

ISSN 2985-0525 (Print)

ISSN XXXX-XXXX (Online)

YASOTHON MEDICAL JOURNAL
ยโสธรเวชสาร

ปีที่ 25 ฉบับที่ 1

ประจำเดือน มกราคม - เมษายน 2566



โรงพยาบาลโสธร
YASOTHON HOSPITAL

โรงพยาบาลโสธร เอื้ออาทรทุกชีวิต

Vol. 25 No. 1

January - April 2023

YASOTHON MEDICAL JOURNAL
ยโสธรเวชสาร



โรงพยาบาลโสธร
YASOTHON HOSPITAL

โรงพยาบาลโสธร เอื้ออาทรทุกชีวิต



ยโสธรเวชสาร

YASOTHON MEDICAL JOURNAL

🏆 กองบรรณาธิการที่ปรึกษา

นางชฎาภรณ์ ชื่นตา
อ.ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์
นพ.ณรงค์ชัย สังชา
ดร.ถนอม นามวงศ์
ผศ.ดร.วราทิพย์ แก่นสาร
ดร.ภคิน ไชยช่วย

🏆 คณะที่ปรึกษา

นายวีระ ครุสันธิ์
นางเยาวลักษณ์ เมณฑกานูวงศ์

🏆 บรรณาธิการ

พญ.อนิธิตา พรหมณี

🏆 รองบรรณาธิการ

นพ.บพิตร สีสี่
นางกลอยใจ แสนวงษ์

🏆 กองบรรณาธิการ

นางอมรรัตน์ สุนทรพุทธศาสตร์
นางสุณิสา ชื่นตา
นางชลภััสสรณ์ วิวรรณพงษ์
นางนิติกาญจน์ ยุถาวร
นายกิตติภูมิ อูปรา

🏆 ผู้ประสานงานและฝ่ายจัดการวารสาร

นางสาววรารพร ไยบัว (ศูนย์วิชาการ/วิจัย)
โทร 0891826203
Email: baejeab@gmail.com
นางสาวนิภาวรรณ จันทร์ถม (กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล)
โทร 0949024242
Email: paeng_pond@hotmail.com

🏆 เจ้าของ

โรงพยาบาลยโสธร
26 หมู่ 7 ตำบลตาตทอง
อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร
35000
โทรศัพท์ 045973900-5
ต่อ 1786

🏆 วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเผยแพร่และฟื้นฟูผลงานทางวิชาการและงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข
- 2) เพื่อเผยแพร่กิจกรรมและข่าวสารของโรงพยาบาลยโสธร

🏆 กำหนดการเผยแพร่

- 3 ฉบับต่อปี ดังนี้
- ฉบับที่ 1: มกราคม – เมษายน
 - ฉบับที่ 2: พฤษภาคม – สิงหาคม
 - ฉบับที่ 3: กันยายน – ธันวาคม

🏆 อัตราค่าตีพิมพ์ต่อเรื่อง

3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

🏆 การบอกรับเป็นสมาชิก

ผู้สนใจบอกรับยโสธรเวชสารได้ที่
นางสาวนิภาวรรณ จันทร์ถม
อัตราค่าสมัครสมาชิกปีละ 300 บาท

บทบรรณาธิการ

ยโสธรเวชสาร ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน 2566



สืบเนื่องจากยโสธรเวชสารได้รับความสนใจจากนักวิจัยเป็นจำนวนมากโดยเข้ามาสอบถามทุกๆ ช่องทางเพื่อขอเข้ารับตีพิมพ์ ทางคณะทำงานได้มีการประชุมปรึกษาหารือ จนมีมติจากสมาชิกวารยโสธรเวชสารเพิ่มรอบการตีพิมพ์เป็น 3 ฉบับต่อปี โดยตีพิมพ์ ทุก 4 เดือน ซึ่งเดิมเคยตีพิมพ์ 2 ฉบับต่อปี ทั้งนี้เพื่อให้ให้นักวิจัยได้เข้าถึงและได้ตีพิมพ์อย่างรวดเร็วขึ้น

ฉบับนี้นับเป็นฉบับแรกของรอบตีพิมพ์ใหม่ แต่ยังมีเนื้อหาที่น่าสนใจเหมือนฉบับอื่นๆ ที่ผ่านมา เช่น ประสิทธิภาพของการตรวจแมมโมแกรม BI-RADS 4B และ 4C ในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลยโสธร, การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าดิว, ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร, การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลยโสธร และการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเขมรราช

ยโสธรเวชสาร ต้องขอขอบพระคุณนักวิจัยและ ผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจยโสธรเวชสารตลอดมา ทางคณะทำงานขอสัญญาว่า เราจะไม่หยุดพัฒนาและเราจะเดินเคียงข้างนักวิจัยและผู้อ่านทุกๆท่าน แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้า

พญ.อนิลลิตา พรหมณี

บรรณาธิการ

สารบัญ

ยโสธรเวชสาร ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน 2566

หน้า

ประสิทธิผลของการตรวจแมมโมแกรม BI-RADS 4B และ 4C

4

ในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลยโสธร

Effective of Mammogram BI-RADS 4B and 4C to Breast Cancer Diagnosis in

Yasothon Hospital

ลักษณะาวดี มหิวรรณ

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าติ้ว

1 5

Development of Nursing Model for Stroke Patients at Patiu Hospital

เรื่องลักษณะ จันทฤทธิ์

ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน

2 7

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

The Effect of Nursing Care Model for Stroke Fast Track Care System in

Emergency Department Loengnoktha Crown Prince Hospital, Yasothon

นริชรา ไครตประทุม

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไต

3 8

ทางช่องท้อง โรงพยาบาลยโสธร

The Development of Care Model for End-Stage Chronic Kidney Disease Patients

Treated with Peritoneal Dialysis Yasothon Hospital

พันทิ้ว เวชกามา

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเขมราฐ

5 2

Development of Oral Health Care System in Elderly

in the Responsible Area of Khemarat Hospital

ศิริพร หินชุย

ประสิทธิผลของการตรวจแมมโมแกรม BI-RADS 4B และ 4C
ในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลยโสธร
Effective of Mammogram BI-RADS 4B and 4C
to Breast Cancer Diagnosis in Yasothon Hospital

Luxanawadee Mahiwan, M.D.
Dip., Thai Board of Diagnostic Radiology
Yasothon Hospital
Yasothon Province

ลักษณะดี มหิวรรณ พ.บ.
ว. รังสีวิทยาวินิจฉัย
โรงพยาบาลยโสธร
จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความสัมพันธ์และประสิทธิผลของการตรวจแมมโมแกรม BIRADS 4B และ 4C ต่อโอกาสในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลยโสธร ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Multiple logistic regression, Chi-square test, Fisher exacts test และวิเคราะห์หาค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่าความถูกต้อง ผลการศึกษาพบว่าสตรีที่มีผลแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ B-IRADS 4B และ 4C 115 ราย ส่วนใหญ่อายุ 40-59 ปี ร้อยละ 56.5 (Mean=51, S.D.=11.7) ผลแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ BI-RADS 4B มีอัตราความชุกการเกิดมะเร็งเต้านม ร้อยละ 18.2 (95%CI=7.8, 28.6) ส่วน BI-RADS 4C พบร้อยละ 88.3 (95%CI=80.0, 96.6) ลักษณะของแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ที่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านม (p-value<0.05) ได้แก่ ลักษณะขอบของก้อนที่มีลักษณะผิดปกติ การมีหินปูน ลักษณะเส้นเลือดในก้อน ลักษณะที่ผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองและการมีถุงน้ำในเต้านม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) โดย BI-RADS 4C มีโอกาสเป็นมะเร็งถึง 46.2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ BI-RADS 4B และอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) โดยคนที่อายุมากขึ้นมีโอกาสในการเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ด้านประสิทธิผลของการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ต่อการเกิดมะเร็งเต้านม พบว่า BI-RADS 4C มีความไว ร้อยละ 84.1 ความจำเพาะ ร้อยละ 88.3 ค่าพยากรณ์บวก ร้อยละ 88.3 ค่าพยากรณ์ลบ ร้อยละ 81.8 และค่าความถูกต้อง ร้อยละ 85.2 ซึ่งมีประสิทธิผลในการทำนายโอกาสในการเกิดโรคมะเร็งเต้านมค่อนข้างสูงและดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ BI-RADS 4B และดีกว่า BI-RADS 4C กับการศึกษาอื่นๆ ซึ่งสะท้อนว่ากระบวนการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ จากการศึกษาครั้งนี้มีประสิทธิผลอยู่ในระดับสูง สามารถนำไปใช้วางแผนเพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัยด้วยวิธีตรวจชิ้นเนื้อหรือวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสมได้

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ, มะเร็งเต้านม, แมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์, โรงพยาบาลยโสธร

Abstract

A Retrospective cohort study of this study was used to identify the prevalence of breast cancer, the correlation and effectiveness of BIRADS 4B and 4C mammograms with ultrasound to breast cancer diagnosis. Collected data from medical records of patients admitted in Yasothon hospital during 2021-2022. Data were analyzed by descriptive statistics, multiple logistic regression, Chi-square test, Fisher exacts test and analyze sensitivity, specificity and accuracy. The results showed that most of the 115 women with B-IRADS 4B and 4C by mammograms with ultrasound were 40-59 years old, 56.5% (Mean=51, S.D.=11.7) BI-RADS 4B had breast cancer prevalence of 18.2% (95%CI=7.8, 28.6), BI-RADS 4C was 88.3% (95%CI=80.0, 96.6). The characteristics of mammograms with ultrasound associated with breast cancer (p-value<0.05) were abnormal margin, calcification, internal vascularity, pathological lymph node and cyst. Factors associated with breast cancer were significantly include BI-RADS 4C were 46.2 times more likely to breast cancer when compared with BI-RADS 4B (p-value<0.001), and age was significantly associated with breast cancer (p-value<0.001), with older people having a greater chance of developing breast cancer increase accordingly. The effectiveness of mammograms with ultrasound to breast cancer diagnosis it was found that BI-RADS 4C had a sensitivity of 84.1%, specificity 88.3%, positive predictive value 88.3%, predictive value. Negative 81.8% and accuracy 85.2%, which are better or effective in predicting the chances of breast cancer more than BI-RADS 4B, and better than BI-RADS 4C with other studies. The result show that the mammogram with ultrasound from this study it has a high level of effectiveness. It can be used to plan for the diagnosis of breast cancer in suspected patients by biopsy and planning to treatment

Keywords: Effectiveness, Breast cancer, Mammogram with ultrasound, Yasothon hospital

ความเป็นมา

โรคมะเร็ง (Cancer) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของคนทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลก รายงานว่าในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน โรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็ง กระเพาะอาหาร¹ ข้อมูลสถิติโรคมะเร็งประเทศไทยปี พ.ศ. 2563 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รายงานว่าพบผู้ป่วยรายใหม่ 127,32 คน เป็นเพศชายจำนวน 59,662 คน เพศหญิง 63,095 คน โดยมะเร็งเต้านม (Breast cancer) เป็นโรคมะเร็งที่พบ มากที่สุดในหญิงไทย² สาเหตุการเกิดของมะเร็งเต้านมมีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย เช่น เคยเป็นมะเร็งเต้านม มีอายุมากกว่า 50 ปี พันธุกรรม เช่น มารดา พี่สาว น้องสาว หรือมีคนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งเต้านม ฮอโมนเพศคือเริ่มมีประจำเดือน เมื่ออายุน้อยกว่า 12 ปีหรือประจำเดือนหมดช้าหลังอายุ 55 ปี หญิงที่ไม่มีบุตรหรือมีบุตรคนแรกหลังอายุ 30 ปี นอกจากนี้ หญิงที่กินยาฮอโมนทดแทนหลังวัยทองเป็นระยะเวลานานเกิน 5 ปี รวมทั้งการดื่มสุรา และการกินยาคุมกำเนิด¹ มะเร็ง เต้านมเป็นโรคร้ายที่แฝงมาอย่างเงียบๆ เพราะอาการเริ่มต้นของมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มักจะไม่รู้สึกเจ็บ จนกระทั่งก้อนเนื้อ มีขนาดใหญ่ขึ้นหรือลุกลามไปยังอวัยวะส่วนอื่น เมื่อนั้นผู้ป่วยจึงจะเริ่มรู้สึกถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น การป้องกันและการ รักษา ด้วยการตรวจเช็คเต้านมด้วยตนเองตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไปเป็นประจำทุกเดือนและเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป ควรเข้ารับ การตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มต้นหรือระยะก่อนลุกลาม เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิต หรืออัตราการรักษาให้หายขาด

การตรวจทางรังสีด้วยเครื่องแมมโมแกรม (Mammogram) คือ การตรวจภาพเนื้อเยื่อภายในเต้านมด้วยรังสีเอกซ์ (เอกซเรย์) ด้วยเครื่องเอกซเรย์พิเศษเฉพาะการตรวจเต้านม ซึ่งใช้หลักการเกี่ยวกับการฉายเอกซเรย์ตรวจปอดหรือตรวจอวัยวะอื่นๆ เพียงแต่จะเจาะจงเฉพาะเนื้อเยื่อของเต้านมแท้ๆ โดยไม่ผ่านอวัยวะอื่นใดเลย และเครื่องนี้จะใช้ปริมาณรังสีน้อยกว่าเครื่องเอกซเรย์ทั่วไป แต่มีความสามารถในการตรวจที่ละเอียดกว่ามากในระดับที่สามารถเห็นเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ แม้จะเป็นก้อนหินปูนเล็กๆ หรือจะเป็นเพียงจุดขนาดเล็กก็ตาม³ สตรีที่มีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมควรได้รับการตรวจแมมโมแกรมทุกปี ช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการตรวจแมมโมแกรมคือ 7-14 วัน หลังหมดประจำเดือน การตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรมอาจมีผลลบลง คือ มีสิ่งผิดปกติแต่ตรวจไม่พบความผิดปกติ ส่งผลให้การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมล่าช้าออกไป ผลลบลงพบได้ ร้อยละ 4-34 แต่ถ้ามมีการตรวจอัลตราซาวด์ร่วมด้วยผลลบลงจะเหลือเพียงร้อยละ 2-3 การตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรมอาจมีผลบวกลง คือ ไม่มีความผิดปกติแต่แมมโมแกรมบอกว่าผิดปกติ พบได้ร้อยละ 3-6 ผลบวกลงทำให้ต้องมาติดตามผลระยะสั้น เช่น ตรวจแมมโมแกรมและ/หรืออัลตราซาวด์ทุก 6 เดือน หรือต้องเจาะตรวจ/ผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อโดยไม่จำเป็น ผลแมมโมแกรมจะใช้แนวทางการแปลผลที่เรียกว่า BI-RADS (Breast imaging reporting and data system) ของสมาคมรังสีแพทย์อเมริกัน แบ่งเป็น 6 กลุ่ม (Category) การรายงานผลของ BI-RADS แต่ละกลุ่มมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมต่างกัน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ 4 นั้น มีช่วงของการมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมค่อนข้างกว้าง ช่วงของ BI-RADS 4 ยังแบ่งออกเป็น BI-RADS 4A, 4B และ 4C โดย BI-RADS 4A มีโอกาสเป็นมะเร็ง ร้อยละ 2-10 BI-RADS 4B มีโอกาสเป็นมะเร็งร้อยละ 11-50 และกลุ่ม 4C มีโอกาสเป็นมะเร็งร้อยละ 51-95 โดยในกลุ่ม 4B และ 4C จะมีโอกาสเป็นมะเร็งค่อนข้างสูง และมีการส่งตรวจชิ้นเนื้อเพื่อยืนยันการเกิดโรค⁴ อย่างไรก็ตาม จากการส่งตรวจชิ้นเนื้อเพื่อยืนยันการเกิดโรค แต่กลับพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นเพียงเนื้องอก ในบางการศึกษาที่มีการรายงานถึงความไม่สอดคล้องกัน ระหว่างผลเอกซเรย์แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เต้านมที่สงสัยมะเร็งเต้านม ซึ่งพบว่า การเจาะชิ้นเนื้อตรวจได้ผลเป็นเนื้องอก benign ร้อยละ 50-64⁵ และหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีผลบวกลง ความแม่นยำหรือค่าความถูกต้อง ค่าความไว ความจำเพาะและค่าพยากรณ์บวกการยืนยันโรคมะเร็งเต้านมของ BI-RADS 4B และ BI-RADS 4C ที่แตกต่างกัน⁵⁻⁹ จากข้อมูลที่มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมที่กว้างและค่าความแม่นยำในการทำนายที่แตกต่างกัน อาจทำให้มีความผิดพลาดในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมหรือต้องมีการตรวจวิเคราะห์ชิ้นเนื้อเพิ่มเติมซึ่งจะทำให้เพิ่มระยะเวลาการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมออกไปหรืออาจมีการส่งตรวจชิ้นเนื้อโดยไม่จำเป็น⁴

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงได้ทำการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของแมมโมแกรม BI-RADS 4B และ 4C ในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลยโสธร ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพผลในตรวจแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ BI-RADS 4B และ 4C ต่อโอกาสในการเกิดมะเร็งเต้านม เพื่อลดภาระของการตัดสินใจที่ไปตรวจยืนยันโดยไม่จำเป็นและเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญของโรงพยาบาลยโสธร ในการวางแผนเพื่อพัฒนาแนวทางการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในผู้ป่วย BI-RADS 4B และ 4C ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลยโสธร
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของผลการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ในการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลยโสธร
- 3) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพผลของการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ BI-RADS 4B และ 4C ต่อโอกาสในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลยโสธร

นิยามศัพท์เฉพาะ

- 1) โรคมะเร็งเต้านม (Breast cancer) หมายถึง ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีผลการตรวจวินิจฉัยขั้นเนื้อทางพยาธิวิทยา แล้วได้รับการวินิจฉัยจากพยาธิแพทย์ว่าเนื้อเยื่อหรือเซลล์ที่ผิดปกตินั้นคือ มะเร็งเต้านม (เป็นมะเร็ง-ไม่เป็น)
- 2) ผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัยโรคมะเร็งเต้านม หมายถึง ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีผลการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ BI-RADS 4B และ 4C
- 3) ความชุกของการเกิดมะเร็งเต้านม หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ทารด้วยผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัยโรคมะเร็งเต้านม ทั้งหมดที่ทำการศึกษา
- 4) การตรวจแมมโมแกรม (Mammogram) หมายถึง การตรวจภาพเนื้อเยื่อภายในเต้านมด้วยรังสีเอกซ์ (เอกซเรย์) และการยืนยันผลของแมมโมแกรมโดยรังสีแพทย์
- 5) การตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasound) หมายถึง การตรวจเต้านมด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อดูความผิดปกติของเต้านม
- 6) ความไว (Sensitivity หรือ True positive rate) หมายถึง คุณลักษณะของการตรวจวินิจฉัยที่บ่งบอกถึงสัดส่วนของผู้ป่วยที่ให้ผลการทดสอบเป็นบวกต่อผู้ป่วยทั้งหมดจากการตรวจวินิจฉัยหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือถ้าผู้ป่วยมีโรคจริงโอกาสที่ผลการตรวจจะให้ผลบวกมีร้อยละเท่าใด
- 7) ความจำเพาะ (Specificity หรือ True negative rate) หมายถึง คุณลักษณะของการตรวจวินิจฉัยที่บ่งบอกถึงสัดส่วนของผลลบของการตรวจในคนปกติหรือในผู้ป่วยที่เป็นโรคอย่างอื่น กล่าวคือถ้าคนที่ไม่ใช่โรคหรือคนปกติมีโอกาสที่ผลการตรวจจะให้ผลลบร้อยละเท่าใดหรือถ้าต้องการวินิจฉัยยืนยันว่าผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจริง (Confirm diagnosis) จะต้องเลือกเครื่องมือตรวจวินิจฉัยที่มี Specificity สูง
- 8) โอกาสเป็นโรคของผลบวก (Positive predictive value; PPV) หมายถึง ในบรรดาคนที่ตรวจได้ผลบวกทั้งหมด มีกี่คนที่จริง
- 9) โอกาสไม่เป็นโรคของผลลบ (Negative predictive value; NPV) หมายถึง ในบรรดาคนที่ตรวจได้ผลลบทั้งหมด มีกี่คนที่ไม่ใช่โรคจริงๆ
- 10) ความแม่นยำหรือค่าความถูกต้อง (Accuracy; ACC) หมายถึง ค่าที่บ่งบอกถึงความสามารถของเครื่องมือวัดที่จะบอกจำนวนคนที่ป่วยเมื่อได้ผลบวก และไม่เป็นโรคเมื่อได้ผลลบ
- 11) ประสิทธิภาพของการตรวจแมมโมแกรม หมายถึง ความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) และความแม่นยำหรือค่าความถูกต้อง (Accuracy) ของการตรวจแมมโมแกรม BI-RADS 4B และ 4C ต่อโอกาสการเป็นมะเร็งเต้านม (Breast cancer)

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย: ใช้รูปแบบการวิจัยแบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective cohort study)

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีผลการตรวจแมมโมแกรม BI-RADS 4B และ 4C และได้รับการตรวจวินิจฉัยขั้นเนื้อทางพยาธิวิทยาที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโสธร พ.ศ. 2564-2565 จำนวน 115 ราย

ตัวอย่าง คือ ทำการศึกษาในประชากรที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 115 ราย

ขนาดตัวอย่าง ถึงแม้จะทำการศึกษาในประชากร แต่ได้มีการคำนวณขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ เพื่อยืนยันว่าเพียงพอสำหรับการวิจัยนี้ จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับประมาณค่าสัดส่วน ในกรณีทราบขนาดประชากรของ Cochran¹⁰ คำนวณได้ 88 ตัวอย่าง ดังนั้น การศึกษาในตัวอย่าง 115 ราย ถือว่าเพียงพอสำหรับการวิจัยนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) 1) เวชระเบียนผู้ป่วยเพศหญิงที่มีผลการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ BI-RADS 4B และ 4C และ 2) มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโสธร

ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2565 ส่วนเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) เวชระเบียนที่ไม่มีผลการตรวจวินิจฉัยขึ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา และ 2) เวชระเบียนที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรต้น คือ ผลการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ BI-RADS 4B และ 4C (4B-4C) ตัวแปรตาม คือ การเกิดโรคมะเร็งเต้านมจากการตรวจด้วยชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา (Gold standard) ว่าเป็นมะเร็งหรือไม่เป็น และตัวแปรควบคุม คือ 1) อายุ 2) ดัชนีมวลกาย (BMI: Body mass index) และ 3) ญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสงสัยมะเร็งเต้านมมี 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม มี 2 ข้อ และส่วนที่ 3 ข้อมูลการตรวจแมมโมแกรม และผลการตรวจวินิจฉัยขึ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา มี 3 ข้อ การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือด้วยการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่า CVI (Content validity index) โดยผู้เชี่ยวชาญ 6 คน แบบสอบถามมีค่า CVI รายข้ออยู่ระหว่าง 0.83 ถึง 1 ค่า CVI รวมเท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการประมวลผลข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้ช่วยนักวิจัย โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีโปรแกรมให้บริการผู้ป่วย (HosXp) ก่อนบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Excel ทำการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบสอบถาม จากนั้นจัดกลุ่มข้อมูล เช่น จัดกลุ่มอายุ ระดับ BMI ก่อนการวิเคราะห์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปและความชุกของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95%CI)

2) หาความสัมพันธ์ BI-RADS 4B และ 4C กับการเกิดมะเร็งเต้านม โดยมีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ด้วย Unconditional multiple logistic regression ทดสอบความถูกต้องเหมาะสมของการวิเคราะห์ด้วยวิธี Hosmer-Lemeshow Goodness-of-fit test (HL test)

3) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางแมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ กับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมด้วย Chi-square test และ Fisher exacts test

4) วิเคราะห์ประสิทธิผลของการตรวจแมมโมแกรม ด้วยการหาค่าความไว (Sensitivity) ค่าความจำเพาะ (Specificity) และค่าความแม่นยำหรือค่าความถูกต้อง (Accuracy) จากตาราง 2x2

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่นำเสนอข้างต้น โดยโปรแกรม Epi info V 3.5.4

จริยธรรมในการวิจัย

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยโสธร เลขที่ YST 2022-29

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 115 ราย ส่วนใหญ่อายุ 40-59 ปี ร้อยละ 56.5 (Mean 51, S.D. 11.7) BMI น้อยกว่า 25 ร้อยละ 51.3 ญาติสายตรงมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 2.6 ผลการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ BI-RADS 4B ร้อยละ 47.8 และ BI-RADS 4C ร้อยละ 52.2

2) ความชุกของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมจำแนกตามการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ พบว่า BI-RADS 4B มีอัตราความชุกการเกิดมะเร็งเต้านม ร้อยละ 18.2 (95%CI 7.8, 28.6) ส่วน BI-RADS 4C มีอัตราความชุกการเกิดมะเร็งเต้านม ร้อยละ 88.3 (95%CI 80.0, 96.6) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (Breast cancer) จำแนกตามการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์

BIRADS	N	Breast cancer		No breast cancer	
		n	% (95%CI)	n	% (95%CI)
BI-RADS 4B	55	10	18.2 (7.8, 28.6)	45	81.8 (71.4, 92.2)
BI-RADS 4C	60	53	88.3 (80.0, 96.6)	7	11.7 (3.4, 19.9)
Total	115	63	54.8 (45.5, 64.0)	52	45.2 (36.0, 54.4)

Chi-square test, p-value < 0.001

3) ลักษณะของแมมโมแกรม (Finding) ร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ ในกลุ่มที่ถูกวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม (Breast cancer) มีลักษณะขอบของก้อน (Margin) ที่มีลักษณะผิดปกติ (Irregular) ร้อยละ 92.7 ความเข้มของเนื้อในก้อน (Echogenic pattern) สีของก้อนต่ำกว่าเนื้อเยื่อโดยรอบ (Hypoechoogenicity) ร้อยละ 100.0 มีหินปูน (Calcification) ร้อยละ 93.8 การขยายของท่อน้ำนม (Dilated ducts) ร้อยละ 80.0 ลักษณะเส้นเลือดในก้อน (Internal vascularity) ร้อยละ 89.6 ลักษณะที่ผิดปกติของต่อมน้ำเหลือง (Pathological lymph node) ร้อยละ 100.0 การหนาตัวขึ้นของผิวหนัง (Skin thickening) ร้อยละ 100.0 และมีถุงน้ำในเต้านม (Cyst) ร้อยละ 37.0 ส่วนลักษณะของแมมโมแกรมที่มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจทางพยาธิที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม (p-value < 0.05) ได้แก่ ลักษณะขอบของก้อนที่มีลักษณะผิดปกติ (Margin) การมีหินปูน (Calcification) ลักษณะเส้นเลือดในก้อน (Internal vascularity) ลักษณะที่ผิดปกติของต่อมน้ำเหลือง (Pathological lymph node) และการมีถุงน้ำในเต้านม (Cyst) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของการตรวจแมมโมแกรม (Finding) ร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ กับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม (N=115)

ผลการตรวจแมมโมแกรม	N	Breast cancer		p-value
		n	%	
Margin				<0.001 ^a
well-define	60	12	20.0	
irregular	55	51	92.7	
Echogenic pattern				1.000 ^b
Isoechoogenicity	1	1	100	
Hypoechoogenicity	114	62	54.4	
Calcification				0.001 ^a
No	99	48	48.5	
Yes	16	15	93.8	

ผลการการตรวจแมมโมแกรม	N	Breast cancer		p-value
		n	%	
Dilated Ducts				0.247 ^a
No	110	59	53.6	
Yes	5	4	80.0	
Internal vascularity				<0.001 ^a
No	67	20	29.9	
Yes	48	43	89.6	
Pathological Lymph Node				<0.001 ^b
No	95	43	45.3	
Yes	20	20	100.0	
Skin thickening				0.250 ^b
No	112	60	53.6	
Yes	3	3	100.0	
Cyst				<0.001 ^a
No	61	43	70.5	
Yes	54	20	37.0	

^aChi-square test, ^bFisher Exact test

4) ความสัมพันธ์ของการตรวจ BI-RADS 4B และ 4C ต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ผลการตรวจ BI-RADS มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดย BI-RADS 4C มีโอกาสเป็นมะเร็งถึง 46.2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ BI-RADS 4B นอกจากนี้ ยังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยคนที่อายุ 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมถึง 12.3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่อายุ 28-39 ปี รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของการตรวจ BI-RADS 4B และ 4C ต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

ตัวแปร	N	Breast cancer		OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
		n	%				
BIRADS							<0.001
BIRADS 4B	55	10	18.2				
BIRADS 4C	60	53	88.3	34.1	46.2	13.6, 157.1	
อายุ(ปี)							
28 - 39	22	6	27.3				
40 - 59	65	34	52.3	2.9	2.3	0.5, 10.3	0.290
60 ขึ้นไป	28	23	82.1	12.3	17.4	2.7, 113.7	0.003
BMI							0.822
น้อยกว่า 25	59	31	52.5				
25 ขึ้นไป	56	32	57.1	1.2	0.9	0.3, 2.7	

ตัวแปร	N	Breast cancer		OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
		n	%				
ญาติสายตรงมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม							0.528
ไม่ใช่	112	61	54.5				
ใช่	3	2	66.7	1.6	2.9	0.1, 76.3	

R2 = 0.4806, Hosmer-Lemeshow Goodness-of-fit test (HL test) p-value = 0.873

5) ประสิทธิภาพของการตรวจ BI-RADS 4B และ 4C ต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ด้านประสิทธิภาพของการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ต่อการเกิดมะเร็งเต้านม เปรียบเทียบระหว่าง BI-RADS 4B และ BI-RADS 4C พบว่า BI-RADS 4C มีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 84.1 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 88.3 ค่าพยากรณ์บวก (PPV) ร้อยละ 88.3 ค่าพยากรณ์ลบ (NPV) ร้อยละ 81.8 และค่าความถูกต้อง (ACC) ร้อยละ 85.2 ซึ่งโดยรวมแมมโมแกรม BI-RADS 4C มีคุณสมบัติที่ดีกว่าหรือมีประสิทธิภาพในการทำนายโอกาสในการเกิดโรคมะเร็งเต้านมค่อนข้างสูงและดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ BI-RADS 4B รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพของการตรวจ BI-RADS 4B และ 4C ต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

BIRADS classification	Pathology		Total	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV	ACC
	BC	No BC						
BI-RADS 4B	10	45	55	15.9	13.5	18.2	11.7	14.8
BI-RADS 4C	53	7	60	84.1	86.5	88.3	81.8	85.2
Total	63	52	115					

BC: Breast cancer

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยนี้อภิปรายผลการศึกษาไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ 1) ความชุกในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 2) ความสัมพันธ์แมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ BI-RADS 4B และ 4C ต่อโอกาสในการเกิดมะเร็งเต้านม และ 3) ประสิทธิภาพของการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ BI-RADS 4B และ 4C ต่อโอกาสในการเกิดมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลยโสธร รายละเอียดดังนี้

1) ความชุกในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การศึกษานี้ BI-RADS 4B มีอัตราความชุกการเกิดมะเร็งเต้านม ร้อยละ 18.2 ซึ่งน้อยกว่า BI-RADS 4C ที่มีอัตราความชุกการเกิดมะเร็งเต้านม ร้อยละ 88.3 และ BI-RADS 4C จากการศึกษานี้มีอัตราความชุกการเกิดมะเร็งเต้านมสูงกว่าการศึกษาของปนัดดา จิตวรรณรัตน์⁵ ที่พบอัตราความชุกการเกิดมะเร็งเต้านมของ BI-RADS 4C เพียงร้อยละ 75.4 และแตกต่างจากแนวทางวินิจฉัยของสมาคมรังสีแพทย์อเมริกัน¹¹ ที่ระบุว่า BI-RADS 4C มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมอยู่ระหว่างร้อยละ 51-94 ซึ่งค่อนข้างกว้าง แต่ผลจากการศึกษานี้ พบโอกาสในการเกิดมะเร็งอยู่ระหว่าง 80.0-96.6 ซึ่งสูงกว่าเล็กน้อย และมีช่วงในการทำนายโอกาสในการเกิดโรคมะเร็งที่แคบกว่า ซึ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพของการตรวจคัดกรองและการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมของทีมนักการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลยโสธร ลักษณะของแมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ที่มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจทางพยาธิที่ถูกรวบรวมไว้ว่าเป็นมะเร็งเต้านม ได้แก่ ลักษณะขอบของก้อนที่มีลักษณะผิดปกติ (Margin) การมีหินปูน (Calcification) ลักษณะเส้นเลือดในก้อน (Internal flow) พยาธิวิทยาต่อมน้ำเหลือง (Pathological lymph node) และการมีถุงน้ำในเต้านม (Cyst) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางวินิจฉัยของสมาคมรังสีแพทย์อเมริกัน¹¹ ที่แนะนำว่าความผิดปกติภายในเต้านมจากการตรวจวิเคราะห์จากภาพที่ได้มา

โดยวิธีแมมโมแกรมโดยสังเกตเห็นภาพ “จุดขาว” (Spot) ซึ่งอาจเป็นถุงน้ำ (Cyst) เป็นเม็ดแคลเซียมหรือก้อนหินปูน (Calcification) เป็นก้อนเนื้อแข็งที่มีไขมันแข็ง (Benign lump) หรือเป็นก้อนเนื้อมะเร็ง (Cancer) อย่างไรก็ตาม การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะของหินปูนที่พบที่สัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งเต้านม การศึกษานี้ ยังพบลักษณะของแมมโมแกรมที่ไม่สัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งเต้านม ได้แก่ ความเข้มของเนื้อในก้อน (Echogenic pattern) การขยายของท่อน้ำนม (Dilated ducts) และการหนาตัวของผิวหนัง (Skin thickening) ซึ่งลักษณะเหล่านี้จัดอยู่ในปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (Associated features) ที่จัดเป็นกลุ่มลักษณะทางรังสีวิทยาที่พบร่วม ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ ที่พบจากภาพอัลตราซาวด์และแมมโมแกรม เช่น การพบก้อนรอยโรค และลักษณะหินปูน (Calcification) มาใช้ในการร่วมแปลผลรอยโรคอีกด้วย⁵

2) ความสัมพันธ์แมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ BI-RADS 4B และ 4C ต่อโอกาสในการเกิดมะเร็งเต้านม ผลการตรวจ BI-RADS 4C มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย BI-RADS 4C มีโอกาสเป็นมะเร็งถึง 46.2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ BI-RADS 4B เนื่องจาก BI-RADS 4C มีอาการผิดปกติของเต้านมอย่างชัดเจนกว่ากลุ่ม BI-RADS 4B⁵ ทั้งนี้ ผลตรวจมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม BI-RADS 4C สามารถนำไปวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้ อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยคนที่อายุมากขึ้นมีโอกาสในการเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นตามไปด้วย และคนที่อายุ 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมถึง 12.3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่อายุ 28-39 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของซิมานันท์ สิงหะการ⁶ ที่พบว่าคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมากกว่าคนที่อายุน้อยกว่า 55 ปี และสอดคล้องกับข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่รายงานว่าหญิงไทยมีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยผู้หญิงอายุ 60-79 ปี เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมเกือบร้อยละ 7 และอายุ 80-90 ปี เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 14.3¹² ทั้งนี้ BMI ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านม สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าโรคอ้วนหรือ BMI ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านม^{5-6,13} ส่วนญาติสายตรงที่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมหรือพันธุกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านม ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากจำนวนผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมค่อนข้างน้อยจึงยังไม่สามารถสรุปได้

3) ประสิทธิภาพของการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ BI-RADS 4B และ 4C ประสิทธิภาพของการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ต่อการเกิดมะเร็งเต้านม เปรียบเทียบระหว่าง BI-RADS 4B และ BI-RADS 4C พบว่า BI-RADS 4C มีคุณสมบัติด้านความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) ค่าพยากรณ์บวก (PPV) ค่าพยากรณ์ลบ (NPV) และค่าความถูกต้อง (ACC) ดีกว่ามากและสามารถแยกจากกันได้อย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับแมมโมแกรม BI-RADS 4B ซึ่งสะท้อนว่า BI-RADS 4C มีคุณสมบัติที่ดีกว่าหรือมีประสิทธิภาพในการทำนายโอกาสในการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ดี และประสิทธิภาพของการตรวจแมมโมแกรม BI-RADS 4C จากการศึกษา¹¹ มีประสิทธิภาพของการตรวจต่อการเกิดมะเร็งเต้านมที่ดีกว่าการศึกษาของ Naushaba Malik และคณะ⁷ ยกเว้นค่าพยากรณ์บวก (PPV) ซึ่งสะท้อนว่ากระบวนการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์จากการศึกษา¹¹ มีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพอยู่ในระดับสูง สามารถนำไปใช้วางแผนเพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัยด้วยวิธีตรวจชิ้นเนื้อเพื่อให้สามารถตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้ในระยะเริ่มแรกแล้ววางแผนการรักษาอย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายได้¹² อย่างไรก็ตามถึงแม้แมมโมแกรม BI-RADS 4C จะสามารถทำนายโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมได้ค่อนข้างสูงแต่ก็ยังพบผลบวกปลอมและแมมโมแกรม BI-RADS 4B จะสามารถทำนายโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมได้ค่อนข้างน้อยแต่ยังพบผลบวกจริง ดังนั้น การตรวจยืนยันการเกิดโรคมะเร็งเต้านมด้วยวิธีตรวจชิ้นเนื้อสมควรได้รับการพิจารณาจากแพทย์ผู้ทำการรักษา โดยพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยงหรืออาการทางคลินิกอื่นๆ ร่วมด้วย เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรวมทั้งส่งเสริมให้มีการตรวจคัดกรองเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านมตั้งแต่นในระยะแรกเพื่อประโยชน์ในการรักษาและเป็นการส่งเสริมให้หญิงกลุ่มเสี่ยงมีความสนใจและตระหนักในการดูแลสุขภาพยิ่งขึ้น¹⁴

ข้อจำกัดของการศึกษา

1) การเก็บรวมย้อนหลัง ทำให้ข้อมูลบางอย่างสูญหายหรือไม่ครบถ้วน เช่น สถานภาพสมรส วิธีการคุมกำเนิด การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ช่วงการมีประจำเดือน รวมทั้งประวัติการเจ็บป่วย การมีบุตรหรือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งอาจมีผลต่อการศึกษา

2) ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหลายราย เข้าไม่ถึงระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งอาจทำให้พบผู้ป่วยน้อยกว่าความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะ

1) ควรนำผลจากการศึกษานี้ ไปวางแผนการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัยด้วยวิธีตรวจชิ้นเนื้อ เพื่อลดการตรวจชิ้นเนื้อหรือพิจารณาตรวจด้วยวิธีการอื่นเพิ่มเติมให้สามารถตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้ในระยะเริ่มแรก ซึ่งจะช่วยให้ได้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

2) เนื่องจากพบอัตราความชุกในการเกิดมะเร็งเต้านมค่อนข้างสูงในสตรีอายุ 60 ปีขึ้นไป ดังนั้นควรเพิ่มการเฝ้าระวังหรือตรวจคัดกรองอย่างเข้มข้นในสตรีตั้งแต่อายุ 50 ปี เพื่อป้องกันและค้นหาการเกิดมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

3) ควรมีการเฝ้าระวังและทำการตรวจแมมโมแกรมและ/หรืออัลตราซาวด์เต้านมซ้ำในผู้ป่วย BI-RADS 4B และ 4C ที่ผลตรวจชิ้นเนื้อไม่พบมะเร็งเต้านม

4) ควรมีการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เพิ่มเติมที่อาจมีผลต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ได้แก่ สถานภาพสมรส วิธีการคุมกำเนิด การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ช่วงการมีประจำเดือน ประวัติการเจ็บป่วยและการมีบุตรหรือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะของหินปูนที่พบ (Calcification) ที่สัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งเต้านม

5) ควรมีการติดตามประเมินผลการรักษาและศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดหรือการรักษาในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cancer [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 20]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
3. สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา. การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม. ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=43>
4. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม โรค: ก้อนที่เต้านม (Breast mass) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter/CPG/Breast Mass.html](https://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter/CPG/Breast%20Mass.html)
5. ปนัดดา จิตวรรณรัตน์. ลักษณะทางรังสีวิทยาเต้านมใน BIRADS 4B, 4C กับผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ มกราคม-เมษายน 2562; 34(1): 67-78.
6. ชัชมานันท์ สิงหะการ. ประสิทธิภาพของการรายงานผลตรวจมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม BIRADS 4 และ 5 โรงพยาบาลพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 มกราคม-มิถุนายน 2564; 35(1): 113-23.

7. Malik N, Rauf M, Malik G. Diagnostic Accuracy of Ultrasound Bi-RADS Classification Among Females Having Breast Lumps, by Taking Histopathology as Gold Standard. J Soc Obstet Gynaecol Pak 2020; 10(1): 13–6.
8. Moy L. BI-RADS Category 3 is a safe and effective alternative to biopsy or surgical excision. Radiology 2020 Jul; 296(1): 42-3. doi: 10.1148/radiol.2020201583. PubMed PMID: 32428420.
9. Li WM, Sun QW, Fan XF, Zhang JC, Xu T, Shen QQ, et al. Mammography breast density: an effective supplemental modality for the precise grading of ultrasound BI-RADS 4 categories. Gland Surg 2021 Jun; 10(6): 2010-8. doi: 10.21037/gs-21-313. PubMed PMID: 34268085.
10. Cochran WG. Sampling Techniques. 3rd ed. New York: Wiley & Sons; 1977.
11. ACR Institute of Radiologic Pathology (AIRP). BI-RADS Mammography Reporting [Internet]. 2013 [cited 2022 Oct 22]; p. 121–40. Available from: <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/RADS/BI-RADS/Mammography-Reporting.pdf>
12. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ความรู้โรคมะเร็งสำหรับประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/th/New_web/service/sv1.html
13. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2554.
14. ธรรมนูญฯ ภาณุพรพงษ์. ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ มกราคม-มิถุนายน 2564; 7(1): 140–57.

๕๕๕๕๕

การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าติ้ว Development of Nursing Model for Stroke Patients at Patiu Hospital

Reungluk Juntarutin, M.N.S.
Head of Outpatient Nursing Division
Patiu Hospital
Yasothon Province

เรืองลักษณ์ จันทรูทิน, พย.ม.
หัวหน้างานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลป่าติ้ว
จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าติ้ว ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 ดำเนินการ 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาล ระยะที่ 3 นำสู่การปฏิบัติ ระยะที่ 4 ประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ 1) ผู้ใช้บริการเป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน จำนวน 25 ราย 2) ผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพ และแนวปฏิบัติพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพโดยความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกคุณภาพการรักษายาบาล (2) แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร ทดสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ .81 (3) แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ทดสอบความเชื่อมั่น โดย KR-20 เท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ pair t-test

ผลการศึกษา พบว่า 1) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ประกอบด้วย โปรแกรมการพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพและเครือข่าย และแนวปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน 2) ประสิทธิภาพของรูปแบบ ประกอบด้วย (1) ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ ความรู้พยาบาลวิชาชีพ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาล ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มดีขึ้น (2) ผลลัพธ์ด้านการบริการสุขภาพ ได้แก่ 1) การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 2) การเข้าถึงช่องทางด่วน 3) ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉิน พบว่าการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพิ่มขึ้น ทำให้การเข้าถึงช่องทางด่วนสูงขึ้น และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉินลดลง

สรุป ผลการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทำให้การเข้าถึงช่องทางด่วนสูงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: หลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน, รูปแบบการพยาบาล

Abstract

This research is research and development. The objective of this research was to develop and study the effectiveness of the nursing model for patients with acute ischemic stroke, Patiu Hospital. Study between October 2022 – 31 March 2023 perform 4 stages. The first phase is the situation study, the second phase is the development of the nursing model, the third phase is implementation, and the fourth phase is evaluation. Specifically selected samples were 1) 25 patients with acute ischemic stroke 2) service providers were 10 professional nurses. The tools used in the research were the competency development program for registered nurses and nursing practice guidelines. The quality of the content was directly examined by 5 experts. The tools used for data collection were (1) the medical quality record form, (2) the personnel satisfaction questionnaire test of confidence got Cronbach's alpha coefficient for the whole edition .81 and (3) registered nurse knowledge scale confidence test with KR-20 equal to .88. Data were analyzed using descriptive statistics and differences were compared by pair t-test.

The results showed that 1) the nursing model for acute ischemic stroke patients consisted of the professional nurse competency development program and the network. And nursing practice guidelines for acute ischemic stroke patients 2) the effectiveness of the model consisted of: (1) Nursing quality outcomes, knowledge of professional nurses; satisfaction of registered nurses and compliance with nursing practice guidelines. (2) Health service outcomes were 1) emergency medical service call 1669 2) stroke fast tract 3) duration of patient care from onset of symptoms until removal from the emergency room. It was found that 1669 emergency medical service calls increased, increased access to expressways. And the duration of care for patients from the onset of symptoms until being moved out of the emergency room was reduced.

Conclusions on the development of nursing system for acute ischemic stroke patients produce good results increased access to the stroke fast track, which led to more patients being treated with the fibrinolytic drug rt-PA.

Keywords: Acute Ischemic Stroke, Nursing model

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของโลก โดยมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน¹ สำหรับในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิงและสูงเป็นอันดับสองในเพศชาย และภาพรวมสถิติอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2558–2560 พบสูงถึงร้อยละ 43.3, 48.7 และ 47.8 ตามลำดับ² โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันจัดเป็นภาวะเจ็บป่วยวิกฤตรุนแรงที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง และความพิการเรื้อรังที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่สมองอย่างเฉียบพลัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่ได้ หรือได้ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดโดยเร็วที่สุด ภายใน 4.5 ชั่วโมงแรก หลังเกิดอาการเพื่อลดอัตราการตายและลดความพิการ³

โรงพยาบาลป่าติ้วได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยการพัฒนา ระบบโรงพยาบาลเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดยโสธร การพัฒนาระบบช่องทางด่วนในห้องฉุกเฉินและพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพให้สามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้รวดเร็ว และเก็บ specimen ก่อนนำส่งโรงพยาบาลแม่ข่าย สามารถส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ได้รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลาย ลิ่มเลือดได้อย่างรวดเร็ว ผลการทบทวนผลการดำเนินงานย้อนหลัง 2 ปี (พ.ศ. 2564-2565) พบปัญหาอัตราการเข้าถึง ระบบช่องทางด่วนเพียงร้อยละ 30 และ 39

การทบทวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 10 ราย⁴ พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตเกี่ยวข้องกับ ความรุนแรงของโรค ความล่าช้าก่อนมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ที่ไม่ทราบว่าเป็นสัญญาณเตือนของโรค จึงรอดูอาการที่บ้านหรือการนำส่งโดยผู้พบเห็น โดยไม่เรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ไม่ได้รับการประเมิน คัดกรอง ณ จุดเกิดเหตุ การจัดการดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน พบว่าความล่าช้าเกิดจากระบบการคัดกรองระดับรุนแรงที่ไม่ สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ณ ห้องฉุกเฉินที่ยังไม่มีแบบแผนชัดเจน

นอกจากนี้ พบรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างการนำส่งไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายคือโรงพยาบาล ยโสธร และระหว่างการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 24 ชั่วโมงแรก จำนวน 10 ราย การทบทวนพบว่าขาดแนวทางปฏิบัติ ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต มีเพียงแนวทางการดูแลตามคำสั่งแพทย์ ขาดการสื่อสารข้อมูลและการประสานงาน ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยและยังไม่มีข้อกำหนดรูปแบบการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ทำให้การปฏิบัติการพยาบาล มักขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เป็นผลทำให้เกิดความล่าช้าในการประเมินอาการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงและการดูแลผู้ป่วยยังเป็นแบบแยกส่วน ขาดผู้ประสานงานการดูแลร่วมกันระหว่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันนั้น ต้องมีการ กำกับระยะเวลาทุกขั้นตอน เนื่องจากทุกนาทีที่เกิดความสูญเสียเปล่า คือการที่สมองถูกทำลาย หน่วยงานฉุกเฉินจึงนับว่าเป็น หน่วยงานที่สำคัญมากที่จะช่วยผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการ การตรวจวินิจฉัยและการรักษาในเวลาเร็วที่สุด

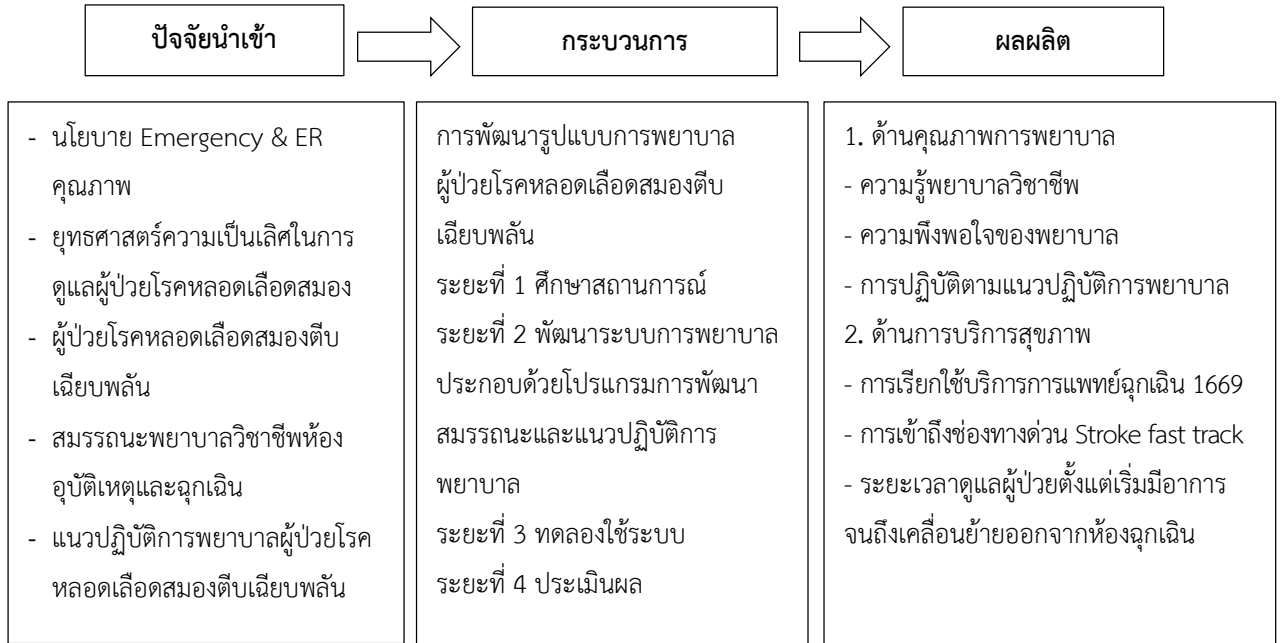
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและเมื่อมาถึงแผนกฉุกเฉินมี ความสำคัญมากถ้าสามารถตรวจพบอาการได้อย่างรวดเร็วผู้ป่วยก็จะมีโอกาสในการได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือการ ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเร็วขึ้น โดยพยาบาลเป็นบุคลากรที่มสุขภาพคนแรกที่เข้าถึงผู้ป่วยจึงต้องให้การดูแลอย่างรวดเร็ว และเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ใช้แนวทางการ พยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป พ.ศ. 2554 ของสถาบันประสาทวิทยาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จากการเก็บข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วยพบว่าผลลัพธ์การดูแลยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่เข้ามารับการรักษาใน โรงพยาบาลป่าติ้ว เพื่อนำผลมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน
- 2) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

กรอบแนวคิด

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดการจัดการดูแลเชิงระบบ (System approach)⁵ เป็นกรอบในการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน โดยระบบการพยาบาลและประสิทธิภาพของระบบการพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ใช้บริการและกลุ่มผู้ให้บริการ

1) กลุ่มผู้ใช้บริการ ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลป่าติ้ว โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ คือ (1) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย (2) อยู่ในเขตพื้นที่ อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566

2) กลุ่มผู้ให้บริการ ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลป่าติ้ว โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ คือ (1) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย (2) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่มาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 5 คน และงานหอผู้ป่วย 5 คน รวมจำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 คน ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้วิจัยสร้างขึ้น รายละเอียดดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

(1) โครงการพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลป่าติ้ว ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ อ่านและตรวจสอบความเข้าใจว่าตรงกันหรือไม่ หาก 3 ใน 4 มีความเห็นตรงกันถือว่ามีความเที่ยง ผลการตรวจสอบความเที่ยง พบว่า มีความเห็นตรงกัน ร้อยละ 100

(2) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ผ่านการประเมินคุณภาพความน่าเชื่อถือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยคะแนนแต่ละหมวดมากกว่าร้อยละ 60 ทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย นำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

(1) แบบบันทึกคุณภาพการรักษายาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย การรับรู้อาการ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล การเข้าถึงระบบช่องทางด่วน การคัดกรอง การประเมิน การคัดแยกระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล การสื่อสารและการประสาน การส่งต่อในระยะเปลี่ยนผ่าน จากห้องฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลยโสธร

(2) แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติของพยาบาลในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 20 ข้อ มี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติ(1 คะแนน) ไม่ปฏิบัติ(0 คะแนน) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่ามีความเห็นตรงกันร้อยละ 100

(3) แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบมี 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ ดังนี้

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน

ความรู้ด้านการประเมินและคัดกรองผู้ป่วย จำนวน 2 ข้อ คะแนนเต็ม 2 คะแนน

ความรู้ด้านการจัดการในระยยะวิกฤติเร่งด่วน จำนวน 3 ข้อคะแนนเต็ม 3 คะแนน

ความรู้ด้านการสื่อสารและการประสานงาน จำนวน 3 ข้อ คะแนนเต็ม 3 คะแนน

ความรู้ระยะนำส่งจากห้องฉุกเฉิน จำนวน 2 ข้อ คะแนนเต็ม 2 คะแนน

รวมทั้งหมด 20 ข้อ 20 คะแนน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยโสธร ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน 30 คน นำผลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหาค่า KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.88

(4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดเลือกตอบและมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 2 ตอน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการพยาบาล ประกอบด้วย ความพึงพอใจด้านผลงาน จำนวน 5 ข้อ ด้านความไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม จำนวน 2 ข้อ ด้านความต่อเนื่องของบริการ จำนวน 2 ข้อ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 7 ข้อ ด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม จำนวน 2 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 18 ข้อ ทดสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม มาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ ได้ค่า .81

กำหนดคะแนนชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง พึงพอใจต่อการปฏิบัติ/กิจกรรมนั้นมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง พึงพอใจต่อการปฏิบัติ/กิจกรรมนั้นมาก

คะแนน 3 หมายถึง พึงพอใจต่อการปฏิบัติ/กิจกรรมนั้นปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง พึงพอใจต่อการปฏิบัติ/กิจกรรมนั้นน้อย

คะแนน 1 หมายถึง พึงพอใจต่อการปฏิบัติ/กิจกรรมนั้นน้อยที่สุด

กำหนดการแปลผลความพึงพอใจรายด้านและโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้⁶

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึงระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึงระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึงระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึงระดับน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ได้จากการสัมภาษณ์บุคลากรพยาบาลวิชาชีพ ส่วนข้อมูลที่เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาล ได้จากการทบทวนตัวชี้วัดย้อนหลัง 2 ปี (2564-2565)

2) ข้อมูลที่ได้จากการวัดผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาล โดยใช้

(1) ตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาล ใช้แบบบันทึกตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาล รวบรวมจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างหลังนำรูปแบบไปใช้ จำนวน 25 ราย ที่เข้ารับการรักษา ระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566

(2) การปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ใช้แบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล โดยผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลป่าต้ว จำนวน 10 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566

(3) ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ใช้แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยประเมินผลโดยการวัดความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลป่าต้ว จำนวน 10 คน

(4) ความพึงพอใจของพยาบาล ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล นำมาเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างการนำระบบการพยาบาลที่พัฒนาแล้วไปใช้ จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลป่าต้ว จำนวน 10 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลผลลัพธ์การพัฒนาระบบการพยาบาลที่เป็นคุณภาพการรักษายาบาล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2) ความพึงพอใจของบุคลากร ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์แยกรายข้อและรายด้าน

3) ความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Pair T-test

4) ประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัย

โครงการการวิจัยผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ลงวันที่ 30 กันยายน 2565 เลขที่ HE 6577/2565 ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ศึกษาที่โรงพยาบาลป่าดัว ดำเนินการวิจัยระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 เน้นการลงมือปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้คือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ร่วมกับศึกษาข้อมูลสถิติการให้บริการ ตัวชี้วัดคุณภาพการรักษาย้อนหลัง 2 ปี และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ปี 2564-2565 จำนวน 128 ฉบับ ผลที่ได้คือ จากการทบทวนผลการดำเนินงานย้อนหลัง 2 ปี (2564-2565) พบปัญหาอัตราการเข้าถึงระบบช่องทางด่วนเพียงร้อยละ 24 และ 32 ตามลำดับ และจากการทบทวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ในปี 2565 จำนวน 10 ราย⁴ พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรค ความล่าช้าในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล เกิดจากทั้งตัวผู้ป่วยเองที่ไม่ทราบว่าเป็นสัญญาณเตือนของโรค รอคูอาการที่บ้าน การนำส่งโดยผู้พบเห็น ไม่เรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินทำให้ไม่ได้รับการประเมินคัดกรอง ณ จุดเกิดเหตุ การจัดการดูแล ณ ห้องฉุกเฉินพบว่าความล่าช้า เกิดจากระบบการคัดกรองระดับรุนแรงที่ไม่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ณ ห้องฉุกเฉินยังไม่มีแบบแผนชัดเจน นอกจากนี้ยังพบรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงระหว่างการนำส่งไปยังหอผู้ป่วยและระหว่างการดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 24 ชั่วโมงแรก จำนวน 10 ราย จากการทบทวนพบว่าขาดแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต มีเพียงแนวทางการดูแลตามคำสั่งแพทย์ ขาดการสื่อสารข้อมูลและการประสานงานที่ดี เพื่อการดูแลผู้ป่วยและยังไม่มีกำหนดสมรรถนะทางพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการปฏิบัติการพยาบาล จึงขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน โดยการพัฒนา ดังนี้ 1) โปรแกรมพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพ 2) จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินผู้ป่วย แผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1) ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน และทฤษฎีการพยาบาล เพื่อนำมากำหนดโครงสร้างและเนื้อหา รวมทั้งเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย

2) จัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพและอบรมบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปใช้การจัดเก็บเอกสาร

3) ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัยตามโครงสร้างที่กำหนด โดยการเชิญตัวแทนของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน และพยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน 2 คน มาร่วมประชุมเพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและกำหนดบทบาทหน้าที่ของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

4) ได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน กำหนดการดูแลออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะการดูแลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล และระยะการดูแลขณะนำส่ง

(1) การดูแลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย การดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การดูแลระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กำหนดให้มีการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน แบบประเมินอาการ แผนการจำหน่าย

(2) การดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินและคัดกรอง การสื่อสารและการส่งต่อผู้ป่วย

(3) การดูแลขณะนำส่ง พยาบาลวิชาชีพ ประเมินปัญหา ความต้องการดูแลในระยะวิกฤตในระหว่างการส่งต่อ ข้อมูลการดูแลก่อนการนำส่ง

ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้บริการคือผู้ป่วย 25 คน และผู้ให้บริการบุคลากรพยาบาล 10 คน นำสู่การปฏิบัติโดยการ 1) จัดประชุม อบรมวิชาการความรู้เรื่องโรค และการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน สำหรับบุคลากร 2) ประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติการพยาบาล 3) นำรูปแบบไปใช้ 4) เก็บรวบรวมผลการดำเนินการ 5) ผู้วิจัยทำหน้าที่พี่เลี้ยง ที่ปรึกษา และผู้ประสานงานระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 - 31 มีนาคม 2566 โดยคณะผู้วิจัย

ระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการพยาบาล ได้แก่

1) ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วยความรู้พยาบาลวิชาชีพ ความพึงพอใจของพยาบาล การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

2) ผลลัพธ์ด้านการบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 การเข้าถึงช่องทางด่วน (Stroke fast track) และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉิน โดยมีการนำผลการดำเนินการตามรูปแบบใหม่เปรียบเทียบกับรูปแบบเดิมในช่วงระยะเวลาเดียวกัน คือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้บริการคือผู้ป่วยที่มารับการรักษาในช่วง 1 ตุลาคม 2564 - 31 มีนาคม 2565 จำนวน 39 คน

ผลการวิจัย

นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเครือข่าย ได้แก่ แผนการพัฒนาความรู้ และ 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประเมินผู้ป่วย ครอบคลุมการดูแลก่อนการนำส่งโรงพยาบาล การดูแลในโรงพยาบาล และการดูแลขณะนำส่ง

สรุปรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน มีลักษณะเป็นการดูแลแบบองค์รวมต่อเนื่อง โดยมีการดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล การประเมินและการคัดกรอง การสื่อสารและการส่งต่อผู้ป่วย การดูแลในโรงพยาบาล ประกอบด้วยการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน กำหนดให้มีการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลและแบบประเมินผู้ป่วย

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

2.1 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ 1) ความรู้พยาบาลวิชาชีพ 2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และ 3) การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1) ความรู้พยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน พบว่าก่อนการพัฒนา พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 10.6 หลังการพัฒนามีคะแนนความรู้เฉลี่ย 18.50 สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เมื่อวิเคราะห์แยกรายด้านพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ยกเว้นเรื่องการประเมินคัดกรองที่ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 10 คน)

	ก่อน		หลัง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1) ด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	3.6	.52	8.7	.95	18.42	.000
2) ด้านการประเมินคัดกรองผู้ป่วย	1.7	.48	2.0	.0	1.96	.081
3) ด้านการจัดการในระยะวิกฤตเร่งด่วน	2.1	.87	2.8	.42	3.28	.010
4) ด้านการสื่อสารและการประสานงาน	2.0	.94	2.9	.31	3.25	.010
5) ระยะเวลาส่งจากห้องฉุกเฉิน	1.2	.42	2.0	.00	6.0	.000
คะแนนความรู้โดยรวม	10.6	2.21	18.50	1.08	16.39	.000

2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน พบว่า หลังพัฒนาระบบการพยาบาล บุคลากรมีความพึงพอใจโดยรวม (Mean = 4.73, S.D. = 0.12) และรายด้านทุกด้านอยู่ใน ระดับมากที่สุด โดยความพึงพอใจด้านผลงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.88, S.D. = 0.17) ด้านความต่อเนื่องของบริการ มีค่าเฉลี่ยรองลงมา (Mean = 4.78, S.D. = 0.25) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพรายด้าน โดยรวม หลัง พัฒนาระบบการพยาบาล (N = 10)

ความพึงพอใจของบุคลากร	Mean	S.D.	ระดับ
1) ด้านผลงาน	4.88	0.17	มากที่สุด
2) ด้านความไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม	4.73	0.63	มากที่สุด
3) ด้านความต่อเนื่องของกิจกรรม	4.78	0.25	มากที่สุด
4) ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย	4.63	0.19	มากที่สุด
5) ด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม	4.70	0.28	มากที่สุด
รวมทุกด้าน	4.73	0.12	มากที่สุด

3) การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล ส่วนที่ปฏิบัติได้น้อย คือ ด้านการประเมิน ความพร้อมของผู้ดูแลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 80) รองลงมาคือ 1) การรายงานแพทย์เร่งด่วนภายใน 1 นาที (ร้อยละ 85) 2) การประเมินสภาพและการบันทึกข้อมูล ปฏิบัติได้ ร้อยละ 100 ยกเว้นเรื่อง การดูแลระบบหัวใจและหลอดเลือด ปฏิบัติได้ ร้อยละ 90 และเรื่อง การซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและลักษณะ เริ่มแรกของอาการที่แน่นอน ความสัมพันธ์ของอาการกับเหตุการณ์ต่างๆ ดีขึ้นหรือเลวลงของภาวะการเจ็บป่วย ทำได้ ร้อย ละ 100 และ 3) ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว (ร้อยละ 85)

2.2 ผลลัพธ์ด้านการบริการสุขภาพ เปรียบเทียบความแตกต่าง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ โดยที่ก่อน ดำเนินการใช้ช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2564 - 31 มีนาคม 2565 (N=39) และหลังดำเนินการใช้ช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2565 - 31 มีนาคม 2566 (N=25) ผลลัพธ์ที่ได้ดังนี้ 1) การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 พบว่าหลังการพัฒนาจำนวนการ เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 21 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 84 สูงกว่าก่อนพัฒนาที่มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉิน 28 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 71.79 ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 2) การเข้าถึงช่องทางด่วน (Stroke fast track) พบว่า หลังการพัฒนาจำนวนผู้ป่วยที่เข้าระบบช่องทางด่วน (Stroke fast track) ภายใน 4.5 ชั่วโมง จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 72 จำนวนเพิ่มขึ้นแต่เมื่อเทียบสัดส่วนร้อยละสูงกว่าก่อนพัฒนาที่มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าระบบช่องทางด่วน (Stroke fast track) ภายใน 4.5 ชั่วโมง 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.28 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละ ของผลลัพธ์ด้านการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา (N=25)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วย Stroke ทั้งหมด	39		25	
1) การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669	28	71.79	21	84
2) การเข้าถึงช่องทางด่วน (Stroke fast track)	20	51.28	18	72

4) ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ที่เข้าระบบ Stroke fast track ตั้งแต่เริ่มมีอาการ จนถึงเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉิน ผู้วิจัยนำเสนอระยะเวลาการให้บริการเป็นช่วง พบว่าระยะเวลาที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ (1) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล ก่อนดำเนินการ

เฉลี่ย 108.49 นาที (S.D.=35.49) หลังดำเนินการ เฉลี่ย 94.38 นาที (S.D.=44.18) (2) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการประเมินโดยพยาบาลก่อนดำเนินการ เฉลี่ย 7.08 นาที (S.D.=4.58) หลังดำเนินการ เฉลี่ย 4.57 นาที (S.D.=2.3) (3) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉิน ก่อนดำเนินการ เฉลี่ย 53.78 นาที (S.D.=6.79) หลังดำเนินการ เฉลี่ย 34.44 นาที (S.D.=11.02) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผลลัพธ์ด้านการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ของระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉินที่เข้าระบบ Stroke fast track เปรียบเทียบความแตกต่าง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (N ก่อน = 39, N หลัง = 25)

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล	108.49	35.49	94.38	44.18	2.057	.042
2. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการประเมินโดยพยาบาล	7.08	4.58	4.57	2.3	3.94	.000
3. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการตรวจโดยแพทย์เวรห้องฉุกเฉิน	10.68	5.11	11.19	5.89	0.54	.590
4. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉิน	53.78	6.79	34.44	11.02	5.99	.000

อภิปรายผล

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่ได้จากการพัฒนาร่วมกันของทีมสหสาขา ประกอบด้วย

1.1 การพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพและเครือข่าย การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและเมื่อมาถึงแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความสำคัญมาก ถ้าสามารถตรวจพบอาการได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยก็จะมีโอกาสในการได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือการได้รับยาละลายลิ่มเลือดเร็วขึ้น โดยพยาบาลเป็นบุคลากรทีมสุขภาพคนแรกที่เข้าถึงผู้ป่วย จึงต้องให้การดูแลอย่างรวดเร็วและเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตั้งแต่การดูแลผู้ป่วยก่อนมาถึงโรงพยาบาลหรือที่เรียกว่า Pre hospital เป็นกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเกิดโรคด้วยการให้ความรู้ประชาชนและกลุ่มเสี่ยง ให้ตระหนักกับสัญญาณเตือนของโรค ทั้งที่เป็นอาการเตือนเฉพาะและอาการที่ไม่เฉพาะ พร้อมทั้งรณรงค์ให้เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จัดระบบบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ รวมถึงการให้ความรู้แก่ทีมการแพทย์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและศูนย์สั่งการ โดยศูนย์สั่งการประเมินคัดแยกผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยใช้เครื่องมือในการคัดกรองอาการทางวาจา คัดกรองอาการเบื้องต้นทางโทรศัพท์ ทีมการแพทย์ฉุกเฉินทำการประเมินซ้ำ ณ จุดเกิดเหตุ และมีการแจ้งทีมเพื่อเตรียมพร้อมในการดูแลตั้งแต่จุดเกิดเหตุ สอดคล้องกับบุญญรัตน์ เพิกเดช⁷ ที่กล่าวว่าการลดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการและเพิ่มโอกาสในการรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดนั้นต้องมีระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดีตั้งแต่ระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล มีการให้ความรู้แก่ทีม มีเครื่องมือในการคัดกรองอาการ การ Activated stroke code และนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ และการศึกษาของธารรัตน์ สงสีทิกุล และอรรพรรณ อนามัย⁸ ที่พบว่าการจัดการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล จะเพิ่มการเข้าถึงการรักษาเฉพาะมากขึ้น โดยพบว่าสามารถเพิ่มการเข้าถึงยา rt-PA จากร้อยละ 4.7 เป็นร้อยละ 21.4 ลดระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาลตั้งแต่เริ่มมีอาการจาก 150 นาที เป็น 90.5 นาที

1.2 แนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อดต้นเฉียบพลันพัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ปรับใช้ให้เหมาะสมในบริบทของพื้นที่ มีความครอบคลุมในปัญหา

และอุปสรรคที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการล่าช้าและการรักษาที่ล่าช้า ตลอดจนความปลอดภัยในการดูแลช่วง 24 ชั่วโมงแรก ซึ่งเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้นแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจึงเริ่มตั้งแต่ระยะผู้ป่วยก่อนมาถึงโรงพยาบาล ระยะการดูแลในห้องฉุกเฉินและการดูแลหลังรับไว้ในโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮารารัตน์ สงสิทธิกุล และ อรรวรรณ อนามย์⁶ ที่พัฒนารูปแบบทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลันด้านการคัดกรอง การรักษาและการส่งต่อ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งผลให้พยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถประเมิน คัดกรองและจัดการให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้ในเวลาที่รวดเร็ว โดยมีการให้ความรู้และฝึกทักษะพยาบาลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้จนผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด การดูแลผู้ป่วยในระยะส่งต่อจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินไปยังหอผู้ป่วยหนักได้ทันทีลดระยะเวลาการรอคอยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตลอดจนมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับไว้ดูแลในระยะเวลาวิกฤติชัดเจน โดยมีพยาบาลนำแนวทางคลินิกเป็นผู้ประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จะช่วยลดอัตราการตาย ความพิการและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลที่ดี อย่างไรก็ตามในการวิจัยในครั้งนี้มีข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่ยังจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น การเข้าถึงบริการและการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของสมองที่รุนแรง เกิดการตีบตันในเส้นเลือดสมองเส้นใหญ่ Middle cerebral artery ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงร่วมกับมีโรคร่วมอื่นๆ ด้วย เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประวัติการรับยาไม่ต่อเนื่อง ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ดังนั้นควรมีการพัฒนาและติดตามประเมินผลในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่า ความสำเร็จของการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันเกิดจากการมองเห็นปัญหาร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ และเข้าใจในระบบบริการต้องการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงสถานบริการที่มีศักยภาพเพื่อลดอัตราการตายพิการ ที่ส่งผลให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างมีคุณภาพ

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

2.1 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล จากการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับสูงมากต่อระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เนื่องจากการส่งเสริมการทำงานร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น ทำให้มีแนวทางการดูแลเป็นไปในแนวทางเดียวกันมีการวางรูปแบบที่ชัดเจนเป็นการสร้างคุณค่าและความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของฮารารัตน์ สงสิทธิกุล และอรรวรรณ อนามย์⁶ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลราชบุรี

2.2 ผลลัพธ์ด้านบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 2) การเข้าถึงช่องทางด่วน (Stroke fast track) 3) ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเคลื่อนย้ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาลและด้านบริการสุขภาพมีแนวโน้มดีขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการรักษายาพยาบาลโดยการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่มีบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจน และมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล แผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นนั้น ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์มีแนวโน้มดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของบุญญรัตน์ เฟิกเดช⁷ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

ข้อเสนอแนะ

1. เชีงนโยบาย

1) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน เป็นการใช้อย่างมีประสิทธิภาพมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้คุณภาพการดูแลทางคลินิกมีคุณภาพมากขึ้น ดังนั้นควรขยายผลโดยการกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาล ให้ดำเนินการครอบคลุมทุกหน่วยงาน ทุกหอผู้ป่วย มีการใช้การวิเคราะห์ผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค นำปัญหาที่ได้มาพัฒนารวมถึงมีการนิเทศติดตาม ประเมินผลการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ

2) ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับหอผู้ป่วยควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรพยาบาล ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้แสดงความคิดเห็นในการพัฒนางาน ทำให้เกิดความยั่งยืน เพราะได้มาจากการยอมรับของผู้ปฏิบัติ เป็นแนวทางที่สามารถแก้ไขปัญหาในหน่วยงาน ผู้ให้บริการมีความเต็มใจและภาคภูมิใจ มีผลทำให้ผู้รับบริการเกิดการยอมรับ

2 ด้านปฏิบัติ .

ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลป่าติว สิ่งหนึ่งคือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ที่นำมาใช้ร่วมกัน ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมใหม่ แต่การที่จะคงไว้ และทำให้แนวปฏิบัติที่มีความทันสมัยและเหมาะสมกับผู้ป่วยทุกสถานการณ์ และทีมสุขภาพเห็นความสำคัญและเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติ นั้น หัวหน้าหน่วยงานควรเปิดโอกาสให้ทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย ได้มีส่วนร่วมในการเป็นส่วนหนึ่งในการทบทวนและพัฒนาแนวปฏิบัติเหล่านั้นทุกครั้ง พร้อมกับมีการกำหนดระยะเวลาในการทบทวนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป .

(1ควรมีการนำผลการศึกษากลับไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง โดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการจัดระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว เป็นฐานข้อมูลที่ถูกต้องเป็นปัจจุบัน

(2ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในกลุ่มโรคอื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. World stroke campaign [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 3]. Available from: <http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf
3. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2559.
4. งานผู้ป่วยนอก. รายงานการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย Stroke. ยโสธร: โรงพยาบาลป่าติว; 2566.
5. Donabedian A. An introduction to Quality Assurance in Health Care. New York: Oxford University Press; 2003.
6. ประคอง วรรณสุด. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
7. บุญรัตน์ เฟิกเดช. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 กรกฎาคม-กันยายน 2563; 34(3): 7-21.
8. อารรัตน์ ส่งสิทธิกุล, อรวรรณ อนามัย. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข พฤษภาคม-สิงหาคม 2559; 26(2): 142-53.

๕๕๕๕๕

ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน
แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร
The Effect of Nursing Care Model for Stroke Fast Track Care System in
Emergency Department Loengnoktha Crown Prince Hospital, Yasothon

Narichara Krotpratun
Head of Emergency Department
Loengnoktha Crown Prince Hospital
Yasothon Province

นริชรา โครตประทุม, พย.บ.
หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา
จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร เป็นการศึกษาประชากร 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้บริการคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 20 คน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน และกลุ่มผู้ให้บริการคือพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จำนวน 12 คน เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือประกอบด้วย 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โครงการพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพ แนวปฏิบัติการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการปฏิบัติในการให้ยาละลายลิ่มเลือด แบบวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ อัลฟาของครอนบาค ในการประเมินความพึงพอใจได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .81 ใช้ KR-20 ในแบบประเมินความรู้ได้ค่าเท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติทดสอบของวิลคอกซัน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 12 มกราคม - 31 มีนาคม 2566

ผลการวิจัยพบว่า 1. ด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การเข้าระบบทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2) ระยะเวลาเฉลี่ยในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าระบบทางด่วนสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้มีระยะเวลาเฉลี่ยน้อยลง 2. ด้านบุคลากร ประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก 2) ผลการประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น 3) การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการให้ยาละลายลิ่มเลือดปฏิบัติตามแนวปฏิบัติมากขึ้น

สรุปผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทำให้การเข้าถึงช่องทางด่วนมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้เร็วขึ้น บุคลากรมีความพึงพอใจและมีความรู้เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of nursing care model for stroke fast track care system in emergency department Loengnoktha Crown Prince Hospital, Yasothon province. This research was studied in 2 population groups; twenty male and female stroke patients aged 18 years and over who received stroke fast track care system and the group of service providers is a professional nurse who works in emergency department Loengnoktha Crown Prince Hospital, 12 people were selected by a specific sample group (Purposive sampling). The tools consisted of: Professional Nurse Knowledge Development Project Practice Guidelines for Stroke Nursing in fast track care system 2. Tools used for data collection including the assessment form for the administration of fibrinolytic drugs Stroke knowledge test form and a nurse satisfaction assessment form check the quality of the tool using Cronbach's alpha in evaluating satisfaction, Cronbach's alpha coefficient was .81. The KR-20 was used in the knowledge assessment form and was equal to .88. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean and deviation. Standardized and used Wilcoxon Matched Pairs Signed-Rank Test. Data were collected during January 12 to March 31, 2023.

The results of the study showed that 1. Patients consisted of 1) stroke fast track access of stroke patients increased 2) average time to receive rt-PA fibrinolytic drugs in stroke patients fast track that can provide anticoagulant drugs 2. Personnel: 1) the professional nurses' satisfaction was at a high level 2) stroke knowledge of nurses increased and 3) compliance with the guidelines for thrombolytic therapy (rt-PA). Comply with the guidelines more.

The conclusion effect of nursing care model for stroke fast track care system led to good results, increase access to the stroke fast track, allowing patients to receive fibrinolytic drugs faster. Personnel satisfaction and knowledge increase.

Keywords: stroke, nursing care model for stroke fast track care system

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก เสียชีวิต 5 ล้านคน เกิดภาวะทุพพลภาพถาวร 5 ล้านคน และ 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา¹ ปี 2563 เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าและประเทศไทยคาดว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปี 150,000 ราย² ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายสูงเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง และสูงเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย โดยพบอัตราการตายต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2559–2563 ในระดับประเทศร้อยละ 48.13, 47.81, 47.15, 52.97 และ 52.80 ตามลำดับ จังหวัดยโสธรร้อยละ 34.44, 45.05, 44.73, 48.91 และ 42.76 ตามลำดับ³

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันชนิดเฉียบพลันด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาลภายในช่วงเวลา 3 ถึง 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการจะช่วยลดอัตราการตาย ความพิการและลดภาระการดูแลผู้ป่วยระยะยาวได้⁴ จึงควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) ที่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและรวดเร็ว เพิ่มอัตราการเข้าถึงและได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ⁵ ซึ่งระบบทางด้านโรคหลอดเลือดสมองต้องมีมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องหลายฝ่ายทำงานประสานกันอย่างเป็นระบบและรวดเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมองจะมีการสูญเสียเซลล์ประสาทมากถึง 2 ล้านเซลล์ในทุกๆ 1 นาที ที่โรคหลอดเลือดสมองยังไม่ได้รับการรักษา ดังนั้นยิ่งผู้ป่วยได้รับยาเร็ว ผลการรักษายิ่งดีกว่าล่าช้าออกไป กล่าวได้ว่า “Time is brain” เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาเนื้อสมองไว้ให้มากที่สุด เพิ่มโอกาสในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความพิการของผู้ป่วยในระยะยาวอีกด้วย กฎเกณฑ์สำคัญในการลดเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (The 8 D's of stroke care) ได้แก่ 1) Detection ทราบอาการและอาการแสดงของโรค 2) Dispatch of EMS การรับแจ้งเหตุและสั่งการที่ถูกต้องรวดเร็ว 3) Delivery การประเมินและการนำส่งที่รวดเร็ว 4) Door of the emergency department การประเมินดูแลที่รวดเร็วของห้องฉุกเฉิน 5) Data collection การรวบรวมข้อมูล การส่งตรวจเลือด การประเมินอาการทางระบบประสาท การตรวจ EKG การส่งตรวจ CT scan และการตรวจสอบว่ามีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด 6) Decision regarding stroke treatment การทบทวนความเสี่ยง และการให้ข้อมูลคำยินยอมในการให้ยาละลายลิ่มเลือด 7) Drug/Device administration การให้ยาและการดูแลหลังให้ยา และ 8) Disposition การดูแลรักษาต่อเนื่องหลังให้ยา⁶

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร เป็นโรงพยาบาลระดับ M2 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในปี 2560-2564 จำนวน 144, 162, 170, 184 และ 169 ราย ตามลำดับ⁷ ให้บริการระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) ร่วมกับแม่ข่ายโรงพยาบาลยโสธรและโรงพยาบาลมุกดาหาร โดยผู้ป่วยที่เข้าระบบ Stroke fast track คือผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการทางระบบประสาทเฉียบพลันและต้องมาโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมง ซึ่งงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ได้มีการเตรียมความพร้อมทั้งในส่วนของระบบบริการและสมรรถนะบุคลากรผู้ให้บริการ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลในระบบ Stroke fast track มากที่สุด ผลการดำเนินงานในปี 2560-2564 พบว่ามีผู้ป่วยเข้าระบบ Stroke fast track ร้อยละ 23.61, 27.16, 36.47, 29.34 และ 32.54 ตามลำดับ

ในปัจจุบันโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ในฐานะ Node ของจังหวัดยโสธรได้เพิ่มศักยภาพโดยมีเครื่อง CT scan และสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ได้ เมื่อเดือนมีนาคม 2565 แต่ยังไม่มีความชัดเจน เดิมเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วย แนวคิดของพยาบาลแต่ละคนที่แตกต่างกัน อีกทั้งการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอด ไม่มีระบบแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วนที่ชัดเจน ทำให้การบริการทางด้านการพยาบาลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ปฏิบัติไม่สอดคล้องกัน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเข้าถึงระบบ Stroke fast track และอัตราการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) อยู่ในระดับต่ำและระยะเวลาในการให้ยามากกว่าเกณฑ์ ข้อมูลสถิติประจำปี 2565 นับเริ่มจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) รายแรกเมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2565 พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงระบบช่องทางด่วน Stroke fast track ร้อยละ 52.43 อัตราผู้ป่วยได้รับยา rt-PA ร้อยละ 55.11 อัตราผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือดทันภายในระยะเวลาที่กำหนด 60 นาทีตามเกณฑ์ Door to Needle Time ร้อยละ 28.57

จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วนหลังจากที่เริ่มมีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในปี 2565 จำนวน 28 ราย พบว่ายังให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ช้าไม่ทันภายในเวลาที่กำหนด พยาบาลขาดความรู้ในการประเมิน NIHSS ขาดความรู้ในการปฏิบัติในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) การปฏิบัติไม่เป็นไปตามมาตรฐานและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ชัดเจน ขาดการสื่อสารข้อมูลและการประสานงานที่ดีในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้เกิดการล่าช้าในการดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระบบทางด่วน ต้องมีการกำกับระยะเวลาทุกขั้นตอน เนื่องจากทุกนาทีที่เกิดความสูญเสียเปล่าคือสมองถูกทำลาย พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินถือว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญมากในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วนได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ภายในเวลาที่กำหนด

ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการแพทย์บางงานการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และนิติเวช ตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งที่กล่าวข้างต้น และพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตาม The 8 D's of stroke care ตั้งแต่การคัดกรอง ประเมินสภาพแรกเริ่ม การรวบรวมข้อมูล การส่งตรวจเลือด การประเมินอาการทางระบบประสาท การตรวจ EKG การส่งตรวจ CT scan การตรวจสอบว่ามีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด การให้ข้อมูลคำยินยอมในการให้ยาละลายลิ่มเลือด การให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) การดูแลหลังให้ยา รวมถึงการดูแลรักษาต่อเนื่องหลังให้ยา ซึ่งจำเป็นต้องมีรูปแบบการดูแลที่มีมาตรฐานตามหลักวิชาการ สามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน ทั้งนี้เพื่อให้ทีมผู้ปฏิบัตินำไปใช้ในการประเมินสภาพแรกเริ่ม รวมถึงการจัดการดูแลที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน (Stroke fast track) ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา เพื่อนำผลมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วนต่อไป

วัตถุประสงค์

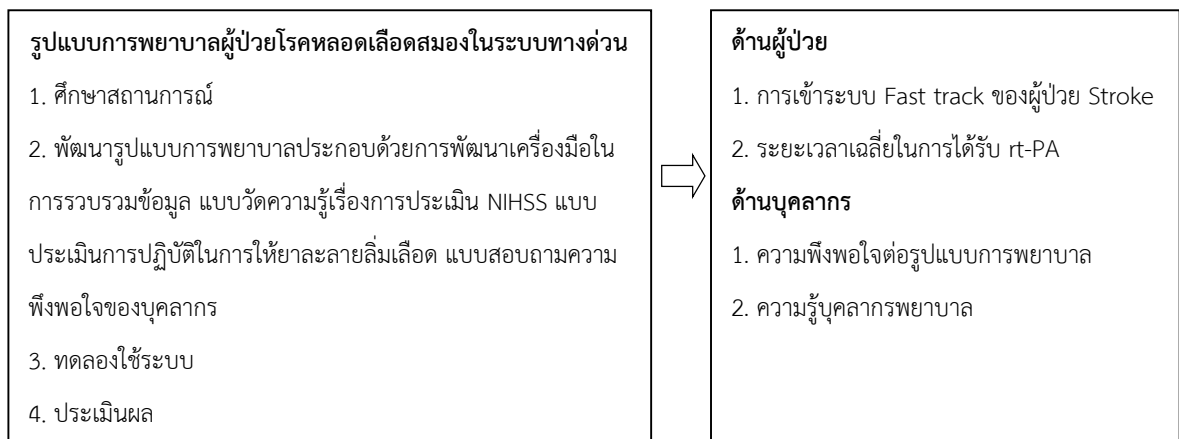
เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

สมมติฐานการวิจัย

1. อัตราการเข้าระบบ fast track ของผู้ป่วย Stroke หลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน (Stroke fast track) แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทาเพิ่มขึ้น
2. ระยะเวลาในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันลดลง หลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน (Stroke fast track)
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลระยะหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน (Stroke fast track) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินความรู้บุคลากรพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน (Stroke fast track) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของเครือข่ายการบริการผู้ป่วย Stroke fast track จังหวัดยโสธร ดังแสดงตามแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Design) โดยกำหนดวิธีการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ใช้บริการและกลุ่มผู้ให้บริการ

1. กลุ่มผู้ใช้บริการ: ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 20 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ คือ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในระบบทางด่วน (Stroke fast track) และผลการ CT Scan ไม่พบภาวะเส้นเลือดในสมองแตกและไม่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) 2) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย 3) เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 12 มกราคม – 31 มีนาคม 2566

2. กลุ่มผู้ให้บริการ: ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเสนางา เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 12 คน ดังนี้ คือ 1) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย 2) มีประสบการณ์การทำงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและ Clinical Practice Guideline ที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงและถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1) โครงการพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพในการให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิอ่านและตรวจสอบตรงกันร้อยละ 100 ถือว่ามีความเที่ยง

2) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ อ่างอิงการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองในระบบเครือข่าย Service plan stroke

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ได้แก่

1) แบบประเมินการปฏิบัติในการให้ยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 11 ข้อ มี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติ (1) ไม่ปฏิบัติ (0) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาพบว่ามีความเห็นตรงกันร้อยละ 100

2) แบบวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 ข้อ มี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก (1) ผิด (0) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาพบว่ามีความเห็นตรงกันร้อยละ 100

3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดเลือกตอบและมาตราประมาณค่า 5 ระดับ แบบสอบถามมี 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน จำนวน 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านผลงาน จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านความไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม จำนวน 2 ข้อ 3) ด้านความต่อเนื่องของบริการ จำนวน 2 ข้อ 4) ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 4 ข้อ 5) ด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม จำนวน 2 และ ข้อ 6) ด้านเอกสิทธิ์และความก้าวหน้าทางวิชาชีพ จำนวน 3 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 18 ข้อ โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ ตึกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยในรวม ตึกผู้ป่วยในชายและตึกผู้ป่วยในหญิง จำนวน 30 คน นำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับได้ค่า .8

กำหนดคะแนนชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง พึงพอใจต่อการปฏิบัติ/กิจกรรมนั้นมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง พึงพอใจต่อการปฏิบัติ/กิจกรรมนั้นมาก

คะแนน 3 หมายถึง พึงพอใจต่อการปฏิบัติ/กิจกรรมนั้นปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง พึงพอใจต่อการปฏิบัติ/กิจกรรมนั้นน้อย

คะแนน 1 หมายถึง พึงพอใจต่อการปฏิบัติ/กิจกรรมนั้นน้อยที่สุด

กำหนดการแปลผลความพึงพอใจรายด้านและโดยรวมของพยาบาล ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึงระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึงระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึงระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึงระดับน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการวิจัยได้เสนอขออนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร และได้รับอนุมัติเลขที่: HE 6608 ลำดับที่: 6608/2566 ลงวันที่ 11 มกราคม 2566 ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 12 มกราคม - 31 มีนาคม 2566

1. เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ให้บริการ ด้วยแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

- 1) แบบประเมินการปฏิบัติกรให้ยาละลายลิ่มเลือดในพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 12 คน
- 2) แบบวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 12 คน
- 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 12 คน

2. เก็บรวบรวมในกลุ่มผู้ใช้บริการ แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

- 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บริการ
- 2) แบบเก็บข้อมูลระยะเวลาการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อขอความร่วมมือในการตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน คือ อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความเหมาะสมและเป็นไปได้ โดยนำ 1) โครงการพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพในการให้ยาละลายลิ่มเลือด 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน 3) แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) และ 4) แบบบันทึกระยะเวลาในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) มาทดลองใช้กับผู้ป่วย จำนวน 10 ราย และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง ในส่วนแบบวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินความพึงพอใจ นำไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยในรวม ตึกผู้ป่วยในชายและตึกผู้ป่วยในหญิง จำนวน 30 คน ประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้วยสถิติ KR-20 ได้ค่า .88 ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจประเมินคุณภาพด้วยสถิติอัลฟาของครอนบาค ได้ค่า .8

ระยะเวลาในการดำเนินการ

หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร และได้รับอนุมัติ เลขที่ : HE 6608 ลำดับที่ : 6608/2566 ลงวันที่ 11 มกราคม 2566 ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 12 มกราคม - 31 มีนาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ ด้านการเข้าถึงระบบ Stroke fast track และการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ เปรียบเทียบก่อนและหลังโดยใช้ระยะเวลาเท่ากัน ก่อนดำเนินการใช้สถิติข้อมูลระหว่างวันที่ 12 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2565 หลังดำเนินการใช้สถิติข้อมูลระหว่างวันที่ 12 มกราคม - 31 มีนาคม 2566

2. ข้อมูลผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาล โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ แยกรายด้าน

3. ข้อมูลผลลัพธ์ผลการประเมินความรู้ของบุคลากรพยาบาลวัดก่อนและหลังโดยใช้สถิติทดสอบของวิลคอกซัน (The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Rank Test)

ผลการวิจัย

นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยถึงผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

- 1) การเข้าระบบ Stroke fast track ของผู้ป่วย Stroke
- 2) ระยะเวลาเฉลี่ยในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)

2. ผลลัพธ์ด้านบุคลากร

- 1) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 2) ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละการเข้าระบบ Stroke fast track ของผู้ป่วย Stroke ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน (Stroke fast track); N ก่อน = 42, N หลัง = 32

ช่วงเวลา	จำนวนผู้ป่วย Stroke ทั้งหมด (คน)	เข้าระบบ Stroke fast track (คน)	คิดเป็นร้อยละ
ก่อน	42	19	45.23
หลัง	32	20	62.50

จากตารางที่ 1 พบว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้าถึง Stroke fast track เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 62.50

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ภายใน 60 นาที ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน (Stroke fast track); N ก่อน = 6, N หลัง = 8

ช่วงเวลา	จำนวนผู้ป่วย Stoke ที่ต้องให้ยา rt-PA (คน)	ได้รับยา rt-PA ทันเวลา (คน)	คิดเป็นร้อยละ
ก่อน	6	2	33.33
หลัง	8	5	62.50

จากตารางที่ 2 พบว่าหลังมีการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วนสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ได้ทันเวลาภายใน 60 นาที ได้เพิ่มมากขึ้นคิดเป็นร้อยละ 62.50

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระยะเวลาเฉลี่ยในการได้รับยา rt-PA ของผู้ป่วย Stroke ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน (Stroke fast track) โดยการทดสอบ Mann-Whitney Test

ช่วงเวลา	n	\bar{x}	S.D.	z	Asymp. Sig. (2-tailed)
ก่อน	6	79.67	18.29	-2.093	.036
หลัง	8	60.37	6.69		

*P < 0.5

จากตารางที่ 3 พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการได้รับยา rt-PA ของผู้ป่วย Stroke ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน (Stroke fast track) มีค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 79.67 และ 18.29 และระยะหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 60.37 และ 6.69 และเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติ โดยการทดสอบ Mann-Whitney Test พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รายด้านโดยรวม หลังการพัฒนาระบบ (N = 12)

ความพึงพอใจของบุคลากร	Mean	S.D.	ระดับ
1. ด้านผลงาน	4.42	0.01	มาก
2. ด้านความไม่ซับซ้อนของกิจกรรม	4.50	0.00	มากที่สุด
3. ด้านความต่อเนื่องของกิจกรรม	4.38	0.05	มาก
4. ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสหวิชาชีพ	4.52	0.01	มากที่สุด
5. ด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม	4.42	0.02	มาก
6. ด้านเอกสิทธิ์และความก้าวหน้าทางวิชาชีพ	4.44	0.05	มาก
รวมทุกด้าน	4.45	0.03	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจโดยรวม (Mean = 4.45, S.D. = 0.03) ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.54, S.D. = 0.01) อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านความไม่ซับซ้อนของกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย (Mean = 4.50, S.D. = 0.00) อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 12)

ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน (Stroke fast track) โดยการทดสอบของวิลคอกซัน (The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Rank Test)

ช่วงเวลา	n	\bar{x}	S.D.	z	Asymp. Sig. (2-tailed)
ก่อน	12	8.83	1.19	-2.701	.007
หลัง	12	10.25	0.62		

*P < 0.5

จากตารางที่ 5 พบว่า พยาบาลที่ได้ใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน (Stroke fast track) จำนวน 12 คน มีผลการประเมินความรู้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน ก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน (Stroke fast track) มีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ย 8.83 หลังการทดลองมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ย 10.25 สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 การปฏิบัติตามแบบประเมินการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA); N = 8

หัวข้อกิจกรรมการประเมิน	ปฏิบัติ (ราย/ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ (ราย/ร้อยละ)
1. สอบถาม On set การเกิดโรค	8/100	0
2. ประเมิน NIHSS	8/100	0
3. ชักถามข้อบ่งใช้/ข้อห้ามใช้ยาละลายลิ่มเลือด	8/100	0
4. อธิบายข้อดี/ข้อเสียของการให้ยาละลายลิ่มเลือด	8/100	0
5. เซ็นโบบินยอมในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ	8/100	0
6. ชั่งน้ำหนักผู้ป่วย	8/100	0
7. ใส่สายสวนปัสสาวะ	6/75	2/25
8. เปิดเส้นเลือดดำ/ให้สารน้ำ	8/100	0
9. คำนวณขนาดยาให้ถูกต้อง 0.9 X น้ำหนักตัว 10% Bolus หลอดเลือดดำ ภายใน 1 นาที 90% drip in 1 hr.	8/100	0
10. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที	8/87.5	1/12.5
11. ประเมิน GCS ถ้าวัดมากกว่า 2 คะแนน รายงานแพทย์	8/100	0

จากตารางที่ 6 พบว่า การปฏิบัติตามแบบประเมินการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในแต่ละด้าน ร้อยละ 100 ยกเว้นการใส่สายสวนปัสสาวะและการประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ยังปฏิบัติตามได้ไม่ครบถ้วนตามแนวทาง เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการใส่ตามคำสั่งของแพทย์และบางรายต้องรีบส่งไป CT scan ส่วนการประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ผู้ป่วยบางรายมีการบันทึกการวัดสัญญาณชีพไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

อภิปราย

จากการศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร พบว่า

1. ด้านผู้ใช้บริการ จากการศึกษาที่มีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับระบบ Stroke fast track และได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) เพิ่มขึ้นและเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี สุธีร์⁹ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการคัดแยกผู้ป่วย Stroke Fast Track ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการโรงพยาบาลยโสธร ที่พบว่าการเข้าถึงและความถูกต้องเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Chi square ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงระบบ Stroke fast track ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนดำเนินการร้อยละ 29.03 หลังดำเนินการร้อยละ 86.96 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย Stroke fast track ก่อนดำเนินการร้อยละ 22.58 หลังดำเนินการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 82.60 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA ก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 6.45 หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 58.70 ผลจากการพัฒนาคือการคัดแยกผู้ป่วย Stroke fast track ถูกต้องส่งผลทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิพร ประกอบทรัพย์¹⁰ ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ต่อระยะเวลาในการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัย พบว่า ระยะเวลาในการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 (Door to Needle Time) กลุ่มก่อนพัฒนาทางด่วนเวลาเฉลี่ย 110.86 นาที (S.D. = 21.32) กลุ่มหลังการพัฒนาทางด่วนเวลาเฉลี่ย 58.03 นาที (S.D. = 8.73) เมื่อวิเคราะห์ผลต่างของทั้งสองกลุ่มพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

2. ด้านผู้ให้บริการ จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความพึงพอใจและมีความรู้เพิ่มมากขึ้น หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน สอดคล้องกับการศึกษาของธารารัตน์ ส่งสิทธิกุล และอรรวรรณ อนามัย¹¹ ที่ศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลราชบุรี ทั้งนี้การศึกษาครั้งนี้ได้จัดประชุมให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพเรื่องรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน และนำรูปแบบไปใช้ในการปฏิบัติงานทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจ ให้การประเมิน NIHSS การปฏิบัติในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) การบันทึกข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องและมีความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติว่ามีความชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวก มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง แนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลวิจัยไปใช้

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วนสามารถใช้ได้จริง สามารถประเมินผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าระบบทางด่วน (Stroke fast track) มากขึ้น ปฏิบัติการพยาบาลในการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ถูกต้อง ทำให้การเข้าถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือด Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) เร็วและทันเวลามากขึ้น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วนมีความพึงพอใจและมีความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน องค์กรพยาบาลควรสนับสนุนให้นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วนไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเพื่อเป็นตัวแทนประชากรทั้งหมดได้อย่างครอบคลุม
- 2) ควรเพิ่มระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้วิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
- 3) ควรศึกษาติดตามประเมินผลต่อเนื่อง เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อดูความยั่งยืนของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน
- 4) ควรศึกษาวิจัยประเมินผลลัพธ์ด้านอื่นๆ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน เช่น ด้านคุณภาพชีวิต ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะยาว 3-6 เดือน เพื่อยืนยันผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริราช. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคหลอดเลือดสมอง. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/sirirajonline2021/Article_files/1256_1.pdf
2. กรรณิกา อังกูร, จุก สุวรรณโณ. Development and Evaluation of the Stroke Fast Track Care System for Acute Ischemic Stroke Patients at Hatyai Hospital and Songkhla Provincial Hospital Network. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย พฤษภาคม-สิงหาคม 2560; 16(2): 6.
3. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี 2560–2564). กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>
4. พันธุ์ญรัศ พันธุ์เขียน. ผลการรักษาหลอดเลือดอุดตันในสมองด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ: เปรียบเทียบกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไปกับน้อยกว่า. วารสารแพทย์เขต 4-5 เมษายน-มิถุนายน 2558; 34(2): 134.
5. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke). ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2550.
6. สมศักดิ์ เทียมเก่า. แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองทันยุค สำหรับแพทย์และทีมสุขภาพเขต 7. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5502?show=full&locale-attribute=th>
7. งานข้อมูลสารสนเทศ. ข้อมูลบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา [Internet]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.loenghospital.cathosting.in.th/webIn/index.php>
8. ฐาปนีย์ ชัยกุลหลาบ, วาสนีย์ วิเศษฤทธิ์. การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก กันยายน-ธันวาคม 2563; 21(3): 67-75.
9. จารุณี สุธีร์. การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วย Stroke Fast Track ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โรงพยาบาลยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน มกราคม-มีนาคม 2564; 7(1): 158–70.
10. รพีพร ประกอบทรัพย์. ผลการใช้โปรแกรมทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ต่อระยะเวลาในการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล กันยายน-ธันวาคม 2562; 4(3): 72–82.
11. ธารรัตน์ สงสิทธิกุล, อรวรรณ อนามัย. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข พฤษภาคม-สิงหาคม 2559; 26(2): 142–53.

๕๕๕๕๕

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลยโสธร

The Development of Care Model for End-Stage Chronic Kidney Disease Patients Treated with Peritoneal Dialysis Yasothon Hospital

Pantiva Wetchagama, M.N.S.
Hemodialysis Unit, Yasothon Hospital
Yasothon Province

พันทิวา เวชกามา พย.บ.
หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลยโสธร
จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลยโสธร ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ที่ได้รับการวางสายล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 18 ราย และญาติผู้ดูแลจำนวน 36 ราย การวิจัยมี 4 ระยะ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบ 3) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ และ 4) สรุปผลและปรับปรุงรูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา 3) แบบประเมินการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งพัฒนาขึ้นเองโดยผู้วิจัยและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลคุณภาพทำวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย 5 รูปแบบ 2) แผนการสอนและฝึกปฏิบัติ 12 องค์ประกอบ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของคิง โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลญาติผู้ป่วย อสม. และ รพ.สต. ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองได้ ไม่เกิดการติดเชื้อญาติผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวจากคะแนนผล Training รอบที่ 1 และประเมินซ้ำรอบที่ 2 ในอีก 6 สัปดาห์เพิ่มขึ้น การติดตามผู้ป่วย 6-24 สัปดาห์ เมื่อกลับไปทำการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องที่บ้านทุกรายไม่มีการติดเชื้อช่องท้องและความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูง ควรนำรูปแบบนี้ไปใช้เป็นแนวทางให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและขยายผลการดูแลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ทั้งในคลินิกและในชุมชน ขยายระยะเวลาในการประเมินผล และติดตามการติดเชื้อระยะยาว

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, วิธีการล้างไตทางช่องท้อง

Abstract

This research is a research and development with the objective of developing and evaluating the model of care for peritoneal dialysis patients at Yasothon Hospital. Conducted between January and December 2022, the sample was a new chronic kidney disease patient who had been placed on peritoneal dialysis. There were 18 cases and 36 relatives of caregivers, and the research was conducted in four phases. 1) Situation analysis 2) the CAPD care model development 3) implementation and 4) evaluation. Data were collected using 1) the personal information record form 2) the maintenance plan compliance and assessment form 3) peritonitis assessment questionnaire and 4) satisfaction survey of care model for end-stage chronic kidney disease patients treated with peritoneal dialysis. The tool is

validated by experts for content validity. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, Quality data were analyzed for content.

The results showed that the developed care model for chronic kidney disease patients consisted of 1) 5 patient care programs 2) 12-component teaching and practice plan by applying King's theory. With the participation of nurses, relatives, patients, public health volunteer, District Hospital, and sanitarium hospitals. Resulted in patients and relatives taking care of them with knowledge and skills in self-care no infection. Relatives of the care givers had knowledge and skills in practice from the scores of the first training round and the second round assessment in 6 weeks increased. Upon returning to continuous peritoneal dialysis at home, all subjects had no peritoneal infection and their satisfaction with the improved form was high. This model should be used as a guideline for providing care for CKD patients and extending care for other CKD patients both in the clinic and in the community. Extend the evaluation period and follow up on long-term infection.

Keywords: care of patients with end-stage chronic kidney disease, peritoneal dialysis

บทนำ

ปัญหาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease: ESRD) พบมีอัตราป่วยสูงขึ้นเนื่องจากเป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะไตเสื่อมตามอายุที่มากขึ้น จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Thai SEEK Study) ปี พ.ศ. 2550-2552 ในประชากรตัวอย่าง 3,495 คน มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 17.56 หากนำมาประมาณการณ์ในประชากรไทย 65 ล้านคน จะมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประมาณ 7.06 ล้านคนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้ป่วยโรคไตในช่วงอายุระหว่าง 45-64 ปี ที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต มีเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 43.1 เนื่องจากการทำหน้าที่ของไตที่ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นและจากมีโรคร่วม¹ เมื่อเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายจะลดลง เกิดภาวะผิดปกติของระบบการทำงานต่างๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร ในปัจจุบันแบ่งการรักษาภาวะ ESRD ออกเป็น 4 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) การล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเองแบบต่อเนื่อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) การปลูกถ่ายไต (Kidney transplant: KT) และการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) ในผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตโดยการรักษาแบบ CAPD เป็นทางเลือกแรกที่เหมาะสม ตามประกาศนโยบาย “ล้างไตผ่านช่องท้องเป็นทางเลือกแรก” (PD first policy) ตั้งแต่ปี 2552 เป็นการรักษาที่มีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันมีจำนวนมากกว่า 20,000 ราย พบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนสะสมตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถึง 24,978 ราย หรือ 52.38 ต่อแสนประชากร² การรักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง (CAPD) นี้ จึงเป็นที่ยอมรับและนิยมกันมาก เนื่องจากสะดวก ผู้ป่วยสามารถทำได้โดยเองที่บ้าน ถ้าผู้ป่วยใส่ใจทำตามอย่างเคร่งครัดตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โอกาสติดเชื้อจะมีน้อยมาก³ อย่างไรก็ตามการล้างไตทางช่องท้องยังมีข้อเสียคือ หากไม่สามารถควบคุมเรื่องความสะอาดในขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยา อาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ ซึ่งพบอุบัติการณ์ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อ (Peritonitis) ตั้งแต่ 0.24-1.66 episode per patient-year ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดท้อง ไข้ คลื่นไส้อาเจียนและอาการบวมตามร่างกาย ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญและพบอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ⁴ ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนของเสียผ่านผนังช่องท้องไม่ได้ผลดี ประสิทธิภาพการล้างไตทางช่องท้องลดลง โดยเฉพาะในช่วง 1 ถึง 2 ปีแรกภายหลังเริ่มรักษา⁵ ผู้ป่วยต้องออกจากเครื่องล้างไตทางช่องท้องสูงถึงร้อยละ 15.8 และเสียชีวิตในระยะต้นและระยะหลังของ

การล้างไตทางช่องท้องร้อยละ 75 ซึ่งสาเหตุการตายนี้สัมพันธ์กับการรักษาทั้งในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังในระยะแรก (ระยะน้อยกว่า 6 เดือน) และภาวะไตวายเรื้อรังในระยะหลัง (มากกว่า 6 เดือน)⁶

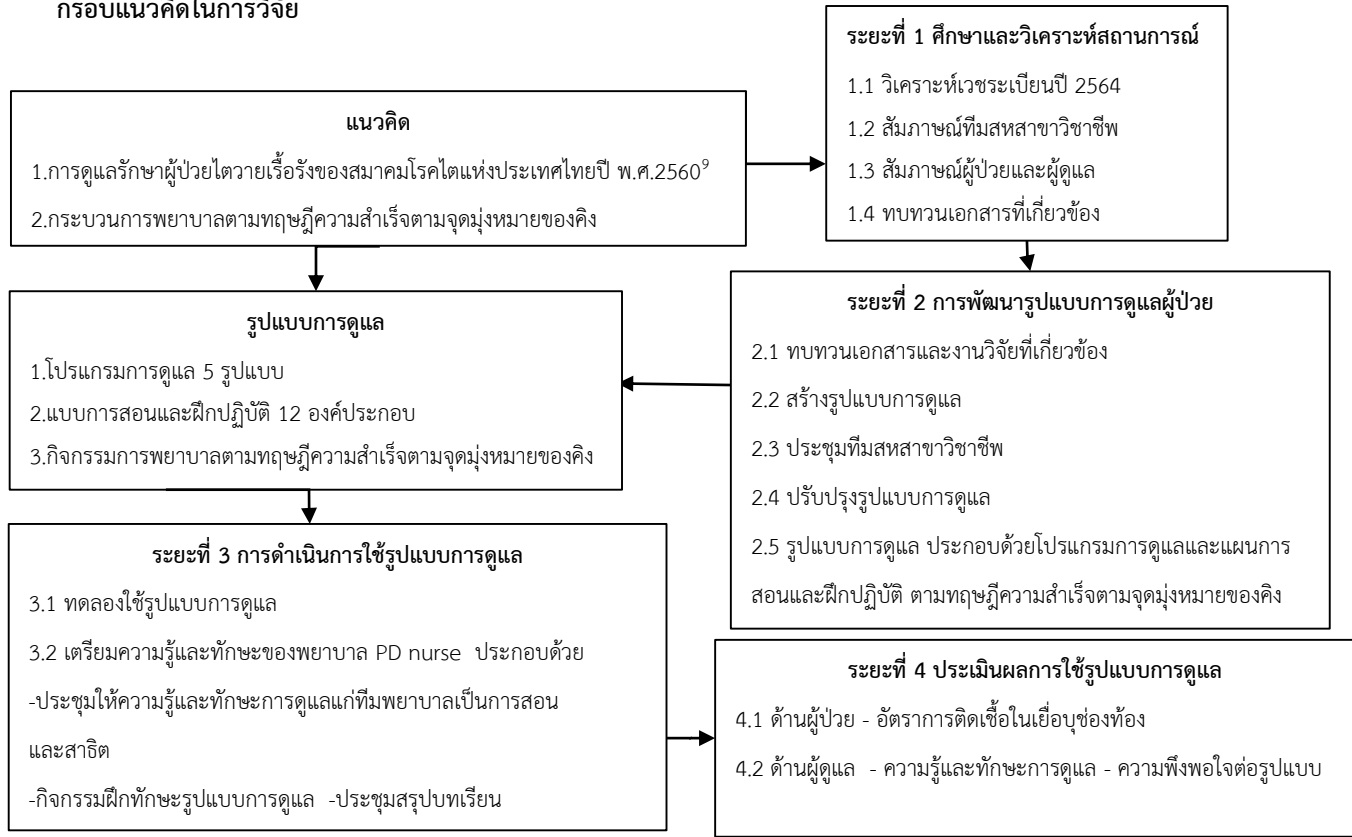
หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลยโสธร เปิดให้บริการและจัดตั้งคลินิก CAPD ขึ้นในปี 2552 ซึ่งปี 2564 มีผู้ป่วย CAPD จำนวน 213 ราย เฉลี่ย 6-8 รายต่อวัน ให้บริการต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่ระยะก่อนวางสายล้างไต ระยะผ่าตัดวางสายและระยะล้างไตต่อเนื่องหลังผ่าตัดวางสายล้างไตมีการรับและส่งต่อการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย 4 อำเภอ คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว โรงพยาบาลทรายมูลและโรงพยาบาลกุดชุม สถาการณ์ผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังสูงขึ้นทุกปีมีผู้ป่วย CAPD รายใหม่สะสม ในปี พ.ศ. 2562-2564 จำนวน 322, 304 และ 347 ราย ตามลำดับ⁷ โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทุกรายต้องเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลอย่างน้อยครั้งละ 1-2 สัปดาห์เพื่อรับยาปฏิชีวนะ พบผู้ป่วยจำนวน 55, 68, 49 ราย คิดเป็น 40.32, 38.60 และ 46.20 episode per patient-month ตามลำดับ และต้องเปลี่ยนมาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในปี พ.ศ. 2562-2564 จำนวน 11, 14 และ 15 ราย ตามลำดับ⁷ จากข้อมูลแฟ้มประวัติการสังเกตและสัมภาษณ์พยาบาลในหอผู้ป่วยต่างๆ รวมทั้งญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยพบว่า สาเหตุการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องของผู้ป่วยเกิดจากขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตที่ไม่ถูกต้อง การไม่เคร่งครัดในการดูแลแผลช่องสายออก ขาดการสื่อสารชัดเจนที่เป็นรูปธรรมกับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย เมื่อไม่เข้าใจขั้นตอนการดูแลที่หลากหลาย ไม่กล้าสอบถามพยาบาลที่ดูแล รวมทั้งการละเลยในการทำความสะอาดร่างกายหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเมื่อกลับไปล้างไตที่บ้าน ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง (King's theory of goal attainment)⁸ ซึ่งเป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากให้แนวทางที่ชัดเจน เน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลตนเองที่บ้าน และเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลา การวางระบบการสอนที่ดีมีคุณภาพและกำหนดการ ซึ่งจะช่วยให้มีรูปแบบการดูแลและป้องกันการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้

จากสภาพปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลยโสธรขึ้น โดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง โดยการให้ความรู้หรือการสอนรายบุคคล รายกลุ่มร่วมกับสื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลตนเองตลอดจนใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต. และ อสม. ในการออกติดตามประเมินเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำทั้งก่อนและหลังการทำล้างไตทางช่องท้อง เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการจัดการบริการทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม มีความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งไม่เพียงมุ่งเน้นการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเท่านั้น แต่ยังคงคำนึงถึงการมีชีวิตที่ยืนยาว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น อันเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดความสำเร็จของงานล้างไตทางช่องท้อง

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) สถานที่ศึกษา คือ คลินิก CAPD โรงพยาบาลยโสธร ดำเนินการระหว่างวันที่ 18 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลยโสธร ระหว่างวันที่ 18 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 64 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ 1) เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวางสายล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่หน่วยงานล้างไตทางช่องท้อง (CAPD Unit) ของโรงพยาบาลยโสธร ระหว่างเดือนมกราคม 2565 ถึงเดือนมิถุนายน 2565 2) มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) มีญาติผู้ดูแล และ 4) ยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย ได้ตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจำนวน 18 ราย และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย 2 คนต่อผู้ป่วย 1 ราย รวมจำนวน 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุดคือ เครื่องมือใช้ดำเนินการวิจัยและเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมี 5 รูปแบบ ดังนี้ (1) แนวปฏิบัติตัวหลังการวางสายล้างไต (2) แผ่นพับการเตรียมห้องก่อนทำการล้างไต (3) แผ่นพับขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต (4) วิดีทัศน์ขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง และขั้นตอนการทำแผลช่องสายออกในรูปแบบของ VCD และสามารถเปิดทบทวนซ้ำได้ทาง Youtube หรือ scan QR code ระบบไลน์โดยเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้ที่ลิงค์ <https://youtu.be/3mFciR6e2EU>, <https://youtu.be/BVsixjXU> ตามลำดับ (5) แบบประเมินเยี่ยมบ้านก่อนเข้าโครงการส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเขตรับผิดชอบ

1.2 แผนการสอนและฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลยโสธร ประยุกต์จากกระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง จำนวน 12 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและผู้ดูแล (2) การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อรับการรักษา (3) การดูแลการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน (4) เทคนิคการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต (5) การลงบันทึกการล้างไตทางช่องท้อง (6) การล้างมือ 7 ขั้นตอน (7) การทำแผล exit site (8) การรับประทานอาหาร (9) ความรู้เรื่องยา (10) ภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไขปัญหาที่บ้าน (11) การมาพบแพทย์ตามนัดหรือก่อนนัด และ (12) แนวทางการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลและการประเมินผลการใช้รูปแบบ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพในครอบครัว บุคคลที่เป็นผู้ดูแลหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัว โรคประจำตัวอื่นๆ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องของผู้ดูแล เครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองโดยศึกษาค้นคว้าจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 12 ข้อ เป็นการประเมินทักษะการปฏิบัติ โดยปฏิบัติได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเกิดเยื่อของท้องอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง เครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองโดยศึกษาค้นคว้าจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้ พึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน พึงพอใจน้อย 2 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน พึงพอใจมาก 4 คะแนน พึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน กำหนดการแปรผลคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ ดังนี้¹⁰

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การดูแลผู้ป่วยโรคไตจำนวน 5 ท่านพิจารณาความเหมาะสมและความตรงเชิงเนื้อหาของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อความ นำข้อเสนอแนะมาปรับแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จำนวน 5 คน ปรับปรุงและพัฒนาตามคำแนะนำ จึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างการวิจัย จำนวน 18 ราย

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบประเมินความรู้และทักษะ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแล จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงโดยใช้ KR-20 ได้ค่า 0.83

2) แบบประเมินความพึงพอใจ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแล จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.94

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัย (Research; R1) เป็นการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยรวมทั้งปัญหาและอุปสรรค เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบการดูแล ดำเนินการในเดือนมิถุนายน 2565 ดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ในปี 2564 เกี่ยวกับข้อมูลระยะเวลาที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง จำนวน 20 ราย
- 2) สัมภาษณ์บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต จำนวน 1 ท่าน พยาบาลหน่วยไตเทียมที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 2 ท่าน พยาบาลหน่วยไตเทียมที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 1 ท่าน เกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยดำเนินการด้วยตัวเอง
- 3) สัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะการให้บริการหรือการบริการที่ได้รับ ความต้องการการดูแลปัญหาอุปสรรคต่างๆ รวมทั้งข้อเสนอแนะ
- 4) ทบทวนเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลการให้บริการ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจากคู่มือหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องสรุปผลการศึกษาหรือวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย สามารถสรุปประเด็นปัญหาออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านกระบวนการดูแลหรือกระบวนการให้การพยาบาลผู้ป่วย และด้านผู้รับบริการและผู้ดูแล

ระยะที่ 2 การพัฒนา (Development; D1) เป็นการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลยโสธรดำเนินการระหว่างวันที่ 18 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2565 ดังนี้

- 1) ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้การทบทวนอย่างเป็นระบบในประเด็นผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาล การพยาบาลตามทฤษฎีของคิง จากนั้นสรุปและยกร่างรูปแบบการดูแลประกอบด้วย (1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย 5 รูปแบบ (2) แผนการสอนและฝึกปฏิบัติ 12 องค์กรประกอบ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของคิงอย่างมีเป้าหมายร่วมกันตามแผนงานหรือโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการดูแลหรือการพยาบาลผู้ป่วยสำหรับ PD nurse สอน
- 2) ประชุมทีมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ทีมรับทราบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องและให้ข้อเสนอแนะต่อร่างรูปแบบการดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและส่งร่างรูปแบบการดูแลให้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ และปรับปรุงรูปแบบ

ระยะที่ 3 การวิจัย (Research; R2) เป็นการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 ดังนี้

- 1) ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย 5 รูปแบบ ประกอบด้วย (1) กิจกรรมฝึกทักษะรูปแบบการดูแลโดย PD nurse มีกิจกรรมทดสอบและสาธิตการพยาบาลตามฐานความรู้และทักษะที่จำเป็น ประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนการอบรม (2) ฝึกทักษะการดูแลที่สำคัญ เช่น ขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยา การทำแผล Exit site การแก้ปัญหาอื่นๆ (3) ให้คำปรึกษาหรือสอนแนะนำที่ข้างเตียงเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มเพื่อเพิ่มทักษะให้ผู้ดูแลและผู้ป่วย (4) ประเมินความรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยหลังอบรม และ (5) นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่พัฒนาขึ้นไปใช้
- 2) ประเมินญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้และทักษะในการดูแล ด้านผู้ป่วยประเมินเกี่ยวกับการติดเชื้อในช่องท้อง

ระยะที่ 4 การพัฒนา (Development; D2) เป็นการประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม ได้แก่ (1) สรุปผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแล และ (2) นำเสนอผลการทดลองแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพถึงความเหมาะสมความเป็นไปได้ พร้อมกับปรับปรุงรูปแบบให้ดียิ่งขึ้นและเผยแพร่รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ สถิติการรักษา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพในครอบครัว บุคคลที่เป็นผู้ดูแลหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัว โรคประจำตัว

2) วิเคราะห์ข้อมูลด้านผลลัพธ์ด้านบริการ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ประกอบด้วยข้อมูลการติดเชื้อในช่องท้องของกลุ่มตัวอย่าง สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของการติดเชื้อโดยใช้ Fisher's exact test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลยโสธร เลขที่ YST 2022-06 ลงวันที่ 17 มกราคม 2565

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยขอเสนอตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับล้างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลยโสธร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการดูแล ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติตัวหลังการวางสายล้างไต 2) แผ่นพับการเตรียมห้องก่อนทำการล้างไต 3) แผ่นพับขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต 4) วีดิทัศน์ขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง และขั้นตอนการทำผลช่องสายออกในรูปแบบของ VCD และสามารถเปิดทบทวนซ้ำได้ทาง Youtube หรือ scan QR code ระบบไลน์โดยเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้ที่ลิงค์ <https://youtu.be/3mFciR6e2EU>, <https://youtu.be/BVsixjXU> ตามลำดับ และ 5) แบบประเมินเยี่ยมบ้านก่อนเข้าโครงการส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเขตรับผิดชอบ

1.2 แผนการสอนและฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับล้างไตทางช่องท้อง ประยุกต์จากกระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง จำนวน 12 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อรับการรักษา 3) การดูแลการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน 4) เทคนิคการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต 5) การลงบันทึกการล้างไตทางช่องท้อง 6) การล้างมือ 7 ขั้นตอน 7) การทำผล Exit site 8) การรับประทานอาหาร 9) ความรู้เรื่องยา 10) ภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไขปัญหาที่บ้าน 11) การมาพบแพทย์ตามนัดหรือก่อนนัด และ 12) แนวทางการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง

2. ผลของรูปแบบการดูแล

โดยรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นนี้ได้เน้นที่โปรแกรมการสอน (Training) เมื่อผู้ป่วยได้รับการวางสายล้างไตทางช่องท้องที่ห้องผ่าตัด จะถูกส่งมาทดสอบการไหลของน้ำยาที่งานล้างไตทางช่องท้องเพื่อประเมินว่าสามารถทำการล้างไตทางช่องท้องได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยทุกรายจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังการวางสายล้างไตทางช่องท้องพร้อมรับเอกสารตามโปรแกรมการดูแลเพื่อไปศึกษาในการเตรียมความพร้อมก่อนทำการล้างไตทางช่องท้องที่บ้าน เมื่อครบกำหนดพักช่องท้องเป็นระยะเวลา 10-14 วัน (Break in period) ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะเข้ามารับการฝึกทักษะการดูแลตนเองและให้ความรู้ที่หน่วยงานล้างไตทางช่องท้องตามระบบการนัด ทุกๆรายจะเข้าสู่กระบวนการฝึกสอน (Training) 2 วัน โดยแยกการเรียนรู้ในแต่ละกิจกรรมการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลมีจำนวน 7 แผนการพยาบาล 4 ขั้นตอน ประกอบด้วยการประเมินปัญหา เป็นการสร้างสัมพันธภาพ รวบรวมและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลกับพยาบาลทำให้เกิดการรับรู้และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยจนยอมรับในข้อจำกัดและความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งนำไปสู่การวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาล ในการเลือกวิธีการแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและตั้งเป้าหมายร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจปัญหารับทราบแนวทาง และร่วมกัน

เลือกวิธีการที่จะแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ส่วนรูปแบบการปฏิบัติตามแผนการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยมีกระบวนการสอนและสาธิตเน้นในขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาและการทำแผลให้ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยทุกราย จะฝึกปฏิบัติซ้ำจนผ่านเกณฑ์ตามรายชื่อที่กำหนดตามรูปแบบการดูแล มีความมั่นใจในการล้างไตทางช่องท้องและสามารถจัดการดูแลตนเองได้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จนสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องก่อนกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านและเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลที่บ้านพยาบาลผู้สอนเป็นบุคคลแรกที่ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์ติดต่อหรือประสานขอรับคำปรึกษาในระบบไลน์ได้ตลอดเวลา เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน

เมื่อครบกำหนดระยะเวลา 6 สัปดาห์หลังกลับไปทำการล้างไตทางช่องท้องที่บ้าน ได้มีการนัดติดตามผลการรักษาในคลินิก CAPD ทุกรายตามรอบวันนัดญาติและผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความรู้และทักษะการดูแล ติดตามภาวะการติดเชื้อ ตามรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยทีมผู้วิจัยทำหน้าที่คอยกระตุ้นให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ อำนวยความสะดวกตามสภาพปัญหาที่พบในแต่ละราย มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและทบทวนข้อมูลเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

2.1 ด้านผู้ป่วย

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยจำนวน 18 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 13 ราย และเพศหญิง 5 ราย มีอายุเฉลี่ย 65 ปี อายุสูงสุดคือ 82 ปี และอายุต่ำสุดคือ 48 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองยโสธรจำนวน 8 ราย และกระจายอยู่ตามอำเภอต่างๆ จำนวน 10 ราย สิทธิการรักษาเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพทั้งหมด มีสถานภาพสมรส 12 ราย ศึกษาในระดับประถมศึกษา 17 ราย ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม 9 ราย สถานภาพในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัว 12 ราย รายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน 8 ราย โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน 5 ราย อาการไม่สุขสบายที่พบมากที่สุดคือ ภาวะท้องผูก 16 ราย และเบื่ออาหาร 15 ราย

2.1.2 ประเมินการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง

ผลการประเมินตามแบบการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วย 18 ราย ช่วงระยะเวลาที่ศึกษา 6-24 สัปดาห์ พบว่า ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ พบการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง 7 ราย ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 20 ราย ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องมีผลต่อการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value=0.01) โดยรูปแบบการดูแลใหม่ไม่พบการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องและเปรียบเทียบ (N=18)

การใช้รูปแบบ	ติดเชื้อ (จำนวน/ร้อยละ)	ไม่ติดเชื้อ (จำนวน/ร้อยละ)	p-value
ก่อนการพัฒนาารูปแบบการดูแล	7 (35%)	13 (65%)	0.01*
หลังการพัฒนาารูปแบบการดูแล	0 (0%)	18 (100%)	

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

2.2 ด้านผู้ดูแล

2.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลจำนวน 36 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 23 ราย มีอายุเฉลี่ย 38 ปี อายุสูงสุดคือ 65 ปี และอายุต่ำสุดคือ 19 ปี ความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวและบุตรชาย 27 ราย ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม 31 ราย ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี 33 ราย จากข้อมูลออกประเมินเยี่ยมบ้านก่อนเข้าโครงการของเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้ง 18 ราย มีความพร้อมด้านการเตรียมห้องในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตและอุปกรณ์ต่างๆ ก่อนทำการล้างไตทางช่องท้อง

2.2.2 ทักษะการปฏิบัติการตามโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ป่วย 12 องค์ประกอบ

การปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องทั้ง 12 องค์ประกอบ ในครั้งที่ 1 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลได้ (Mean = 11.53, S.D. = 0.13) และเมื่อประเมินซ้ำครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัดในคลินิก CAPD ช่วง 6 สัปดาห์หลังกลับไปปฏิบัติที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการดูแลครบทั้ง 12 องค์ประกอบ คิดเป็นร้อยละ 100 (Mean = 12, S.D. = 0.00) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการตามโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ป่วย 12 องค์ประกอบ หลังพัฒนาระบบดูแล (N=36)

ตัวแปร	N	Mean	S.D.	Mean difference	95% CI	t	P Value
ครั้งที่ 1	36	11.53	0.13	0.47	0.21-0.73	3.66	0.001
ครั้งที่ 2	36	12	0.00				

2.3 ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบการดูแล

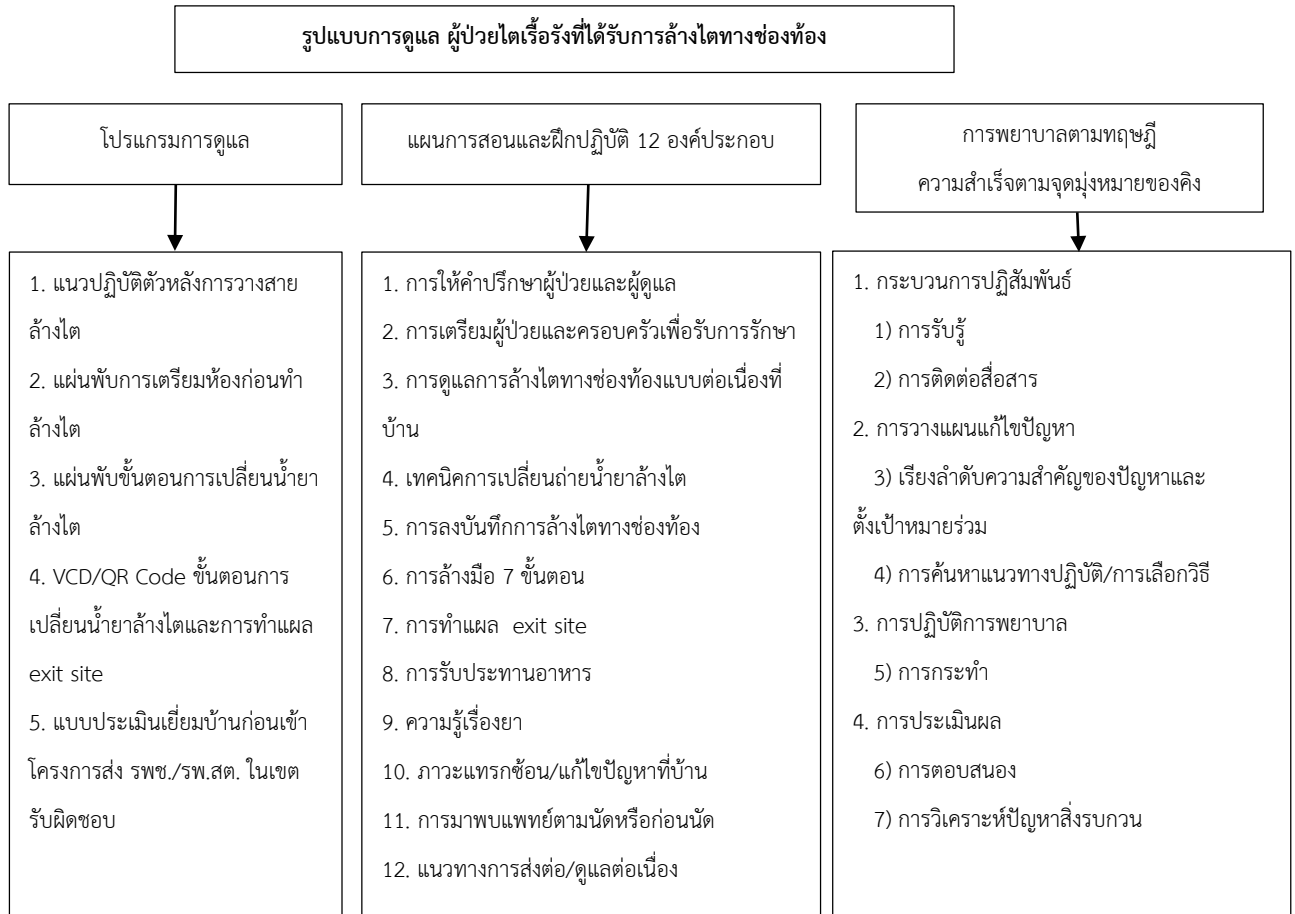
ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง พบว่า หลังพัฒนาระบบการดูแลผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมระดับมากที่สุด (Mean = 4.86, S.D. = 0.16) และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยความพึงพอใจด้านการนำรูปแบบไปใช้ง่ายสะดวกมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.92, S.D. = 0.28) ด้านพยาบาลผู้ดูแลให้คำแนะนำเอาใจใส่ มีค่าเฉลี่ยรองลงมา (Mean = 4.89, S.D. = 0.32) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความพึงพอใจของผู้รับบริการรายข้อและ โดยรวมหลังพัฒนาระบบดูแล (N=36)

ความพึงพอใจของบุคลากร	Mean	S.D.	ระดับ
1) การนำรูปแบบไปใช้ง่าย สะดวก	4.92	0.28	มากที่สุด
2) พยาบาลผู้ดูแลให้คำแนะนำ เอาใจใส่	4.89	0.32	มากที่สุด
3) ความต่อเนื่องของกิจกรรม	4.81	0.40	มากที่สุด
4) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย	4.83	0.38	มากที่สุด
5) ความเหมาะสมของรูปแบบ	4.86	0.35	มากที่สุด
รวมทุกด้าน	4.86	0.16	มากที่สุด

3. รูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

ผลจากการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลของผู้ป่วยร่วมกัน ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ดังนี้



รูปที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการพัฒนาด้วยการให้ความรู้หรือการสอนรายบุคคล รายกลุ่มร่วมกับสื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลตนเอง โดยการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งมี 2 องค์ประกอบหลักดังนี้ (1) โปรแกรมการดูแล 5 รูปแบบ (2) แผนการสอนและฝึกปฏิบัติทักษะตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วย 12 องค์ประกอบ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง ที่มีกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อม ที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งการดำเนินการในครั้งนี้มีระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อสม. และ รพ.สต. รวมทั้งสามารถเชื่อมต่อกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในชุมชนสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญพร ทวีบุตร และคณะ¹¹ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นที่ได้รับความร่วมมือจากแพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคไตเรื้อรัง และการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข ในระบบบริการสุขภาพ ทำให้เกิดการพัฒนาคู่มือบริการ มีแนวทางปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรมทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยมีศักยภาพและสามารถจัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมยั่งยืน สำหรับการดูแลต่อเนื่องพบว่าต้องมีการประสานการดูแลระหว่างหน่วยงาน ทั้งภายในโรงพยาบาลและระหว่างพยาบาลกับชุมชนในการออกติดตามเยี่ยมบ้าน ตามแบบประเมินก่อนทำการล้างไตทางช่องท้อง เพื่อประเมินอาการผู้ป่วย สถานที่ในการเปลี่ยนน้ำยา สิ่งแวดล้อมภายนอกและความพร้อมก่อนทำการล้างไตทางช่องท้องที่บ้านในการ

จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้มีความเหมาะสมกับการรักษาโดยเฉพาะการเปลี่ยนน้ำยาในทองที่เป็นสัดส่วน จัดหาวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ เตียงผู้ป่วยสำหรับเปลี่ยนน้ำยา เสาน้ำเกลือ อ่างล้างมือ สถานที่เก็บน้ำยาล้างไต การปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านและรอบบริเวณบ้านใหญ่ถูกสุขลักษณะเพราะมีส่วนสำคัญในการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในเยื่อบุของทอง การติดเชื้อบริเวณ Exit site เป็นต้น การเยี่ยมบ้านก่อนการรักษาทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร กิจกรรมสันทนาการ ทำให้สามารถนำข้อมูลมาประกอบการพิจารณาในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องมีความสอดคล้องกับบริบทตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยมากที่สุด การบริการที่เน้นเชิงรุกทำให้เห็นถึงรูปแบบการดูแลที่มีความเชื่อมโยงและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง จนส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลตามที่ตั้งเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของกิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์¹² ที่พัฒนารูปแบบการดูแล 4 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตเพื่อระบุปัญหารายบุคคล 2) ให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติตามพฤติกรรมเสี่ยง 3) ติดตามดูแลต่อที่บ้านเพื่อเสริมพลังแก้ปัญหาระดับบุคคลจนกว่าปัญหาจะสิ้นสุด และ 4) ประสานภาคีเครือข่ายในการดูแลแบบองค์รวมซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการสุขภาพได้เพิ่มขึ้น รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นนี้ได้จัดทำในรูปแบบของ VCD เกี่ยวกับขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางช่องท้องและขั้นตอนการทำแผล Exit site เมื่อญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยเกิดข้อสงสัยในขั้นตอนการดูแลรักษา สามารถเปิดดูซ้ำได้ทาง Youtube หรือ scan QR code ในระบบไลน์เมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร อยู่แดงและคณะ¹³ ที่พัฒนารูปแบบ 3 องค์ประกอบ คือ 1) มุ่งเน้นที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง 2) มีนโยบายที่ชัดเจนและความร่วมมือของทีมสุขภาพ 3) มีความร่วมมือกับชุมชนและประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ระหว่างกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลด้านการสอนพบปัญหาพื้นฐานการรับรู้และทักษะของผู้เรียนที่แตกต่างกัน เนื่องจากความสามารถในการเรียนรู้แต่ละรายไม่เท่าเทียมกัน แม้ว่าได้กำหนดแนวทางสำหรับโปรแกรมการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแล แต่ก็ไม่สามารถลงลึกในรายละเอียดได้ ทำให้ต้องมีการประยุกต์ดัดแปลงเทคนิคในการสอนให้สอดคล้องกับการเรียนเป็นรายๆไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของราณี อรรถพานรักษ์¹⁴ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันมีความสัมพันธ์ที่ดี มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วย สำหรับการดูแลต่อเนื่องได้มีการประสานการดูแลระหว่างหน่วยงานเครือข่ายบริการสุขภาพในการดูแลแบบองค์รวมทั้งในหอพักผู้ป่วยของโรงพยาบาลขณะผู้ป่วยกลับมาอนรักษาทันทีเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมทั้งจัดให้มีการดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต. และ อสม. ในการออกติดตามประเมินเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมพลัง ให้คำแนะนำก่อนที่จะทำการล้างไตทางช่องท้องญาติผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำทำความสะอาดแผลช่องสายออกและช่วยเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น รู้สึกปลอดภัย ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพอย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีมีความรู้และทักษะเคร่งครัดในการดูแลตนเอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในการติดเชื้อ แม้จะเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลตลอดชีวิต ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสมสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแนวทางที่ดีในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของมัจฉลินทร์ บุญโอบาส และทัศนาศิลป์พัฒนา¹⁶ ที่สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน มาใช้เป็นเครื่องมือในการให้การดูแลหรือพยาบาลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นกระบวนการพยาบาลที่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยทีมพยาบาลเป็นเพียงผู้คอยกระตุ้น สนับสนุน ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกตามสภาพปัญหาที่พบในแต่ละราย

จากการติดตามประเมินผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น เมื่อผู้ป่วยกลับไปทำการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องที่บ้าน และกลับมาตรวจตามนัดในคลินิก CAPD ระยะการติดตาม 6-24 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยทั้ง 18 ราย ไม่มีการติดเชื้อในช่องท้อง ญาติผู้ป่วยจำนวน 36 ราย มีคะแนนผล Training รอบที่ 1 และประเมินซ้ำใน 6 สัปดาห์ รอบที่ 2 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ญาติผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญ (P-value < 0.05)

จากการสอบถามญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยพบว่ามีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับสูงมาก (Mean = 4.86) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์และคณะ¹⁷ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 3 องค์ประกอบ 1) พัฒนาเครือข่ายพยาบาล 2) พัฒนาแนวปฏิบัติ และ 3) ให้การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องได้เช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาส พรหมใจมั่น¹⁸ พบว่าผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพและการทำบทบาทหน้าที่ตามปกติที่เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมและป้องกันการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบได้ ทั้งนี้เป็นผลมาจากการพัฒนารูปแบบที่มีกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการและการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายที่ยืนอยู่บนความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของชิตชวรรณ คงเกษมและคณะ¹⁹ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองและลดการพึ่งพา จึงนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ผู้ป่วยยอมรับ มีการรับรู้ข้อมูลร่วมกันในทุกขั้นตอนของการดูแล เนื่องจากตนเองเป็นผู้กำหนดร่วมกับพยาบาล เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแล พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลา

ดังนั้น รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ มีแนวทางปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลตนเองที่บ้านทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจปัญหา รับทราบแนวทางการรักษา ร่วมกัน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถเป็นต้นแบบแก่ผู้ป่วยรายอื่นๆ ได้

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยนี้ศึกษากับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการวางสายล้างไตทางช่องท้องรายใหม่ จึงทำให้มีจำนวนผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้าน้อยและด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาในการศึกษา ทำให้ติดตามได้เพียง 24 สัปดาห์ และระยะเวลาในการประเมินผลโปรแกรมอาจเร็วไปทำให้ผลลัพธ์ภาวะแทรกซ้อนด้านการติดเชื้อจะยังไม่แสดงผลชัดเจน ควรมีการศึกษาต่อในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบายผู้บริหาร

1.1 โรงพยาบาลควรมีการสนับสนุนให้มีการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลมาใช้ในโรงพยาบาล ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2 ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลแบบองค์รวมในกลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเดินทางมารักษาในโรงพยาบาล โดยจัดระบบรับส่งร่วมกับระบบฉุกเฉิน เรียก 1669 เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยในกรณีที่ยาติไม่สามารถรับส่งได้โดยอาจให้มีการร่วมจ่าย

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

2.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่พัฒนาขึ้นมีแนวปฏิบัติที่ดี จึงควรนำรูปแบบนี้ไปใช้เป็นแนวทางให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอื่นๆ และสถานพยาบาลที่มีผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้เป็นแนวทางให้บริการ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อและควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล

3.1 ควรนำรูปแบบการดูแลเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลตนเองร่วมกับการติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อแก้ไขปัญหาโดยทีมสหวิชาชีพทั้งระดับอำเภอ ตำบลและเครือข่ายชุมชนร่วมกันดำเนินงานอย่างเป็นองค์รวมให้การดำเนินงานตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่บ้านให้มีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

3.2 ควรนำรูปแบบการสื่อสารที่ใช้ทั้งสื่อเอกสาร สื่ออุปกรณ์จริงร่วมกับสื่อบุคคลผู้มีประสบการณ์ดูแลตนเองนำมาประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องให้กับ อสม. เพื่อขยายเครือข่ายการบริการสู่ชุมชนต่อไป
2. ควรมีการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง เนื่องจากกระบวนการดูแลต้องทำต่อเนื่องทุกวัน อาจทำให้เกิดภาวะ Burn out ทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแลได้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. รายงานสถิติความชุกและอุบัติการณ์ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nephrothai.org/>
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสํานักหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2554 [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.sem100library.in.th/opac/Catalog/Bibltem.aspx?BibID>
3. เกลิงศักดิ์ กาญจนบุศย์. Text of Practical Peritoneal Dialysis. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒน์ อินเตอร์ พริ้นท์; 2556.
4. วราภรณ์ เลี้ยวรเศรษฐ์, สุชาติ เจนเกรียงไกร, วารุณี เศรษฐมาลย์, สิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล. การรอดชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จากเบาหวานที่ล้างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา. เวชสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา มกราคม-เมษายน 2554; 35(1): 13-21.
5. Chaudhary K. Peritoneal Dialysis Drop-out Causes and Prevention Strategies. Int J Nephrol 2011; 2011:434608. doi: 10.4061/2011/434608. PubMed PMID: 22121484.
6. อำนวย แสงฉายศิริศักดิ์. สาเหตุของเทคนิคล้มเหลวและการเสียชีวิตระยะต้นและระยะหลังของผู้ป่วย CAPD ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร มกราคม-เมษายน 2553; 7(1): 13-20.
7. หน่วยไตเทียม. สรุปข้อมูลรายงานประจำปีงานคลินิกล้างไตทางช่องท้อง ปี 2562-2564. โรงพยาบาลยโสธร; 2565.
8. King IM. A theory for nursing System, concepts, process. New York: Wiley Century-Crofts; 1981.
9. เกลิงศักดิ์ กาญจนบุศย์, บรรณาธิการ. แนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง พ.ศ. 2560 (Clinical Practice Guideline (CPG) for Peritoneal Dialysis 2017). กรุงเทพฯ: เฮลท์ เวิร์ค พลัส; 2561.
10. ประคอง วรรณสุด. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
11. เพ็ญพร ทวีบุตร, พัชราพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อานาจสัตย์เชื้อ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. วารสารพยาบาลสาธารณสุข มกราคม-เมษายน 2560; 31(1): 129-45.
12. กิติมา เศรษฐบุณยสร้าง, ประเสริฐ ประสมรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทาจังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตุลาคม-ธันวาคม 2559; 4(4): 485-503.

13. สุภาพร อยู่แดง, บุญทิพย์ ศิริธรรังศรี, วิศิษฐ์ ประสิทธิ์ศิริกุล. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยไตวายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตเทียม สถาบันบาราศนราดูร. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพการวิจัย มกราคม-มิถุนายน 2562; 13(1): 20-30.
14. ราณี อรรถพานุรักษ์, อนัญญา มานิตย์. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก มกราคม-มิถุนายน 2558; 26(1): 133-48.
15. ปุณณณิน เชื้อนเพ็ชร, รุ่งลาวัลย์ กาวิลละ. การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย มกราคม-มิถุนายน 2563; 7(1): 57-74.
16. มุจลินทร์ บุญโอภาส, ทศนา นิลพัฒน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง สำหรับพยาบาลวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพ เขต 11. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 มกราคม-มีนาคม 2558; 29(1): 1-11.
17. มณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์, สมจิตร สกลคุ, ณฤดี ทิพย์สุทธิ, วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนนท์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลหนองคาย. วารสารกองการพยาบาล มกราคม - เมษายน 2563; 47(1): 190-208.
18. จุฑามาส พรหมใจมั่น. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและการเกิดเย็บช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2563.
19. ชิตชวรรณ คงเกษม, สุนีย์ ละกำป็น, ปิยะธิดา จึงสมาน. โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข มกราคม-เมษายน 2560; 31(1): 74-89.

๕๕๕๕๕

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเขมราฐ

Development of Oral Health Care System in Elderly in the Responsible Area of Khemarat Hospital

Siriporn Hinsui, D.D.S

M.Sc. Oral and Maxillofacial Surgery

Khemarat Hospital, Ubon Ratchathani Province

ศิริพร หินซุย, ท.บ.

วท.ม. ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล

โรงพยาบาลเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเขมราฐ และ 2) เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติตามระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเขมราฐ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 26 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 3,665 คน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเขมราฐ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แผนการประชุมกลุ่ม 2) แบบสัมภาษณ์ 3) ระบบกลไก ขั้นตอนการปฏิบัติงานในการออกหน่วยเคลื่อนที่ตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน 4) แบบประเมินปัญหาช่องปากผู้สูงอายุ 5) อุปกรณ์ในการทำความสะอาดฟันและแบบจำลองฟันประกอบการให้ทันตสุขศึกษา และ 6) เครื่องคอมพิวเตอร์และระบบการบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล ดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการของกลุ่มงานทันตกรรม ระยะเวลาที่ 2 พัฒนาระบบปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ 3 นำระบบปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุไปใช้ และระยะเวลาที่ 4 ประเมินผลการปฏิบัติตามระบบ ในเดือนกันยายน 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 89.65 เป็นร้อยละ 98.82 2) ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.46 เป็นร้อยละ 3.78 3) มีปัญหาสุขภาพช่องปากลดลงจากร้อยละ 51.95 เป็นร้อยละ 20.35 4) มีภาวะเหงือกอักเสบหรือปริทันต์ลดลงจากร้อยละ 70.77 เป็นร้อยละ 42.45 5) ฟันโยกลดลงจากร้อยละ 20.40 เป็นร้อยละ 11.02 และ 6) มีฟันผุลดลงจากร้อยละ 47.12 เป็นร้อยละ 17.98 บุคลากรสาธารณสุขคิดเห็นว่าระบบการประสานงานและการประชาสัมพันธ์ทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการมากขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุและญาติยังมีความพึงพอใจในระบบการบริการดูแลสุขภาพช่องปาก ต้องการให้ดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่องและขยายเขตพื้นที่บริการไปยังตำบลใกล้เคียง

คำสำคัญ: ระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุ, โครงการหน่วยเคลื่อนที่

Abstract

This study is research and development aim were: 1) to create the elderly oral health system and 2) to evaluate the outcomes of practice follow the elderly oral health system in the area responsible of Khemarat Hospital. The samples were 26 public health personnel and 3,665 elderly. The research tools were: 1) the focus group planning 2) the interview form 3) the operating procedures for issuing mobile units according to the royal dental prosthesis project 4) the elderly oral problem assessment form 5) the dental cleaning equipment and teeth model and 6) the computer with elderly data follow hospital information system. The research four stages were: 1) studied the problems and needs of the dental work group 2) developed an operating system for oral health care of the elderly 3) practiced follow

operating system for oral health care of the elderly and 4) evaluated practices. This research conducted September 2022 – February 2023. Descriptive statistics and content analysis were used for data analysis. The results showed: 1) the elderly accessed to serviced increased from 89.65 % to 98.82% 2) the elderly got dentures insertion increased from 1.46% to 3.78% 3) the elderly had oral health problems decreased from 51.95% to 20.35% 4) the elderly had gingivitis or periodontitis decreased from 70.77% to 42.45% 5) the elderly had rocking teeth decreased from 20.40 % to 11.02%. 6) the elderly had tooth decay decreased from 47.12% to 17.98%. The public health personnel shared the opinion that the coordination and public relations made the elderly received more serviced. In addition, the elderly and their relatives were satisfied with the oral health care service system. Discover the best strategies for continuous process improvement and extending the service to nearby sub-districts as well as the major benefits of this project.

Keyword: Oral health care system, Elderly, Mobile units project

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยพบว่า ปี พ.ศ. 2537 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุร้อยละ 6.8 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.6 ในปี พ.ศ. 2564¹ ซึ่งผู้สูงอายุจะมีลักษณะของร่างกายเป็นไปในทางเสื่อมถอยตามทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory)² เชื่อว่ากระบวนการเสื่อมถอยอย่างค่อยเป็นค่อยไปทีละน้อยจากการใช้งานหรือความแก่เป็นกระบวนการเกิดขึ้นเอง เมื่ออวัยวะมีการใช้งานเป็นเวลานานย่อมเสื่อมได้และถ้าใช้งานมากย่อมเสื่อมง่ายและเร็วขึ้น โดยเฉพาะช่องปากในผู้สูงอายุซึ่งมีผลโดยตรงต่อการรับประทานอาหาร การบดเคี้ยวและการย่อยอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาช่องปากและส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพต่างๆ จากโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ทุก 5 ปี มีการดำเนินการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 8 ในปี พ.ศ. 2560³ พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้น 60-69 ปี ร้อยละ 56.1 มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เฉลี่ย 18.6 ซี่/คน ร้อยละ 40.2 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ และร้อยละนี้พบว่ามีแนวโน้มลดลงในผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป ซึ่งพบว่ามีเพียงร้อยละ 22.4 ที่มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เฉลี่ย 10 ซี่/คน และมีฟันหลังสบกัน 4 คู่สบ เพียงร้อยละ 12.1 นอกจากนี้ยังพบปัญหาอื่นๆ ได้แก่ การสูญเสียฟัน โดยเฉพาะการสูญเสียฟันทั้งปากในผู้สูงอายุวัยต้น 60-69 ปี พบร้อยละ 8.7 แต่เมื่อถึงวัยสูงอายุวัยปลาย 80-85 ปี มีอัตราเพิ่มสูง ถึงร้อยละ 31.0 นอกจากนี้ยังพบว่า มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาถึง ร้อยละ 52.6 มีรากฟันผุที่สัมพันธ์กับเหงือก ร้อยละ 16.5 มีโรคปริทันต์ ร้อยละ 36.3 โดยร้อยละ 12.2 เป็นโรคปริทันต์ที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก (มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตร ขึ้นไป) ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำซ้อน หรือเชื้อกระจายสู่อวัยวะอื่นๆ จนเป็นโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาดังที่กล่าวไปข้างต้น และถึงแม้ว่าผู้สูงอายุวัยต้นจำนวนมากกว่าครึ่งจะมีฟันถาวรใช้งานได้ 20 ซี่ แต่ฟันถาวรที่เหลืออยู่นี้อาจมีปัญหาและความผิดปกติในช่องปากอื่นๆ ที่จะต้องได้รับการดูแลที่ถูกต้อง โดยภาครัฐต้องมีการจัดระบบบริการง่ายต่อการเข้าถึง สะดวกและเหมาะสม

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเขมราฐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สนองรับนโยบายของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยมีการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU, Network Primary Care Unit : NPCU) โดยการรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นเครือข่ายเพื่อดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกัน ภายใต้แนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีมหมอบรรอบคอบ ร่วมกับโครงการฟันเทียมพระราชทาน เพื่อให้บรรลุตัวชี้วัดดังกล่าวในระดับปฐมภูมิ ได้นำร่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดตั้งอย่างเป็นทางการของอำเภอเขมราฐ 2 แห่ง โดยดูแลประชาชนในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(รพ.สต.) จำนวน 3 แห่ง ดังนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิม่วงเฒ่า ดูแลผู้สูงอายุเขต รพ.สต. บ้านม่วงเฒ่า เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหนองผือ ดูแลผู้สูงอายุเขต รพ.สต. บ้านหนองผือ และ รพ.สต. บ้านบาก มีการจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุด้วยการออกหน่วยเคลื่อนที่เพื่อคัดกรองและดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุทุกสถานภาพ ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดีด้วยการส่งเสริมป้องกันและคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น เพื่อคงสภาพความแข็งแรงและลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค กลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยได้รับการดูแลรักษาได้ทันที่ เพื่อลดของความรุนแรงโรคซึ่งอาจสะสมกลายเป็นโรคเรื้อรัง และกลุ่มฟันผุคือเมื่อหายจากโรคแล้วได้รับการฟื้นฟูด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยี ได้แก่ การทำฟันเทียม แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2564 พบว่าสถิติจำนวนผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ณ หน่วยบริการเคลื่อนที่ มีเพียงร้อยละ 89.65 และมีผู้มารับบริการเพื่อการรักษาทางทันตกรรมตามความจำเป็น เช่น ขูด อุด ถอน และใส่ฟันเทียม ณ หน่วยบริการเคลื่อนที่ที่มีแค่บางส่วนของผู้สูงอายุที่มาตรวจสุขภาพช่องปาก แต่ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าโครงการฯ มีความต้องการให้ผู้สูงอายุมารับบริการร้อยละ 100 จึงทำการสำรวจพบปัญหาว่าผู้สูงอายุไม่ทราบว่ามีระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุพิเศษ ไม่ทราบขั้นตอนการขอรับบริการ และเมื่อพิจารณาถึงระบบการปฏิบัติงานในการออกหน่วยเคลื่อนที่ พบว่าขาดระบบปฏิบัติที่ชัดเจน ทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน ไม่ทราบวัตถุประสงค์และตัวชี้วัดของการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และการประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง

จากข้อมูลดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นว่า โครงการออกหน่วยเคลื่อนที่เพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของผู้วิจัยยังไม่มีระบบการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ผู้วิจัยคาดว่าหากระบบการดูแลนี้มีความชัดเจนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องรวมทั้ง อสม. รับทราบแนวทางการปฏิบัติงาน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากได้ทั่วถึงทุกคน ผู้สูงอายุจะได้รับการส่งเสริมและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มที่ไม่มีปัญหาช่องปากหรือมีปัญหาช่องปากน้อย กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาช่องปากจะได้รับการดูแลและรักษาที่ถูกต้อง และกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากเมื่อรักษาหายแล้วจะได้รับการทำฟันเทียมจำนวนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาภาวะสุขภาพด้านอื่นๆ ของผู้สูงอายุที่อาจตามมา ซึ่งการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครั้งนี้จะทำในรูปแบบเชิงวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D)⁴ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเขมรราชู
2. เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติตามระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเขมรราชู

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการวิจัยหลังจากโครงร่างวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB2565-98

ระยะที่ 1 Analysis 1) ศึกษาปัญหาและความต้องการของหน่วยงานทันตกรรม 2) ส่งโครงร่างขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และ 3) ได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการความรู้ในองค์กรและการระดมสมองในการทบทวนปัญหาและความต้องการ

ระยะที่ 2 Development พัฒนาระบบปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับโครงการฟันเทียมพระราชทาน และการออกหน่วยเคลื่อนที่ การดำเนินงานตาม Plan Do Check Act; PDCA (Deming Cycle)⁵ ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนเตรียมการ (Plan) ได้แก่ (1) ประชุมบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน และ อสม. เพื่อแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม (2) ทำกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management; KM) ขั้นตอนและกระบวนการปฏิบัติงานในการออกหน่วยเคลื่อนที่ตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขั้นตอนและกระบวนการในการปฏิบัติงานที่ดีและนำไปสู่การปฏิบัติ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนำร่อง (3) สืบค้นงานวิจัย

นวัตกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based) ที่เกี่ยวข้อง ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ และปรับปรุงขั้นตอน ให้เข้ากับบริบทของเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนาร่อง (4) จัดทำ Flow ขั้นตอนการปฏิบัติงานในการออกหน่วย เคลื่อนที่ตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน (5) สร้างแบบประเมินปัญหาช่องปากผู้สูงอายุ (6) เตรียมอุปกรณ์ในการทำ ความสะอาดฟันและแบบจำลองฟันประกอบการให้ทันตศึกษา (7) ประชุมทำข้อตกลงในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุให้เป็นแนวทางเดียวกัน (8) เตรียมระบบการบันทึกข้อมูลการลงทะเบียนในระบบ HIS ให้สมบูรณ์ (9) สสำรวจครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุจาก HIS (10) ขอความร่วมมือจากผู้นำชุมชน และ อสม. ให้ตรวจสอบจำนวนครัวเรือนที่มี ผู้สูงอายุจาก HIS ให้สัมพันธ์กันกับแผนที่เดินดิน (11) ขอความร่วมมือจากผู้นำชุมชน และ อสม. ประชาสัมพันธ์โครงการแบบ แจ็งรายครอบครัว (12) ทำป้ายสัญลักษณ์ช่องทางการรับบริการขณะออกหน่วยเคลื่อนที่ (13) ประสาน รพ.สต. ให้ ประกาศเสียงตามสายและมีรถประชาสัมพันธ์ทุกวันก่อนออกหน่วยเคลื่อนที่เป็นเวลา 3 วันติดต่อกันช่วงเช้าและเย็น (14) กำหนดการออกหน่วยเคลื่อนที่ 2 แห่ง โดยออกหน่วยเคลื่อนที่ทุกสัปดาห์ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 แห่ง ที่รับผิดชอบ 1 รพ.สต. และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 แห่ง ที่รับผิดชอบ 2 รพ.สต. ปฏิบัติติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือน ประเมินผล 1 ครั้ง กำหนดตัวชี้วัด ได้แก่ (14.1) ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้ารับการบริการ ร้อยละ 100 (14.2) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้น (14.3) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากลดลง (14.4) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะ เหงือกอักเสบหรือปริทันต์ลดลง (14.5) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันโยกลดลง (14.6) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุลดลง

2) ขั้นตอนการ (Do) ดำเนินการสร้างระบบที่ปฏิบัติตาม ได้แก่ (1) ประสาน รพ.สต. ให้ประกาศเสียงตามสาย และมีรถ ประชาสัมพันธ์อีกครั้งในวันออกหน่วยเคลื่อนที่ (2) ดำเนินการจัดโต๊ะและจุดบริการ โดยติดป้ายบอกชื่อจุดบริการ จำนวน 6 สถานี ได้แก่ สถานีที่ 1 ประชาสัมพันธ์ สถานีที่ 2 ลงทะเบียน สถานีที่ 3 คัดกรองและตรวจสุขภาพช่องปาก สถานีที่ 4 ดูแลและส่งเสริมสุขภาพช่องปาก สถานีที่ 5 รักษา สถานีที่ 6 บริการใส่ฟันเทียม 3) ขั้นตอนประเมิน (Check) และรายงานผล โดยเตรียมการว่าจะประเมินผลเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ได้แก่ (1) เมื่อเสร็จสิ้นการปฏิบัติงานในโครงการแต่ละครั้ง มีการ ตรวจสอบข้อมูลผู้สูงอายุที่มารับบริการจากระบบ HIS โดยตรวจนับข้อมูล ดังนี้ (1.1) จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการ (1.2) จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม (1.3) จำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก (1.4) จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะ เหงือกอักเสบหรือปริทันต์ (1.5) จำนวนผู้สูงอายุที่มีฟันโยก (1.6) จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ (2) คำนวณตัวเลขในข้อ (1) เพื่อเปรียบเทียบตัวเลขในการออกหน่วยแต่ละครั้ง (3) ประชุมกลุ่ม (Focus group) และ 4) ชี้นำผลประเมินไปใช้ พัฒนา (Act) โดยวางแผนนำข้อมูลจากขั้นประเมิน (Check) มาปรับปรุงระบบการปฏิบัติงานลำดับต่อไป

ระยะที่ 3 Implementation ดำเนินการวิจัยจริงตามระบบที่วางแผนไว้ โดยดำเนินการตามขั้นที่ 2 หรือขั้นดำเนินการ (Do) ได้แก่ 1) ประสาน รพ.สต. ให้ประกาศเสียงตามสายและมีรถประชาสัมพันธ์อีกครั้งในวันออกหน่วยเคลื่อนที่ 2) ดำเนินการจัดโต๊ะและจุดบริการ โดยติดป้ายบอกชื่อจุดบริการ จำนวน 6 สถานี ได้แก่ สถานีที่ 1 ประชาสัมพันธ์ สถานีที่ 2 ลงทะเบียน สถานีที่ 3 คัดกรองและตรวจสุขภาพช่องปาก พบได้ 2 กรณี คือ ถ้าพบว่าไม่มีปัญหาช่องปาก ส่งต่อสถานีที่ 4 แต่ถ้าพบว่ามีปัญหาให้ส่งต่อสถานีที่ 5 และ 6 สถานีที่ 4 ดูแลและส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยการให้ความรู้ สอน สาธิต การแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟัน สถานีที่ 5 รักษา โดยการอุดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน เคลือบฟลูออไรด์ โดยใช้ระบบการ นัดต่อเนื่องตามแผนการรักษา โดยสามารถให้บริการโดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขใน รพ.สต. นั้น แต่หากเกิน ความสามารถที่ส่งต่อการรักษาให้ทันตแพทย์ในวันที่มาออกหน่วย สถานีที่ 6 บริการใส่ฟันเทียม โดยใช้ระบบคิวนัด เนื่องจากเป็นการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลา

ระยะที่ 4 Evaluation ประเมินผลการดำเนินการตามขั้นที่ 3 หรือขั้นประเมิน (Check) และขั้นที่ 4 หรือชี้นำผล ประเมินไปใช้พัฒนา (Act) ได้แก่ 1) เมื่อเสร็จสิ้นการปฏิบัติงานในโครงการแต่ละครั้ง มีการตรวจนับข้อมูลผู้สูงอายุที่มารับ บริการจากระบบ HIS โดยตรวจนับข้อมูล ดังนี้ (1) จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการ (2) จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟัน เทียม (3) จำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก (4) จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะเหงือกอักเสบหรือปริทันต์ (5) จำนวน ผู้สูงอายุที่มีฟันโยก (6) จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ 2) คำนวณตัวเลขในข้อ 1) เพื่อเปรียบเทียบตัวเลขตั้งแต่การออก

หน่วย จากนั้นหาค่าเฉลี่ยทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิม่วงเฒ่าและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหนองผือ และสรุปผลเป็นตัวชี้วัดโครงการในรอบ 1 ไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2566 3) ประชุมกลุ่ม (Focus group) ร่วมกับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ผู้ช่วยทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และ อสม. เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ และ 4) นำข้อมูลทั้งปริมาณและเชิงคุณภาพมาปรับปรุงระบบการปฏิบัติงานตามโครงการฟันเทียมพระราชทานโดยการออกหน่วยเคลื่อนที่ ตามข้อเสนอแนะและข้อสรุปของ Focus group เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปากในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเขมราฐต่อไป

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 และ 3 เป็นบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. ประกอบด้วย 1) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 2 คน 2) ผู้ช่วยทันตแพทย์ จำนวน 5 คน 3) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน 4) เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 3 คน 5) อาสาสมัครสาธารณสุข 8 คน 6) ผู้นำชุมชน 3 คน และ 7) ทันตแพทย์ จำนวน 2 คน รวม 26 คน

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 และ 4 เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการจากระบบ HIS กำหนดตัวชี้วัดในเขตนำร่อง ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิม่วงเฒ่าและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหนองผือ โดยผู้สูงอายุร้อยละ 100 เข้าถึงบริการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้จึงประกอบไปด้วย เขต รพ.สต. บ้านม่วงเฒ่า จำนวน 2,162 คน รพ.สต. บ้านหนองผือ จำนวน 822 คน และ รพ.สต. บ้านบาก จำนวน 681 คน รวมจำนวน 3,665 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยระยะที่ 1 ประเด็นคำถามในการทำ Focus group 3 ประเด็น ดังนี้ 1) การดำเนินงานออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน พบปัญหาอะไรบ้าง อย่างไร 2) การแก้ไขปัญหาที่พบ มีวิธีการใดบ้างอย่างไร และ 3) การแก้ไขปัญหาที่พบ มีภาคส่วนใดบ้างที่สามารถช่วยเหลือได้ ทั้งนี้เพื่อหาปัญหาในการปฏิบัติงานตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน หาคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาของคำถาม (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC=1

เครื่องมือวิจัยระยะที่ 2 เป็นขั้นตอนการดำเนินงานตาม PDCA (Deming Cycle)⁵ ประกอบด้วย 1) ขั้นเตรียมการ (Plan) 2) ขั้นดำเนินการ (Do) 3) ขั้นตรวจสอบ (Check) และขั้นที่ 4) ขั้นนำผลประเมินไปใช้พัฒนา (Act) ในการสร้างระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเขมราฐ ขั้นตอนการดำเนินงานและประเด็นที่จะเก็บข้อมูลทั้งหมดผ่านการประเมินคุณภาพโดยหาความเชื่อมั่น (Reliability) หรือความคงเส้นคงวาวด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) รูปแบบ Data Triangulation⁶ โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC=1

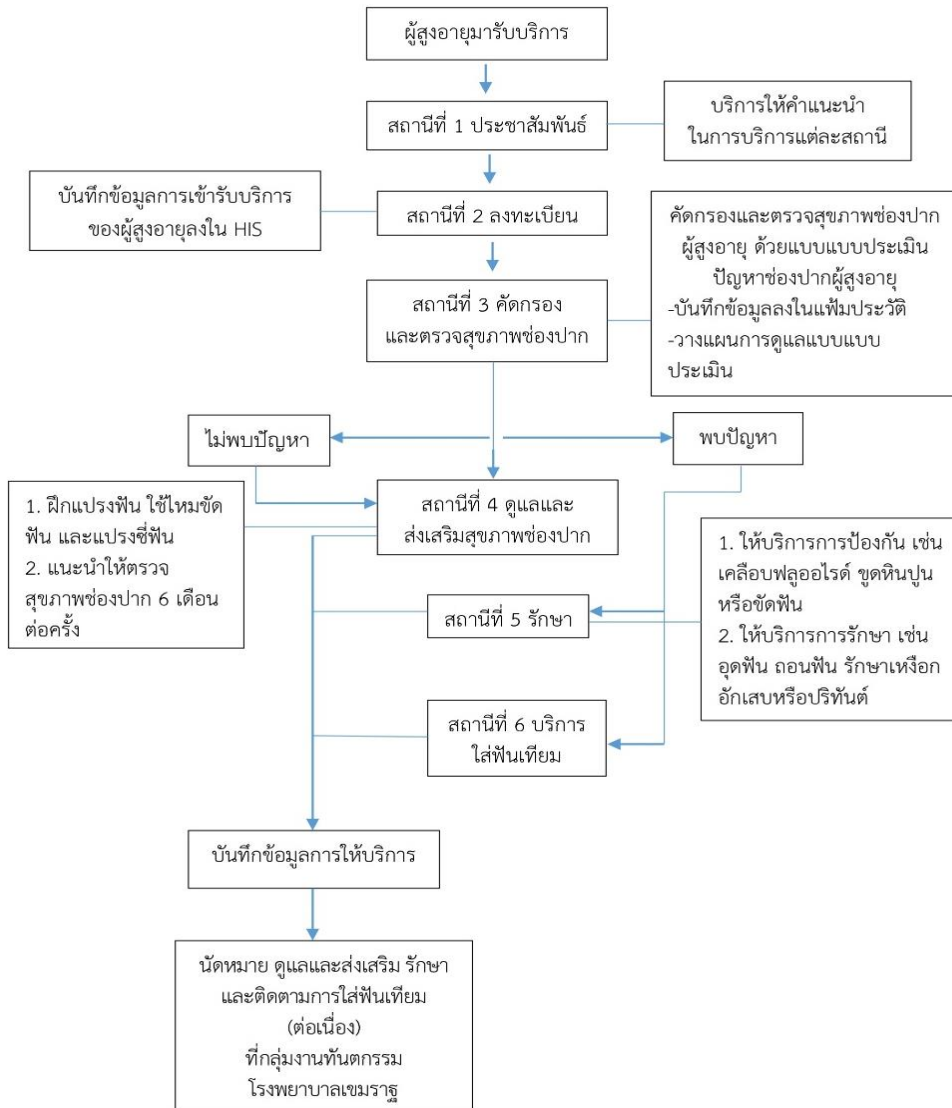
เครื่องมือวิจัยระยะที่ 3 และ 4 เป็นแบบบันทึกในระบบ HIS หรือระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

วิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละของ 1.1) จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการ 1.2) จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม 1.3) จำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก 1.4) จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะเหงือกอักเสบหรือปริทันต์ 1.5) จำนวนผู้สูงอายุที่มีฟันโยก 1.6) จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบตัวชี้วัดโดยใช้สถิติ Independent t-test และ 3) วิเคราะห์เชิงเนื้อหาจาก Focus group

ระยะที่ 2 พบว่า 1) เกิดระบบกลไก (Flow) ขั้นตอนการปฏิบัติงานในการออกหน่วยเคลื่อนที่ตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน จำนวน 1 ระบบกลไก (Flow) 2) แบบประเมินปัญหาช่องปากผู้สูงอายุโดยบุคลากรสาธารณสุข 3) สภาพอุปกรณ์ในการทำความสะอาดฟันและแบบจำลองฟันประกอบการให้ทันตสุขศึกษาอยู่ในสถานะพร้อมใช้งาน 4) เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขและผู้ช่วยทันตแพทย์บันทึกข้อมูลการลงทะเบียนในระบบ HIS อย่างสมบูรณ์ ตามจำนวนครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ 5) ผู้นำชุมชน และ อสม. รับผิดชอบต่อหน้าที่ในการตรวจสอบจำนวนครัวเรือนตามแผนที่เดินดินให้สัมพันธ์กับระบบ HIS 6) มีการจัดทำป้ายสัญลักษณ์ช่องทางการรับบริการขณะออกหน่วยเคลื่อนที่

Flow การปฏิบัติงานในหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ ตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน



รูปที่ 2 Flow การปฏิบัติงานในหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ ตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน

ระยะที่ 3 พบว่า 1) รพ.สต. ให้ความร่วมมือในการประกาศเสียงตามสาย พร้อมมีรถประชาสัมพันธ์ทุกวันก่อนออกหน่วยเคลื่อนที่เป็นเวลา 3 วันติดต่อกันในช่วงเช้าและเย็น และอีกครั้งในวันออกหน่วยเคลื่อนที่ ร้อยละ 100 ของ รพ.สต. ในเขตรับผิดชอบ 2) ดำเนินการในชั้น Do บุคลากรที่เกี่ยวข้อง อสม. และผู้นำชุมชนให้ความร่วมมือและปฏิบัติหน้าที่ ร้อยละ 100

ระยะที่ 4 พบว่า 1) ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 89.65 เป็นร้อยละ 98.82 2) ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.26 เป็นร้อยละ 3.78 3) ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพช่องปากลดลง จากร้อยละ 51.95 เป็นร้อยละ 20.35 4) ผู้สูงอายุมีภาวะเหงือกอักเสบหรือปริทันต์ลดลง จากร้อยละ 70.77 เป็นร้อยละ 42.45 5) ผู้สูงอายุฟันโยกลดลงจากร้อยละ 20.40 เป็นร้อยละ 11.02 6) ผู้สูงอายุมีฟันผุลดลงจากร้อยละ 47.12 เป็นร้อยละ 17.98 7) บุคลากรสาธารณสุขคิดเห็นว่าระบบการประสานงานและการประชาสัมพันธ์ทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการมากขึ้น และ 8) ผู้สูงอายุและญาติมีความพึงพอใจในระบบการบริการดูแลสุขภาพช่องปาก ต้องการให้ดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่องและขยายเขตพื้นที่บริการไปยังตำบลใกล้เคียง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถนำมาสรุปและอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ ดังนี้

ระยะที่ 1 ของการวิจัยและพัฒนาเป็นการค้นหาปัญหา เน้นความสำคัญกับการทำ Focus group เช่นเดียวกันกับการศึกษาของขวัญเรือน ชัยนันท์ และคณะ⁷ ที่ทำศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี และศิริประภา สิทธิพานิช⁸ ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกหมอครอบครัว⁹ ทั้ง 2 เรื่องแสดงให้เห็นถึงกระบวนการวิจัยและพัฒนาในระยะที่ 1 มีการทำ Focus group เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเขมราฐ ที่ดำเนินงานตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน เพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุร้อยละ 100 ต้องได้รับการดูแลส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟูและใส่ฟันเทียมทดแทน โดย วราภรณ์ เวชวิธ⁹ ผู้รับผิดชอบโครงการของศูนย์ปฏิบัติการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในชื่อโครงการบูรณาการ การพัฒนาวัฒนธรรมและเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ภายใต้แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทย พ.ศ. 2558-2565 ได้จัดโครงการขึ้นเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ที่ 1.5 ส่งเสริมผู้สูงอายุไทยเพื่อเป็นหลักชัยของสังคม โดยมีหลักการว่า จากเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขกำหนดให้ประชาชนมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy; HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี และยังคงสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564¹⁰ ซึ่งผู้วิจัยตอบสนองนโยบาย โดยมีการระดมสมองเพื่อหาทางจัดการโดยการสร้างระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ ร้อยละ 100

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ โดยเมื่อได้ข้อสรุปในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ซึ่งในระยะนี้มีดำเนินการตามวงจรคุณภาพ PDCA ตามแนวคิดของเดมมิง (The Deming cycle)⁵ เพื่อให้กระบวนการพัฒนาระบบประสบความสำเร็จ เป็นไปอย่างมีคุณภาพและประสิทธิผล โดยผู้ปฏิบัติมีการวางแผนที่ดีร่วมกัน ช่วยป้องกันปัญหาช่วยลดความสับสนในการทำงาน ทุกคนปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีการตรวจสอบเป็นระยะ ทำให้การปฏิบัติงานมีความรัดกุมและแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว และการตรวจสอบที่นำไปสู่การแก้ไขปรับปรุงในทางที่ดีขึ้น สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้จริง¹¹ ระยะนี้เกิดระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของพรทิพย์ ศุภเวทย์ศิริ¹² ที่ดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ได้แก่ ศึกษาบริบทของพื้นที่ วิเคราะห์สภาพปัญหา ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำแผนปฏิบัติการ ปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ นิเทศติดตาม สรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ในระยะที่ 2 นี้ เกิดระบบกลไก (Flow) การปฏิบัติงานที่มีผู้รับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ จำนวน 6 สถานี ผู้วิจัยคาดหวังว่าระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วยกำหนดการออกหน่วยเคลื่อนที่ 2 แห่ง โดยออกหน่วยเคลื่อนที่ทุกสัปดาห์ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 แห่ง ที่รับผิดชอบ 1 รพ.สต. และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 แห่ง ที่รับผิดชอบ 2 รพ.สต. ปฏิบัติติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือน ประเมินผล 1 ครั้ง จะนำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างมีระบบ สามารถขยายพื้นที่ไปยัง รพ.สต. อื่นๆ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเขมราฐต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะนี้เป็นการดำเนินการตามระยะที่ 2 หรือตามระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุให้เป็นไปตามระบบกลไก (Flow) ลักษณะการปฏิบัติงานในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามแผน โดยบุคลากรแบ่งหน้าที่ปฏิบัติงานกันอย่างชัดเจนและปฏิบัติงานเป็นระบบ ประจำทั้ง 6 สถานี ได้แก่ สถานีที่ 1 ประชาสัมพันธ์ สถานีที่ 2 ลงทะเบียน สถานีที่ 3 คัดกรองและตรวจสอบสุขภาพช่องปาก พบได้ 2 กรณี คือ ถ้าพบว่าไม่มีปัญหาช่องปาก ส่งต่อสถานีที่ 4 แต่ถ้าพบว่ามีปัญหาให้ส่งต่อสถานีที่ 5 และ 6 สถานีที่ 4 ดูแลและส่งเสริมสุขภาพช่องปาก มีการให้ความรู้ สอน สาธิตการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟัน สถานีที่ 5 รักษา โดยการอุดหินปูน อุดฟัน เคลือบฟลูออไรด์ ใช้ระบบการนัดต่อเนื่องตามแผนการรักษา สามารถให้บริการโดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขใน รพ.สต. นั้น หากเกินความสามารถจะส่งต่อการรักษาให้ทันตแพทย์ในวันที่มาออกหน่วย สถานีที่ 6 บริการใส่ฟันเทียมโดยใช้ระบบคิวนัด ซึ่งลักษณะการปฏิบัติงานครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ สุขนิษา อินแก้ว¹³ ที่ศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกรณีศึกษาอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา เป็นรูปแบบวิจัยและพัฒนา มีการตรวจสอบสุขภาพฟันและให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุโดยเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข และเยี่ยมบ้านโดย อสม. ที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับความรู้ด้านทันตสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแล้ว เพื่อติดตามผลการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาต้องการขอคำปรึกษา อสม. 1 คน ดูแลผู้สูงอายุ 3 คน ทุก 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 2 เดือน โดยเยี่ยมบ้านสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน รวมจำนวนทั้งหมด 4 ครั้ง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีการแบ่งหน้าที่กันชัดเจนและเป็นระบบ สอดคล้องกันกับการศึกษาของพรทิพย์ ศุภเวทย์ศิริ¹² ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ เป็นรูปแบบวิจัยและพัฒนา มีการปฏิบัติงานโดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานตามลำดับขั้นตอนอย่างชัดเจน ประกอบด้วย ทันตบุคลากร อสม. ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของเทศบาล บุคลากรสาธารณสุข คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพชุมชน ภายใต้ชื่อกิจกรรม ปากดี มีสุข มีการประชุมติดตามการปฏิบัติงานและทบทวนกิจกรรม มีการให้ข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ความรู้ต่างๆ โดยใช้เครือข่าย แสดงให้เห็นว่าการศึกษานี้เป็นการดำเนินโครงการที่มีการปฏิบัติงานตามระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของชิสา ตัฒทะกุล และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ในชุมชนบ้านดอนแสลบ จังหวัดกาญจนบุรี เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีกิจกรรมระยะพัฒนาที่เป็นระบบ ดำเนินการ 1) ค้นหาผู้สูงอายุ 2) จัดกลุ่มผู้สูงอายุ 3) ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก 4) วางแผนการดูแลรายบุคคล 5) การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น และ 6) พัฒนาความรู้ให้แก่ อสม. ซึ่งผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ผู้ช่วยทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และ อสม. แสดงให้เห็นว่าการศึกษานี้เป็นการดำเนินโครงการที่มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ส่วนความพึงพอใจของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากไม่จำเป็นที่จะเป็นการส่งเสริม รักษา หรือการใส่ฟันปลอม ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด รวมถึงรายด้าน ประกอบด้วย ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านผลของการให้บริการ ผู้สูงอายุยังมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุศักดิ์ อินทสระโร¹⁵ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการทำฟันเทียม ณ โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.72, S.D. = 0.26$)

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผล ผู้วิจัยอภิปรายผลตามตัวชี้วัดของโครงการ ได้แก่ 1) ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้ารับการบริการ ร้อยละ 100 2) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้น 3) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากลดลง 4) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะเหงือกอักเสบหรือปริทันต์ลดลง 5) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันโยกลดลง และ 6) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุลดลง ดังนี้

1) ผู้สูงอายุเข้ารับการบริการดูแลสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 89.65 เป็นร้อยละ 98.82 จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบการศึกษาวิจัยที่เป็นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยมีตัวแปรตามเป็นร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ แต่การศึกษาวิจัยครั้งนี้เกิดขึ้นได้ด้วยแรงผลักดันจากโครงการบูรณาการ การพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ภายใต้แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทย พ.ศ. 2558-2565⁹

ซึ่งโครงการนี้กำหนดให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เกิดการบริการดูแลช่องปากผู้สูงอายุ ร้อยละ 100 และผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติและผู้วิจัยต้องกำหนดตัวแปรตามของการวิจัยให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดของโครงการ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถวัดและประเมินผลได้ว่าโครงการนั้นๆ ประสบผลสำเร็จหรือไม่อย่างไร

2) ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.26 เป็นร้อยละ 3.78 จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบการศึกษาวิจัยที่เป็นการพัฒนาระบบการดูแลช่องปากผู้สูงอายุโดยมีตัวแปรตามเป็นร้อยละของการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้เกิดขึ้นจากผู้วิจัยต้องปฏิบัติบทบาทหน้าที่เพื่อตอบสนองโครงการฟันเทียมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ภายใต้แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558-2565⁹ โดยปีงบประมาณ 2564 ผู้วิจัยดำเนินโครงการนี้มาเป็นเวลา 1 ปี แต่ผลที่ได้รับคือมีผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมเพียงร้อยละ 1.26 ของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพฟัน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลช่องปากผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองตัวชี้วัดโครงการ คือผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพฟันได้รับการใส่ฟันเทียมมากกว่าร้อยละ 20 แต่การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.78 ซึ่งจากการค้นหาปัญหาที่ตัวแปรนี้ไม่ถึงร้อยละ 20 เนื่องจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ไม่พร้อมในการถอนฟันที่ไม่สามารถให้การรักษาทันทีกรรมได้แล้ว ไม่มีบุตรหลานพามาใส่ฟันเทียมในช่วงเวลาที่กำหนด และการทำฟันเทียมเป็นหัตถการทางทันตกรรมที่ใช้เวลานานในแต่ละขั้นตอน ต้องทำการนัดต่อเนื่อง 2-5 ครั้ง ทำให้การบริการต้องจำกัดในแต่ละวันที่ออกหน่วยเคลื่อนที่ ซึ่งแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการบันทึกคิวและหมายเลขติดต่อเพื่อนัดให้ผู้สูงอายุมารับบริการในช่วงสิ้นสุดโครงการวิจัยโดยเรียกมารับการรักษาเรียงตามลำดับคิว

3) ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพช่องปากลดลง จากร้อยละ 51.95 เป็นร้อยละ 20.35

4) ผู้สูงอายุมีภาวะเหงือกอักเสบหรือปริทันต์ลดลง จากร้อยละ 70.77 เป็นร้อยละ 42.45

5) ผู้สูงอายุฟันโยกลดลง จากร้อยละ 20.40 เป็นร้อยละ 11.02

6) ผู้สูงอายุมีฟันผุลดลงจากร้อยละ 47.12 เป็นร้อยละ 17.98 ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพช่องปากลดลง เหงือกอักเสบหรือปริทันต์ลดลง ฟันโยกลดลงและฟันผุลดลง เนื่องมาจากผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้เป็นอย่างดี นั้นหมายถึงผู้สูงอายุหลังจากได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองโดยทันตบุคลากรและทางสาธารณสุขแล้ว ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลช่องปากตนเองดีขึ้น ส่งผลให้ปัญหาช่องปากต่างๆ ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของธีรภาพ ทักษานุกุลกิจ¹⁶ ที่ศึกษาการพัฒนาบูรณาการบริการสุขภาพช่องปากและฟันปลอมในผู้สูงอายุโรงพยาบาลน้ำขุ่น เป็นการศึกษาแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการด้านทันตกรรมและฟันปลอมโรงพยาบาลน้ำขุ่น จำนวน 32 คน เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ดำเนินการวิจัย ขั้นตอน คือ 1) ขั้นการวางแผน (Planing) แบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การสร้างความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมงาน แสดงความคิดเห็น รับฟัง และหาข้อสรุปร่วมกัน ออกแบบสื่อผลการวิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้ ขั้นตอนการวางแผนการพัฒนาเป็นการหาวิธีการและเสนอทางเลือก ขั้นตอนการวางแผนปฏิบัติการ คือยอมรับและทำงานร่วมกันด้วยการแบ่งความรับผิดชอบ และดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ 2) ขั้นการปฏิบัติการตามแผน (Action) ในกิจกรรมที่กำหนด 3) สังเกตการณ์ (Observation) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้สูงอายุ หลังจากรวบรวมแบบสอบถามสัมภาษณ์ด้านการรับรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) หลังการพัฒนาพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลช่องปากด้วยการแปรงฟันเป็นประจำเพิ่มขึ้น ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของไพสิฐ ภิโรภาส และอรรพรรณ กิรติสิโรจน์¹⁷ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมดูแลทางทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบสมัครใจ จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 33 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองทางทันตสุขภาพ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบการใช้คำพูดชักจูง การกระตุ้นทางอารมณ์และกิจกรรมเยี่ยมบ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกตพฤติกรรมทางทันตสุขภาพ และแบบบันทึกปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจาก

การทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของอาณัติ มาตระกุล และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาประสิทธิผลในการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียง เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดเตียงภายในจังหวัดกระบี่ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 62 ราย และคงอยู่จนถึงขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 28 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับทันตสุขศึกษาแบบเดิม 26 ราย ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาก่อนการศึกษา พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม ส่วนหลังการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในกลุ่มศึกษามีมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ในเรื่องการแปรงฟันด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์ การใช้ไหมขัดฟัน ความถี่ของการแปรงฟัน การตรวจสอบความสะอาดซ้ำ การสังเกตสภาพของช่องปากภายหลังการทำความสะอาด มีความแตกต่างของปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ภายในแต่ละกลุ่ม ($p < 0.05$) แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของสุกษิษา อินแก้ว¹³ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาระบบการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 60-75 ปี จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การให้ทันตสุขศึกษาโดยเจ้าหน้าที่ และติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำและกระตุ้นการดูแลสุขภาพช่องปากทุก 2 สัปดาห์ จนครบ 2 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังทดลองพบว่าความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากแตกต่างกัน และมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ ศุภเวทย์ศิริ¹² ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มุ่งเน้นศึกษารูปแบบโดยใช้กระบวนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนผล ในขั้นตอนการวางแผนใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนหลังตลาด จำนวน 80 คน และกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 25 คน กระบวนการดำเนินงานตามการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ได้แก่ ศึกษาบริบทของพื้นที่ วิเคราะห์สภาพปัญหา ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำแผนปฏิบัติการ ปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ นิเทศติดตาม สรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหา ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุป

การดำเนินงานตามโครงการ เมื่อมีตัวชี้วัดของโครงการ สามารถพัฒนางานที่ทำนั้นให้เป็นการวิจัยได้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้สร้างระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุให้เกิดขึ้น มีการกำหนดระบบกลไกในการดำเนินงานและมีผู้รับผิดชอบแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน ซึ่งระบบนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการดูแลสุขภาพช่องปากและใส่ฟันเทียมอย่างทั่วถึง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้ รวมทั้งเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพต่อไป

การนำไปใช้ประโยชน์

ด้านผู้รับบริการ (ผู้ป่วย)

1. ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการบริการใกล้บ้านใกล้ใจ และทั่วถึง
2. ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก
3. ผู้สูงอายุได้พบปะกับสังคมผู้สูงอายุและสามารถเข้าสังคมได้อย่างมั่นใจ
4. ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและจิตดีขึ้น
5. ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้สูงอายุ เนื่องจากไม่ต้องเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลเขมราฐ

ด้านผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่)

1. ลดปัญหาการใส่ฟันปลอมเถื่อนในพื้นที่ เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับความรู้เรื่องอันตรายของการใส่ฟันปลอมเถื่อน และการให้บริการใกล้บ้านทำให้สะดวกในการเดินทางมารับบริการถึงแม้จะมีการนัดหลายครั้งตามขั้นตอนของการใส่ฟันเทียม
2. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ผู้ช่วยทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และ อสม. ทำงานมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ได้รับใช้และสนองตอบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกับโครงการฟันเทียมพระราชทาน

ด้านองค์กร (หน่วยบริการ)

1. กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเขมรราช มีระบบการปฏิบัติงานตามโครงการฟันเทียมพระราชทานในการออกหน่วยเคลื่อนที่
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่ง มีค่าตัวชี้วัดการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเป็นไปในทางที่ดีและพัฒนา

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหาร ผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลนำเข้าในการวางแผนการขยายพื้นที่บริการโครงการบูรณาการ การพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ และโครงการฟันเทียมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ภายใต้แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
2. ด้านบริการ ควรนำรูปแบบการพัฒนาระบบไปใช้ในโครงการอื่นๆ ที่เป็นการบริการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุและกลุ่มอายุอื่นๆ
3. ด้านวิจัยหรือวิชาการ ควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลนำเข้าในการทำวิจัยในรูปแบบอื่นๆ เช่น วิจัยกึ่งทดลองที่มีการวัดตัวแปรอื่นๆ เช่น วัดความพึงพอใจหลังใส่ฟันเทียม เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. บทสรุปสำหรับผู้บริหารการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาประชากร/ประชากรสูงอายุ/2565/summary_exclusive_64.pdf.
2. Thomas BL, Thomas C. Cytogerontology since 1881: A reappraisal of August Weismann and a review of modern progress. Human Genetics 1982; 60: 101-21.
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2561.
4. โยธิน แสงวดี. การออกแบบการวิจัยและการทำวรรณกรรมปริทัศน์. ในรายวิชา 2900305 วิธีวิทยาการวิจัย (Research Methodology) คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://portal.edu.chula.ac.th/pub/jrm/index.php/jrm/article/view/395>.
5. Deming WE. Out of the Crisis. Cambridge, MA: MIT Press; 2000.
6. Fusch P, Fusch GE, Ness LR. Denzin's Paradigm Shift: Revisiting Triangulation in Qualitative Research. Journal of Social Change 2018; 10(1): 19-32. doi: 10.5590/JOSC.2018.10.1.02.

7. ขวัญเรือน ชัยนันท์, สุรีย์ จันทรมณี, ประภาพรรณ สุวรรณ, มยุนา ศรีสุภนันต์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ มกราคม-เมษายน 2561; 5(1): 91-107.
8. ศิริประภา สิทธิพานิช. ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกหมอครอบครัวย่อ. ยโสธรเวชสาร กรกฎาคม-ธันวาคม 2565; 24(2): 36-48.
9. วราภรณ์ เวชวิทย์. โครงการบูรณาการ การพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ภายใต้แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทย พ.ศ. 2558-2565. ศูนย์ปฏิบัติการกรมอนามัย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=project/view&id=1072>.
10. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2563.
11. ณีภรณ์พัชร อ่อนตม. เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle). วารสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย กรกฎาคม-กันยายน 2562; 1(3): 39-46.
12. พรทิพย์ ศุภเวทย์ศิริ. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ มกราคม-เมษายน 2564; 36(1): 149-58.
13. สุขณิชา อินแก้ว. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ กรณีศึกษา : อำเภอหนองบัว จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก พฤษภาคม-สิงหาคม 2563; 7(2): 28-39.
14. ชีสา ตันชะกุล, จันทน์พิมพ์ หินเทาว์, วรธนะ พิธพรชัยกุล. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ ตัดบ้านหรือติดเตียง ในชุมชนบ้านดอนแสลบ จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารชุมชนวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา กรกฎาคม-กันยายน 2565; 16(3): 193-206.
15. ภาณุศักดิ์ อินทสระโร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม ณ โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล กรกฎาคม-ธันวาคม 2565; 28(2): 1-15.
16. อธิภาพ ทักษานุกุลกิจ. การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพช่องปากและฟันปลอมในผู้สูงอายุโรงพยาบาลน้ำขุ่น. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2564; 2(2): 131-6.
17. ไพสิฐ ภิโรภาศ, อรวรรณ กীরดีโรจน์. ผลของโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารสุขศึกษา กรกฎาคม-ธันวาคม 2562; 42(2): 110-22.
18. อาณัติ มาตระกุล, จริญญา หุ่นศรีสกุล, อัจฉรา วัฒนภา. ประสิทธิภาพในการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียง : การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ กรกฎาคม-กันยายน 2561; 68(3): 256-69.

๕๕๕๕๕

YASOTHON MEDICAL JOURNAL
ยโสธรเวชสาร



โรงพยาบาลโสธร เอื้ออาทรทุกชีวิต