

ปัจจัยทำนายการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิต ของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์มะเร็งระดับจังหวัด*

ณัฐมา ทองธีรธรรม, ปร.ด.(การพยาบาล)**

คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล, Ph.D. (Nursing) ***

พิจิตรา เล็กดำรงกุล, พยม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ****

พิมพ์จันท ปิ่นสุนทร, บธ.ม.*****

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์มะเร็งระดับจังหวัดในภาคกลาง ประเทศไทย

การออกแบบงานวิจัย: การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย

การดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งจำนวน 94 คน เก็บรวบรวมข้อมูลการรับรู้หน้าที่รับผิดชอบ ความมั่นใจในการให้บริการ การรับรู้อุปสรรคการให้บริการ และการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็ง ด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากนักวิจัยในโครงการวิจัยความร่วมมือระหว่างประเทศภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก “The STEP Study” วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทำนายแบบการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งอายุเฉลี่ย 36.53 ปี (SD = 5.14) ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 12.20 ปี (SD = 5.62) ส่วนใหญ่การศึกษาในระดับปริญญาตรี (89%) และเคยผ่านการศึกษอบรมเฉพาะทาง (75%) ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบอยู่ระดับสูง (Mean = 116.08, SD = 15.97) ความมั่นใจในการให้บริการอยู่ระดับปานกลาง (Mean = 178.75, SD = 44.85) การรับรู้อุปสรรคการให้บริการอยู่ระดับปานกลาง (Mean = 35.85, SD = 8.72) และการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็งอยู่ระดับปานกลาง (Mean = 76.30, SD = 17.17) หากมีการรับรู้หน้าที่รับผิดชอบและความมั่นใจในการให้บริการสูง พยาบาลจะให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็งมาก ($r = .520, r = .679, p < .05$) พยาบาลที่มีระดับการศึกษาสูงจะการรับรู้หน้าที่รับผิดชอบและการรับรู้อุปสรรคการให้บริการสูง ($r = .238, r = .281, p < .05$) เฉพาะการรับรู้หน้าที่รับผิดชอบและความมั่นใจในการให้บริการเท่านั้นที่สามารถร่วมกันทำนายการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็งได้ร้อยละ 48.9 ($R^2 = .489, F = 5.084, \beta = .565, .204, p < .05$) ข้อเสนอแนะ: ควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งรับรู้หน้าที่และสร้างความมั่นใจในการให้การบริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็ง โดยให้มีการศึกษาเฉพาะทางมะเร็งเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มสมรรถนะทางการให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ให้ดูแลได้อย่างครอบคลุมมีประสิทธิภาพต่อไป

วารสารสภาการพยาบาล 2561; 33(4) 124-146

คำสำคัญ: ผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง/ ความมั่นใจในการให้บริการ/ การรับรู้หน้าที่/ พยาบาลวิชาชีพ
แผนบริการผู้รอดชีวิต

* งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยความร่วมมือ (The STEP Study) ระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย Queensland University of Technology's ประเทศออสเตรเลีย และ Hong Kong Polytechnic University สาธารณรัฐประชาชนจีน

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล e-mail: natma.the@mahidol.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จังหวัดลพบุรี

Predictors of Survivorship Care Plan Delivery among Professional Nurses in Provincial Cancer Center*

Natma Thongteratham, Ph.D.(Nursing) **

Kanaungnit Pongthavornkamol, Ph.D.(Nursing) ***

Pichira Lekdamarongkul, MNS. (Adult Nursing) ****

Pimchan Pinsuntorn, M.B.A. *****

Abstract:

Objective: To study predictors of survivorship care plans (SCPs) delivery among professional nurses in a provincial cancer center in central region of Thailand.

Design: Predictive correlational research

Methodology: A sample was 94 professional nurses who had delivered SCPs to cancer survivors. Data were collected using perceived responsibility to survivorship care, confidence in survivorship care delivery, perceived barrier for optimal survivorship care, and SCPs delivery questionnaires developed by researcher from collaborative projects between countries in Asia-Pacific regions “The STEP Study”. A statistical analysis was conducted using Stepwise Linear Regression.

Results: Professional nurses providing cancer survivors care had average age of 36.53 years (SD = 5.14) with average working experience of 12.20 years (SD = 5.62). Most of them graduated with bachelor degree (89%) and received oncology specialty training (75%). Findings revealed a high perceived responsibility to survivorship care (Mean = 116.08, SD = 15.97), moderate confidence in delivery service (Mean = 178.75, SD = 44.85), moderate perceived barrier for optimal survivorship care (Mean = 35.85, SD = 8.72), and moderate frequency of providing survivorship care concerning SCPs delivery (Mean = 76.30, SD = 17.17). The higher the perceived responsibility to survivorship care and confidence in delivery service are, the more frequency of providing survivorship care by professional nurses is ($r = .520$, $r = .679$, $p < .05$). Nurses with higher educational level were more likely to have more perception of responsibility to survivorship care ($r = .238$, $p < .05$). Only the perception of responsibility to survivorship care and confidence in delivery service could jointly explained the variance of the frequency of providing survivorship care concerning SCPs delivery for 48.9% ($R^2 = .489$, $F = 5.084$, $\beta = .565$, $.204$, $p < .05$)

Recommendations: The perception of responsibility to survivorship care and confidence in delivery service should be promoted among professional nurses. Especially, the oncology specialty training should be offered in order to enhance the competency in cancer survivorship care delivery for comprehensive service.

Thai Journal of Nursing Council 2018; 33(4) 124-146

Keywords: cancer survivors; confidence in care delivery; perceived responsibility; professional nurses; survivorship care plans

*This research is a part of collaborative project (The STEP Study) between Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand, and the Queensland University of Technology's, Australia, and the Hong Kong Polytechnic University, Hong Kong

**Corresponding Author: Lecturer, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University, e-mail: natma.the@mahidol.ac.th

***Associate Professor, Department of Medical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

**** Assistant Professor, Department of Medical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

***** Registered Nurse, Lopburi Cancer Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติการณ์โรคมะเร็งในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก คิดเป็นจำนวนกว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลก^{1,2} โดยคาดการณ์ว่าในอีกหนึ่งทศวรรษหน้า ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในภูมิภาคนี้อาจจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 41 หรือประมาณ 6.5 ล้านคนต่อปี^{1,2} แต่ขณะเดียวกันการรักษาโรคมะเร็งปัจจุบันพัฒนารุดหน้าไปมาก เป็นผลให้ในทศวรรษที่ผ่านมา อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเริ่มลดลงอย่างต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 26¹⁻⁴ สำหรับสถานการณ์ของประเทศไทย จากทะเบียนผู้ป่วยระดับโรงพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2557 - 2559 รายงานจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เท่ากับ 3,968 ราย (ร้อยละ16.88), 3,439 ราย (ร้อยละ13.55), และ 3,610 ราย (ร้อยละ 13.71) จากจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด ตามลำดับ³ ทั้งนี้แนวโน้มอัตราผู้รอดชีวิตจากมะเร็งในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับสถานการณ์โลก¹⁻⁴

จากสถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดการเพิ่มจำนวนผู้รอดชีวิตจากมะเร็งสะสมอยู่ในระบบบริการสุขภาพที่เป็นภาระการดูแล (burden of care)¹⁻⁵ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งมีความต้องการระบบการบริการต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่การวินิจฉัยโรคจนถึงภายหลังระยะสิ้นสุดการรักษา³⁻⁵ หลายการศึกษา^{4,5,11-14} ระบุผลลัพธ์สอดคล้องกันว่า ระบบบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งยังคงต้องการการพัฒนาคุณภาพการบริการที่ต่อเนื่อง จากผู้รอดชีวิตจากมะเร็งหลังเสร็จสิ้นการรักษายังคงมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ สาเหตุมาจากโรคมะเร็ง ผลข้างเคียงจากการรักษาที่เกิดขึ้นที่ และการรับรู้การบริการที่ไม่ได้ตามความต้องการ⁴⁻¹¹ รวมทั้งผลข้างเคียงจากการรักษามะเร็งทางกายในระยะยาว เช่น การทำหน้าที่ของอวัยวะบกพร่อง (impaired organ functioning)⁸⁻¹¹ ความบกพร่องการ

ทำหน้าที่ของร่างกาย⁸⁻¹¹ ความปวด^{8,10} อากาศอ่อนล้า (fatigue)^{7,8,10} และความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งใหม่ที่อวัยวะอื่นหรือการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งที่อวัยวะเดิม⁸⁻¹¹ เป็นต้น รวมทั้งผลกระทบต่อระยะยาวทางจิตสังคมของผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง เช่น ภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล กลัวการเป็นกลับซ้ำ ปัญหาทางเพศสภาพ ปัญหาสัมพันธภาพ และการลดลงของสมรรถภาพในการประกอบอาชีพ การเข้าสังคมและการทำกิจกรรมในบ้าน เป็นต้น^{11,12} ที่ต้องพัฒนาระบบการบริการที่รองรับอย่างเหมาะสม⁴⁻¹⁴

