

# ผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม

ชนิดรฐา หาญประสิทธิ์คำ Ph.D (Nursing)\*

รัชนี นามจันทรา พย.ด.\*\*

สมจิต หนูเจริญกุล Ph.D (Nursing)\*\*\*

ปิ่นททัย ศุภเมธาวร พย.ด.\*\*\*\*

กนกพร นทีธนสมบัติ พย.ด.\*\*\*\*

ประทุม สร้อยวงศ์ Ph.D (Nursing)\*\*\*\*\*

**บทคัดย่อ:** การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาถึงประสิทธิภาพของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ในการดูแลผู้ป่วยสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม ทั้งในแง่ของโครงสร้าง การบริการและการจัดระบบบริการสุขภาพ ผลลัพธ์ และความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง ถึงประโยชน์ของการมี APN ต่อผู้ป่วย องค์กร วิชาชีพ และระบบสุขภาพ รูปแบบการวิจัยใช้ผสมผสานทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ APN ที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1 ราย เวชระเบียนของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมในปี พ.ศ. 2549-2552 จำนวน 139 ราย สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดและอยู่ระหว่างรับยาเคมีบำบัด จำนวน 60 ราย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องปฏิบัติงานร่วมกับ APN 6 ราย รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์เชิงปริมาณ เกี่ยวกับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลภายหลังผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเต้านม และจากการได้รับเคมีบำบัด ความต่อเนื่องของการได้รับเคมีบำบัด ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติงานของ APN รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวทางการสังเกต และสัมภาษณ์ โครงสร้างของสถานบริการสุขภาพการบริการและการจัดระบบบริการสุขภาพของ APN ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับผิดชอบ และประโยชน์ของ APN วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติบรรยาย และสถิติอ้างอิง ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า หลังมี APN ปฏิบัติงานในทีม สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีภาวะแทรกซ้อนหลังรับเคมีบำบัดน้อยลง สามารถรับเคมีบำบัดได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด และหลังรับเคมีบำบัดลดลงในแต่ละปีตามระยะเวลาประสบการณ์ของ APN อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อมี APN เป็นผู้นำในการจัดการดูแลแล้ว ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง ความพึงพอใจในบริการระดับมาก และมีคุณภาพชีวิตระดับสูง ส่วนผู้ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะแพทย์มีความเห็นว่าการมี APN ในระบบสุขภาพเป็นเรื่องที่มีประโยชน์มาก ในด้านการให้ข้อมูล เพื่อช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจรับการรักษา การดูแลตนเอง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่รุนแรง การค้นพบภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อีกทั้งเป็นที่ปรึกษาของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ซึ่งได้ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต สามารถเผชิญความเครียดจากโรคและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยสนับสนุนประโยชน์ของการมี APN ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระบบบริการสุขภาพ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรสร้างความเข้าใจกับผู้บริหารและผู้กำกับนโยบายในการใช้และพัฒนาสมรรถนะของ APN ให้เต็มศักยภาพ เพื่อการพัฒนาการบริการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณภาพในระบบสุขภาพ

วารสารสภาการพยาบาล 2555; 27(3) 45-62

คำสำคัญ: ผลลัพธ์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม

\*ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: kanitha.han@mahidol.ac.th

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์

\*\*\*ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

\*\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## ความเป็นมาและสภาพปัญหา

สภาการพยาบาลได้ริเริ่มจัดการสอบและออกวุฒิบัตรรับรองพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 ถึงปัจจุบัน และมีผู้ได้รับวุฒิบัตรไปแล้ว 1,519 คน<sup>1</sup> พยาบาลเหล่านี้ นับว่าเป็นผู้นำทางคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาหรือเรียกว่า ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse หรือ APN) ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถให้การดูแลโดยตรงกับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน หรือกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพในชุมชน มีการปฏิบัติงานที่ขยายขอบเขตไปสู่การเป็นผู้นำในการพัฒนาระบบการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้ประสานร่วมทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ขยายและสร้างเครือข่ายการดูแล และเป็นผู้ประเมินและจัดการผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และกระบวนการวิจัย จึงคาดว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการพัฒนาและปรับปรุงระบบสุขภาพของประเทศให้ดีขึ้น และช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพของประชาชน อย่างไรก็ตาม APN จะต้องสามารถแสดงผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยให้ประจักษ์ จึงจะสามารถเป็นที่ยอมรับในระบบบริการสุขภาพและสามารถมีตำแหน่งและค่าตอบแทนที่เหมาะสม

การวิจัยในต่างประเทศ พบว่า APN ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลมีผลดีทั้งต่อเจ้าหน้าที่พยาบาลองค์กรและเครือข่าย และต่อผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ คือช่วยให้เจ้าหน้าที่พยาบาลมีความรู้และทักษะที่ทันสมัย ซึ่งช่วยให้คุณภาพของการบริการดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายลงได้ จากการที่ APN มีโครงการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ มีนวัตกรรมใหม่ๆ เกิดขึ้นในองค์กร สำหรับผู้ป่วยและผู้ใช้บริการ การมี APN สามารถลดระยะเวลา

ที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลในกลุ่มทารกคลอดก่อนกำหนด<sup>2</sup> กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่นอนโรงพยาบาล<sup>3</sup> และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอด<sup>4</sup>

สำหรับในประเทศไทย แม้จะมีจำนวน APN มากขึ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของการมี APN อย่างเป็นระบบ แต่จากการศึกษาติดตามการพัฒนาบทบาทของ APN ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ<sup>5</sup> พบว่า พยาบาลเหล่านี้รับรู้ว่าการปฏิบัติงานของตนส่งผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ใช้บริการ หน่วยงาน และระบบบริการสุขภาพ ทำให้เกิดการพัฒนาระบบคุณภาพ การทำงานระบบสหสาขา เกิดระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เกิดเครือข่ายในการทำงานและระบบการปรึกษา ข้อมูลจากการศึกษาดังกล่าว<sup>6</sup> แม้ว่าจะชี้ให้เห็นผลดีของการใช้ APN แต่เป็นข้อมูลตามการรับรู้ของพยาบาลที่ได้รับวุฒิบัตร ยังไม่ได้มีการศึกษาผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม และยังมีได้ตรวจสอบจากผู้ให้บริการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตลอดจนยังขาดข้อมูลเชิงลึกในบริบทที่พยาบาลเหล่านี้ปฏิบัติงานซึ่งมีความแตกต่างกัน

นอกจากนั้นบทเรียนของ APN จากกรณีศึกษาผู้ที่ประสบความสำเร็จพบว่า การเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาซับซ้อนที่จำเป็นต้องใช้วิธีจัดการดูแลที่แตกต่างไปจากวิธีการที่ใช้กันอยู่ในงานประจำเป็นช่องทางในการพัฒนาบทบาทของ APN ที่ดี ช่วยให้เกิดความพยายามที่จะแสวงหานวัตกรรมใหม่ๆ มาจัดการ<sup>1</sup> ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องการ APN เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนหลายด้าน และมีกระบวนการรักษาที่ยาวนาน อีกทั้งมีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลก<sup>6</sup> คาดการณ์ว่าจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าในปี ค.ศ. 2015 มีประมาณ 9 ล้านคน และในปี ค.ศ.2013 เพิ่มขึ้นเป็น 11.4 ล้านคน สำหรับประเทศไทย พบว่า

