื้นคืนศักยภาพ (restore function) ของเขา เช่น กระตุ้นให้เขาเรียนดีขึ้น ให้มีปฏิสัมพันธ์กับพ่อแม่ดีขึ้น ให้เขาไม่หยุดเรียน ซึ่งการรักษากลุ่มเด็กโตต้องใช้เวลานานมาก บางคนรักษาจนอายุ 30 ปีก็มี”

“ปัญหาที่พบในการรักษาเด็กอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไปคือ เด็กมักจะไม่นิยมรับว่าตัวเองเป็นโรคสมาธิสั้น จะต่อต้านการรักษา ปฏิเสธการกินยา คือเมื่อเด็กโตขึ้นเราจะให้เขากินยาเอง แต่จะเริ่มควบคุมวินัยไม่ได้ เพราะเขาจะแอบเอายาทิ้ง ผู้ปกครองไม่รู้ สุดท้ายความลับแตก เพราะว่าเกรดตก พ่อแม่ก็พากลับมารักษาใหม่”

“ในรายที่เราสามารถดึงกลับมารักษาได้ส่วนใหญ่มักจะได้รับบทเรียนที่เจ็บปวดมาแล้ว เกิดการเรียนรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้นในชีวิต และยอมรับว่าตัวเองป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น เปลี่ยนมุมมองในการเข้ารับการรักษาว่ายาช่วยเขาได้” อาจารย์ชาญวิทย์กล่าว



โดยธรรมชาติแล้วเด็กสมาธิสั้นจะอยู่ไม่นิ่ง หรือที่เรียกว่าเด็กไฮเปอร์ (hyper) ซึ่งอาจสร้างความหงุดหงิดรำคาญใจให้กับคนที่อยู่รอบข้างได้ ดังนั้น ขั้นตอนการรักษาเด็กสมาธิสั้นมี 2 วิธีคือ การให้ยาและปรับพฤติกรรม โดยอาจารย์ชาญวิทย์กล่าวว่า การให้ยาจะทำให้เด็กนิ่งขึ้น จดจ่ออยู่กับงานได้นานขึ้น สามารถเรียนหรือทำกิจกรรมได้ดีขึ้น

“มีการทดลองที่เรียกว่า MTA study ตีพิมพ์เมื่อปี 1999 ถือเป็น landmark study ของวงการ เสนอนำเด็กสมาธิสั้นมาแบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ 1) การปรับพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยาโดยจิตแพทย์ (combined treatment) มีการติดตามผลอย่างใกล้ชิด 2) การให้ยาอย่างเดียวโดยจิตแพทย์ มีการติดตามผลอย่างใกล้ชิด 3) ปรับพฤติกรรมอย่างเดียว และ 4) รักษาตามธรรมชาติ (natural treatment)”

“พบว่ากลุ่มที่ได้ผลดีมี 2 กลุ่มคือ กลุ่ม combined treatment และกลุ่มที่รักษาด้วยยาอย่างเดียว โดยที่ผลข้างเคียงจากการรักษาของ 2 กลุ่มนี้ต่างกันนิดเดียว combined treatment ได้ผลดีกว่านิดหน่อย จึงเป็นที่มาของการนำผลการทดลองดังกล่าวมาเป็น guideline ของสมาคมต่างๆ ทั้งทั้งอเมริกาและยุโรปว่า การรักษาโรคสมาธิสั้นจำเป็นต้องใช้ยา 70% อีก 30% คือการปรับพฤติกรรมของพ่อแม่ในครอบครัว และครูที่โรงเรียน”

“ในเรื่องของการปรับพฤติกรรมนั้น อันดับแรกต้องปรับทัศนคติของพ่อแม่ ให้มองลูกตัวเองใหม่ หลากๆ คนจะมองว่าการที่มีลูกสมาธิสั้นเป็นความโชคร้าย บางคนจะรู้สึกผิดว่าตัวเองทำแต่งงานแต่ไม่มีเวลามาดูแลลูก ซึ่งเราต้องมาปรับทัศนคติของพ่อแม่ใหม่ ทั้งในแง่บวกและแง่ลบต่อการที่มีลูกเป็นสมาธิสั้น และพยายามส่งเสริมในแง่บวก แก่ไขในแง่ลบ ให้มองใหม่ว่าการที่มีลูกเป็นสมาธิสั้นเป็นเรื่องของความท้าทาย เป็นการพิสูจน์ว่าเขาเป็นพ่อแม่ที่ดีหรือเปล่า เลี้ยงลูกธรรมดา

ใครก็เลี้ยงได้ แต่ถ้าเลี้ยงลูกที่เป็นสมาธิสั้นให้ประสบความสำเร็จ น่าภูมิใจมากกว่า”

“อย่างที่ยกมาว่าเป้าหมายแรกคือการรักษาให้หายขาดในกลุ่มเด็กเล็ก แต่ในกลุ่มเด็กโต เราจะกระตุ้นศักยภาพของเด็กกลุ่มนี้ออกมาให้ได้ ถ้าเขาเห็นคุณค่าในตัวเอง (self-esteem) ที่ดี โอกาสที่เขาจะเป็นปัญหากับสังคมก็จะน้อยลง ส่วนกลุ่มที่รักษาไม่สม่ำเสมอ self-esteem จะลดลงเรื่อยๆ จากการที่เขาถูกด่า ถูกทำโทษ ถูกตำหนิ ไม่มีใครไว้วางใจ เขาก็จะไปจับกลุ่มกับคนที่เป็นแก๊งค์ในห้องเหมือนกัน และกลุ่มนี้ก็พากันไปลองยาเสพติด เล่นการพนัน โดดเรียน หนีเรียน สุดท้ายก็ไปเป็นอันธพาล เป็นปัญหาสังคมต่อไป” อาจารย์ชาญวิทย์กล่าว

ทัศนคติเปลี่ยน สังคมเปลี่ยน

อุปสรรคอย่างหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยสมาธิสั้นในประเทศไทยคือ ทัศนคติของพ่อแม่ผู้ปกครองที่คลาดเคลื่อนต่อการรักษา อาจารย์ชาญวิทย์กล่าวว่า

“ต้องยอมรับว่าปัจจุบันทัศนคติต่อการรักษาโรคสมาธิสั้นในเมืองไทยยังคลาดเคลื่อน หลายคนยังมองว่าสมาธิสั้นคือออทิสติก คือเด็กเอ๋อ คือเด็กที่ทำอะไรไม่ได้ เมื่อพ่อแม่ได้ยินว่าลูกเป็นสมาธิสั้นก็เสียใจ หดหู่ และมองแต่จุดด้อย เพราะฉะนั้น เรา ก็จะพยายามให้พ่อแม่มองเห็นจุดดีของการที่เขามีลูกเป็นเด็กสมาธิสั้น”

“เด็กกลุ่มนี้คือเด็กฉลาด I.Q. ดี พลังงานเยอะ ถ้าเราสามารถนำพลังงานของเขาไปใช้ในทางสร้างสรรค์จะเป็นผลดีมาก เพราะเด็กกลุ่มนี้มีความคิดสร้างสรรค์ คิดนอกกรอบเก่ง ถ้าให้โอกาสเขาคิดในทางที่ถูกต้อง เขาจะทำได้ดีมาก”

“เรื่องที่สองคือ ทัศนคติของผู้ปกครองต่อการให้เด็กกินยาในบ้าน เราค่อนข้างไม่ดี ความรู้ที่ได้ตามสื่อต่างๆ หรือการได้ยินจากปากต่อปาก

มันเป็นไปได้ในด้านลบมากกว่าด้านดี เช่น กินยาแล้วเอ๋อ กินแล้วซีม กินแล้วสะสม กินแล้วหัวใจวาย กินแล้วจะติดยา ขาดยาไม่ได้ กินแล้วจะก้าวร้าว เป็นข่าวลือที่ฝังรากลึกอยู่ในสังคมไทยไปแล้ว ในต่างประเทศก็เหมือนกัน พ่อแม่ก็จะเลือกไม่ให้ลูกกินยา ถ้าเราปรับทัศนคติของพ่อแม่ได้ การรักษาก็จะง่ายขึ้น” อาจารย์ชาญวิทย์กล่าว

Teamwork...ถูกใจสู่ความสำเร็จ

ทีมงานดีมีชัยไปกว่าครึ่ง เป็นคำกล่าวที่ไม่เกินจริงเลยสำหรับการทำวิจัยชิ้นนี้ เพราะแต่ละคนจะมีความเชี่ยวชาญในแต่ละด้าน เพื่อเสริมทัพในการทำงานวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

คุณชุดิมาหนึ่งในทีมงานเล่าว่า เดิมทีเธอประจำอยู่หอผู้ป่วยอายุรศาสตร์พิเศษ โรงพยาบาลศิริราช แต่ทำเรื่องย้ายมาทำที่จิตเวชเด็ก เพราะเธอชอบทำงานที่เกี่ยวกับเด็ก

ส่วนคุณนิรมลเรียนปริญญาโททางด้านจิตวิทยาโรงเรียนซึ่งเกี่ยวกับเด็กพิเศษที่อเมริกา และหลังเรียนจบเธอเข้าทำงานในโรงเรียน pre-school ที่อเมริกาซึ่งเป็นโรงเรียนเด็กปกติเป็นเวลา 1 ปี เพราะคิดว่าถ้ารู้เรื่องเด็กพิเศษก็ต้องรู้เรื่องเด็กปกติด้วย

ทางด้านคุณพัชรินทร์พื้นเดิมเป็นพยาบาล ทำงานอยู่แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช หลังจากนั้นเธอก็ไปเรียนต่อปริญญาโท จิตวิทยาพัฒนาการ และเรียนต่อปริญญาเอก สาขาการศึกษาพิเศษ โดยเน้นในเรื่องเด็กพิเศษทั้งหมด อาจารย์ชาญวิทย์ให้เหตุผลในการเลือก 3 คนนี้มาเข้าร่วมทีมวิจัยว่า

“ผมเห็นศักยภาพของทั้ง 3 คนว่าสามารถทำได้ แต่ละคนก็มีความสามารถในแต่ละด้าน และที่สำคัญคือทุกคนมีใจอยากจะทำงานนี้ ผมเป็นเพียงแค่คนที่ออกความเห็น คอยให้ความมั่นใจกับทีมว่างานวิจัยชิ้นนี้สำคัญ เราจะทำไปด้วยกัน และเราจะพยายามผลักดันให้งานสำเร็จ

การที่ทีมมีความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีความไว้วางใจ ความนับถือ ให้เกียรติต่อกันและกัน ผมว่าเป็นสิ่งสำคัญ”

“ทุกคนทำงานแบบทีมเวิร์ค มีใจ มีความฮึด มีลูกฮึด มีความกระตือรือร้นที่จะทำ และมองทุกอย่างเป็นโอกาสที่ดี ผมมองว่าทีมเข้มแข็ง มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันในทีม ไม่มีการเกี่ยงงานกัน ทุกคนรู้บทบาทหน้าที่ของตัวเอง ให้การเคารพนับถือ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ยอมรับในความสามารถของแต่ละคน สามารถทำงานร่วมกันได้ไม่มีข้อขัดแย้งต่อกัน”

“นอกจากนี้ เรื่องของผู้นำหรือผู้ทำวิจัยเองก็มีผล ถ้าผู้ทำวิจัยคิดคนเดียว คิดเอง เออเอง ทำเอง มันจะไม่สำเร็จ ทีมวิจัยที่จะไปรุดต่องมีกระบวนการของการมอบหมายงานให้ทีมงานที่ทำวิจัยร่วมกัน ให้เขาพัฒนาตัวเองได้ และให้เขาตระหนักถึงศักยภาพที่เขามี” อาจารย์ชาญวิทย์กล่าวถึงกุญแจสำคัญของความสำเร็จ

งานราบรื่นเพราะทุกคนร่วมมือ

ระหว่างการทำงาน ถือเป็นเรื่องธรรมดาที่ความคิดเห็นที่ทีมงานไม่ตรงกัน แต่ก็อยู่ในเนื้อหาของงานเท่านั้น ซึ่งในที่สุดแล้วทุกคนก็ช่วยกันหาทางออกร่วมกันได้ คุณนิรมลกล่าวว่า

“ส่วนใหญ่จะเป็นการขัดแย้งในเรื่องของเนื้อหาการทำงานมากกว่า ถ้าเรามีปัญหาติดขัดอะไร เราก็สามารถขอความช่วยเหลือกันได้ ทุกคนจะยินดีช่วยเหลือกันอย่างเต็มที่ ที่สำคัญคือทุกคนรู้หน้าที่ของตัวเอง และรับผิดชอบงานของตัวเองอย่างเต็มที่”

ส่วนคุณชุติมากกล่าวว่า “เราจะหาเวลาคุยกันเรื่อย ๆ ค่ะ อาจารย์ชาญวิทย์เป็นหัวหน้าทีมที่น่ารัก ท่านไม่ได้ออกคำสั่ง แต่ลงมือทำให้เห็นทำไปด้วยกัน สามารถคุยงานได้ตลอด หรือถ้าเวลาไม่ตรงกันก็สามารถคุยงานทางโทรศัพท์ หรืออีเมลได้ ทำให้พวกเรารู้สึกผ่อนคลายในการทำงาน”

R2R...เป็นมากกว่ายูทูป

การเดินทางในเส้นทางสายวิจัยนี้ จะไม่สามารถขับเคลื่อนไปได้ อย่างราบรื่น หากไม่มีหน่วยงาน R2R ที่คอยกรุยทางไว้ให้ทีมงาน เดินทางได้สะดวกตั้งแต่แรกเริ่มออกเดินทาง คุณชุติมากล่าวถึง R2R ว่า

“R2R ช่วยพวกเราได้เยอะเลยคะ เหมือนปูทางไว้ให้เราที่ละขั้นตอนว่าควรทำอะไรก่อนหลัง มีการเข้าไปจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการที่สำคัญ R2R จะคอยเตือนเรื่องส่งรายงานให้เราไม่หลุด เพราะงานประจำมันเยอะอยู่แล้ว ตอนแรกเราไม่ได้วางแผนเป็นเรื่องเป็นราว ก็ได้ R2R นี่แหละช่วยกระตุ้นให้ส่งรายงาน”

ส่วนคุณนิรมลกล่าวเพิ่มเติมว่า “ทีมงาน R2R น่ารักทุกคนคะ คอยสนับสนุนทุกอย่าง มีปัญหาอะไรก็สามารถโทรมาปรึกษาได้ตลอดเวลา มีความยืดหยุ่น ให้ความช่วยเหลือทุกอย่างที่เราติดขัด”

คุณพัชรินทร์กล่าวว่า “สมัยก่อนถ้าพูดเรื่องงานวิจัยเราก็จะรู้สึกว่ายุ่งยาก เราจะไปเอาเงินมาจากตรงไหน จะทำยังไง ใครจะเป็นที่ปรึกษา คิดไม่ออก แต่ตอนนี้ถ้าสมมติว่าเราอยากทำงานวิจัยสักเรื่องหนึ่ง อย่างน้อยเราก็จะนึกถึง R2R ก่อน เพราะสามารถช่วยเหลือเราได้”

