

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง

ปณิฏฐา นาคช่วย

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง

..... ปณิฏฐา นกชัชวาลย์

นางสาว ปณิฏฐา นกชัชวาลย์

ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

..... ชีราภรณ์ จันทร์คำ

อาจารย์ ชีราภรณ์ จันทร์คำ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์,

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์รักดี,

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2553

..... ปณิฏฐา นาคช่วย

นางสาว ปณิฏฐา นาคช่วย

ผู้วิจัย

..... อรุณ รัตนชัย -

อาจารย์ รัชณี นามจันทร์,

พย.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

..... พรสวรรค์ นาคช่วย

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ,

ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

..... ชรินทร์ รัตนชัย

อาจารย์ ชรินทร์ รัตนชัย,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

..... ชรินทร์ รัตนชัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

..... ชรินทร์ รัตนชัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์,

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

..... ชรินทร์ รัตนชัย

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน,

M.D., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ดี มิได้เกิดจากผู้ศึกษาเพียงผู้เดียว ยังได้รับความกรุณาอย่างดียิ่ง จากคณาจารย์และบุคคลอื่นอีกมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลักในการทำสารนิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ธีรภรณ์ จันทรดา อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมในการทำสารนิพนธ์ ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องจนสารนิพนธ์สมบูรณ์ ตลอดจนเป็นกำลังใจให้ผู้ศึกษามาโดยตลอด ผู้ศึกษาขอกราบขอบคุณเป็นอย่างสูงพร้อมกันนี้ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และอาจารย์ ดร.รัชณี นามจันทรา กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในการสอบสารนิพนธ์ จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งได้เสียสละเวลา ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ในการแก้ไขปรับปรุงสารนิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ สั่งสอน ตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษาในสถาบันแห่งนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการเรียนและการทำสารนิพนธ์ครั้งนี้ให้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ขอขอบพระคุณ คุณอรพรรณ สมบูรณ์สาร อดีตหัวหน้างานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ คุณพูนศิริ อรุณเนตร ผู้ตรวจการงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ และคุณชวนพิศ ดีทองแก้ว หัวหน้าหอผู้ป่วย อายุรศาสตร์ 10 เหนือ ที่สนับสนุนเวลาให้มาศึกษาต่อในครั้งนี้ และขอขอบคุณ บุคลากรหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ 10 เหนือ ที่ได้มีส่วนช่วยเหลือ และสนับสนุนในการศึกษา

ท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ ครอบครัว บิดา มารดา ลุง ป้า ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษา และขอบคุณพี่ น้องของผู้ศึกษา รวมทั้งเพื่อนร่วมรุ่น พย.ม. รหัส 50 ที่ห่วงใย เป็นกำลังใจให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในการทำสารนิพนธ์ตลอดมาจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ปณิฏฐา นาคช่วย

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง

A SYNTHESIS OF RESEARCH RELATED TO ADVANCED PRACTICE NURSING INTERVENTIONS AND OUTCOME OF ONCOLOGY ADVANCED PRACTICE NURSES

ปณิฏฐา นาคช่วย 5037715 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ขนิษฐา หาญประสิทธิภาพ, Ph. D. (Nursing), ชีราภรณ์ จันทร์คำ, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีความยุ่งยากและซับซ้อนด้วยลักษณะของโรคมะเร็งที่ควบคุมได้ยาก มีการแพร่กระจายและมีโอกาสเกิดซ้ำ ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ผู้ป่วยมะเร็งจึงต้องการผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (advanced practice nurse: APN) ที่มีความรู้ความชำนาญ มีทักษะในการประเมินและแก้ไขปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการจัดการเชิงระบบที่ดี เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยการสืบค้นจากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2542-2552 ทั้งหมด 20 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (ระดับ A) 12 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง (ระดับ B) 7 เรื่อง และ งานวิจัยเชิงบรรยาย (ระดับ C) 1 เรื่อง

ผลการศึกษาซึ่งแบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ส่วน พบว่า 1) การปฏิบัติการพยาบาลของ APN ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งครอบคลุมทุกระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่การป้องกันและตรวจคัดกรองมะเร็งในระยะเริ่มต้น การรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา และการติดตามหลังการรักษาเป็นการปฏิบัติทั้งในโรงพยาบาล คลินิกผู้ป่วยนอก ในชุมชน และที่บ้าน เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งสะท้อนบทบาทของ APN ทั้งด้านการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง การให้การดูแลโดยตรง การประสานงานกับ การสอนและการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ การให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย การเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง การให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจจริยธรรม การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง และการจัดการและประเมินผลลัพธ์ และ 2) ผลลัพธ์ของการปฏิบัติของ APN แบ่งเป็น ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยประกอบด้วย ตัวชี้วัดที่เฉพาะกับการวินิจฉัยและตัวชี้วัดโดยรวม ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ และผลลัพธ์ด้านองค์กร

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็งในประเทศไทยยังมีไม่มากและเป็นงานวิจัยที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยหรือขาดกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้นจึงควรมีการวิจัยเรื่องนี้มากขึ้น และการนำผลงานวิจัยไปใช้ควรพิจารณาถึงบริบทของงานวิจัยด้วย

คำสำคัญ: ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง / การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง / ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

A SYNTHESIS OF RESEARCH RELATED TO ADVANCED PRACTICE NURSING INTERVENTIONS AND OUTCOME OF ONCOLOGY ADVANCED PRACTICE NURSES

PANITTA NARKCHUAY 5037715 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: KANITHA HANPRASITKAM, Ph.D. (NURSING), TIRAPORN JUNDA, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

Caring for cancer patients is complex due to the nature of cancer that is difficult to control. There is a chance for cancer to metastasis and for the patient to go into relapse. The patients need long continual care. Therefore, cancer patients need care from advanced practice nurses (APN) who have advanced knowledge, and skills to assess and manage cancer patients' health problems with a quality of care delivery system that can improve patient outcomes. The purposes of this study, therefore, were to gather, review, analyze, and synthesize research evidence on advanced practice nursing interventions and outcomes in cancer patients. Twenty relevant studies published between 1999 and 2009 were selected of which twelve were classified as experimental randomized controlled trial studies (Level A); seven were classified as quasi-experimental studies (Level B); and one was classified as a descriptive study (Level C).

The findings were thus divided into two parts. The first part included, clinical advanced practice nursing interventions provided by oncology APNs during the entire course of the illness including cancer prevention and cancer screening, during treatment with surgery, chemotherapy or radiotherapy, and post cancer treatment. Oncology APN also provided care in various settings including in-hospital, out-patient clinics, communities, and homecare settings to improve the quality of cancer care. Advanced practice nursing interventions provided by APNs reflected APNs' roles and competencies including care management, direct care, collaboration, educating and mentoring, consultation, change agent, ethical reasoning and ethical decision making, evidenced-base practice, and outcome management and evaluation. The second part included, data on nursing outcomes with patient-focused outcomes including diagnosis-specific indicators and holistic indicators; provider-focused outcomes; and organization-focused outcomes.

The findings of the present study through empirical evidence showed that clinical advanced practice nursing of oncology APNs was effective in improving outcomes in cancer patients. However, in Thailand there were few research studies in this area. In addition, previous studies had relatively small samples and no comparative groups. Therefore, further study should be conducted. The context of the studies also needs to be considered for research utilization.

KEY WORDS: ONCOLOGY ADVANCED PRACTICE NURSE /
ADVANCED PRACTICE NURSING / NURSING OUTCOME

153 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการจากการศึกษา	4
นิยามศัพท์	5
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	6
1. โรคมะเร็ง	6
2. วิวัฒนาการของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง	10
3. แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง	14
4. ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง	20
5. บทบาทและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง	23
6. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง	28
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	32
การสืบค้นแหล่งข้อมูล	32
เกณฑ์ในการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	33
การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานทางวิชาการ	35
บทที่ 4 ผลการศึกษา	76
ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	76
การปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง	79
ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง	94

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 การอภิปรายผล	100
คุณภาพ ความพอเพียง และความถูกต้องเหมาะสมของงานวิจัย	100
การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง	102
ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง	108
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	113
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	117
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	132
รายการอ้างอิง	146
ประวัติผู้วิจัย	153

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ฐานข้อมูลที่ใช้ จำนวน การศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ และจำนวนการศึกษาวิจัยที่คัดเลือกมาใช้ในการศึกษา	34
2	การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โรคมะเร็ง	37
3	สรุปงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โรคมะเร็ง	77

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อความรู้สึก ชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และใช้เวลาในการรักษานาน (ชูศรี กุชชัยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, สุจิตรา วราอัสวปติ, พนอ เตชะอริก, นพพร เชาวะเจริญ, อุบล จ้างพานิช และคณะ, 2543) อีกทั้งการรักษายังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ (ชวนพิศ นรเดชาพันธ์, 2547) นอกจากนี้โรคมะเร็งยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกทั้งหมด 10 ล้านคนในปี ค.ศ. 2002 และคาดว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มเป็น 15 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2025 (WHO, 2010) สำหรับในประเทศไทย ในแต่ละปีมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มากขึ้น จากสถิติสาธารณสุขปี 2550 มีผู้ป่วยมะเร็งทั้งประเทศไม่รวมกรุงเทพมหานคร จำนวน 846,062 ราย และเพิ่มเป็น 987,193 ราย ในปี พ.ศ. 2551 (กระทรวงสาธารณสุข, 2550 และ 2551) เช่นเดียวกับสถิติของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่พบแนวโน้มของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2548 และ 2549 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง 5,420 ราย และ 6,377 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.02 และร้อยละ 4.20 ของผู้ป่วยใหม่ของโรงพยาบาลศิริราช ตามลำดับ (สถานวิทยามะเร็งศิริราช, 2548; 2549) และเพิ่มเป็น 7,195 ราย ในปี พ.ศ. 2550 คิดเป็นร้อยละ 4.16 ของผู้ป่วยใหม่ของโรงพยาบาลศิริราช (สถานวิทยามะเร็งศิริราช, 2550)

การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันมีการพัฒนามากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ ประกอบกับการศึกษาค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์อย่างต่อเนื่อง เป็นผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสที่จะหายหรือมีชีวิตรที่ยืนยาวมากขึ้น (อรัญญา นามวงศ์, 2542) การรักษาที่เป็นมาตรฐานมี 4 วิธี คือ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด และการรักษาทางภูมิคุ้มกัน (immunotherapy) หรือการรักษาหลายวิธีร่วมกัน (combination) เช่น การผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัด การผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา เป็นต้น (ชวนพิศ นรเดชาพันธ์, 2547) การเลือกรักษาด้วยวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค และธรรมชาติการตอบสนองของโรคมะเร็งแต่ละชนิดต่อวิธีการรักษา (อภิรดี ถาวรรัช, 2547) แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทั้งด้านความรู้ใหม่ๆ และการรักษาที่มีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งยังคงมีความยุ่งยากและซับซ้อนด้วยลักษณะของโรคที่ควบคุมได้ยาก มีการแพร่กระจาย

และมีโอกาสเกิดซ้ำ จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และใช้เวลาในการดูแลรักษาระยะยาวนาน ทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและผลข้างเคียงต่างๆ จากการรักษาที่มีต่อระบบของร่างกาย (นวลจันทร์ พรหมศรีพิทักษ์, 2543) เกิดความรู้สึกไม่สบายและทุกข์ทรมานในลักษณะที่แตกต่างตามการรักษาที่ได้รับ นอกจากนี้ยังรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การพักผ่อนและการนอนหลับ ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ เกิดความกลัว วิตกกังวล มีอารมณ์ซึมเศร้า จากผลการรักษาและอาการข้างเคียงจากการรักษา การกลับเป็นซ้ำของโรค (นันทน์ภัส ยุทธไชยวงศ์, 2552; ภูมิรินทร์ มลารัตน์ และ ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, 2551) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทางสังคมของผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวและคู่สมรส หน้าที่ การงาน การเงิน รวมถึงผู้ร่วมงาน (Ferrell, Virani, Smith, & Juarez, 2003) สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (บัวธร เวชพันธ์, 2548) การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งจึงต้องการการดูแลแบบองค์รวม ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงกำลังใจ ความเข้าใจจากสมาชิกในครอบครัว การดูแลและการจัดการเชิงระบบที่ดี องค์ประกอบเหล่านี้จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถเผชิญกับโรค ปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่เจ็บป่วย (ชูศรี คุชชัยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, สุจริตรา วราอัสวปดิ, พนอ เตชะอธิก, นพพร เชาวะเจริญ, อุบล จ้างพานิชและคณะ, 2543; Cummings, & McLennan, 2005)

จากความซับซ้อนของโรคมะเร็ง วิธีการรักษา และผลกระทบทั้งจากโรคและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งต้องการพยาบาลผู้ดูแลที่มีความสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค การดูแลช่วยบรรเทาอาการข้างเคียง และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดเนื่องจากการรักษา (คณินิจ พงศ์ถาวรกมล, 2548) และสามารถเข้าถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจึงจำเป็นต้องพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความชำนาญ มีทักษะในการประเมินและแก้ไขปัญหาที่มีความซับซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีความสามารถในการจัดการเชิงระบบที่ดีด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการ สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนั้นยังช่วยลดการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งบทบาทเหล่านี้เป็นบทบาทที่สำคัญของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nurse: APN) (Cooke, Gemmill, & Grant, 2008)

ในต่างประเทศ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หรือ APN จึงได้พัฒนาขึ้นจากความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลงในด้านความต้องการของผู้ป่วย เทคโนโลยีที่เกิดขึ้นใหม่ๆ (Hanson & Hamric, 2003) เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ยุ่ยากซับซ้อนมากขึ้นแล้ว ยังเป็นการ

ขยายขอบเขตของการพยาบาลเพื่อความก้าวหน้าในวิชาชีพของพยาบาลด้วย (Canadian Nurses Association, 2008) โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical nurse specialist) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (community health nurse practitioner) ที่ปฏิบัติงานในชุมชน ที่มีความรู้ในระดับปริญญาโทด้านการพยาบาลและมีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพยุ่งยากซับซ้อน (อุบลรัตน์ ด้อยมาเมือง, 2546; Geest, Moons, Callens, Gut, Lindpaintner, & Spirig, 2008; Murphy-Ende, 2002) ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นสิ่งสะท้อนถึงความก้าวหน้าของวิชาชีพและคุณภาพในการบริการทางการพยาบาล ที่ต้องประยุกต์ความรู้ทางทฤษฎีและผลการวิจัยสู่การปฏิบัติจริงในคลินิก และมีทักษะและความชำนาญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มที่รับผิดชอบ ส่งผลดีต่อผู้รับบริการ และนำมาซึ่งความคุ้มค่าในด้านบริการ (Ray and Hardin, 1995 อ้างใน ชญานิศ ลือวานิช, 2540)

ในประเทศไทย สภาการพยาบาลเล็งเห็นถึงความจำเป็นของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่มีความซับซ้อนเช่นกัน จึงได้ดำเนินการเรื่องผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) อย่างต่อเนื่อง และจัดให้มีการสอบเพื่อรับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขาเพื่อเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2546 (สภาการพยาบาล, 2546) โดยสภาการพยาบาลมีข้อกำหนดในการสอบความรู้เพื่อรับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขาของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ต้องเป็นผู้ที่จบปริญญาโททางการพยาบาลตามหลักสูตรที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะสาขาทางคลินิกไม่น้อยกว่า 3 ปี มีชั่วโมงการฝึกปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะสาขาอย่างน้อย 500 ชั่วโมง และมีสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงตามที่สภาการพยาบาลกำหนด ปัจจุบันมีผู้ได้รับวุฒิบัตรรับรองจากสภาการพยาบาลทั้งหมด 944 คน เป็น APN สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์มากที่สุดคือ 447 คน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งรวมอยู่ด้วย โดยสภาการพยาบาลคาดหวังว่า APN เหล่านี้จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ป่วย หน่วยงาน และประเทศชาติ