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2542 พบสาเหตุการตายจากโรคมะเร็ง มีอัตราสูงเป็นอันดับหนึ่ง<sup>7</sup> อีกทั้งการรักษาไม่ว่าการผ่าตัดหรือเคมีบำบัด ล้วนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีปฏิกริยาทางด้านจิตใจ ได้แก่ การปฏิเสธ โกรธ หรือกลัวโรคและกระบวนการรักษา พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 16.7-19 มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า<sup>8</sup> ส่งผลทำให้การดำเนินของโรคและผลการรักษาแย่งลง<sup>9</sup> การศึกษาผลลัพธ์ของ APN ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด เปรียบเทียบกับของแพทย์<sup>10</sup> โดย APN ให้การดูแลตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอกติดตามเยี่ยม และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า มีสุขภาวะทางด้านจิตใจและอารมณ์ดีกว่า และมีความพึงพอใจในการบริการของ APN มากกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการจากแพทย์ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดในการศึกษาของ McCorkle และคณะ<sup>11</sup> พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้านโดย APN มีความทุกข์ทรมานทางอาการน้อยกว่า มีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาและใช้เวลานอนในโรงพยาบาลน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากแพทย์และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

สำหรับในโรงพยาบาลที่เลือกศึกษานี้เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระดับตติยภูมิที่ให้บริการด้านการแพทย์และการเรียนการสอน มีผู้เป็นโรคมะเร็งเต้านมเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมากและเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล และในแผนกศัลยกรรม<sup>12</sup> ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจึงกำหนดให้มี APN 1 คน รับผิดชอบการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่เข้ารับการรักษาทั้งในคลินิกผู้ป่วยนอกและนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการศึกษานี้

จึงมุ่งศึกษาถึงผลลัพธ์ของการปฏิบัติของ APN ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาเฉพาะตลอดจนศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้าง การบริการและการจัดระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งประโยชน์ของการมี APN ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยศึกษาจาก APN และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย แพทย์ ผู้บริหารและพยาบาลผู้ร่วมงาน

### กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดในเรื่องคุณภาพของการบริการของ Donabedian<sup>13</sup> ที่ให้ความหมายคุณภาพของการบริการ ว่าเป็นสิ่งที่ระบบบริการสุขภาพต้องการให้เกิดขึ้นจากการให้บริการแก่บุคคลหรือกลุ่มประชาชน ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับความรู้เชิงวิชาชีพและการประเมินคุณภาพของการบริการ จะต้องประเมินโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

โครงสร้าง หมายถึง ส่วนประกอบต่างๆ ในสถาบันให้บริการสุขภาพ โครงสร้างขององค์กร ซึ่งในการศึกษานี้ โครงสร้าง หมายถึงโครงสร้างขององค์กร บุคลากร คุณลักษณะ ตำแหน่ง และลักษณะงานของ APN ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ตลอดจนถึงปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน

กระบวนการ หมายถึง การบริการหรือกิจกรรมของทั้งผู้ให้และผู้ใช้บริการ ในการศึกษานี้ การให้บริการหรือกิจกรรมของ APN และความร่วมมือกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ประเมินได้จากการสัมภาษณ์ APN เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแล และการปฏิบัติงานในบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง รวมทั้งประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์ หมายถึง ผลของการบริการต่อภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ซึ่งผลลัพธ์ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผลที่เกิดจากการให้บริการของ APN ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลภายหลังผ่าตัดเต้านม การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด การได้รับเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง การขาดการติดตามการรักษา ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล และค่าใช้จ่าย

**วัตถุประสงค์** การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาถึงโครงสร้าง ขององค์กรในการจัดบริการสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม คุณลักษณะและประสบการณ์ของ APN และลักษณะของผู้ป่วยสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม
2. ศึกษาการบริการและการจัดระบบบริการสุขภาพของ APN ในการดูแลผู้ป่วยสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม และบทบาทอื่น ๆ ที่สภาการพยาบาลกำหนด
3. ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะก่อนและหลังจากการได้รับการดูแลจาก APN อย่างเต็มรูปแบบ
4. ศึกษาความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ หัวหน้างานของ APN และพยาบาลประจำการเกี่ยวกับประโยชน์ของการมี APN ต่อผู้ป่วย องค์กรวิชาชีพ และระบบสุขภาพของประเทศ

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยผสมผสานทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนของสตรีสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด ปี พ.ศ. 2549-2552 และข้อมูลจากสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและอยู่ระหว่างรับเคมีบำบัด ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้บรรยายโครงสร้างและกระบวนการเพื่อเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ และประโยชน์ของ APN ที่รับผิดชอบดูแลสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม

**สถานที่ศึกษา** โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 แห่ง เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตั้งอยู่ที่จังหวัดกรุงเทพฯ มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยในประมาณ 1,000 เตียง มีผู้ป่วยมารับบริการวันละ 4,000 กว่าคน

**ประชากรที่ศึกษา** ได้แก่ เวชระเบียนของผู้ป่วยสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และเคมีบำบัด ผู้ป่วยสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและอยู่ระหว่างได้รับเคมีบำบัด APN และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ศึกษา

**กลุ่มตัวอย่าง และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง**  
กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

1. APN 1 คนที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ จากสภาการพยาบาลและรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
2. เวชระเบียนของผู้ป่วยสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด ปี พ.ศ. 2549 - 2552 โดยปี พ.ศ. 2549 เป็นช่วงเวลาที่ยังไม่มี APN พ.ศ. 2550-2551 เป็นระยะที่ APN เริ่มพัฒนาบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และพยายามเข้าร่วมทีมกับแพทย์ และในปี พ.ศ. 2552 มีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างเต็มรูปแบบ โดยผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยจากสถิติการรับผู้ป่วยในของหอผู้ป่วย

ศัลยกรรม แล้วสุ่มเลือกอย่างง่ายประมาณ 30-40 เล่ม ต่อปี ได้เวชระเบียนในปี พ.ศ. 2549- 2552 จำนวน 31, 30, 33, และ 45 เล่มตามลำดับ รวม 139 เล่ม

3. ผู้ป่วยสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม คัดเลือกจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมและอยู่ระหว่างรับเคมีบำบัด และได้รับการดูแลจาก APN จำนวน 60 คน

4. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับ APN เลือกแบบเฉพาะเจาะจง 6 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกับ APN 3 คน หัวหน้าของ APN 1 คน และแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 2 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ผลงาน และความรับผิดชอบ

**ส่วนที่ 2** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วย และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลจากเวชระเบียนผู้ป่วย พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย จำนวนวันนอนโรงพยาบาลภายหลังผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเต้านม การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด ความต่อเนื่องของการได้รับเคมีบำบัด และความต่อเนื่องของการมาโรงพยาบาลเพื่อติดตามการรักษา

2.2 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พัฒนาโดยผู้วิจัยตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม<sup>14</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแล

ตนเอง จำนวน 28 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert scale) 3 ระดับ จากคะแนน 1 ไม่เคยทำหรือไม่เป็นจริง คะแนน 2 ทำบ้างไม่ทำบ้างหรือเป็นจริงบ้างไม่เป็นจริงบ้าง และคะแนน 3 ทำเป็นประจำหรือเป็นจริงเสมอ คะแนนรวม 28-84 คะแนน คะแนนมาก บ่งบอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองยิ่งมาก ผู้วิจัยแบ่งคะแนนระหว่าง 28-47 คะแนน เป็น ระดับน้อย 48-67 คะแนน เป็น ระดับปานกลาง และมากกว่า 67 คะแนน เป็น ระดับมาก ผ่านการทดสอบความตรงของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาล 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .88

2.3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของแคนทิล (Cantril's Self Anchoring Ladder Scale)<sup>15</sup> เป็นแบบประเมินที่ได้รับการยอมรับและใช้กันทั่วไป แบบประเมินนี้มีลักษณะการให้คะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือความสุข 0-10 คะแนน และความพึงพอใจในชีวิต 0-10 คะแนน คะแนนรวม 0-20 คะแนน คะแนนมาก บ่งบอกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยแบ่งคะแนนระหว่าง 1-6 คะแนน เป็น ระดับต่ำ 7-14 คะแนน เป็น ระดับปานกลาง และมากกว่า 14 คะแนน เป็น ระดับสูง

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ เป็นแบบสอบถามความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยต่อบริการการพยาบาลที่ได้รับจากพยาบาล จำนวน 15 ข้อ พัฒนาโดยนางลักษณ์ สุวิไลษ์และสมจิต หนูเจริญกุล<sup>16</sup> ซึ่งเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1 หมายถึง “ไม่เห็นด้วย” จนถึง คะแนน 5 หมายถึง “เห็นด้วยมากที่สุด” คะแนนรวม 15-75 คะแนน คะแนนรวมยิ่งมาก หมายถึง มีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล

ที่ได้รับยังสูง ผู้วิจัยแบ่งคะแนนระหว่าง 15-35 คะแนน เป็น ระดับน้อย 36-56 คะแนน เป็น ระดับปานกลาง และมากกว่า 56 คะแนน เป็น ระดับมาก เครื่องมือนี้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์พยาบาล 5 ท่าน และผ่านการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง พบว่ามี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความห่วงใยเอาใจอาทร การเข้าถึงบริการ และความสามารถเชิงวิชาชีพ<sup>16</sup> ตรวจสอบความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .85

**ส่วนที่ 3 แนวคำถามในการสัมภาษณ์พัฒนา**  
โดยทีมผู้วิจัย เป็นคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ APN เกี่ยวกับกระบวนการปฏิบัติงาน และสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับโครงสร้างการบริการ การปฏิบัติงานในบทบาทของ APN กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผลลัพธ์ และประโยชน์ของการมี APN  
**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจาก สภากาพยาบาลและคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยให้ข้อมูลรายละเอียดของการศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ผลการศึกษานำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่มีภาระระบุชื่อ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ** เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยสตรีมะเร็งเต้านมที่เข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด ปี พ.ศ. 2549 - 2552 เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง และเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยสตรีมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดและอยู่ระหว่างรับเคมีบำบัด 60 คน โดย ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิให้ทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย และให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามในวันที่ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลใช้เวลาคนละประมาณ 20-30 นาที

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ** เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ APN และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตามแนวคำถามการสัมภาษณ์ APN และผู้เกี่ยวข้อง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิให้ทราบ พร้อมทั้งขออนุญาตในการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ ใช้เวลาสัมภาษณ์คนละประมาณ 30-45 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาในการบรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้วยการทดสอบ chi-square ( $\chi^2$ ) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

### ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง APN ที่เป็นกรณีศึกษาครั้งนี้ อายุ 47 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีการพยาบาลและผดุงครรภ์ เมื่อ พ.ศ. 2527 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ เมื่อ พ.ศ. 2542 ได้รับวุฒิปริญญาตรีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและ

การผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ จากสภาการพยาบาล รุ่นที่ 3 เมื่อปี พ.ศ. 2548 และได้รับทุนจากหน่วยงานไปศึกษาดูงาน บทบาท APN ที่ MD Anderson สหรัฐอเมริกา เป็น เวลา 6 เดือน ในปี พ.ศ. 2549 และได้เริ่มปฏิบัติใน บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง รับผิดชอบดูแล กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประมาณปี พ.ศ. 2550 โดย เริ่มบทบาทจากการให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมโดยตรงก่อน มุ่งมั่นพัฒนาตนเอง ค้นหาคำ ความรู้ และใช้เวลาในการพัฒนาบทบาทจนครอบคลุม บทบาททั้งหมด ในปี พ.ศ. 2552 รวมประสบการณ์ ในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วย 26 ปี

#### ลักษณะข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการ เจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนในปี พ.ศ. 2549- 2552 จำนวนรวม 139 ราย มีอายุตั้งแต่ 21-73 ปี อายุเฉลี่ย 49.27 ปี (SD = 10.40) ร้อยละ 64.7 มี สถานภาพสมรสคู่ เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.6) มากกว่าหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 26.6) มีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 37.4 เป็น โรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิต สูง โรคหัวใจ เป็นต้น เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 46.8) เป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่ 2 และ ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Modified radical mastectomy (MRM) ร้อยละ 43.2 มีจำนวนวัน นอนพักรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 - 19 วัน มีค่าเฉลี่ย 4.23 วัน (SD = 2.11) สูตริยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ร้อยละ 42.4 ได้รับ FAC (5FU, Adriamycin, Cyclophosphamide) ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ร้อยละ 36 และฮอร์โมนบำบัด ร้อยละ 47.5 โดยมี ค่าใช้จ่ายในการรักษาตั้งแต่ 1,527-2,398,001 บาท ค่าเฉลี่ย 11,451.08 บาท (SD = 15,148.40)

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 60 ราย มีอายุระหว่าง 21-68 ปี ค่าเฉลี่ย 49.33 ปี (SD = 10.07) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60) ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 50) มีอาชีพ รับราชการหรือเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจมากที่สุด ร้อยละ 31.7 มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 41.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.3) มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เบิกค่า รักษาได้หรือใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิ ประกันสังคมรวมร้อยละ 85 พักอาศัยกับคู่สมรส/ บุตรหลาน/ญาติ ร้อยละ 86.7 และมีประวัติบุคคล ในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 45 ส่วนใหญ่มีระยะของโรคในระยะที่ 2 (ร้อยละ 56.7) ได้รับการผ่าตัด MRM ร่วมกับการเสริมสร้างเต้านม ขึ้นใหม่ (breast reconstruction) ด้วยการทำ Transverse Rectus Abdominis Musculo-Cutaneous flap (TRAM flap) หรือ Latissimus Dorsi flap (LD flap) รวมร้อยละ 35 รองลงมาร้อยละ 33.3 ได้รับการ ผ่าตัด MRM ได้รับเคมีบำบัดแล้ว 2-8 ครั้ง เฉลี่ย 4.47 ครั้ง (SD=1.70) ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วย สูตริยา FAC ร้อยละ 38.3

โครงสร้างของสถานบริการสุขภาพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่ APN ปฏิบัติงานอยู่ มี APN ขณะทำการศึกษา (พ.ศ. 2552) ทั้งสิ้นจำนวน 18 คน เป็น APN ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งผู้ใหญ่ 5 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด 2 คน กลุ่มมะเร็งศีรษะและคอ 1 คน กลุ่มมะเร็ง นรีเวช 1 คน และกลุ่มมะเร็งเต้านม 1 คน โดยผู้ป่วย มะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาใน 3 หอผู้ป่วย ในแผนกศัลยกรรม ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง และหอผู้ป่วยศัลยกรรม พิเศษ

ระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีคลินิกเต้านม ที่มีอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษามะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด จำนวน 2 คน และมีแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ผู้ช่วย อาจารย์หมื่นเวียนเข้าร่วมตรวจรักษาผู้ป่วย โดยแพทย์ผู้ผ่าตัดและทีมจะติดตามดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย มีบุคลากรทางการพยาบาล ได้แก่ APN ทำหน้าที่ให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาสันับสนุนด้านจิตใจ เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล โดยเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา รวมทั้งการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านและการมาติดตามการรักษาหลังจำหน่าย เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับบริการผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทุกหอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม ส่วนพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้ข้อมูลและคำแนะนำในเรื่องการดูแลตนเองทั่ว ๆ ไปและการมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด จะมีระยะเวลาอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 3-4 วัน

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต้องรับการรักษาต่อด้วยเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดตรวจติดตามประเมินแผลผ่าตัด เขียนคำสั่งยาเคมีบำบัดและส่งผู้ป่วยปรึกษา APN เพื่อประเมินแผลและทำแผล และให้คำแนะนำผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรค และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีปัญหาสามารถโทรศัพท์ปรึกษา APN ได้ หากเป็นปัญหาที่ต้องการรักษาเร่งด่วน APN จะปรึกษาแพทย์ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว

หน่วยงานมีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาบุคลากร โดยการให้โอกาสในการศึกษาต่อในระดับปริญญาโท การศึกษาดูงานทั้งในและต่างประเทศ การเข้ารับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง และให้โอกาสบุคลากรในการเข้าร่วมประชุมวิชาการ นอกจากนี้หน่วยงานมีการกำหนดตำแหน่ง APN อย่างชัดเจน และมีการวางแผนพัฒนาบุคลากรผู้ที่จะเป็น APN มีกลุ่ม APN ที่ช่วยเหลือ สนับสนุนในการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

การบริการและการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง บทบาทที่สำคัญของ APN คือ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดและรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง มีความหวังและกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วยและการรักษาโรค โดยมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังนี้

1. ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในการตัดสินใจรับบริการผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคการรักษา และการดูแลตนเองที่ชัดเจนเข้าใจง่าย ใช้สื่อที่เหมาะสม รับฟังความกลัวและความกังวล ตอบข้อซักถามของผู้ป่วยในทุกเรื่องที่สามารถตอบได้

2. ให้ความรู้และคำปรึกษา แก่ผู้ป่วยในปัญหาที่เฉพาะเจาะจงตลอดกระบวนการรักษาเป็นบทบาทที่เด่นมากของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงรายนี้ ดังคำกล่าวของแพทย์

“APN มีจุดเด่นในเรื่องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคการรักษาและการดูแลตนเอง... เข้าใจง่าย หลากหลายด้าน และให้กำลังใจต่อการดำเนินชีวิตต่อไปของผู้ป่วย... ใช้สื่อเป็นคู่มือซึ่งผู้ป่วยสามารถกลับมาอ่านเมื่อสงสัยได้”

3. ประเมินและจัดการปัญหาภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดและจากเคมีบำบัด การเฝ้าระวังและการจัดการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียง จากการให้เคมีบำบัด ประเมินและจัดการปัญหาเบื้องต้น และยังติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นที่บ้านผู้ป่วย ทำให้สามารถค้นพบปัญหาและให้การ รักษาได้ทันท่วงที ทำให้แพทย์ให้การรักษาได้อย่าง รวดเร็ว

“APN ได้ให้ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์มาปรึกษา เมื่อมีข้อสงสัย...เมื่อรู้สึกไม่สบาย ตรงส่วน นี้เองทำให้พยาบาลสามารถประเมินภาวะ แทรกซ้อนที่เป็นภาวะวิกฤตได้รวดเร็ว ...ข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้ APN ตัดสินใจ และนำไปให้ผู้ป่วยมารับการดูแลรักษาที่ โรงพยาบาลได้อย่างทันเวลา ...”

4. ประสานและทำงานร่วมกับทีมแพทย์และ พยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ร่วมตรวจเยี่ยมผู้ป่วยกับแพทย์ ทำให้รับทราบปัญหา ของผู้ป่วยและแผนการรักษาของแพทย์ ช่วยให้สามารถ ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติได้อย่างถูกต้องสอดคล้อง กับแพทย์

5. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยการสร้างระบบติดตามประเมินและให้คำปรึกษา กับผู้ป่วยทางโทรศัพท์ การสร้างแนวปฏิบัติโดยใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัด เพื่อให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยได้นำไป ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

6. พัททษัทธิของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยา เคมีบำบัดตามสิทธิของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อมีความเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ การเงิน

7. สอนและเป็นแบบอย่างแก่นักศึกษา พยาบาลทุกระดับในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล ชั้นสูงด้านโรคมะเร็ง และเป็นวิทยากรในการประชุม ต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

8. ร่วมเขียนตำราเกี่ยวกับบทบาทของผู้ปฏิบัติ การพยาบาลชั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เขียนคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สำหรับผู้ป่วย

ผลลัพธ์เชิงปริมาณของการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติ การพยาบาลชั้นสูงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นใน 2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังนี้

1. ผลการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2552 พบว่า ภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด ในปี พ.ศ. 2549 ถึงปี พ.ศ. 2552 กลุ่ม ตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากการติดเชื้อ 1, 0, 3 และ 2 ราย ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความ แตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใน แต่ละปี พบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใน แต่ละปีไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ผลลัพธ์การเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หลังผ่าตัด พบว่า ในปี พ.ศ. 2549-2551 มีกลุ่ม ตัวอย่างเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 25.8, 26.7 และ 6.1 ตามลำดับ ในขณะที่ใน ปี พ.ศ. 2552 ไม่มีกลุ่มตัวอย่างต้องเข้ารับการรักษา ซ้ำในโรงพยาบาลเลย และเมื่อเปรียบเทียบความ แตกต่างของการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หลังผ่าตัดในแต่ละปี พบว่า มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) (ตารางที่ 1)

ผลลัพธ์ด้านความสม่ำเสมอในการรับการรักษา ด้วยเคมีบำบัดพบว่า ในปี พ.ศ. 2549-2552 มีกลุ่ม ตัวอย่างมารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 51.6, 60, 51.5, และ 15.6 ตามลำดับ

ผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการดูแลสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม

และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความสม่ำเสมอในการรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในแต่ละปี พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (ตารางที่ 1)