ด้านอาจารย์ชาญวิทย์กล่าวว่า ความสำเร็จทั้งหมดในการทำวิจัย ขึ้นนี้ ส่วนหนึ่งต้องยกความดีให้หน่วยงาน R2R

“ขอบคุณ R2R ที่คอยสร้างขวัญและกำลังใจ และสร้างแรงจูงใจ ให้ทีมงานรู้สึกมั่นคงในการทำวิจัย เรารู้สึกอุ่นใจว่ามีผู้สนับสนุนที่ดี ซึ่งในที่นี้ไม่ได้หมายถึงแค่เรื่องทุน แต่หมายถึงในเรื่องของความรู้ ความเข้าใจ เรื่องของระเบียบวิธีวิจัย ทีมงาน R2R พยายามช่วยเหลือเราทุกขั้นตอน เป็นกัลยาณมิตรที่ดีมากของผู้ทำวิจัย ซึ่งตรงนี้ผมคิดว่า เป็นกุญแจแห่งความสำเร็จที่นอกเหนือจากที่ม ผมมองว่าทีมวิจัยที่ขาดผู้สนับสนุนตรงนี้ อาจทำงานวิจัยให้สำเร็จได้ยาก” อาจารย์ชาญวิทย์ กล่าวถึง R2R

ร่วมแรงร่วมใจจนได้ผลงานชิ้นโบว์แดง

หลังจากฟันฝ่ากับความเหนื่อยหนักในการทำงาน เริ่มตั้งแต่ตั้งคำถามวิจัย รวบรวมข้อมูล เขียนโครงร่างงานวิจัย ลงมือเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การติดตามผล การวิเคราะห์ข้อมูล จนถึงขั้นตอนการสรุปผลงานวิจัย วันนี้ทุกคนหายเหนื่อยเป็นปลิดทิ้ง เพราะได้ผลงานที่น่าภาคภูมิใจ โดยผลการวิจัยพบว่า สาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างหยุดการรักษามากที่สุด คือ เด็กไม่ร่วมมือกับการรักษา รองลงมา คือ การที่เด็กกินยาแล้วมีผลข้างเคียงของยามาก และการไม่สะดวกมาตรวจในเวลาราชการ ขณะที่การพยากรณ์โอกาสในการหยุดการรักษา พบว่า ความพึงพอใจต่อบุคลากรมีผลต่อการตัดสินใจหยุดการรักษา 1.05 เท่า ความพึงพอใจต่อบริการมีผลต่อการตัดสินใจ 1.70 เท่า ความรู้ของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้นเกี่ยวกับการใช้ยาและการเห็นความสำคัญของการรักษา มีผลตั้งแต่ 1.01-1.52 เท่าและมีผลต่อการติดตามการรักษาหรือการหยุดการรักษาของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นแก่เด็กและผู้ปกครอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การเพิ่มคุณภาพของการบริการ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการลดอัตราการหยุดการรักษาของเด็กสมาธิสั้น

อาจารย์ชาญวิทย์เผยความรู้สึกหลังจากทำงานวิจัยประสบความสำเร็จว่า

“ผมรู้สึกภูมิใจทั้ง 2 ส่วน คือภูมิใจกับผลงานที่ได้รับ และภูมิใจกับทีมงาน ถ้าไม่มีทีมงานทีมนี้ งานวิจัยก็คงไม่สำเร็จ” อาจารย์ชาญวิทย์กล่าวสรุปสั้นๆ

สำหรับคุณพัชรินทร์นอกจากทีมงานแล้ว เธอขอยกความดีส่วนหนึ่งให้กับอาจารย์ชาญวิทย์ ซึ่งสำหรับเธอแล้วเขาเป็นมากกว่าหัวหน้าโครงการวิจัย

“ต้องขอบคุณอาจารย์ชาวนิวิทย์ที่คอยอยู่ใกล้ๆ และสามารถปรึกษาได้ทุกเรื่อง เวลาเจอปัญหาเราสามารถเดินเข้าไปปรึกษาอาจารย์ได้ตลอด อาจารย์ไม่เพียงเป็นหัวหน้าเราเท่านั้น แต่เหมือนพี่ชายเหมือนพ่อที่คอยให้คำปรึกษาทุกเมื่อ และที่สำคัญอาจารย์มีเมตตาและให้เกียรติพวกเรามาก” คุณพัชรินทร์กล่าว

คุณนิรมลกล่าวพร้อมรอยยิ้มว่า “จากที่เราท้อมะแรงกายแรงใจ เมื่อผลที่ได้รับมันชัดเจน เราสามารถนำไปแก้ไขงานของเราได้จริงๆ มันเป็นความรู้สึกลึกๆใจค่ะ”

ส่วนคุณชุติมาบอกว่า “ภูมิใจมากค่ะ ที่งานวิจัยมีประโยชน์กับผู้ป่วย และสามารถพัฒนางานบริการของหน่วยงานเราให้มีมาตรฐานมากขึ้น” เธอสรุป

ประโยชน์ส่วนรวมและส่วนตน พลพวงจากงานวิจัย

นอกจากผลงานวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานและผู้ป่วยแล้ว ทีมงานทุกคนก็พลอยได้รับประโยชน์ไปด้วย คุณพัชรินทร์กล่าวว่า

“เดิมทีเป็นพยาบาลและเปลี่ยนมาเป็นนักวิชาการ ในสมัยก่อนไม่มีความรู้เรื่องการทำงานวิจัยเท่าไร แต่หลังจากที่ทำวิจัยชิ้นนี้แล้วมันช่วยพัฒนาในเรื่องของการทำวิจัย โดยเฉพาะสถิติ ตอนเรียนอาจารย์สอนตามตำรา แต่เมื่อได้ลงมาทำวิจัยชิ้นนี้มันมีรายละเอียดค่อนข้างเยอะ อะไรที่เราไม่เคยรู้ก็ได้รู้มากขึ้น”

คุณนิรมลกล่าวว่า “งานวิจัยได้ทำให้ได้เรียนรู้เพิ่มขึ้น และเหมือนได้ทบทวนความรู้ที่เคยเรียนมา ตอนที่เรียนปริญญาโทเรารู้แบบครึ้งๆ กลางๆ แต่ตอนนี้เรารู้ทุกขั้นตอน”

สำหรับคุณชุติมากล่าวถึงประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยว่า “ได้เรียนรู้ขั้นตอนการทำงานวิจัยแบบสมบูรณ์ ได้ประสบการณ์ ได้เรียนรู้ได้พัฒนาตัวเอง”

เมื่อผลงานวิจัยชิ้นนี้ประสบความสำเร็จ จึงมีการวางแผนสำหรับ
ทำงานวิจัยในอนาคต โดยอาจารย์ชาญวิทย์กล่าวว่า

“ตอนนี้สาขาวิชาได้จัดตั้งคลินิกพิเศษศูนย์ความเป็นเลิศ ชื่อ
‘คลินิกเพิ่มพูนทักษะการเรียนรู้’ หรือเรียกสั้นๆ ว่า LSIC (แอลสิก) มา
จากคำว่า Learning Skill Improvement Clinic เป็นคลินิกที่ให้บริการ
ผู้ป่วยแบบครบวงจร โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ประกอบด้วย จิตแพทย์
เด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยา ครูการศึกษาพิเศษ นักสังคมสงเคราะห์
นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาล แพทย์ไม่ได้อีกหลายคนทีเดียว มีทีม
นักจิตวิทยาคอยให้คำปรึกษา ทำแบบทดสอบทางจิตวิทยา และออก
เยี่ยมติดตามเด็กที่โรงเรียน มีทีมครูการศึกษาพิเศษ และนักกิจกรรม
บำบัดช่วยกระตุ้นฝึกสอน และมีนักสังคมสงเคราะห์ออกไปเยี่ยมเด็กที่บ้าน
งานของเราไม่ได้ตั้งรับอย่างเดียว แต่เป็นการกระจายออกไปข้างนอก
เพื่อทำงานเชิงป้องกันด้วย นอกจากนี้ เรากำลังจะทำงานวิจัยอีกเรื่อง
เป็นการเปรียบเทียบเจตคติต่อการเรียน ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง
ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครอง ความสุขของเด็กและผล
การรักษาของเด็กที่มีปัญหาการเรียนในคลินิกเพิ่มพูนทักษะการเรียนรู้
(LSIC) กับคลินิกปกติในหน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ซึ่งเรา
กำลังร่างโครงร่างงานวิจัย และคิดว่าจะส่ง R2R ในเร็วๆ นี้” อาจารย์
ชาญวิทย์เปรยถึงโครงการงานวิจัยในอนาคตให้ฟังคร่าวๆ



หลังจากงานวิจัยสามารถสรุปปัจจัยได้ชัดเจนแล้วว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดการหยุดมาติดตามการรักษา นั้น ส่วนหนึ่งมาจากการบริการของบุคลากรในหน่วยงาน อาจารย์ชาญวิทย์กล่าวว่า

“เมื่อผลการวิจัยออกมาแล้ว เราสามารถปรับปรุงเรื่องของการให้บริการได้ทันที ว่าจุดไหนที่เขาไม่พอใจ ส่วนเรื่องความรู้ ตอนนี้อาจจะเริ่มทำโปรแกรมในเรื่องของการให้ความรู้แบบกลุ่ม โดยที่เรามีเนื้อหาชัดเจนว่าเราจะให้ความรู้เรื่องอะไรเป็นขั้นตอน เช่น เรื่องของความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการรักษา การกินยา ในเรื่องของ biological ว่าสาเหตุมันเป็นยังไง ต่อมาก็เรื่องยา ว่ากินไปเพื่ออะไร มีผลข้างเคียงอย่างไรบ้าง จะป้องกันอาการข้างเคียงได้ยังไงบ้าง ผลของการไม่กินยาจะเกิดอะไรตามมาบ้าง”

คุณพัชรินทร์กล่าวว่า “ที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนคือ ผู้ป่วยกลุ่ม early lost follow up ที่มารักษาครั้งเดียวแล้วหายไป ส่วนใหญ่เป็นเพราะการให้บริการด้านแรก เช่น เวชระเบียน เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ต้องติดต่อกับผู้ป่วยโดยตรง ยังให้บริการที่ไม่ประทับใจ ส่วนผู้ป่วยกลุ่ม late lost follow up พอรักษาไปได้ระยะหนึ่ง มีการติดต่อกับหมอมากขึ้น ก็จะไม่พอใจในตัวหมอที่รักษาบ้าง เพราะรูปแบบการรักษาของหมอแต่ละคนไม่เหมือนกัน”

คุณชุดิมากล่าวเสริมว่า “นอกจากนี้ ยังมีในส่วนของอัตรากำลังของบุคลากรด้วย ก่อนหน้านี้บุคลากรมีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถให้บริการกับผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ประทับใจในบริการที่ล่าช้า รวมถึงมีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานบ่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ แต่ปัจจุบันมีการขออัตรากำลังมาเพิ่มเติม และมีเจ้าหน้าที่พยาบาลมาประจำแล้ว”

ส่วนคุณนิรมลกล่าวว่า “อะไรที่เคยเป็นจุดบอดในเรื่องการให้บริการในหน่วยงานของเราก็ปรับปรุงให้ดีขึ้น ปรับปรุงกระบวนการให้การดูแล พยายามไม่ให้ผู้ป่วยมารอนาน ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาก็สามารถติดต่อกับหมอได้โดยตรง”

หลังจากหยุดการรักษาไปได้ระยะหนึ่ง ผู้ป่วยหลายคนก็กลับเข้ามารับการรักษาใหม่ และมีแนวโน้มจะอยู่รักษาอย่างต่อเนื่องจนจบแผนการรักษา เพราะผู้ป่วยเริ่มเล็งเห็นความสำคัญของการรักษาโรคสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น

หนุ่มน้อยวัยย่าง 13 คนนั้นเป็นตัวอย่างหนึ่งของความสำเร็จในการรักษาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง เขาสามารถดึงศักยภาพของตัวเองออกมาใช้ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งตอนนี้เด็กหนุ่มฉวยแวเป็นศิลปินน้อยอย่างเต็มภาคภูมิ



หากทุกฝ่ายตระหนักถึงความ
สำคัญในการรักษาโรคสมาธิสั้น
และร่วมมือกันอย่างจริงจัง
ทั้งหมด พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูที่
โรงเรียน และคนรอบข้าง เด็ก
สมาธิสั้นคงมีอนาคตที่สดใส

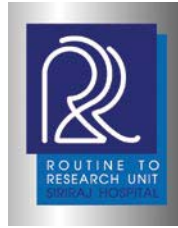
อาจารย์ชาญวิทย์และทีมงาน
เชื่อเหลือเกินว่า หากเด็กสมาธิสั้น
ได้รับการเติมเต็มในส่วนที่ขาด
เขาจะสามารถยืนหยัดอยู่ในสังคม
ได้อย่างสง่างาม...