จากการทบทวนงานวิจัยเบื้องต้นในเรื่องผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่ามีหลายๆ การศึกษาที่แสดงถึงผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (Beaver, Tysver-Robinson, Campbell, Twomey, Williamson, Hindley, et al., 2009) ลดระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา (Helgesen, Anderson, Gustafsson, Varenhorst, Goben, Camock, et al, 2000; Moore, Corner, Haviland, Wells, Salmon, Normand, et al.,

2002) ลดความวิตกกังวล เพิ่มความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต (McCorkle, Dowd, Ercolano, Schulman-Green, Williams, Siefert et al., 2009; Ritz, Nissen, Swenson, Farrell, Sperduto, Sladek, et al., 2000) อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา (Faithfull, 2001; Verschuur, Steyerberg, Tilanus, Polinder, Essink-Bot, Tran, et al., 2009) และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อหน่วยงานในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้มีมาตรฐานการปฏิบัติงานให้เป็นไปในแนวเดียวกัน (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจกุล และคณะ, 2550; Idell, Grant, & Kirk, 2007) แต่ยังขาดการรวบรวมอย่างเป็นระบบเพื่อให้เห็นถึงวิธีการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็งอย่างชัดเจน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการรวบรวมการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ วิธีการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง เพื่อเป็นข้อมูลที่แสดงถึงบทบาท ความรับผิดชอบ และสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น นำไปสู่การพัฒนารูปแบบของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการศึกษา

1. ด้านวิชาชีพ เพื่อนำข้อมูลที่สังเคราะห์ได้ มาใช้ในการพัฒนารูปแบบ สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ และพัฒนาผลลัพธ์ของการดูแลกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง
2. ด้านการวิจัย เพื่อนำความรู้ที่สังเคราะห์ได้ รวมถึงช่องว่างของความรู้ในการให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง นำไปสู่คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

นิยามศัพท์

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง หมายถึง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขา
อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ทั้งพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกหรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีความรู้ มีทักษะ
เฉพาะทางในการจัดการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Oncology Nursing Society, 1995 cited in Cunningham,
2004) ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอกในสาขาการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และได้รับ
วุฒิปัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หมายถึง รูปแบบการดูแล การบริการหรือกิจกรรมของผู้
ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นหลังจากการได้รับการบริการ การดูแล
จัดการจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่เป็นผลต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
หน่วยงาน วิชาชีพพยาบาล และประเทศชาติ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคมะเร็ง

- ความหมายของโรคมะเร็ง
- ชนิดของมะเร็ง
- อาการ
- การรักษา
- วัตถุประสงค์ในการรักษา

2. วิวัฒนาการของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

3. แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

4. ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

5. บทบาทและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

6. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

1. โรคมะเร็ง

ความหมายของโรคมะเร็ง

ความหมายของโรคมะเร็ง ได้มีผู้ให้ความหมายของโรคมะเร็งไว้หลายท่าน ดังนี้

มะเร็ง หมายถึง เนื้องอกชนิดร้ายที่เนื้อมะเร็งมีการแทรกซึมเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติที่อยู่โดยรอบ เป็นเซลล์ร่างกายที่มีการแบ่งตัวไม่เป็นไปตามแบบแผนอยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมสามารถแพร่กระจายไปยังบริเวณอื่นของร่างกายที่ห่างไกลออกไปและไม่ติดต่อกับก้อนมะเร็งเดิม (กฤษณ์กมล บุญซาดา, 2546)

มะเร็ง หมายถึง โรคของเซลล์ที่เกิดจากความผิดปกติของกลไกการกำกับควบคุมการทำงานในวงจรชีวิตของเซลล์ (Pollard & Earnshaw, 2002 อ้างใน ชวนพิศ นรเดชาพันธ์, 2547)

อภิศิ ลดาจารย์ (2547) ได้สรุปความหมายของมะเร็งไว้ว่า หมายถึง โรคที่เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของกลุ่มเซลล์บางส่วนของร่างกาย ทำให้เซลล์มีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นไม่สามารถควบคุมการเจริญเติบโตได้ เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายของเซลล์ไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยผ่านทางเส้นเลือด และระบบน้ำเหลือง ทำให้บริเวณที่เป็นโรคมียาเซลล์เพิ่มขึ้นมองเห็นเป็นกลุ่มก้อน เมื่อเกิดมะเร็งในร่างกายจะส่งผลกระทบต่อระบบกายวิภาค โดยจะไปเบียดเบียนที่อยู่ของอวัยวะเดิมและระบบสรีรวิทยา ทำให้ระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายไม่สามารถดำเนินไปอย่างปกติ จนก่อให้เกิดพยาธิสภาพขึ้น (เยาเวศ นาคแจ้ง, 2541; อุปมา เลียงสว่างวงศ์, 2542; Otto, 1999; Porth, 1990 อ้างใน อภิศิ ลดาจารย์, 2547)

ชนิดของมะเร็ง

การแบ่งชนิดของมะเร็งจะแบ่งตามคุณลักษณะและชนิดของเซลล์ต้นกำเนิด จึงมีชื่อเรียกตามเซลล์นั้น (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2541 อ้างใน ปาริฉัตร กุลาपाल, 2550) คือ

1. คาซิโนมา (carcinoma) หมายถึง มะเร็งของเยื่อเมือก เป็นกลุ่มเซลล์มะเร็งที่เกิดจากเยื่อเมือกหรือ Epithelial cell อาจเกิดที่เยื่อเมือกทั้งภายใน และภายนอก เช่น มะเร็งของเยื่อเมือกช่องปาก เยื่อเมือกทางเดินอาหาร เยื่อเมือกหลอด เป็นต้น มะเร็งต่อมต่างๆ เช่น เต้านม ต่อมลูกหมาก เป็นต้น มะเร็งของเยื่อเมือกมีลักษณะเฉพาะตัว คือ มักจะแพร่กระจายไปทางกระแสเลือดก่อนทางกระแสเลือด

2. ซาร์โคมา (sarcoma) หมายถึง มะเร็งของเนื้อเยื่อ เป็นกลุ่มเซลล์มะเร็งที่เกิดจากเนื้อเยื่อชนิดประสาน (connective tissue) เนื้อเยื่อไขมัน กระดูกอ่อน หลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง กล้ามเนื้อประสาท มะเร็งพวกนี้มักมีการแพร่กระจายไปทางเส้นเลือดได้เร็ว เช่น มะเร็งของกล้ามเนื้อกระดูก กระดูกอ่อน ประสาท เป็นต้น

3. ลิวคีเมีย (leukemia) หมายถึง มะเร็งของเม็ดเลือดและเนื้อเยื่อที่สร้างเม็ดเลือด และมะเร็งของต่อมน้ำเหลืองที่เรียกว่า ลิมโฟมา (lymphoma)

อาการ

อาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นอาการที่อาจเกิดจากก้อนมะเร็งมีการเติบโต หรือมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ หรือกระจายไปทั่วร่างกาย หรืออาจเป็นอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งผลิตสารบางชนิด แล้วไปมีผลต่ออวัยวะต่างๆ ดังนี้ (อภิศิ ลดาจารย์, 2547)

1. อาการเบื่ออาหาร/น้ำหนักลด (anorexia/weight loss) เชื่อว่าเกิดจากมะเร็งมีการกระตุ้นการหลั่งสารทูเมอร์ นิโครติค แฟคเตอร์ (tumor necrotic factor: TNF) ซึ่งมีผลทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานสูง ที่ให้พลังงานที่สะสมไว้ในร่างกายสูญเสียไปมาก และยังทำให้เบื่ออาหาร (สมเกียรติ วงษ์ทิม และ วิศิษฐ์ อุดมพานิชย์, 2542 อ้างใน อภิรดี ลดาวัลย์, 2547)

2. อาการไข้ (fever) เกิดจากการเกิดไข้อาจเกิดจากสารทูเมอร์ นิโครติค แฟคเตอร์ ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นสารก่อไข้ (pyrogen) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของศูนย์ควบคุมอุณหภูมิ

3. อาการปวด (pain) เป็นอาการที่พบได้บ่อยมากถึงร้อยละ 70-90 (Lesage, & Portenoy, 1999 อ้างใน อภิรดี ลดาวัลย์, 2547) ลักษณะการปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่พบได้บ่อย แบ่งตามพยาธิสภาพการเกิดโรค แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ อาการปวดจากการบาดเจ็บ (nociceptive pain) และอาการปวดจากเส้นประสาท (neuropathic pain)

การรักษา

การรักษาหลักของโรคมะเร็งมียู่ 4 วิธี คือ

1. การผ่าตัด (surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อเอาเนื้อเยื่อที่เป็นโรคออก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษา ควบคุมโรค บรรเทาอาการ กำหนดประสิทธิผลของการรักษาฟื้นฟูสภาพ สำหรับการผ่าตัดเพื่อการรักษา มียู่ 4 วิธี (อภิรดี ลดาวัลย์, 2547) ได้แก่

1.1 local excision เป็นการผ่าตัดในกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็ก และ/หรืออยู่จำกัดเฉพาะที่

1.2 wide local excision เป็นการผ่าตัดในกรณีที่ก้อนมะเร็งขนาดเล็ก และมีการแพร่กระจายไปเนื้อเยื่อเฉพาะที่

1.3 wide excision เป็นการผ่าตัดในกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กถึงปานกลาง และรู้ตำแหน่งที่มีการแพร่กระจาย

1.4 extended radical excision เป็นการผ่าตัดในกรณีที่ก้อนมะเร็งมีการแพร่กระจายเป็นบริเวณกว้าง แต่ไม่ทราบตำแหน่งที่แพร่กระจาย

2. รังสีรักษา (radiation therapy) การใช้รังสีรักษา ionizing radiation เช่น รังสีแกมมา มีจุดประสงค์ 2 อย่างคือ การรักษาเพื่อมุ่งหวังให้โรคหายขาด (radical or curative treatment) หรือการรักษาเพื่อบรรเทาอาการ (palliative treatment) (ศิริวรรณ วินิจสร, จิราภรณ์ ทองสุโขติ และ พัสนนท์ คุ่มทวีพร, 2548) หลักการในการรักษาคือ ให้รังสีขนาดสูงในบริเวณก้อนมะเร็ง โดยที่เซลล์ปกติสามารถทนได้

3. เคมีบำบัด (chemotherapy) เป็นการรักษาโรคมะเร็งวิธีหนึ่งที่ใช้สารเคมีไปฆ่าเซลล์มะเร็งทั่วร่างกาย ซึ่งสามารถใช้รักษามะเร็งที่มีอยู่ในระยะแพร่กระจาย ซึ่งต่างจากการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือรังสีรักษาที่เป็นการรักษาเฉพาะที่ โดยพบว่ายาเคมีบำบัดสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายขาดได้ร้อยละ 17 (Hollinger, 2003 อ้างใน ชวนพิศ นรเดชาพันธ์, 2547) นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการยืดระยะเวลากลับเป็นซ้ำใหม่ของโรค (Recurrence) และยืดอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

4. การรักษาโดยใช้สารชีวภาพหรือการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน เป็นการนำสารชีวภาพมาใช้ในการรักษามะเร็ง เช่น การใช้สารซึ่งมีคุณสมบัติกระตุ้นเม็ดเลือดขาว (granulocyte colony stimulating factor) ร่วมกับการใช้เคมีบำบัด เพื่อลดผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และหวังผลในแง่สามารถเพิ่มขนาดยา โดยคาดหวังว่าเมื่อเพิ่มขนาดยาเคมีบำบัดให้สูงขึ้น ผลการรักษาน่าจะดีขึ้น (อรัญญา นามวงศ์, 2542)

วัตถุประสงค์ในการรักษา

การรักษามะเร็ง มีวัตถุประสงค์เพื่อ (อรัญญา นามวงศ์, 2542)

1. การรักษาให้หายขาด (curative Intent) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวอยู่ได้เท่ากับคนปกติที่ไม่เป็นมะเร็ง แม้ว่าโรคจะอยู่ในระยะแพร่กระจายแล้ว

2. การรักษาเพื่อทุเลาอาการ (palliative Intent) เป็นการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อทุเลาอาการที่เกิดจากโรคมะเร็งที่เป็น โดยที่การรักษาดังกล่าวไม่จะเป็นการรักษาด้วยยาหรือรังสีรักษา ไม่สามารถจะมีฤทธิ์พอที่จะทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคที่เป็นได้ แต่อาจจะช่วยลดปริมาณของเซลล์มะเร็ง และทุเลาอาการที่เกิดจากโรคนี้ได้เช่น อาการปวดจากมะเร็งแพร่ไปกระดูก เป็นต้น

3. การรักษาแบบประคับประคอง (supportive care) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ได้ เช่น เคมีบำบัด การฉายแสงรังสี หรือการผ่าตัด เนื่องจากโรคเป็นมากเกินกว่าที่จะรักษา สภาพของผู้ป่วยไม่เหมาะสม หรือมีปัญหาอื่นๆ ที่ทำให้รักษาไม่ได้ ควรให้การรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น การให้ยาแก้ปวด การให้การดูแลทางจิตใจ เป็นต้น

4. การเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง และการกลับเป็นซ้ำของโรค (prolonged survival and disease free survival)

5. การเพิ่มคุณภาพชีวิต (quality of life) ในการให้การรักษามะเร็ง ควรเลือกวิธีการรักษาที่สามารถลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากโรคที่เป็น และลดอาการของผู้ป่วยลงโดยที่

การรักษาไม่มีผลข้างเคียงที่มากเกินไป จนทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษา ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสียไป

2. วิวัฒนาการของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

จากการเปลี่ยนแปลงในด้านความต้องการของผู้ป่วย เทคโนโลยีที่เกิดขึ้นใหม่ๆ และการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในหน่วยงานเฉพาะทาง เพื่อสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ยากซับซ้อน (Hanson & Hamric, 2003) รูปแบบของการปฏิบัติจึงจำเป็นต้องทำให้พยาบาลต้องพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติให้โดดเด่น การปฏิบัติพยาบาลต้องปฏิบัติภายใต้ค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่า ที่เน้นการดูแลในระบบปฐมนุญ และการจัดการกับผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง โดยตอบสนองต่อความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วย ดังนั้นสิ่งแวดล้อมในการบริการจึงเปลี่ยนจุดเน้นจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่มีเครือข่ายชัดเจน ในรูปแบบการดูแลผู้ใช้บริการเป็นกลุ่ม โดยเน้นที่ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนั้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทำให้บทบาทของพยาบาลขยายทั้งใน ความกว้างและความลึก และความสามารถในการบูรณาการ ที่ต้องเพิ่มการพัฒนา และการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (evidence-based practice and clinical path) และรูปแบบการทำงานในลักษณะสหวิทยาการ ที่ปฏิบัติร่วมกัน รวมทั้งการใช้สารสนเทศ คอมพิวเตอร์ และเครือข่ายข้อมูล ที่มีคุณภาพและคุณธรรม จริยธรรม ดังนั้นกระบวนการสร้างความรู้ โดยการวิจัยและการจัดการกับความรู้สู่การปฏิบัติ แล้วพัฒนาเป็นองค์ความรู้ จึงต้องเป็นวัฒนธรรมในการปฏิบัติการของวิชาชีพการพยาบาล ความซับซ้อน กว้าง และลึกซึ้ง ของระบบบริการสุขภาพดังกล่าว ทำให้การศึกษาเพียงระดับปริญญาตรีของพยาบาลไม่เพียงพอ จึงเป็นที่มาของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (advance practice nurse : APN) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2547)

การพัฒนาผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ขึ้นกับเศรษฐกิจ การปกครอง (Sheer & Wong, 2008) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งถือเป็นต้นแบบของการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของวิชาชีพการพยาบาลทั่วโลก การพัฒนาพยาบาลผู้เชี่ยวชาญนั้น ได้เริ่มมีมาตั้งแต่ประมาณปลายศตวรรษที่ 19 ย่างเข้าสู่ศตวรรษที่ 20 เมื่อโรงพยาบาลได้จัดหลักสูตรอบรมในแขนงต่างๆ ให้กับพยาบาลที่จบการศึกษาพยาบาลขั้นพื้นฐานมาแล้ว เช่น การให้ยาระงับความรู้สึก การดูแลผู้ป่วยวันโรค การผ่าตัดและโภชนาการ ซึ่งเป็นแนวคิดของการขยายบทบาทของพยาบาลในการทดแทนแพทย์ ในช่วงปี ค.ศ. 1930 ได้มีการขยายความรู้และบริการทางด้านจิตเวช เป็นระยะที่งานเขียนอมตะของ Harry Stach Sullivan และของ Sigmund Freud มี

อิทธิพลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการพยาบาลสาขาจิตเวชเป็นอย่างมาก การเน้นปฏิสัมพันธ์และสัมพันธภาพกับผู้ป่วยร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมในการบำบัด สนับสนุนให้พยาบาลเคลื่อนไหว

บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเริ่มมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1877 เมื่อพยาบาลเข้ามามีส่วนในการบริหารจัดการคมนา (Bankert, 1989 อ้างใน Murphy-Ende, 2002) จึงมีการเปิดอบรมหลักสูตรพยาบาลวิสัญญีขึ้นในปี 1900 และมีการพัฒนารูปแบบการอบรมโดย American Association of Nurse Anesthetists ต่อมาในปี 1925 ได้มีการกำหนดตำแหน่งผู้ที่เข้าสู่บทบาทการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชมากขึ้น ความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมกับการใช้อินซูลิน เคมีบำบัด ทำให้พยาบาลเข้ามามีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ป่วย (Keeling, 2009 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553)

ในปี ค.ศ. 1960 เป็นช่วงที่มีการกำหนดพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในรูปแบบสมัยใหม่ แรงผลักดันทางสังคมที่ทำให้เกิดสาขาความเชี่ยวชาญในแต่ละสาขา คือ 1) การพัฒนาความรู้ในสาขานั้นๆ 2) ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี และ 3) การตอบสนองต่อความต้องการและความสนใจของสาธารณชน แรงผลักดันทั้ง 3 อย่างช่วยให้เกิดการพัฒนาผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลจิตเวช การขยายบทบาทพยาบาลในแผนกสุขภาพจิตและผู้ป่วยนอก มีทิศทางชัดเจนจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติศูนย์สุขภาพจิตชุมชนในปี ค.ศ. 1963 และพร้อมกันนี้ได้เพิ่มความสนใจต่อสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น หลังจากปี ค.ศ. 1962 ได้มีการเปิดหลักสูตรพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในระดับปริญญาโท ซึ่งในหลักสูตรเน้นการพัฒนาและกำหนดบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเติบโตอย่างเต็มที่ คำประกาศนโยบายทางสังคมของสมาคมพยาบาลอเมริกา ในปี ค.ศ. 1980 ได้อธิบายเกณฑ์ที่ใช้กำหนดการดำรงตำแหน่งผู้เชี่ยวชาญทางพยาบาลไว้อย่างชัดเจน (ANA, 1980 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ดังนี้

“พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติ เป็นพยาบาลที่ได้รับการศึกษา และฝึกปฏิบัติทางคลินิกภายใต้การนิเทศในระดับหลังปริญญา (ปริญญาโท-เอก) จนกลายเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทั้งในด้านความรู้และการปฏิบัติในแขนงใดแขนงหนึ่งทางคลินิกที่ได้เลือก เมื่อจบการศึกษาหลังปริญญาจากมหาวิทยาลัยในหลักสูตรบัณฑิตศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิก ผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้จะได้รับวุฒิปัตร์จากสมาคมวิชาชีพต่อเมื่อมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด” (ANA, 1980 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553, หน้า 16)

นอกจากนั้น ในระหว่างทศวรรษ 1980 สมาคมการพยาบาลผู้เชี่ยวชาญของอเมริกันและสภาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบริการสาธารณสุขมูลฐาน เริ่มศึกษาเปรียบเทียบความคล้ายคลึงในบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลเวชปฏิบัติ รวมทั้งหลักสูตรการเตรียมผู้เชี่ยวชาญพบว่า มีความคล้ายคลึงกันหลายอย่าง ในปี ค.ศ. 1988 – 1990 จึงได้มีการรวมบทบาทของพยาบาล

ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกและพยาบาลเวชปฏิบัติเข้าด้วยกันเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และในปี ค.ศ. 1991 ได้ก่อตั้งสภาพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง แม้ว่าเป็นระยะเวลาสั้นเนื่องจากมีการปฏิรูปโครงสร้างของสมาคมพยาบาลอเมริกัน แต่เป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของการเกิดองค์กรวิชาชีพเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (advanced practice nursing) และเป็นที่มาของแนวคิดของการปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูง (Keeling, 2009 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553)

ในประเทศออสเตรเลีย การพัฒนาโปรแกรมของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเริ่มในปี ค.ศ.1990 ในบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (Appel, Malcolm, & Nahas, 1996 cited in Sheer, & Wong, 2008) และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (Professional News, 1999 cited in Sheer & Wong, 2008) โดยต้องเป็นผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท ผู้ปฏิบัติในบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงหรือพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถสั่งยาให้กับผู้ป่วยได้

ประเทศเกาหลีมีการพัฒนาผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 โดยมีการรับ รองพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการให้ยาระงับความรู้สึก และสาขาการผดุงครรภ์ ในปี ค.ศ. 1973 ได้เพิ่ม การพยาบาลสาขาเวชปฏิบัติชุมชน สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช สาขาการดูแลต่อ เนื่องจากที่บ้าน (homecare nurse) ซึ่งพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ปฏิบัติงานอยู่ภายใต้บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ปัจจุบันมีทั้งหมด 8 สาขา คือ สาขาชุมชน สาขาด้านการให้ยาระงับความรู้สึก สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช สาขาการดูแลต่อเนื่องจากที่บ้าน (homecare nurse) สาขาผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ สาขาการพยาบาลฉุกเฉิน สาขาผู้สูงอายุ สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และสาขาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Kim, 2003 cited in Sheer & Wong, 2008)

สำหรับประเทศไทย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีการปฏิบัติงานอยู่ในคลินิกและชุมชนมานานอย่างไม่เป็นระบบ และขาดการพัฒนาอย่างจริงจัง ในปี พ.ศ. 2531 ระเบียบข้าราชการพลเรือนได้อนุมัติให้มีการเลื่อนขั้นพยาบาลให้เป็นพยาบาลผู้ชำนาญการโดยอาศัยประสบการณ์และผลงานทางวิชาการเป็นหลัก แต่ในระบบบริการพยาบาลไม่ได้มีสายงานและขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน จนกระทั่งปี พ.ศ. 2537 สภาการพยาบาล โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาวิชาชีพได้เริ่มทำงานเพื่อวางนโยบายการออกวุฒิบัตรรับรอง ผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ในปี พ.ศ. 2538 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะทำงานขึ้นมาชุดหนึ่ง เพื่อพัฒนาให้พยาบาลเป็นผู้เชี่ยวชาญโดยใช้ระบบเดียวกับแพทย์ มีการจัดการประชุมร่วมกันระหว่างสภาการพยาบาล โดยคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง แพทย์จากกรมการแพทย์ พยาบาลผู้นำในกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย ผู้บริหารการศึกษา และอาจารย์พยาบาลที่สอนในหลักสูตรปริญญาโททางการพยาบาล รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาของสภาการพยาบาล ในปี 2541 จึงมีระเบียบในการออกวุฒิบัตรให้แก่ผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะ

ทางและได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ปี พ.ศ. 2541-2545 ได้มีการจัดการประชุมต่างๆเพื่อให้เกิดความเข้าใจและเป็นการเตรียมการออกวุฒิบัตร APN ปีพ.ศ. 2545 เริ่มมีการสอบวุฒิบัตรผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางใน 5 สาขา และได้มอบวุฒิบัตรให้กับผู้ที่สอบผ่านรุ่นแรกในวันที่ 10 มีนาคม 2546 ได้แก่ สาขาการพยาบาลมารดาและทารก สาขาการพยาบาลชุมชน สาขาการพยาบาลเด็ก สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ (รวมการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น) (สภาการพยาบาล, 2546) ปัจจุบันเพิ่มเป็นทั้งหมด 10 สาขา โดย 5 สาขาที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ สาขาการผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ และสาขาด้านการพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก โดยแบ่งผู้ปฏิบัติการพยาบาลขึ้นสูงเป็น 4 ประเภท (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ได้แก่

1. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical nurse specialist: CNS) เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง เช่น กลุ่มผู้ป่วยวิกฤต และกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ ซึ่ง CNS จะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี ดูแลผู้ป่วยโดยตรง และประสานงานกับแพทย์ เจ้าหน้าที่สุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม

2. พยาบาลเวชปฏิบัติ (nurse practitioner; NP) เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ขยายขอบเขตเรื่องการรักษาปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในท้องถิ่น แม้ว่าพยาบาลเวชปฏิบัติเกิดจากการขาดแคลนแพทย์ แต่การปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติ มิใช่เป็นการทดแทนแพทย์ เพราะขอบเขตของการปฏิบัติมิได้รักษาโรคอย่างเดียว แต่รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน แต่การปฏิบัตินั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อ และปรัชญาทางการพยาบาลที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพ ความเอาใจใส่ ความเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง

3. พยาบาลวิสัญญี (nurse anesthetist) เป็นพยาบาลที่เป็นกำลังหลักของการผ่าตัดในประเทศไทย ซึ่งขณะนี้มียังมีจำนวนถึงกว่า 3,000 คน ในขณะที่มีจำนวนวิสัญญีแพทย์อยู่เพียง 700 คน อย่างไรก็ตามกฎหมายอนุญาตให้วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติงานภายใต้การกำกับของแพทย์ แต่ความเป็นจริง มีพยาบาลวิสัญญีจำนวนมากปฏิบัติงานกับแพทย์ผ่าตัดที่ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องวิสัญญีวิทยา

4. พยาบาลผดุงครรภ์ (nurse midwife) พยาบาลกลุ่มนี้มีบทบาทสำคัญในเรื่องสุขภาพของมารดาและทารก แต่ในปัจจุบันเทคโนโลยีต่างๆได้เข้ามาแทนที่ การคลอดโดยธรรมชาติได้ลดลงเป็นอย่างมาก หญิงตั้งครรภ์นิยมผ่าตัดคลอดมากขึ้น ซึ่งทำให้เพิ่มค่าใช้จ่าย และอัตราเสี่ยงต่ออันตราย นอกจากนั้นค่านิยมและสังคมที่เปลี่ยนแปลง ทำให้เพิ่มการตั้งครรภ์ในเด็กวัยรุ่น การมี

พยาบาลผดุงครรภ์ที่มีคุณภาพ จึงมีความจำเป็นที่จะช่วยดูแลในระหว่างตั้งครรภ์ ให้การคลอดโดยธรรมชาติปลอดภัย และเป็นที่ยอมรับของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว รวมทั้งการดูแลมารดาและทารก

จะเห็นว่าในแต่ละประเทศมีการพัฒนาบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับเศรษฐกิจสังคมของแต่ละประเทศ และความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน อย่างไรก็ตามผู้ปฏิบัติการขั้นสูงมีแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยที่เหมือนกันในการเพิ่มคุณภาพการดูแลเพื่อสนองตอบความต้องการของผู้ป่วย

3. แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

แนวคิดที่สำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง คือ การตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgement) และการเป็นผู้นำ (leadership) แม้ว่าพยาบาลทุกคนจะมีการตัดสินใจทางคลินิกอยู่แล้ว แต่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจะต้องตัดสินใจในระดับที่ยากขึ้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตสังคม และการตัดสินใจนั้นต้องอาศัยการบูรณาการทั้งประสบการณ์และการศึกษาพยาบาลในระดับหลังปริญญา ซึ่งการตัดสินใจทางคลินิกนั้นเป็นกระบวนการของการใช้ความคิดเชิงวิเคราะห์ที่ซับซ้อนประกอบด้วย 1) การตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องสังเกตในผู้ป่วยแต่ละคนในสถานการณ์ที่เฉพาะนั้นๆ 2) ความหมายของสิ่งที่สังเกต และ 3) สิ่งที่จะกระทำเพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วย ในส่วนของการเป็นผู้นำนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ต้องสามารถใช้กระบวนการติดต่อสื่อสารเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยการชี้แนะเจ้าหน้าที่พยาบาลในการพัฒนาทักษะ และความรู้ทางคลินิก การแปลงการปฏิบัติการพยาบาลให้พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลได้เข้าใจ การพัฒนาการวิธีการใหม่ๆ การส่งเสริมความร่วมมือในระหว่างเจ้าหน้าที่ ในทีมสุขภาพ ตลอดจนการส่งเสริมความก้าวหน้าในการปฏิบัติการพยาบาลและวิชาชีพ แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีส่วนประกอบ 3 ลักษณะดังกล่าวมาแล้วนั้น จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสามารถวิเคราะห์และพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ คัมค่าใช้จ่าย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) สำหรับแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ได้แก่

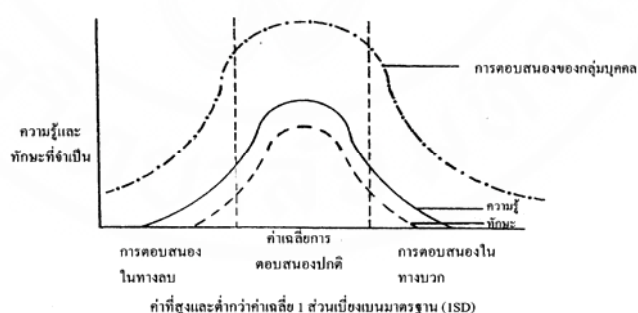
3.1 แนวคิดของการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของกาลคิน

แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของกาลคิน (Calkin, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ได้พัฒนามาจากแนวคิดในเรื่องของการจัดการ (management) คำว่า advanced nurse practitioner นั้น กาลคิน หมายถึง พยาบาลที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโททั้งพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ

และพยาบาลเวชปฏิบัติ จากมุมมองของผู้บริหาร คาลคินได้อธิบายถึงหน้าที่และความคาดหวังต่อพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ โดยเน้นที่ทักษะในเชิงวิเคราะห์ และความสามารถในการสื่อความต้องการในการปฏิบัติ ซึ่งผู้บริหารสามารถใช้เพื่อประเมินความต้องการของการบริการ เพื่อให้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญสามารถทำหน้าที่ได้อย่างคล่องตัว และเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกระดับ

คาลคินกล่าวถึงความสัมพันธ์ของ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การตอบสนองของบุคคลต่อปัญหาทางสุขภาพ ระดับทักษะ และระดับความรู้ในการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาล (Calkin, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) โดยทุกองค์ประกอบมีการกระจายแบบโค้งปกติ การตอบสนองของบุคคลต่อปัญหาทางสุขภาพที่เป็นทางบวกหรือลบมากเกินไป เป็นการตอบสนองที่มีความยุ่งยากซับซ้อน พร้อมกับจำแนกความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการกับการตอบสนองความต้องการของบุคคลต่อปัญหาทางสุขภาพ ระดับทักษะ และระดับความรู้ในการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาล เป็น 3 ระยะ (Calkin, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ดังนี้คือ