ผลลัพธ์ด้านการเข้ารับการรักษาหลังได้รับเคมีบำบัด พบว่า ในปี พ.ศ. 2549-2551 มีกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 22.6, 13.3, และ 9.1 ตามลำดับ ขณะที่ในปี พ.ศ. 2552 ไม่มีกลุ่มตัวอย่างต้องกลับเข้ารับการรักษาเลย เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการเข้ารับการรักษา

หลังได้รับเคมีบำบัดในแต่ละปี พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) (ตารางที่ 1) เช่นเดียวกับผลลัพธ์ด้านภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับเคมีบำบัด พบว่า ในปี พ.ศ. 2549 - 2551 มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นมากถึงร้อยละ 71, 60 และ 57 ตามลำดับ ในขณะที่ปี พ.ศ. 2552 เกิดขึ้นน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 33.3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับเคมีบำบัด พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปีที่รักษาด้วย  $\chi^2$  test

| ข้อมูล  | พ.ศ.2549<br>(n = 31) |        | พ.ศ.2550<br>(n = 30) |        | พ.ศ.2551<br>(n = 33) |        | พ.ศ.2552<br>(n = 45) |        | $\chi^2$ |  |
|---|----------------------|--------|----------------------|--------|----------------------|--------|----------------------|--------|----------|--|
|   | จำนวน                | ร้อยละ | จำนวน                | ร้อยละ | จำนวน                | ร้อยละ | จำนวน                | ร้อยละ |          |  |
| <b>ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด</b>                         |                      |        |                      |        |                      |        |                      |        |          |  |
| - มี  | 1                    | 3.2    | 0                    | 0      | 3                    | 9.1    | 2                    | 4.4    | 3.27     |  |
| - ไม่มี   | 30                   | 96.8   | 30                   | 100    | 30                   | 90.9   | 43                   | 95.6   |          |  |
| <b>การเข้ารับการรักษาซ้ำใน ร.พ.</b>                   |                      |        |                      |        |                      |        |                      |        |          |  |
| - มี  | 8                    | 25.8   | 8                    | 26.7   | 2                    | 6.1    | 0                    | 0      | 17.64**  |  |
| - ไม่มี   | 23                   | 74.2   | 22                   | 73.3   | 31                   | 93.9   | 45                   | 100    |          |  |
| <b>ความสม่ำเสมอ ในการมารับเคมีบำบัด</b>               |                      |        |                      |        |                      |        |                      |        |          |  |
| - สม่ำเสมอ  | 15                   | 48.4   | 12                   | 40.0   | 16                   | 48.5   | 38                   | 84.4   | 19.34*** |  |
| - ไม่สม่ำเสมอ   | 16                   | 51.6   | 18                   | 60.0   | 17                   | 51.5   | 7                    | 15.6   |          |  |
| <b>การกลับเข้ารับการรักษาใน ร.พ. หลังรับเคมีบำบัด</b> |                      |        |                      |        |                      |        |                      |        |          |  |
| - มี  | 7                    | 22.6   | 4                    | 13.3   | 3                    | 9.1    | 0                    | 0      | 10.78*   |  |
| - ไม่มี   | 24                   | 77.4   | 26                   | 86.7   | 30                   | 90.9   | 45                   | 100    |          |  |
| <b>ภาวะแทรกซ้อน หลังรับเคมีบำบัด</b>                  |                      |        |                      |        |                      |        |                      |        |          |  |
| - มี  | 22                   | 71.0   | 18                   | 60.0   | 19                   | 57.6   | 15                   | 33.3   | 11.88*** |  |
| - ไม่มี   | 9                    | 29.0   | 12                   | 40.0   | 14                   | 42.4   | 30                   | 66.7   |          |  |

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

2. กลุ่มตัวอย่าง 60 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มารับบริการภายหลังจากที่มี APN เป็นผู้นำในการจัดการดูแลแล้ว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างนอนพักรักษาในโรงพยาบาลภายหลังผ่าตัดเต้านมเป็นเวลาเฉลี่ย 4.43 วัน (SD=1.57) เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดเพียงร้อยละ 3.3 และไม่พบการกลับเข้ามาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำในระยะ 28 วันหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.3 มารับ

เคมีบำบัดอย่างสม่ำเสมอ และร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระดับสูง ( $\bar{X}$ =14.50, SD = 1.46) มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองในระดับมาก ( $\bar{X}$ = 75.48, SD = 7.70) และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลในระดับมาก ( $\bar{X}$ =61.20, SD= 9.48) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n=60)

| ผลลัพธ์ทางคลินิก                        | min   | max   | $\bar{X}$ | SD   | ระดับ |
|---|-------|-------|-----------|------|-------|
| จำนวนวันนอนโรงพยาบาลภายหลังผ่าตัด (วัน) | 2.00  | 12.00 | 4.43      | 1.57 | -     |
| คุณภาพชีวิต                             | 8.00  | 20.00 | 14.50     | 1.46 | สูง   |
| ความสามารถในการดูแลตนเอง                | 57.00 | 84.00 | 75.48     | 7.70 | มาก   |
| ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล | 34.00 | 75.00 | 61.20     | 9.48 | มาก   |

### ประโยชน์ของการมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

จากการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ทำงานร่วมกับ APN รวมทั้งจากประวัติการทำงานสามารถสรุปได้ ดังนี้

ประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพตลอดกระบวนการรักษา ลดความเสี่ยงจากการรักษาที่ซับซ้อน ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจรับการผ่าตัดหรือรับยาเคมีบำบัดได้ด้วยตนเองอย่างมั่นใจ ทำให้ลดความกลัวจากข้อมูลข่าวสารที่รับทราบมาไม่ถูกต้อง

“...มีอยู่คนนั้นแกชอบคุณ... (APN) มาก คุณ...อธิบายในห้องวันที่ก่อนจะผ่าตัด แกบอกว่า โห! อธิบายแล้วเข้าใจ พวกเราสบายใจ เข้ารับการผ่าตัด”

“...แกจะให้คำแนะนำ ตอนที่ให้คีโมครั้งแรก ...แกแนะนำเราเนี่ย เรารู้สึกอบอุ่น และรู้สึกว่ามันไม่น่ากลัวกับการที่เราได้มีคนไข้คนอื่นพูด... แกมีจิตวิทยาคุย...”

ช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ดังคำกล่าวของแพทย์

“...เมื่อก่อนที่ไม่มี APN บางที drain มีปัญหา คนไข้จะกลับมาหาที่ ward...ตอนนี้ส่วนใหญ่เขาก็จะโทรปรึกษา APN เพื่อแก้ปัญหาในระดับที่แก้ได้ แต่ถ้าปัญหาที่มันใหญ่กว่านั้นจะต้องมา เขาก็ต้องมา”

ลดปัญหาแทรกซ้อนและเพิ่มความสำเร็จของการให้เคมีบำบัด แพทย์คนหนึ่งในที่ม กล่าวว่

“...ดูแลแผลหลังผ่าตัดอะไรอย่างนี้ คุณ... (APN) บอกคนไข้ที่ว่าน่าจะมี hematoma การที่เขาอยู่กับคนไข้ตลอดเวลา เขา detect ได้ ทำให้ complication rate ลดลง เพราะ early detection ไม่ได้ฝีมือเราดีนะคะ เราก็ผ่าเหมือนเดิม แต่ complication มันลดลง เพราะมัน early detection คือ เขาช่วยเขาตามดูให้ใกล้ขีด”