เปิดใจ 4 พี่เลี้ยงหัวกะทิ

|| แห่งเวที **R2R** คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล







R2R Cluster Facilitators Team



เปิดใจ 4 พี่เลี้ยงหัวกระทิ
แก่งอ๊ก R2R คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ในการขึ้นเวทีแต่ละครั้ง การที่นักบวชจะคว่ำขันบนม้านั่งได้สำเร็จ ไม่เพียงจะต้องเก่งและแกร่งเท่านั้น ปฏิเสธไม่ได้ว่าการวางแผนการชก ที่รอบคอบแยบยล การให้น้ำระหว่างพักยก การกระตุ้นปลุกปลอบขวัญและกำลังใจช่วงเวทของ “พี่เลี้ยง” ก็เป็นปัจจัยสำคัญในการคว่ำขันบนสังเวียนผ้าใบด้วยเหมือนกัน

บนเวทีการทำวิจัยก็เช่นกัน กว่าที่งานวิจัยชิ้นหนึ่งจะประสบความสำเร็จได้นั้น ไม่เพียงทีมผู้วิจัยต้องเข้มแข็ง มีลูกฮึด และมีกำลังใจที่ดีเท่านั้น แต่ทีมที่ให้คำปรึกษาโครงการวิจัยก็มีบทบาทสำคัญไม่แพ้กัน

หากจะเปรียบหน่วยงาน R2R เป็นหน่วยงานพี่เลี้ยงก็คงไม่ผิดนัก เพราะ R2R ก่อตั้งขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่คอยสนับสนุน เชียร์อัพ เป็นกัลยาณมิตรที่ดีที่คอยช่วยเหลือผู้ทำวิจัยให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคนานา จนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จลุล่วง

เกือบ 5 ปีกับบทบาทพี่เลี้ยงที่คอยอยู่เคียงบ่าเคียงไหล่ ผู้ทำวิจัยตั้งแต่ต้นจนจบ ลองไปฟัง 4 พี่เลี้ยงผู้อยู่เบื้องหลังความสำเร็จโครงการวิจัยชิ้นแล้วชิ้นเล่าของคณะแพทยศาสตร์-ศิริราชพยาบาลเล่าให้ฟังกันค่ะว่า การทำงานราบรื่นหรือมีปัญหามาทดสอบอย่างไรบ้าง

ปฐมบทของ R2R ศิริราช

ก่อนที่จะโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยหรือหน่วยงาน R2R จะเกิดขึ้น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมุ่งเน้นพัฒนาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เรียกว่า Care team เพื่อทำงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลตามมาตรฐานจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพพยาบาล (พ.ร.พ.) โดยศิริราชได้รับการรับรองตั้งแต่ปี 2545

Care team ทำงานแบบพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) โดยเริ่มจากการหาหลักฐานอ้างอิงมาวางแผนการพัฒนาเพื่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ จากนั้นก็ลองนำมาใช้จริง และต้องมีการตรวจสอบผลลัพธ์ว่าเป็นจริงตามที่คาดไว้หรือไม่ เมื่อพบว่าใช้ได้ผลดีก็จะถูกนำไปใช้ในหน่วยงานนั้นๆ หรืออาจสามารถขยายผลใช้ในหน่วยงานอื่นๆ ภายในองค์กรต่อไป

หากมองอย่างละเอียดแล้วจะพบว่า กระบวนการทำงานแบบ CQI คล้ายการทำวิจัยอย่างมาก ดังนั้น จึงมีการแตกยอดต่อประเด็นแนวคิดของ CQI มาเป็นงานวิจัย R2R ขึ้น ซึ่งได้รับความร่วมมือจากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) ร่วมก่อตั้งและเป็นที่ปรึกษา โดยมีเป้าหมายอยู่ที่การผลักดันคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้



เส้นทางสู่การเป็น **พี่เลี้ยง**

หัวใจสำคัญของหน่วยงาน R2R ที่จะผลักดันงานวิจัยให้สำเร็จลุล่วง คือทีมงานที่เรียกว่า Cluster Facilitators (CF) หรือกลุ่มอาจารย์แพทย์ และพยาบาลที่มีความรู้ด้านการวิจัย ซึ่งทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาด้านวิชาการให้กับทีมผู้วิจัย



นายแพทย์อัครินทร์ นิมมานนิตย์ ผู้จัดการโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (สังกัดสถานส่งเสริมการวิจัย) หัวเรือใหญ่คนปัจจุบันที่รับไม้ต่อจาก**อาจารย์สมเกียรติ** ผู้จัดการคนก่อนคอยคุมบังเหียนให้หน่วยงาน R2R ก้าวเดินต่อเนื่องมาได้อย่างมั่นคง ได้กล่าวถึงการเข้ามาเป็นหนึ่งในทีม R2R ว่า

“การที่ผมได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของ R2R นั้นคงต้องบอกว่าเป็นเพราะดวงบวกกับความชอบในงานวิจัยเป็นทุนเดิมครับ พอดีอาจารย์สมเกียรติผู้จัดการโครงการ R2R ในขณะนั้น ชวนผมให้เข้าร่วมโครงการ R2R โดยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยช่วยดูแลทีมวิจัยต่างๆ ที่เข้ามาปรึกษาโครงการวิจัยหลังจากอาจารย์สมเกียรติขึ้นไปเป็นรองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ ผมจึงรับหน้าที่ผู้จัดการโครงการ R2R แทน”



ทางด้าน**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เชิดชัย นพmaniจารย์สเลิศ** (สังกัดภาควิชาอายุรศาสตร์) ผู้ช่วยผู้จัดการโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย หนึ่งในผู้ที่มีบทบาทสำคัญในหน่วยงาน R2R เล่าถึงที่มาของการเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการนี้ว่า

“ผมชอบงานวิจัยอยู่แล้ว พออาจารย์สมเกียรติมาชวนให้เข้าร่วมโครงการ R2R ผมก็สนใจ เพราะเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ดีที่น่าจะเกิดประโยชน์กับศิริราช และพอทำไปสักระยะก็รู้สึกสนุก ก็เลยทำต่อมาเรื่อยๆ”



สำหรับนายแพทย์กุลธร เทพมงคล (สังกัดภาควิชารังสีวิทยา) ผู้ช่วยผู้จัดการโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยที่มงานสำคัญในการบริหารโครงการ R2R เล่าว่า

“เดิมที่ผมเป็นนักวิทยาศาสตร์ เป็นนักวิชาการรักในตัวเลข และสนใจงานทางด้านกระบวนการวิจัยเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว เมื่ออาจารย์สมเกียรติไปชวนให้เข้ามาช่วยดูในเรื่องของงานวิจัย ผมจึงตอบรับครับ”



และ คุณลดาทิพย์ สุวรรณ (สังกัดโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย-รองคณบดีฝ่ายวิจัย) ผู้ช่วยผู้จัดการโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย อดีตนักวิจัยหญิงหนึ่งเดียวในทีม ที่ถือเป็นหัวใจสำคัญของหน่วยงาน R2R เล่าถึงเส้นทางการเข้าร่วมทีมว่า

“เพิ่งเข้ามาทำงานที่ R2R ได้ปีกว่าภายหลังจากที่ R2R ได้รางวัล Asian Hospital Management Award 2007 แล้วค่ะ พื้นฐานเคยเป็นพยาบาลที่โรงพยาบาลศิริราชมาก่อน ต่อมาเป็นนักวิจัยสังกัดสำนักงานวิจัย คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และล่าสุดก่อนมาอยู่ที่ R2R ทำงานเป็นผู้ประสานงานโครงการวิจัยอยู่ที่สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ มีประสบการณ์ด้านการวิจัยและความรู้พื้นฐานทางสถิติบ้าง พอดีเป็นช่วงอยากเปลี่ยนงาน และเห็นว่า R2R น่าจะเป็นงานที่เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม ส่วนหนึ่งเคยตั้งปณิธานเอาไว้ว่า อยากทำงานตอบแทนสถาบันที่เรียนจบมา (มหาวิทยาลัยมหิดล) พออาจารย์อัศวินทร์ ชักชวนก็เลยสนใจค่ะ”

งานวิจัย R2R ไม่ใช่แค่ “ขาว” กับ “ดำ”

หลังจากก้าวเข้ามาทำงาน R2R แบบเต็มตัวแล้ว มีความรู้ใหม่เกิดขึ้นให้ทีมงานได้เรียนรู้และปรับตัวอยู่ตลอดเวลา โดยอาจารย์อัศรินทร์กล่าวว่

“ผมโชคดีที่ได้เรียนรู้งานมาก่อน จึงได้เห็น่ว่าจริงๆ แล้ว R2R คือหน่วยงานที่ช่วยสร้างงานวิจัยที่มาจากงานประจำซึ่งเชื่อมโยงกับงานคุณภาพ ตอนทำแรกๆ เราจะเข้มข้นกับระเบียบวิธีวิจัยมาก เป็น perfectionist ต้องทำอะไรที่เป๊ะๆ เพราะหมีส่วนใหญ่จะมองอะไรแค่ขาวกับดำ จะไม่มองเป็นสีเทา ซึ่งความจริงแล้วสีเทามันก็มีประโยชน์เหมือนกันนะ”

“ยังมาทำหน้าที่ให้คำปรึกษางานวิจัย ก็ยังรู้สึกว่เราได้อะไรที่เป็น gray zone เยอะ เวลาเรานำผู้ทำวิจัยเราจะบอกว่า ถ้าจะทำงานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล มี intervention รูปแบบการวิจัยที่ดีที่สุดคือการวิจัยแบบสุ่ม (Randomized Controlled Trial: RCT) แต่พอดูบริบทแล้วมันอาจมีข้อจำกัดที่ทำได้ ก็ต้องลดระดับลงม่วไปใช้วิธีวิจัยที่มันอ่อนลงม่น้อย แต่เราก็กต้องพยายามปิดช่องว่างที่เป็นอคติต่างๆ เพื่อสรุปข้อมูลให้ถูกต้องที่สุด”

สำหรับอาจารย์เชิดชัยเชื่อว่า ทุกคนมีความรู้ในการทำงาน R2R ในระดับหนึ่ง โดยทุกคนพยายามเรียนรู้และค่อยๆ แก้ปัญหาไปพร้อมกัน โดยอาจารย์เชิดชัยขยายความว่

“แนวคิด R2R เป็นแนวคิดที่ดี คือเอางานประจำมาทำงานวิจัย ผมคิดว่าทุกคนไม่มีปัญหากับแนวคิดนี้ะ เพียงแต่จะทำยังไงให้มันเกิดขึ้นได้จริงๆ ถ้ามองในแง่ของกระบวนการทำวิจัย ผมมองว่งานวิจัย R2R ไม่แตกต่างจากงานวิจัยทั่วไป แต่จะต่างกันไปบ้างในแง่แนวคิดและวิธีบริหารจัดการ ลักษณะของงานวิจัยทั่วไปคือ ใครมีความรู้ทางด้านวิจัยและสนใจทำวิจัยก็เขียนโครงร่างงานวิจัย (proposal) มาเสนอ หากผู้สนับสนุนงานวิจัยพิจารณาว่าผ่าน ก็จะได้รับทุนวิจัยไปทำ ซึ่งเป็นลักษณะของการตั้งรับ”

“แต่ R2R จะเป็นการทำงานในลักษณะเชิงรุก และมองในแง่ของทีมที่ทำวิจัยและโจทย์ปัญหา ซึ่งก็คือปัญหาที่เกิดขึ้นจากงานประจำ คนทำวิจัยก็คือทีมที่เจอกับปัญหาโดยตรง และเห็นว่ามันเป็นปัญหาจึงลุกขึ้นมาทำวิจัย เพื่อจะนำกลับไปใช้แก้ปัญหาในงานที่ทำ”

ด้านอาจารย์กุลธรกล่าวเสริมว่า หากอยากทำ R2R ให้เป็นเรื่องง่ายอย่าไปมองว่า R2R เป็นงานวิจัย แต่ให้มองที่เป้าหมายของเราเอาไว้ก่อน

“ให้มองก่อนเลยว่าตอนนี้การทำงานมีปัญหาอะไรอยู่ แล้วเราอยากพัฒนาให้มันเป็นยังไง ลองคิดมาก่อนแล้วมาปรึกษา R2R ก็จะช่วยๆ เพิ่มเติมเข้าไปที่ละนิดทำให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ซึ่งตรงนั้นเขาจะเกิดความภูมิใจ โดยที่เขาไม่รู้ตัวว่ากำลังทำงานวิจัยอยู่”

ต่างคนต่างนึกถึง...แต่ “เรา” คือทีมเดียวกัน

แต่ละคนมีหน้าที่รับผิดชอบในงานของตัวเองอย่างชัดเจน แต่เมื่อถึงคราวที่ต้องระดมกำลังสมองเพื่อแก้ไขปัญหา หรือพัฒนางานให้มีความคุณภาพมากขึ้น ทุกคนจะหันหน้าเข้ามาช่วยเหลือกันอย่างเต็มที่ นี่คือการเคล็ดลับความเข้มแข็งของ R2R ศิริราช อาจารย์อัครินทร์เล่าถึงหน้าที่รับผิดชอบในฐานะผู้จัดการโครงการ R2R ว่า

“ผมจะทำหน้าที่ประสานการทำงานระหว่างหน่วยงาน R2R และผู้วิจัย ในขณะเดียวกันก็ต้องประสานงานกับผู้บริหารด้วย เพราะ R2R ต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร เพื่อให้งานวิจัยนำไปสู่การใช้ประโยชน์ได้จริงในองค์กร”

“ผมทำหน้าที่คล้ายแม่สื่อ คือพยายามเชื่อมโยงคนที่มีความรู้เข้าไปกับคนที่ต้องการใช้ความรู้ ถ้าเมื่อเราทราบว่ามีคนอยากจะทำงานวิจัยเรื่องนี้ และเรารู้ว่าคนที่จะทำขาดความรู้เรื่องระเบียบวิธีวิจัย (research methodology) ตรงไหน หากเรามีในส่วนที่เขาขาด เช่น ความรู้เรื่อง

ระเบียบวิธีวิจัยและสถิติ เราก็จะสนับสนุนเขา แต่หากเป็นประเด็นอื่นที่เราไม่มี เราก็ต้องไปเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นๆ ให้มาร่วมมือกันทำงาน และเราใช้หลักการทำงานเชิงรุก (proactive) สืบเสาะหาผู้ที่มีเรื่องดีๆ มีแรงดีๆ ที่อยากพัฒนางานตัวเอง สร้างศักยภาพให้ตนเองและหน่วยงาน สร้างงานวิจัยและให้การสนับสนุน”

ส่วนอาจารย์เชิดชัยเล่าถึงการทำงานของทีมบริหารงานกลาง¹ (core team) ไว้ว่า

“ผมจะเข้าร่วมประชุมกับทีมบริหารกลาง เพื่อติดตามผลว่าไปถึงไหนแล้ว และเราได้เรียนรู้อะไรจากการไปส่งเสริมผู้ทำวิจัยบ้าง นอกจากนี้ ถ้าทีมวิจัยมีปัญหาในขั้นตอนไหน R2R จะเข้าไปช่วย ตั้งแต่წყัยกับทีมวิจัยว่าปัญหาคืออะไร สุดท้ายต้องทำวิจัยใหม่ เป็นการร่วมมือร่วมใจกันแก้ปัญหานี้ไปทำวิจัย และก็เกิดการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (implementation) ไปโดยปริยาย หน่วยงาน R2R จะสนับสนุนในแง่ของการตั้งคำถาม การเขียนโครงร่างงานวิจัย การคำนวณสถิติต่างๆ รวมทั้งให้ทุนด้วย และท้ายที่สุดก็ติดตามไปช่วยเหลือจนกระทั่งเขาเรียนรู้และลงมือทำวิจัยจริงๆ”

ด้านอาจารย์กุลธร กล่าวว่า “แรกๆ ที่เข้ามาผมจะดูในเรื่องงานวิจัยก่อน ดูในส่วนระเบียบวิธีวิจัยของโครงร่างงานวิจัย บางครั้งก็ติดตามอาจารย์สมเกียรติไปดูเนื้อหาและประเด็นปัญหาตามข้อผู้ป่วยต่างๆ ดูว่าแต่ละหน่วยงานจะสามารถผลิตงานวิจัยออกมาได้ไหม พออาจารย์สมเกียรติเลื่อนตำแหน่งขึ้นไปเป็นรองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ ผมก็ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารโครงการ R2R ด้วย โดยจะรับผิดชอบในส่วนการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (implementation) หลังๆ มาจึงช่วยดูในเรื่องยุทธศาสตร์บริหารจัดการงานวิจัยด้วยครับ”

¹ทีมบริหารงานกลาง (core team) ประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูงของคณะที่มีการดำเนินงานใกล้ชิดกับโครงการ R2R ผู้บริหารโครงการ R2R และผู้บริหารและตัวแทนจากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ มีเป้าหมายเพื่อกำกับดูแลการดำเนินงานของโครงการ R2R และเพื่อเป็นการถ่ายทอดความรู้ทางด้านการบริหารงานวิจัยจากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติมายังคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