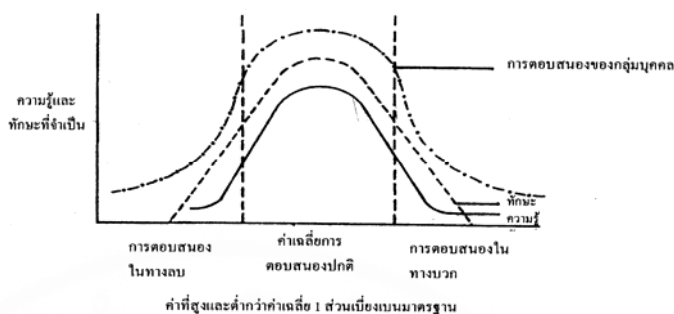
ระยะที่ 1 พยาบาลในระดับเริ่มต้นจะเห็นว่าพยาบาลในระดับเริ่มต้นจะมีความรู้สูงกว่าทักษะมาก แต่อย่างไรก็ตาม ทั้งทักษะและความรู้ยังไม่พอเพียงที่จะช่วยเหลือการตอบสนองของบุคคลได้ทั้งหมด โดยเฉพาะในทางบวกหรือลบมากเกินไป



ภาพ 1 พยาบาลในระดับเริ่มต้น (Spross & Lawson, 2009

อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553, หน้า 42)

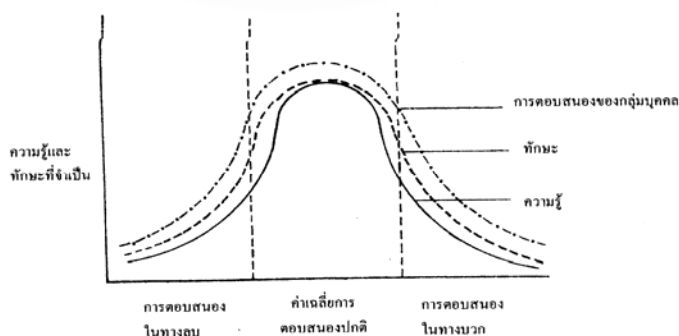
ระยะที่ 2 ผู้ชำนาญการจากประสบการณ์ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการมาเป็นเวลานานชั่วระยะเวลาหนึ่ง พยาบาลในระดับนี้จะมีทักษะสูงกว่าพยาบาลในระดับเริ่มต้น เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันจะสามารถแยกแยะ และให้การพยาบาลกับการตอบสนองของผู้ให้บริการได้กว้างขึ้น และลักษณะของการพยาบาลที่ให้มีจะใช้สามัญสำนึก (intuitive) มากกว่า พยาบาลเหล่านี้จะมีทักษะเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าระดับความรู้ แต่จะเห็นว่าไม่เพียงพอที่จะจัดการกับการตอบสนองทั้งในทางบวกและทางลบของผู้ให้บริการ



ภาพ 2 ผู้ชำนาญการจากประสบการณ์ (Spross & Lawson, 2009

อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553, หน้า 43)

ระยะที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญจากประสบการณ์และการศึกษา หรือที่เรียกว่า ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก การปฏิบัติต้องอาศัยทักษะ ในการวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล และขอบเขตของการตอบสนองของบุคคลที่พยาบาลผู้เชี่ยวชาญระดับนี้สามารถจัดการได้นั้นจะกว้างออกไป พยาบาลผู้เชี่ยวชาญได้รับการเตรียมทั้งในแง่ของวิชาการและประสบการณ์ทางคลินิก เพื่อจัดการกับการตอบสนองของบุคคลได้ครอบคลุมทุกแง่มุม จุดสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกในแนวคิดของคาลคิน อยู่ที่ความสามารถในการแยกแยะ และใช้ประโยชน์ของการตอบสนองของบุคคลในทางบวกให้เกิดผลดีต่อคุณภาพการดูแลทั้งของบุคคลและของกลุ่ม ในขณะเดียวกันต้องมีทักษะเพียงพอที่จะจัดการกับการตอบสนองของบุคคลในทางลบ รวมทั้งการให้ความรู้เตรียมพยาบาลที่จบใหม่ และประการสุดท้าย ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกจะต้องศึกษาค้นคว้า เพื่อขยายความรู้ทางคลินิกตลอดเวลา โดยการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆทั้งบุคคล วารสาร องค์กรวิชาชีพ และพัฒนาบุคคลอื่นด้วยกิจกรรมการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่อง



ภาพ 3 ผู้เชี่ยวชาญจากประสบการณ์และการศึกษาหรือผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

(Spross & Lawson, 2009 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553, หน้า 44)

ส่วนบทบาทของการเป็นผู้นำนั้น คาลคินได้รวบรวมความสามารถในการพูดเพื่อติดต่อสื่อสารในเรื่องที่เกี่ยวกับ ลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล รู้จักใช้เหตุผลเพื่อจัดการเกี่ยวกับ

นวัตกรรมใหม่ๆในทางปฏิบัติ เพื่อมีส่วนร่วมในการปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลใหม่ๆ รวมทั้งเป็นผู้นำในการศึกษาค้นคว้าวิจัย และการนำผลการวิจัยมาใช้เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติ และสามารถช่วยพยาบาลที่จบใหม่ในระดับเริ่มต้น และนักศึกษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี

จะเห็นว่าแนวคิดของกาลคิน ให้คำตอบในการแยกระดับของการปฏิบัติใน 3 ระดับ ได้ชัดเจนและสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้ และแนวคิดของกาลคินได้ชี้ให้เห็นว่า การแบ่งระดับของการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกเพียง 2 ระดับ คือระดับการพยาบาลทั่วไป กับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญอาจไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลอย่างแท้จริง

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในฐานะผู้ชำนาญการของโฮลท์

โฮลท์ (Holt, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความหมาย เป้าหมาย ความเจริญก้าวหน้า และการพัฒนาความสามารถของพยาบาลผู้ชำนาญการ โดยเล็งเห็นว่าสัมพันธภาพและทักษะการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญเช่นเดียวกับความสามารถทางคลินิกของพยาบาล และเน้นว่าคนที่จะเป็นผู้ชำนาญการทางคลินิกได้นั้นจำเป็นต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ส่วนเป้าหมายของการมีพยาบาลผู้ชำนาญการก็คือ การปรับปรุงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย

แม้ว่าโฮลท์จะไม่ได้อธิบายถึงการตัดสินใจทางคลินิกไว้อย่างชัดเจน แต่ได้กล่าวถึงความสามารถของผู้ชำนาญในการเชื่อมโยงแนวคิด ทฤษฎีและประสบการณ์ในทางคลินิกเพื่อตัดสินใจในการให้การพยาบาลและการทำนายผลที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนั้นการตัดสินใจทางคลินิกเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการเป็นผู้นำ ซึ่งโฮลท์เชื่อว่าทั้งสองส่วนนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

ส่วนภาวะผู้นำของผู้ชำนาญการพยาบาลจะอธิบายในบริบทของบทบาทโดยอ้อม (indirect roles) เช่น ความสามารถที่จะมีอิทธิพลต่อบุคคลอื่น การกระทำในบทบาทการดูแลทางอ้อม เช่น ผู้สอน ผู้วิจัย ผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเป็นแบบอย่างเน้นบทบาทที่โฮลท์มองเห็นว่าสามารถที่จะมีอิทธิพลต่อคุณภาพของการดูแลโดยทั่วไปเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง และการรับบทบาทโดยอ้อมเช่นนี้ ต้องการการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล มีทักษะในการติดต่อสื่อสาร และการแก้ปัญหาการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ครอบครัว เจ้าหน้าที่พยาบาล เพื่อนร่วมงานเจ้าหน้าที่อื่นในทีมสุขภาพจะช่วยเอื้ออำนวยในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การเรียนรู้ และการบรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย บ่อยครั้งที่พยาบาลผู้ชำนาญการจะต้องร่วมมือกับบุคคลอื่น เพื่อบรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และเป็นสัมพันธภาพที่เท่าเทียมกัน และมองเห็นประโยชน์ที่แต่ละฝ่ายจะมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงสภาพของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (Holt, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553)

วัตถุประสงค์ของการเป็นผู้นำพยาบาลผู้ชำนาญการ คือการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในแขนงที่ตนเป็นผู้ชำนาญ ความสำเร็จของพยาบาลผู้ชำนาญการในแนวคิดของโฮลท์ขึ้นอยู่กับความสามารถ ในบทบาทความเป็นผู้นำและความสามารถในการใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง ถ้าผู้ชำนาญการพยาบาลประสบความสำเร็จเป็นที่เชื่อถือได้ในหน่วยหรือในกลุ่มผู้ป่วยที่ตนเชี่ยวชาญ ในสถาบันพยาบาลผู้ชำนาญการจะสามารถเผยแพร่ความน่าเชื่อถือได้กว้างขึ้นจนถึงระดับของระบบบริการสุขภาพ นอกจากนั้นการทำวิจัยและการตีพิมพ์เผยแพร่ผลการวิจัย และการศึกษาต่างๆ ในคลินิกเป็นกลไกสำคัญที่จะมีผลต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง ทำให้รับทราบถึงปัญหาที่ควรจะทำกรวิจัยในคลินิกเพื่อหาวิธีการดูแลผู้ป่วยให้ดี โดยสรุปแล้วแนวคิดของโฮลท์เกี่ยวกับพยาบาลผู้ชำนาญการนั้นเป็นบทบาทของการเป็นผู้นำเพราะเชื่อว่าพยาบาลผู้ชำนาญการจะต้องมีผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในวงกว้าง (Holt, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553)

3.3 แนวคิดของบราวน์: ผู้ชำนาญการพยาบาลในฐานะผู้มีส่วนร่วมในทีม

บราวน์ (Brown, 1983 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ได้อธิบายรูปแบบของการมีส่วนร่วมในทีมในลักษณะของสหวิทยาการ (multidisciplinary) และเชื่อว่ารูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลในลักษณะเช่นนี้ จะช่วยดึงพยาบาลที่มีประสบการณ์และได้รับการเตรียมทางด้านการศึกษามาเป็นอย่างดีให้ปฏิบัติอยู่กับผู้ป่วยโดยตรง และได้แสดงความห่วงใยบทบาทการดูแลผู้ป่วยโดยทางอ้อมที่ได้ดึงพยาบาลผู้เชี่ยวชาญออกจากไกลจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย บราวน์เชื่อว่าประสบการณ์ทางคลินิกและการศึกษาในระดับหลังปริญญาจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สามารถรับผิดชอบการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ เนื่องจากมีพื้นฐานความรู้ที่กว้างขวางและลึกซึ้ง ช่วยพัฒนากระบวนการคิดและการรู้จักยืนยันความคิด เจรจาต่อรอง ซึ่งจะช่วยให้สามารถทำงานร่วมกับแพทย์ได้อย่างเพื่อนร่วมงาน ในการปฏิบัติงานร่วมกันเช่นนี้ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและแพทย์จะดูแลผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพคล้ายคลึงกัน โดยไม่จำกัดสถานที่ อาจจะเป็นทั้งในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกหรือที่บ้าน ซึ่งพยาบาลจะรับผิดชอบผู้ป่วยในส่วนของการพยาบาลเช่นเดียวกับแพทย์รับผิดชอบในเรื่องของการรักษา อย่างไรก็ตามบราวน์ไม่ได้อธิบายถึงลักษณะของการตัดสินใจทางคลินิกของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง แต่เน้นว่าการตัดสินใจทางคลินิก การสอน และการแนะนำบุคคลอื่นในการตัดสินใจทางคลินิกเป็นบทบาทที่สำคัญของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จะเห็นว่าแนวคิดของบราวน์ในการส่งเสริมการทำงานร่วมกับแพทย์มีส่วนช่วยให้เกิดความเข้าใจในแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลในฐานะผู้เชี่ยวชาญได้ดีขึ้น แม้ว่า

ในบทบาทอื่นๆ เช่น การวิจัย การสอน จะไม่ปรากฏชัดเจน แต่เมื่อใช้ร่วมกับแนวคิดของหลายท่าน ที่กล่าวมาจะช่วยให้เกิดความสมบูรณ์ขึ้น (Brown, 1983 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553)

3.4 แนวคิดแบบบูรณาการการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของแฮมริก

แฮมริก และคณะ (Hamric, Spross & Hanson, 2009 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ชี้ให้เห็นว่าความหลากหลายในการให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และได้สังเคราะห์รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในยุคเริ่มต้นเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาบทบาทของผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลทางคลินิก (clinical nurse specialist) และในตำราที่ตีพิมพ์ปี 2009 ได้เน้นแก่นสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 3 ประการ คือ

1. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงนั้นจะต้องเตรียมจากการศึกษา และภาคปฏิบัติตามเกณฑ์ขั้นต้น (primary criteria) และสมรรถนะที่เป็นแกน
 2. การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยตรงแก่ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ เป็นสมรรถนะที่เป็นหัวใจของบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทุกประเภท และต้องมีสมรรถนะอื่นๆ ร่วมด้วย
 3. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทุกคนจะต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ขั้นต้นและมีสมรรถนะที่เป็นแกนร่วมกัน แม้ว่าทักษะทางคลินิกในการปฏิบัติจริงจะแตกต่างกันตามความต้องการและปัญหาสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายที่แต่ละคนปฏิบัติตามความเชี่ยวชาญของตนเอง
- นอกจากนั้นสมจิต หนูเจริญกุล (2547) ยังได้เสนอแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ประกอบด้วย

1. มีความชำนาญเฉพาะด้าน (specialization: focus and population served) เป็นการพยาบาลในลักษณะเชี่ยวชาญเฉพาะ คือ เน้นผู้ให้บริการเฉพาะกลุ่ม
2. มีความรู้กว้าง (expand: knowledge and skills) เป็นการขยายการปฏิบัติ โดยใช้ความรู้และทักษะที่พยาบาลมีความรับผิดชอบ และมีเอกสิทธิ์ตามกฎหมาย
3. มีทักษะในการตัดสินใจทางคลินิก (complex: clinical challenge and judgement)
4. มีอิสระ (independent: decision making)
5. มีเอกสิทธิ์และความรับผิดชอบ (autonomy and accountability)

4. ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (definition of advance practice nursing)

ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ได้มีผู้ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ไว้หลายท่าน ดังนี้

แฮนสันและคณะ (Hanson & Hamric, 2003) ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงว่า เป็นการขยายขอบเขตในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

สภาการพยาบาล (2546) ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงว่า เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะและสมรรถนะในการจัดการดูแลผู้ป่วย/ผู้ให้บริการโดยใช้ความรู้ที่กว้างขวางลึกซึ้ง ใช้วิจารณ์ญาณในการไตร่ตรองหาเหตุผลเพื่อตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการกับผู้ป่วย/ผู้ให้บริการที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน มีทักษะสูงในการจัดการเกี่ยวกับองค์กร ระบบสิ่งแวดล้อม มีทักษะในการติดต่อสื่อสาร กับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และบุคลากรอื่นทั้งภายในและภายนอกระบบสุขภาพ มีเอกสิทธิ์สูงในการปฏิบัติ สามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระ และรับผิดชอบในผลที่ตามมา

คันทิงแฮม (Cunningham, 2004) ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงว่า เป็นพยาบาลผู้ที่มีระดับการศึกษาปริญญาโท หรือปริญญาตรี มีความรู้และเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (direct patient care)

สมาคมพยาบาลและคณะกรรมการควบคุมวิชาชีพความเชี่ยวชาญของอเมริกา (AACN, 2006 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) ให้ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงว่า เป็นการกระทำพยาบาลที่มีต่อผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพสำหรับบุคคล หรือกลุ่มประชากร รวมทั้งการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยโดยตรง การจัดการการดูแลสำหรับบุคคลและกลุ่มประชากร การบริหารการพยาบาลและองค์กรทางด้านสุขภาพ การพัฒนาและการนำนโยบายสุขภาพไปปฏิบัติ