“...ในเรื่องการได้เคมีบำบัดครบนั้น APN มีส่วนร่วมมาก คนไข้ จะโทรมาหา APN ก็อธิบาย side effect ให้ฟัง หรือคนไข้ที่ไ้ยาแล้วกดไขกระดูกมากและอยู่ต่างจังหวัด APN ก็ให้ไปเจาะเลือดแล้วโทรศัพท์มาบอก ถ้า APN เห็นว่าเม็ดเลือดขาวต่ำ... ก็แนะนำเรื่องอาหาร การเฝ้าระวังการติดเชื้อ และกลับมาฉีดยาต่อเมื่อเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น...อันนี้สำคัญทำให้การให้ยาเคมีบำบัดได้สำเร็จ”

ประโยชน์ต่อโรงพยาบาล ช่วยปรับปรุงระบบบริการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ช่วยประหยัดเวลาของแพทย์ ลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยและลดความแออัดที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก จากการให้ข้อมูล ความรู้แก่ผู้ป่วยเมื่อแพทย์ตัดสินใจว่าผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัด ทำให้แพทย์ตรวจและวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ดังคำกล่าวของแพทย์

“...พอถึงการรักษาที่ต้องผ่าตัดเราอธิบายอย่างไรคนไข้ก็ไม่เข้าใจและมีความกลัว แต่ APN จะมีวิธีอธิบาย หรือให้ดูรูปผ่าแล้วจะเป็นแบบนี้ เขาอธิบายให้เราเบ็ดเสร็จเลยคะ ถ้าอยากมีเต้านมจะมีวิธีผ่าตัดอย่างไร

คนไข้ก็ตัดสินใจได้ โดยประหยัดเวลาเราเยอะเลย... และสำคัญถ้าคนไข้ไม่เข้าใจหรือมีข้อสงสัยยังโทรศัพท์มาถาม APN ต่อ อันนี้ดีมาก”

ประโยชน์ต่อการพัฒนาบุคลากร โดยสอนและเป็นแบบอย่างแก่นักศึกษาพยาบาลทุกระดับทุกลัทธิสูตรและเป็นวิทยากรในการประชุมต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และร่วมเขียนตำราเกี่ยวกับบทบาทของ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

ประโยชน์ต่อระบบสุขภาพของประเทศ ช่วยให้การระบอบการรักษาเป็นไปตามที่แพทย์วางแผนไว้ ลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และระยะเวลานอนในโรงพยาบาล ช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและระบบสุขภาพของประเทศ

สรุป ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่าหลังมี APN ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเข้ารับการรักษาเข้าในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด และหลังรับเคมีบำบัดลดลง มีภาวะแทรกซ้อนหลังรับเคมีบำบัดน้อยลง และสามารถรับเคมีบำบัดได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น ส่วนผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะแพทย์มองเห็นประโยชน์ของ APN อย่างมาก ในเรื่องการให้ข้อมูล เพื่อช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจรับการรักษา การดูแลตนเอง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย

### การอภิปรายผล

คุณลักษณะของ APN รายนี้สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยทางศัลยกรรมหลังสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโทแล้ว ได้กลับไปปฏิบัติงานในสาขาที่ตรงกับประสบการณ์ และรับผิดชอบกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม นอกจากนี้ยังได้

รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน มีโอกาสศึกษาดูงาน ในต่างประเทศในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทำให้ได้เห็นรูปแบบการทำงานของ APN โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นต้นแบบของ APN ทั่วโลก จึงช่วยให้การพัฒนางานเป็นระบบได้เร็วขึ้น อย่างไรก็ตาม APN รายนี้ยังต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 6 ปีหลังจบ การศึกษาระดับปริญญาโทจึงสามารถสอบวุฒิปัตรี แสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาล และผดุงครรภ์ได้ และใช้เวลาอีกประมาณ 4 ปีในการพัฒนาบทบาทและสร้างผลงานในกลุ่มผู้ป่วยที่ รับผิดชอบจนได้รับการยอมรับจากทีมผู้ดูแลและ หน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า APN ต้องใช้เวลาในการพัฒนาตนเองตั้งแต่ 1-19 ปี เฉลี่ย 4.4 ปี<sup>17</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นของ พยาบาลเหล่านี้ในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง และจะต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน จึงทำให้ สามารถสร้างผลงานและสามารถสอบรับวุฒิปัตรี จากสภาการพยาบาลได้สำเร็จ

คุณลักษณะที่เด่นอีกประการหนึ่งซึ่งช่วยให้ APN ประสบความสำเร็จและมีความสุขจากการทำงาน คือการมีความกระตือรือร้น ตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ สามารถเข้าถึงปัญหาที่แท้จริง ของผู้ป่วยได้ จึงสามารถจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ชีวิต ความเป็นอยู่และความเชื่อ<sup>18</sup> ทำให้ปัญหาที่แท้จริง ได้ถูกค้นพบและแก้ไข นอกจากนี้ยังมีความสามารถ ในการบูรณาการความรู้จากศาสตร์สาขาพยาบาล และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ เป็นอย่างดี<sup>1</sup> นอกจากนี้ ยังเป็นผู้ที่มีน้ำใจพร้อมที่จะ ช่วยเหลือบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นผลให้ได้รับความ ร่วมมือจากบุคลากรในทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกัน และมีทักษะของความเป็นผู้นำในการพัฒนา

คุณภาพของการบริการ ดังนั้นการรักษาพยาบาลเหล่านี้ ไว้ในระบบสุขภาพเพื่อให้บริการกับผู้ป่วย/ผู้ใช้ บริการโดยตรง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้วางแผนและกำหนด นโยบายด้านกำลังคน รวมทั้งผู้บริหารในระดับสูงจะ ต้องวางโครงสร้างและกำหนดตำแหน่งเพื่อให้สามารถ ใช้ศักยภาพของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงได้สูงสุด และนานที่สุด การเข้าทีมร่วมกับแพทย์ แพทย์ไว้วางใจ ช่วยลดเวลาที่ผู้ป่วยพบแพทย์ และทำให้เกิดผลสำเร็จ ในการรักษาเพิ่มขึ้น

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกหลังผ่าตัด ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2552 พบว่า ถึงแม้ว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีระยะวันนอนในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจะไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างในปี พ.ศ. 2549-2551 มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำในระยะหลัง ผ่าตัด (ร้อยละ 25.8, 26.7 และ 6.1 ตามลำดับ) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างในปี พ.ศ. 2552 ซึ่งไม่พบผู้ที่ ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเลย ( $p < .01$ , ตารางที่ 1) โดยภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เข้ารับการรักษาซ้ำ ได้แก่ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด ซึ่งเป็น ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่เกิดขึ้นได้ถึงร้อยละ 60-80 ของการผ่าตัด MRM with TRAM or LD flap<sup>19</sup> ทั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการได้รับการดูแลจาก APN ในระยะ หลังผ่าตัดแม้ยังไม่ครอบคลุมเต็มรูปแบบสมบูรณ์ (พ.ศ. 2551) ยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้มาก และไม่เกิดขึ้นเลยเมื่อ APN มีประสบการณ์ มากขึ้น ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างในปี พ.ศ. 2552 จะมี ระยะวันนอนในโรงพยาบาลไม่แตกต่างจากกลุ่ม ตัวอย่างที่ได้รับการรักษาในปีก่อนหน้า ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างในปี พ.ศ. 2552 ได้รับการผ่าตัด MRM with TRAM or LD flap มากกว่ากลุ่มตัวอย่างในปี อื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดใหญ่กว่า มีโอกาสเกิด

