



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ ได้กำหนดให้ อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไปกรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓ ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๕ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน ๓ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางอัญญา เพชรวิเศษ	นักรังสีการแพทย์ ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลชุมแพ กลุ่มงานรังสีวิทยา
๒.	นายอนันต์ คำอ่อน	ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลชุมแพ กลุ่มงานประกันสุขภาพ
๓.	นางสาวกนกอร ตางจรรยา	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลชุมแพ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๕๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นางจารุพรรณ มโนสิทธิศักดิ์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ  
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล  
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง  
ประเภทวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางอัญญา เพชรวิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลชุมแพ กลุ่มงานรังสีวิทยา	๖๑๔๐๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลชุมแพ กลุ่มงานรังสีวิทยา	๖๑๔๐๗	เลื่อนระดับ  ๘๐ %
		นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)		นักรังสีการแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)		
		ชื่อผลงานส่งประเมิน “เรื่อง การประเมินปริมาณรังสีกระเจิงที่เลนส์ตาและต่อมไทรอยด์จากการถ่ายภาพรังสีเต้านม ณ โรงพยาบาลชุมแพ (Assessment of scatter radiation dose at eye lens and thyroid gland from digital mammography at Chumphae Hospital)”				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “เรื่อง แผนการเตรียมความพร้อมการจัดบริการรังสีวิทยาวิถีใหม่ พร้อมรับ ปรับตัว สูโรคประจำถิ่น” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”				
๒	นายอนันต์ คำอ่อน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลชุมแพ กลุ่มงานประกันสุขภาพ	๖๒๓๐๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลชุมแพ กลุ่มงานประกันสุขภาพ	๖๒๓๐๔	เลื่อนระดับ  ๑๐๐ %
		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)		
		ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พื้นที่นาร่อง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น”				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “แนวทางการพัฒนากองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC)”				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”				
๓	นางสาวกนกอร ดวงจรรยา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลชุมแพ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุม - และป้องกันการติดเชื้อ	๒๓๑๑๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลชุมแพ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด	๖๐๓๔๔	เลื่อนระดับ  ๑๐๐ %
		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด)		
		ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio pancreatography of the biliary duct : ERCO) พ.ศ.๒๕๖๕ กรณีศึกษา ๒ รายเปรียบเทียบ”				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”				

*Si*

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

ของ

นางอัญญา เพชรวิเศษ

ตำแหน่ง นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)

ตำแหน่งเลขที่ ๖๑๔๐๗ กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลชุมแพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ขอประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่ง นักรังสีการแพทย์ชำนาญการพิเศษ

(ด้านบริการทางวิชาการ)

ตำแหน่งเลขที่ ๖๑๔๐๗ กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลชุมแพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔. ด้านการบริการ (ต่อ)				
ลำดับ	ภารกิจหลัก	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๔.๕	จัดทำแนวทางการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยหมดสติในกลุ่มงานรังสีวิทยา(จำนวนครั้ง)	๑	๑	๑
๔.๖	จัดทำแนวทางป้องกันความเสี่ยงผู้ป่วยตกเตียงในกลุ่มงานรังสีวิทยา(จำนวนครั้ง)		๑	
๔.๗	เป็นผู้ตรวจผลงานวิชาการเพื่อพัฒนางานและเลื่อนระดับในวิชาชีพนักรังสีการแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (จำนวนเรื่อง)	๑	๒	๒

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การประเมินปริมาณรังสีกระเจิงที่เลนส์ตาและต่อมไทรอยด์จากการถ่ายภาพรังสีเต้านม ณ โรงพยาบาลชุมแพ (Assessment of scatter radiation dose at eye lens and thyroid gland from digital mammography at Chumphae Hospital)

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ เมษายน - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ปัจจุบันมีการใช้รังสีเอกซ์กันแพร่หลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการตรวจวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพรังสีตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย หรือการตรวจวินิจฉัยพิเศษด้วยเครื่องเอกซเรย์ชนิดฟลูออโรโรสโคปี เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่องเอกซเรย์เต้านมระบบดิจิทัล เพื่อใช้ในการตรวจวินิจฉัยและประกอบการรักษาโรครวมถึงการติดตามผลการรักษา เป็นที่ทราบกันดีว่าการใช้รังสีในการวินิจฉัยโรคนี้จะเกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยโดยตรงโดยเฉพาะรังสีชนิดก่อไอออน (ionizing radiation) อันตรายที่เกิดจากการทำอันตรกิริยาของรังสีต่ออวัยวะที่ได้รับ ซึ่งจะมีผลมากหรือน้อย ขึ้นกับหลายปัจจัย หน่วยงานนานาชาติ ได้เสนอว่าควรเลือกใช้ปริมาณรังสีในการตรวจวินิจฉัยในปริมาณที่น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ จึงทำให้มีศึกษาและทำการวัดปริมาณรังสีจากการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านมระบบดิจิทัล การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และการตรวจวินิจฉัยโรคเต้านม นิยมตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านมระบบดิจิทัล เนื่องจากมีความไวและความจำเพาะเจาะจงในการค้นพบมะเร็งเต้านมสูง สามารถตรวจพบหินปูนและรอยโรคที่มีขนาดเล็กในเนื้อเต้านมด้วยความแม่นยำสูง อย่างไรก็ตาม การถ่ายภาพรังสีเต้านม (mammography) ต้องใช้รังสีเอกซ์ซึ่งเป็นรังสีชนิดก่อไอออน (ionizing radiation) สามารถก่อให้เกิดการบาดเจ็บของเซลล์ทุกชนิด การบาดเจ็บจะมากหรือน้อยขึ้นกับปริมาณและระดับพลังงานของรังสีเอกซ์ที่เซลล์ได้รับ รวมทั้งชนิดและอายุของเซลล์ด้วย เนื้อเยื่อเต้านมจะได้รับรังสีเอกซ์โดยตรง (primary ray) และอาจเกิดอันตรายต่ออวัยวะบริเวณใกล้เคียงขณะทำการถ่ายภาพรังสีเต้านม เช่น เลนส์ตาและต่อมไทรอยด์ ที่ได้รับรังสีกระเจิง (scatter ray) มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดต่อกระจกและมะเร็งต่อมไทรอยด์ได้ ปัจจุบันมีผู้ผลิตเครื่องเอกซเรย์เต้านมหลายบริษัทหลายรุ่น แม้ว่าการตรวจโดยใช้เทคนิคเหมือนกัน แต่การกำหนดเกณฑ์วิธี (protocol) การตรวจของแต่ละเครื่องต่างกัน เครื่องเอกซเรย์เต้านมแต่ละเครื่องมีคุณภาพที่แตกต่างกันไปตามบริษัทที่ผลิตและอายุการใช้งานของเครื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีโดยตรงจากการตรวจแตกต่างกันไป นอกจากนี้ความแตกต่างของลักษณะของเต้านมของผู้ป่วย เช่น ขนาดและความหนา จะส่งผลต่อความแตกต่างของปริมาณรังสีกระเจิง

อุปกรณ์วัดรังสีชนิดไอแอสเอล รุ่นนาโนดอท (nanoDot) มีช่วงตอบสนองต่อพลังงานของรังสีในช่วงกว้างประมาณ ๕ keV -๒๐ MeV มีความไวต่อรังสีสูง สามารถวิเคราะห์อ่านค่าปริมาณรังสีซ้ำได้สามารถนำมาใช้เพื่อวัดปริมาณรังสีกระเจิงและรังสีดูดกลืนสะสมที่ผิวหนังในตำแหน่งสนใจหรือบริเวณอวัยวะที่ไวต่อรังสี เช่น ไทรอยด์ เลนส์ตาได้ มีขนาดเล็ก สามารถติดบริเวณผิวหนังของผู้ป่วยได้ มีความโปร่งรังสี

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ไม่ส่งผลกระทบต่อภาพถ่ายเพื่อการวินิจฉัยโรค เช่น การนำมาใช้เพื่อศึกษาปริมาณรังสีที่เลนส์ตาและต่อมไทรอยด์ได้รับการตรวจด้านรังสีร่วมรักษาโดยใช้เครื่องฟลูออโรสโคปี การตรวจซีทีสแกน และการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านมดิจิทัล

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปริมาณรังสีกระเจิงที่เลนส์ตาและต่อมไทรอยด์โดยใช้อุปกรณ์วัดปริมาณรังสีไอเอสแอล เปรียบเทียบปริมาณรังสีโดยใช้เกณฑ์วิธี (protocol) การถ่ายภาพรังสีเต้านมในงานประจำ ที่ใช้การถ่ายภาพรังสีเต้านมทั้งสองข้างในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านมระบบดิจิทัล ยี่ห้อ HOLOGIC SELENIA Dimensions ที่กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น เพื่อเฝ้าระวัง ติดตามการได้รับปริมาณรังสีกระเจิงที่ตำแหน่งเลนส์ตาและต่อมไทรอยด์ไม่ให้เกิดขีดจำกัด โดยนำมาเทียบกับค่ามาตรฐานด้านความปลอดภัยทางรังสีที่กำหนดช่วงเกณฑ์ที่ปลอดภัยไม่เกินเกณฑ์ต่ำสุดสำหรับการก่อตัวของต่อมกระจก ๕๐๐ mGy และทำให้เกิดเลนส์ตาชุ่มน้ำ ๕๐๐ - ๒,๐๐๐ mGy ในขณะที่ต่อมไทรอยด์ ปริมาณรังสี ๕๐๐๐ mGy อาจส่งผลให้เกิดภาวะขาดไทรอยด์ฮอร์โมน โดยผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของการประเมินปริมาณรังสีกระเจิง ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงจากการใช้รังสีในการวินิจฉัยโรคในหน่วยงาน รวมถึงยังไม่มีมีการประเมินปริมาณรังสีกระเจิงที่ผิวบริเวณเลนส์ตาและต่อมไทรอยด์จากการตรวจวินิจฉัยภาพถ่ายรังสีเต้านมด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านมระบบดิจิทัล ในโรงพยาบาลชุมแพมาก่อน

### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

#### วัตถุประสงค์วิจัย

๑. เพื่อประเมินปริมาณรังสีกระเจิงที่ตำแหน่งเลนส์ตาและต่อมไทรอยด์จากการถ่ายภาพรังสีเต้านมทั้งสองข้างด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านมระบบดิจิทัลยี่ห้อ HOLOGIC SELENIA Dimensions ที่กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

๒. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณรังสีกระเจิงที่ตำแหน่งเลนส์ตาและต่อมไทรอยด์กับค่ามาตรฐานด้านความปลอดภัยทางรังสีที่กำหนด

#### ขั้นตอนการดำเนินงาน

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective Descriptive Research) ศึกษาในผู้ป่วยที่แพทย์ส่งมารับบริการการถ่ายภาพรังสีเต้านมด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านมระบบดิจิทัล ที่กลุ่มงานรังสีวิทยาโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ในเดือน เมษายน ๒๕๖๕ ถึง เดือน กรกฎาคม ๒๕๖๕ โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

๑. ดำเนินการขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒. ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

๓. ชี้แจงขั้นตอนและกระบวนการขอคำยินยอมอาสาสมัครแก่ผู้ช่วยผู้วิจัย

๔. ให้ข้อมูลการวิจัยกับอาสาสมัครและขอคำยินยอมแก่อาสาสมัครให้เข้าร่วมการวิจัย

๕. ทำการติดอุปกรณ์วัดปริมาณรังสีชนิดไอเอสแอล รุ่นนาโนดอท (nanoDot) ที่ตัวผู้ป่วยเพื่อวัดปริมาณรังสีกระเจิงและรังสีดูดกลืนที่เลนส์ตาและต่อมไทรอยด์จากการถ่ายภาพรังสีเต้านมในท่ามาตรฐาน ๒ ท่า ที่ใช้ในงานประจำ โดยติดบริเวณทางตาผู้รับการตรวจ ข้างละ ๑ แผ่น เพื่อวัดปริมาณรังสีที่เลนส์ตา และติดที่บริเวณคอตรงตำแหน่งต่อมไทรอยด์ ข้างละ ๑ แผ่น เพื่อตรวจวัดปริมาณรังสีบริเวณไทรอยด์ (ใช้อุปกรณ์วัดปริมาณรังสี จำนวน ๔ แผ่น ต่อการตรวจ ๑ ครั้ง)

๖. รวบรวมอุปกรณ์วัดรังสีไอเอสแอล รุ่นนาโนดอท ไปอ่านค่าด้วยเครื่องอ่านค่าปริมาณรังสี MicroStar Dosimetry Reader และบันทึกค่าปริมาณรังสี

๗. บันทึกค่าปริมาณรังสีสมมูลเฉลี่ยที่เลนส์ตาและต่อมไทรอยด์ จากการใช้โปรโตคอลถ่ายภาพรังสีเต้านมจากเครื่องเอกซเรย์เต้านมระบบดิจิทัล

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๘. นำค่าปริมาณรังสีที่วัดได้มาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานด้านความปลอดภัยทางรังสีที่กำหนด

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๑. ได้ข้อมูล ค่าปริมาณรังสีสมมูลเฉลี่ยที่เลนส์ตาและต่อมไทรอยด์ จากการใช้โปรโตคอลถ่ายภาพรังสีเต้านมจากเครื่องเอกซเรย์เต้านมระบบดิจิทัลยี่ห้อ HOLOGIC SELENIA Dimensions โรงพยาบาลชุมชนแพจังหวัดขอนแก่น

๒. ได้ทราบค่าปริมาณรังสีสมมูลเฉลี่ยที่เลนส์ตาและต่อมไทรอยด์ ว่าปลอดภัยหรือไม่ เมื่อนำค่าปริมาณรังสีที่วัดได้มาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานด้านความปลอดภัยทางรังสีที่กำหนด

๓. สามารถวิเคราะห์ปริมาณรังสีสมมูลเฉลี่ยที่เลนส์ตาและต่อมไทรอยด์ โดยแยกกลุ่มอายุ และความหนาของเต้านมได้

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน และนำข้อมูลไปเทียบเคียงอวัยวะที่สำคัญของร่างกายจากการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านมระบบดิจิทัล และเปรียบเทียบค่าที่ได้จากหน่วยงานอื่นๆ หรือในระดับนานาชาติ

๒. นำข้อมูลที่ได้มาศึกษาวิเคราะห์ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพารามิเตอร์ที่เกี่ยวข้องสำหรับค่า ปัจจัยการกำหนดปริมาณรังสี (Radiation exposure technique) ที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัย เพื่อลดความเสี่ยงภัยจากรังสีให้กับผู้ป่วยต่อไป

๓. เพื่อเป็นแนวทางลดปริมาณรังสีในการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านมระบบดิจิทัล โดยที่ไม่ลดคุณภาพของภาพรังสีสำหรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การเก็บข้อมูลใช้เวลานาน เนื่องจากผู้ป่วยไม่มารับบริการตามนัดเพราะผู้ป่วยกลัวติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา (COVID19) และมีผู้ป่วยติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา (COVID19)มารับบริการจำนวนหลายราย

๒. การติดตั้งวัดรังสี OSL nanoDot บริเวณทางตาและคอมมิ่งจะหลุดเพราะผู้ป่วยทาแป้งและครีมบำรุง ต้องคอยระมัดระวังไม่ให้หลุดเพราะใช้เวลาและเปลี่ยนท่า ๔ ครั้งในการถ่ายภาพรังสีเต้านม ๒ ข้าง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. อุปกรณ์วัดรังสี OSL nanoDot มีจำนวนจำกัดเป็นอุปกรณ์เฉพาะที่หน่วยงานสำนักปรมาณูเพื่อสันติกรุงเทพฯ เท่านั้น จึงต้องประสานเวลาในการขอใช้

๒. เครื่องอ่านค่าปริมาณรังสีจาก OSL nanoDot (MicroStar Dosimetry Reader) มีประจำหน่วยงานสำนักปรมาณูเพื่อสันติกรุงเทพฯ เท่านั้น จึงต้องประสานเวลาในการขอใช้ และต้องใช้เวลาในการเดินทาง

๙. ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้งานวิจัยมีคุณค่าในเชิงคุณภาพมากขึ้นอีกขั้นหนึ่ง เสนอแนะให้ศึกษาแรงกดเต้านมกับคุณภาพของภาพถ่ายรังสีเต้านมว่าแรงกดน้อย (ผู้ป่วยไม่เจ็บ) กับแรงกดมากกว่า (ผู้ป่วยเจ็บ) ภาพถ่ายรังสีเต้านมที่ได้รังสีแพทย์จะสามารถแปลผลจากภาพถ่ายรังสีได้แตกต่างกันหรือไม่ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีอายุและขนาดเต้านมเท่าๆกัน แต่ต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลนานเนื่องจากกว่าจะได้อาสาสมัครที่เปรียบเทียบกันได้ และต้องทำการวิจัยร่วมกับรังสีแพทย์

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

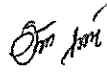
อยู่ระหว่างดำเนินการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางอัญญา เพชรวิเศษ สัดส่วนของผลงาน ๘๐ %
- ๒) ผศ.ดร.ปณัสดา อวิคุณประเสริฐ สัดส่วนของผลงาน ๑๐ %
- ๓) ดร.ปฐมภรณ์ โมลี สัดส่วนของผลงาน ๕ %
- ๔) ดร.วิฑิต ผึ้งกัน สัดส่วนของผลงาน ๕ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

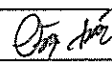
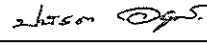
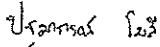

(นางอัญญา เพชรวิเศษ)

(ตำแหน่ง) นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ


(วันที่) 22 / 07 / 65

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. นางอัญญา เพชรวิเศษ	
๒. ผศ.ดร.ปณัสดา อวิคุณประเสริฐ	
๓. ดร.ปฐมภรณ์ โมลี	
๔. ดร.วิฑิต ผึ้งกัน	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) ..... 

(นางสาวเปรมสุดี จีระภัทรอดิษฐ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) 22 / 07 / 65

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) ..... 

(นางจารุพรรณ มโนสิทธิ์ศักดิ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

(วันที่) 22 / 07 / 65

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง แผนการเตรียมความพร้อมการจัดบริการรังสีวิทยาวิถีใหม่ พร้อมรับ ปรับตัว สู่วิถีประจำถิ่น

๒. หลักการและเหตุผล

ในช่วงต้นปี พ.ศ.๒๕๖๓ โลกได้ประสบกับ ภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของเชื้ออุบัติใหม่ COVID-19 สร้างความเสียหายต่อมนุษยชาติในด้านต่าง ๆ ทั้งการเจ็บป่วย เสียชีวิต ตลอดจนผลกระทบทางเศรษฐกิจ วิถีชีวิตของผู้คนต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในประเทศไทย คลี่คลายลงแล้ว หน่วยงานต่าง ๆ ของทั้งภาครัฐและเอกชนได้ออกแบบแนวปฏิบัติ มาตรการ ตลอดจนพฤติกรรมใหม่ (New normal) ภายในหน่วยงานของตนและในที่สาธารณะ โดยมีกรอบแนวคิดหลัก ๓ ประการ ได้แก่ ความปลอดภัย ของผู้ให้และผู้รับบริการ (2P Safety) การลดความแออัดของการจัดบริการ และความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการที่เหมาะสม

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ เชื้อ COVID-19 ดังกล่าว ทางกรมการแพทย์จึงได้ร่วมกับราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทยได้ออกแบบแนวทางปฏิบัติ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์การระบาดของเชื้อ COVID-19 เพื่อความปลอดภัยและเหมาะสมในนำไปใช้ในการให้บริการทางรังสีวินิจฉัย

กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จึงร่วมกันคิดพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วยวิถีใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับการประกาศของกรมการแพทย์เรื่อง “แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในการตรวจทางรังสีวินิจฉัย” และนำมาปรับให้เหมาะสมกับรูปแบบบริการของตนเอง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและบุคลากรผู้ให้บริการ ในช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19 และยังคงเฝ้าระวัง และให้บริการด้วยวิถีใหม่แบบโรคประจำถิ่นต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรงพยาบาลชุมแพ เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับM๑กำลังก้าวเข้าสู่ระดับ S ขนาด ๔๑๓ เตียง มีการขยายศักยภาพระดับตติยภูมิเป็น node ดูแลผู้ป่วยและประชาชนไร้รอยต่อ กลุ่มงานรังสีวิทยาเป็นหน่วยงานบริการประชาชนเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โดยใช้รังสีเอกซ์และคลื่นเสียงความถี่สูง มีเครื่องมือให้บริการครบตามมาตรฐานโรงพยาบาลทั่วไป และเป็นโรงพยาบาลทั่วไปในโซนตะวันตกเพียงโรงพยาบาลเดียวที่รับส่งต่อผู้ป่วยจากอำเภอลูกข่ายในจังหวัดขอนแก่น และอำเภอเขตรอยต่อจากจังหวัดอื่น จึงทำให้มีจำนวนผู้รับบริการจำนวนมากและมาจากหลากหลายพื้นที่ มีผู้รับบริการเฉลี่ย ๒๗๕-๓๐๐ ราย/วัน

การให้บริการถ่ายภาพรังสีทั่วไป การตรวจมวลกระดูก เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในทางปฏิบัติบุคลากรผู้ให้บริการจะทำการจัดทำผู้ป่วยในการถ่ายภาพรังสีทุกชนิดจึงจำเป็นต้องสัมผัสกับผู้ป่วยแบบใกล้ชิดและใช้เวลาในการจัดทำตามความยากง่ายของอวัยวะและท่าที่แพทย์ต้องการ และการถ่ายภาพรังสีพิเศษโดยการกินสวน ฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในร่างกาย รวมถึงการถ่ายภาพรังสีเต้านมต้องใช้เวลาและใกล้ชิดกันมากที่สุดและในบางรายจำเป็นต้องเพิ่มท่าพิเศษอีก ๑ ถึง ๒ ท่าในกรณีที่รังสีแพทย์ต้องการความแม่นยำในการวินิจฉัยโรค ทำให้เพิ่มเวลาในการสัมผัสกับผู้ป่วยขึ้นอีก จาก ๑๕ นาทีเป็น ๒๐ นาทีต่อคน และการตรวจด้วยอัลตราซาวด์รังสีแพทย์จะสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรงใช้เวลาตรวจผู้ป่วยประมาณ ๑๐ - ๑๕ นาที ประกอบกับห้องให้บริการเป็นระบบปิดและจำเป็นต้องควบคุมอุณหภูมิและความชื้นในคงที่ ต้องใช้เครื่องปรับอากาศในห้องแมมโมกราฟีและห้องอัลตราซาวด์เพื่อให้เครื่องมีประสิทธิภาพและมีอายุการใช้งานมากที่สุด ซึ่งในสถานการณ์ระบาดโควิด๑๙

เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วยมากที่สุด และที่ผ่านมามีจำนวนผู้มารับบริการเพิ่มขึ้น ทั้งนอกและในเขตพื้นที่  
รับผิดชอบ ทำให้มีผู้ป่วยมาจากหลากหลายพื้นที่ และการให้บริการรังสีวิทยาได้ปฏิบัติตามหลักการเฝ้าระวังการ  
ติดเชื้อในโรงพยาบาลตามสถานการณ์ปกติ แต่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ อย่างรุนแรงทำ  
ให้บุคลากรผู้ให้บริการวิตกกังวลกลัวติดโรคจากผู้ป่วยและผู้ป่วยเองกลัวติดโรคจากบุคลากรผู้ให้บริการ จึงได้  
จัดทำแนวทางการให้บริการวิถีใหม่ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ และต่อมาสถานการณ์ได้  
คลี่คลายลงบ้าง ทางรัฐบาลประกาศให้โรคโควิด๑๙ เป็นโรคประจำถิ่น ในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๕ นี้

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องพัฒนาปรับการให้บริการจากการบริการรังสีวิทยาวิถี  
ใหม่สู่โรคประจำถิ่น ตามสถานการณ์และบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป โดยใช้แนวความคิดการพัฒนา ตามแนวทางปฏิบัติ  
เพื่อความปลอดภัยในการตรวจทางรังสีวินิจฉัย ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา๒๐๑๙ ของ  
กรมการแพทย์โดยมีเป้าหมายหลัก ๓ ด้าน คือ


- ๑.ความปลอดภัยต่อผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติ (Patient and Personal safety:2P Safety)
- ๒.การลดความแออัด ลดการรอคอยในการเข้ารับบริการ (Non – crowded)
- ๓.การลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเสมอภาคและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ (Equity)

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ได้แนวทางปฏิบัติในการให้บริการงานรังสีวิทยาแบบวิถีใหม่สู่โรคประจำถิ่น
๒. ได้นวัตกรรมใหม่เกิดขึ้นในการให้บริการ
๓. บุคลากรผู้ให้บริการและผู้รับบริการปลอดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อโรค

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ได้แนวทางปฏิบัติในการให้บริการงานรังสีวิทยาแบบวิถีใหม่สู่โรคประจำถิ่น
๒. บุคลากรผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่ติดเชื้อโรคจากการให้บริการ

(ลงชื่อ) ..... 

(นางอัญญา เพชรวิเศษ)

(ตำแหน่ง) นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) 22 / 07 / 65

ผู้ขอประเมิน

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

ของ

นายอนันต์ คำอ่อน

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการวิชาการ)

ตำแหน่งเลขที่ 62304 ส่วนราชการ โรงพยาบาลชุมแพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ขอประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการวิชาการ)

ตำแหน่งเลขที่ 62304 ส่วนราชการโรงพยาบาลชุมแพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### 5. สรุปผลการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักย้อนหลัง 3 ปี

กิจกรรม	หน่วยนับ	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
<b>4. งานส่งเสริมการมีส่วนร่วมระบบประกันสุขภาพ</b>				
4.1 พัฒนาบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่	กองทุน	15	15	15
4.2 พัฒนากองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง	กองทุน	15	15	15
<b>5. งานเศรษฐกิจสุขภาพ</b>				
5.1 วิเคราะห์สถานะการณ์การเงินการคลังโรงพยาบาล	ครั้ง	12	12	12
5.2 วิเคราะห์แผนรับจ่ายเงินบำรุง	ครั้ง	12	12	12
5.3 วิเคราะห์ต้นทุนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน	ครั้ง	12	12	12

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง.....การพัฒนาการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พื้นที่นาร่อง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น...

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ.....มีนาคม พ.ศ.2560 – กันยายน พ.ศ.2561.

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กระบวนการชราภาพเป็นเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของวัยผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ต้องพึ่งพาผู้อื่น นำมาสู่การเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ ที่มีแนวโน้มเป็นปัญหาขนาดใหญ่ของสังคมผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิงระยะยาวไม่ได้มีผลกระทบเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น หากแต่ส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน รวมถึงผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ และประเทศชาติ ภาวะพึ่งพิงระยะยาว จึงเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่าความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และเป็นเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่องค์การอนามัยโลกให้ข้อเสนอแนะไว้

2. นโยบายและแผนงานการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย รัฐบาลได้จัดทำนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว มีนโยบาย ให้ผู้สูงอายุได้รับบริการพื้นฐานด้านต่างๆ อย่างกว้างขวางและทั่วถึงโดยสนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น จัดสวัสดิการสังคมและให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุตามความต้องการและความจำเป็น มาตรการจัดสวัสดิการทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ

3. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีเป้าประสงค์เพื่อให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี ในครอบครัวและชุมชน โดยเชื่อมโยงบริการสุขภาพและบริการทางสังคม อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวคิดที่สำคัญในพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และถูกนำมาใช้เป็นกลวิธีทางด้านสุขภาพในการออกแบบพัฒนาสุขภาพ ด้วยเหตุผลความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านสุขภาพ 5 ประการ ได้แก่ 1) ช่วยเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน 2) ส่งเสริมพลังอำนาจประชาชน 3) มีความครอบคลุมกลุ่มประชาชน 4) ทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น และ 5) เกิดความยั่งยืน

5. กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ซึ่งกระบวนการวิจัย มี 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Stringer (Stringer & Genet, 2004; Stringer, 2007) ประกอบด้วย ขั้นตอน ที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะภาวะพึ่งพิงระยะยาว ขั้นตอน ที่ 2 การพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขั้นตอน ที่ 3 พัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขั้นตอน ที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

6. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยเปรียบเทียบประเมินผลลัพธ์ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อนและหลังการวิจัย ได้แก่ ระดับความรุนแรงของภาวะพึ่งพิงระยะยาว ระดับคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิต การเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาว ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วย Prevalence rate, 95%CI, Mc Nemar Test และ Pair T - Test ด้วยโปรแกรม SPSS for WINDOWS ver. 24 และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และ วิเคราะห์ประเด็น (Thematic analysis)

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Look) ประชุมครั้งที่ 1 เพื่อชี้แจงโครงการ และแลกเปลี่ยนข้อมูลการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และสร้างความร่วมมือในการศึกษาวิจัย 2) สำรวจสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ประกอบด้วย ประเภทผู้สูงอายุตามแบบประเมินภาวะพึ่งพิงระยะยาว ผู้ดูแลและการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ได้แก่ วัฒนธรรมชุมชน ความเชื่อ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว ภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว 4) ประชุมครั้งที่ 2 เพื่อนำเสนอข้อมูล ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และสร้างความเห็นร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Think) ประกอบด้วย 1) เวทีรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนระบบการดูแลระยะยาวจากชุมชน และ พิจารณาคณะกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวเพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุน 2) สนับสนุนการออกแบบการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) เชื่อมโยงกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และ กระทรวงหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง 4) คณะกรรมการบริหารกองทุนระบบการดูแลระยะยาวของชุมชน ติดตามการดำเนินงานกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Act) ประกอบด้วย 1) สนับสนุนการออกแบบการจั้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยผู้จัดการดูแล ผู้ดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุข ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมของชุมชน 2) จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านแก่ผู้ดูแล และมอบหมายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแก่ผู้ดูแล 3) ผู้จัดการดูแลประเมินและจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวรายบุคคล ประจําสัปดาห์ตามชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อมอบหมายให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามแผนที่กำหนด 4) ผู้จัดการดูแลติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวรายบุคคลของผู้ดูแลแผนที่กำหนดและสรุปผลการดำเนินงานนำเสนอต่อผู้เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Reflex) ประกอบด้วย 1) สำรวจความคิดเห็นของชุมชนในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) ประเมินผลลัพธ์ระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชน ระดับภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว การเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาว 3) จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเพื่อขยายองค์ความรู้และขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวต่อไป

## 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

1. สถานการณ์ความต้องการการดูแลระยะยาว วัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน พบว่า จากข้อมูลผู้สูงอายุตามทะเบียนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2,618 คน พบว่ามีผู้สูงอายุที่สามารถสำรวจข้อมูลได้ทั้งหมด 1,595 คน คิดเป็นร้อยละ 60.92 ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิง ร้อยละ 55.80 และ พบเพศชายร้อยละ 45 ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 70.23 ปี เป็นผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งมีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ถึงร้อยละ 53.08 รองมาคือผู้สูงอายุตอนกลางซึ่งมีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี ร้อยละ 33.41 และผู้สูงอายุตอนปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 13.51 ซึ่งผู้สูงอายุทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 87.15 โดยผู้สูงอายุ ร้อยละ 7.34 ไม่ได้เรียนหนังสือ แต่มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 2.88 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.99 โดยประกอบอาชีพในลักษณะเช่นเดิมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยส่วนใหญ่เป็นอาชีพ

ด้านการเกษตร ได้แก่ ทำนา ทำไร่ ยกเว้นอาชีพค้าขาย พบว่าส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง และผู้สูงอายุเพศหญิงทำหน้าที่ดูแลงานบ้านและรับหน้าที่ดูแลหลาน และพบว่ารายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 95 เป็นรายได้จากการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่ได้ทุกเดือน ซึ่งผลการประเมินภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุพบผู้สูงอายุ ร้อยละ 1.32 อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง ร้อยละ 45.45 ประเมินว่ามีรายได้ไม่เพียงพอ และเกือบร้อยละ 1.00 ประเมินตนเองว่า มีที่อยู่อาศัยแต่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและสุขภาพ ร้อยละ 2.95 ความสามารถในการมองเห็นไม่ชัดเจนและมีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวันหรือไม่เห็นเลย ร้อยละ 8.09 มีอาการหุดหู่ เสร้า หรือ ท้อแท้ สิ้นหวัง ประมาณ ร้อยละ 17.37 ผู้สูงอายุมีความอ่อนแอของกำลังมือ แขน ขา ชัดเจน ร้อยละ 11.35 ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง โดยผลการประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต พบว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมซึ่งทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาว ร้อยละ 17.32 (95%CI= 9.3 – 11.0) โดยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวทั้งหมด มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรง ร้อยละ 0.75 และมีภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 1.32 ซึ่งกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ มากที่สุดได้แก่ การกลั้นปัสสาวะ ร้อยละ 19.31 รองมา ได้แก่ การลุกนั่งจากที่นอน จากเตียงไปเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การกลั้นอุจจาระ การรับประทานอาหาร และการอาบน้ำ นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม ประมาณ ร้อยละ 7.15 (95%CI= 8.5 – 10.1)

2. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวเพียงลำพัง ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลกิจวัตรประจำวัน ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในครอบครัว จำนวน 140 คน ซึ่งคิดเป็นอัตราการตอบกลับ (Respond Rate) ร้อยละ 100 พบว่า ร้อยละ 75.71 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 64.11 ปี ส่วนใหญ่เป็นลูกสาวมากที่สุด พบถึงร้อยละ 52.41 รองมาคือ ลูกสะใภ้ และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเพียงหนึ่งคนที่ทำหน้าที่ดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน และผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแลและทำงานบ้าน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลตนเอง จึงทำให้รู้สึกเป็นภาระหนักและเกิดความรู้สึกเครียด อีกทั้งพบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 60.71 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอาการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.14 โรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 15.71 รองมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.29 และพบว่าผู้ดูแลมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ร้อยละ 3.57 ของผู้ดูแลมีความพิการ ซึ่งผลประเมินระดับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวพบมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.00 และคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 3.57 โดยองค์ประกอบที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสุขภาพกาย และด้านจิตใจ

3. ระเบียบปฏิบัติกองทุนระบบการดูแลระยะยาวที่ไม่ชัดเจน และการเตรียมความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดข้อจำกัดและเป็นอุปสรรคต่อการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว ในระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งพบว่าผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้สะท้อนปัญหา “ขาดการเตรียมความพร้อมที่เพียงพอในการบริหารจัดการกองทุน” ทำให้ผู้บริหารและบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องรับผิดชอบบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวไม่เข้าใจ ไม่มั่นใจในการดำเนินงานของกองทุน ที่จะส่งผลผูกพันและเกี่ยวข้องทางด้านกฎหมาย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่จึงไม่กล้าลงนามอนุมัติดำเนินการที่เกี่ยวกับกองทุนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อีกทั้งข้อจำกัดของกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุน ทำให้ไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ

ดำเนินงานกองทุน การบริหารจัดการ ผู้นำ การรับรู้บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุน การวางแผน สุขภาพชุมชน ความคาดหวังในประโยชน์ที่ได้รับเกี่ยวกับกองทุน การจัดทำกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุน การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน การประชาสัมพันธ์กองทุน

4. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าก่อนดำเนินการวิจัยมีพื้นที่ที่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาว จำนวน 1 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หลังดำเนินการวิจัยพบว่าพื้นที่ที่สามารถดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 2 กองทุน โดยเป็นพื้นที่ที่สมัครเข้าร่วมกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปีงบประมาณ 2560 สามารถเบิกจ่ายงบประมาณได้ จำนวน 1 แห่ง จากทั้งหมด 3 แห่ง และพื้นที่เข้าร่วมกองทุน ปีงบประมาณ 2561 พบว่าสามารถเบิกจ่ายงบประมาณได้จำนวน 2 แห่งจาก 3 แห่ง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการการดูแลระยะยาวในชุมชนเพิ่มขึ้น โดยก่อนดำเนินการวิจัย มีจำนวน 153 คน ร้อยละ 55.84 และหลังดำเนินการวิจัยพบว่ามีพื้นที่วิจัยที่สามารถขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสู่การปฏิบัติเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นเป็น 205 คน ร้อยละ 74.82 ซึ่งจากการเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้สูงอายุที่เข้าถึงสิทธิการจัดบริการดูแลภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว ก่อนและหลังการวิจัย พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < .001) และการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้น หลังจากการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้น โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.71 รองมาคือ ระดับดี ร้อยละ 8.57 และระดับไม่ดี ร้อยละ 0.71 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวก่อนและหลังการวิจัย พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < 0.001)

5. ระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนาการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ก่อนการวิจัยมีผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ร้อยละ 83.21 กลุ่มที่ 2 ร้อยละ 6.20 กลุ่มที่ 3 ร้อยละ 8.03 และ กลุ่มที่ 4 ร้อยละ 2.55 หลังการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า กลุ่มที่ 1 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.69 ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มอื่นลดลงโดยมีกลุ่มที่ 2 พบร้อยละ 5.84 กลุ่มที่ 3 พบร้อยละ 3.29 ไม่มีกลุ่มที่ 4 และมีผู้สูงอายุเสียชีวิต ร้อยละ 6.09 แต่อย่างไรก็ตามจากการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัยพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < .0941)

6. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย 2 กระบวนการหลักที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน คือ การบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว และ การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

6.1 การบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว พบว่า พบว่าการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ภายใต้ 4 องค์ประกอบ คือ

1) ผู้จัดการดูแล (Care Manager) พบว่าผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุเป็นอัตรากำลังหลักที่สำคัญของการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต้องผ่านการอบรมหลักสูตรตามมาตรฐาน 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการดูแล ประกอบด้วย (1) การบริหารจัดการและการประสานการดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลระยะยาว ตามชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสาธารณสุข และ (2) การบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ บริหารจัดการและการกำกับติดตามการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา

2) แผนการดูแล (Care Plan) เป็นแผนการดูแลที่ถูกออกแบบสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะรายเป็นรายสัปดาห์ซึ่งถูกออกแบบโดยผู้จัดการดูแล แผนการดูแลเป็นเครื่องมือสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน ซึ่งถ้าแผนการดูแลรายบุคคลมีคุณภาพและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย จะทำให้มีการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการ และ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กระบวนการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย จึงเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญและแสดงถึงศักยภาพการบริหารจัดการ และองค์ความรู้ในความเข้าใจสภาพปัญหาผู้สูงอายุเฉพาะรายของผู้จัดการดูแล ซึ่งกระบวนการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย ประกอบด้วย การประเมินปัญหาความต้องการการดำรงชีวิต ปัญหาสุขภาพ ความต้องการของผู้สูงอายุและญาติแต่ละราย จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล จัดประชุมคณะกรรมการเพื่อพิจารณาแผนการดูแลเฉพาะราย และ เชื่อมประสานทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง

3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล 70 ชั่วโมงตามมาตรฐานของกรมอนามัย และสัดส่วนของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ คือ 1 ต่อ 5 คน ซึ่งกิจกรรมที่ผู้ดูแลปฏิบัติ ได้แก่ การช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน การช่วยให้คำแนะนำ การอยู่เป็นเพื่อน การช่วยเหลืองานบ้านที่จำเป็น รวมทั้งกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่อยู่ภายใต้การมอบหมายของผู้จัดการดูแล โดยผู้ดูแลจะได้รับค่าตอบแทนการดูแลจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาว

4) การดูแลที่บ้าน (Home Care) พบว่าระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นการจัดระบบบริการที่ใช้บ้านของผู้สูงอายุเป็นฐาน ซึ่งกิจกรรมการบริการอยู่ภายใต้แผนการดูแลรายบุคคลอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้รับ โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลภายใต้การทำหน้าที่ควบคุมกำกับติดตามของผู้จัดการดูแล ในรายกรณีที่มีปัญหาด้านสุขภาพผู้จัดการดูแลจะทำหน้าที่ประสานให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ให้การดูแล รวมทั้งการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์เพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่บ้าน

## 6.2 การบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว มี 3 องค์ประกอบ คือ

1) กองทุนสุขภาพตำบล เป็นกองทุนหลักที่เชื่อมโยงงบประมาณจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนระบบการดูแลระยะยาวจึงเป็นกองทุนย่อยของกองทุนสุขภาพตำบล ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ควบคุมและกำกับทิศทางการดูแลระยะยาวในพื้นที่ โดยการแต่งตั้งอนุกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว ออกระเบียบคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลว่าด้วยกองทุนระบบการดูแลระยะยาว รับผิดชอบ

แผนงานโครงการของหน่วยบริการที่จะจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว อนุมัติให้เบิกจ่ายเงินงบประมาณกองทุนระบบการดูแลระยะยาวเพื่อซื้อบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากหน่วยบริการ และ การควบคุมกำกับการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชนให้อยู่ตามแผนการซื้อบริการ

2) กองทุนระบบการดูแลระยะยาว เป็นกองทุนย่อยภายใต้กองทุนสุขภาพตำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีคณะกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวเป็นผู้ดูแล ซึ่งผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้บริหารอื่นที่ได้รับมอบหมายเป็นประธานอนุกรรมการ และปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่นเป็นอนุกรรมการและเลขานุการ โดยคณะกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว มีบทบาทหน้าที่ในการเห็นชอบ แผนงานโครงการและแผนการดูแล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวรายบุคคล กำหนดอัตราบริการและค่าตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการจัดการจัดหาหน่วยบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของหน่วยจัดบริการ และดำเนินการเบิกจ่ายเงินจากบัญชีกองทุนระบบการดูแลระยะยาว ให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อไปดำเนินกิจกรรมตามแผนการดูแล

3) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นหน่วยบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ขอรับงบประมาณจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาว เพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีบทบาทหน้าที่ คือ การบริหารจัดการงบประมาณการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เสนอโครงการและแผนการดูแลรายบุคคลเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาว สนับสนุนผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน กำกับติดตาม ประเมินผล และสรุปและรายงานผลการดูแลแก่กองทุนระบบการดูแลระยะยาว

## 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ผู้วิจัย ได้นำข้อค้นพบจากการวิจัย มาปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้กองทุนสามารถดำเนินการตามวัตถุประสงค์ในการจัดตั้ง ช่วยให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็น อย่างครอบคลุมและครบถ้วนตามชุดสิทธิประโยชน์ และนำไปเป็นแนวทางดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พขอ.) ในประเด็นคนขอนแก่นไม่ทอดทิ้งกัน ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมที่จำเป็น รวมทั้งได้ขยายผลแนวทางการพัฒนานี้ไปทำงานในพื้นที่อื่นๆ ในอำเภอ ทำให้ในปี 2564 มีกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) ผ่านการประเมินระดับ A+ (กองทุนที่มีศักยภาพสูง) 6 กองทุน (ร้อยละ 40) ผ่านการประเมินระดับ A (กองทุนที่มีศักยภาพดี) 6 กองทุน (ร้อยละ 40) และผ่านการประเมินระดับ B (กองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง) 3 กองทุน (ร้อยละ 20)

## 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. เป็นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยบูรณาการแนวความคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานในการแก้ปัญหา นั้น เป็นการนำทรัพยากรจากชุมชนมาพัฒนาศักยภาพของชุมชน ให้สามารถคิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผลในการแก้ปัญหาของชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. การรวบรวมข้อมูลแบบพหุวิธี ทั้งเครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือเชิงคุณภาพ และ เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation Observation) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และเครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ ใช้เครื่องมือ the Barthel index (Collin et al., 1988) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง และง่ายในการสื่อสารกับผู้ตอบ เครื่องมือ Physical Self Maintenance Scale หรือ Lowton Instrumental Activities of Daily Living Scale เนื่องจากเครื่องมือนี้ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการวางแผนและประเมินการรักษา หรือการปฏิบัติที่ใช้สำหรับผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในชุมชน เครื่องมือทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น Mini-Mental State Examination (Folstein et al., 1975) ซึ่งในประเทศไทยนั้นเครื่องมือทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai) เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Geriatric Depression Scale เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เลือกใช้เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย การประเมินด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

3. วิเคราะห์ข้อมูล สังเคราะห์เป็นข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

## 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพแตกต่างกัน ทำให้การดำเนินงานวิจัยและพัฒนาไม่ก้าวหน้าเหมือนกัน
2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย ต้องใช้เวลาในการดูแลฟื้นฟูนาน ประกอบกับผู้ดูแลมากกว่าครึ่งเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จึงจะมีการพัฒนาดีขึ้นได้

## 9. ข้อเสนอแนะ

1. กระทรวงสาธารณสุขควรคงการพัฒนาอัตรากำลังและศักยภาพผู้จัดการดูแลในหน่วยงานสาธารณสุข ให้มีความเพียงพอเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต และ ขยายการพัฒนาผู้จัดการดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสร้างความเข้าใจและแบ่งเบาภาระงานของผู้จัดการดูแลในหน่วยงานสาธารณสุข
2. สถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ จัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับสำหรับนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในสถาบันอุดมศึกษา ได้แก่ วิชาชีพพยาบาล วิชาชีพสาธารณสุข เพื่อให้บัณฑิตมีสมรรถนะที่สอดคล้องและตอบสนองกับระบบบริการสาธารณสุขใหม่ของประเทศไทย ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิกับการจัดการเรียนการสอนที่สามารถบูรณาการในภาควิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน รายวิชาพยาบาลครอบครัวและชุมชน รวมทั้งพัฒนาหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ การพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อพัฒนากำลังคน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ให้กับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ให้มีสมรรถนะและมีจำนวนเพียงพอสำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต และการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อให้เกิดการพัฒนาและสร้างองค์ความรู้ในการพัฒนาระบบสุขภาพเป็นการสร้างคุณค่าจากการให้บริการ โดยเฉพาะการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือการวิจัยและพัฒนา ที่มีลักษณะการออกแบบกระบวนการบริการวิชาการที่สำคัญ

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ควรมีบทบาทในการพัฒนา  
มาตรฐานระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์กองทุนระบบการดูแลระยะยาวเพื่อสร้าง  
หลักประกันคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

.....  
.....

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- 1) ....นายอนันต์ คำอ่อน.....สัดส่วนของผลงาน.....100 %.....
- 2) .....สัดส่วนของผลงาน.....
- 3) .....สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ๐๙.....

(.....นายอนันต์ คำอ่อน.....)

(ตำแหน่ง) .....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ.....

(วันที่) 21 / 11.ค. / 61.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายอนันต์ คำอ่อน	๐๙

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ๐๑๑.....

(.....นายสมเกียรติ ชูบัณฑิตกุล.....)

(ตำแหน่ง) .....นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....

(วันที่) ..... ๒๒ ก.ค. ๒๕๕๕.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

qan

(ลงชื่อ) .....  
(นางจรรยาพรณ มโนสิทธิ์ศักดิ์)  
(.....)  
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ  
.....  
(วันที่) ..... ๒๒ ก.ค. ๒๕๖๕ .....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับ..ชำนาญการพิเศษ...)

1. เรื่อง.....แนวทางการพัฒนากองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
(Long Term Care : LTC).....

2. หลักการและเหตุผล

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้คนทั้งโลก องค์การสหประชาชาติคาดประมาณว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า 1 ใน 5 ของประชากรโลกจะเป็นผู้สูงอายุ การที่ประเทศไทยกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ จำเป็นต้องตระหนักในการเตรียมความพร้อมและพัฒนาระบบต่างๆ เพื่อรองรับสังคมสูงอายุในทุกมิติ โดยเฉพาะระบบสุขภาพที่จะมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยตรง สังคมไทยต้องเผชิญกับประเด็นท้าทายต่อคุณภาพของประชากรสูงอายุ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ มลนิธิผู้สูงอายุไทยพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ มีโรคเรื้อรังเป็นประจำตัว นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุมีอายุ 80 ปีขึ้นไปที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเอง กลายเป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพิง และเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลระยะยาวมากที่สุด รัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเพื่อไม่ให้เป็นการระงับของครอบครัวจึงได้จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัวปกติเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในปีงบประมาณ 2559 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ครอบคลุมทุกมิติเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตามปัญหาสุขภาพ และเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับค่านิยมขององค์การอนามัยโลก เกี่ยวกับระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) ว่าเป็นบริการเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยเน้นการสร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพระหว่างครอบครัว ชุมชนและทีมสุขภาพ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานต่างๆ ร่วมกันดำเนินงาน การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวยังต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มเติมจากการดูแลการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมามีอยู่ในภาวะตั้งรับ สามารถให้บริการแก่กลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างจำกัด และเป็นในรูปแบบการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 60,000 ล้านบาท ในปี 2553 เป็น 220,000 ล้านบาท ในปี 2565 หรือคิดเป็นร้อยละ 2.8 ของ GDP ในปี 2565 เหล่านี้คือความจำเป็นที่ต้องสร้างระบบการดูแลระยะยาวขึ้นมารองรับ ซึ่งระบบการดูแลระยะยาวคือการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการ และไม่ใช่วิธีการเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการ

ฟื้นฟูบำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐาน

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อให้ บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี ในครอบครัวและชุมชน โดยเชื่อมโยงบริการสุขภาพและบริการทางสังคม อย่างมีประสิทธิภาพและมีเป้าหมายเฉพาะ

- 1) ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับการคัดกรอง และมี ระบบ ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูและการดูแลระยะยาวในชุมชน ตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี
- 2) มีระบบ การเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร
- 3) ทุกชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุขเช่น มี respite care / nursing home และ
- 4) สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านความเห็นชอบ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 มีการประกาศนโยบายตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 1,000 ตำบลครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 10 ประมาณ 100,000 ราย และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ผ่านความเห็นชอบ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 จำนวน 600 ล้านบาท ส่วนที่ 1 จำนวน 500 ล้านบาทจัดสรรไปยังกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จำนวนประมาณ 1,000 แห่งที่มีความพร้อม เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จำนวนประมาณ 100,000 คน วงเงินเฉลี่ยประมาณ 5,000 บาทต่อคนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ บริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามประกาศกองทุนที่กำหนดเพิ่มเติม เพื่อจัดให้มีบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและในชุมชน โดยมีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือ ศูนย์ที่เรียกชื่ออื่นเป็นศูนย์บริหารจัดการและให้บริการอย่างต่อเนื่อง ส่วนที่ 2 จำนวน 100 ล้านบาท จัดสรรไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ประมาณ 1,000 แห่ง ๆ ละ ประมาณ 100,000 บาท เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่องในพื้นที่ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินงานดังกล่าว รวมทั้งรับส่งต่อในกรณีที่ต้องให้บริการในหน่วยบริการ

จะเห็นได้ว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่ถูกกำหนดเป็นนโยบายสำคัญของประเทศ ได้ถูกผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนในระดับนโยบาย โดยหน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดทิศทางนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศ และนำมาสู่การขับเคลื่อนลงสู่พื้นที่ปฏิบัติการทั้งประเทศ และ มีเป้าหมายให้ครอบคลุมทุกตำบลของประเทศไทยในปี พ.ศ.2561 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อให้ บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน โดย

เชื่อมโยงกับระบบบริการ สุขภาพและบริการทางสังคม อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะ กำหนดเป้าหมายเฉพาะให้ มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร และ ให้ทุกชุมชน มีระบบ สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข โดยมียุทธศาสตร์ ส่งเสริมและ สนับสนุนการดูแลระยะยาวในระดับท้องถิ่น

ในปี พ.ศ. 2562 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกประกาศคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหาร จัดการระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ในส่วนของการสนับสนุนค่าบริการ สาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกสิทธิ ทุกกลุ่มวัย และสอดคล้องกับสิทธิของ ผู้สูงอายุในการได้รับความคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนด้านบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลให้ กลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข มีจำนวนเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม กระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นยุทธศาสตร์สำคัญ ของประเทศ ซึ่งมีหลายหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดกลไกและการขับเคลื่อนในระดับชาติ แต่พบว่า แทบทุกกลไกต่างมีเป้าหมายคือการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลระยะยาว โดยมีกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนสุขภาพตำบล) ของแต่ละพื้นที่เป็นกลไกที่สำคัญของการขับเคลื่อนการดูแล ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ซึ่งการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภายใต้กองทุนสุขภาพตำบล จะสามารถบรรลุตามตัวชี้วัดหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร และทุกชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องมีการพัฒนาบุคลากรและหน่วยงานผู้เกี่ยวข้อง ให้มีศักยภาพ และทำงานกันอย่างประสาน สอดคล้องกัน เพื่อความสำเร็จและความยั่งยืนของการดำเนินการพัฒนากองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงทุกคน ได้รับการที่มีคุณภาพ ครอบคลุมตามสิทธิ ประโยชน์

### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวทางการพัฒนากองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(Long Term Care : LTC) ประกอบด้วย 2 กระบวนการหลักที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน คือ การบริหารจัดการ กองทุนระบบการดูแลระยะยาว และ การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

1. การบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เป็นกระบวนการที่สำคัญในการจัดสรร งบประมาณของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวตามชุดสิทธิประโยชน์ของการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มี ภาวะพึ่งพิงแต่ละรายพึงจะได้รับ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญของการขับเคลื่อนการบริหารจัดการ กองทุนระบบการดูแลเพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้ต้องประกอบด้วย 3 ส่วน คือ (1) กองทุนสุขภาพตำบล เป็น กองทุนหลักที่เชื่อมโยงงบประมาณจากกองทุนย่อยหรือกองทุนระบบการดูแลระยะยาว กับ สำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ (2) กองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง จะทำหน้าที่เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นการให้บริการ ณ คริวเรือน หรือ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ ที่ให้บริการดูแลระยะยาว (3) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นหน่วยบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่รองรับงบประมาณจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาว เพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

2. การจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในชุมชน เป็นกระบวนการพัฒนาที่อาศัยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ได้รับผลกระทบจากนโยบาย ด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ (1) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (2) การสร้างองค์ความรู้ในการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชน และ (3) การบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายในพื้นที่ ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ที่ประกอบด้วย ประชาชนและสังคม วิชาชีพและวิชาการ การเมืองและราชการ โดยกระบวนการนโยบายสาธารณะ ที่ประกอบด้วย กลยุทธ์ 3 ประการ คือ (1) เป็นกระบวนการทางปัญญา คือ มีการใช้หลักฐานข้อเท็จจริงที่ผ่านการศึกษาวิเคราะห์สังเคราะห์อย่างดีจนเป็นความรู้ที่เรียกว่า เป็นการสร้างนโยบายบนฐานของความรู้ (2) เป็นกระบวนการทางสังคม เนื่องจากนโยบายสาธารณะกระทบสังคมทั้งหมดอย่างรุนแรง ดังนั้น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ สังคม ควรได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมเรียนรู้ ร่วมกำหนดนโยบาย โดยทำเป็นกระบวนการที่เปิดเผย โปร่งใส ทุกฝ่ายเข้าร่วมได้ และ (3) เป็นกระบวนการทางศีลธรรม นโยบายสาธารณะที่ดีต้องเป็นไป เพื่อความถูกต้องดีงาม และเพื่อประโยชน์สุขของคนทั้งสังคม ไม่แฝงเร้นเพื่อประโยชน์เฉพาะตนหรือเฉพาะกลุ่ม

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับการคัดกรอง และมี ระบบ ส่งเสริม ป้องกัน พิ้นฟูและการดูแลระยะยาวในชุมชน ตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี
- 2) ทุกพื้นที่ มีระบบ การเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร
- 3) ทุกชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุขเช่น มี respite care / nursing home

#### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ร้อยละ 100 ของผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสาธารณสุข ได้รับการตรวจคัดกรอง และจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (care plan)
2. ร้อยละ 100 ของผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสาธารณสุข ได้รับการบริการดูแลระยะยาวตามทำแผนการดูแลเฉพาะราย (care plan)
3. ร้อยละ 40 ของผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสาธารณสุข ที่ได้รับการบริการดูแลระยะยาวตามทำแผนการดูแลเฉพาะราย (care plan) มีคะแนนการประเมินความสามารถในการดำรงชีวิต ADL ดีขึ้นเมื่อดูแลครบ 9 เดือน

4. ร้อยละ 100 กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) มีการเบิกจ่ายงบประมาณ และมีเงินคงเหลือไม่เกินร้อยละ 10 ของปีงบประมาณ

5. ร้อยละ 100 กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) ผ่านการประเมินระดับ A หรือ A+

(ลงชื่อ) ..... *O.OC* .....

(.....นายอนันต์ คำอ่อน.....)

(ตำแหน่ง) .....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ.....

(วันที่) ..... *๒๑* / *ก.พ.* / *๖๕* .....

ผู้ขอประเมิน

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

ของ

นางสาวกนกอร ตางจรรยา  
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)  
ตำแหน่งเลขที่ ๒๓๑๑๗  
กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ กลุ่มการพยาบาล  
โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรง  
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด)  
ตำแหน่งเลขที่ ๖๐๓๔๔  
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล  
โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ท่อน้ำดี (bile duct) เป็นอวัยวะที่นำน้ำดีจากตับมายังลำไส้เล็กโดยมีถุงน้ำดี(gall bladder) ซึ่งวางตัวอยู่ทางพื้นผิวด้านหน้าของตับ เป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่เก็บสะสมน้ำดีไว้ถุงน้ำดี จะมีทางติดต่อกับตับและลำไส้เล็กตอนต้น ระบบท่อน้ำดี(biliary tract) ประกอบด้วยท่อน้ำดี(cystic duct) ซึ่งเป็นท่อที่ต่อออกมาโดยตรงจากถุงน้ำดีโดยจะไปเชื่อมต่อกับท่อน้ำดีใหญ่ในตับ (common hepatic duct) เพื่อรวมเป็นท่อน้ำดีใหญ่ (common bile duct) ( ภาพที่ ๑) ซึ่งท่อน้ำดีใหญ่นี้จะไปเชื่อมรวมกับท่อน้ำดีอ่อน (pancreatic duct) แล้วเปิดออกสู่รูเปิดขนาดใหญ่ในลำไส้เล็กตอนต้นซึ่งเรียกว่า major duodenal ampulla (ภาพที่ ๒)

### หน้าที่ของท่อน้ำดี

เมื่อตับสร้างน้ำดีมาเก็บไว้ที่ถุงน้ำดีจะมีท่อน้ำดีซึ่งเป็นอวัยวะที่มีหน้าที่นำน้ำดีจากตับมายังลำไส้เล็ก โดยเมื่อเรารับประทานอาหารผ่านปากลงมาในกระเพาะอาหารและต่อเนืองมาที่ลำไส้เล็ก ซึ่งลำไส้เล็กจะสร้างฮอร์โมนไปกระตุ้นให้ถุงน้ำดีบีบตัว น้ำดีจะไหลผ่านท่อน้ำดีเข้ามาที่ลำไส้เล็กส่วนต้น เพื่อแตกย่อยไขมันให้เป็นโมเลกุลเล็กๆ เพื่อให้สามารถซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้

ถุงน้ำดี เป็นอวัยวะที่อยู่ใต้ตับกลีบขวา มีรูปลักษณ์ลูกแพร์ตั้งอยู่ใน Gall bladder fossa ที่พื้นที่ล่าง ของตับ และมี Connective tissue ยึดให้อยู่กับที่ มีขนาดยาวประมาณ ๓-๔ นิ้ว กว้าง ๑ นิ้ว มีความจุ ๓๖ ซีซี ถุงน้ำดีประกอบด้วย ๓ ส่วนคือ Fundus body และ Neck ซึ่งติดต่อเข้าไปถึง Cystic duct ผนังของถุงน้ำดีมี ๓ ชั้น คือ ชั้นในเป็น Mucous membranes ชั้นกลางเป็น Muscular tissue และ Fibrous tissue ชั้นนอกเป็น Serosus membrane จาก Peritoneum

หน้าที่สำคัญ คือเก็บสะสมน้ำดีซึ่งสร้างจากตับ น้ำดีจะไหลมาตามท่อน้ำดี ซึ่งจะมาเชื่อมกับท่อน้ำดีร่วม และต่อกับลำไส้ส่วนต้นตรง Ampulla of Vater หูรูด Sphincter of Vater ซึ่งอยู่ รอบ ๆ Ampulla of Vater ซึ่งควบคุมโดยฮอร์โมน เมื่อมีอาหารตกลงมาถึงลำไส้เล็กส่วนต้นก็จะมีสารหลั่ง ของ Cholecystokinin ทำให้มีการหดตัวของถุงน้ำดีและท่อน้ำดี และในขณะเดียวกันก็มีการหดตัวของ Sphincter of Oddi

ตับอ่อน เป็นอวัยวะที่อยู่ติดกับกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น มีหน้าที่หลายอย่างคือ ทำหน้าที่เป็นต่อมไร้ท่อโดยที่ Islets of Langerhans ผลิตและหลั่งกลูคากอน (Glucagon) อินซูลิน (Insulin) เปปไทด์ (Peptide) และฮอร์โมนบางตัว ตับอ่อนทำหน้าที่เป็น Exocrine pancreatic glandular cell สร้างและหลั่งไลเปส (Lipase) อไมเลส (Amylase) ทริปซิน (Trypsin) และไคโมทริปซิน (Chymotrypsin) ผ่านทางท่อน้ำดีอ่อนมายังทางเดินอาหาร และตับอ่อนยังทำหน้าที่เป็นตัวกลาง (Neutralization) Pancreatic glandular cell จะเป็นตัวสร้าง Bicarbonate และน้ำออกมที่ท่อน้ำดีอ่อน เพื่อมาทำให้กรดในกระเพาะเป็นกลางพร้อมที่จะย่อยอาหาร

### ความหมายของโรค

โรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ก้อนเนื้อร้ายที่เกิดขึ้นบริเวณท่อน้ำดีนอกตับ รวมทั้งบริเวณขั้วตับจนถึงส่วนปลายล่างของท่อน้ำดีใหญ่ โดยมะเร็งท่อน้ำดีสามารถแบ่งตามตำแหน่งของเนื้องอกได้เป็นมะเร็งท่อน้ำดีในตับและมะเร็งท่อน้ำดีนอกตับ มะเร็งท่อน้ำดีนอกตับยังจำแนกได้เป็นมะเร็งท่อน้ำดีส่วนบน ( มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณขั้วตับ ) มะเร็งท่อน้ำดีส่วนกลางและมะเร็งท่อน้ำดีส่วนปลาย แต่มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณขั้วตับจะพบได้บ่อยที่สุด

### อุบัติการณ์

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคมะเร็งที่พบได้ค่อนข้างน้อย ทุกปีจะมีการเกิดโรครายใหม่ของมะเร็งท่อน้ำดีประมาณ ๒๐๐๐ - ๓๐๐๐ ราย และทุกๆ หนึ่งแสนคนจะมีประมาณ ๐.๐๑% - ๐.๔๖% คน เป็นมะเร็งท่อน้ำดี แต่อัตราการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ค่อนข้างสูง ซึ่งอัตราการเกิดโรคมะเร็ง

ท่อน้ำดีจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยเพศชายจะมีอัตราการเกิดโรคสูงกว่าเพศหญิง ขณะเดียวกันช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาพบว่า อัตราการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีแนวโน้มสูงขึ้น

#### สาเหตุของโรค/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค

สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในปัจจุบันยังไม่แน่ชัด แต่โรคทางเดินน้ำดีอักเสบเรื้อรัง ท่อน้ำดีหรือถุงน้ำดีเป็นนิ่ว โรคพยาธิใบไม้ตับและการผิดปกติรูปร่างของท่อน้ำดี เป็นต้น อาจมีบทบาทสำคัญในการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

๑. อาการท่อน้ำดีอักเสบเรื้อรัง : อาการอักเสบเรื้อรังเป็นเวลานานเป็นพื้นฐานการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพราะโรคที่มีการตรวจพบและมีความเกี่ยวข้องกับมะเร็งท่อน้ำดีจะทำให้เกิดอาการท่อน้ำดีอักเสบเรื้อรัง

๒. ท่อน้ำดีเป็นนิ่วหรือถุงน้ำดีเป็นนิ่ว : ๒๐% - ๕๗% ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจะเป็นนิ่วในท่อน้ำดีหรือในถุงน้ำดี ดังนั้นจึงเห็นว่าการกระตุ้นเรื้อรังของนิ่วอาจเป็นปัจจัยทำให้เกิดโรคมะเร็ง

๓. ท่อน้ำดีผิดปกติรูปร่าง (อาการท่อน้ำดีขยายมาตั้งแต่เกิด) : การมีcyst ในท่อน้ำดีมาตั้งแต่เกิดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งได้ง่าย เมื่อการไหลเวียนของท่อน้ำดีอุดตันและท่อน้ำดีผิดปกติ ของเหลวจากตับอ่อนจะไหลย้อนเข้าไปในท่อน้ำดี ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบริเวณเยื่อหุ้มท่อน้ำดี เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็ง

๔. โรคพยาธิใบไม้ตับ ( Chinese liver fluke ) : พื้นที่บริเวณเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากการกินปลาดิบจะทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและเกิดการติดเชื้อที่ทางเดินน้ำดี ภาวะคั่งของน้ำดี เกิดพังผืดรอบท่อน้ำดีและท่อน้ำดีงอกขยายขึ้น เป็นต้น จึงเป็นหนึ่งในสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

#### อาการและอาการแสดงของโรค

๑. ตัวเหลือง ตาเหลือง ( ตีชาน ) : เนื่องจากท่อน้ำดีถูกก้อนมะเร็งอุดตัน จึงทำให้มีอาการตีชาน ลักษณะอาการตีชานจะเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่ไม่มีอาการปวด อีกทั้งระดับของอาการตีชานจะมีความเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่มีการอุดตัน

๒. ปวดบริเวณท้อง : หลังจากรับประทานอาหารแล้วจะรู้สึกไม่สบายบริเวณท้องด้านบนเล็กน้อยหรือปวดเสียดใต้ลิ้นปี่ หรือปวดบริเวณหลัง หรือปวดคั่นบริเวณท้องด้านขวาบน ซึ่งเป็นอาการของเส้นประสาทถูกก้อนมะเร็งลุกลาม

๓. ตัวร้อน : ก้อนมะเร็งอุดตันถึงท่อน้ำดี ทำให้ภายในท่อน้ำดีเกิดอาการอักเสบ ทำให้มีอาการตัวร้อน แต่อัตราการเกิดค่อนข้างต่ำ

๔. คันบริเวณผิวหนัง : อาการคันที่ผิวหนังจะเกิดขึ้นก่อนหรือหลังการเป็นตีชาน เพราะบิลิรูบิน ( bilirubin ) ที่อยู่ในเลือดมีปริมาณเพิ่มขึ้น จึงกระตุ้นให้ปลายประสาทผิวหนังเกิดอาการนี้ขึ้น

๕. อาการอื่น ๆ : จะมีอาการร่วม เช่น ไม่อยากอาหาร เบื่ออาหารมัน ๆ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น หรืออาการที่ไม่ผิดปกติจากก้อนมะเร็ง โดยจำนวนน้อยที่จะมีอาการความดันของหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูงเนื่องจากก้อนมะเร็งลุกลามไปถึงหลอดเลือดดำพอร์ทัล

#### การวินิจฉัยโรค

##### วิธีการตรวจวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี

๑. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ตรวจความผิดปกติของสมรรถนะการทำงานของตับที่ทำให้เกิดตีชานเป็นหลัก เช่น การเพิ่มสูงขึ้นของบิลิรูบินและเอนไซม์ในเซลล์เยื่อหุ้มท่อน้ำดีของตับ ( alkaline phosphatase ) เป็นต้น

๒. การตรวจอัลตราซาวด์ : การตรวจอัลตราซาวด์อย่างละเอียดซ้ำหลายครั้งจะสามารถแสดงให้เห็นท่อน้ำดีที่ขยาย ตำแหน่งอุดตัน แม้กระทั่งแสดงให้เห็นก้อนมะเร็ง

๓. การตรวจ MRCP : MRCP สามารถแสดงให้เห็นระบบทางเดินน้ำดีในตับได้อย่างละเอียด รวมทั้งตำแหน่งและขอบเขตที่ก้อนมะเร็งอุดตัน มีการลุกลามหรือแพร่กระจายไปที่เนื้อตับหรือไม่ เป็นต้น มีส่วนช่วยในการแยกแยะก้อนเนื้ออกคล้ายหิวมนบริเวณลำไส้เล็กส่วนต้นดูโอติ้นัมกับมะเร็งหัวตับอ่อน

๔. การตรวจ CT : การตรวจ CT สามารถแสดงให้เห็นการขยายของท่อน้ำดี ตำแหน่งและขอบเขตที่ทางเดินน้ำดีถูกอุดตันอย่างค่อนข้างชัดเจน อีกทั้งยังสามารถแสดงลักษณะการเปลี่ยนแปลงของเซลล์อย่างแม่นยำ

๕. การตรวจ ERCP : การตรวจ ERCP จะสามารถเข้าใจสภาพทั้งหมดของทางเดินน้ำดี ทั้งยังสามารถเก็บน้ำดีและเซลล์ที่มะเร็งท่อน้ำดีปล่อยออกมาได้โดยตรง

๖. การตรวจ PTC : การตรวจ PTC สามารถแสดงให้เห็นรูปร่างระบบทางเดินน้ำดีทั้งภายในและภายนอกตับ การกระจายและตำแหน่งที่อุดตันได้อย่างละเอียด จึงเป็นวิธีตรวจวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีที่ค่อนข้างแม่นยำ

๗. การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ

ระยะของมะเร็ง

๑. ชั้น ๑ เอ (Stage ๑A) มะเร็งอยู่เฉพาะบริเวณท่อน้ำดี

๒. ชั้น ๑ บี (Stage ๑B) มะเร็งลุกลามออกจากท่อน้ำดี แต่ไม่มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะใกล้เคียง

๓. ชั้น ๒ เอ (Stage ๒A) มะเร็งลุกลามไปที่ตับ ตับอ่อน หรือถุงน้ำดี หรือหลอดเลือดใกล้เคียง แต่ไม่มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง

๔. ชั้น ๒ บี (Stage ๒B) มะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

๕. ชั้น ๓ (Stage ๓) มะเร็งลุกลามไปที่หลอดเลือดหลักที่นำเลือดเข้าและออกจากตับหรือลุกลามไปที่ลำไส้เล็กหรือลำไส้ใหญ่ กระเพาะอาหาร หรือผนังช่องท้อง และแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองในช่องท้อง

๖. ชั้น ๔ (Stage ๔) มะเร็งลุกลามไปที่อวัยวะห่างไกล เช่น ปอด เป็นต้น

## การรักษาโรค

การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีแพทย์จะพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆ เช่น ขนาด ตำแหน่ง และลักษณะของเซลล์มะเร็ง ระยะโรคและการกระจายของมะเร็ง สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการรักษาที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยการรักษา มะเร็งท่อน้ำดีมีวิธีการรักษา ดังนี้

๑. การผ่าตัด

๑.๑ การผ่าตัดมักใช้ในกรณีที่มีมะเร็งไม่ลุกลามไปนอกท่อน้ำดี ซึ่งอาจทำได้ยาก ระหว่างการผ่าตัดท่อน้ำดีในส่วนที่เป็นมะเร็งจะถูกตัดออกและเชื่อมต่อส่วนที่เหลือระหว่างตับและลำไส้เล็กเพื่อให้น้ำดีกลับมาไหลอีกครั้ง

๑.๒ ถ้ามะเร็งลุกลามไปเนื้อเยื่อรอบ ๆ อาจจำเป็นต้องตัดบางส่วนของตับ กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น ตับอ่อน และเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงออก

๑.๓ การผ่าตัดเพื่อสร้างทางเดินน้ำดีใหม่ ใช้ในกรณีถ้าก้อนมะเร็งอุดกั้นท่อน้ำดีและเกิดภาวะตัวตาเหลือง แต่ไม่สามารถตัดก้อนออกได้ การผ่าตัดใช้ถุงน้ำดี เรียกว่า Cholecysto – Jejunostomy หรือ Cholecystoduodenostomy ถ้าใช้ท่อน้ำดี เรียกว่า Hepatico – Jejunostomy

๑.๔ การผ่าตัดที่เรียกว่า Gastrojejunostomy ถ้ามีการอุดตันของลำไส้เล็กส่วนต้น เป็นการผ่าตัดเพื่อเชื่อมต่อระหว่างกระเพาะอาหารกับลำไส้เล็กส่วนกลาง ซึ่งช่วยลดอาการอาเจียน ซึ่งเกิดจากมะเร็งอุดตันลำไส้เล็กส่วนต้น

## ๒. การรักษาแบบไม่ผ่าตัด

วิธีการรักษาที่ช่วยลดอาการตัวตาเหลืองโดยไม่ต้องรับการผ่าตัด แต่เป็นการรักษาป้องกันการอุดตันของท่อน้ำดีเท่านั้น ไม่ได้เป็นการรักษาเพื่อเอามะเร็งออกไป มี ๒ วิธี ได้แก่

๒.๑ ERCP เป็นวิธีการส่องกล้องทางเดินอาหารแล้วใส่ขดลวดที่ยาวประมาณ ๕ - ๑๐ เซนติเมตร หรือ ๒ - ๔ นิ้ว เข้าไปในท่อน้ำดีที่อุดตัน

๒.๒ PTBD เป็นการรักษาผ่านผิวหนัง โดยใส่ท่อระบายเล็ก ๆ ผ่านเข้าไปในตับ และทำการระบายน้ำดีออกเป็นการชั่วคราว บางครั้งอาจมีการใส่ขดลวด (Stent) เพื่อแก้ไขภาวะอุดตัน

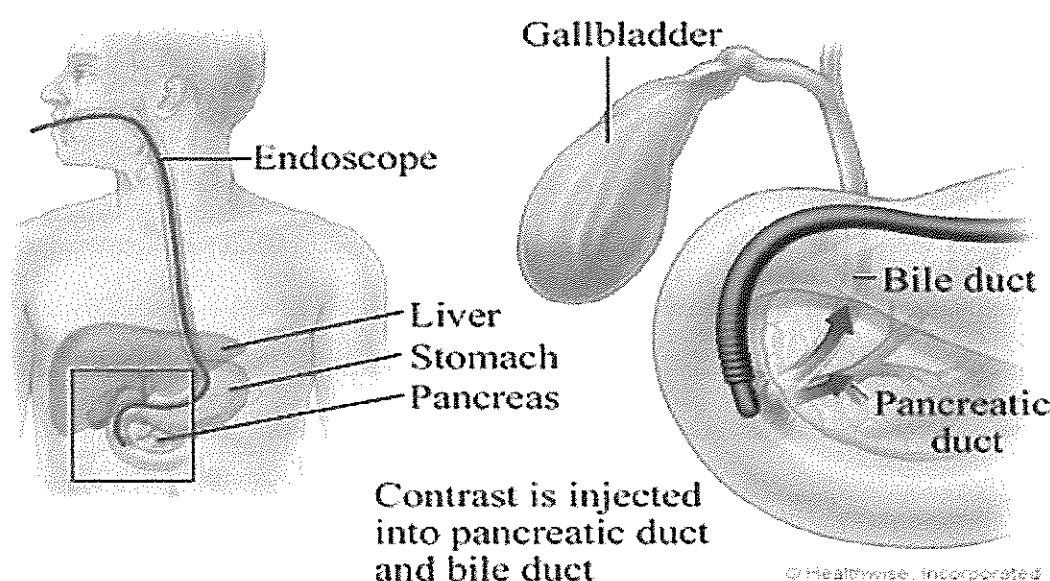
## ๓. การฉายรังสีรักษา

มีการใช้การฉายรังสีรักษาเป็นบางครั้ง อาจใช้รังสีจากเครื่องกำเนิดรังสีจากภายนอก หรือการฝังอุปกรณ์กำเนิดรังสีในร่างกายใกล้กับก้อนมะเร็ง

๔. เคมีบำบัด ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดเอามะเร็งออกได้หมด หรือใช้ในการรักษาหลังผ่าตัดเพื่อเพิ่มโอกาสการหายขาด

การส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน

(Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: ERCP)



ภาพที่ ๓ ภาพแสดงการส่องกล้องตรวจทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

ที่มา: [https://www.rama.mahidol.ac.th/giendoscopy\\_center/th/erpc](https://www.rama.mahidol.ac.th/giendoscopy_center/th/erpc)

(สืบค้นวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๕)

การตรวจรักษาด้วยการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (endoscopic retrograde cholangiopancreatography: ERCP) เป็นหัตถการที่แพทย์ใช้กล้องส่องตรวจลำไส้เล็กส่วนต้นเป็นวิธีการที่ใช้ในการตรวจประเมินวินิจฉัยและวางแผนแนวทางในการรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบท่อน้ำดีและตับอ่อน เช่น การอุดตันในท่อน้ำดีจากก้อนนิ่ว เนื้องอกหรือพังผืด การตีบคิบบของท่อน้ำดีจากสาเหตุอื่น ๆ การอุดตันของท่อน้ำดีจากก้อนนิ่ว เนื้องอก โดยเฉพาะในกรณีตีบอ่อนอักเสบ เนื่องจากนิ่วในท่อน้ำดีอุดตันที่บริเวณรูเปิดร่วมของท่อน้ำดีและท่อน้ำดีตับอ่อน ซึ่งปัจจุบันสามารถทำการผ่าตัดรักษาโดยผ่านกล้อง เช่น การผ่าตัดเปิดปากท่อน้ำดีคล้อยนิ่วออกจากท่อน้ำดีและตับอ่อน การสลายนิ่ว การขบนิ่ว การใส่ท่อระบายน้ำดีหรือตับอ่อนในกรณีที่มีการอุดตันจากการตีบแคบ จากมะเร็ง เป็นต้น วิธีการตรวจเป็นวิธีที่ใช้การส่องกล้องและเอกซเรย์ประกอบกัน โดยแพทย์จะส่องกล้องติดหลอดไฟขนาดเล็กจากปากผ่านกระเพาะอาหารลงไปสู่ลำไส้เล็ก เพื่อหารูเปิดท่อน้ำดีและ ฉีดสารทึบรังสี(contrast media) เข้าไปในท่อน้ำดีพร้อมกับเอกซเรย์ดูความผิดปกติของท่อน้ำดีและ ท่อน้ำดีตับอ่อน หากตรวจพบก้อนนิ่วแพทย์จะต้องตัดรูเปิดท่อน้ำดีให้กว้างเพื่อให้สามารถนำก้อนนิ่วที่อุดตันอยู่ให้หลุดออกมาโดยใช้ลวดผ่านกระแสไฟฟ้า หรือหากพบมีการตีบตันก็จะสอดท่อเพื่อระบายน้ำดีให้ไหลลงสู่ลำไส้ ในกรณีมีนิ่วทั้งในถุงน้ำดีและในท่อน้ำดี

#### ข้อบ่งชี้

##### ๑. เพื่อรักษาในโรคทางเดินน้ำดี ได้แก่

- เพื่อดึงนิ่วออกจากทางเดินน้ำดี (stone removal)
- เพื่อวางท่อระบายน้ำดีลงสู่ลำไส้เล็ก(Endoprosthesis) หรือระบายออกภายนอก

##### (Endoscopic Nasobiliary drainage)

- เพื่อวางท่อระบายเหนื่อรอยต่อส่วนที่รั่ว (bile leakage)
- เพื่อตัด/เปิด หรือขยายหูดครณตีบตัน (Papillary Stenosis)

##### ๒. เพื่อการรักษาในโรคตับอ่อน (Pancreatic Disease) ได้แก่

- เพื่อดึงนิ่วออกจากท่อน้ำดี
- เพื่อวางท่อระบายเหนื่อรอยต่อส่วนที่รั่ว (Pancreatic Fistula)
- เพื่อวางท่อระบาย Pancreatic Fistula ในกรณีที่มีการอุดตัน

#### ประโยชน์ที่ได้รับ

ERCP มีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัย และรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบท่อน้ำดีและตับอ่อน เช่น ถ้ามีการอุดตันในท่อน้ำดีจากก้อนนิ่ว เนื้องอก พังผืด หรือเกิดการตีบแคบของท่อน้ำดีเนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ หรือมีการอุดตันของท่อน้ำดีจากนิ่ว เนื้องอก โดยเฉพาะในกรณีที่มีตีบอ่อนอักเสบเนื่องจากนิ่วในท่อน้ำดีอุดตันที่บริเวณรูเปิดร่วมของท่อน้ำดีและท่อน้ำดีตับอ่อน

#### ความเสี่ยง และผลข้างเคียง

##### ๑. ความเสี่ยงทั่วไป

- เจ็บคอ สาเหตุจากการเสียดสีของกล้อง
- คอชา เกิดจากยาชาเฉพาะที่
- ท้องอืด อาการนี้เกิดขึ้นได้บ่อยเนื่องจากแพทย์ต้องเป่าลมเข้ากระเพาะอาหารและลำไส้ขณะทำการส่องกล้อง แต่อาการนี้เกิดขึ้นชั่วคราวอาการจะดีขึ้น เมื่อร่างกายขับลมออกมา

##### ๒. ความเสี่ยงเฉพาะ

- ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน หลังส่องกล้อง ๒๔ ชั่วโมง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และมีเอ็นไซม์ของตับอ่อนสูง โอกาสเกิดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ประมาณ ๓-๕ % ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือผู้ป่วยหญิง และผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

- ลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ โอกาสเกิดความเสี่ยง ๑% ภาวะเลือดออกในลำไส้เล็กส่วนต้น เนื่องจากมีการตัดทางเปิดของท่อน้ำดี

- ภาวะเลือดออกอาจเกิดขึ้นทันที หรือเกิดขึ้นหลัง ๒๔ ชั่วโมงหลังส่องกล้อง ผู้ป่วยที่รับประทานยาในกลุ่มละลายลิ่มเลือดจะเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในลำไส้เล็กส่วนต้น โอกาสเกิดภาวะเลือดออกในลำไส้เล็กส่วนต้นประมาณ ๒.๕ -๕%

- ติดเชื้อหลังส่องกล้อง ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดท้อง มีไข้ ส่วนใหญ่จะเกิดในผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อุดตันของท่อน้ำดี และความระบายน้ำดีเท่าที่ควร และสามารถเกิดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ๕ -๑๐% โดยปกติจะมีการให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อก่อนทำการส่องกล้อง ซึ่งสามารถลดภาวะการติดเชื้อได้อย่างมาก

### การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการตรวจส่องกล้อง ERCP

#### การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย

๑. ให้ผู้ป่วยได้ปรึกษากับแพทย์เรื่องโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคหอบหืดเป็นต้น เพื่อแพทย์จะได้วางแผนการรักษาผู้ป่วย

๒. ชักประวัติการแพ้ยาเฉพาะที่ หรือการแพ้อาหารทะเล แพ้ Contrast media ต้องแจ้งให้แพทย์เรื่องประวัติการแพ้ยา อาหารทะเล หรือสารทึบแสงรังสี

๓. กรณีผู้ป่วยที่มียาที่ใช้โรคประจำตัวเฉพาะกลุ่มยาละลายลิ่มเลือดต้องปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ผู้ส่งยาเพื่อพิจารณาใช้หรือหยุดยาก่อนทำการตรวจรักษา เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกง่าย

๔. งดน้ำ และอาหารก่อนเวลาตรวจ อย่างน้อย ๖ -๘ ชั่วโมง (กรณีต้องทำตอนบ่ายให้รับประทานอาหารเหลว เวลา ๖.๐๐ น และจึงงดอาหารและน้ำ)

๕. ในกรณีที่ผู้ป่วยสวมฟันปลอมชนิดทั้งชุดหรือชนิดแน่นบางส่วนให้ถอนออกทุกครั้ง ก่อนทำการส่องกล้อง หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีฟันโยก กรุณาแจ้งแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาถอนฟันก่อนการส่องกล้องเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการหลุดของฟัน

๖. อธิบายวิธีการให้ผู้ป่วยทราบ และให้เซ็นใบยินยอมในการตรวจควรมีญาติสายตรงมาด้วยทุกครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถเซ็นใบยินยอม ไม่สามารถรับคำแนะนำจากแพทย์ หรือแพทย์ต้องการสอบถามอาการของผู้ป่วยจากญาติผู้ป่วยโดยตรง

๗. ตรวจความพร้อมของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC , BS , BUN, Cr, Electrolyte , LFT , PT PTT , Anti HIV, UA , CXR , EKG (กรณีผู้ป่วยอายุ >๔๕ ปี หรือมีประวัติโรคหัวใจมาก่อน)

๘. เตรียมยาสำหรับตรวจได้แก่ Dormicum ๑ amp ( ๕mg ), Pethedine ๑ amp ( ๕๐mg ), Buscopan ๓ amp , Sterile water ขนาด ๑๐๐ ml ๑ ขวด , ๐๒ cannular ๑ เส้น, Receptal vacgard ๑ ใบ Sticker ชื่อ, สกุลผู้ป่วย ๕ แผ่น, Antibiotic

๙. ทำความสะอาดปากฟัน และบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก ถอดฟันปลอมและเครื่องประดับทุกชนิด เพื่อป้องกันการเป็นสื่อไฟฟ้า

๑๐. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาที่บริเวณแขนข้างขวาต่อ ๓ way / extension และให้ยา Antibiotic ตามแผนการรักษา ๑ ชั่วโมงก่อนส่งตรวจ

### ๑๑. ส่งผู้ป่วยไปห้องตรวจพร้อมเวชระเบียนและฟิล์มเอกซเรย์

#### การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ

เนื่องจากการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน เป็นการตรวจโดยใช้เทคโนโลยีแผนใหม่ อาจทำให้ผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวมีความวิตกกังวล การให้กำลังใจและการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนของการตรวจอย่างคร่าว ๆ และบทบาทที่มึนสุภาพในการดูแลอย่างใกล้ชิด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ มั่นใจในการดูแลรักษามากขึ้นลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวลง การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างการตรวจส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน มีดังนี้

๑. การจัดท่านอนเพื่อเตรียมตรวจ โดยผู้ป่วยจะถูกจัดให้ท่านอนท่าตะแคงซ้ายขณะทำการตรวจ

๒. คำแนะนำอื่น ๆ เกี่ยวกับการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน เช่น

- พยาบาลจะพ่นยาชาบริเวณลำคอ ซึ่งจะช่วยให้ลำคอหมดความรู้สึกเจ็บชั่วคราว ประมาณ ๑ ชั่วโมง โดยผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกแสบ ๆ ในลำคอในช่วงแรกของการพ่นยา

- แพทย์จะเริ่มทำการตรวจโดยสอดกล้องผ่านทางปากและให้ผู้ป่วยคาบอุปกรณ์ ป้องกัน ฟันบน-ล่าง ไว้กันการกระแทกหรือกัดโดนกล้องขณะทำการตรวจ โดยจะแนะนำให้ผู้ป่วยช่วยกลืน ซึ่งจะทำให้การใส่กล้องง่ายขึ้น

- หากมีน้ำลายแนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยไหลออกมาห้ามกลืนเพราะอาจทำให้สำลักได้ โดยพยาบาลจะทำการดูดน้ำลายให้เป็นระยะ ๆ

- ขณะตรวจผู้ป่วยควรหายใจช้า ๆ สูดลมหายใจเข้า-ออกลึก ๆ ยาว ๆ ปล่อยตัวตามสบายไม่เกร็ง เบี่ยงเบนความสนใจโดยมองภาพการตรวจบนจอภาพ

- การส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อนจะทำในห้องผ่าตัดและใช้เวลาโดยประมาณ ๓๐- ๔๐ นาที

ในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล พยาบาลอาจแนะนำ การใช้เทคนิคผ่อนคลายเช่น deep breathing เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลหรือตื่นเต้นลง หากมีความวิตกกังวลสูง ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณา การจัดการที่เหมาะสมต่อไป เช่น การให้ยาคลายประสาท เป็นต้น หรืออื่น ๆ ตามความเหมาะสม ภายหลังการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน พยาบาลในหอผู้ป่วยจะมีการประสานงานกับพยาบาลหน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร เพื่อการส่งผู้ป่วยไปยังห้องตรวจตามขั้นตอนการรับ-ส่งผู้ป่วยต่อไป

#### การปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจส่องกล้อง ERCP

##### ระยะที่ ๑ ก่อนทำการหัตถการ

เยี่ยมผู้ป่วย โดยพยาบาลจะเข้าไปพูดคุยและซักถามโดยตรง ประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนเข้าทำการหัตถการส่องกล้อง ตรวจสอบความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ที่มาถึงผู้ป่วย

การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในหัตถการส่องกล้อง ได้แก่ เครื่องกำเนิดแสง(Light source) โดยตรวจสอบความพร้อมของหลอดไฟ ปุ่มน้ำ ปุ่มลม และปุ่มดูดสารคัดหลั่ง อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจรักษา (Accessories) เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบในการตรวจและทำการหัตถการตามความเหมาะสมในการเลือกใช้แตกต่างกัน เช่น สายสำหรับตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ(Biopsy) เครื่องจี้ไฟฟ้า ( Electrosurgical unit) ต้องตรวจสอบการทำงานสายต่อจี้และแผ่นสื่อไฟฟ้าให้พร้อมใช้งาน และเครื่องเผาระวังความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ได้แก่ เครื่องวัดคามดันโลหิต เครื่องติดตามงานทำงานของสัญญาณชีพ เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง

## ระยะที่ ๒ ขณะทำหัตถการ

๑. วัดสัญญาณชีพ ความอึดตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง ทุก ๑๕ นาที หรือทุก ๕ นาที
๒. อธิบายอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ต้องกระทำหรือเข้าไปในร่างการของผู้ป่วยพร้อมเหตุผล เพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัว
๓. พ่นยาชาเฉพาะที่ชนิด ๒% Xylocain viscouse และให้ผู้ป่วยอมไว้บริเวณโคนลิ้นนาน ๕ นาที จำนวน ๒ ครั้ง โดยใช้ยาชาประมาณ ๒๐ ml. และพ่นยาชาเฉพาะที่ชนิด ๑๐% Xylocain spray ที่ทอนซิลทั้ง ๒ ข้างอีก ๑ ครั้ง แต่แต่ละครั้งให้ผู้ป่วยอมยาชาไว้นาน ๕ นาที
๔. จัดท่าโดยให้นอนตะแคงซ้ายเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการส่องกล้อง
๕. อธิบายให้ผู้ป่วยที่ราบในขณะส่องกล้องตรวจแพทย์จะทำการเป่าลมเพื่อให้ทางเดินอาหารนั้นโป่งดูพยาธิภายในได้ชัดเจน แต่ผู้ป่วยจะรู้สึกแน่นอึดอัดท้องและให้ผู้ป่วยมองเห็นได้จากจอภาพตลอดการได้รับการส่องกล้อง
๖. ใส่อุปกรณ์ป้องกันการกักกล้อง โดยพยาบาลจัดให้อยู่ในระหว่างฟันของผู้ป่วย
๗. ดูแลระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาชาและได้ยาสลบในบางราย เพื่อลดความเจ็บปวดและความรู้สึกในลำคอมีผลทำให้การกลืนพร่องไปชั่วคราว จึงแนะนำไม่ให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลายเพื่อป้องกันการสำลัก ในรายที่ได้ยาสลบวิสัญญีพยาบาลจะช่วย Suction ให้
๘. เบี่ยงเบนความสนใจจากอาการแน่นอึดอัดท้องในกรณีผู้ป่วยไม่มีอาการกลัว โดยให้ดูภาพจากจอภาพแสดงการส่องกล้อง
๙. ให้ผู้ป่วยบ้วนน้ำอุ่นภายหลังได้รับการส่องกล้องกรณีผู้ป่วยรู้สึกตัว

## ระยะที่ ๓ หลังทำหัตถการ

๑. วัดสัญญาณชีพพร้อมสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการเจ็บปวดรุนแรงที่คอ หน้าอก หายใจลำบาก มีอาการเลือดออกหรือคล้ำลมใต้ผิวหนังได้ (subcutaneous crepitates) ให้รีบรายงานแพทย์
๒. สังเกตอาการถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัว ส่งไปห่อผู้ป่วย
๓. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการชาในลำคอ จะหายไป ใน ๑ ชั่วโมง ในระหว่างนี้ให้งดน้ำงดอาหารไว้จนกว่าอาการชาจะหายไปเมื่ออาการชาหายไปให้ทดลองจิบน้ำ ถ้าไม่มีอาการสำลักจึงดื่มน้ำ ควรรับประทานอาหารมื้อแรกเป็นชนิดอ่อนและไม่ร้อนเพราะอาจทำให้รู้สึกระคายเคืองคอ
๔. อธิบายการมารับฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ ซึ่งทำการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโร

## การพยาบาลผู้ป่วยหลังการตรวจส่องกล้อง ERCP ที่หอผู้ป่วย

โดยทั่วไปการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อนมีความปลอดภัยสูง โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมีน้อยกว่า ๐.๑% อย่างไรก็ตามการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดยังเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อประเมินปัญหาแทรกซ้อนและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องเข้าพักในโรงพยาบาลต่อหลังจากทำหัตถการอย่างน้อย ๒๔ ชั่วโมง หรือขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์เพื่อสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดแน่นท้องมาก คลื่นไส้ อาเจียนหรือมีไข้สูงหลังจากทำหัตถการ การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) มีดังนี้

๑. ให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงประมาณ ๖๐ นาที หรือจนกว่าจะตื่นดี จึงสามารถกลับห้องพักได้
๓. หลังจากผู้ป่วยกลับมาที่หอผู้ป่วย ทำการวัดสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง, ๓๐ นาที ๒ ครั้ง และ ๑ ชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่ พร้อมทั้งสังเกตอาการปวดท้อง หรืออาการตกเลือดในทางเดินอาหาร

๔. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า หลังการตรวจคอจะขायู่ประมาณ ๑ ชั่วโมง ตรวจดู Gas reflex ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร เพราะอาจเกิดการสำลักได้ หากมีน้ำลายให้บ้วนทิ้ง

๕. โดยทั่วไปจะมีการงดน้ำ และอาหารหลังทำการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและท่อตับอ่อนอย่างน้อย ๖-๘ ชั่วโมง หรือจนกว่าแพทย์จะแน่ใจว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน หรือภาวะติดเชื้อในท่อน้ำดี โดยจะเริ่มจากให้จิบน้ำ ถ้าไม่มีอาการปวดท้องจะเริ่มให้ทานอาหารต่อไปตามลำดับ ควรหลีกเลี่ยงการดื่ม น้ำ หรืออาหารร้อน ๆ ในช่วง ๒-๓ วันแรกหลังตรวจ

๖. หยุดการให้สารน้ำเมื่อไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ หรือเมื่อผู้ป่วย รับประทานอาหารได้ตามปกติ

๗. ถ้ามีอาการเจ็บคอให้บ้วนปากด้วย Cool saline

๘. สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจ อาการอาจเกิดขึ้นทันทีหลังการตรวจ หรือหลังจากการตรวจหลายชั่วโมง เช่น มีรอยทะลุของ Cervical esophagus perforation โดยจะมีอาการปวดขณะกลืน หรือเคลื่อนไหวคอ หายใจลำบาก ปวดท้อง ไข้ และถ่ายดำ เป็นต้น

๙. แนะนำให้ผู้ป่วยให้สังเกตน้ำลายที่บ้วนออกมา อาจมีเลือดปนบ้างเล็กน้อยแต่ถ้ามีเลือดออกมาผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

๑๐. สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ มีผลต่อระดับความรู้สึกตัว แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยขับรถหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรหรืองานที่ต้องใช้การตัดสินใจอย่างน้อย ๒๔ ชั่วโมง หลังการตรวจและควรมีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด

๑๑. ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์ ตามนัดโดยเฉพาะในรายที่มีการส่งชิ้นเนื้อตรวจ เพื่อฟังผลชิ้นเนื้อ

### ๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์

การทำหัตถการส่องกล้องตรวจระบบท่อน้ำดีและตับอ่อนเป็นหัตถการที่ยาก และมีผลแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจทำให้เกิดการเสียชีวิตได้สูง โดยเฉพาะการทำหัตถการนี้ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีโอกาสเกิดท่อน้ำดีอักเสบหลังการทำหัตถการได้ พยาบาลที่ปฏิบัติงานการทำหัตถการส่องกล้องตรวจระบบท่อน้ำดีและตับอ่อนจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในงานที่ปฏิบัติ รวมทั้งขั้นตอน วิธีการทำงานอย่างถ่องแท้ มีความชำนาญ และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ และทักษะต่างๆ ในการปฏิบัติงานให้เกิดผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

๑ การดูแลก่อนส่องกล้อง หมายถึง การมีความรู้เกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารและมีความสามารถในการซักประวัติและประเมินข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ การให้ความรู้และอธิบายผู้รับบริการและญาติเกี่ยวกับการทำหัตถการและการดูแลความพร้อมของผู้รับบริการก่อนส่องกล้อง มีความรู้ทางกายวิภาคศาสตร์และสรีระวิทยาของระบบทางเดินอาหาร สามารถซักประวัติผู้รับบริการ สามารถประเมินผู้รับบริการ ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ เป็นต้น เนื่องจากการซักประวัติที่ถูกต้องครอบคลุมจะช่วยให้การประเมินความพร้อมของการส่องกล้อง โดยเฉพาะการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การซักประวัติเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ และลักษณะอุจจาระเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากหากพบว่ามีอุจจาระตกค้างในลำไส้ใหญ่จะทำให้การส่องตรวจเป็นไปได้อย่างยากหรือไม่สามารถตรวจลำไส้ใหญ่ได้ครบทั้งหมด อาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยเนื้องอกหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่ไม่สะอาดทำให้แพทย์ใช้เวลาในการส่องตรวจนานขึ้นและอาจเพิ่มความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นการแตกทะลุของลำไส้ใหญ่มีแนวโน้มที่จะต้องส่องกล้องลำไส้ใหญ่ซ้ำมากขึ้น ซึ่งทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น ส่วนการที่พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการให้ความรู้และอธิบายผู้รับบริการและญาติเกี่ยวกับการทำหัตถการมีความจำเป็นเนื่องจากจะทำให้ผู้รับบริการมั่นใจในการบริการโดยให้ความร่วมมือและลดความวิตกกังวลในการทำหัตถการได้

๒. การดูแลขณะส่องกล้อง หมายถึง ความสามารถในการประเมินและดูแลผู้รับบริการ รวมทั้งให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้รับบริการและญาติขณะส่องกล้อง เช่นสามารถประเมินผู้รับบริการเกี่ยวกับสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ระดับความปวด และอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้น สามารถดูแลผู้รับบริการเช่น การใส่ปลอกกันการกัดกล้อง ดูแลการจัดท่า ดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลและสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการในการปฏิบัติตัวขณะส่องกล้อง เป็นต้น โดยทั่วไปแพทย์จะนิยมให้ยาระงับความรู้สึกตัวทางหลอดเลือดดำเพื่อลดความทรมานและอาการปวด และการดมยาสลบสำหรับหัตถการเร่งด่วน หรือหัตถการที่ยังยากซับซ้อนใช้เวลาทำนาน เช่นการส่องกล้องท่อน้ำดี ดังนั้น พยาบาลจะต้องเฝ้าระวังอาการของผู้รับบริการเนื่องจากยาระงับความรู้สึกตัวมีกลไกการออกฤทธิ์คือกดการหายใจอาจทำให้ผู้รับบริการหลับลึกเกินไป การประเมินสัญญาณชีพการสังเกตการหายใจและปริมาณออกซิเจนในร่างกายจึงเป็นการเฝ้าระวังอาการและอันตรายที่อาจจะเกิดแก่ของผู้รับบริการเช่นภาวะหยุดหายใจ เป็นต้น ส่วนการดูแลผู้รับบริการเช่นการให้ผู้รับบริการใส่ปลอกกันเพื่อป้องกันการกัดกล้องเนื่องจากการส่องกล้องเป็นการสอดใส่กล้องเข้าทางปากเพื่อผ่านเข้าไปยังอวัยวะภายใน การใส่ปลอกป้องกันจึงช่วยป้องกันการกัดลิ้นและการกระแทกของฟันกับตัวกล้องขณะสอดใส่ผ่านทางปาก จึงช่วยทำให้เกิดความปลอดภัยขณะส่องกล้อง

๓. การดูแลหลังส่องกล้อง หมายถึง ความสามารถในการส่งต่อข้อมูลและประสานงานกับทีมสุขภาพ การประเมินอาการและดูแลผู้รับบริการหลังส่องกล้องและการอธิบายข้อมูลแก่ผู้รับบริการและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังส่องกล้อง เช่น สามารถส่งต่อข้อมูลแก่พยาบาลห้องพักรักษาตัว สามารถประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง สามารถประเมินอาการและให้การดูแลที่เหมาะสม สามารถอธิบายผู้รับบริการและญาติทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ผู้รับบริการต้องรับการรักษาต่อเนื่อง และการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ผู้รับบริการที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารอย่างเฉียบพลัน แพทย์จะทำการรัดหลอดเลือดคอในหลอดอาหาร (Endoscopic Variceal Ligation: EVL) ซึ่งต้องสังเกตอาการต่อหลังทำหัตถการ พยาบาลจึงต้องส่งต่อข้อมูลให้ทีมสุขภาพเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วย นอกจากนี้การที่พยาบาลต้องมีความสามารถในการประเมินอาการและให้การดูแลที่เหมาะสมมีความจำเป็น เนื่องจากการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้เช่นภาวะหลอดอาหารทะลุ การที่พยาบาลสามารถสังเกตอาการได้อย่างรวดเร็วจะช่วยประเมินความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้และช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างทันที่ ส่วนการที่พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการอธิบายข้อมูลแก่ผู้รับบริการและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวนั้น เนื่องจากภายหลังการทำหัตถการ ๒๔-๔๘ ชั่วโมง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อีกการสังเกตอาการผิดปกติและรีบกลับมาพบแพทย์จะทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างทันที่ พยาบาลจึงต้องสามารถอธิบายข้อมูลแก่ผู้รับบริการและญาติให้สังเกตอาการผิดปกติที่ควรกลับมาพบแพทย์ทันทีเช่น อาการแน่นหน้าอก อาการปวดท้อง เป็นต้น

๔. การช่วยแพทย์ในการส่องกล้อง หมายถึง การมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอน เครื่องมือและอุปกรณ์ส่องกล้อง รวมทั้งการมีความสามารถในการเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์พื้นฐาน เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษในการส่องกล้อง การแก้ปัญหาในการส่องกล้องและการส่งเครื่องมือส่องกล้อง อาจเนื่องจากการเตรียมอุปกรณ์ถือเป็นมาตรฐานที่พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหารต้องมีตัวอย่างมาตรฐานการเตรียมเครื่องมือได้แก่ การเตรียมกล้องส่องตรวจทุกชนิด เครื่องกำเนิดแสง ระบบวิดีโอและสายเชื่อมต่อต่าง ๆ ขวดน้ำ เครื่องดูดเสมหะ รวมทั้งอุปกรณ์ส่องกล้อง เช่น สายตัดชิ้นเนื้อ เข็มฉีดยา สายคล้อง เครื่องล้าง เพื่อให้มีความพร้อมใช้งานในการทำหัตถการ ซึ่งการเตรียมอุปกรณ์ให้มีความพร้อมเป็นการกระทำเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งานขณะช่วยแพทย์ในการทำหัตถการ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมีความสามารถในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษเนื่องจากกล้องส่องตรวจและอุปกรณ์พิเศษมีหลายชนิดเช่น การใช้กล้องส่องตรวจพิเศษกรณีผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ควรเลือกกล้องส่องตรวจที่ใช้สำหรับรักษา (therapeutic

scope) หรือกล้องที่มีช่องทางสองช่อง (double channel) หรือกล้องที่มีช่องดูขนาดใหญ่ เนื่องจากมีช่องใส่อุปกรณ์ได้หลายชนิดที่ทำให้เกิดประโยชน์ในการใช้ห้ามเลือดขณะทำ หัตถการได้มากขึ้น

๕. การบันทึกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการส่องกล้อง หมายถึงความสามารถในการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับการส่องกล้องในเอกสารทั้งก่อน ขณะ และหลังส่องกล้อง เช่น ก่อนส่องกล้องระบบทางเดินอาหารจะต้องบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล สัญญาฉันท การแพ้ ความเสี่ยงของมีค่าที่ติดตัว ฟันปลอม การใส่อุปกรณ์ในร่างกาย ระยะเวลาการงดน้ำและอาหาร ชนิดและผลการเตรียมลำไส้ใหญ่ตามแบบบันทึกการตรวจสอบผู้รับบริการก่อนทำหัตถการ (surgical safety checklist) นั้น เนื่องจากการบันทึกเอกสารเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบและสื่อสารให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยในการทำหัตถการ สำหรับการบันทึกเอกสารยินยอมของผู้รับบริการในการทำหัตถการและเอกสารยินยอมในการรับยาระงับความรู้สึกตัวมีความจำเป็นเนื่องจากการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยที่ผู้รับบริการจะต้องรับทราบข้อมูลและยินยอมในการรักษา ส่วนการที่พยาบาลจะต้องมีสมรรถนะในการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการหลังส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เช่น สัญญาฉันท ระดับความรู้สึกตัว สารน้ำเข้าและออก อาการไม่พึงประสงค์ การปฏิบัติตัวหลังทำหัตถการ และการนัดดูอาการเนื่องจากในระยะหลังทำหัตถการ ผู้รับบริการจะต้องได้รับการประเมินอาการที่สำคัญและอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นการบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อแก่ทีมสุขภาพในการดูแลผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่องและการบันทึกสรุปผลอาการของผู้รับบริการอย่างสมบูรณ์นั้นถือเป็นหลักฐานข้อมูลเวชระเบียน

๖. การดูแลเครื่องมือและอุปกรณ์ในการส่องกล้อง หมายถึงความสามารถในการดูแลทำความสะอาด ขนส่งและเก็บกล้องส่องตรวจตามมาตรฐานการทำลายเชื้อโรคและหลักการป้องกันการติดเชื้อ รวมทั้งการกำกับดูแลผู้อื่นในการทำทำความสะอาดกล้องส่องตรวจเนื่องจากกล้องส่องตรวจจำเป็นต้องนำไปใช้ต่อกับผู้รับบริการรายอื่นการล้างทำความสะอาดที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานอาจจะทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้รับบริการรายอื่นได้ การทำความสะอาดกล้องส่องตรวจเป็นการทำให้เกิดความมั่นใจว่ากล้องส่องตรวจสะอาด ปราศจากเชื้อก่อนนำไปใช้และทำให้กล้องส่องตรวจมีอายุการใช้งานยาวนานขึ้น อีกทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการส่องตรวจระบบทางเดินอาหารเป็นอุปกรณ์ที่มีความซับซ้อน ราคาแพง ทนความร้อนสูงไม่ได้ จัดเป็นอุปกรณ์ประเภทสัมผัสกับเยื่อของร่างกาย (semicritical items) จึงต้องเลือกใช้กระบวนการทำลายเชื้อในระดับสูง (high level disinfection) ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ (disinfectant) ที่มีประสิทธิภาพสูง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหารควรมีความรู้วิธีการทำลายเชื้อที่ถูกต้องตามมาตรฐานเพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการ

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

##### หลักการและเหตุผล

การส่องกล้อง ERCP เป็นวิธีการมาตรฐานที่ใช้ในการตรวจประเมินและรักษาโรกระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อนโดยการใช้กล้องส่องตรวจร่วมกับเครื่องเอ็กซเรย์ระบบ Fluoroscope โดยการถ่ายภาพรังสีซึ่งช่วยในการวินิจฉัยและการรักษาเกิดการอุดตันของท่อน้ำดีซึ่งอาจจะเป็นจากท่อน้ำดีตีบชนิดที่เป็นมะเร็งหรือชนิดที่ไม่ใช่มะเร็ง หรือท่อน้ำดีอุดตันจากนิ่ว ทำให้เกิดดีซ่าน(ตัวเหลืองตัวเหลือง) หรืออาการปวดท้องรวมทั้งตับอ่อนอักเสบหรือการติดเชื้อในทางเดินน้ำดี การส่องกล้อง ERCP จึงมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยและรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบท่อน้ำดีและตับอ่อน(Meseeha & Attia, ๒๐๒๑)

ถึงแม้หัตถการ ERCP จะถูกนำมาใช้ในการวินิจฉัยหรือรักษาโรกระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อนมากขึ้นแต่ด้วยวิธีการที่ใช้ในขณะที่ทำหัตถการอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ที่พบได้บ่อยคือ ตับอ่อนอักเสบ

เฉียบพลัน (acute pancreatitis) ท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (acute cholangitis) ลมในช่องท้องจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ขณะพลุโอโรสโคป (air insufflation) ส่งผลให้ผู้ป่วยประสบกับอาการปวดท้อง แน่นอึดท้องหลังการทำ ERCP ได้ มีการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันหลังทำ ERCP มีร้อยละ ๒.๑ ถึง ๒๔.๔ (Trylisky & Bryce, ๒๐๑๘) และยังมีการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดท่อทางเดินน้ำดีอักเสบหลังการทำ ERCP ร้อยละ ๒.๔ (Chen et al., ๒๐๑๘) จากการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมแพ ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ มีผู้ป่วยเข้ารับการทำหัตถการ ERCP จำนวน ๑๑๗,๒๕๔ และ ๖๓๗ ราย ซึ่งเป็นหัตถการที่มีจำนวนมากใน ๕ ลำดับแรกของห้องผ่าตัด จากข้อมูลพบว่าการทำหัตถการ ERCP มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และพบว่าใน ปี ๒๕๖๔ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักรน้ำลายมากที่สุดร้อยละ ๓๙ รองลงมามีอาการปวดท้อง ร้อยละ ๓๐ และผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ และตื่นทำให้เกิดการทะเลาะของลำไส้ร้อยละ ๑ อาการข้างเคียงอื่น ๆ ได้แก่ ชาบริเวณลำคอ

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการทำหัตถการ ERCP เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาใช้เป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยรายต่อ ๆ ไปให้มีคุณภาพ

### วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการดูแลรักษาและกระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio pancreatography of the biliary duct :ERCP) จำนวน ๒ ราย

### เป้าหมาย

ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio pancreatography of the biliary duct :ERCP) จำนวน ๒ ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่แม่นยำและรวดเร็ว ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

### ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี และได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio pancreatography of the biliary duct :ERCP) จำนวน ๒ ราย ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชุมแพ ระหว่างวันที่ วันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ โดยศึกษาผู้ป่วย ระยะก่อนการตรวจรักษาขณะตรวจรักษา การพยาบาลหลังการตรวจรักษา และการดูแลต่อเนื่องจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัด

### ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วย ๕ อันดับโรคแรก ของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด ย้อนหลัง ๓ ปี
๒. เลือกศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio pancreatography of the biliary duct :ERCP) เนื่องจากกลุ่มหัตถการที่สำคัญและเป็นเทคโนโลยีใหม่ของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชุมแพ
๓. ขออนุมัติหัวหน้าภาควิชาการพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

๔. ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรคมะเร็งท่อน้ำดี กายวิภาค และสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้อง สาเหตุของโรค/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค และการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio pancreatography of the biliary duct :ERCP)

๕. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ดังนี้

๕.๑ ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย โดยใช้แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปรับปรุงครั้งที่ ๒ (๒๕๕๙) บูรณาการกับแบบแผนสุขภาพประกอบด้วย

๕.๑.๑ ข้อมูลส่วนบุคคล

๕.๑.๒ ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม

๕.๑.๓ ข้อมูลแบบแผนสุขภาพผู้ป่วย (๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน)

๕.๑.๔ การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

- สภาพทั่วไป

- สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI ระดับความรู้สึกตัว (GCS) (ถ้ามี)

- ผิวหนัง ศีรษะ ใบหน้า เล็บ ตา หู จมูก ปาก คอ ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก

ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ

๕.๑.๕ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ พร้อมทั้งแปลผลการตรวจ

๕.๑.๖ แผนการรักษาของแพทย์

๕.๑.๗ ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษา

๕.๑.๘ สรุปอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับ

๕.๒ วินิจฉัยการพยาบาล

๕.๓ แผนการพยาบาล

๕.๔ ปฏิบัติการพยาบาล

๕.๕ ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

๒. สรุปผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค

๓. เสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาลและทีมการพยาบาล

๔. จัดทำผลงานวิชาการ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี กรณีศึกษา ได้รับการตรวจ รักษา และปลอดภัยจากการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio pancreatography of the biliary duct :ERCP)

๒. พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการใช้กระบวนการพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio pancreatography of the biliary duct :ERCP) และโรคอื่น ๆ ในห้องผ่าตัด

## ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

### ๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

สรุปกรณีศึกษา ผู้ป่วยรายที่ ๑ ชายไทย อายุ ๗๒ ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมแพวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๕ ๑ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดจุกแน่นท้อง ปัสสาวะมีสีเข้มมากขึ้น มีไข้ต่ำ ๆ ๒ วันก่อนมา ปวดจุกแน่นท้องมาก ซึ่อยากมารับประทานเอง อาการไม่ทุเลาจึงมาโรงพยาบาล ได้ยาไปรับประทานที่บ้าน แพทย์นัดทำ CT ๑ สัปดาห์ ผล CT พบ Liver mass แพทย์ให้การวินิจฉัย Liver mass c CHCA แพทย์ให้การรักษา ๐.๙% NaCl ๑,๐๐๐ ml.iv drip ๘๐ ml/hr., Vitamin K ๑๐ mg.iv OD x ๓ day , Ceftriasone ๒ gm iv OD, Omeprazole ๔๐ mg iv OD, NPO AMN , set OR ERCP c GA วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ได้ติดตามเยี่ยมก่อนทำหัตถการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม จากการสังเกตและพูดคุย ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อธิบายขั้นตอนการรักษาและขั้นตอนการตรวจ ERCP พอสังเขป แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการตรวจ ERCP ก่อนการตรวจ ERCP เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ แจ้งข้อมูล วันและเวลาตรวจส่องกล้องให้ผู้ผู้ป่วยรับทราบ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนคลายความวิตกกังวล นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดตามวันเวลาที่กำหนด แพทย์พิจารณาทำ EUB c ERCP c EST c Dilate CBD c insertion stent PD&CBD ขณะทำหัตถการผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยใน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพูดคุยรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๔ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๗/๘๘ มิลลิเมตรปรอท มีอาการปวดท้อง ประเมินความปวดได้ระดับ ๕ ดูแลให้ pethidine ๓๐ mg iv prn q ๖ hr ดูแลให้ BD๑:๑ ๓๐๐ mlx ๓ มื้อ มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปากให้ สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือด และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Plasil ๑๐ mg iv q ๘ hr ตามแผนการรักษาหลังได้รับยา ประเมินอาการไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ ผู้ป่วยมีภาวะซีด Hct ๒๗% ให้ PRc ๑ u หลังให้เลือด Hct ๒๗% ผู้ป่วยมีไข้ ๓๘.๒ องศาเซลเซียส ส่งตรวจ H/C ๒ ขวด ผล No growth ทั้ง ๒ ขวด แพทย์ให้ off Ceftriasone ๒ gm iv OD ให้ Meropenam ๑ gm iv q ๘ hr วันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๕ แพทย์ตรวจพบ stent occlusion แพทย์ set ERCP c remove stent c Dilate CBD c biopsy CBD c biliary stent insetion หลังทำผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ได้ยา paracetamol (๕๐๐ mg ) ๑ tab oral prn q ๖ hr, lactulose ๓๐ ml oral hsx ๑ wk นัดตรวจติดตาม ๑ สัปดาห์ รวมรักษาตัวในโรงพยาบาลชุมแพ ๑๙ วัน

สรุปกรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ ๒ หญิงไทย อายุ ๘๓ ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ๓ วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยปวดจุกแน่นท้อง ถ่ายเหลว ๗-๘ ครั้ง ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลภูผาม่าน ได้ยาไปรับประทานที่บ้าน ๑ วันก่อนมามีอาการปวดจุกแน่นท้องมาก ตัว ตาเหลือง ไปรักษาที่โรงพยาบาลภูผาม่านและได้รับการส่งต่อมาโรงพยาบาลชุมแพ แพทย์ให้การวินิจฉัย Cholangitis R/O CHCA แกรับผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อย ๒๔ ครั้งต่อนาที  $O_2$  sat ๗๘-๘๘ % ดูแลให้ OHHHF flow ๓lit/min  $Fio_2$  ๐.๔ off ได้วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ให้  $O_2$  canular ๓ lit/min  $O_2$  sat ๙๘-๙๙% ดูแลให้ Meropenam ๒ gm stat then ๑ gm iv q ๘ hr Omeprazole ๔๐ mg iv OD ค่า K ๓.๐๗ mmo/L ให้ ๐.๙ NSS ๑,๐๐๐ ml+KCl ๒๐ MEq iv drip ๘๐ ml/hr, ให้ EKCL ๓๐ ml oral q ๒ hr x ๒ dose Vitamin K ๑๐ mg.iv OD x ๓ day , ปวดจุกแน่นท้องประเมินความปวดได้ระดับ ๗ ดูแลให้ pethidine ๓๐ mg iv prn q ๖ hr ส่ง CT Whole abdomen ผล CT แพทย์วินิจฉัยเป็น CHCA มีภาวะซีด Hct ๒๕% ให้ PRc ๑ u หลังให้ Hct ๒๗% ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและอ่อนเพลีย วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๕ แพทย์ set ERCP under GA ได้ติดตามเยี่ยมก่อนทำหัตถการที่หอ

ผู้ป่วยศัลยกรรม จากการสังเกตและพูดคุย ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อธิบายขั้นตอนการรักษาและขั้นตอนการตรวจ ERCP พอสังเขป แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการตรวจ ERCP ก่อนการตรวจ ERCP เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ แจ้งข้อมูล วันและเวลาตรวจส่องกล้องให้ผู้ป่วยรับทราบ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนคลายความวิตกกังวล นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดตามวันเวลาที่กำหนด แพทย์พิจารณาทำ ERCP c EST c Dilate CBD c insertion stent PD&CBD ขณะทำหัตถการผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรม ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพูดคุยรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๙/๘๘ มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub>sat ๙๖ % O<sub>2</sub> canular ๓ lit/min O<sub>2</sub> sat ๙๘-๙๙% ดูแลให้ ๐.๙% NaCl ๑,๐๐๐ ml. iv drip ๘๐ ml/hr วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๔ อาการปวดท้องเริ่มทุเลาลง ระดับความปวดอยู่ที่ ๒-๓ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ได้ยา paracetamol (๕๐๐ mg) ๑ tab oral prn q ๖ hr, Losec ๑x๒ oral pc x๒๐ เม็ด นัดตรวจติดตาม ๒ สัปดาห์ LFT ก่อนพบแพทย์ รวมรักษาตัวในโรงพยาบาลชุมชนแพ ๑๓ วัน

ผู้ป่วย ทั้ง ๒ ราย เข้ารับการทำการหัตถการERCP พบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ดังนี้

#### ระยะก่อนทำการหัตถการ

๑. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำการหัตถการ
๒. เกิดการคั่งของบิลิรูบินในร่างกาย
๓. ไม่สุขสบายจากอาการปวดแน่นท้อง
๔. มีภาวะพร่องออกซิเจน (กรณีศึกษารายที่ ๒)
๕. มีภาวะซีด
๖. มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย (กรณีศึกษารายที่ ๒)

#### ระยะขณะทำการหัตถการ

๑. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขณะทำการหัตถการ
๒. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาสลบ

#### ระยะหลังทำการหัตถการ

๑. ไม่สุขสบายจากอาการปวดแน่นท้อง
๒. มีการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลและท่อระบายน้ำตีบริเวณหน้าท้อง
๓. วิตกกังวลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยรับการดูแลรักษาพยาบาล ปัญหา ข้อที่ ๖ ในผู้กรณีศึกษารายที่ ๒ แก้ปัญหาได้สิ้นสุด ส่วนปัญหาข้ออื่น ๆ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนอาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้แต่ได้นัดติดตามผลการรักษา อีก ๑ สัปดาห์ ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัด พบว่า ผู้ป่วยดูสดชื่นขึ้น ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยได้ดี

#### ๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio pancreatography of the biliary duct :ERCP) : กรณีศึกษา ๒ รายเปรียบเทียบกัน โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการศึกษา มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อนได้รับการ



๖.๑.๖ การดูแลเครื่องมือและอุปกรณ์ในการส่องกล้อง ได้แก่ การดูแลทำความสะอาด ขนส่งและเก็บกล้องส่องตรวจตามมาตรฐานการทำลายเชื้อโรคและหลักการป้องกันการติดเชื้อ รวมทั้งการ กำกับดูแลผู้อื่นในการทำความสะอาดกล้องส่องตรวจ เนื่องจากกล้องส่องตรวจจำเป็นต้องนำไปใช้ต่อกับผู้รับบริการรายอื่น การล้างทำความสะอาดที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานอาจจะทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้รับบริการรายอื่นได้ การทำความสะอาดกล้องส่องตรวจเป็นการทำให้เกิดความมั่นใจว่ากล้องส่องตรวจสะอาด ปราศจากเชื้อก่อนนำไปใช้และทำให้กล้องส่องตรวจ มีอายุการใช้งานยาวนานขึ้น อีกทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการส่องตรวจระบบทางเดินอาหารเป็นอุปกรณ์ที่มีความซับซ้อน ราคาแพง ทนความร้อนสูงไม่ได้ จัดเป็นอุปกรณ์ประเภทสัมผัสกับเยื่อของร่างกาย (semicritical items) จึงต้องเลือกใช้กระบวนการทำลายเชื้อในระดับสูง(high level disinfection) ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ(disinfectant) ที่มีประสิทธิภาพสูง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลส่องกล้องต้องมีความรู้วิธีการทำลายเชื้อที่ถูกต้องตามมาตรฐานเพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย

## ๖.๒ ผลกระทบ

### ผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อนได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษา พยาบาลได้ถูกต้องรวดเร็ว และแม่นยำ มีอาการไม่สุขสบายจากการปวดหลังทำERCP แต่ได้รับการดูแลรักษาจนอาการปวดทุเลา และเข้าจะที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งจากซักถามผู้ป่วยและญาติเมื่อมาตรวจติดตามการรักษาตามนัด ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหารได้ถูกต้อง สามารถเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เลิกรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ได้ ควบคุมค่าอาการของโรคไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น ทั้งนี้เป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็ง

### ผู้ศึกษา

๑. ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี การส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยการจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ การดูแลความปลอดภัยการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาลการดูแลต่อเนื่องการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,๒๕๖๑) ทำให้การพยาบาลผู้ป่วยบรรลุผลลัพธ์การดูแล

๒. พัฒนาการใช้กระบวนการพยาบาล ในขั้นตอนของการประเมินผู้ป่วย โดยนำ “แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปรับปรุงครั้งที่ ๒ (๒๕๕๙)” เป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วยกรณีศึกษา ทำให้การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมีความครบถ้วน สามารถวิเคราะห์ปัญหาและภาวะเสี่ยง ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล จำแนกความรุนแรงของปัญหาที่ซับซ้อน วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

### หน่วยงาน/องค์กรพยาบาล

๑. พัฒนาการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในขั้นตอนการประเมินข้อมูลผู้ป่วย โดยนำ “การประเมินทางคลินิกผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน(Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio pancreatography of the biliary duct :ERCP) ไปขยายผลให้พยาบาลวิชาชีพใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีรายอื่น ๆ

๒. ผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา เรื่อง โรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน(Cholangiocarcinoma c Endoscopic retrograde cholangio pancreatography of the biliary duct :ERCP) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษา พยาบาลได้ถูกต้องรวดเร็ว และแม่นยำ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร ได้ถูกต้อง สามารถเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เลิกรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ได้ ควบคุมค่าอาการของโรคไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น ทั้งนี้เป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็ง

#### ๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

ผลการทบทวนสถิติข้อมูลผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด ย้อนหลัง ๓ ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบว่า มีผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินและน้ำดี จำนวน ๑๑๗,๒๕๔ และ๖๓๗ ราย ตามลำดับ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการตรวจรักษาที่ถูกต้อง แม่นยำ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยทั่วไปแพทย์จะนิยมให้ยาระงับความรู้สึกตัวทางหลอดเลือดดำเพื่อลดความทรมานและอาการปวด พยาบาลต้องให้ข้อมูลวิธีการตรวจและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ต้องเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยขณะทำหัตถการเนื่องจากยาระงับความรู้สึกตัวมีกลไกการออกฤทธิ์คือกดการหายใจอาจทำให้ผู้ป่วยหลับลึกเกินไป เฝ้าระวังอาการและอันตรายที่อาจเกิดแก่ของผู้รับบริการเช่น ภาวะหยุดหายใจ เป็นต้น การกักคั่งของเลือดของผู้ป่วย ต้องสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการทั้งในห้องผ่าตัดและติดตามเยี่ยมประเมินอาการที่หอผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยทั้ง ๒ รายนี้พยาบาลต้องดูแลและให้ข้อมูลรวมถึงการปฏิบัติตัวก่อนและหลังERCP เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่ต้องพบแพทย์

#### ๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

ก่อนเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมีอาการปวดจุกแน่นท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ มีไข้ ผลการตรวจ CT Whole abdomen พบผู้ป่วยเป็น CHCA แพทย์ให้การรักษาโดยการตรวจรักษาที่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้เป็นอย่างมาก ประกอบกับเป็นผู้สูงอายุการรับรู้และความเข้าใจอาจจะยากซึ่งจากการพูดคุยผู้ป่วยไม่เข้าใจและมีสีหน้าท่าทางวิตกกังวล ชักถามบ่อยต้องอธิบายหลายครั้งเรื่องการตรวจ ERCP และหน่วยงานขาดคู่มือแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการตรวจ ERCP เพื่อประกอบคำอธิบายที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจมากขึ้น

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

การตรวจวินิจฉัยและการผ่าตัดผ่านกล้องในระบบทางเดินอาหารมีความสำคัญและช่วยให้การรักษามีความจำเพาะเจาะจงมากขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บและกระทบกระเทือนน้อย จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

๑. มีศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารที่มีความทันสมัย อุปกรณ์ครบครัน มีพื้นที่แยกเฉพาะและบุคลากรที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน แยกจากห้องผ่าตัดต่างหาก รองรับการให้บริการประชาชนในพื้นที่และในโซนเขตพื้นที่ใกล้เคียง

๒. มีเครื่องมือและอุปกรณ์ทันสมัย เพียงพอและได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานเพื่อการใช้งานได้คุ้มค่า

๕. มีการส่งเสริมสมรรถนะแก่บุคลากรให้ได้รับการอบรมเฉพาะ พื้นฟูความรู้สม่ำเสมอเพื่อประสิทธิภาพและมาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

๖. การจัดให้ความรู้แก่ประชาชน คนไข้ที่มารับบริการผ่านสื่อวีดิทัศน์เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในโรค และการปฏิบัติตัว

๗. ส่งเสริมให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการณรงค์ให้ความรู้ ปรับทัศนคติเรื่องการรับประทานอาหารของประชาชนในชุมชน

๘. จัดระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็งให้มีการเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้นโดยเฉพาะการคัดกรองผู้ป่วย

#### ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ถ้ามีการเผยแพร่ผลงาน ให้ระบุ เช่น

ผลงานวิชาการ เรื่อง.....ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร..... *รวมตมคม โรค มะเร็ง*  
ปีที่.....ฉบับที่.....เมื่อวันที่..... ถึงวันที่..... หรือ

#### ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑)นางสาวกนกอร ตางจรรยา ส่วนของผลงาน ๑๐๐%
- ๒)..... ส่วนของผลงาน.....
- ๓)..... ส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ *กนกอร ตางจรรยา*.....

(นางสาวกนกอร ตางจรรยา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

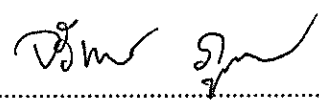
(วันที่) *๕๖* / *กุมภาพันธ์* / *๕๕๕*

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ


(ลงชื่อ)..... 

(นางจริญญาณี กวสันติ)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

(วันที่)...../...../.....

(ลงชื่อ)..... 

(นางจรุพรรณ มโนสิทธิศักดิ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

(วันที่)...../...../.....

## แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร

### ๒. หลักการและเหตุผล

โรกระบบทางเดินอาหารเป็นโรคหนึ่งซึ่งมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นเกิดความผิดปกติของผนังทางเดินอาหาร ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว ความผิดปกติในการดูดซึมสารอาหารของลำไส้ ความผิดปกติของตับ ความผิดปกติดังกล่าวข้างต้น อาจทำให้เกิดโรคหรืออาการแทรกซ้อนที่อันตรายตามมา หากได้รับการวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า เช่นแผลในกระเพาะอาหาร เลือดออกในกระเพาะอาหาร

การส่องกล้องทางเดินอาหารเป็นการส่องกล้องยาวที่มีแสงไฟนำบริเวณส่วนปลาย ผ่านเข้าทางปาก เพื่อตรวจดูลักษณะของทางเดินอาหาร ตั้งแต่หลอดอาหารจนถึงลำไส้เล็กส่วนต้น การส่องกล้องทางเดินอาหารเป็นหัตถการใหม่ที่น่าเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ กล้องและอุปกรณ์ต่าง ๆ จัดว่ามีความจำเป็นมากในการให้บริการผู้ป่วยซึ่งเป็นเครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีราคาสูง และเป็นหัตถการที่ไม่คุ้นเคยสำหรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับหัตถการส่องกล้องทางเดินอาหารวิตกกังวลกับสิ่งที่ต้องเผชิญ อีกทั้งขณะที่ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารนั้นไม่สามารถติดต่อสื่อสารโดยใช้คำพูดกับบุคคลอื่นได้เนื่องจากต้องกัอุปกรณ์ป้องกันการกักล้องไว้ จึงทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากขึ้น และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารที่พบคือ อาการสำลักและอุดกั้นทางเดินหายใจ และการทะลุของทางเดินอาหารซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการส่องกล้อง โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การสื่อสารให้ข้อมูลและ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา แพทย์และพยาบาลต้องช่วยกันอธิบายการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และให้เจ้าหน้าที่ช่วยจับตัวผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือ ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยวิตกกังวลไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และมีความวิตกกังวลมากขึ้นเมื่อมีอาการสำลักน้ำลาย ทางเดินหายใจอุดกั้นไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับแพทย์หรือพยาบาลได้

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากสถิติการส่องกล้องทางเดินอาหารของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชุมแพ ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ จำนวน ๑๑๗,๒๕๔ และ ๖๓๗ ราย ซึ่งเป็นหัตถการที่มีจำนวนมากใน ๕ ลำดับแรกของห้องผ่าตัดจากข้อมูลพบว่า การทำหัตถการ ERCP มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในปี ๒๕๖๔ ส่วนใหญ่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักน้ำลายมากที่สุดร้อยละ ๓๙ รองลงมามีการปวดท้อง ร้อยละ ๓๐ และผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ และคืนทำให้เกิดการทะลุของลำไส้ร้อยละ ๑ อาการข้างเคียงอื่น ๆ ได้แก่ ชาบริเวณลำคอและจากการสอบถามสภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีความวิตกกังวลต่อการหัตถการที่ไม่คุ้นเคย และจากการสุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน ๓๒ ราย(ร้อยละ ๕) เรื่องความต้องการของผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินอาหารโรงพยาบาลชุมแพ พบว่า ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการส่องกล้องทางเดินอาหาร ระยะเวลาที่แพทย์ใช้ส่องกล้องทางเดินอาหาร ความรู้สึกตัวขณะได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหาร การเตรียมตัวก่อนได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหาร การปฏิบัติตัวภายหลังรับการส่องกล้องทางเดินอาหาร ตลอดจนข้อควรระวังและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการส่องกล้องทางเดินอาหาร

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ไม่ถูกต้องและความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ส่งกลัองทางเดินอาหารที่ไม่คุ้นเคยจึงได้พัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลัองระบบทางเดินอาหาร

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลัองตรวจทางเดินอาหารเกิดจากการร่วมกันทบทวนปัญหาของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานห้องผ่าตัดที่พบจากการให้บริการส่งกลัองตรวจทางเดินอาหาร มีการประสานงานกับบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการส่งกลัองตรวจทางเดินอาหาร ได้แก่แพทย์ พยาบาลและแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน เพื่อร่วมกันทบทวนหาสาเหตุของปัญหา และแนวทางการแก้ปัญหาเพื่อเป็นการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ และครอบคลุมที่สุด เกิดเป็นการพัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลัองตรวจทางเดินอาหาร ประกอบด้วย

๑) ระบบการนัดผู้ป่วย ซึ่งผู้ศึกษาได้จัดทำช่องทางการนัดผู้ป่วย และคู่มือการนัดผู้ป่วยส่งกลัองตรวจทางเดินอาหารสำหรับบุคลากร

๒) การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยส่งกลัองตรวจทางเดินอาหารโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของลีเวนทาลและ จอห์นสัน( Leventhal & Johnson, ๑๙๘๓) โดยไขหลักของการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ปราศจากความคลุมเครือและเป็นข้อมูลที่จำเป็นตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจลดลง และทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางของการสร้างพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย ซึ่งข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยครอบคลุมหัวข้อดังนี้

- ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural information)
- ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก (Sensory information)
- ข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral instruction)

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ซึ่งถ่ายจากสถานที่จริง จึงช่วยให้ข้อมูลมีความชัดเจนมากขึ้น ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นทำให้ลดความวิตกกังวลในเรื่องการส่งกลัองตรวจทางเดินอาหาร มีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังการตรวจ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ที่เกิดจากการเตรียมตัวไม่พร้อม และเกิดความพึงพอใจต่อการใช้บริการของบุคลากรสุขภาพที่มีส่วนในการให้บริการการส่งกลัอง ตรวจทางเดินอาหาร ซึ่งนับว่าเป็นบทบาทสำคัญของผู้บริหารการพยาบาล

#### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ได้แบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลัองตรวจทางเดินอาหารของหน่วยงานห้องผ่าตัด
๒. นำแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลัองตรวจทางเดินอาหารไปใช้กับผู้ป่วยป่วยเพื่อทำให้งานห้องผ่าตัดมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงกว่าก่อนการพัฒนา
๓. เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจพิเศษประเภทอื่น ๆ ของหน่วยงาน

#### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชุมแพเข้าใจและใช้แบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลัองตรวจทางเดินอาหาร (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐)

๕.๒ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกล้องตรวจทางเดินอาหารได้รับความรู้โรคและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการ  
รับการส่งกล้องตรวจทางเดินอาหาร (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐)

๕.๓ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง (เป้าหมายไม่เกิน ร้อยละ ๕ )

(ลงชื่อ)..... กนกอร ตางจงราช .....

(นางสาวกนกอร ตางจงราช )

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๕ / ก.ค. / ๖๕ .....

ผู้ขอประเมิน