สมจิต หนูเจริญกุล (2552) ได้สรุปความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หมายถึง การกระทำการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ให้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาซับซ้อน จัดการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพ ให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆ ที่เป็นปัจจุบัน ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการดูแลในกลุ่มผู้ให้บริการกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลในการดูแลผู้ให้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาซับซ้อน

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นการบ่งบอกถึงความก้าวหน้าของวิชาชีพที่ต้องมีองค์ความรู้และทักษะที่สูงกว่าการปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป การที่จะพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงให้มีประสิทธิภาพและคุณค่าในระบบสุขภาพนั้นจำเป็นต้องมีแนวคิดและความเข้าใจลึกซึ้งในประเด็นต่างๆ ดังนี้ (Spross & Lawson, 2009 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

1. คุณลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
2. ความแตกต่างระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการปฏิบัติการพยาบาลอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การปฏิบัติของพยาบาลที่ไม่ได้จบการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาทางคลินิก/ชุมชน แต่มีประสบการณ์มานาน และเคยได้รับประกาศนียบัตร หรือหนังสือรับรองความชำนาญในแขนงใดแขนงหนึ่ง
3. ขอบเขตและเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และความแตกต่างกับการบริการของเจ้าหน้าที่อื่น
4. ความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สถานการณ์ที่จำเป็นต้องใช้ความรู้และทักษะเหล่านี้ สถานการณ์ที่ระบบสุขภาพจำเป็นต้องจ้างหรือกำหนดให้มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง รวมทั้งผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการประเภทใดบ้างที่จำเป็นต้องใช้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ คุณภาพการดูแล ประสิทธิภาพ และลดค่าใช้จ่าย

คุณสมบัติเฉพาะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

คุณสมบัติเฉพาะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ประกอบด้วยเกณฑ์ขั้นต้น และสมรรถนะหลัก โดยที่เกณฑ์ขั้นต้น 3 ประการคือ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทหรือเอกในหลักสูตรที่เน้นการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ได้รับวุฒิปัตตรเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง และมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนสมรรถนะหลัก (core competencies) ประกอบด้วย 7 ข้อ คือ 1) การปฏิบัติทางคลินิกโดยตรง (direct clinical practice) ซึ่งถือเป็นสมรรถนะสำคัญ 2) การฝึกและแนะนำผู้ป่วยครอบครัว ตลอดจนผู้ดูแลอื่นๆ 3) การให้คำปรึกษา 4) การวิจัย 5) การเป็นผู้นำทางคลินิก ทางวิชาชีพ และระบบบริการ 6) การประสานความร่วมมือ และ 7) การตัดสินใจทางจริยธรรม (Hamric, 2009 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2553)

สำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หรือ APN ในประเทศไทย จะต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2553) ดังนี้

1. สำเร็จปริญญาโทหรือเอกจากหลักสูตรที่เน้นการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
2. ได้รับวุฒิปัตตรความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล

3. มีการปฏิบัติโดยตรงกับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีลักษณะสำคัญของการเป็น การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

การสอบวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในประเทศไทย ได้จัดขึ้นครั้งแรกในปีพ.ศ. 2546 จนถึงปี พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีการออกวุฒิบัตร รวมทั้งสิ้น 10 สาขา มีผู้ได้รับวุฒิบัตรแล้วจำนวน 944 คน ถือได้ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ มาตรฐาน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเหล่านี้ถูกคาดหวังว่าจะเป็นกลุ่มบุคคลที่สามารถยกระดับ คุณภาพของระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ให้บริการกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการยก ระดับ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและลดต้นทุนค่าใช้จ่าย โดยผ่านกระบวนการจัดการดูแลผู้ให้บริการที่มีปัญหา ชับซ้อน การพัฒนาหรือปรับปรุงระบบการจัดการดูแลให้มีประสิทธิภาพ และการส่งเสริม ความสามารถจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถควบคุมโรคได้ และลด การใช้บริการสุขภาพ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2553)

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง

ผู้ป่วยมะเร็งเป็นผู้รับบริการกลุ่มหนึ่งที่ต้องการการดูแลจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เนื่องจากความซับซ้อนและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งจากผลของการรักษาและ ผลกระทบจากโรค ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาด้านในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ต้องเผชิญกับ พยาธิสภาพของโรคและผลข้างเคียงต่างๆที่มีต่อระบบของร่างกาย (นวลจันทร์ พรหมศรีพิทักษ์, 2543) มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และค่าใช้จ่ายจากการรักษา ทำให้มีการพัฒนาคุณภาพการ พยาบาลในการดูแล ช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการเหล่านี้ สามารถผ่านพ้นจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆของโรค ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและเพิ่มความพึงพอใจ ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว (บัวธร เวชพันธ์, 2548) จึงได้มีการพัฒนาบทบาทของผู้ปฏิบัติการ พยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็งเพื่อสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวขึ้น (Carper & Haas, 2006; Cunningham, 2004; Spross & Heaney, 2000) โดยบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โรคมะเร็งเป็นการรวมบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลเวชปฏิบัติที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (Lynch, Cope & Murphy-Ende, 2001; Skalla & Caron, 2008)

การพัฒนาบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1971 เนื่องจากมะเร็งเป็น ปัญหาทางสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งยังคงมีความยุ่งยากและซับซ้อนด้วย ลักษณะของโรคที่ควบคุมได้ยาก มีการแพร่กระจายและมีโอกาสเกิดซ้ำ จำเป็นต้องได้รับการดูแล รักษาอย่างต่อเนื่อง สมาคมพยาบาลด้านมะเร็ง (Oncology Nursing Society) จึงได้เริ่มจัดตั้งกลุ่ม พยาบาลขึ้นเพื่อทำการศึกษาถึงประเด็นต่างๆที่พบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และนำมาพัฒนาการ

ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนาด้านการศึกษาด้านงานวิจัย โดยเป็นผู้ที่จบปริญญาโททางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนได้ และจัดให้มีการสอบเพื่อรับวุฒิปัตริ์แสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขา เพื่อเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นครั้งแรกในปีค.ศ. 1985 (Johnson & Yarbrow, 2000)

ความหมายของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง หมายถึง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกหรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีความรู้ มีทักษะเฉพาะทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (Oncology Nursing Society, 1995 อ้างใน Cunningham, 2004) มีความชำนาญขั้นสูงในการประเมิน วินิจฉัย และบำบัดการตอบสนองที่ซับซ้อนของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชนต่อปัญหาสุขภาพทั้งที่เกิดขึ้น และมีโอกาสเกิดขึ้น การป้องกันความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ รักษาสุขภาพและบรรเทาความไม่สุขสบาย ผ่านการศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอกในสาขาของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง มีการฝึกปฏิบัติระหว่างการศึกษาและมีประสบการณ์ทางคลินิกการปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างจากการพยาบาลทั่วไปคือการใช้ความรู้ระดับลึกและกว้าง ความสามารถในการสังเคราะห์ข้อมูลและใช้ทักษะและการบำบัดที่ซับซ้อน (ANA, 1996 อ้างใน ประคอง อินทรสมบัติ, 2550)

5. บทบาทและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจะต้องพัฒนาสมรรถนะให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในสาขาที่รับผิดชอบ เพื่อพัฒนามาตรฐานการพยาบาล สร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล ตลอดจนการประกันคุณภาพการพยาบาลและการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (กันยาพร การแข็ง, นงนุช บุญยัง และ อังศุมา อภิชาติ, 2551) ดังนั้นสมาคมการศึกษาพยาบาลอเมริกา จึงได้กำหนดสมรรถนะของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (AACN, 2006 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) ดังนี้

1. ประเมินภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยอย่างเป็นระบบในภาวะซับซ้อนอย่างสมบูรณ์โดยวิธีการที่มีความไวเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลาย
2. ออกแบบการบำบัด นำไปปฏิบัติและประเมินผล โดยการบำบัดนั้นอยู่บนฐานของศาสตร์ทางการพยาบาล และใช้ศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง

3. สร้างและรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพเชิงบ่าบัดกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วย (บุคคล ครอบครัว และชุมชน หรือกลุ่มคน) และวิชาชีพอื่น เพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและบังเกิดผลลัพธ์ที่ดี

4. แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติในระดับสูง (advanced level) ในการตัดสินใจทางคลินิก การคิดเชิงระบบ และรับผิดชอบในการออกแบบ การให้บริการและการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการ

5. ชี้นำ เป็นพี่เลี้ยง และสนับสนุนพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้เกิดความเป็นเลิศในการปฏิบัติ

6. ให้ความรู้และชี้นำบุคคล และกลุ่มในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในภาวะที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน

7. ใช้แนวคิดและทักษะการวิเคราะห์ในการประเมินความเชื่อมโยงระหว่างการใช้ปฏิบัติ โครงสร้าง ระบบ ความเป็นไปได้ และประเด็นปัญหาเชิงนโยบาย

สำหรับประเทศไทยสภาการพยาบาลได้กำหนดบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงไว้ดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2546)

1. มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติทางคลินิกโดยตรงกับผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ
2. มีทักษะในการสอน และชี้นำแก่บุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มที่เชี่ยวชาญอย่างเหมาะสม

3. มีทักษะในการให้คำปรึกษา

4. มีทักษะในการประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทั้งภายในวิชาชีพ เจ้าหน้าที่อื่นๆ ทั้งในและนอกทีมสุขภาพและในระบบต่างๆ

5. มีทักษะในการริเริ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

6. ความเป็นผู้นำทั้งในและนอกวิชาชีพ

7. มีความสามารถในการใช้ผลการวิจัยและการทำวิจัย เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลและบริการสุขภาพ

8. มีความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

9. มีความสามารถในการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

10. มีความสามารถในการจัดการประกันคุณภาพ

ในปีพ.ศ. 2551 สภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2552) ได้มีการทบทวนและพัฒนาขอบเขตและสมรรถนะที่เป็นแกนของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาต่างๆ ประกอบด้วย 9 สมรรถนะ มีดังนี้

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (care management)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยเพื่อพัฒนาระบบการดูแล
2. สร้างทีมการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค
3. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค
4. สร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
5. ช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าถึงระบบสุขภาพ และสามารถต่อรองเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
6. สร้างระบบติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
7. สร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่รับผิดชอบเพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุมคุณภาพ

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (direct care)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. ประเมินภาวะสุขภาพ ให้ความหมาย และตีความการตอบสนองของบุคคลต่อความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ครอบคลุมทุกมิติ
2. วินิจฉัยปัญหาผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูล หลักฐานทางคลินิก ความรู้ทางพยาธิสรีระศาสตร์ ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆ ตลอดจนประสบการณ์ทางคลินิก
3. ให้การบำบัดทางการพยาบาลในกลุ่มอาการหรือปัญหาทางคลินิกที่ซับซ้อน โดยใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ ให้เหตุผลทางคลินิกและจริยธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแบบองค์รวม
4. ประเมิน เฝ้าระวัง ประสานงาน และจัดการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
5. จัดการกับสถานการณ์เสี่ยงหรือสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นหรือภาวะวิกฤติฉุกเฉินของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
6. คาดการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนจากอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และวางแผนป้องกันแก้ไขได้อย่างถูกต้องและทันเหตุการณ์
7. ช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วนให้ได้รับความปลอดภัย
8. ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (collaboration)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. ประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนและให้การดูแล ตลอดจนประเมินผลการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤติฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ประสานความร่วมมือกับครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลชุมชน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน

(educating) การฝึก (coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. ฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญปัญหา ความรู้สึกไม่แน่นอน ความเศร้าโศก สูญเสีย และความรู้สึกล้มเหลวทางช่วยเหลือ ได้ครอบคลุมทุกวิถีของความเจ็บป่วย

2. ฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองโดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นหลักในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว

3. สอน ชี้นำ และเป็นพี่เลี้ยงพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย โดยการถ่ายทอดประสบการณ์ความเชี่ยวชาญของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหรือ

ผู้ใช้บริการ กลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ (consultation)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลและทีมงานในการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีปัญหาซับซ้อน โดยประมวลข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

2. เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลและทีมงานในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค

3. เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลและทีมงานในการตัดสินใจประเด็นจริยธรรมที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาล

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. ดำเนินการให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่ตนเองเชี่ยวชาญ และประเมินผล เพื่อพัฒนาผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพและคุ้มค่าอย่างต่อเนื่อง

2. นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรคที่ตนเองเชี่ยวชาญให้ได้คุณภาพ และคุ้มค่า

3. พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาล และร่วมกับเครือข่ายในระดับปฐมภูมิ

4. สร้างแผนงาน หรือโครงการต่างๆ เพื่อการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical reasoning and ethical decision making)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. ใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาล และหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน

2. บริหารจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาล โดยเน้นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

3. พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย (advocate) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรม และปลอดภัย

4. ร่วมในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลในระดับหน่วยงาน และหรือระดับองค์กร

5. มีส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐานและผลลัพธ์ด้านจริยธรรมทางการพยาบาล

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. ติดตาม รวบรวม ผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่ตนเชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง

2. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันในการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาล เช่น พัฒนาแนวปฏิบัติ และใช้แนวปฏิบัติในการปฏิบัติงาน

3. เผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติหรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาลเดียวกัน

4. นำหลักการจัดการความรู้มาใช้ร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีประสบการณ์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติ

5. วิเคราะห์และประเมินผลที่ได้รับจากการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และเผยแพร่หลักฐานการปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่ตนเชี่ยวชาญ

2. พัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับใช้ในหน่วยงาน

3. ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดทางการพยาบาลสำหรับกลุ่มเป้าหมายในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

4. วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผล

5. นำผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

6. จัดทำฐานข้อมูลด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคในหน่วยงานเพื่อใช้ติดตามและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

7. เผยแพร่วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญ

6. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

การพัฒนาบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ทั้งในพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกและพยาบาลเวชปฏิบัติ (Cooke, Gemmill & Grant, 2008) ซึ่งการทำงานของปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีส่วนช่วยส่งเสริมระบบสุขภาพ โดยเพิ่มความสำคัญในการให้บริการทางสุขภาพแล้ว (Spross & Heaney, 2000 cited in Cunningham, 2004) ยังส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีช่วยตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนให้ได้ครอบคลุม เท่าเทียม มีประสิทธิภาพ และคุ้มค่าใช้จ่าย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546)

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล หมายถึง การวัดผลหรือสถานะของการวินิจฉัยทางการพยาบาล ณ เวลาหนึ่ง หลังจากทำกิจกรรมการพยาบาล โดยสามารถวัดผลลัพธ์ได้ 2 ลักษณะ (วีณา จิระแพทย์, 2544) คือ

1. การเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางการพยาบาล
2. การเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในความน่าจะเป็นเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางการพยาบาล

การประเมินผลลัพธ์

การประเมินผลลัพธ์นั้นจำเป็นต้องประเมินตั้งแต่โครงสร้าง กระบวนการ และตัวผลลัพธ์ (สมจิต หนูเจริญกุล, นุชนาฏ แจ่มสว่าง และสุภามาส ผาติประจักษ์, 2553) ดังนี้

โครงสร้าง (structure) หมายถึง บริบทของการให้บริการสุขภาพ เช่น การจัดองค์กร การสนับสนุนจากผู้บริหาร การจัดอัตรากำลังพยาบาล การจัดตำแหน่งของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง คุณลักษณะของผู้ให้และผู้ให้บริการ เป็นต้น

กระบวนการ (process) หมายถึง รูปแบบการดูแลหรือกิจกรรมการดูแลที่ต้องการทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง เช่น กิจกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ กิจกรรมการตรวจไขมันในเลือดทุกปี การตรวจระดับความดันโลหิตทุก 3 เดือน หรือ 4 ครั้งใน 1 ปี การตรวจความผิดปกติทางสายตาทุกปีในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น