ภาวะแทรกซ้อนมากกว่า<sup>19</sup> ส่งผลให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่า แต่กลับพบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน สะท้อนถึงผลลัพธ์จากการปฏิบัติของ APN ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยตรง โดยเฉพาะการประเมินแผลผ่าตัด การสังเกตท่อน้ำระบายจากแผล และสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง หรือประสานการดูแลร่วมกับแพทย์อย่างรวดเร็วเมื่อท่อน้ำอุดตัน ซึ่งได้รับการยอมรับจากแพทย์ผู้ร่วมปฏิบัติงานตามข้อมูลเชิงคุณภาพจากแพทย์ การให้ข้อมูล การสอน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งแจกคู่มือการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน นอกจากนี้ APN ยังอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยสามารถปรึกษาทางโทรศัพท์ได้เมื่อมีปัญหา จึงช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและลดการรับเข้ารักษาซ้ำ เช่นเดียวกันในกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย หลังผ่าตัดและอยู่ระหว่างรับยาเคมีบำบัดมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด 4.43 วัน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้น และพบผู้ป่วยเพียง 2 ราย หรือร้อยละ 3.3 เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะที่อยู่ที่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด แม้ว่าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ซับซ้อน

ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านคำรักษาในช่วงการรักษาด้วยเคมีบำบัดในแต่ละปี พบว่าไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละปีมีระยะของโรคมะเร็งไม่แตกต่างกัน ทำให้แพทย์เลือกใช้สูตรยาเคมีบำบัดไม่แตกต่างกัน จึงเป็นผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่คิดเฉพาะค่ายาเคมีบำบัดไม่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างในปี พ.ศ. 2552 ที่ได้รับการดูแลจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงอย่างครอบคลุมเต็มรูปแบบ มีภาวะแทรกซ้อนหลังรับเคมี

บำบัดเกิดขึ้นเพียงร้อยละ 33.3 โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดไม่สม่ำเสมอ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในปี พ.ศ. 2549-2551 ได้รับเคมีบำบัดไม่สม่ำเสมอ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างในปี พ.ศ. 2552 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และเกี่ยวเนื่องเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างในปี พ.ศ. 2549-2551 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลังได้รับเคมีบำบัดด้วยปัญหาภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ (febrile neutropenia) ในขณะที่ไม่มีผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2552 เลย แสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของ APN มีระบบการจัดการที่ดี โดยมีข้อมูลเชิงคุณภาพจาก APN แพทย์ผู้ร่วมทีม และตัว ผู้ป่วยที่สะท้อนให้เห็นถึงการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทั้งในด้านการให้ข้อมูล ความรู้ในการดูแลตนเองอย่างละเอียด เข้าใจง่าย และอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยโทรศัพท์ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาได้ ทำให้การดูแลแก้ไขปัญหา และตรวจพบปัญหาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ทำให้ภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัดลดลง เกิดผลสำเร็จในการรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งข้อมูลสะท้อนให้เห็นการพัฒนาบทบาทและผลลัพธ์ของ APN

เช่นเดียวกับคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการผ่าตัดและอยู่ระหว่างรับเคมีบำบัดอยู่ในระดับมาก เนื่องจาก APN พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยอย่างเป็นระบบ พัฒนาวิธีการให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย พัฒนาสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา มีการติดตามส่งเสริมสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางโทรศัพท์ นอกจากนี้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในระดับสูง

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>20,21</sup> พบว่า ผู้ป่วย มะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเมื่อได้รับการดูแลจาก APN

สำหรับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แสดงว่า คุณภาพของการบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเป็นไปตามความคาดหวังหรือเกินความคาดหวังของผู้ป่วย<sup>22</sup> เนื่องจาก APN มีความยินดีเต็มใจในการบริการ มีความรู้ดี ให้คำแนะนำได้ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย ให้การรักษาพยาบาลด้วยความเอาใจใส่ดูแล รับฟังปัญหาความไม่สุขสบาย และปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ<sup>23</sup> ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลในระดับมาก

**ประโยชน์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในระบบสุขภาพ**

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับ APN ทั้งแพทย์ ผู้บริหารการพยาบาล พยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ และผู้ป่วย ยอมรับและเล็งเห็นประโยชน์ของการมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง แพทย์มองเห็นประโยชน์ของ APN ในฐานะผู้แบ่งเบาภาระของแพทย์ ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ข้อมูลและคำปรึกษากับผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาและการดูแลตนเอง แพทย์และพยาบาลทำงานร่วมทีมกันช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับ Wagner<sup>24</sup> ที่กล่าวว่า ในทีมดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องมี APN ที่มีความรู้ และทักษะทางคลินิก และทางด้านพฤติกรรม และที่สำคัญ APN มีระบบเฝ้าระวังและตรวจค้นปัญหาของผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้าน ทำให้สามารถจัดการและรักษาได้รวดเร็วขึ้น เป็นการช่วยรักษาชีวิตของผู้ป่วยได้

อีกทั้ง APN สามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ซึ่งจะช่วยลดการฟ้องร้องโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลลงได้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อตัวผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ องค์กร และขยายสู่ระบบสุขภาพของประเทศ

**ข้อจำกัดของการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด ดังนี้

1. ไม่สามารถสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มที่มีและไม่มี APN ได้ เนื่องจาก APN รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทั้งกลุ่ม จึงต้องใช้ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนก่อนและหลังมี APN ข้อมูลที่เปรียบเทียบจึงขาดความสมบูรณ์ ดังนั้น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจมีอคติต่อความตรงภายในได้ อย่างไรก็ตามข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับโครงสร้าง การบริการและการจัดระบบบริการสุขภาพของ APN ช่วยให้เห็นความเชื่อมโยงของปัจจัยเหล่านี้กับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จึงน่าจะช่วยลดอคติลงได้

2. การวิจัยนี้ศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระดับตติยภูมิที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพฯ เพียงแห่งเดียว อาจมีความแตกต่างด้านโครงสร้างการให้บริการกับโรงพยาบาลในเขตชนบท ดังนั้นผลลัพธ์ที่ได้อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลในสถานบริการที่อยู่ในเขตชนบทได้

**ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้**

สร้างความเข้าใจกับผู้บริหารและผู้กำกับนโยบายในการใช้และพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงให้เต็มศักยภาพ เพื่อการพัฒนาการบริการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณภาพในระบบสุขภาพ

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการวิจัยและพัฒนาของวุฒิสภาที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

ครั้งนี้ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่เข้าร่วมโครงการวิจัย แพทย์ ผู้บริหารการพยาบาล พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ทุกฝ่าย รวมทั้งผู้ป่วยและญาติที่ให้ความร่วมมือ และ ให้ความสนใจในการสัมภาษณ์เป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