สถาบันการแพทย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา (The Institute of Medicine: IOM) ในปีค.ศ. 2005 กำหนดแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง (Survivorship care plan: SCPs) 4 ด้านคือ 1) การป้องกันและการตรวจค้นโรคมะเร็งใหม่และการเป็นกลับซ้ำของโรคมะเร็งเดิม 2) การเฝ้าระวังการกระจายของมะเร็งและการเป็นกลับซ้ำ 3) การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ และ 4) การประสานงานและความร่วมมือบริการระหว่างทีมสุขภาพ⁴⁻⁶ ซึ่งหลายประเทศทั่วโลกใช้ดำเนินการเพื่อยกระดับคุณภาพบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง¹¹⁻¹⁴ สำหรับประเทศไทย การพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเป็นนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ กำหนดเป็นหนึ่งในแผนการจัดบริการระดับประเทศ (national service plan) ตามกรอบแนวคิดแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของ สถาบันการแพทย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ดังกล่าวมาแล้วเช่นกัน²

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยระบบบริการสำหรับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งในประเทศไทยและนานาชาติได้เสนอแนะให้ศึกษาเพิ่มเติมในหลายประเด็น⁷⁻¹⁵ โดยเฉพาะผลการศึกษาก่อนหน้าพบว่า ระบบบริการ

สำหรับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งควรมีแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based practice guideline: EBP) เพื่อเพิ่มผลลัพธ์สุขภาพ คุณภาพการบริการ ความเท่าเทียม และการเข้าถึงบริการที่ดี⁷⁻¹⁵ ที่สำคัญคือระบบบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งที่ดีจะมีการรับรู้ การดูแลตามความต้องการสูง⁸⁻¹² ภาวะแทรกซ้อนและจำนวนอาการผิดปกติหลังสิ้นสุดการรักษา^{9,11} ความพึงพอใจต่อการบริการสูง^{8,10-12} และมีการรับรู้ คุณภาพการบริการของแหล่งบริการนั้นสูง⁹⁻¹⁵ ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งสูง^{7-9,12-15} ดังนั้นการให้บริการตามระบบบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งยังเป็นประเด็นสำคัญในประเทศไทยที่ต้องศึกษาอย่างเร่งด่วน รวมถึงปัจจัยด้านบุคลากรผู้ให้บริการ ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพเป็นฟันเฟืองหลักในการขับเคลื่อนระบบบริการดังกล่าวให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ดังกล่าว

สภาการพยาบาล องค์กรวิชาชีพหลักของสภาการพยาบาลไทย กำหนดสมรรถนะหลักสำหรับพยาบาลเฉพาะทางมะเร็งให้มีขีดความสามารถ ความรู้ ความชำนาญ และทักษะในการดูแล/จัดการกับปัญหาของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ร่วมกับทักษะเฉพาะในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาโรคมะเร็ง การบริหารยาเคมีบำบัด ยามุ่งเป้า และภูมิคุ้มกันบำบัด การจัดการอาการปวดเรื้อรังและอาการอื่น ๆ จากโรคมะเร็ง การจัดการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีและรังสีร่วมรักษา และการดูแลแบบประคับประคองทั้งในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาหลักและ/หรือร่วมกับการรักษาเสริมแล้ว ที่พบว่าสอดคล้องกับแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็งของประเทศไทย และแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของ สถาบันการแพทย์ ประเทศสหรัฐอเมริกาทั้ง 4 ด้าน^{4-7,10} ดังนั้นจากข้อกำหนดสมรรถนะหลัก สมรรถนะเฉพาะ และ

แผนบริการระดับชาติในการให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง จึงเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนบริการที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดนี้จากหลักฐานเชิงประจักษ์^{4-7,11-14}

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบข้อจำกัดในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งในหลายการศึกษา^{8,10,17-24} ตัวอย่างเช่น การขาดความชัดเจนในการรับรู้หน้าที่รับผิดชอบขาดความมั่นใจในการให้บริการ ไม่ได้ให้บริการและการให้บริการไม่สม่ำเสมอ รวมถึงขาดการรับรู้อุปสรรคในการให้บริการ เป็นต้น¹⁷⁻²⁴ โดยเฉพาะผลการศึกษาในต่างประเทศระบุว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพแก่ผู้รับบริการกลุ่มนี้ เช่น ประสิทธิภาพการทำงาน¹⁷⁻²⁴ ระดับการศึกษา¹⁷⁻²⁰ และการศึกษาอบรมเฉพาะทางเพิ่มเติม^{17,24} เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบข้อเสนอแนะในการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว^{10-12,16-24} โดยพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการ ต้องรับรู้หน้าที่และเห็นความสำคัญตลอดจนให้บริการอย่างมั่นใจรวมทั้งต้องมีการรับรู้อุปสรรคในการให้การบริการอย่างเหมาะสม ทั้งยังขาดองค์ความรู้เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวกับการบริการของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการโดยตรงกับผู้รับบริการกลุ่มนี้ในประเทศไทย ที่จะใช้ในเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาการบริการ ตามกรอบแนวคิดแผนบริการระบบบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งและสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลตามแผนบริการ โดยพัฒนาการบริการให้ตรงตามความต้องการของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งให้ครอบคลุม และเหมาะสมยิ่งขึ้น^{4-6,10,16-24}

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบอำนาจการทำนายของประสพการณ์การทำงาน ระดับการศึกษา การศึกษาอบรมเฉพาะทาง

การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบการให้บริการ ความมั่นใจในการให้บริการ การรับรู้อุปสรรคการให้บริการ การให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็งของพยาบาลวิชาชีพของศูนย์มะเร็ง ผลวิจัยอาจนำไปใช้เป็นข้อมูลในการเตรียมความพร้อม และแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพตามความเชี่ยวชาญที่กำหนดจากแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งที่เป็นสากล ที่จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีและคุณภาพการบริการที่มีประสิทธิภาพต่อไป

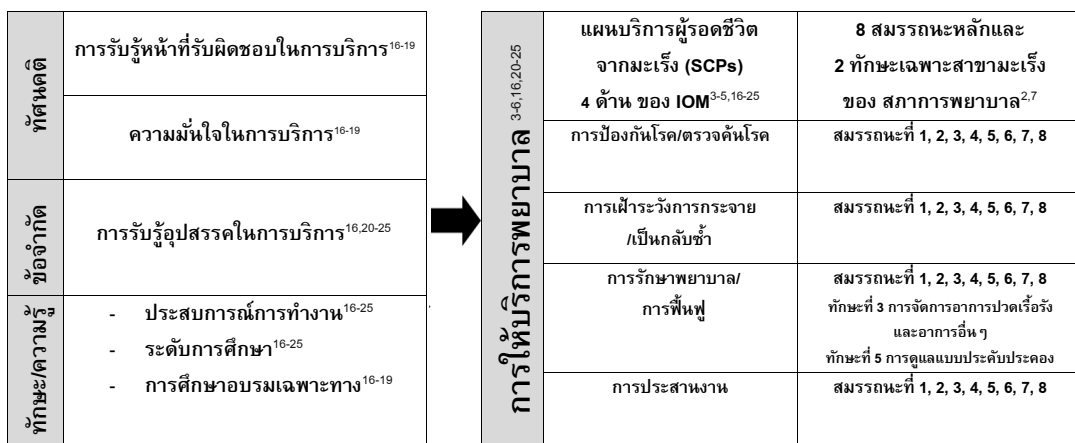
กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีจิตวิทยาเพื่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในบุคลากรสุขภาพ (psychological theories for implementing evidence-based changes) ของ Michie และคณะ อธิบายว่าบุคลากรสุขภาพซึ่งเป็นกลุ่มเฉพาะจะเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติ/หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based changes) ได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยเบื้องต้นที่จำเป็นและเพียงพอสำหรับการปฏิบัติงานคือ 1) ทศนคติที่จะตั้งใจปฏิบัติ 2) ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติ และ 3) ทักษะ/ความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติ⁶ ประกอบไปกับ 8 สมรรถนะหลักของพยาบาลสาขามะเร็ง ที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล^{2,7} คือ 1) ประกอบวิชาชีพโดยใช้หลักจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย 2) บูรณาการศาสตร์การพยาบาลและหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติในผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวทุกระยะการเจ็บป่วย รวมถึงระยะท้ายและระยะรอดชีวิต 3) คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ พัฒนาตนเองต่อเนื่อง เจตคติที่ดีต่อการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง และมีส่วนร่วมในการพัฒนางานวิชาชีพในสาขา 4)

ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขา ชุมชนและภาคีเครือข่าย และมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง 5) ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการรักษาพยาบาลและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 6) สื่อสารเชิงวิชาชีพกับผู้ป่วยมะเร็ง ครอบครัว และทีมสหสาขา 7) ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการข้อมูลสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว 8) ปฏิบัติงานร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และ 2 ใน 5 ทักษะเฉพาะคือ ทักษะที่ 3 การจัดการอาการปวดเรื้อรังและอาการอื่น ๆ จากโรคมะเร็ง และ ทักษะที่ 5 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาทางศัลยกรรม เคมีบำบัด และรังสีร่วมรักษา^{2,7}

ในการศึกษานี้พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งต้องให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง (SCPs) ของประเทศกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขที่มีการให้บริการสอดคล้องกับที่กำหนดโดยสถาบันการแพทย์ประเทศสหรัฐอเมริกา (IOM)^{2-5,7} ร่วมกับ 8 สมรรถนะหลักและ 2 ทักษะเฉพาะการพยาบาลสาขามะเร็ง กำหนดโดยสภาการพยาบาล^{2,7} ซึ่งการให้บริการตามแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของประเทศนี้ มีปัจจัยที่มีอิทธิพลเกี่ยวข้องหลากหลาย^{3-5,13-25} อธิบายตามทฤษฎีของ Michie และคณะ⁶ มีดังนี้ 1) ทศนคติที่จะตั้งใจปฏิบัติ หมายถึง การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบและความมั่นใจในการให้บริการ 2) ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติ หมายถึง การรับรู้อุปสรรคในการบริการ และ 3) ทักษะ/ความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติ หมายถึง ประสิทธิภาพการทำงานระดับการศึกษา และการศึกษาอบรมเฉพาะทางและอื่น ๆ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลทางบวกหรือทางลบ

หรือมีอิทธิพลกับการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดที่เกี่ยวข้อง แผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของสถาบันการแพทย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา สมรรถนะทางการปฏิบัติพยาบาล สภาการพยาบาล และปัจจัยที่สนใจศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์จากแนวคิดจิตวิทยาเพื่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในบุคลิกกรสุขภาพ (psychological theories for implementing evidence-based changes) ของ Michie และคณะ^{6,16} แผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของสถาบันการแพทย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา²⁻⁵ และ 8 สมรรถนะหลักและ 2 ทักษะเฉพาะทางการพยาบาลสาขามะเร็ง สภาการพยาบาล^{2,7}

สมมติฐานการวิจัย

ประสพการณ์การทำงาน ระดับการศึกษา การศึกษาอบรม การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบ ความมั่นใจในการให้บริการ และการรับรู้อุปสรรคการให้บริการ สามารถร่วมกันทำนายการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็งของพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของประสพการณ์การทำงาน ระดับการศึกษา การศึกษาอบรม การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบ ความมั่นใจในการให้บริการ และการรับรู้อุปสรรคการให้บริการ กับบริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็งของพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยระหว่างประเทศในเขตเอเชียแปซิฟิก ภายใต้โครงการ The STEP Study¹⁷

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ณ ศูนย์มะเร็งประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง ในภาคกลางของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรตามเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) อายุมากกว่า 18 ปีบริบูรณ์ 2) ทำงานเต็มเวลาโดยคิดจากจำนวนชั่วโมงการทำงาน

ด้านการพยาบาลทำงานต่อสัปดาห์มากกว่า 20 ชั่วโมง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่ากำลังการทดสอบ (power analysis) ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .85 และค่าขนาดอิทธิพลได้จากการวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการตามแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง¹⁹ ค่าขนาดอิทธิพลปานกลาง (medium effect size) เท่ากับ .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 93 ราย แต่เนื่องจากประชากรพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ณ ศูนย์มะเร็งประจำจังหวัดที่กำหนดให้เป็นสถานที่วิจัยในโครงการ มีจำนวนทั้งสิ้น 94 ราย และทั้งหมดให้ความสนใจและให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เท่ากับ 94 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษา การศึกษาอบรม ประเภทหอผู้ป่วย ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และหน่วย/แผนกที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

2. แบบสอบถามการรับรู้หน้าที่รับผิดชอบ การให้บริการ ความมั่นใจในการให้บริการ และการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็ง (SCPs) พัฒนาโดย Chan และคณะ¹⁶ ตามแนวคิดแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของสถาบันการแพทย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา²⁻⁵ 4 ด้านคือ การป้องกันโรค 2 ข้อ การรักษาพยาบาล 14 ข้อ การเฝ้าระวัง/ติดตามโรค 5 ข้อ และการประสานงาน 8 ข้อ รวม 29 ข้อ แปลเครื่องมือเป็นภาษาไทย คณิงนิง พงศ์ถาวรกุล และคณะ¹⁶ โดยผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบการให้บริการ (Perceived responsibility to survivorship care) ประเมินการรับรู้หน้าที่รับผิดชอบการให้บริการตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็ง มีจำนวน 29 ข้อ แบ่งระดับการรับรู้หน้าที่รับผิดชอบเป็น 5 ระดับคือ คะแนน 1 – 5 โดยคะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย คะแนน 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วย คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าคะแนนตั้งแต่ 29 – 145 คะแนนสูงหมายถึงการรับรู้หน้าที่รับผิดชอบการบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 2 ความมั่นใจในการให้บริการ (confidence of delivering survivorship care) ประเมินความมั่นใจในการให้บริการตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็ง มีจำนวน 29 ข้อ แบ่งระดับความเชื่อมั่นเป็น 11 ระดับ คือคะแนน 0 – 10 โดยคะแนนเป็นแบบเชิงเส้น 0 – 10 มีหมายเลขกำกับบนเส้นตรง ตั้งแต่ 0 ,1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, และ 10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่สามารถทำได้เลย คะแนน 10 หมายถึง ทำได้อย่างแน่นอน มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 –

290 คะแนนสูงหมายถึงความมั่นใจในการให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 การให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็ง (delivering survivorship care) ประเมินการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็ง มีจำนวน 29 ข้อ แบ่งระดับการให้บริการเป็น 5 ระดับคือ คะแนน 1 – 5 โดยคะแนน 1 หมายถึง ไม่เคย คะแนน 2 หมายถึง เป็นบางโอกาส คะแนน 3 หมายถึง บ่อยครั้ง คะแนน 4 หมายถึง บ่อยมาก คะแนน 5 หมายถึง ทำทุกครั้ง ค่าคะแนนตั้งแต่ 29 – 145 คะแนนสูงหมายถึงการให้บริการพยาบาลผู้รอดชีวิตจากมะเร็งอยู่ในระดับสูง

3. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการให้บริการ (perceived barrier to optimal survivorship care provision) ประเมินการรับรู้อุปสรรคต่อการให้บริการตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็ง 3 ด้านคือ ด้านบุคคล 8 ข้อ ด้านองค์กร 3 ข้อ และด้านวิชาชีพ 5 ข้อ รวม 16 ข้อ แบ่งระดับการรับรู้อุปสรรคเป็น 4 ระดับคือ คะแนน 1 – 4 โดยคะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 2 ไม่เห็นด้วย คะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วย คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 – 64 คะแนนสูงหมายถึงการรับรู้อุปสรรคการให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านกระบวนการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาและการดูแลผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง จำนวน 10 คน คือ แพทย์เฉพาะทางเคมีบำบัด 2 คน แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมผู้ป่วยมะเร็ง 1 คน พยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 5 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 2 คน

ทำการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (content validity index: CVI) และนำเครื่องมือมาปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าความตรงทางเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งหมดเท่ากับ 1 และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามการรับรู้หน้าที่รับผิดชอบได้ค่าเท่ากับ 0.94 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคการให้บริการได้ค่าเท่ากับ 0.92 และแบบสอบถามการให้บริการได้ค่าเท่ากับ 0.94 ตามลำดับ และได้ค่า interrater reliability ของแบบสอบถามความมั่นใจในการให้บริการเท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA: IRB-NS 2015/40-2906) ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นการวิจัย โดยโครงการวิจัยนี้ใช้การประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลและสอบถามความสมัครใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยง หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดกรองผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของโครงการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ การรักษาความลับข้อมูล การขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือการปฏิเสธ การเข้าร่วมในการวิจัยที่จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงาน การประเมินผลการปฏิบัติงาน ตลอดจนการดำเนินงานขององค์กรและวิชาชีพ ทั้งในปัจจุบันตลอดไปจนถึงในอนาคต

ผู้วิจัยทำการรักษาความลับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทุกคนอย่างเคร่งครัด ตั้งแต่การส่งแบบการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยและแบบสอบถามการวิจัย ด้วยการบรรจุซองที่ปิดผนึกไม่ระบุชื่อและที่อยู่ใด ๆ ลงในซองบรรจุและเอกสารแบบสอบถามการวิจัยทุกฉบับจะไม่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้ สถานที่สำหรับเก็บข้อมูลในการตอบแบบสอบถามเป็นสถานที่ส่วนตัว โดยผู้วิจัยจัดห้องเฉพาะให้สำหรับผลการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพียงเท่านั้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น จะทำลายข้อมูลทั้งหมดทันทีเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่กำหนด

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับอนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษ ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย จากนั้นเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ประจำโรงพยาบาลดำเนินการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดกรองผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมตามเกณฑ์ที่กำหนด ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมด โดยไม่มีการขึ้นคำตอบที่ต้องการ ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15 - 30 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นและส่งแบบสอบถามคืนแล้ว ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบแบบสอบถามเพื่อข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 94 ราย วิเคราะห์สถิติเชิงบรรยาย โดยการหาค่าความถี่ ร้อย

ละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็ง การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบการให้บริการ ความมั่นใจในการให้บริการ และการรับรู้อุปสรรคการให้บริการ จากนั้นข้อมูลปัจจัยที่สนใจศึกษาจะถูกนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ พบว่า ข้อมูลทั้งหมดมีการกระจายแบบโค้งปกติ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์การทำงาน ระดับการศึกษา การศึกษาอบรม การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบการให้บริการ ความมั่นใจในการให้บริการ การรับรู้อุปสรรคการให้บริการ และการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็งของพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็ง เรียงลำดับจากมากไปน้อยคือ ความมั่นใจในการให้บริการ การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบการให้บริการ การรับรู้อุปสรรคการให้บริการ และการศึกษาอบรม ($r = .679, r = .520, r = -.229, r = .212, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนประสพการณ์การทำงานและระดับการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

จากนั้นเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์วิเคราะห์อำนาจทำนาย โดยวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise linear regression) ผลทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติพบค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.870 มีค่าอยู่ในช่วง 1.5 - 2.5 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระกัน มีความเป็นอิสระ และกำหนดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เพื่อเข้าวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบขั้นตอนตามลำดับ จากความสัมพันธ์มากไปน้อย เพื่อลดอิทธิพลของตัวแปรที่ความสัมพันธ์ระดับสูงคือ 1) ความมั่นใจใน

การให้บริการ 2) การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบการให้บริการ 3) การรับรู้อุปสรรคการให้บริการ และ 4) การศึกษาอบรม และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 98.9 มีอายุเฉลี่ย 36.53 ปี (SD = 5.14, min = 26, max = 52) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 89 ประสบการณ์การทำงานให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเฉลี่ย 12.20 ปี (SD = 5.62, min = 3, max = 33) ผ่านการศึกษาอบรมร้อยละ 74 เป็นผู้ปฏิบัติทางคลินิกร้อยละ 84 และร้อยละ 16 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่ร้อยละ 75 และปฏิบัติงานอยู่ในผู้ป่วยในร้อยละ 50 ประสบการณ์การทำงานส่วนใหญ่ 6-10 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

2. การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบในการบริการโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับสูง (mean = 116.08, SD = 15.97) เมื่อจำแนกรายด้าน/รายข้อพบว่า ส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าเป็นหน้าที่รับผิดชอบสูงเช่น การดูแลสุขภาวะจิตสังคม การแพร่กระจาย/การเป็นกลีบซ้ำ และการสื่อสารภายในทีม สุขภาพหลักที่ดูแล คิดเป็นร้อยละ 95.7, 92.5 และ 92.5 เป็นต้น สำหรับหน้าที่ที่กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยว่าเป็นหน้าที่รับผิดชอบคือ การเจริญพันธุ์/การมีบุตร การจ้างงานและการเงิน และการเลี้ยงดูบุตร/งานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 37.2, 26.6, และ 16.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

3. ความมั่นใจในการให้บริการ โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนปานกลาง (mean = 178.75,

SD = 44.85) เมื่อจำแนกรายด้าน/รายข้อพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการให้บริการสูงเช่น การตรวจสอบการรับผลตรวจติดตามโรคมะเร็ง (mean = 7.47, SD = 2.07) การจัดการความปวด (mean = 7.26, SD = 1.97) และการให้คำแนะนำพฤติกรรมสุขภาพ (mean = 7.20, SD = 2.03) ตามลำดับ แต่กลุ่มตัวอย่างไม่มั่นใจในการให้บริการมากที่สุดคือ การให้คำแนะนำการเจริญพันธุ์/การมีบุตร (mean = 3.46, SD = 2.42) การให้คำแนะนำเรื่องการทำงานและการเงิน (mean = 4.27, SD = 2.59) และการให้คำแนะนำเรื่องการเลี้ยงดูบุตร/งานบ้าน (mean = 4.96, SD = 2.51) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

4. การให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็ง โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนปานกลาง (mean = 76.39, SD = 17.17) เมื่อจำแนกรายด้าน/รายข้อพบว่า ส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ทำ/ทำบางโอกาสสูงที่สุดคือ ด้านการรักษาพยาบาล/การฟื้นฟูได้แก่การให้คำปรึกษาเรื่องการเจริญพันธุ์/การมีบุตร อาชีพ/การจ้างงาน/การเงิน และการดูแลบุตร/งานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 93.6, 81.9 และ 77.7 รองลงมาคือด้านการเฝ้าระวัง/ติดตามได้แก่ การประสานงานแหล่งสนับสนุนภายนอก ร้อยละ 70.2 ตามด้วยด้านการป้องกันโรคได้แก่ การให้คำปรึกษาด้านอาหารและเวชภัณฑ์และการให้คำปรึกษาเรื่องการคัดกรองโรคมะเร็งทางพันธุกรรมและการค้นหาญาติกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 65.9 และ 63.8 ส่วนด้านการประสานงานได้แก่ การพิทักษ์สิทธิผู้รอดชีวิตจากมะเร็งร้อยละ 61.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง จำแนกตามความถี่ และร้อยละ (n = 94)

ข้อมูลทั่วไป	n	%
อายุ (ปี)		
18-29	7	7.4
30-39	54	57.4
40-49	32	34.0
> 50	1	1.1
เพศ		
หญิง	93	98.9
ชาย	1	1.1
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)		
1-5	9	9.6
6-10	34	36.2
11-20	47	50.0
> 20	4	4.3
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	89	94.7
ปริญญาโท	5	5.3
การศึกษาอบรม		
ไม่เคย	25	26.6
อบรมเฉพาะการพยาบาลทางผู้ป่วยมะเร็ง 4 เดือน	22	23.4
อบรมระยะสั้นการให้ยาเคมีบำบัด 10 วัน	29	30.8
อบรมระยะสั้นการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 5 วัน	12	12.8
การฝึกอบรมอื่น ๆ (palliative care, ostomy care)	6	6.4
บทบาทการให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง		
ผู้ปฏิบัติทางคลินิก	84	89.4
บริหาร/การศึกษา	10	10.6
สถานที่ปฏิบัติงาน/ลักษณะงานที่ปฏิบัติ		
ผู้ป่วยนอก	35	37.2
ผู้ป่วยใน	50	53.2
ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	9	9.6

ตารางที่ 2 การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบการให้บริการ ความมั่นใจการให้บริการ และการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ของพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง จำแนกรายด้านและรายข้อ ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (n = 94)

แผนการบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง (Survivorship Care Plan: SCPs)	การรับรู้ความรับผิดชอบหน้าที่			ความมั่นใจ		การให้บริการ	
	x = 116.08 (SD = 15.97)			x = 178.75 (SD = 44.85)		x = 76.30 (SD = 17.17)	
	ไม่เห็นด้วย/ ค่อนข้าง ไม่เห็นด้วย	ไม่ทราบ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง/ ค่อนข้าง เห็นด้วย	0-10		ไม่ได้ทำ/ ทำบางโอกาส	ทำบ่อย/ ทำบ่อยมาก/ ทำทุกครั้ง
	N (%)	N (%)	N (%)	Possible Range	x (SD)	N (%)	N (%)
ด้านการป้องกัน (Prevention)							
1. การให้คำปรึกษาด้านพันธุศาสตร์/คัดกรองความเสี่ยงครอบครัว	12 (12.8)	11 (11.7)	71 (75.5)	0-10	5.77(2.26)	60(63.8)	34(36.2)
2. การให้คำปรึกษาด้านอาหาร/เวชภัณฑ์	10 (10.7)	11 (11.7)	73 (77.6)	0-10	5.90(2.40)	62(65.9)	32(34.1)
ด้านการพยาบาล/การฟื้นฟู (Intervention)							
3. กลุ่มสนับสนุน/เพื่อน/แหล่งสนับสนุน	3 (3.2)	4 (4.3)	87 (92.5)	0-10	6.01(2.07)	61(64.9)	33(35.1)
4. การคัดกรอง/ประเมินจิตสังคม	4 (4.3)	7 (7.4)	83 (88.2)	3-10	6.30(1.93)	42(44.7)	52(55.3)
5. การพยาบาลสุขภาพทางจิตสังคม	3 (3.2)	1 (1.1)	90 (95.7)	2-10	6.46(1.76)	41(43.6)	53(56.4)
6. เพศสภาวะและความสัมพันธ์	4 (4.3)	15 (16.0)	75 (79.7)	0-10	5.39(2.07)	64(68.8)	30(31.2)
7. การเจริญพันธุ์/การมีบุตร	35 (37.2)	22 (23.4)	37 (39.4)	0-9	3.46(2.42)	88(93.6)	6(6.4)
8. การจัดการความปวด	5 (5.3)	2 (2.2)	87 (92.5)	0-10	7.26(1.97)	1819.1()	76(80.9)
9. ผลข้างเคียงทางกายระยะยาว	6 (6.4)	7 (7.4)	81 (86.2)	1-10	6.44(2.14)	41(43.6)	53(56.4)
10. การวินิจฉัย การรักษาอาการ/ภาวะแทรกซ้อนระยะยาว	9 (9.6)	6 (6.4)	79 (84.0)	0-10	6.14(2.44)	44(46.8)	50(53.2)
11. การออกกำลังกาย	5 (5.3)	3 (3.2)	86 (91.5)	0-10	6.68(2.21)	41(43.6)	53(56.4)
12. อาหาร/เวชภัณฑ์	6 (6.4)	3 (3.2)	85 (90.4)	0-10	7.05(2.11)	32(34.1)	62(65.9)
13. อาหาร/เวชภัณฑ์	3 (3.2)	3 (3.2)	88 (93.6)	1-10	7.20(2.03)	32(34.1)	62(65.9)
14. พฤติกรรมสุขภาพ	14 (14.9)	27 (28.7)	53 (56.4)	1-10	4.96(2.51)	73(77.7)	22(22.3)
15. การดูแลบุตร/งานบ้าน	14 (14.9)	27 (28.7)	53 (56.4)	1-10	4.96(2.51)	73(77.7)	22(22.3)
16. อาชีพ/การจ้างงาน/การเงิน	25 (26.6)	21 (22.3)	48 (51.1)	0-10	4.27(2.59)	77(81.9)	17(18.1)
17. อาชีพ/การจ้างงาน/การเงิน	15 (16.0)	19 (20.2)	60 (63.8)	0-10	5.27(2.78)	62(65.9)	32(34.1)
18. ระบบประกันสุขภาพ/ค่ารักษาพยาบาล							

ตารางที่ 2 การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบการให้บริการ ความมั่นใจการให้บริการ และการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ของพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง จำแนกรายด้านและรายชื่อ ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (n = 94) (ต่อ)

แผนการบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง (Survivorship Care Plan: SCPs)	การรับรู้ความรับผิดชอบหน้าที่			ความมั่นใจ		การให้บริการ	
	ไม่เห็นด้วย/ ค่อนข้าง ไม่เห็นด้วย	ไม่ทราบ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง/ ค่อนข้าง เห็นด้วย	Possible Range	x (SD)	ไม่ได้ทำ/ ทำบางโอกาส	ทำบ่อย/ ทำบ่อยมาก/ ทำทุกครั้ง
	N (%)	N (%)	N (%)			N (%)	N (%)
ด้านการเฝ้าระวัง/ติดตาม (Surveillance)							
17. การให้ข้อมูลการสังเกตการแพร่กระจาย/การเป็นกัลบซ้ำ	3 (3.2)	2 (2.2)	89 (94.6)	1-10	7.00(1.93)	29(30.9)	65(69.1)
18. การตรวจสอบสุขภาพเมื่อมาตรวจรักษา/ซักประวัติสุขภาพ	5 (5.3)	3 (3.2)	86 (91.5)	0-10	7.08(2.30)	29(30.9)	65(69.1)
19. การให้คำแนะนำการตรวจคัดกรองมะเร็งทุกยุงุมิ	6 (6.4)	4 (4.3)	81 (86.2)	0-10	6.78(2.30)	41(43.6)	53(56.4)
20. การดูแลความกลัวการเป็นกัลบซ้ำ	7 (7.4)	6 (6.4)	70 (74.5)	0-10	6.40(2.30)	50(53.2)	44(46.8)
21. การประสานงานแหล่งสนับสนุนภายนอก	8 (8.5)	16 (17.0)		0-10	5.88(2.51)	66(70.2)	28(29.8)
ด้านการประสานงาน (Coordination)							
22. การให้ข้อมูลบุคคลที่ติดต่อได้ เมื่อมีปัญหา/ข้อสงสัย	2 (2.2)	5 (5.3)	87 (92.5)	1-10	7.13(2.05)	4(46.8)	50(53.2)
23. การสื่อสารกับทีมสุขภาพภายนอกหน่วยอื่น ๆ	2 (2.2)	6 (6.4)	86 (91.4)	0-10	6.57(2.26)	49(52.1)	45(47.9)
24. การสื่อสารภายในทีมสุขภาพหลักที่ดูแล	2 (2.2)	3 (3.2)	89 (94.6)	0-10	6.43(1.98)	49(52.1)	45(47.9)
25. การตรวจสอบการมารับผลตรวจติดตามโรคมะเร็ง	4 (4.3)	3 (3.2)	87 (92.5)	1-10	7.47(2.07)	33(35.1)	61(64.9)

ตารางที่ 2 การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบการให้บริการ ความมั่นใจการให้บริการ และการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ของพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง จำแนกรายด้านและรายข้อ ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (n = 94) (ต่อ)

แผนการบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง (Survivorship Care Plan: SCPs)	การรับรู้ความรับผิดชอบหน้าที่ x= 116.08 (SD = 15.97)			ความมั่นใจ x=178.75 (SD = 44.85)		การให้บริการ x = 76.30 (SD = 17.17)	
	ไม่เห็นด้วย/ ค่อนข้าง ไม่เห็นด้วย	ไม่ทราบ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง/ ค่อนข้าง เห็นด้วย	Possible Range	x (SD)	ไม่ได้ทำ/ ทำบางโอกาส	ทำบ่อย/ ทำบ่อยมาก/ ทำทุกครั้ง
	N(%)	N(%)	N(%)			N(%)	N(%)
26. การส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง/ แหล่งช่วยเหลือ	3 (3.2)	6 (6.4)	85 (90.4)	1-10	6.79(1.99)	55(58.5)	39(41.5)
27. การพิทักษ์สิทธิรอดชีวิตจากมะเร็ง	4 (4.3)	18 (19.1)	72 (76.6)	1-10	6.04(2.44)	58(61.7)	36(38.3)
28. การใช้แผนสรุปการรักษา/แผนการดูแล	10 (10.6)	10 (10.6)	74 (78.8)	0-10	5.94(2.51)	53(56.4)	41(43.6)
29. การตรวจสอบนัดหมายกับบุคลากรสุขภาพหลักที่ดูแล	5 (5.3)	4 (4.3)	85 (90.4)	1-10	7.05(2.18)	36(38.3)	58(61.7)

ตารางที่ 3 การรับรู้อุปสรรคการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพที่บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง จำแนกรายด้านรายข้อ ตามการจำแนกด้วยความถี่ (n = 94)

การรับรู้อุปสรรคการให้บริการ (Mean = 35.85, SD = 8.72)	N (%)	
	ไม่เป็น	เป็น
ด้านส่วนบุคคล (รวม)		
1. ไม่ทราบว่า การดูแลผู้รอดชีวิตจากมะเร็งคืออะไร	67 (71.3)	27 (28.7)
2. ไม่มีเวลา**	50 (53.2)	44 (46.8)
3. ขาดความรู้ทักษะ	57 (60.6)	37 (39.4)
4. ไม่เห็นความสำคัญของการดูแลผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง	76 (80.9)	18 (19.1)
5. ไม่ทราบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเสริมสิ้นการรักษาเมื่อใด	65 (69.1)	29 (30.9)
6. ไม่ทราบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งอยู่ในระยะไหนของโรค	69 (73.4)	25 (26.6)
7. มีอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง*	48 (51.1)	46 (49.9)

ตารางที่ 3 การรับรู้อุปสรรคการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพที่บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง จำแนกรายด้าน รายข้อ ตามการจำแนกด้วยความถี่ (n = 94) (ต่อ)

การรับรู้อุปสรรคการให้บริการ (Mean = 35.85, SD = 8.72)	N (%)	
	ไม่เป็น	เป็น
8. มีอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับครอบครัวของผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง*	49 (52.1)	45 (47.9)
ด้านองค์กร (รวม)		
9. การดูแลผู้รอดชีวิตจากมะเร็งไม่ได้เป็นเป้าหมายการบริการในลำดับแรก ของโรงพยาบาล	75 (79.8)	19 (20.2)
10. ขาดความเหมาะสมทางด้านสถานที่: ห้องส่วนตัว ความเงียบ*	48 (51.1)	46 (49.9)
11. ไม่มีบริการให้คำปรึกษาหลังสิ้นสุดการรักษาสำหรับผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ในโรงพยาบาล*	54 (57.4)	40 (42.6)
ด้านวิชาชีพ (รวม)		
12. ขาดแนวปฏิบัติทางคลินิกจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้รอดชีวิต จากมะเร็ง*	51 (54.3)	43 (45.7)
13. ขาดแหล่งบริการเฉพาะในการให้ข้อมูล/ความรู้สำหรับผู้รอดชีวิตจาก มะเร็ง*	43 (45.8)	51 (54.2)
14. ขาดแหล่งบริการเฉพาะในการให้ข้อมูล/ความรู้สำหรับครอบครัวผู้รอด ชีวิตจากมะเร็ง*	39 (41.5)	55 (58.5)
15. ขาดความสนใจผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง	66 (70.2)	28 (29.8)
16. ขาดความสนใจครอบครัวผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง	67 (71.3)	27 (28.7)

หมายเหตุ คะแนน 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง คะแนน 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง

* ค่าคะแนนรวมกัน = การรับรู้อุปสรรคการให้บริการสูง

5. การรับรู้อุปสรรคการให้บริการ โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนปานกลาง (mean = 35.85, SD = 8.72) เมื่อจำแนกรายด้าน/รายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคการให้บริการสูง เช่น การขาดแหล่งบริการเฉพาะในการให้ข้อมูล/ความรู้สำหรับครอบครัวผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ขาดแหล่งบริการเฉพาะในการให้ข้อมูล/ความรู้สำหรับผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ขาดความเหมาะสมทางด้านสถานที่ เช่น ห้องส่วนตัว และความเงียบ อุปสรรคในการสื่อสารระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง อุปสรรคในการสื่อสารระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับครอบครัวของผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ไม่มีเวลาและขาดแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 41.5, 45.8, 51.1, 51.1, 52.1, 53.2, และ 54.3 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

6. ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายพบว่า ความมั่นใจในการให้บริการและการรับรู้หน้าที่รับผิดชอบสามารถร่วมทำนายอำนาจความแปรปรวนของการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็งได้ร้อยละ 48.9 ($R^2 = .489$, $F = 5.084$, $p < .05$) โดยความมั่นใจในการให้บริการเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการอธิบายความแปรปรวนของการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็งมากที่สุด และรองลงมาคือ การรับรู้หน้าที่ในการบริการมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย (β coefficient) เท่ากับ .565 และ .204 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรการรับรู้อุปสรรคการให้บริการและการศึกษาอบรมไม่สามารถเข้าร่วมทำนายการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็ง ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง (n = 94)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. ประสบการณ์การทำงาน	1.000						
2. ระดับการศึกษา	-.029	1.000					
3. การศึกษาอบรม	.031	-.071	1.000				
4. การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบ	.011	.238*	.046	1.000			
5. ความมั่นใจในการให้บริการ	.134	.114	.056	.561**	1.000		
6. การรับรู้อุปสรรคการให้บริการ	.106	.281**	-.206*	-.263*	-.092	1.000	
7. การให้บริการพยาบาล	.077	-.021	.212*	.520**	.679**	-.229*	1.000

* $p < .05$, ** $p < .01$, Pearson's product moment correlation

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ของพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง (n = 94)

ตัวแปร	B	Std.Error	Beta	t	P-value
ค่าคงที่	.326	.345	-	.945	.347
1.ความมั่นใจการให้บริการ	.224	.036	.565	6.242	.000*
2.การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบ	.231	.102	.204	2.255	.027*
3. การรับรู้อุปสรรคการให้บริการ	-.157	.091	-.134	-1.726	.088
4. การศึกษาอบรม					
4 เดือน	-.157	.114	-.092	-1.217	.227
10 วัน	.161	.096	.137	1.831	.070
5 วัน	.358	.509	.065	.865	.389
อื่นๆ	-.443	.612	-.039	-.520	.605

$R^2 = .489$, Adjust $R^2 = .478$, Durbin-Watson = 1.870,

* $p < .05$, Stepwise Linear Regression

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ในด้านการรับรู้หน้าที่รับผิดชอบในการบริการนั้น พยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งรับรู้และเห็นด้วยกับการบริการตามแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ว่าเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตนและทีมสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ระบุว่าพยาบาลวิชาชีพรับรู้และเห็นด้วยว่าการบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเป็นส่วนหนึ่งของบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตนเอง และทีม โดยครอบคลุมงาน 4 ด้านตามแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของสถาบันการแพทย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา^{5,7,10,16,18} อย่างไรก็ตามการรับรู้หน้าที่ที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่เห็นว่าเป็นหน้าที่ได้แก่ การให้คำแนะนำเรื่องการเจริญพันธุ์/การมีบุตร การจ้างงานและการเงิน ระบบประกันสุขภาพ/ค่ารักษาพยาบาล และการเลี้ยงดูบุตร/งานบ้าน ซึ่งกำหนดไว้ในแผนบริการผู้รอดชีวิตและสมรรถนะหลักการพยาบาลเฉพาะทางมะเร็ง สภาการพยาบาล

จึงต้องเตรียมพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเหล่านี้ในเรื่องของความรู้และทักษะการให้บริการที่จำเป็นเพิ่มเติม เพื่อให้ทราบว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องจัดการบริการในเรื่องต่างๆ นั้น ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งบางส่วน ยังรับรู้ความไม่ชัดเจนของหน้าที่รับผิดชอบตามแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งที่ใช้อยู่ปัจจุบัน^{3-6, 16-19}

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้หน้าที่ในการบริการตามแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งที่กำหนดสูงเช่นกัน อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงและเคยผ่านการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาและ/หรือการอบรมเฉพาะทาง จะได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลักและเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการบริการพยาบาลผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเพิ่มขึ้น เช่น การจัดระบบบริการ การจัดทำคู่มือการบริการสำหรับผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง/ครอบครัว และการพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริการ

ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งครอบครัวสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ทำให้มีระดับการรับรู้หน้าที่สูงกว่า

นอกจากนี้ เป็นที่ทราบกันทั่วไปว่าการให้บริการภายหลังสิ้นสุดการรักษา ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นที่การให้บริการด้านการป้องกันการเกิดโรค การเฝ้าระวัง/การติดตามการกลับเป็นซ้ำ และการประสานงานความช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆ จึงอาจทำให้การรับรู้บทบาทบริการด้านการพยาบาลที่เกี่ยวข้องลดน้อยลงไปหรือไม่¹⁶⁻²⁵ ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพและภาระงานเกิน (nurses shortage and workload) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย^{3-5,16,18} ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่ามีปริมาณงานที่ต้องทำมีเป็นจำนวนมากในการให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งให้ครอบคลุมทั่วทุกมิติ ในขณะที่เดียวกันยังรับรู้ถึงอุปสรรคการให้บริการว่าไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำเช่นนั้นทั้งหมด รวมถึงอาจขาดความเหมาะสมทางด้านสถานที่ เช่น ห้องส่วนตัวและความเงียบ เป็นต้น²⁰⁻²⁵

ส่วนเรื่องความมั่นใจในการให้บริการเฉลี่ยนั้น ผลการศึกษาแสดงให้เห็นแนวโน้มที่ไปในทางเดียวกันกับการรับรู้อุปสรรคการให้บริการ แต่เมื่อพิจารณาทางด้านและรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการให้บริการสูงในเรื่องที่ทำการปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การตรวจสอบการรับผลตรวจติดตามโรคมะเร็ง การจัดการความปวด และการให้คำแนะนำพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น แต่เรื่องที่ไม่มั่นใจในการให้บริการมากที่สุดเรียงลำดับลงไป เช่น การให้คำแนะนำการเจริญพันธุ์/การมีบุตร การให้คำแนะนำเรื่องการจ้างงานและการเงิน และการให้คำแนะนำเรื่องการเลี้ยงดูบุตร/งานบ้าน เป็นต้น อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความมั่นใจในการให้บริการ เช่น ขาดความรู้ขาดทักษะปฏิบัติ ขาดแหล่งสนับสนุน

และทรัพยากรที่เพียงพอ เป็นต้น^{10,12,16,17,20-21} ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้าที่พบรูปแบบการให้บริการ หน้าที่ และความมั่นใจในการให้บริการที่แตกต่างกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ^{3-5, 16,18} พยาบาลผู้ผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรีทางมะเร็งและพยาบาลที่ผ่านการศึกษาระดับปริญญาโทเพิ่มเติมอื่น จะมีความมั่นใจในการให้บริการระดับสูงเช่นกัน^{10,16,18-21} อย่างไรก็ตาม ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งมีความต้องการบริการสุขภาพจากพยาบาลวิชาชีพที่มีรับรู้หน้าที่ความรับผิดชอบและความมั่นใจสูง^{10,12,16} สามารถให้การบริการที่ครบทุกมิติ เพื่อจะให้การบริการที่มีประสิทธิภาพได้ทุกครั้งและอย่างสม่ำเสมอ ตามระบบบริการของแผนกบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ที่สอดคล้องไปกับความต้องการที่แท้จริงของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งและครอบครัว^{3-5,8-12}

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง มีการให้บริการพยาบาล ตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็ง รายงาน/รายข้อพบว่า ส่วนใหญ่ที่ไม่ได้ทำ/ทำบางโอกาสสูงที่สุดคือ ด้านการรักษาพยาบาล/การฟื้นฟูได้แก่ การให้คำปรึกษาเรื่องการเจริญพันธุ์/การมีบุตร อาชีพ/การจ้างงาน/การเงิน การดูแลบุตร/งานบ้าน รองลงมาคือด้านการเฝ้าระวัง/ติดตามได้แก่ การประสานงานแหล่งสนับสนุนภายนอก ตามด้วยด้านการป้องกันโรคได้แก่ การให้คำปรึกษาด้านอาหารและเวชภัณฑ์และการให้คำปรึกษาเรื่องการคัดกรองโรคมะเร็งทางพันธุกรรมและการค้นหาญาติกลุ่มเสี่ยง สุดท้ายเป็นด้านการประสานงานได้แก่ การพิทักษ์สิทธิผู้รอดชีวิตจากมะเร็งนั้น

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ประเทศกำลังพัฒนา ส่วนใหญ่ยังไม่มีความพร้อมในการให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง

อย่างเพียงพอ ประกอบกับยังไม่มีแผนการให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งอย่างเป็นระบบ ซึ่งแตกต่างจากประเทศพัฒนาแล้วที่มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งไปยังผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ทั้งยังมีการดูแลปัญหาเฉพาะด้านของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความต้องการที่แตกต่างกัน โดยบุคลากรทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านและพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง^{3-5,8-12} เช่น การปรึกษาสุขภาพทางเพศ อาหารและเวชภัณฑ์ป้องกันโรค การปรึกษาทางพันธุศาสตร์ เป็นต้น รวมทั้งอธิบายได้ว่า ระบบการบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ยังต้องการกรอบหน้าที่การให้บริการพยาบาล ตามแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ประกอบกับพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ มีความมั่นใจในการให้บริการปานกลาง ตลอดจนรับรู้ว่าการให้บริการพยาบาลส่วนน้อยอยู่ในกรอบหน้าที่ความรับผิดชอบของตน ทำให้มีการให้บริการในบางด้านน้อยกว่ากรอบแผนบริการผู้รอดชีวิตกำหนดไว้

ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการให้บริการนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการให้บริการปานกลาง อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งยังรับรู้อุปสรรคการให้บริการอยู่บ้าง ซึ่งอุปสรรคเหล่านี้มีความคล้ายคลึงกัน ในระหว่างประเทศพัฒนาและกำลังพัฒนา อุปสรรคที่ได้รับการจัดอันดับสูงที่สุดจากการศึกษานี้คือ ขาดแหล่งบริการที่เฉพาะเจาะจงในการให้ข้อมูล/ความรู้สำหรับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งและครอบครัว มีอุปสรรคด้านการสื่อสารระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งและครอบครัว ไม่มีเวลา ไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นหลักฐานในการดูแลผู้รอดชีวิตขาดสถานที่ที่เหมาะสมในการให้คำปรึกษา ไม่มีบริการให้คำปรึกษาหลังสิ้นสุดการรักษาสำหรับผู้รอด

ชีวิตจากมะเร็งในโรงพยาบาล และขาดความรู้และทักษะในการให้คำแนะนำ/ส่งต่อในบางเรื่องโดยเฉพาะตามลำดับ²⁰⁻²⁵

ความมั่นใจในการบริการและการรับรู้หน้าที่รับผิดชอบการให้บริการ สามารถร่วมทำนายการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งได้ถึงร้อยละ 48.9 ($R^2 = .489$, $F = 5.084$, $p < .05$) สนับสนุนแนวคิดทฤษฎีจิตวิทยาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม/การปฏิบัติงานตามหลักฐานเชิงประจักษ์⁶ ในบุคลากรสุขภาพ ของ Michie และคณะ⁶ ที่ใช้เป็นการรอบแนวคิดสำหรับการศึกษารุ่นนี้ อธิบายไว้ว่า พยาบาลวิชาชีพจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม/การปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติ/หลักฐานเชิงประจักษ์ได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยในการปฏิบัติงานคือ มีทัศนคติที่จะตั้งใจดำเนินการปฏิบัติ ไม่มีข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมีทักษะ/ความรู้ที่จำเป็นในการดำเนินการ

ถ้าพยาบาลวิชาชีพมีการได้รับการศึกษาอบรมเฉพาะทาง การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบในการบริการและความมั่นใจในการให้บริการที่สูง แต่มีการรับรู้อุปสรรคในการให้บริการต่ำ ผู้นั้นจะมีการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็งตามแผนบริการสูง^{6,16,18} อธิบายได้ว่า การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องไปกับการรับรู้หน้าที่รับผิดชอบสูง เนื่องจากระดับความรู้ ทักษะปฏิบัติ และสมรรถนะ รวมทั้งมุมมองการให้บริการที่กว้างและลึกมากขึ้น จากการผ่านกระบวนการเรียนรู้ ประสบการณ์ และจากการฝึกปฏิบัติตามหลักสูตรการศึกษาที่ได้รับเพิ่มเติมหลังปริญญา โดยผลวิจัยก่อนหน้านี้สนับสนุนว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้หน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพที่บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งได้แก่ การศึกษา

และระดับของประเทศพัฒนาแล้ว^{16,18}

ดังนั้น การเตรียมพยาบาลวิชาชีพผู้มีหน้าที่ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งโดยตรงให้ได้รับการศึกษาอบรมหลักสูตรเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่น้อยกว่า 4 เดือน (4-month oncology nursing specialty) หรือให้ศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษานั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อเพิ่มพูนความรู้การให้บริการและฝึกทักษะปฏิบัติเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งที่ยังขาดไปให้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันสมัยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ทักษะการให้การปรึกษา ทักษะการสื่อสาร ทักษะการประสานงาน และการประเมินจิตสังคม เป็นต้น เพื่อส่งเสริมการรับรู้หน้าที่รับผิดชอบ สอดคล้องกับผลการวิจัยก่อนหน้าที่ระบุว่า การรับรู้หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพสัมพันธ์กับระดับการศึกษาที่สูงกว่าปริญญาตรี และการได้รับการศึกษาอบรมเฉพาะทาง^{6-7,16-25}

ในด้านความความสัมพันธ์ของความมั่นใจในการให้บริการและการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตมะเร็ง จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษา และการศึกษาอบรม อธิบายได้ว่า เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพในการศึกษานี้มีการรับรู้หน้าที่รับผิดชอบในการบริการระดับสูง โดยรับรู้ถึงความสำคัญของการดูแลผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ตลอดจนรับรู้ว่าการให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเป็นเป้าหมายบริการลำดับแรกของสถานที่ปฏิบัติงาน เป็นผลให้ยังคงให้บริการตามหน้าที่รับผิดชอบ แต่ยังมีอุปสรรคการให้บริการในหลายด้านดังที่กล่าวมาแล้ว ตลอดจนภาระงานบริการผู้ป่วยมะเร็งระยะรักษาที่มีมากพร้อมกันไป จึงส่งผลต่อจำนวนความถี่ของการบริการที่ให้กับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลดลงได้^{6,16,18}

การส่งเสริมและสนับสนุนการให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง จะต้องดำเนินการอย่างสอดคล้องกับสมรรถนะตามระดับของการปฏิบัติงานที่ใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะเช่น ในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง เพื่อให้แน่ใจว่านโยบายด้านสุขภาพของระบบบริการตามแผนบริการระดับประเทศจะได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างเหมาะสม ไม่เพียงแต่ให้ความสำคัญกับการดูแลเรื่องการรอดชีวิตของมะเร็งเท่านั้น ต้องให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งยังต้องพัฒนาพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลหลักให้มีความเชี่ยวชาญตามสมรรถนะที่กำหนดเป็นมาตรฐานอย่างเพียงพอ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็งจะสามารถให้การบริการที่มีคุณภาพ ที่อาจปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบทของการปฏิบัติทางคลินิกที่สอดคล้องกับบริบทของสถานที่หรือประเทศต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การเตรียมพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง มีความสำคัญต่อการให้บริการพยาบาลตามแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ประกอบด้วย การศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางที่ไม่น้อยกว่า 4 เดือน และ/หรือ การศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา เพื่อเพิ่มพูนความรู้ พัฒนาทักษะเฉพาะตามความเชี่ยวชาญ และการปฏิบัติพยาบาลที่ทันสมัยจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดูแลผู้รอดชีวิตจากมะเร็งอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ตามกรอบสมรรถนะหลักของสภาการพยาบาลทั้ง 8 ด้าน ร่วมกับสมรรถนะเฉพาะที่กำหนดไว้และตามแผนบริการผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง เช่น ทักษะการให้คำปรึกษา ทักษะการสอน ทักษะการสื่อสาร ทักษะการประเมิน/การดูแลจิตสังคม การ

พยาบาลผู้รอดชีวิตจากมะเร็งและครอบครัว และ
ทักษะการประสานงาน เป็นต้น รวมทั้งสร้างเสริมการ
รับรู้หน้าที่รับผิดชอบ เพิ่มความมั่นใจในการให้
บริการ และลดการรับรู้อุปสรรคการบริการ ที่จะทำให้
พยาบาลวิชาชีพสามารถให้บริการผู้รอดชีวิตจาก
มะเร็งได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

2. การใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับ
บุคลากรพยาบาลในการจัดหน่วยบริการและ
การเตรียมข้อมูลความรู้ให้สอดคล้องกับผลที่ได้ เช่น
การให้คำปรึกษาสุขภาพทางเพศ ความรู้/คำแนะนำ
เรื่องอาหารและเวชภัณฑ์ป้องกันโรค การปรึกษาโรค
มะเร็งทางพันธุศาสตร์ การคัดกรองญาติ/ครอบครัว
กลุ่มเสี่ยง แหล่งบริการข้อมูลความรู้สำหรับผู้รอดชีวิต
มะเร็งและครอบครัว หน่วยบริการให้การปรึกษาทาง
สุขภาพจิตและสังคม และระบบบริการการประสาน
งานและการส่งต่อ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพ
การพยาบาล และสร้างระบบบริการที่พึงประสงค์ตาม
ความต้องการของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งและครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนจากกองทุน
ซี.เอ็ม.บี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ
โตสิงห์ รองศาสตราจารย์ ดร.วัลย์ดา ฉันทน์เรืองวิชัย
และรองศาสตราจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ฉายพุทธ ภาควิชา
การพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
สำหรับการอ่านทวนและเตรียมบทความวิจัยฉบับนี้

References

1. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Qiao YL. Managing the changing burden of cancer in Asia. BMC Med 2014;12(3):2-17.
2. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry annual report 2016. Bangkok: Pornsup Printing; 2018. (in Thai)
3. Brennan ME, Gormally JF, Butow P, Boyle FM, Spillane, AJ. Survivorship care plans in cancer: a systematic review of care plan outcomes. Br J Cancer 2014;111(10):1899-908.
4. Hewitt M, Greenfield S, Stovall E. From cancer patient to cancer survivor: lost in transition. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2005.
5. Powel LL, Seibert SM. Cancer survivorship, models, and care plans a status update. Nurs Clin N Am 2017;52:193-209.
6. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. Qual Safety Health Care 2005;14:26-33.
7. Thailand Nursing and Midwifery Council. Oncology specialty training curriculum. Retrieved January 12, 2018. From <https://www.tnmc.or.th/news/84>. (in Thai)
8. Thongteratham N, Pongthavornkamol K, Olson K, Ratanawichitrasin A, Nityasuddhi D, Wattanakitkriert D. Effectiveness of Tai Chi Qi Qong program for Thai women with breast cancer: a randomized control trial. Pacific Rim Int J Nurs Res 2015;19(4):280-94.

9. Boekhout AH, Maunsell E, Pond GR, Julian JA, Coyle D, Levine MN. A survivorship care plan for breast cancer survivors: extended results of a randomized clinical trial. *J Cancer Surviv* 2015;9:683–91.
10. Molassiotis A, Yates P, Li Q, So W, Pongthavornkamol K, Pittayapan P, et al. Mapping unmet supportive care needs, quality of life perceptions and current symptoms in cancer survivors across the Asia-Pacific region: results from the international STEP study. *Ann Oncol* 2017;28:2552–8.
11. Huibertse LJ, Eenbergen M, Rooij BH, Bastiaens MT, Fossion LM, Fuente RB, et al. Cancer survivors' preference for follow-up care providers: a cross-sectional study from the population-based PROFILES-registry. *Acta Oncol* 2017;56(2):278–87.
12. Pongthavornkamol K, Lekdamrongkul P, Siritanaratkul N, Siripoon S. Relationships between patient's preference for participation in care, gender, age, symptom burden, and perceived quality of care of hematological cancer patients during hospitalization. *J Nurs Sci* 2016;34(2):45–57. (in Thai)
13. Jacobsen PB, DeRosa AP, Henderson TO, Mayer DK, Moskowitz CS, Paskett ED, Rowland JH. Systematic review of the impact of cancer survivorship care plans on health outcomes and health care delivery. *J Clin Oncol* 2018;36(20):2088–100.
14. Kianne NA, Wiley G, Nolte L, Piper A, Evans J, Jefford M. Transforming cancer survivorship care—an Australian experience. *Cancer Nurs* 2016;39:S25.
15. McCabe M, Bhatia S, Oeffinger K, Reaman G, Tyne C, Wollins D, et al. American Society of Clinical Oncology statement: achieving high-quality cancer survivorship care. *J Clin Oncol* 2013;31:631–40.
16. Chan RJ, Yates P, Li Q, Komatsu H, Lopez V, Thandar M, et al. Health care providers' perspectives patterns of post-treatment cancer survivorship care in the Asia-Pacific region: results from the STEP study. *BMC Cancer* 2017;17(715):1–10.
17. Almatar, A., Richter, S., Lalani, N., Bender, J.L., Wiljer, D., Alkazaz, N., et al. Practice patterns and perceptions of survivorship care in Canadian genitourinary oncology: a multidisciplinary perspective. *Can Urol Assoc J* 2014;8(11–12):409–17.
18. Chan R, Wallace A, Downs E, Langbecker D, Ekberg S, Gates P, et al. Cancer nurses' provision of survivorship care for patients with haematological malignancy. *Support Care Cancer* 2016;24:S221–8.
19. Wallace A, Downs E, Gates P, Thomas A, Yates P, Chan RJ. Provision of survivorship care for patients with haematological malignancy at completion of treatment: a cancer nursing practice survey study. *Eur J Oncol Nurs* 2015;19:516–22.
20. Dulko D, Pace CM, Dittus KL, Sprague BL, Pollack LA, Hawkins NA, et al. Barriers and facilitators to implementing cancer survivorship care plans. *Oncol Nurs Forum* 2013;40:575–80.
21. Langbecker D, Ekberg S, Yates P, Chan A, Chan RJ. What are the barriers of quality survivorship care for haematology cancer patients? Qualitative insights from cancer nurses. *J Cancer Surviv* 2016;10(1): 122–30.
22. Ng T, Toh MR, Cheung YT, Chan A. Follow-up care practices and barriers to breast cancer survivorship: perspectives from Asian health care providers. *Support Care Cancer* 2015;23(11): 3193–200.

23. Economou D, Reb A. Communication concerns when transitioning to cancer survivorship care. *Semin Oncol Nurs* 2017;33(5):526-35.
24. Brunet J, Wurz A, O’Rielly C, Howell D, Bélanger M, Sussman J. The effectiveness of health care provider physical activity recommendations in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev* 2017;6(1):1-6.
25. Tomasone JR, Brouwers MC, Vukmirovic M, Grunfeld E, O’Brien MA, Urquhart R, et al. Interventions to improve care coordination between primary healthcare and oncology care providers: a systematic review. *ESMO Open* 2016;1(5):e000077-89.