คุณลดาทิพย์เล่าในส่วนของเนื้อหาที่ตัวเองรับผิดชอบว่า

“ดูแลในเรื่องการติดตาม (monitor) ทั้งภาพรวมของโครงการ R2R ตั้งแต่เริ่มตั้งคำถาม พัฒนาโครงร่างวิจัย จนถึงงานวิจัยเสร็จ โดยเราจะมีการประชุมกันทุก 3 สัปดาห์ และรับผิดชอบโครงการ สานสัมพันธ์ ช่วยเหลือกันฉันท์พี่น้อง ซึ่งจริง ๆ แล้วก็คือโครงการติดตามและกำกับดูแลการวิจัยภายหลังได้รับทุน”

“เราไม่อยากจะคำว่า ‘ติดตาม’ หรือ ‘กำกับ’ เพราะฟังดูแล้วเหมือนไปตามจับผิด แต่เราต้องการช่วยเหลือทีมผู้วิจัยให้สามารถทำวิจัยได้เสร็จตามแผนที่วางไว้ และมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับระดับสากล โดยมีอาจารย์แพทย์ที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัย 1 ท่าน อาจจะเป็นอาจารย์อัครินทร์ อาจารย์เชิดชัย อาจารย์กุลธร หรือพี่เลี้ยงท่านอื่นๆ และตัวดิฉันเองไปเยี่ยมทีมวิจัย”

“การไปเยี่ยมเยียนจะยึดหลักช่วยเหลือกันเหมือนพี่กับน้อง ให้กำลังใจ ไม่ทอดทิ้งกัน และไม่ใช่ว่าการจับผิด ก่อนลงไปเยี่ยมจะมีการติดต่อประสานงานกับทีมผู้วิจัย เมื่อนัดหมายกันเรียบร้อยแล้วเราก็จะไปเยี่ยมถึงหน่วยงาน โดยสอบถามความคืบหน้าของโครงการวิจัยที่ทำว่า มีอะไรติดขัดตรงไหนบ้าง การเก็บข้อมูลมีปัญหาอะไรบ้าง ได้ครบตามที่วางแผนไว้หรือไม่ และแจ้งการกำกับดูแลการวิจัยให้เป็นไปตามโครงร่างการวิจัย ข้อกำหนดการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (Good Clinical Practice: GCP) และระเบียบที่เกี่ยวข้อง”

“หากพบปัญหาหรือประเด็นติดขัด เราจะให้คำแนะนำและพิจารณาแนวทางในการแก้ไขร่วมกัน และนำบทเรียนที่ได้รับจากปัญหาและอุปสรรคที่พบ เช่น อัตราการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย ระเบียบและวิธีวิจัย การออกแบบแบบบันทึกข้อมูล การเก็บและการลงข้อมูล เป็นต้น เผยแพร่ให้พี่เลี้ยงทราบเพื่อให้คำปรึกษากับทีมวิจัยให้เหมาะสมต่อไป และใช้เป็นแนวทางในการประกอบการพิจารณาโครงร่างงานวิจัยอื่นๆ ต่อไป”

“นอกจากนั้น จะช่วยให้คำแนะนำที่ผู้วิจัยเกี่ยวกับการออกแบบแบบบันทึกข้อมูล หรือที่เรียกว่า CRF และออกแบบฐานข้อมูลเพื่อให้สามารถบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนถูกต้อง สอดคล้องตามคำถามและวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสะดวกต่อผู้ลงข้อมูล เพราะหากการออกแบบไม่ครบถ้วน จะทำให้เสียเวลาในการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม และอาจไม่สามารถย้อนกลับไปที่เก็บข้อมูลได้อีก ทั้งยังสิ้นเปลืองงบประมาณด้วย งานวิจัยถ้าเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนถูกต้อง ก็จะทำให้งานวิจัยชิ้นนั้นมีคุณภาพน่าเชื่อถือค่ะ”

จิตสาธารณะ...คุณสมบัติของพี่เลี้ยงที่ดี

ว่ากันว่า คนที่มีจิตเดียวกันมักมีแรงดึงดูดให้มีโอกาสมาร่วมงานกัน สำหรับจิตของคนทำงาน R2R ต้องเป็นอย่างไร อาจารย์อัศวินทร์แสดงทัศนะว่า



“อันดับแรกต้องเป็นคนที่มิจิตสาธารณะระดับหนึ่ง คืออยากช่วยคน ชอบช่วยคน ต้องเป็นคนที่มองภาพใหญ่ ไม่ได้มองงานวิจัยเป็นแค่งานวิจัยชิ้นหนึ่ง แต่มองว่างานวิจัยเป็นกระบวนการที่จะพัฒนางานพัฒนาคน ให้เกิดกระบวนการในการเปลี่ยนแปลงทั้งตัวเองและงานที่ทำอยู่”

“ตอนที่รวบรวมทีมงานนั้น เราต้องรู้ก่อนว่าคนไหนมีจิตอยากทำงานแบบนี้ จากนั้นเราก็เข้าไปอธิบายให้เขาฟังว่า นอกเหนือจากประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลกับคนที่ทำงานวิจัยแล้ว พี่เลี้ยงยังจะได้รับประโยชน์ส่วนตัวด้วย คือได้เรียนรู้เทคนิคการบริหารงานวิจัยต่างๆ โดยมีมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติเข้ามาช่วยดูแล และเสนอแนะอะไรที่ดีๆ ให้ตลอด”

“ที่สำคัญเขาจะมีโอกาสได้เรียนรู้กับอาจารย์ผู้ใหญ่มากท่าน ไม่ว่าจะเป็นอาจารย์วิจารณ์ พานิช อาจารย์ธาดา ยิบอินซอย และอาจารย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ซึ่งน้อยคนที่จะได้มีโอกาสนี้ ตอนแรกเราก็มีพูดถึงเรื่องค่าตอบแทนบ้าง แต่พอเอาเข้าจริงแล้วทุกคนก็มาด้วยใจรัก มาเพราะเห็นอนาคตว่ามันจะเกิดประโยชน์ เขาจะได้ฝึกฝนและได้เห็นระเบียบวิธีวิจัยต่างๆ เยอะแยะมากมาย และจะได้เรียนรู้จากงานหนึ่งไปอีกงานหนึ่งเรื่อยๆ ด้วย”

ติดตามงานแบบมิตร ทำให้ได้งานตามเป้าหมาย

หน้าที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของ R2R คือการคอยติดตามความคืบหน้าของงานวิจัย โดยหมั่นลงไปเยี่ยมเยียนสอบถามและให้ความช่วยเหลือผู้ทำวิจัยอย่างสม่ำเสมอ อาจารย์อัครินทร์เล่าถึงวิธีติดตามงานให้ได้ผลว่า

“การติดตามงานของเราจะเป็นมิตรมากๆ เราจะมองว่าทุกคนเป็นผู้รู้หมด เขารู้ในส่วนที่เป็นเนื้อหา ส่วนเรารู้เรื่องระเบียบวิธีวิจัย ดังนั้นเวลาลงไปติดตาม เราจะไปในลักษณะให้ความรู้มันไหลเวียนไปด้วยกัน เราจะไม่ไปตัดสินว่าเขาผิดหรือถูก หรือไปในลักษณะออกคำสั่ง แต่ถ้าเห็นว่าสิ่งที่เขาทำนั้นมันไม่น่าจะไปได้ เราจะรีบเสนอทางเลือกให้ทันที ส่วนหนึ่งเราจะทำงานแบบเป็นกองเชียร์ อาจารย์หลายๆ ท่านต่างให้แนวคิดนี้มาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริง เป็นแนวคิดที่ทุกคนอยากจะพัฒนางานประจำให้เป็นงานวิจัย หรือนำเอางานวิจัยกับงานคุณภาพเข้ามาเชื่อมกัน คนทำงานตอนนี้ไม่ใช่แค่ routine worker แต่เป็น knowledge worker”

“เราสร้างให้มันเกิดระบบการช่วยเหลือตั้งแต่ก่อนที่จะได้รับทุนวิจัย โดยเราจัดกิจกรรมต่างๆ จะมีทีมวิจัยที่มีประสบการณ์มาเป็นคนเล่าความสำเร็จของงานวิจัยให้ฟัง เพื่อกระตุ้นและจุดประกายให้นักวิจัย หน้าที่ใหม่ได้เห็นโอกาสในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำ เราต้องนำ การจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) เข้ามาใช้เยอะมาก”

“เราใช้ KM เข้ามาจัดการ ตอนแรกเราก็ไม่ค่อยเชื่อว่ามันจะใช้ได้จริง แต่พอทำไปมันใช้ได้นะ เดิมทีเรามีแนวคิดแบบธรรมดามาก เช่น คนอยากจะทำงานวิจัยเราก็จัด workshop จากนั้นก็เชิญผู้เชี่ยวชาญมา วิพากษ์วิจารณ์งานวิจัยเต็มที่เลย ซึ่งตอนนั้นแรงมาก ทีมวิจัยหายไปเลย เพราะแรงและกลัว ดังนั้น สิ่งที่เราได้เรียนรู้คือ คำวิจารณ์ที่ไม่มีทางเลือกให้ผู้วิจัย เป็นคำวิจารณ์ที่ไม่ดี”

“จุดมุ่งหมายของเราคือการติเพื่อก่อ เราอยาก让他ทำงานวิจัยได้ และเรียนรู้ไปกับงานวิจัย เราไม่ได้ไปตัดสินว่างานวิจัยที่เขาคิดจะดีหรือไม่ดี แต่เราเป็นเพื่อนที่คอยช่วยเหลือ เราก็เลยปรับวิธีใหม่ ซึ่งก็เป็น อาจารย์วิจารณ์ที่เป็นคนกระตุ้นเรา ท่านแนะนำให้เอาการจัดการความรู้ มาใช้ มันจะได้ช่วยผ่อนแรงเราได้”

“จนกระทั่งเรามีโครงการวิจัยที่สำเร็จ เราก็เอากลุ่มคนกลุ่มนี้มา สอนต่อ โดยจัดให้มีเวทีเรื่องเล่าแห่งความสำเร็จ (success story telling) เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หมุนเวียนกันมาเล่าเรื่องความสำเร็จในการทำงานวิจัยของเขาว่า ทำได้ยังไงในการปลุกคนขึ้นมา ทำงาน วิจัยที่ยาก เราก็ช่วยกันดึงเอาประเด็นออกมา แล้วมาเชิญผู้ที่เคยมีประสบการณ์ทำได้สำเร็จมาแล้วเล่าให้คนอื่นฟังด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย โดยจัดเวทีให้เขาได้เผยแพร่”

“การทำงานโดยใช้ KM ของผมมี 4 อย่าง จากประสบการณ์ของผม ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานเลยอันดับแรกคือ ต้องมีความอยากในการจะพัฒนาตัวเอง ผมเชื่อว่าทุกคนอยากพัฒนางานตัวเอง สองคือ ทุกคนอยากมีผลงาน ไม่มีใครทำงานแล้วไม่อยากมีผลงาน และสาม ผมเชื่อว่าทุกคนอยากแสดงออก ถ้ามีเวทีให้เขาแสดงออก แสดงว่าผลงานที่เขาทำมาเป็นยังไง อันนี้อาจจะเป็นความอยากขั้นพื้นฐานของคนที่จะทำงาน ผมว่านี่คือความต้องการของคนทำงานประจำทุกคน อันที่สี่ซึ่งอยู่ในจิตสำนึกเราตลอดคือ เราต้องเชื่อว่างานวิจัย R2R จริงๆ มันเกิดขึ้นเองได้ตามธรรมชาตินะ แต่ถ้าหากมีคนเข้าไปช่วยอำนวยความสะดวกมันก็จะไปได้เร็วหน่อย ดังนั้น ทุกที่ก็สามารถใช้การจัดการความรู้เข้าไปเชื่อมโยงความ ‘อยาก’ ที่สร้างสรรค์เหล่านี้ในการขับเคลื่อนงานวิจัย R2R ได้”

R2R มี **concept** ชัดเจน

R2R เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคน และพัฒนางานควบคู่กัน กล่าวคือ คนหน้างานรู้ดีกว่าการทำงานประจำนั้นกำลังมีปัญหา จึงเกิดการตั้งคำถามเพื่อหาคำตอบ โดยใช้งานวิจัยเป็นเครื่องมือค้นหาทางออกสำหรับการทำงาน อาจารย์เชิดชัยกล่าวว่า

“R2R มี concept ชัดเจนคือ ปัญหาในการทำงานประจำคืออะไร จะทำยังไงให้มันดีขึ้น แต่มีหลายทีมที่เข้ามาหาเราแล้วไม่ผ่าน เพราะยึดติดกับคำถามมากเกินไป ไม่สนใจเรื่องอื่น คือเราก็ต้องบอกเขาไปตรงๆ ว่าอย่าเพิ่งไปยึดติดกับคำถาม คุณต้องเขียนมาก่อนว่าปัญหาของคุณคืออะไร สิ่งนั้นเป็นปัญหาจริงไหม พอเราอธิบายให้เขาเห็น เขาก็จะรู้ว่านี่ไม่ใช่ปัญหา ก็กลับไปหาเรื่องอื่นมาเสนอใหม่”



R2R ต้องไม่เป็นกระแสชั่วคราว

มีหลายคนที่รู้สึกว่าการวิจัยเป็นงานยาก เพราะต้องใช้ตัวเลขทางสถิติมาประมวลผลมากมาย กว่าจะเสร็จสิ้นโครงการนั้นๆ อาจจะใช้เวลานาน ทำให้ไม่กล้าลงมือทำ อีกทั้งหลายคนยังเกรงว่าการวิจัยแบบ R2R จะเป็นกระแสชั่วคราวครั้งชั่วคราว เกิดขึ้นเร็วแล้ววูบหายไปเหมือนไฟไหม้ฟาง ในกรณีนี้อาจารย์กุลธรแสดงทัศนะว่า

“เราอาจจะมองงานวิจัยสูงไปนะครับ ผมอยากให้มองแค่ในส่วน of ข้อมูลต่างๆ มากกว่า นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ไหม มองว่าเป็นการพัฒนางานก็พอแล้ว แต่ถ้าในแง่ของผู้ทำวิจัยผมอยากฝากว่าจริงๆ แล้วคำว่าวิจัยไม่ใช่เรื่องยาก คุณไม่จำเป็นต้องนำเรื่องยากๆ มาทำงานวิจัย แค่ให้มองว่าต้นทางปัญหาของคุณคืออะไร และคุณอยากให้ปลายทางเป็นอย่างไร ไม่ต้องมองว่าระหว่างทางจะเป็นอย่างไร จะทำได้ไหม แต่ให้ช่วยกันคุย ช่วยกันคิด คิดเท่าที่ศักยภาพตัวเองมี ตรงนั้นแหละเท่ากับเป็นจุดเริ่มต้นแล้ว ส่วนองค์ประกอบอื่นๆ เดี่ยวก็มีทีมงาน R2R ยื่นมือเข้าไปช่วย”