1. สมจิต หนูเจริญกุล. แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธุ์ภักดี, บรรณาธิการ. การปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง; 2555. หน้า 39-56, 344.
2. Brooten D, Gennaro S, Knapp H, Jovene N, Brown L, York R. Functions of the CNS in early discharge and home follow-up of very low birth weight infants. CNS 2002; 16: 85-90.
3. Naylor M, Brooten D, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: A randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc 2004, 52(5): 675-84.
4. Brooten D, Knapp H, Borucki L, Jacobsen B, Finkler S, Arnold L, et al. Early discharge and home care after unplanned cesarean birth: Nursing care time. JOGNN 1994; 25(7): 595-600.
5. เรณู พุกบุญมี. การติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การจัดการศึกษาเพื่อปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง วันที่ 14-15 กุมภาพันธ์ 2551; ห้องประชุมราชนครินทร์ สภากาพยาบาล จัดโดยคณะกรรมการฝึกอบรมและการตรวจสอบความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สภากาพยาบาล; 2551. หน้า 1-6.
6. World Health Organization. Cancer: Number one killer [online] 2007[cited 2007 April 20]. Available from: URL: <http://www.who.int/cancer/en/>
7. สมาคมนามัยแห่งประเทศไทย. ปฏิทินสาธารณสุข พ.ศ.2550. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์; 2550.
8. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. J Med Assoc Thai 2007; 90(10): 2164-73.
9. Spiegel D. Cancer and depression. Br J Psychiatry 1996; 186 Suppl 30:109-16.
10. Moore S, Corner J, Haviland J, Wells M, Salmon E, Normand C, et al. Nurse led follow-up and conventional medical follow-up in management of patients with lung cancer: Randomized trial. BMJ 2002; 325(7377): 1145-7.
11. McCorkle R, Benoliel J, Donaldson G, Georgiadon F, Moimpour C, Godell B. A randomized clinical trial of home nursing care for lung cancer patients. Cancer 1989; 64(6): 1375-82.
12. Ramathibodi Hospital Cancer Committee. 2008 Ten leading sites of cancer. Ramathibodi cancer report 2008. Bangkok: Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2008: pp. 6-9.
13. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly 1966; 44(3):166-203.
14. Orem DE. Nursing concepts of practices. 6<sup>th</sup> ed. Saint Louis: Mosby; 2001.
15. Kilpatrick FP, Cantril H. Self-anchoring scaling: A measure of individuals' unique reality worlds. J Indiv Psychol 1960; 16: 158-73.
16. นางลลิตา สุวิสิษฐ์, สมจิต หนูเจริญกุล. การพัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2554; 17(2): 264-77.
17. สมจิต หนูเจริญกุล. พัฒนาการของการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธุ์ภักดี, บรรณาธิการ. การปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง; 2553, หน้า 13-38.

18. Cumbie SA, Conley VM, Burman ME. Advanced practice nursing model for comprehensive care with chronic illness: model for promoting process engagement. *Adv Nurs Sci* 2004; 27(1):70-80.
19. ประกาศิต จิรืปปภา. Recent concept changes in breast cancer surgery. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างวันที่ 8-12 มิถุนายน 2552. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามธิบดี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552. หน้า 11-4.
20. McCorkle R, Dowd M, Ercolano E, Schulman-Green D, Williams LA, Siefert LM. Effects of a nursing intervention on quality of life outcomes in post-surgical women with gynaecological cancer. *Psycho-Onco* 2009; 18: 62-70.
21. Maughan K, Clarke C. The effect of a clinical nurse specialist in gynaecological oncology on quality of life and sexuality. *J Clin Nurs* 2001; 10: 221-9.
22. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Quality counts in services, tool. *Business Horizons* 1985; 28: 44-52.
23. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. The service quality puzzle. *Business Horizons* 1988; 31: 35-43.
24. Wagner E, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic illness management programs. In: Funk SG, Tornquist EM, Leeman J, Miles MS, Harrell JS, editors. *Key aspects of preventing and managing chronic illness*. New York: Springer; 2001. pp. 289-303.

## Advanced Practice Nurses' Efficiency in Caring for Breast Cancer Patients

*Kanitha Hanprasitkam Ph.D (Nursing)\**

*Rachanee Namjuntra D.N.S.\*\**

*Somchit Hanucharunkul Ph.D (Nursing)\*\*\**

*Pinhatai Supametaporn D.N.S.\*\*\*\**

*Kanokporn Nateetanasombat D.N.S.\*\*\*\**

*Pratum Soivong Ph.D (Nursing)\*\*\*\*\**

**Abstract:** This research study aimed to investigate the efficiency of advanced practice nurses (to be referred to as APNs) in caring for breast cancer patients. The research addressed 6 aspects of APNs' performance, namely, (i) administrative structure; (ii) service providing; (iii) healthcare service management; (iv) outcome; (v) stakeholders' opinions; and (vi) benefits of APNs' service to the patients, professional organisation and healthcare system.

This mixed-method study adopted both quantitative and qualitative approaches. The sample consisted of 1 APN who cared for 139 breast cancer patients during 2006-2009, the medical records of those 139 breast cancer patients, 60 breast cancer patients having undergone mastectomy and receiving chemotherapy, and 6 staffers working with APNs.

The types of quantitative data collected consisted of the patients' (i) number of days of post-mastectomy hospitalization; (ii) post-mastectomy and chemotherapy complications; (iii) continuity of chemotherapy; (iv) self-caring ability; (v) quality of living; and (v) satisfaction with APNs' performance. The qualitative data were collected through observation and interviews, which focused on (i) health service providers' administrative structure; (ii) APNs' service and healthcare service management for the breast cancer patients under their care; and (iii) benefits of APNs. Descriptive and referential statistics were used to analyse the quantitative data, whilst content analysis was applied to the qualitative data.

The significant findings of the study are as follows. First, with APNs on the caregiving team, the breast cancer patients developed less complications after receiving chemotherapy, and were able to receive more regular chemotherapeutic treatment. Second, a statistically significant decrease in the rate of post-mastectomy and post-chemotherapy re-hospitalization was observed each year during the APNs' operation. Third, with the APNs leading the caregiving programme, the patients displayed a high level of self-care ability and quality of living, as well as a high degree of satisfaction. Fourth, most of the stakeholders, especially physicians, considered APNs as being very helpful in providing patients with information pertaining to treatment, self-care, prevention of complications resulting from intense treatment, and detection of complications at an early stage, all of which could lead to prompt medical treatment. The APNs, also serving as patients' consultants, played an important part in saving their lives and enabling them to cope efficiently with stress related to their disease and treatment.

The findings confirmed the benefits of involving APNs in the healthcare system's care for breast cancer patients. It is, therefore, recommended that mutual understanding be reached between administrators and policy-makers for the purpose of maximizing APNs' potential. This, in turn, would lead to improvement in the quality of caregiving services for breast cancer patients.

*Thai Journal of Nursing Council 2012; 27(3) 45-62*

**Keywords:** efficiency; advanced practice nurses; breast cancer patients

---

\*Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Mahidol University, Email:kanitha.han@mahidol.ac.th

\*\*Assistant Professor

\*\*\*Emeritus Professor, Ramathibodi School of Nursing, Mahidol University

\*\*\*\*Lecturer, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

\*\*\*\*\*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiangmai University