

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัดที่ได้รับการผ่าตัดแบบช่องทางด่วน Outcome of Care among Pre Surgery Breast Cancer Patients in Fast Track Surgery

ตะวัน เขตปัญญา¹, อมร สุวรรณนิมิตร²

Tawan Khetpanya¹, Amorn Suwannimitr²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาพัฒนาการของการผ่าตัดแบบช่องทางด่วนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด 2) สังเคราะห์โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่ได้รับการผ่าตัดแบบช่องทางด่วน 3) วิเคราะห์ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่ได้รับการผ่าตัดแบบช่องทางด่วน ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานเป็นวิจัยกึ่งทดลองที่มีรายงานผลการศึกษาโปรแกรมการผ่าตัดแบบช่องทางด่วน ผลการศึกษาพบว่า 1. พัฒนาการของการผ่าตัดแบบช่องทางด่วนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด พบว่า การผ่าตัดแบบช่องทางด่วน หรือ Enhance Recover After Surgery (ERAS) คือ การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ระบบนี้ถูกนำเสนอครั้งแรกปี ค.ศ.1990 โดย Henrik Kehlet ได้ผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ จากนั้นจึงใช้มากขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนประเทศไทยมีการผลักดันในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี พ.ศ. 2546 2. ผลการสังเคราะห์โปรแกรมการดูแลแบบช่องทางด่วน ได้แก่ 1) ประเมินและการคัดกรองเร่งด่วน 2) ให้ข้อมูลพื้นฐานการดูแลรักษาและระบบช่องทางด่วน 3) วางแผนการจำหน่ายล่วงหน้า 4) ติดตามเยี่ยมที่บ้านทางโทรศัพท์ 5) ประเมินผลการให้การดูแลเป็นระยะที่บ้าน 6) เรียนรู้ที่หอผู้ป่วย 3. ผลลัพธ์การดูแล จำแนกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านองค์กร ลดอัตราการนอนในโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับมานอนซ้ำ ลดค่าใช้จ่าย และองค์การบรรลุเป้าหมาย 2) ด้านทีมสุขภาพ การทำงานเป็นทีมและความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และ 3) ด้านผู้รับบริการ เพิ่มความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดความพิการ ภาวะเครียดและความปวดลดลง ความพึงพอใจสูง ข้อเสนอแนะ การพัฒนาโปรแกรมการดูแลแบบช่องทางด่วนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ในต่างประเทศทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผล คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น แต่การศึกษาในประเทศไทยยังจำกัด ดังนั้นจึงควรศึกษาแนวทางที่เหมาะสม เพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่ได้รับการผ่าตัดแบบช่องทางด่วน

คำสำคัญ: ผลลัพธ์การดูแล มะเร็งเต้านม การผ่าตัดแบบช่องทางด่วน

Abstract

This study aimed to 1) study the development of fast track surgery for patients with breast cancer during pre-surgery 2) synthesize the fast tract surgery program for patients with breast cancer during pre-surgery. 3) analyses the outcome of care in breast cancer patients during pre-surgery under fast track surgery program. Systematic reviews and randomized controlled trials (RCTs) that reported the use of a fast track surgery program were included for review. Result: 1. Fast track surgery or Enhance Recover After Surgery (ERAS) was the service system that apply by multidisciplinary team. This system was set up in1990 by Henrik Kehlet who done explored operation for colon cancer patients. After that, fast-track surgery in stroke was more apply as well as in Thailand, fast track surgery was push forward in emergency medical system by the year 2003. 2. The synthesis of fast-track surgery program compose

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย, จังหวัดมหาสารคาม 44150

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, อำเภอกันทรวิชัย, จังหวัดมหาสารคาม 44150

¹ Graduate student, Master degree of Nursing science, Community Nursing Practice, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Kantharawichai District, Mahasarakham, Thailand 44150 Khetpanya01@gmail.com

² Assistant Professor, Faculty of Nursing Mahasarakham University, Kantharawichai District, Mahasarakham, Thailand 44150 Amorn223@yahoo.com



1) to assess and urgent screening 2) to inform the basic treatment and fast-track surgery program. 3) discharge plan 4) home visit by telephone 5) home evaluate care 6) ward study tour. 3. Outcome of care in 3 levels 1) organizational: reduce in: length of hospital stay, bed occupied rate, re-admission cost and organization met the ultimate goal. 2) health care team: team work and co-operate in multidisciplinary team were efficiency and effectiveness. 3) patients: safety, reduce in complication, disability, stress, pain, good healing and more satisfaction in health service. Suggestions: Fast-track surgery in breast cancer patients during pre-surgery indicated that outcome of care were efficiency effectiveness and improve patients quality of life anyway in Thailand the study was limited then it should study in development of appropriate fast track surgery programs for breast cancer patients during pre-surgery.

Keywords: outcome of care, breast cancer, fast track surgery

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขจากอดีตจนถึงปัจจุบัน และนับวันจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น เนื่องจากโรคดังกล่าวจะมีความก้าว หน้า ไปในทางที่แยลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และที่สำคัญ คือ เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ต้องใช้เวลาดูแลรักษานาน อีกทั้งยังส่ง ผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจสังคมและสำคัญที่สุด คือ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและทันเวลา การวินิจฉัยที่ผิดพลาดเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ซึ่งพบได้บ่อย ปัจจุบันโรคมะเร็งถือว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกปี 2008 พบว่า มีอัตราการตายของประชากรทั่วโลกจากสาเหตุโรคมะเร็งจำนวน 7.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 จากจำนวนประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ¹ และในปี 2012 พบว่า มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มากถึง 14.1 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เสียชีวิต 8.2 ล้านคน¹ และโรคมะเร็งที่มีอัตราการตายมากที่สุดในเพศชาย คือ มะเร็งปอด จำนวนกว่า 1,098,606 ราย คิดเป็นร้อยละ 23 ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากที่สุดในเพศหญิง คือ มะเร็งเต้านม พบอัตราการตายสูงถึง 521,817 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.71 สถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทยพบว่า สอดคล้องกับสถานการณ์โลก ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ รายงานสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2551 ถึงปี 2555 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มเป็น 2,949; 3,314; 3,136; 3,341; 3,917 ราย² และมะเร็งเต้านมรายใหม่ มีจำนวน 943 ราย ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ² ข้อมูลสถาบันมะเร็งแห่งชาติยังระบุอีกว่าปัจจุบันมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิตอันดับ 1 ของสตรีไทยมาตั้งแต่ปี 2553 โดยพบว่า สถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ 13,184 ราย เสียชีวิตประมาณ 4,665 ราย หรือทุก 2 ชั่วโมง จะพบ ว่าสตรีไทยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านม 1 คน² และในปี 2556 ยัง

พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิง คือ 3,274 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.072 ส่วนในระดับภูมิภาค พบว่าในปี 2556 เฉพาะเขตบริการสุขภาพที่ 7 (ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์) มีอัตราการตายจากสาเหตุมะเร็ง เต้านมอยู่ในลำดับที่ 6 จากทั้งหมด 12 เขตบริการ โดยในปี 2553 มีจำนวน 132 รายคิดเป็นร้อยละ 2.64 ปี 2554 มีจำนวน 146 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.92 ปี 2555 มีจำนวน 196 ราย

คิดเป็นร้อยละ 3.92 และในปี 2556 มีจำนวน 222 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.422 เมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัด เฉพาะจังหวัดกาฬสินธุ์ จากรายงานสถิติสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบ ว่า การเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่พบเป็นอันดับหนึ่งใน 10 อันดับโรคแรก ของปี 2554 และ 2555 คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 3 และมีอัตราการตายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ตั้งแต่ปี 2553-2556 เป็นจำนวน 21; 32; 36 และ 39 ราย² ทั้งนี้พบว่าที่คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก มีผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภทที่เข้ารับบริการ 1,700 ราย มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมด 374 ราย³ และจากการประเมินคุณภาพการให้บริการของหน่วยงาน ทำให้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาและข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่

1) จำนวนของผู้รับบริการโดยรวม ในแต่ละวันมีจำนวนมาก ส่งผลให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทำได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร

2) ปัญหาเรื่องงบประมาณค่าใช้จ่าย พบว่าโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2554 มีค่าใช้จ่ายจำนวนทั้งสิ้น 1,893,543 บาท และเพิ่มขึ้นกว่า 8,233,084 บาทในปี 2557 ขณะที่ค่าใช้จ่ายโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการกรณีผู้ป่วยนอกจำนวนทั้งสิ้น 9,273,005 บาท โดยสรุปในภาพรวม ระหว่างปี 2554-2557 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย

มะเร็งเต้านมเป็นเงินทั้งสิ้น 24,031,481 บาท⁴

3) ปัญหาการไหลออกจากระบบการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยและญาติไม่สามารถยอมรับการเจ็บป่วย อันเกิดจากภาวะความ เครียดและทัศนคติในเชิงลบต่อ แนวทางการรักษาของแพทย์และทีมสุขภาพ โดยพบว่า มีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา โดยเลือกที่จะไปใช้บริการที่ โรงพยาบาลอื่นหรือบางรายไม่ยอมเข้ารับการรักษาภายหลัง ทราบการวินิจฉัย

4) ปัญหาข้อร้องเรียนเรื่องคุณภาพการบริการและ ที่สำคัญ คือ ระดับคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในปีงบประมาณ 2556 อยู่ที่ระดับร้อยละ 76 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 804

5) ปัญหาการลุกลามของโรคเข้าสู่ระยะที่ 3-4 ผู้ใน กรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษาและกลับมาเข้ารับการรักษา ใหม่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อรักษาที่ซับซ้อนและอัตราตายสูงขึ้น

จากสถานการณ์ที่กล่าวมา ชี้ให้เห็นว่าโรคมะเร็ง เต้านมเป็นปัญหาสำคัญในระบบสุขภาพ ขณะเดียวกันระบบ การรักษาก็ยังคงพบว่า มีจุดอ่อน ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสีย อย่างมากทั้งต่อผู้ป่วยและต่อสถานบริการสุขภาพ ทั้งนี้ในการ แก้ปัญหา พบว่า ได้มีความพยายามเพื่อพัฒนารูปแบบและแนว ทางใหม่ๆ ซึ่งแนวทางหรือรูปแบบที่ถูกนำมาใช้มากขึ้น คือ การผ่าตัดแบบช่องทางด่วน (fast track surgery หรือ Enhanced Recovery After Surgery; ERAS) โดย Henrik Kehlet ได้อธิบาย รูปแบบดังกล่าวว่า เป็นรูปแบบหรือเทคนิค ที่หลากหลายที่มุ่งเน้นที่จะลดความผิดปกติของอวัยวะหลังการ ผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อน การฟื้นตัวที่เร็วขึ้นของผู้ป่วย ลด ระยะเวลาการพักในโรงพยาบาล และการเจ็บปวดหลังผ่าตัด ลดลง หลักการที่สำคัญของการผ่าตัดแบบช่องทางด่วน คือ การฟื้นตัวที่รวดเร็วของผู้ป่วย^{5,6} Birgitte G.Mertz, Niels Kroman, Helene Williams, Henrik Kehlet ยังชี้ถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ จากเดิมที่ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3 สัปดาห์ 6 วัน ลดลงเหลือเพียง 1 สัปดาห์ 2 วัน แผลหายเร็วขึ้นจาก 5 สัปดาห์ เหลือเพียงแค่ 1 สัปดาห์ 6 วัน อัตราการครองเตียง ในหอผู้ป่วยลดลงถึงร้อยละ 30 และพยาบาลสามารถบริหาร จัดการเรื่องแผล การฟื้นฟูทางด้านจิตสังคม อาทิ เต้านมเทียม และการฟื้นฟูสภาพ^{7,8} ในด้านผู้ป่วยนั้น Jan Wind, Jan Hoffland, Benedikt Preckel, et. al. ได้ศึกษากลยุทธ์ในการ ผ่าตัดลำไส้โดยการส่องกล้องผ่าตัด และ/หรือการบริหาร จัดการ การผ่าตัดแบบช่องทางด่วนที่หลากหลาย เปรียบ เทียบกับการดูแลแบบปกติ ผลที่ได้ คือ ทำให้คุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดดีและค่าใช้จ่ายโดยรวมในโรงพยาบาล ลดลง^{9,10} อีกด้วย

จากสถานการณ์ และแนวทางการรักษาแบบช่อง ทางด่วนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในต่างประเทศ สะท้อนถึง คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ทำให้ระบบดังกล่าวได้รับการ ยอมรับในวงกว้างขึ้น อย่างไรก็ตาม สำหรับประเทศไทยถือว่าเป็น เรื่องค่อนข้างใหม่ และแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะ กำหนดนโยบายให้พื้นที่จัดบริการแบบช่องทางด่วนในกลุ่ม ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แต่ก็ยังขาดแนวทางในการทำงาน

ในขณะที่เขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้มีความพยายาม ริเริ่มที่จะพัฒนาระบบดังกล่าว โดยมีจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็น จังหวัดนำร่องเพื่อนำนโยบายสู่การปฏิบัติ แต่ก็พบข้อจำกัด หลายประการ ได้แก่ บุคลากรยังขาดความเข้าใจ ทำให้ขาด การประสานงาน ในขณะที่การจัดระบบสนับสนุนอื่น ๆ มีความ ล่าช้า เช่น ระบบการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องแมมโมแกรม (Mammogram) หรืออัลตราซาวด์ (Ultrasound)

ลักษณะดังกล่าวเป็นเหตุให้การพัฒนากระบวนการดูแล แบบช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมระยะก่อนผ่าตัด ไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาโดยการทบทวน งานวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับโปรแกรมการผ่าตัดแบบช่องทางด่วน รวมถึงข้อ บังชี้ผลลัพธ์การดูแล อันจะสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการ ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะก่อนผ่าตัดให้ได้รับดูแลรักษา อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาพัฒนาการของการผ่าตัดแบบช่อง ทางด่วน ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด
2. สังเคราะห์โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมระยะก่อนผ่าตัดที่ได้รับการผ่าตัดแบบช่องทางด่วน
3. เพื่อวิเคราะห์ผลของการให้บริการผ่าตัดแบบ ช่องทางด่วนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้กระบวนการ วิจัย แบบมหภาค (Meta-analysis) โดยการทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ โดยศึกษาบทวิจัยที่เป็นงานวิจัยใน ต่างประเทศ จำนวนทั้งสิ้น 11 ฉบับ ทั้งหมดเป็นงานวิจัยกึ่ง ทดลอง (qua-si research, RCT) แหล่งสืบค้นข้อมูลจากฐาน ข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ทำการตรวจสอบคุณภาพของบทวิจัย โดยพิจารณาจากวารสารที่ตีพิมพ์และได้ รับการอ้างอิง (citation)



ผลการวิจัย

ผลการศึกษาค้นคว้าจะนำเสนอเป็นรายประเด็นตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. พัฒนาการของการผ่าตัดแบบช่องทางด่วนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด

ระบบบริการแบบช่องทางด่วน (fast-track) คือระบบบริการที่ใช้เทคนิคการดูแลต่างๆ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและรวดเร็วแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และระบบบริการผ่าตัดแบบช่องทางด่วน (fast track surgery) หมายถึง ระบบบริการการผ่าตัดที่มีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพโดยใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและรวดเร็ว ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง สามารถฟื้นตัวได้เร็วหลังผ่าตัด และกลับสู่ชุมชนได้อย่างปลอดภัย เกิดความประทับใจและพึงพอใจในบริการ รวมถึงค่าใช้จ่ายโดยรวมน้อยลง และมีการใช้อย่างแพร่หลายในองค์กรต่างๆ แทบทุกสาขาวิชาชีพ⁵⁻⁸ ในขณะที่ Henrik Kehlet ได้อธิบายหลักการ การผ่าตัดแบบช่องทางด่วน (fast track surgery หรือ Enhance Recover After Surgery; ERAS) หมายถึง การทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพเพื่อมุ่งเน้นที่จะลดความผิดปกติของอวัยวะหลังการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นตัวที่เร็วขึ้นหลังการผ่าตัด ความสำเร็จในการลดอันเป็นที่น่าประทับใจในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการเจ็บป่วยหลังการผ่าตัด^{5,6}

พัฒนาการของการผ่าตัดแบบช่องทางด่วน

ระบบ Enhance Recover After Surgery (ERAS) หรือ fast-track) ได้ถูกพัฒนาขึ้นครั้งแรกในประเทศเดนมาร์ก เมื่อปี ค.ศ.1990 โดยศัลยแพทย์ชื่อ Henrik Kehlet ซึ่งเริ่มใช้ในการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้¹¹ หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาและนำมาใช้อย่างแพร่หลายในองค์กรต่างๆ หลายสาขา เช่น องค์กรอนามัยโลกได้สนับสนุนระบบ Fast Track Stroke (FTS) ส่วนประเทศไทย ได้นำเอารูปแบบช่องทางด่วนมาใช้กับระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา โดยวางแผน

พัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่มีความเหมาะสม สม และสอดคล้องกับบริบทของประเทศ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ทันต่อเหตุการณ์อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และมีประสิทธิภาพ โดยแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติปี 2553-2555 ระบบ Fast Track Stroke (FTS) Fast Track Myocardial Infarction

(FTMI) กระทั่งถึงปัจจุบัน ระบบช่องทางด่วน ได้ขยายขอบเขตของงานออกไปอย่างกว้างขวางครอบคลุมถึงการรักษามะเร็งเต้านม

2. ผลการสังเคราะห์โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัดที่ได้รับการผ่าตัดแบบช่องทางด่วน พบว่ามีการพัฒนากระบวนการ การดูแลครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

สำหรับระยะก่อนผ่าตัด สามารถสรุปรูปแบบการดูแล ดังนี้

2.1 การประเมินและการคัดกรองอย่างเร่งด่วน

2.2 การให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติตัวและข้อมูลการรักษาด้วยระบบผ่าตัดแบบช่องทางด่วน เพื่ออธิบายถึงการดูแลก่อนและหลังการผ่าตัด การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน การจัดการความปวดหลังผ่าตัด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

2.3 การวางแผนการจำหน่ายล่วงหน้า

2.4 การติดตามเยี่ยมที่บ้านทางโทรศัพท์เพื่อค้นปัญหาเพิ่มเติม

2.5 การประเมินผลการดูแลเป็นระยะที่บ้าน

2.6 การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยไปเรียนรู้และดูแลผู้ป่วยที่จะต้องเข้ารับการรักษา

3. ผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์การดูแล พบว่ามีผลทั้งต่อองค์กร ต่อผู้รับบริการ และทีมงาน ผลลัพธ์การดูแลในภาพรวม มีดังนี้

3.1 อัตราวันนอนพักในโรงพยาบาลลดลงจาก 3-6 วันเหลือ 1-2 วัน อัตราการครองเตียงลดลง ระดับความปวดลดลงภายใน 1-2 วันหลังผ่าตัด มีความเครียดและสิ้นหวังต่อการรักษาลดลง¹¹

3.2 ลดระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล และจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ภายในไม่เกิน 3 วัน ลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ลดค่าใช้จ่าย ความก้าวหน้าของการรักษาเป็นไปด้วยดีมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าระบบผ่าตัดแบบช่องทางด่วน^{5,6,8,9,11-14}

3.3 สามารถลดภาวะเครียดในผู้ป่วยได้และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรักษา^{5,6,11-13}

3.4 ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน¹¹

3.5 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความผิดปกติหรือความพิการลดลง มีจำนวนเตียงว่างเพื่อรับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น¹⁰

3.6 ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีและสามารถลดความวิตกกังวลได้ดี โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด จะมีความวิตกกังวลลดลง



สรุปผล

สรุปผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลด้วยโปรแกรมการผ่าตัดแบบช่องทางดาวน์ โดยแยกได้ 3 ด้านดังต่อไปนี้

ด้านองค์กร/หน่วยบริการ

1. ลดอัตราวันนอนพักในโรงพยาบาล
2. ลดอัตราการครองเตียง
3. ลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ
4. ลดค่าใช้จ่ายโดยรวมในการดูแล

ด้านผู้ให้บริการ

1. มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม เกิดความเชื่อมโยงของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย
2. ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบช่องทางดาวน์

ด้านผู้รับบริการ

1. ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ความพิการลดลง
2. ลดภาวะเครียดในผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี
3. ระดับความปวดลดลงภายใน 1-2 วันหลังผ่าตัด
4. ผู้ป่วยมีการปรับตัวโดยรวม และการปรับตัวทางด้านร่างกาย ด้านอัตโนมัติด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกันสูง
5. มีความพึงพอใจในการดูแลรักษา

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจน ว่าการผ่าตัดแบบช่องทางดาวน์ ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง การเตรียมความพร้อมในระยะก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด กระทั่งเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และเจ้าหน้าที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดในทุกขั้นตอนของการรักษา จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแล ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัยในชีวิต องค์กรได้รับประโยชน์สูงสุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านงบประมาณค่าใช้จ่ายโดยรวม และทีมสหสาขาวิชาชีพมีการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อสรุปดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงพัฒนาการของการดูแลที่แตกต่างจากเดิม กล่าวคือ ที่ผ่านมา เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง เต้านม ก็จะได้รับการศึกษาตามขั้นตอนซึ่งค่อนข้างล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยหนีออกจากกระบวนการรักษา หรือเกิดการลุกลามของโรค⁴ นอกจากนั้นผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัดที่ได้รับการผ่าตัดแบบช่องทางดาวน์ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ยังสอดคล้องกับผลของการนำระบบ fast track ไปใช้เพื่อดูแลในกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง¹⁶ ซึ่งสามารถลดความพิการในผู้ป่วยได้ โรคในกลุ่มสูติศาสตร์⁹ ที่เข้ารับการผ่าตัดแบบช่องทางดาวน์มีคุณภาพชีวิตที่ดี พื้นตัวได้เร็วการผ่าตัดลำไส้ใหญ่^{6,9}

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการดำเนินการจัดบริการแบบช่องทางดาวน์ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทย ยังขาดรูปแบบที่ชัดเจน ดังนั้นจึงควรศึกษาทดลองใช้โปรแกรมการผ่าตัดแบบช่องทางดาวน์ เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการทำงานเป็นทีม ระหว่างศัลยแพทย์ วิทยุแพทย์ แพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ขณะเดียวกัน ควรศึกษาผลลัพธ์การดูแลภายใต้ระบบที่พัฒนาขึ้น นอกจากนั้นควรให้ข้อมูลและแนะนำแนวทางการรักษาที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วย รวมถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในระบบการดูแลรักษา

กิตติกรรมประกาศ

บทความการวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดบริการแบบFast Track ต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.อมร สุวรรณนิมิตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้การสนับสนุน และให้คำปรึกษาในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอระลึกถึงและขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. (2015). Global Health Observatory (GHO) data. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2557, จาก http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer/en/.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2555). ทะเบียน ชมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2555. กรุงเทพฯ; โรงพิมพ์ตะวันออก.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2557). รายงานสถิติข้อมูล 2557. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2557, จาก <http://203.157.186.123/main/index.php>.
4. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2557). เอกสารสรุปสถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและก้อนที่เต้านมประจำปี 2557.
5. Kehlet H. (1997). Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br J Anaesth, 78 (5), 606-617.
6. Kehlet H. (2011). Fast-track surgery-an update on physiological care principles to enhance recovery. Langenbecks Arch Surg, 396 (5), 585-590.



7. Birgitte G.Mertz, Neils Kroman, Helene Williams, Henrik Kehet. (2013). Fast-track surgery for breast cancer is possible. *Denish Medical journal*, 60 (5), 1-5.
8. Carter J, Szabo R, Sim WW, etc.al, (2010). Fast track surgery: a clinical audit. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 50 (2), 159-163.
9. Jan Wind, Jan Hofland, Benedikt Preckel, etc.al. (2006). Perioperative strategy in colonic surgery; LAparoscopy and/or Fast track multimodal management versus standard care (LAFA trial). *BMC surgery*, 6 (16), 1-8.
10. Prades J1, Espinàs JA, Font R, etc.al. (2011). Implementing a Cancer Fast-track Programme between primary and specialised care in Catalonia (Spain): a mixed methods study. *Br J Cancer*, 105 (6), 753-759.
11. Aditya J. Nanavati, S. Prabhakar. (2014). Fast-track surgery: Toward comprehensive peri-operative care. *Review article*, 8 (2), 127-133
12. Douglas W Wilmore.(2002). From Cuthbertson to Fast-Track Surgery: 70 Years of Progress in Reducing Stress in Surgical Patient. *Annals of Surgery*, 236(5), 643-648.
13. F Olesen, R P Hansen and P Vedsted. (2009). Delay in diagnosis: the experience in Denmark. *British Journal of Cancer*. 101 (2), 55-58.
14. Andrew J Kitching FRCA, Sarah S O'Neill FRCA. (2009). Fast-track surgery and anaesthesia. *Continuing Education in anaesthesia, Critical Care & pain*, 9(2), 39-43.
15. Douglas W Wilmore, Henrik Kehlet. (2001). Management of patient in Fast track surgery. *BMJ*. 322(7284), 473-476.
16. สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2558). การพัฒนาเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองภาคอีสาน. *Journal of Thai Stroke Society*.14(1). 3-13.