มสช. พี่เลี้ยงของ R2R

กว่าที่จะมาเป็นหน่วยงานพี่เลี้ยงให้ทีมผู้วิจัยได้ในวันนี้ R2R ก็ต้องผ่านการเคี้ยวกรำขัดเกลาจากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) มา ก่อน ซึ่งถือว่า มสช. เป็นพี่เลี้ยงของ R2R เช่นเดียวกัน โดยอาจารย์อัชรินทร์กล่าวว่า

“เราโชคดีที่ได้รับความช่วยเหลือจากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) มาช่วยแนะแนวทางให้ตั้งแต่แรกเริ่ม เดิมที่เรามีการประชุมกันทุกเดือน โดยมีอาจารย์วิจารณ์ให้เกียรติมาช่วยชี้แนะพวกเราว่า ควรจะ

เดินไปทิศทางไหน ซึ่งเป็นการสอนแบบที่เราก็ไม่รู้ตัว หากท่านเห็นว่า สิ่งที่เราทำมันไม่น่าจะไปรอด ท่านจะไม่ใช้วิธีชี้ว่าผิดหรือถูก แต่จะใช้วิธี เสนอแนะแนวทางให้ และยกตัวอย่างที่ท่านเคยเจอมาให้ฟัง เราก็จะ จดคิดและตั้งหลักใหม่”

“หลักในการทำงานอย่างหนึ่งของเราคือ พยายามผลักดันให้คน ทำงานเป็นทีม เราไม่เชื่อว่าหมอหรือพยาบาลคนใดคนหนึ่งทำวิจัยเสร็จ ได้คนเดียว แล้วจะนำไปใช้งานต่อได้ แต่เราเชื่อว่าการได้ร่วมกันคิด ทั้งทีม เมื่อทำงานวิจัยเสร็จปุ๊บ ผลวิจัยที่ได้จะเอาไปใช้ได้ง่ายกว่ากัน เยอะเลย หลังจากงานวิจัยชิ้นหนึ่งเสร็จ ก็อาจจะเกิดแนวทางปฏิบัติใน การดูแลผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่งขึ้นมาเป็น *practice guideline* หรือ *clinical practice guideline*”

อาจารย์เชิดชัยกล่าวเพิ่มเติมถึงบทบาทของ มสช. ที่มีต่อ R2R โรงพยาบาลศิริราชว่า

“มสช. เป็นทีมที่ปรึกษาให้เรามาโดยตลอด ซึ่งบทบาทของทีมที่ ปรึกษามีส่วนในการพัฒนางานของเราอย่างมาก ก่อนหน้านี้เราทำ กันเอง เราเห็นปัญหามานาน เวลาคิดก็จะคิดแบบเดิมๆ ทำแบบเดิมๆ มันก็อาจจะไม่สำเร็จ แต่การมีที่ปรึกษา ก็จะมีมุมมองของการใช้ เครื่องมืออื่นๆ ที่นอกกรอบจากที่เราเคยเรียนรู้ เคยเห็น ไม่ว่าจะเป็นใน เรื่องรูปแบบของการใช้ KM มาช่วย วิธีการที่จะประชาสัมพันธ์ เพื่อเพิ่ม ความน่าสนใจโดยการใช้สื่อต่างๆ เช่น การใช้กิจกรรม *success story telling* เอาทุกฝ่ายมาร่วมแบ่งปันประสบการณ์ความสำเร็จ ซึ่งค่อนข้าง ทำให้ติดตลาดพอสมควร ทำให้คนมีไฟ มีแรงฮึดอยากทำวิจัย”

กัมเข้มแข็งช่วยในการจัดระบบทุนโปร่งใส



ในฐานะที่เป็นหน่วยงานที่ให้คำปรึกษาที่ม
ผู้วิจัย หน่วยงาน R2R ถือว่ามีความเข้มแข็งและ
เข้มข้นในการทำงานมาก โดยเฉพาะการพิจารณาทุน
ของ R2R ที่โปร่งใส ละเอียด รอบคอบทุกขั้นตอน และที่สำคัญสามารถ
ตรวจสอบได้ อาจารย์อัศวินทร์เล่าถึงรายละเอียดว่า

“ผมโชคดีมากที่มีทีมงานที่เข้มแข็ง การพิจารณาทุนวิจัยแค่ความ
โปร่งใสอย่างเดียวไม่พอ เวลาได้ข้อแนะนำ (comment) จากผู้พิจารณา
กลับมา เราต้องกรองข้อแนะนำนั้นเป็นข้อมูลให้เขาเอาไปทำงานต่อได้
และเราจะแนบข้อแนะนำของผู้พิจารณาโครงร่างงานวิจัย โดยแสดงให้เห็น
ข้อแนะนำของผู้พิจารณาแต่ละท่าน ซึ่งระบบที่ทำให้ผู้วิจัยจะต้อง
ไม่ทราบว่าคุณพิจารณาแต่ละท่านคือใคร รายละเอียดในแต่ละหัวข้อที่ส่ง
กลับไปนั้น จะเป็นข้อแนะนำเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย การคำนวณกลุ่ม
ตัวอย่างประมาณ”

“ที่สำคัญกว่านั้นคือ คนสรุปข้อแนะนำต้องสรุปให้เป็นกลาง ถ้างาน
นี้เราจะให้ผ่าน ต้องเพิ่มเติมอะไรบ้าง มีทางเลือกอะไรบ้าง ซึ่งต้องใช้
ความรู้ในการเขียน และโชคดีที่ผมได้ทีมงานที่ดีอย่างอาจารย์เชิดชัย
อาจารย์กุลธร และพีลดาทิพย์มาช่วยกันทำ”

“จากนั้นก็เข้าสู่กระบวนการดำเนินงานวิจัย เราก็ช่วยกันผลักดันต่อ
เพราะเราถือว่างานวิจัยเป็นวิถีทางในการพัฒนา ไม่ใช่ผลลัพธ์
ปลายทาง อย่างที่**อาจารย์ปรีดา มาลาสิทธิ์**เคยพูดเอาไว้ จากนั้นก็เป็น
ขั้นตอนที่คุณลดาทิพย์ต้องตามไปดูแล และหน้าที่หลักที่เราต้องทำอีก
อย่างคือ การเผยแพร่ความรู้ตรงนี้ไปสู่การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์
ให้มากที่สุด ซึ่งก็เป็นหน้าที่ของผมที่ต้องประสานงานกับผู้บริหารอีกที
แต่โดยปกติแล้วงานวิจัยที่ทำออกมาเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ ถูกนำไปใช้
ประโยชน์ได้จริง เพราะทำจากคนหน่วยงานเอง”

ต้องเริ่มในกลุ่มคนที่ “ใจ” งานวิจัยจึงจะสำเร็จ

แม้งานวิจัยจะเป็นเรื่องที่ใครๆ ก็สามารถลุกขึ้นมาทำได้ แต่หากมองในแง่ปฏิบัติ งานวิจัยเป็นงานที่ต้องใช้ “ทีมเวิร์ค” และ “ใจ” ในการทำ ดังนั้น จึงไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะทำได้สำเร็จทุกโครงการ เคล็ดลับไม่ลับในการทำงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ของ R2R คือ ต้องเดินเข้าไปกระตุ้นคนที่สนใจและมี “ใจ” อยากทำวิจัยจริงๆ อาจารย์อัศวรินทร์กล่าวว่า

“ถ้าเราคิดจะผลักดันงานวิจัยสักชิ้นหนึ่ง เราจะเริ่มจากคนที่อยากทำจริงๆ ก่อน และลองดูว่าถ้าทำแบบนี้ไปสักระยะ คนที่อยู่รอบข้างหรือคนที่ได้ทราบข่าว เขาจะเปลี่ยนทัศนคติได้ไหม แต่การลงแรงไปร้อยเปอร์เซ็นต์เราก็ไม่ได้กลับมาทั้งหมดนะ สำหรับศิริราชตอนนี้ผมคิดว่าประสบความสำเร็จประมาณ 70-80 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งสำหรับเราถือว่าสูงนะ จากนั้นก็จะเกิดการสร้างเครือข่ายในการทำงานของเขา เมื่อเขาคุยและเชื่อมกันแล้ว เราเชื่อว่าถ้างานวิจัยชิ้นนี้เสร็จ ทุกคนมีส่วนร่วมหมด มันจะเกิดการเปลี่ยนแปลงตามมา”

อาจารย์เชิดชัยแสดงความเห็นในกรณีที่งานวิจัยบางชิ้นไม่ประสบความสำเร็จว่า

“ในกรณีที่งานวิจัยไม่สำเร็จ ผมมองว่าไม่ใช่ปัญหานะ มันคือธรรมชาติของชีวิต เพราะไม่มีทางหรอกที่ทุกคนจะทำวิจัยได้ อีกอย่างหนึ่งคือเราไม่ได้เร่งรัด เพราะจังหวะชีวิตของคนไม่เหมือนกัน เมื่อคุณรู้สึกพร้อมค่อยเข้ามาใหม่ก็ได้ ซึ่งเราใช้วิธีสนับสนุนทั่วทั้งองค์กร ใครพร้อมก็มาก่อน ทีมไหนทำเสร็จก่อนก็ได้เป็นตัวอย่าง ก็มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน”

PDCA หัวใจหลักของงานพัฒนา

R2R ทำงานในลักษณะเชิงรุก ด้วยการกระตุ้นคนทำงานให้เกิดแรงบันดาลใจที่อยากจะลุกขึ้นมาทำงานวิจัย โดยต่อยอดแนวคิดของ CQI มาผลักดัน อาจารย์อัครินทร์กล่าวว่า

“เราให้คนเรียนรู้ผ่านกระบวนการทำงานวิจัย บางครั้งเขาเข้ามาด้วยคำถามจริง แต่พอเราใช้กระบวนการทำวิจัยเข้าไปช่วยเขา ก็จะต้องมีการเริ่มทบทวนเป็นการต่อยอดงานพัฒนาคุณภาพเข้ามา (Continuous Quality Improvement: CQI) กระบวนการหลักๆ ของ CQI มี 4 อย่าง เรียกว่า PDCA นั่นคือ Plan คือวางแผนว่าจะปรับปรุงไปในทิศทางไหน Do คือลองทดสอบดูในกลุ่มเล็กๆ หรือเวลาสั้นๆ Check คือทำเสร็จแล้วได้ผลยังงัยบ้าง Act คือถ้ามันได้ประโยชน์ก็นำกลับมาใช้”

“บางทีมาด้วยคำถามวิจัย ถ้าเป็น plan ธรรมดา เขาอาจจะแค่ทบทวนตัวเองว่าจะปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยว่าไปในทิศทางไหน ถ้าเขาเอากระบวนการวิจัยมาใช้ เข้าต้องค้นคว้าข้อมูลจากแหล่งอื่นให้มันถี่ถ้วนขึ้น เราไม่ได้ปิดตัวเอง การทำงานวิจัยเป็นเหมือนการเปิดกะลาออกมา ถ้ามีงานวิจัยที่มีคำถามเดียวกับเรา ก็ไม่ต้องทำแล้วเอาผลการวิจัยนั้นมาใช้เลย ถ้าอยากจะรู้ว่าใช้แล้วมันเป็นยังงัยก็ลองมาทำวิจัยดูสิ โดยอาจจะลองพิจารณาดูว่าบริบทของเขากับของเราเหมือนกันหรือไม่ ซึ่งถือว่าเป็นการวิจัยต่อยอดได้ แต่บางครั้งเราก็อาจจะบอกว่าย่าไปมุ่งมันงานวิจัยมากนัก มันเป็นแค่วิธีการเรียนรู้นะ คุณเข้ามาสู่กระบวนการทบทวนวรรณกรรม (literature review) แค่นี้คุณก็ได้คำตอบแล้ว แต่เราก็ตัดบันทึกไว้ว่านี่คือผลลัพธ์อย่างหนึ่งของการช่วยผลักดันจากหน่วยงาน R2R ด้วย”



Back office ต้องยืนหยัดอยู่ได้ด้วยตัวเอง

ในฐานะผู้จัดการโครงการ R2R อาจารย์อัครินทร์ไม่ใช่แค่ฝันให้ R2R สามารถผลิตงานวิจัยที่ดีๆ ออกมาเรื่อยๆ เท่านั้น หากเขาอดฝันไว้ว่าสำนักงาน R2R ต้องสามารถยืนหยัดอยู่ได้อย่างเข้มแข็งและมั่นคงด้วยตัวเอง

“ผมฝันว่าจะทำยังไงที่จะทำให้ตัวสำนักงานเราต้องอยู่ได้ โดยไม่ใช่เป็นแค่ Administrator หรือเป็นแค่ธุรการเท่านั้น แต่เราต้องมีความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยด้วย เราก็จะพยายามฝึกเจ้าหน้าที่ของเราที่เป็นผู้ประสานงานวิจัยให้ซึมซับตรงนี้ไปด้วย ถ้าอ่านโครงร่างวิจัยคร่าวๆ ต้องประเมินได้ว่างานอย่างนั้นมันดีหรือไม่ดี ระเบียบวิธีวิจัยเขาใช้อะไรอยู่ เหมาะสมหรือไม่ พอที่จะให้คำปรึกษาได้ เราจึงจัดให้น้องๆ ในสำนักงาน R2R อ่าน proposal ที่ส่งเข้ามา เพื่อเรียนรู้ไปด้วยกัน ความฝันสูงสุดของผมก็คือ สุดท้ายถึงแม้ว่าเราไม่อยู่ สำนักงาน R2R ก็จะสามารถอยู่ได้ด้วยตัวของมันเอง”



ปรากฏการณ์การทำวิจัยเพื่อพัฒนางานประจำเกิดแรงกระเพื่อมในวงกว้างทั่วทั้งศิริราช แม้กระทั่งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (รปภ.) เองก็ยังตื่นตัวลุกขึ้นมาทำงานวิจัยกับเขาบ้าง หากมองในฐานะคนนอก R2R ในวันนี้ประสบความสำเร็จมากมาย แต่ในฐานะคนทำงานมองปรากฏการณ์นี้อย่างไร อาจารย์เชิดชัยกล่าวว่า

“สำหรับผม R2R วันนี้ยังเพิ่งหัดเดิน เริ่มเป็นที่รู้จัก และกำลังจะวิ่ง (หัวเราะ) เพราะเราเพิ่งตั้งขึ้นมา 4-5 ปี มันเป็นเรื่องที่ไม่เคยมีมาก่อน พอเห็นว่ามันเดินได้คนก็จะมองว่ามันสำเร็จ แต่ผมมองว่าความสำเร็จที่แท้จริงคือ การเกิดความเชื่อมโยงระหว่างงานวิจัยที่เป็นคลินิกล้วนๆ กับการวิจัยเชิงระบบและผู้ทำงาน รวมทั้งเชื่อมโยงไปถึง basic science ด้วย”

“ทั้งนี้ หากมีการเก็บฐานข้อมูลที่ดีในทุกประเด็น ก็สามารถเอามาทำวิจัยได้หมด โดยที่ผู้ปฏิบัติงานมองเห็นโอกาสของข้อมูล มองเห็นโอกาสของปัญหา เป็นประเด็นวิจัยที่สามารถทำได้และพิสูจน์ได้โดยอัตโนมัติ อันนี้ถึงเรียกว่าความสำเร็จขั้นสูงเลย ผมคิดว่าเราก็ค่อยๆ เดินไปในแนวทางนั้น เพราะถ้าจะเปลี่ยนแนวคิดนี้มันต้องใช้เวลา และยอมรับว่าเราตั้งมาได้ขนาดนี้มันเป็นรูปเป็นร่างที่เห็นได้ชัดแล้ว คิดว่าการทำงานของ R2R คงไม่สูญหายไป”

ด้านอาจารย์อัศวินทริกกล่าวว่า “งาน R2R สนับสนุนพันธกิจของคณะแพทย์ทั้ง 3 ด้าน คือ การศึกษา การบริการ และการวิจัย และที่สำคัญของการเรียนรู้ที่สำเร็จคือ การนำเอาผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้จริง ไม่ใช่เพราะว่าอยากรู้เท่านั้น”

ส่วนอาจารย์กุลธรรบอกว่า “ผมรู้สึกว่ามัน R2R ประสบความสำเร็จระดับหนึ่ง เพราะสามารถเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมในองค์กรได้ การที่ รปภ. ลุกขึ้นมาทำ R2R มันเป็นการเปลี่ยนวิธีคิดของคนหน้างาน เพื่อปรับปรุงและพัฒนางานของตัวเองให้มีคุณภาพ ผมว่าเป็นเรื่องที่น่ายินดีมาก”

กำจัดจุดอ่อนเพื่อความเป็นเลิศ

แม้วันนี้การทำงานของ R2R จะประสบความสำเร็จไปแล้วในระดับหนึ่ง แต่เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทีมงานยังต้องปรับปรุงตัวเองอยู่ตลอดเวลา อาจารย์อัครินทร์เห็นว่า งาน R2R จะประสบความสำเร็จสูงสุดได้ ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่

“ผมว่าแนวคิดของผู้นำสำคัญมาก ถ้าผู้นำมองเห็นว่างานพัฒนาคือการลงทุนไม่ใช่ค่าใช้จ่ายที่สิ้นเปลือง จะเกิดการสนับสนุนงาน R2R ได้อย่างเต็มที่ ผมว่าตรงนี้สำคัญมาก จะทำยังไงให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญตรงนี้ ถ้าเราแสดงให้เห็นได้ งานก็จะไปได้ไกลมากเลย การสนับสนุนทุกอย่างก็จะตามเข้ามา”

อาจารย์เชิดชัยก็กล่าวไปในทิศทางเดียวกันว่า

“ผมมองว่าผู้บริหารจะต้องมองภาพ R2R ให้ชัดเจนว่าคืออะไร มีอะไรทำอะไร อย่างที่บอก R2R คือการสร้างคน สร้างฐานองค์กร เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ถ้าผู้บริหารมองไม่ลึกซึ้งว่า R2R คือเครื่องมือพัฒนาคน พัฒนางาน ก็จะมองหาแต่ว่าจำนวนงานวิจัยมีไม่เยอะ ไม่มี impact ไม่คุ้มที่จะลงทุน การสนับสนุนก็จะลดลง อยากฝากกับผู้บริหารว่าถ้าจะนำ R2R เข้าไปใช้ต้องเคลียร์ให้ชัดว่ามันคืออะไร จะใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนองค์กรอย่างไร ไม่อย่างนั้นก็จะแปลวัตถุประสงค์ผิด”

ด้านคุณลดาทิพย์มองในแง่ของการบริหารจัดการข้อมูลว่า ควรต้องเป็นระบบมากขึ้น

“คิดว่ายังต้องปรับปรุงในเรื่องของการจัดเก็บข้อมูล ทั้งในส่วนของหน่วยงาน R2R และทีมผู้วิจัย หากมีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ได้มาตรฐานมากขึ้น จะทำให้ง่าย สะดวก และลดขั้นตอนในการทำงาน เช่น สร้างโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการติดตามโครงการวิจัยทุกขั้นตอน

และการจัดทำรายงานต่างๆ รวมทั้งสามารถดูข้อมูลและพิมพ์ออกมาได้ตลอดเวลา ตามรูปแบบที่เราต้องการ”

กุญแจสำคัญ 3 ดอก ไปสู่ความสำเร็จ

ปัจจุบัน R2R ผลิตผลงานวิจัยขึ้นเยี่ยมออกมามากมาย และสามารถนำไปขับเคลื่อนนโยบายขององค์กรอย่างเห็นผล คือผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีขึ้น คนทำงานมีความสุขและสนุกกับงานของตัวเอง ที่สำคัญคือ องค์กรมีมาตรฐานการทำงานที่สูงขึ้น โดยความสำเร็จที่ R2R ได้รับในวันนี้ อาจารย์เชิดชัยเชื่อว่ามียุค 3 ข้อ

“ปัจจัยที่ทำให้ R2R ประสบความสำเร็จพอมืออยู่ 3 ข้อ คือ”

“1) เรื่องแนวคิดของการสร้างทีมผู้วิจัยจากผู้ปฏิบัติงาน และนำปัญหาจากงานประจำเป็นโจทย์วิจัย แนวคิดแบบนี้ทำให้ care team ต้องมาคุยกัน เรียนรู้ร่วมกันระหว่างทำวิจัย และเมื่องานวิจัยเสร็จก็นำผลงานวิจัยไปใช้ได้เลย”

“2) การบริหารจัดการการวิจัย (research management) การมีทีมสำนักงานที่ดี มีการบริหารจัดการในเชิงรุก เข้าไปตั้งแต่การตั้งคำถามวิจัย การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ และการทำให้เขาเรียนรู้งานวิจัยโดยที่เขาทำงานวิจัยของเขาไปด้วย และมีการเก็บข้อมูล ระบบการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานว่า ตอนนี้นำไปถึงไหนแล้ว มีปัญหาที่ช่วยกันแก้ไข เรียนรู้ร่วมกันจนถึงการนำผลงานวิจัยไปใช้ ผมว่าเป็นการจัดการการวิจัยแบบครบวงจรจริงๆ”

“3) การใช้หลักการของ KM มาใช้ส่งเสริมให้เกิดงานวิจัยในทุกกระบวนการ ทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นที่น่าสนใจมากขึ้นเมื่อก่อนคือการฝึกอบรมอย่างเดียว”

“ผมว่า R2R มี impact ต่อองค์กรอย่างชัดเจน R2R ทำให้ผู้ทำวิจัยรู้สึกว่า ถ้าคิดจะทำการวิจัยจะมีหน่วยงานนี้คอยช่วยเหลือในส่วนที่เขาไม่สามารถไปต่อได้ เช่น เรื่องสถิติ และระเบียบวิธีวิจัย R2R เป็นเพื่อน เป็นพี่เลี้ยง ที่ทีมผู้วิจัยสามารถเข้าถึงได้ ค่อยได้ ปรัชญาได้ เราเต็มใจที่จะช่วยเหลือให้เขาฝ่าฟันอุปสรรคไปได้ แต่เขาต้องเป็นคนทำเองนะ ซึ่งเขาสามารถมั่นใจได้ว่าถ้าเขาอยากทำงานวิจัย เขาไม่ได้เดินคนเดียวแน่นอน ถ้าเขาล้ม จะมีคนคอยช่วยพยุงเขาให้ลุกขึ้นมาเดินใหม่ได้”

โฟกัส R2R ในอนาคต

R2R ในปัจจุบันคือหน่วยงานพี่เลี้ยงที่คอยสนับสนุน ช่วยเหลือและให้กำลังใจคนทำวิจัย ให้สามารถทำวิจัยได้จนประสบความสำเร็จ ส่วนภาพในอนาคตของ R2R จะดำเนินไปในทิศทางไหน แต่ละท่านวาดฝัน R2R ไว้อย่างไร ลองไปฟังกันค่ะ เริ่มที่อาจารย์อัศวินธร

“ความจริงแล้ว R2R เป็นคู่มือของผู้บริหารนะ ส่วนตัวผมฝันอยาก ให้ R2R เป็นกลไกในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ หรือเป็นเครื่องมือในการบริหาร และการพัฒนาองค์กร ผมอยากให้คนหน่วยงานกล้าที่จะมาหา R2R มาช่วยกันทำ ซึ่งก็ต้องมีการสนับสนุนที่ดี ผมไม่อยากจะมันเป็นกระแสที่มาแล้ววูบหายไป อยากให้เป็นเหมือนการจุดไฟติดขึ้นมา และต้องทำยังไงให้ไฟมันกระพือไปจนกระทั่งหุงข้าวจนสุก แล้วค่อยมอดลงไป เพราะผมเจอมาหลายที่ที่เชิญเราไปบรรยาย ไปคุยกันเรื่อง R2R เขาก็จะกระพือมาพักหนึ่ง แต่เมื่อไม่มีกลไกอะไรมาสนับสนุน ไม่มีเชื้อไฟ ก็อาจจะทำให้คนรู้สึกว่ามันเป็นแค่ของเล่นใหม่ มาเดี๋ยวเดียวก็ไป เดียวก็หมด มันต้องมีอะไรที่ทำให้ทำต่อไปได้จนสำเร็จ”

ภาพ R2R ในอนาคตของอาจารย์เชิดชัยคือ “บุคลากรทุกคนในองค์กรทุกระดับไม่ได้ทำงานประจำแบบไปวันๆ แต่ใช้แนวคิดการวิจัยหาโอกาสในการพัฒนางานรู้จักตั้งคำถาม รู้จักการเก็บข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ผมคิดว่า R2R เป็นเครื่องมือที่ตอนนี้เราฝึกคนทำงานตัวเล็กๆ ฝึกไปเรื่อยๆ จนกลายเป็นวัฒนธรรมองค์กร ผมไม่เชื่อหรือกลัวว่าวันหนึ่งทุกคนในโรงพยาบาลศิริราชจะทำได้ด้วยตัวเองหมด แต่ศิริราชจะมีนักวิจัยหน้าใหม่เพิ่มขึ้น ผมหวังว่าทุกคนจะไม่กลัวงานวิจัย แนวคิดการวิจัยกลายเป็นวิถีชีวิต ทุกคนมีความรู้ความสามารถ มีส่วนร่วมกับการทำวิจัย รู้ว่าจะเขียนโครงร่างการวิจัยอย่างไร เวลาเก็บข้อมูลจะเก็บยังไง ให้น่าเชื่อถือ ถูกต้องครบถ้วน เมื่อถึงตอนนั้นเราจะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้โดยแท้จริง ”

สำหรับอาจารย์กุลธรมองอนาคตของ R2R ว่า “ผมอยากเห็นนักวิจัยสามารถยืนได้ด้วยตัวเอง อาจจะไม่ต้องมาปรึกษาเราในทุกๆ เรื่องก็ได้ เขาอาจจะมีแซน ซา ของตัวเองอยู่ในภาควิชา ทำวิจัยด้วยตัวเองได้ เขาอาจจะเป็นนักวิจัยมือใหม่ที่เขาไม่ได้อยากทำเพื่อใคร เพียงแต่ว่าต้องการแก้ปัญหาของตัวเอง จนไปถึงเขาได้ทุนจากภายนอกคณะฯ หรือบางคนอาจจะหันเหไปทำอาชีพนักวิจัยเลยก็ได้”

ส่วนคุณลดาทิพย์วาดฝันถึง R2R ในอนาคตว่า “อยากให้บุคลากรทุกคนในศิริราชรู้สึกอยากลุกขึ้นมาทำงานวิจัย สามารถคิดคำถามจากงานที่ตัวเองทำได้ แล้วก็เก็บรวบรวมข้อมูลอย่างถูกต้องครบถ้วน น่าเชื่อถือ เป็นระบบ ตาม GCP มีผลงานที่มีคุณภาพ หากทุกคนได้เรียนรู้และนำความรู้ที่ได้มาพัฒนางานที่ทำ และทำแบบนี้ไปเรื่อยๆ ก็จะทำให้เกิดเป็นวัฒนธรรมของการพัฒนางานประจำให้เป็นงานวิจัย และนำกลับมาใช้ประโยชน์ในงานประจำที่ทำอีกอย่างต่อเนื่องในศิริราชค่ะ”

นี่เป็นแนวคิด ทักษะในการทำงานของ
พี่เลี้ยง R2R ที่ศิริราช ซึ่งได้ผ่านการลองผิด
ลองถูกจนค่อนข้างกลมกล่อมในปัจจุบัน
วิชาแบบนี้ไม่สงวนลิขสิทธิ์ หากจะนำไป
ประยุกต์ใช้ในที่อื่นๆ

จับเข้าคู่กับ

6 **สำรวจงาน** จอมขยั้น แห่งสำนักงาน R2R







R2R Back Office Team



จับเข้าคุยกับ 6 สาวมดงานจอมขยัน
แห่งสำนักงาน R2R

ภายใต้พื้นที่อันกว้างใหญ่ของโรงพยาบาลศิริราช
ยังมีหน่วยงานเล็กๆ แกร่งตัวอยู่
และทำหน้าที่ของตัวเองไปอย่างไม่หยุดนิ่ง
ตลอดทั้งวันมีผู้คนมากมายหลากหลายกันเดินเข้าออก
หน่วยงานแห่งนี้ไม่ขาดสาย
ซึ่งแต่ละคนที่เข้ามาพร้อมปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ
มักจะกลับออกไปพร้อมกับทางออกที่จับได้เสมอ



“ทีมวิจัยไหนมีปัญหาติดขัดอะไร ถ้ามาที่ R2R จะได้รับความช่วยเหลือกลับไปทุกครั้ง เราไม่ได้เป็นเฉพาะที่ปรึกษา แต่เราคือเพื่อนผู้ท้าวิจัยด้วย ทำให้ในแต่ละวันมีคนเดินเข้ามาที่ R2R เยอะมาก”

คุณสรินยา งามทิพย์วัฒนา หรือพี่ก้อยของน้องๆ ในสำนักงานโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) พูดถึงบทบาทการทำงานของสำนักงานโครงการ R2R ที่มีต่อผู้ทำวิจัยให้เราฟังด้วยความภูมิใจ ใบหน้าระบายนิดวอยรอยยิ้ม

แม้จะเป็นเพียงกลุ่มคนตัวเล็กๆ แต่ทีมงาน R2R ซึ่งประกอบด้วย คุณก้อย-สรินยา งามทิพย์วัฒนา คุณฝน-รวิวรรณ กิตติพลวงษ์วิช คุณอิน-อินทิรา โหะกา คุณเค็ก-อัญชิสา ทวีธรรมเจริญ คุณแต่ม-สุธินี บุญธรรม และคุณเกด-จุฑารัตน์ ขจีฟ้า ก็เป็นฟันเฟืองสำคัญในการผลักดันโครงการงานวิจัยแต่ละชิ้นให้ประสบความสำเร็จจนสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ในการทำงานประจำของบุคลากรในศิริราช

หลังจากเคลียร์คิวงานอันแสนยุ่ง จนมีเวลาตรงกันแล้ว 6 สวมตงานจอมขยันก็มานั่งให้เราจับเข่าคุยแบบเปิดใจทุกแง่มุมถึงบรรยากาศการทำงานในหน่วยงาน R2R อย่างเป็นกันเอง ซึ่งตลอดระยะเวลาในการพูดคุยจะมีเสียงหยอกเย้ากระเซ้าแทรกๆ กันไปมา แบบพี่หยอกไป น้องเข้ามา ยิ่งทำให้บรรยากาศการสนทนาเป็นไปอย่างสนุกสนาน

เราจะพาคุณผู้อ่านไปทำความรู้จักทั้ง 6 สาว ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มผู้อยู่เบื้องหลังความสำเร็จของทีมีวิจัยโดยตรง พร้อมพุดคุยถึงบทบาทการทำงานในหน่วยงาน R2R อย่างละเอียดสืบค่ะ

แต่ละคนมี**บทบาท**อะไรใน R2R ค่ะ



คุณก้อย : เป็นหัวหน้าสำนักงานโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย คอยดูแลระบบสำนักงานทั้งหมด ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาด้านการทำงานให้กับน้องๆ และอำนวยความสะดวกด้านวิชาการแก่ทีมที่มาขอรับคำปรึกษาค่ะ



คุณฝน : เป็นผู้ช่วยด้านจัดการความรู้ ทำหน้าที่จัดการความรู้ของโครงการ R2R รวมทั้งการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ Knowledge Management (KM) มาเป็นตัวขับเคลื่อนการสร้างงานวิจัยจากงานประจำค่ะ



คุณอิน : เป็นผู้ประสานงานวิจัย ทำหน้าที่ประสานงานวิจัยและช่วยติดตามความก้าวหน้าของทุน รวมทั้งดูแลรับผิดชอบด้านการเงินของโครงการ R2R ค่ะ



คุณเค็ก : เป็นผู้ประสานงานวิจัย รับผิดชอบดูแลโครงการวิจัยที่ได้รับการอนุมัติทุนแล้ว โดยดูแลตั้งแต่การจัดทำสัญญารับทุน จนถึง การติดตามรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยค่ะ



คุณแต้ม : เป็นผู้ประสานงานวิจัยตั้งแต่ทีมเริ่มตั้งไข่ ตลอดจนอำนวยความสะดวกในการขอรับคำปรึกษาให้กับผู้วิจัย จนผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจาก R2R จนกระทั่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ethic committee) ค่ะ



คุณเกด : เป็นเจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไปในสำนักงาน ดูแลระบบงานสารบรรณ และเป็นเลขานุการของผู้จัดการโครงการ R2R ค่ะ



บรรยากาศการทำงานในแต่ละวันเป็นยังไงบ้างคะ

คุณเค้ก : บรรยากาศการทำงานที่นี่เป็นกันเองค่ะ อยู่กันแบบพี่น้อง คอยช่วยเหลือกันทุกอย่าง ในแง่การทำงานอาจารย์ก็ให้คำปรึกษาที่ดี มีอะไรก็ถามได้ตลอด

คุณอิน : ที่นี่เหมือนครอบครัว เหมือนโรงเรียนด้วย (หัวเราะ) เพราะอาจารย์จะมีกิจกรรมให้เราทำทุกวันศุกร์ โดยมีเนื้อหาของโครงการวิจัยที่ได้รับทุนมาช่วยกันอ่านและวิเคราะห์ การทำงานที่นี่ไม่ใช่แค่การทำงานไปวันๆ เท่านั้น แต่มีการเรียนรู้ตลอดเวลา

อะไรคือ**คุณสมบัติ**สำคัญของคนทำงาน R2R ค่ะ

คุณก้อย : R2R ไม่ต้องการคนเก่ง เพราะการทำงานสามารถฝึกกันได้ แต่ R2R ต้องการคนที่ใฝ่รู้ และกระตือรือร้น ที่สำคัญคือ ต้องมีใจรักในการบริการ (service mind)

บทบาทการทำงานของ R2R มีอะไรบ้าง

คุณก้อย : R2R เป็นโครงการที่ตั้งขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือและผลักดัน ผู้ที่อยากทำงานวิจัยจากงานประจำ แม้จะเป็นผู้ที่ไม่มีความรู้ด้านงานวิจัยเลย R2R เป็นออฟฟิศที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงาน เพื่อให้ทีมวิจัยสามารถสร้างงานวิจัยจากงานประจำได้สำเร็จ

อาจารย์สมศักดิ์ ชุณห์รัมย์ (ที่ปรึกษาโครงการ R2R) เคยสอนว่า เวลาสร้างงานให้เริ่มต้นจากความเป็นเพื่อน เมื่ออยู่ในช่วงการให้ทุนเราต้องอยู่ในบทบาทของการติดตาม (monitor) แต่พอทำงานเสร็จแล้วเราก็ยังกลับเป็นเพื่อนผู้วิจัยได้ ในขณะที่เดียวกันเราก็ดูแลผลประโยชน์ให้กับทีมวิจัยทุกทีมอย่างเท่าเทียมกัน

คุณฝน : R2R มองว่าคนที่เข้ามาใช้บริการจากเราเป็นลูกค้าที่สำคัญ เพราะฉะนั้น บทบาทของเราไม่ได้ครอบคลุมแต่เฉพาะเรื่องงาน แต่เราเป็นเพื่อนของทีมวิจัยด้วยค่ะ



คุณแต้ม : ปัญหาในการทำงานส่วนใหญ่เป็นการติดต่อทีมวิจัย เพราะทีมที่เข้ามาปรึกษามีทั้งแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์จะติดต่อยากที่สุด บางครั้งโทรไปไม่อยู่ ติดประชุม กำลังผ่าตัด ซึ่งต้องมีความเพียรในการติดตามงานอย่างมาก บางครั้งโทรติดแล้วจะทวงงานทันทีก็ไม่ได้ ต้องมีเทคนิคและทักษะในการประสานงานในการติดตาม เช่น ถามว่า “อาจารย์สะดวกคุยหรือไม่คะ” ถ้าไม่สะดวกก็จะติดต่อไปใหม่ หรือถ้าถามเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการดำเนินงาน เราจะใช้คำถามว่า “ขณะนี้ดำเนินการถึงไหนแล้วคะ มีอะไรให้ช่วยเหลือหรือไม่คะ ต้องการรับคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ R2R หรือไม่คะ” จากประสบการณ์ในการติดตามพบว่า ทีมที่เราติดตามรู้สึกดี รู้สึกว่าเราให้ความสำคัญ อยากให้ความช่วยเหลือ ซึ่งโดยปกติ R2R จะมีการกำหนดระยะเวลาในการติดตามทีมอย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์

คุณก้อย : การทำงาน R2R ต้องเจอคนหลากหลายแบบ ดังนั้นทักษะที่จำเป็นสำหรับการติดตามงานคือ ต้องอ่อนน้อม มีเทคนิคในการพูด และมีความเพียรในการโทรตามนัดหมาย ถ้าสมมติว่าโดนตาดหนักกลับมาแรงๆ สิ่งที่ต้องทำคือ “ขอโทษ” คำพูดที่จะใช้ในการติดตามงานนั้นสำคัญมาก ต้องให้เกียรติและระลึกเสมอว่า เราไปติดตามให้ความช่วยเหลือผู้วิจัย



มีการประเมินงานของตัวเองบ้างไหมคะ

คุณแค้ : เราจะประชุมเรื่องทุนวิจัยทั้งหมดกันทุก 3 สัปดาห์ค่ะ เพื่อดูว่าโครงการไหนดำเนินการถึงขั้นตอนไหนบ้าง หากโครงการวิจัยไหนมีปัญหา ทีม R2R ก็จะมีระดมสมองในการหาวิธีช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาค่ะ

คุณเกด : ทุกกิจกรรมของ R2R จะมีการใช้ After Action Review (AAR) ในการประเมินผล และในส่วนของการประเมินผลการทำงานของสำนักงานจะมีการสำรวจความพึงพอใจ และความต้องการของผู้วิจัยทุกปี เพื่อนำมาปรับใช้ในการให้บริการของ R2R ค่ะ

มีปัญหาในการทำงานบ้างไหมคะ

คุณเกด : งานของ R2R ต้องเจอ

คนเยอะ และหลากหลายรูปแบบ

การติดต่อประสานงานเป็นสิ่งสำคัญมาก

การนัดประชุมก็มีปัญหาเยอะเหมือนกันค่ะ เพราะอาจารย์ผู้ใหญ่หลายท่านจะว่างไม่ตรงกันเลย ต้องแก้ปัญหาด้วยการเลือกคิวอาจารย์ที่สำคัญที่สุด และค่อยๆ จัดการที่เหลือ โดยจะนัดล่วงหน้า เช่น ถ้ามีประชุมใหญ่เรื่องกรรมการนโยบายก็นัดล่วงหน้าประมาณ 3 เดือน แต่โดยทั่วไปเราจะมีตารางเวลาอยู่แล้วว่าประชุมวันไหนบ้าง

เทคนิคในการนัดหมายให้ได้ผลคือ เมื่อได้คิวแล้วต้องรีบประสานให้เร็วที่สุด เพื่อไม่ให้คิวหลุดไปค่ะ



ในการบันทึกการติดตามงานไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ **แก้ปัญหา**อย่างไร:

คุณก้อย : เมื่อน้องๆ เจอปัญหาจากการติดตามงาน ก้อยจะเป็นคนจัดการกับปัญหาที่เจอก่อนค่ะ แต่น้องทุกคนจะถูกสอนให้รับเรื่องไว้ก่อน แล้วค่อยหาข้อมูลไปคุย ถ้าเรามีข้อมูลพร้อม การติดตามงานก็จะไม่มีปัญหา เพราะฉะนั้น ทุกคนต้องตั้งสติและมีข้อมูลทุกครั้งที่ติดตามงาน แต่ถ้ารู้สึกว้าว รับมือไม่ไหวจริงๆ จึงจะแจ้งไปยังผู้จัดการ

ในกรณีที่ต้องการตรวจสอบข้อเท็จจริงด้วยตัวเอง เราก็ยินดีค่ะ เพราะเรามีบันทึกไว้หมด ว่าทำอะไรถึงไหนบ้าง ขั้นตอนตรงไหนที่ซ้ำ เราได้ทำอะไรในกระบวนการของเราไปบ้าง ทุกอย่างสามารถตรวจสอบได้หมดค่ะ

งานวิจัยชิ้นหนึ่งจะสำเร็จได้ **R2R มีส่วนช่วยในขั้นไหนบ้าง**

คุณฝน : ในฐานะที่เป็นหน่วยงานที่ช่วยสนับสนุนผู้วิจัย เราต้องทำให้เขารู้สึกว่าช่วยเขาได้ ต้องเป็นที่พึ่งผู้วิจัยได้ทุกสถานการณ์ แต่ไม่ใช่ว่าเราจะต้องเป็นที่พึ่งเขาตลอดไป เบื้องต้นต้องทำให้เขารู้สึกว่าเขาเข้ามาแล้วสบายใจ

คุณแค้ : R2R เป็นเหมือนพี่เลี้ยงที่คอยกระตุ้น และคอยให้ความช่วยเหลือในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการ เราต้องให้เขารายงานมาเป็นระยะๆ เพื่อทราบความก้าวหน้าของงานวิจัย ถ้าเราเห็นว่าผู้วิจัยมีปัญหาและต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง เราก็จะติดต่อประสานงานกับอาจารย์ต่อไป เพื่อที่เขาจะได้ความรู้หรือเทคนิคในการไปแก้ไขปัญหาของเขาค่ะ

คุณแต้ม : เป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยสามารถผลักดันงานวิจัยให้ไปสู่จุดหมาย เพราะเวลามีปัญหา บางทีทีมวิจัยก็อาจจะไปพึ่งใคร เมื่อทีมเดินเข้ามาหา R2R ก็อยากให้เขารู้สึกว่ามีแสงสว่างคอยนำทางค่ะ

คุณเกด : R2R ต้องคอยกระตุ้นผู้วิจัยให้อยากทำวิจัย เช่น จัดกิจกรรมต่างๆ หรือจัดประกวดงานวิจัย โดยให้ทุกทีมเข้าร่วม เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับทีมวิจัยอยากทำงานให้สำเร็จลุล่วงค่ะ

คุณอิน : R2R ทำงานแบบปิดทองหลังพระ ไม่หวังผลตอบแทน เรามีความสุขที่ได้ทำงาน เพราะเราได้ช่วยเหลือคนอื่นด้วย

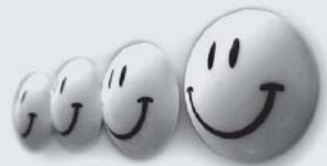
คุณก้อย : เรา รู้สึกว่าการทำงานของเราเป็นงานช่วยเหลือคนเหมือนการทำบุญ เราไม่ได้ช่วยแค่ทีมวิจัย แต่ช่วยลงไปถึงผู้ป่วย เรา รู้สึกว่าสิ่งที่เราทำอยู่เป็นความดี เพราะฉะนั้น ถ้าเราคิดว่าเราทำความดีอยู่ ไม่ว่ามันจะทำยากหรือลำบากแค่ไหน เราก็มีความสุขและยินดีทำค่ะ

ทุกคนได้รับแนวคิด **“รักในงานที่ทำ”** มาจากไหน

คุณก้อย : ทุกคนมีความรับผิดชอบในตัวเองอยู่แล้ว ซึ่งต้องขอบคุณพี่สมประสงค์ ศิริบริรักษ์ หัวหน้าสำนักงาน R2R ท่านแรก ที่เป็นผู้ปลูกฝังแนวคิดนี้กับพวกเราบวกกับ

การที่อาจารย์ทำเป็นตัวอย่างให้เราดู แม้ทำแล้วจะไม่ได้อะไรตอบแทน แต่อาจารย์ทุกท่านก็ทำอย่างทุ่มเท ที่สำคัญคือ พวกเราเป็นคนประเภทเดียวกันค่ะ คือรักในงานที่ทำ มี service mind และมีความรักสามัคคีต่อกัน

คุณฝน : เรา ยึดงานเป็นที่ตั้งค่ะ เรื่องอื่นก็เลยไม่ค่อยได้ไปมอกรายละเอียดปลีกย่อยมากนัก ไม่รู้สึกกลัวที่จะทำงานหนัก ถ้าเหนื่อยก็หยุดพัก เดี๋ยวก็หายเหนื่อยค่ะ



คุณฝน : ส่วนใหญ่จะท้อเรื่องการทำงานไม่ทัน เพราะงานเยอะ แต่ก็พยายามคิดในแง่ดีว่า งานเยอะดีกว่าไม่มีงานทำ การทำงานต้องมีการพัฒนาไปเรื่อยๆ งานนี้จบก็ต้องมีงานใหม่เข้ามา ถ้าเราว่างก็เท่ากับเราหยุด ดังนั้น เราพยายามชวนขายหาวิธีเรียนรู้เรื่อยๆ เคยมีคนบอกมาว่า ถึงเครียดไปก็ต้องทำ เพราะฉะนั้น อย่าเครียดเลย เอาเวลาไปทำงานดีกว่า

สิ่งหนึ่งที่ทำให้เราไม่เครียดคือ อาจารย์ให้เกียรติพวกเรา ไม่ได้ถือตัวว่าตัวเองเป็นเจ้านาย แต่อาจารย์มองพวกเราเป็นน้อง เป็นเหมือนคนในครอบครัวเดียวกัน เวลาทำงานหรือทำกิจกรรมด้วยกัน จึงไม่เกิดความรู้สึกเคอะเขิน ทำให้เราอยากแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อยากเสนออะไรใหม่ๆ

คุณก้อย : เวลาเครียดเราจะไม่เก็บเอาไว้คนเดียวค่ะ เราจะปรึกษากัน มีปัญหาอะไรก็เล่าให้กันฟัง ร่วมกันหาทางออก จะคุยกันเป็นกำลังใจให้กัน มีอะไรเราก็ช่วยเหลือกันตลอด

สำหรับความท้อแท้ของทีมผู้วิจัย จากประสบการณ์ในการติดตามพบว่า กลุ่มที่ท้อแท้มากที่สุดคือพยาบาล เพราะด้วยลักษณะงานของพยาบาลที่จะต้องขึ้นเวรทำให้ไม่มีเวลาในการทำงานวิจัย บวกกับไม่ค่อยมีความรู้ด้านงานวิจัยเลยทำให้ท้อแท้ ส่วนหมอก็มีบ้างค่ะที่ท้อแท้ เท่าที่เจอคือจะมีปัญหาเรื่องการเขียนงบประมาณของโครงการวิจัย ซึ่งวิธีการให้กำลังใจก็จะเป็นคนสลับกับพยาบาล

คุณอิน : เรามีวิธีผ่อนคลายความเครียดหลายวิธีค่ะ เช่น จัด trip ไปเที่ยว ไปร้องคาราโอเกะ 3-4 เดือนไปครั้งหนึ่ง บางที่ทำงานไปได้สักพักอาจารย์ก็จะบอกว่าไปลองกันนะ คือจะมีกิจกรรมให้ทำร่วมกันตลอด หาเรื่องลองกันได้ตลอดเวลา จึงไม่ค่อยเครียดกันเท่าไร

ความคาดหวังในการทำงานของแต่ละคนเป็นอย่างไรบ้างคะ

คุณเกด : คาดหวังหลายเรื่องค่ะ เช่น เรื่องทุนวิจัย อยากให้ทีมวิจัยดำเนินการได้ตามเวลาที่กำหนดไว้ เพราะบางทีก็ติดปัญหาหลาย ๆ ด้าน เราก็ต้องคอยให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ โดยพยายามหากิจกรรมไปเสริมเพิ่มเติม ให้เขามีทักษะมากขึ้น เพื่อนำไปปรับใช้ในการทำวิจัยต่อไป

คุณแต้ม : คาดหวังว่าเวลาติดตามงานไปจะได้รับผลตอบรับที่ดีกลับมา อยากได้คำตอบจากคนทำวิจัยว่า เขาอยากทำต่อ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้วิจัยที่ได้รับความช่วยเหลือจากเราก็มักกำลังใจที่ดีนะค่ะ ถือว่าการทำงานของเราประสบผลสำเร็จพอสมควร

คุณฝน : Knowledge Management (KM) คือ การสร้างความรู้ การทำให้ความรู้ไม่ตายจากไป ส่วนตัวแล้วคาดหวังให้คนทำวิจัยสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้จริงๆ อยากให้วัฒนธรรมการสร้างความรู้ เช่น การทำกิจกรรมที่ใช้ KM เกิดขึ้นเองโดยที่เราไม่ต้องไปเป็นผู้จัดการ อยากให้คนทำงานสามารถคิดขึ้นมาได้ว่า ทำไมถึงเกิดปัญหาในการทำงาน และนำไปคุยกันในหน่วยงานของเขา และสร้างหมุนเวียนไปเรื่อยๆ โดยที่หน่วยงานกลางไม่จำเป็นต้องลงไปกระตุ้น อยากให้กลายเป็นวัฒนธรรมในองค์กร เพราะน่าจะยั่งยืนกว่าค่ะ

นอกจากนี้ ยังอยากเห็นพัฒนาการของทีมวิจัยต่าง ๆ เรามั่นใจว่า KM ไม่ได้อยู่แค่การจัดกิจกรรม เพราะ KM ต้องมีทางแตกยอดออกไปได้อีกเยอะแยะมากมาย คือจริงๆ แล้ว KM สามารถทำอะไรได้มากกว่านี้ ไม่ใช่คนข้างนอกเท่านั้นที่ต้องเรียนรู้ สำนักงานก็ต้องเรียนรู้การทำงานเพื่อปรับให้เหมาะกับบริบทต่างๆ

คุณอิน : ในฐานะที่ดูแลด้านการเงิน คาดหวังว่าให้ทีมวิจัยได้รับเงินทุนตามเป้าหมายและตาม timeline ที่กำหนด



คุณเกด : พยายามทำให้ทุกทีมที่มาขอคำปรึกษาจากอาจารย์ ได้รับคำปรึกษาทุกคน เพราะคิดว่าอาจารย์จะแน่นมาก หาคิวยาก บางทีผู้วิจัยก็ต้องการที่จะปรึกษาด่วน เราต้องพยายามจัดคิวอาจารย์ให้ได้

คุณก้อย : อยากให้ห้องฯ R2R ยืนได้ด้วยตัวเอง เต็มโตในด้านความคิดและการทำงาน อยากให้เขาสามารถผลิตงาน ผลิตความคิดดีๆ ออกมาเยอะๆ ซึ่งปีที่ผ่านมาน้องๆ ก็ผลิตผลงานดีๆ ออกมาเยอะมาก นอกจากนี้ R2R ก็พยายามอย่างเต็มที่ที่จะพัฒนาการบริการของเรา ให้ดีขึ้นไปเรื่อยๆ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้บริหาร R2R ในการช่วยผลักดัน R2R ไปในทิศทางที่ต้องการ

ได้เรียนรู้อะไรจากการ**ทำงาน R2R** บ้าง

คุณเกด : เรียนรู้การทำงานเป็นทีม วิธีการทำงานอย่างมีความสุข และได้เรียนรู้จากประสบการณ์การทำงานกับอาจารย์ผู้ใหญ่มากๆ

คุณเค้ก : เรียนรู้จังหวะเวลาในการติดตามงานกับผู้ทำวิจัยว่า ควรเข้าไปเวลาไหน และตามงานอย่างไรถึงจะได้งานกลับมา

คุณแต้ม : รู้จักการทำงานเป็นทีม เพราะลักษณะการทำงานในหน่วยงาน R2R ต้องช่วยเหลือกัน เราไม่สามารถทำคนเดียวได้ เช่น การติดต่อคนทำวิจัยก็ต้องช่วยกัน

คุณอิน : ได้เรียนรู้ระบบการทำงาน ไม่ใช่เรียนรู้เฉพาะที่ R2R แต่รวมถึงที่อื่นด้วย เช่น การประชุมเราไม่สามารถจัดคนเดียวได้ เราต้องขอความอนุเคราะห์เรื่องสถานที่ เรื่องโต๊ะประชุม เรื่องห้อง และหลายๆ อย่าง ซึ่งมันไม่ได้ขึ้นกับเราฝ่ายเดียว เราต้องติดต่อกับฝ่ายอื่น ซึ่งการติดต่อกับหน่วยงานอื่นต้องใช้มนุษยสัมพันธ์ที่ดี จึงจะได้รับมิตรไมตรีกลับมา

คุณฝน : การทำงานที่นี้ทำให้เรียนรู้วิธีการประสานงานกับคนหมู่มาก ได้ความรู้ และได้มิตรภาพที่ดีจากเพื่อนๆ ค่ะ

คุณก้อย : การทำงาน R2R เป็นการเปิดโอกาสเราหลายอย่างนะคะ เราได้รู้จักคนเยอะมาก นอกจากคนข้างในแล้วเรายังมีโอกาสได้เรียนรู้จากอาจารย์ผู้ใหญ่หลายท่านที่เป็นวิทยากร รวมทั้งวิทยากรต่างประเทศ ด้วย ถ้าเราทำงานทั่วไปเราคงไม่มีโอกาสได้เรียนรู้จากท่านเหล่านี้ ซึ่งทุกท่านก็เมตตากรุณากับทีม R2R ทุกคน

ความประทับใจที่ได้รับจากการทำงาน R2R

คุณก้อย : ก็คงเป็นการได้รับรางวัล Asian Hospital Management (สาขา Human Resource Development Project Category) ซึ่งเวลาที่เรทำงาน เราก็ทำอย่างดีที่สุด จุดมุ่งหมายในการทำงานของเราคืออยากจะทำสร้างงานวิจัยเพื่อช่วยผู้ป่วย ช่วยคนทำงาน ช่วยองค์กร แต่สิ่งที่เราได้รับกลับมามันเกินความคาดหมาย เพราะเราไม่เคยคิดว่าวันหนึ่งเราจะได้รับรางวัลนี้

ทุกคนรู้สึกภูมิใจมาก เพราะเป็นรางวัลระดับ International ถือเป็นการพิสูจน์การทำงานของเรา แต่รางวัลไม่ได้ทำให้เราเหลิงนะคะ เป็นแค่สิ่งที่ดีที่งานที่เราทำ ทำให้รู้ว่าเราไม่ได้เห็นค่าคนเดียว แต่ยังมีคนอื่นเห็นคุณค่าในงานที่เราทำ ทั้งในและนอกองค์กร เดียวนี้ R2R ไม่ใช่หน่วยงานที่ต้องวิ่งหนีอีกต่อไปแล้ว ใครๆ ก็อยากเดินเข้ามาหา R2R (ยิ้ม)



อยากฝากแง่คิดอะไรถึงองค์กรที่อยากทำ R2R บ้าง

คุณฝน : ก่อนอื่นต้องมองย้อนกลับไปที่ตัวเองก่อนว่า เราอยากทำงานนี้เพราะอะไร ถ้าเราอยากช่วยคน บทบาทของเราจะเป็นบทบาทที่คอยสนับสนุนคอยช่วยเหลือเขา R2R ต้องเป็นการปฏิบัติตั้งแต่ตัวเองเราต้องไม่มองว่างาน R2R เป็นงาน routine แต่เป็นงานที่เราต้องทุ่มเททั้งกายและใจ ถึงจะเป็นคนทำงานที่ดี และได้ใจจากคนที่มาขอความช่วยเหลือจากเรา

อยากให้ลองทำกันก่อนค่ะ ไม่ใช่มองว่า R2R ศิริราชทำแล้วได้ผลดีแต่ตัวเองทำไม่ได้ ต้องย้อนกลับไปมองตั้งแต่ต้นก่อนว่า กว่าจะมายืนอยู่จุดนี้ได้ ศิริราชก็ล้มลุกคลุกคลานมามากพอสมควร ถ้าอยากทำอย่าท้อแท้ ถ้าอยากเริ่มต้น อย่างกลัว อย่างกังวล ต้องกล้าที่จะก้าวคิดเฉยๆ แล้วไม่ลงมือทำงานก็ไปไม่ถึงไหน

คุณก้อย : สำหรับหน่วยงานในองค์กรอื่นๆ ที่อยากจะจัดตั้งสำนักงาน R2R ขึ้นมาเหมือนศิริราช คงต้องดูบริบทของหน่วยงานตัวเองว่าเป็นอย่างไร และสิ่งที่จะต้องคิดไว้เสมอในจิตใจของคนทำงานที่จะอยู่ในฝั่งสำนักงานคือ เราทำงานเพื่องานจริงๆ เพราะเราไม่ได้มีผลงานเข้าไปตีพิมพ์เหมือนผู้วิจัย แต่สิ่งที่เราได้รับคือ ความสุขที่ได้ช่วยคนทำงานให้พัฒนางานของเขาให้มีคุณภาพ

บุคลากรในส่วนสำนักงานคงจะเป็นกุญแจสำคัญในการช่วยผลักดันแต่ละโครงการ เพราะอาจารย์แพทย์ท่านก็มีเวลาไม่ค่อยว่างจำกัด เพราะฉะนั้น สิ่งที่สำนักงานทำได้คือ ต้องคอยสนับสนุนทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการจัดต่อประสานงาน การเก็บข้อมูล การให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้วิจัย และช่วยในการสนับสนุนที่มวิจัย ซึ่งจะช่วยให้งานสำเร็จตามเป้าหมายตามที่เขำตั้งเอาไว้ได้ค่ะ



เพราะทุกคนมีใจรักในการให้บริการ มีความ
กระตือรือร้นและใฝ่เรียนรู้ที่จะพัฒนาตัวเองอยู่
ตลอดเวลา เป็นกัลยาณมิตรที่ดีที่คอยอยู่เคียงข้าง
ผู้วิจัย เหนือสิ่งอื่นใดทุกคนมีแนวคิดเดียวกันคือ
การทำงาน R2R เป็นการทำความดี ยิ่งทำ ยิ่งให้
ยิ่งได้รับกลับมามากมายแทบเท่าทวีคูณ

จึงไม่น่าแปลกใจที่วันนี้ ทีมมดงาน
จอมขยันทั้ง 6 คนของ R2R ศิริราช
จะได้รับทั้งความสุข อิ่มใจ และอิ่มบุญ
ไปพร้อมๆ กัน



รายนามคณะกรรมการดำเนินการ และ Cluster Facilitators
โครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (อดีต ถึง ปัจจุบัน)

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช ที่ปรึกษาจากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ที่ปรึกษาจากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
อาจารย์ นายแพทย์ปรีดา มาลาสิทธิ์
ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อภิชาติ ภิวัฒธ
ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิษณุ ธรรมลิขิตกุล
อาจารย์ นายแพทย์สมเกียรติ วสุวิมลกุล
ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร
ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเสริฐ เอื้อวรากุล
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริพร ปิติมานะอารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุนันทา ฉันทกาญจน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อัญเดช นิมนานวุฒิพงษ์
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอรสา ชวาลภาฤทธิ์
อาจารย์ นายแพทย์ธนา อังสุวรังษี
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร
อาจารย์ นายแพทย์ชรินทร์ ลำซ่า
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์กมล อุดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ
อาจารย์ นายแพทย์กุลธร เทพมงคล
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พัทธ์ส จันทรประภาพ
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิพร วิประภิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสายชล ว่องตระกูล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อนันรุธ ภักธราภาณจน์
อาจารย์ นายแพทย์บวรฤทธิ์ จักรโพวงศ์
อาจารย์ นายแพทย์บุญชู พงศ์นากุล
อาจารย์ นายแพทย์อัครินทร์ นิมนานนิตย์
คุณปรีดาภรณ์ สีปากดี
คุณชรัสนิกุล ยิ้มบุญนะ
ดร.ชนากานต์ บุญสุข
คุณนงลักษณ์ พันชมภู
คุณสมประสงค์ ศิริบริรักษ์
คุณวราพร แสงสมพร
คุณลดาทิพย์ สุวรรณ
คุณสรินยา งามทิพย์วัฒนา
คุณจิรพรรณ เลิศวงศ์สกุล
คุณรวีวรรณ กิตติพลวงษ์วิช
คุณสุธินี บุญธรรม