ผลลัพธ์ (outcome) หมายถึง ผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นจากการรักษา การปฏิบัติหรือการให้การดูแล ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (outcome indicators) อาจแบ่งได้ 3 ด้านใหญ่ๆ (Jennings, Staggers & Brosch, 1999 อ้างใน พรทิพย์ มาลาธรรม และ ประคอง อินทรสมบัติ, 2549) ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (patient-focused outcomes)

1.1 ตัวชี้วัดที่เฉพาะกับการวินิจฉัย (diagnosis-specific indicators) เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ (เช่น ระดับน้ำตาล ไขมัน ฮีโมโกลบินในเลือด) สัญญาณชีพ น้ำหนัก คะแนน APGAR ในเด็กแรกคลอด อาการหายใจลำบาก (dyspnea) เป็นต้น

1.2 ตัวชี้วัดองค์รวม (holistic indicators) เช่น ความสามารถในการทำหน้าที่ (functional status) ความสุขสบายทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) ความสามารถในการกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living) การเคลื่อนไหว (mobility) คุณภาพชีวิต (quality of life) ความรู้ของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ (patient knowledge) ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ (patient satisfaction) การจัดการกับอาการ (symptom management) เป็นต้น

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ (provider-focused outcomes)

2.1 ผู้ให้บริการในวิชาชีพ (professional provider) เช่น ความเหมาะสมของการรักษาพยาบาล สมรรถนะทางทักษะ เป็นต้น

2.2 ผู้ดูแลในครอบครัว (family caregiver) เช่น ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแล เป็นต้น

3. ผลลัพธ์ด้านองค์กร (organization-focused outcomes) เช่น การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาหรือจำนวนวันนอนที่อยู๋โรงพยาบาล (length of stay) อัตราการเป็นโรค (morbidity rate) อัตราการตาย การพลัดตกหกล้ม ความผิดพลาดเกี่ยวกับการใช้ยา การติดเชื้อ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

การวัดผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในประเทศอเมริกาที่ผ่านมาเป็นการใช้ตัวชี้วัดที่เป็น physician – focused indicators เป็นส่วนใหญ่ ตัวชี้วัดที่นิยมกันมาก ได้แก่ อัตราการตาย (mortality rate) การเกิดโรค (morbidity) และความพิการ (disability) ภายหลังปี ค.ศ. 1997 ได้มีการกำหนดให้การวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นการวัดคุณภาพการดูแล (Ingersoll et al., 2000) โดยพิจารณาตัวชี้วัดที่ไวต่อผลของการพยาบาล (nursing – sensitive quality indicators) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการพยาบาลมากที่สุด ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความรุนแรงของอาการ ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต เป็นต้น (The American Medical Association, 1986 อ้างใน พรทิพย์ มาลาธรรม และ ประคอง อินทรสมบัติ, 2549)

หลักการกำหนดตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ สำหรับใช้ประเมินประสิทธิภาพของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ควรพิจารณาจากประเด็นดังต่อไปนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, นุชนาฏ แจ่มสว่าง และ สุภามาส ผาติประจักษ์, 2553)

1. กำหนดตัวชี้วัดที่ไว และบ่งชี้ถึงผลที่เกิดจากการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโดยตรง (APN-sensitivity outcome) ซึ่งจะบ่งบอกว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมากที่สุด มากกว่าที่จะเป็นผลลัพธ์ในภาพรวมที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีส่วนร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น อัตราการตาย การเกิดโรค และความพิการ ถึงแม้ว่าตัวชี้วัดเหล่านี้จะบ่งชี้ถึงการปฏิบัติการพยาบาลได้ระดับหนึ่ง แต่จะไม่ไวต่อการบ่งชี้ผลที่เกิดจากการปฏิบัติการของพยาบาล ในปัจจุบันจึงนิยมตัวชี้วัดอื่นที่ไวกว่า เช่น ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการจัดการอาการ ความรุนแรงของอาการ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ คุณภาพชีวิต เป็นต้น

2. พิจารณาตัวชี้วัดที่แสดงถึงคุณค่าและความคุ้มค่าในการใช้ประโยชน์จากผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ที่มีต่อผู้ได้รับผลประโยชน์ ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว โรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพ และผู้จ่ายค่าบริการ ซึ่งคุณค่าและความคุ้มค่าที่เป็นผลมาจากการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงนั้น นอกจากจะวัดที่คุณภาพด้านการดูแลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการแล้ว จะต้องวัดที่ความสามารถในการลดต้นทุนเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ด้วย

3. ในการวัดผลลัพธ์ หากพบว่าผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ควรพิจารณาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย ได้แก่ ปัจจัยเชิงโครงสร้าง และปัจจัยเชิงกระบวนการร่วมด้วย

4. เลือกตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ที่เฉพาะกลุ่มของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในสาขาต่างๆ เพื่อให้มีความเฉพาะและสอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการในแต่ละกลุ่ม

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็งเบื้องต้น ผลการวิจัยต่างๆ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ในด้านผู้ป่วยในเรื่องการพัฒนาคุณภาพการดูแล โดยการให้ข้อมูล ความรู้ เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ให้กับผู้ป่วย (Drake, Falzer, Xistris, Robinson, & Roberge, et al., 2004) สามารถตรวจคัดกรองโรคและอาการผิดปกติ เพื่อให้การรักษาได้รวดเร็ว (Kelley, Daly, Anthony, Zauszniewski, & Stange, et al., 2002) ช่วยลดระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา ลดค่าใช้จ่าย (Ritz et al., 2000) สามารถลดความไม่แน่นอนจากการเจ็บป่วยลงได้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Faithfull, 2001; Wells et al., 2007; McCorkle et al., 2009) และก่อให้เกิดความพึงพอใจ (Beaver, et al, 2009) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการในเรื่องการพัฒนาความรู้และทักษะในการประเมินและวางแผนการดูแลของพยาบาล (Idell et al., 2007) การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้อ้างอิงในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ, 2550) อีกทั้งยังเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กรในเรื่องความคุ้มค่าคุ้มทุนสอดคล้องกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังคงขาดการรวบรวมอย่างเป็นระบบ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็งต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

ในการสืบค้นข้อมูลและรวบรวมหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการอย่างเป็นระบบเพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง ซึ่งในบทนี้จะอธิบายถึงวิธีการดำเนินการศึกษาเพื่อรวบรวมความรู้เหล่านั้น โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การสืบค้นแหล่งข้อมูล
2. เกณฑ์ในการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
3. การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานทางวิชาการ

การสืบค้นแหล่งข้อมูล

การสืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง จากวารสาร วิทยานิพนธ์ และงานวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งจากภายในและต่างประเทศ โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic database search) จากเว็บไซต์เกี่ยวกับฐานข้อมูลงานวิจัยและวิทยานิพนธ์จากสถาบันต่างๆ (structured website search) และการสืบค้นจากวารสารทางการแพทย์และการแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (manual search) ดังนี้

1. การสืบค้นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic database search) การสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการขั้นสูงโรคมะเร็ง จากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ทางการแพทย์และวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ ฐานข้อมูล Science Direct, Ovid, Pubmed, Blackwell Synergy, CINAHL, The Cochrane library, โดยมีคำสำคัญ (keywords) ที่ใช้ในการสืบค้น คือ advance practice nurse/clinical nurse specialist/nurse practitioner/ oncology nurse specialist and cancer and intervention, and nursing outcome, and management, and palliative care
2. การสืบค้นจากเว็บไซต์เกี่ยวกับฐานข้อมูลงานวิจัยและวิทยานิพนธ์จากสถาบันต่างๆ (structured website search) การสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและ

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการขั้นสูงโรคมะเร็ง จากเว็บไซต์เกี่ยวกับฐานข้อมูลงานวิจัย และวิทยานิพนธ์จากสถาบันต่างๆของประเทศไทยและต่างประเทศ โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น เช่นเดียวกับการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยมีเว็บไซต์ที่สืบค้น คือ วิทยานิพนธ์ไทย: <http://thesis.tiac.or.th>, <http://www.thairesearch.in.th/>, <http://thesis.stks.or.th/>, <http://202.28.18.232/dcims/basic.php>.

3. การสืบค้นจากวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยต่างๆ วารสารทางการแพทย์ การแพทย์สาขาที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกประเทศ ที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (manual search) จากห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ และหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล

เกณฑ์ในการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์ในการคัดเลือกเอกสารที่นำมาศึกษาครั้งนี้ โดยเลือกงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูล และที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยการอ่านบทคัดย่อ (abstract) ในแต่ละเรื่อง จากนั้นเลือกงานวิจัยหรือบทความทางวิชาการที่มีขอบเขตเกี่ยวข้องมาอ่านฉบับเต็ม (full text) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) และเกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นงานวิจัยฉบับเต็ม (full text) ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในปี ค.ศ. 1999-2009 ที่เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
2. เป็นการศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)

1. เป็นงานวิจัยหรือบทความที่ไม่สามารถเข้าถึงรายละเอียดได้ เช่น ไม่มีรายงานวิจัยฉบับเต็ม (full text)
2. งานวิจัยหรือบทความที่ซ้ำกัน คัดเลือกเรื่องจากฐานข้อมูลใดฐานข้อมูลหนึ่ง

จำนวนหลักฐานทางวิชาการจากการสืบค้นจากแหล่งต่างๆ ที่รวบรวมได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยสืบค้นงานวิจัยตั้งแต่ เดือนมีนาคม ถึง สิงหาคม 2552 เมื่อคัดงานวิจัยและบทความที่ซ้ำกันแล้วพบว่า มีงานวิจัยที่สามารถนำมาวิเคราะห์จำนวน 20 เรื่อง โดยอยู่ในฐานข้อมูล electronic database search จำนวน 16 เรื่อง manual search จำนวน 4 เรื่อง แต่ไม่พบหลักฐานทางวิชาการใน structured website search ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ฐานข้อมูลที่ใช้ จำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ และจำนวนการศึกษาวิจัยที่คัดเลือกมาใช้ในการศึกษา

Keyword	Limited criteria	Database	Number of research	Number of relevance research
advance practice nurse_and	Full text and	<u>Database search</u>		
- cancer and intervention	Adult 18+ to	Pubmed	230	9
- cancer and nursing outcome	elderly and			
- cancer and management	1999 until	CINAHL	317	2
- cancer and palliative care	2009			
clinical nurse specialist and		ProQuest Nursing	145	3
- cancer and intervention				
- cancer and nursing outcome		Science direct	455	1
- cancer and management				
- cancer and palliative care		Blackwell synergy	165	0
nurse practitioner and				
- cancer and intervention		Ovid	817	1
- cancer and nursing outcome				
- cancer and management		<u>Structure website</u>	25	0
- cancer and palliative care		<u>Manual search</u>	41	4
oncology nurse specialist and				
cancer and intervention				
- cancer and nursing outcome				
- cancer and management				
- cancer and palliative care				
รวม			2,195	20

การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานทางวิชาการ

ในการวิเคราะห์หลักฐานทางวิชาการที่คัดเลือกรวบรวมประกอบด้วย การวิเคราะห์และประเมินคุณภาพงานวิจัย และการสังเคราะห์งานวิจัย ดังนี้

การวิเคราะห์และประเมินคุณภาพงานวิจัย

การวิเคราะห์และประเมินคุณภาพงานวิจัยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (คณะกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) ซึ่งแบ่งระดับงานวิจัยไว้ 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials (RCT) หรือรายงานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials (RCT)

ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials (RCT) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ

ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากฉันทามติ (consensus) ของผู้เชี่ยวชาญ คำราและเอกสารวิชาการต่างๆ

การสังเคราะห์งานวิจัย

การสังเคราะห์งานวิจัย ประกอบด้วย การสกัดข้อมูลจากการวิจัย และการสังเคราะห์ข้อมูลที่สกัดได้ (ฟองคำ คิลกสกูลชัย, 2551) ดังนี้

1. การสกัดข้อมูลจากการวิจัย เป็นการสกัดข้อมูลสำคัญ ได้แก่ แบบงานวิจัย สถานที่เก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง หัตถการ/การรักษา และผลลัพธ์ โดยอาจจะยึดตามแบบของหน่วยงานที่เป็นที่ยอมรับ เช่น The Cochrane Collaboration หรือ The Joanna Briggs Institute ดังนี้

- ชื่อเรื่อง ชื่อนักวิจัย วารสาร และปีที่ทำ
- แบบงานวิจัย กลุ่มประชากร หัตถการ/การรักษา และผลลัพธ์ ตรวจสอบความสอดคล้องของงานวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกรวบรวมงานวิจัย
- วิธีการ ได้แก่ ระยะเวลาการทำการวิจัย แบบการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ถอนตัวออกจากการวิจัย และหัตถการ/การรักษาอื่นๆที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ นอกเหนือจากหัตถการ/การรักษาที่ต้องการประเมิน

- สถานที่เก็บข้อมูล
- กลุ่มประชากร อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค
- หัตถการ/การปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง กลุ่มทดลองได้รับการปฏิบัติอย่างไร และกลุ่มควบคุมได้รับการปฏิบัติอย่างไร
- การประเมินผลลัพธ์ โดยระบุทั้งวิธีการประเมิน และเครื่องมือที่ใช้วัด
- ผลการวิจัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. การสังเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญได้ เพื่อสรุปผลการวิจัยจากงานวิจัยหลายๆ เรื่อง เพื่อประเมินการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงหรือบทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาจากชนิดของข้อมูลและคุณภาพของงานวิจัย และรายงานในรูปแบบของตาราง เพื่อเสนอบทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยพิจารณาจากหลักฐานที่มีความน่าเชื่อถือตามระดับของงานวิจัยนั้นๆ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2551) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี		กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย		ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
ระดับ/วัตถุประสงค์	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์				
เรื่องที่ 2 Follow-up of prostate cancer patients by on-demand contacts with a specialist nurse.	การออกแบบวิจัย RCT ระดับ A วัตถุประสงค์ - เพื่อประเมินผลของความปลอดภัยทางการแพทย์ (medical safety) ความพึงพอใจและการใช้แหล่งประโยชน์ (resource utilization) ตามความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งต่อลูกหมากในการติดตามเยี่ยมของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินปัสสาวะ (nurse group: NG)	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากรายใหม่หรือได้รับการวินิจฉัยแล้วในทุกระยะที่มีอาการที่ ตั้งแต่เดือนมกราคม 1991 ถึง 31 กรกฎาคม 1992 จำนวน 400 ราย สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 200 ราย กลุ่มควบคุม 200 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างเข้าโปรแกรม 179 ราย ขาดการมาตามนัดอย่างต่อเนื่อง 8 ราย เป็นผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 7 ราย กลุ่มทดลอง 1 ราย ผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามกลับในปีแรกคิดเป็น 85-90% และมีจำนวนลดลงในปีที่ 3 คิดเป็น 82% เหลือผู้ป่วยในกลุ่ม NG 150 ราย UG 105 ราย		- กลุ่ม NG และ UG มีช่วงอายุและระยะของโรคไม่แตกต่างกัน ภายหลังเข้ากลุ่มทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) - การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) แต่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินปัสสาวะสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายกว่ากลุ่มที่ได้รับการจากแพทย์	บทบาทของ APN - การให้การดูแลและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากทางโทรศัพท์ แสดงให้เห็นบทบาทของ APN ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วย มีการให้การปรึกษาทางคลินิก การจัดการอาการ การประสานงานกับทีมสุขภาพ และการใช้โทรศัพท์เป็นนวัตกรรมใหม่อย่างหนึ่ง เป็นการพัฒนาระบบการดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง
ผู้เขียน Helgesen et al., 2000	สถานที่ - โรงพยาบาลในประเทศสวีเดน คือ ศูนย์บริการทางการแพทย์ไอโรโบร (Orebro Medical Centre) โรงพยาบาลศูนย์โรคพิษ (Central Hospital Norrköping) โรงพยาบาลทางใต้ของสตอกโฮล์ม (South Hospital Stockholm)	วิธีวิจัย - กลุ่มควบคุม (UG) จำนวน 200 ราย ได้รับการตรวจติดตามจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินปัสสาวะเป็นเวลา 2 – 12 เดือน โดยช่วงห่างของการตรวจติดตามในครั้งต่อไปขึ้นกับการทางคลินิกหรือความต้องการของผู้ป่วย		- เมื่อวิเคราะห์ความพึงพอใจในการติดตามเยี่ยมและการแทรกซ้อนที่พบของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน นอกจากนั้นระยะเวลาการค้นพบอาการผิดปกติได้รับการป้องกันความก้าวหน้าของโรคไม่แตกต่างกัน แต่พบว่ากลุ่ม NG มีอัตราการเกิดภาวะของเสียทั้งในกระแสเลือด (uraemia) น้อยกว่ากลุ่ม UG - จำนวนครั้งของการติดต่อทางโทรศัพท์ในกลุ่ม NG มากกว่า กลุ่ม UG โดยการให้	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล - ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการมาตรวจรับการรักษาในโรงพยาบาล มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการลดลง เกิดอาการแทรกซ้อนน้อยกว่าในเรื่องอัตราการเกิดภาวะ

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
เปรียบเทียบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินปัสสาวะ (urologist group: UG)	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัด (hormone therapy) และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็ง (chemotherapy) และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็ง (chemotherapy) และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็ง (chemotherapy)	ผู้ป่วย 100 รายต่อปี และในกลุ่ม UG คิดเป็น 150 ครั้งต่อผู้ป่วย 100 รายต่อปี และมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการน้อยกว่าในกลุ่ม UG - การส่งตรวจเพื่อการรักษาอาการต่างๆ เช่น ขาบรเทาอาการปวด ยาแก้ไอ และยาอื่นๆไม่แตกต่างกันในทั้ง 2 กลุ่ม	ค่าปรับภายในกลุ่ม NG คิดเป็น 113 ครั้งต่อผู้ป่วย 100 รายต่อปี และในกลุ่ม UG คิดเป็น 150 ครั้งต่อผู้ป่วย 100 รายต่อปี และมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการน้อยกว่าในกลุ่ม UG - การส่งตรวจเพื่อการรักษาอาการต่างๆ เช่น ขาบรเทาอาการปวด ยาแก้ไอ และยาอื่นๆไม่แตกต่างกันในทั้ง 2 กลุ่ม	ของเสียทั้งในกระแสเลือด (uraemia) และการล้างไตที่ไม่แตกต่างจากแพทย์ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความพึงพอใจจากการติดตามเยี่ยมและการตรวจพบอาการผิดปกติที่สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายกว่า
เปรียบเทียบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินปัสสาวะ (urologist group: UG)	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัด (hormone therapy) และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็ง (chemotherapy) และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็ง (chemotherapy) และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็ง (chemotherapy)	ผู้ป่วย 100 รายต่อปี และในกลุ่ม UG คิดเป็น 150 ครั้งต่อผู้ป่วย 100 รายต่อปี และมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการน้อยกว่าในกลุ่ม UG - การส่งตรวจเพื่อการรักษาอาการต่างๆ เช่น ขาบรเทาอาการปวด ยาแก้ไอ และยาอื่นๆไม่แตกต่างกันในทั้ง 2 กลุ่ม	ค่าปรับภายในกลุ่ม NG คิดเป็น 113 ครั้งต่อผู้ป่วย 100 รายต่อปี และในกลุ่ม UG คิดเป็น 150 ครั้งต่อผู้ป่วย 100 รายต่อปี และมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการน้อยกว่าในกลุ่ม UG - การส่งตรวจเพื่อการรักษาอาการต่างๆ เช่น ขาบรเทาอาการปวด ยาแก้ไอ และยาอื่นๆไม่แตกต่างกันในทั้ง 2 กลุ่ม	ของเสียทั้งในกระแสเลือด (uraemia) และการล้างไตที่ไม่แตกต่างจากแพทย์ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความพึงพอใจจากการติดตามเยี่ยมและการตรวจพบอาการผิดปกติที่สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายกว่า

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลขั้นสูงของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
เรื่องที่ 3 Effect of advanced nursing care on quality of life and cost outcomes of women diagnosed with breast cancer.	การออกแบบวิจัย RCT ระดับ A วัตถุประสงค์ - เพื่อประเมินผล ลัพธ์ของการปฏิบัติ ของผู้ปฏิบัติการ พยาบาลขั้นสูงใน ด้านคุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายใน หญิงที่ได้รับการ วินิจฉัยเป็นมะเร็ง เต้านมครั้งแรก	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้หญิงมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก อายุ 30-85 ปี จำนวน 210 ราย สุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 104 ราย และ กลุ่มทดลอง 106 ราย โดยทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลพื้นฐานลักษณะของโรคและการรักษาคือเดียวกัน สถานที่ - หน่วยบริการสุขภาพชุมชน บริเวณชานเมือง ในตะวันตกตอนกลางของสหรัฐอเมริกา วิธีวิจัย - กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานจากแพทย์ - กลุ่มทดลองได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานร่วมกับโปรแกรมการดูแลจากผู้ป่วยปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจากกรอบแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Brooten ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ประกอบด้วยการประเมิน การวินิจฉัย การระบุผลลัพธ์ การวางแผนการดูแล การจัดการอาการ การให้ข้อมูล ความรู้ คำปรึกษา และการประสานการดูแล ทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด ระยะการรักษาด้วยเคมีบำบัดและฮอร์โมนรักษา และภายหลังสิ้นสุดการรักษาและมาตรวจติดตามการรักษา - ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินความรู้สึกละอายใจในตนเอง ความเจ็บป่วยด้วย Mischel Uncertainty in Illness Scale (MUIS) ภาวะอารมณ์โดยใช้ Profile of Mood state (POMS) และประเมินคุณภาพชีวิตด้วย Functional Assessment of Cancer Therapy- Breast (FACT-B) โดยตอบ	- เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของทั้ง 2 กลุ่มพบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.895$) แต่พบว่าผู้หญิงที่ได้รับการดูแลจาก APN มีความพึงพอใจมากกว่าผู้หญิงที่ได้รับการดูแลจากแพทย์ในเบื้องต้นแรก ($p = 0.036$) - คะแนนความรู้สึกละอายใจไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มที่ได้รับการดูแลจาก APN น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากแพทย์ในเดือนแรก ($p = 0.001$), เดือนที่ 3 ($p = 0.026$) และเดือนที่ 6 ($p = 0.011$) แต่ไม่แตกต่างกันในเดือนที่ 12 ($p > 0.05$) - คะแนนการเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p = 0.953$) แต่พบว่าผู้หญิงที่ได้รับการดูแลจาก APN มีการเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงเดือนแรก ($p = 0.011$) และ เดือนที่ 3 ($p = 0.043$) และผู้หญิงที่ไม่มีการวินิจฉัยในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมใน กลุ่มที่ได้รับการดูแลจาก APN มีการเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์น้อยกว่ากลุ่มที่	บทบาทของ APN - โปรแกรมการดูแลตามกรอบแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Brooten แสดงถึงบทบาทของ APN ในด้านการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งเต้านมที่มีปัญหาซับซ้อน มีการจัดการอาการซึ่งเป็นการดูแลโดยตรง การประสานการดูแลระหว่างทีมสุขภาพ การให้ข้อมูล ความรู้ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ตั้งแต่แรกจนจำหน่ายกลับบ้าน
ผู้เขียน Ritz et al., 2000				ผลลัพธ์ทางการพยาบาล - ช่วยลดความรู้สึกละอายใจไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วยของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรก หลังการวินิจฉัย แม้ว่าผลของโปรแกรมจะไม่สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการเปลี่ยนแปลงของภาวะอารมณ์ หรือช่วยลด

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
	- ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC-QLQ-C30) ประกอบด้วยข้อคำถามด้านร่างกาย อารมณ์ การรู้คิด สังคม การทำหน้าที่ของร่างกาย อาการที่เกิดขึ้นและสุขภาพโดยรวมในสัปดาห์ที่ 1, 6 และ 12 - ประเมินความพึงพอใจโดยใช้ self- assessment questionnaire ในสัปดาห์ที่ 12 ของการได้รับรังสีรักษา - วิเคราะห์ค่าใช้จ่าย โดยแยกออกเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยา การสืบค้นทางห้องปฏิบัติการ ค่าบริการในระหว่าง 3 เดือนที่เข้าร่วมการศึกษา - ใช้สถิติ Mann-Whitney U test, χ^2 tests, Multiple regression ในการวิเคราะห์		- เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่าย พบว่า ค่าบริการในกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแบบปกติ ($p<0.001$) โดยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแบบปกติ มีค่าใช้จ่าย €426 ต่อราย กลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ € 280 ต่อราย	ได้รับการดูแลตามปกติ เนื่องจากได้รับการดูแลช่วยเหลือที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นการดูแลโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเกิดความเสี่ยงค่าสัมฤทธิ์ผู้ป่วยและองค์กรอีกด้วย ซึ่งช่วยให้ตรวจพบอาการข้างเคียงได้รวดเร็วกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์		กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย		ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
	วัตถุประสงค์		วิธีวิจัย			
เรื่องที่ 5 The effect of a clinical nurse specialist in gynaecological oncology on quality of life and sexuality.	การออกแบบวิจัย - RCT ร่วมกับ Qualitative study ระดับ A	วัตถุประสงค์ - เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการดูแลโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกต่อคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้หญิง 36 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระบบสืบพันธุ์ที่ได้รับ การรักษาดำเนินการผ่าตัด สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 19 ราย กลุ่มควบคุม 17 ราย		- กลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติในเรื่องภาวะสุขภาพโดยรวม ($p = 0.04$) ภาวะการรู้คิด ($p = 0.038$) การทำหน้าที่ของร่างกาย ($p = 0.009$) และพฤติกรรมเรื่องเพศ ($p = 0.054$) และมีปัญหาในเรื่องการนอนหลับ ($p = 0.02$) การสูญเสียความอยากอาหาร ($p = 0.015$) และความปวด ($p = 0.035$) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ	- จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นบทบาทของ APN ในด้านการจัดระบบการดูแลและติดตามผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์ ผู้สตรีอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การรับจนจำหน่ายกลับบ้าน โดยการให้ข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์ และสังคม รวมถึงการพัฒนาศักยภาพในการเผชิญปัญหา และเรื่องเพศสัมพันธ์
ผู้เขียน Maughan & Clarke, 2001			วิธีวิจัย -กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด กระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ในเรื่องการสนับสนุนทางอารมณ์ทั้งผู้ป่วยและคู่สมรส ข้อมูลการรักษา กลวิธีการเผชิญความเครียดข้อมูลการผ่าตัดและการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนด้านสังคมทั้งด้านครอบครัว ที่ทำงาน การเงิน		- คะแนนการทำหน้าที่ทางเพศทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญมีคะแนนเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ภายหลังการผ่าตัดทั้งนี้ และคะแนนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการทำหน้าที่ทางสังคม ($p = 0.009$) ภาวะการนอนหลับ ($p = 0.047$) และภาวะทางอารมณ์ ($p = 0.04$)	- ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในแง่ภาวะสุขภาพโดยรวม ภาวะการรู้คิด การทำหน้าที่ของร่างกาย พฤติกรรมเรื่องเพศ ไม่มีความวิตกกังวลในการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ และมีปัญหาในเรื่องการนอนหลับ การสูญเสียความอยากอาหาร และความปลอดภัยน้อยกว่า

ตาราง 2 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางกายภาพของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน

ชื่อเรื่อง/ผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาล
	เดือนเมื่อเข้าโปรแกรม โดยใช้ European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) ประกอบด้วยข้อคำถาม ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม การรู้คิด ความสามารถในการทำหน้าที่ คุณภาพชีวิตโดยรวม และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น - ประเมินความพึงพอใจก่อนเข้า โปรแกรม และในเดือนที่ 3, 6 และ 12 หลังได้รับ โปรแกรม - ประเมินความพึงพอใจในโปรแกรมทั้ง 2 รูปแบบจากเจ้าหน้าที่หน่วยบริการอื่น - ประเมินค่าใช้จ่ายทั้ง 2 รูปแบบในเดือนที่ 3, 6 และ 12 - ใช้ Mann-Whitney U test		- ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการติดตามจากพยาบาลให้บริการการตรวจวินิจฉัย เช่น การฉายรังสี ปอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากแพทย์ ทั้งในเดือนที่ 3 ($p = 0.06$) และเดือนที่ 6 ($p = 0.03$) และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการตรวจติดตามจากพยาบาลถึงร้อยละ 40 ยอมรับการตายที่บ้านมากกว่าโรงพยาบาล ($p = 0.04$) ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลจากแพทย์เพียงร้อยละ 23 ที่ยอมรับการตายที่บ้าน - คะแนนความพึงพอใจในกลุ่มที่ได้รับการตรวจติดตามจากพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเดือนที่ 3, 6 และ 12 ($p = 0.01$) - เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในรูปแบบการติดตามเยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่หน่วยบริการอื่นจำนวน 144 ราย พบว่า มีความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน	นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ที่นำข้อมูลนี้ไปใช้ในการมีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลโดยพยาบาลไม่แตกต่างจากการดูแลโดยแพทย์

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
เรื่องที่ 7 Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer. ผู้เขียน Hately, et al., 2003	การออกแบบวิจัย Pre-post test ระดับ B วัตถุประสงค์ - เพื่อประเมินผลของการให้โปรแกรมการบริหารการหายใจโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 30 ราย เป็นชาย 24 ราย หญิง 6 ราย ได้รับรังสีรักษา 22 ราย ผ่าตัด 8 ราย และเคมีบำบัด 3 ราย สถานที่ - คลินิกผู้ป่วยนอก Lewis-Manning House วิธีวิจัย - ผู้ป่วยจะได้รับการบริหารการหายใจครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 4-6 สัปดาห์ ประกอบด้วย breathing retraining (สอนวิธีหายใจซ้ำๆ ใช้กล้านเนื้อหน้าเพื่อช่วยผ่อนคลาย), simple relaxation techniques (วิธีการผ่อนคลายอย่างง่าย), activity pacing and psychosocial support. - ผู้ป่วยจะได้รับภาวะประเมินภาวะซึมเศร้าและระดับการทำกิจกรรมต่างๆโดยใช้ Rotterdam symptom checklist, ประเมินลักษณะการหายใจโดยใช้ Visual analogue scales ประเมินเทคนิคที่ช่วยให้หายใจดีขึ้น โดยใช้ Things that improve breathlessness และประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้ Quality of life questionnaire ก่อนเข้าโปรแกรม และ สัปดาห์ที่ 4 ภายหลังเข้าโปรแกรม	- ก่อนเข้าโปรแกรมผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 73 มีอาการหายใจเร็วตลอดทั้งวัน และหลังเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยมีอาการเพียงร้อยละ 27 เท่านั้น ซึ่งก่อนและหลังเข้าโปรแกรมมีความถี่ของการเกิดอาการหายใจลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) - ภายหลังเข้าโปรแกรมมีผู้ป่วยที่สามารถเดินได้ไกล 100 หลา โดยไม่มีอาการหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ($p < 0.001$) - จากการประเมินอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจโดยบุคลากรทีมสุขภาพพบว่ามีอาการทางร่างกาย (the physical symptom distress) และระดับการทำกิจวัตรต่างๆ (activity level) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) - คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องการนอนราบ (lying down) ($p = 0.02$) ความแข็งแรงของร่างกาย (bodily strength) ($p = 0.03$) ทำกิจกรรมต่างๆได้มากขึ้น ($p < 0.001$)	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล - โปรแกรมการบริหารการหายใจของผู้ป่วยมะเร็งปอดแสดงให้เห็นบทบาทของ APN ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วย การพัฒนาจัดระบบการดูแลผู้ป่วย มีการฝึกการบริหารการหายใจ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล - ช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากการเหนื่อย ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆได้มากขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยในด้านคุณภาพชีวิต มีความแข็งแรงทางร่างกาย และนอนราบได้

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
เรื่องที่ 8 Development of a risk assessment tool for women with a family history of breast cancer. ผู้เขียน Braithwaite, 2005	การออกแบบวิจัย - RCT ระดับ A วัตถุประสงค์ - เพื่อทดสอบโปรแกรมเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในผู้หญิงที่มีประวัติคนในครอบครัว	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้หญิงที่มีประวัติคนในครอบครัวในลำดับที่ 1 หรือ 2 เป็นมะเร็งเต้านมในประเทศอังกฤษ จำนวน 89 ราย มีข้อมูลย้อนและตอบแบบสอบถามครบ 72 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 38 ราย กลุ่มควบคุม 34 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันในข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลทางคลินิก สถานที่ - สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประเทศอังกฤษ วิธีวิจัย - กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลและเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และประเมินประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว - กลุ่ม 1 ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Genetic Risk Assessment in the Clinical Environment (GRACE) เมื่อเข้าไปยังโปรแกรมจะแสดงลำดับเชื้อสายในครอบครัวให้คลิกที่ปุ่ม “assess risk” เพื่อตรวจงานความเสี่ยงของผู้ใช้โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การประเมินความเสี่ยง และการจัดการกับความเสี่ยง และแสดงความเสี่ยงของการเกิดโรคร้ายในลำดับชั้น ข้อมูลความเสี่ยงจะนำเสนอเป็น 3 รูปแบบ คือ 1. การประมาณช่วงความเสี่ยงของการเกิดมะเร็ง 2. เปรียบเทียบความเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้นต่อการเกิดโรคกับประชากรทั่วไป 3. ลักษณะของการเกิดความเสี่ยงรวมถึงการจัดการความเสี่ยง เช่น กำหนดนำในเรื่องการตระหนักในการตรวจเต้านม	- จากการประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรม พบว่า เวลาที่ใช้ในกลุ่ม 1 ประมาณ 30 นาทีในการให้ข้อมูลบุคคลในครอบครัวและประเมินบุคคลที่มีความเสี่ยงซึ่งเวลาใกล้เคียงกับกลุ่ม 2 - ด้านทัศนคติและการรับรู้ประโยชน์พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีทัศนคติที่ดี โดยกลุ่ม 2 มีทัศนคติที่ดีมากกว่ากลุ่ม 1 โดยเฉพาะในเรื่องของการได้พูดคุยเกี่ยวกับความกังวล และช่วยให้มีทางเลือกที่ดี ($p < 0.01$) - ด้านการรับรู้ข้อมูลความเสี่ยง พบว่ากลุ่ม 2 มีคะแนนสูงกว่ากลุ่ม 1 ($p < 0.01$) และคะแนนความพึงพอใจในเรื่องการได้รับข้อมูลความเสี่ยง ทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน โดยกลุ่ม 1 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับพอควร (fairly satisfied) ขณะที่กลุ่ม 2 มีความพึงพอใจมาก (very satisfied) ($p < 0.01$) - กลุ่ม 1 ได้รับการประเมินความเสี่ยงที่มีความแม่นยำเพิ่มมากขึ้นจากก่อนเข้าโปรแกรมคิดเป็นร้อยละ 22 ขณะที่กลุ่ม 2 เพิ่มขึ้นร้อยละ 17.9 แต่ไม่แตกต่างกัน	บทบาทของ APN - จากการศึกษานี้พบว่า การได้รับการคำปรึกษาจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม มีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับการประเมินด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ GRACE แสดงให้เห็นบทบาทของ APN ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย มีการใช้คำปรึกษา การให้ข้อมูลความรู้ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล - ผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับการได้รับคำปรึกษาจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกมากกว่าโปรแกรม GRACE เนื่องจาก

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
เรื่องที่ 9 Effect of a nursing intervention on quality of life outcomes in post-surgical women with gynecological cancers.	การออกแบบวิจัย - RCT ระดับ A วัตถุประสงค์ - เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลจาก APN	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวินิจฉัยโรคมะเร็งรังไข่และมีตารางแผนให้การรักษาด้วยเคมีบำบัด อายุ 21 ปีขึ้นไป จำนวน 281 ราย มี 62 รายไม่ต้องการการตรวจรักษาเพิ่มเติม อีก 70 รายปฏิเสธเข้าร่วม ขาดคุณสมบัติ 4 ราย เสียชีวิตระหว่างการศึกษา 19 ราย มีความกังวล 3 ราย เหลือผู้ป่วย 123 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 63 ราย และกลุ่มควบคุม 60 ราย โดยทั้ง 2 กลุ่ม มีข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลลักษณะทางคลินิก ทั้งในเรื่องระยะของโรค ตำแหน่งของโรค หรือการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งไม่แตกต่างกัน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่ได้รับการดูแลจาก APN มีภาวะซึมเศร้า ($p = 0.019$) และความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ($p = 0.023$) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากผู้ช่วยวิจัยอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลจากผู้ช่วยวิจัยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ($p = 0.080$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจาก APN	บทบาทของ APN - โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดและการรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวินิจฉัยโรคมะเร็งรังไข่ แสดงให้เห็นบทบาทของ APN เป็นการใช้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วย การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนอย่างต่อเนื่อง มีการตรวจติดตามและการจัดการอาการ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การให้ความรู้ การประสานงานกับทีมสุขภาพ และการประสานงานในการดูแลร่วมกันระหว่าง APN และ PCNL
ผู้เขียน McCorkle et al., 2009		วิธีวิจัย - กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลจาก APN เป็นเวลา 6 เดือน เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดและมีการวางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัด กิจกรรมประกอบด้วย การตรวจติดตามและการจัดการอาการ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การให้ความรู้ การประสานจัดการ การใช้แหล่งประโยชน์ การส่งต่อผู้ป่วย และการให้การดูแลโดยตรง (direct patient care) ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย มีการติดตามผู้ป่วย 18 ครั้ง โดยติดตามเยี่ยมที่บ้าน 8 ครั้ง ทางโทรศัพท์ 7 ครั้ง และมาตรวจที่คลินิก 3 ครั้ง นอกจากนี้กลุ่มทดลองจะถูกประเมินภาวะทุกข์โศกทางอารมณ์ (emotional distress) โดยใช้ Distress Thermometer (DT) หลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง ผู้ที่มีคะแนน DT มากกว่าหรือเท่ากับ 4 แสดงว่าเป็นผู้มีความเครียดมาก จะได้รับการประเมินความ	หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลจาก APN มีคะแนนความรู้สึกลึกซึ้งไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากผู้ช่วยวิจัย ($p = 0.0006$) กลุ่มที่ได้รับการดูแลจาก APN จำนวน 32 รายที่ได้รับการดูแลจาก APN ร่วมกับ PCNL เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากผู้ช่วยวิจัย พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลจาก APN มีคะแนนความรู้สึกลึกซึ้งไม่แน่นอน ($p < 0.0001$) และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น ($p < 0.0001$) และ $p = 0.0023$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลง	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล - ช่วยลดภาวะซึมเศร้า และความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และเมื่อมีการทำงานร่วมกันกับ PCNL ทำให้ผลของโปรแกรมมี

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
	วัตถุประสงค์			
		ต้องการทางอารมณ์ (emotional needs) และปัญหาทางด้านจิตใจจากพยาบาลจิตเวช (Psychiatric consultation-liaison nurse: PCLN) ในครั้งแรก และหลังจากนั้นผู้ป่วยจะรับการวางแผนดูแลร่วมกันจาก APN และ PCLN	- เมื่อพิจารณาเฉพาะการให้โปรแกรมของ PCLN พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนดีขึ้นในเรื่องความรู้สึกไม่แน่นอน ($p < 0.0181$) อาการไม่สุขสบาย ($p < 0.0181$) คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจ ($p = 0.0001$)	ประสิทธิภาพมากขึ้นในการช่วยลดความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย อาการไม่สุขสบาย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
		- กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลจากผู้วิจัย (ผ่านการฝึกอบรมในเรื่องการจัดการอาการ) ภายหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ จำนวน 8 ครั้ง โดยครั้งแรกเป็นการติดตามเยี่ยมที่บ้าน เพื่อแนะนำเรื่องการจัดการอาการตามคู่มือที่แจกหลังจากนั้นติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ 3 ครั้ง เป็นเวลา 5 เดือน		
		- ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับคู่มือการจัดการอาการ (Symptom Management Toolkit: SMT) 16 อาการที่พบได้หลังผ่าตัดหรือได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งมีรายละเอียดของสาเหตุ วิธีการจัดการอาการและเมื่อใดควรปรึกษาแพทย์		
		- ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินคุณภาพชีวิต แบ่งเป็น 4 ด้าน คือภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale: CES-D) ความรู้สึกไม่แน่นอน (Mischel Uncertainty in Illness Scale: MUIS) อาการไม่สุขสบาย (Symptom Distress Scale) และคุณภาพชีวิตโดยรวม (Short-Form Health Survey: SF-12) ก่อนเข้าโครงการ และในเดือนที่ 1, 3 และ 6 ภายหลังผ่าตัด		
		- ใช้ multiple linear progression		

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลขั้นสูงของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/ วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
เรื่องที่ 10 Comparing hospital and telephone follow- up after treatment for breast cancer: randomized equivalence trial. ผู้เขียน Beaver, et al., 2009	การออกแบบวิจัย - RCT ระดับ A วัตถุประสงค์ - เพื่อเปรียบเทียบ ผลการติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยภายหลังได้ รับการรักษามะเร็ง เต้านมตามรูปแบบ เดิมของโรงพยา บาลกับการติดตาม เยี่ยมทางโทรศัพท์ ของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษารักษาด้วยเคมีบำบัด ที่มีอัตราเสี่ยงในการเกิดโรคกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง จำนวน 374 ราย สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 191 ราย กลุ่มควบคุม จำนวน 183 ราย สถานที่ - คลินิกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไปทางตะวันตกเฉียงเหนือของ ประเทศอังกฤษ วิธีวิจัย - กลุ่มควบคุมได้รับการตรวจติดตามในโรงพยาบาลเพื่อตรวจหาการกลับ เป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมทุก 3 เดือน เป็นเวลา 2 ปี ทุก 6 เดือนเป็นเวลา 2 ปี หลังจากนั้นตรวจติดตามทุกปีเป็นเวลา 10 ปีและในการตรวจเยี่ยมแต่ละ ครั้งใช้เวลา 10 นาที - กลุ่มทดลองได้รับการติดตามทางโทรศัพท์จากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้าน มะเร็งเต้านม เช่นเดียวกับการตรวจติดตามในโรงพยาบาล โดยมีการ ลงทะเบียนนัดวัน เวลาในระบบข้อมูลของโรงพยาบาลเพื่อให้เจ้าหน้าที่ สามารถทราบข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยก่อนการโทรศัพท์เยี่ยม แต่ละครั้ง ใช้เวลา 30 นาที โดย 20 นาทีแรกเป็นการให้คำปรึกษา และอีก 10 นาที เป็นการวัดผลของการให้คำปรึกษา - ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินภาวะวิตกกังวลโดยใช้ The Spielberger state-trait Anxiety inventory (STAI) ประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป	- ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความวิตกกังวลไม่ แตกต่างกัน ทั้งช่วงก่อนเข้าร่วมการศึกษา (p $= 0.821$) หลังเข้าร่วมการศึกษา 12 เดือน และ 14 เดือน ($p = 0.293$ และ $p = 0.608$ ตามลำดับ) - เมื่อดูความต้องการด้านข้อมูล พบว่าใน ช่วงแรกมีความต้องการด้านข้อมูลสูงในเรื่อง ความเสี่ยงทางกรรมพันธุ์ และต้องการทราบ ในเรื่องเพศสัมพันธ์น้อยที่สุดในช่วงกลาง ของการเข้าร่วมการศึกษา พบว่า กลุ่มมีความ ต้องการทราบในเรื่องเพศสัมพันธ์มากขึ้น และในช่วงสุดท้าย กลุ่มมีความต้องการทราบ ในเรื่องความเสี่ยงทางกรรมพันธุ์มากที่สุด - เมื่อพิจารณาจากความพึงพอใจก่อนได้รับ โปรแกรมทั้ง 2 กลุ่มพบว่า ไม่แตกต่างกัน แต่ มีความแตกต่างกันภายหลังได้รับโปรแกรม โดยพบว่า กลุ่มที่ได้รับการตรวจติดตามทาง โทรศัพท์แสดงความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น หลังเข้าร่วมการศึกษา ($p < 0.001$) - ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มในเรื่องการ ที่ประเมินประโยชน์จากการได้รับข้อมูล ที่ประเมินประโยชน์ร่วมกัน	บทบาทของ APN - การตรวจติดตามทางโทรศัพท์ แสดงให้เห็นบทบาทของ APN ในการปฏิบัติการพยาบาล โดย ตรงแก่ผู้ป่วย เป็นการพัฒนา จัดระบบการดูแลติดตามผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง มีการให้ข้อมูลและ คำปรึกษาและการวัดผลของการ ให้สามารถนำไปโปรแกรมมาใช้ใน การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อ ประเมินความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งมีความต้องการในแต่ละเรื่อง แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ผลลัพธ์ทางการพยาบาล - ถึงแม้จะคะแนนความวิตกกังวล ของทั้ง 2 กลุ่มจะไม่แตกต่างกันก็ ตาม แต่เมื่อพิจารณาความพึง พอใจพบว่ากลุ่มที่ได้รับการตรวจ ติดตามทางโทรศัพท์ที่มีความพึง พอใจเพิ่มขึ้นจากการได้รับข้อมูล ที่ประเมินหลังเข้าร่วม

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
เรื่องที่ 11 Effect of advanced practice nursing on patient and spouse depressive symptoms, sexual function and marital interaction after radical prostatectomy.	การออกแบบวิจัย - RCT ระดับ A วัตถุประสงค์ - เพื่อศึกษาผลของการให้โปรแกรมมาตรฐานการพยาบาล (Standardized Nursing Intervention Protocol: SNIP) ต่อระดับอาการซึมเศร้า, การทำหน้าที่ทางเพศและความสัมพันธ์ของผู้สามีภรรยาในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากหลังทำการผ่าตัด	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีสถานภาพสมรส จำนวน 107 คู่ สถานที่ - ศูนย์การรักษาทางการแพทย์ (Academic medical centers) ทางตะวันออกเฉียงเหนือของสหรัฐอเมริกา วิธีวิจัย - กลุ่มแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 53 ราย ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของคลินิกในระบบทางเดินปัสสาวะ (urology clinic) - กลุ่มทดลอง 54 ราย นอกจากได้รับการดูแลแบบปกติแล้วยังได้รับการดูแลเพิ่มเติมจาก APN เป็นเวลา 8 สัปดาห์ภายหลังจำหน่ายกลับบ้านทั้งหมด 16 ครั้ง (ติดตามเยี่ยมที่บ้าน และทางโทรศัพท์ 8 ครั้ง) โดยเน้นในเรื่องการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ การจัดการอาการภายหลังผ่าตัด (symptom management during surgical recovery) การจัดการระบบขับถ่ายปัสสาวะ (restoration of urinary continence) ส่งเสริมการสื่อสารระหว่างคู่สมรส และการทำหน้าที่ทางเพศ นอกจากนี้ยังมีการพูดคุยกับคู่สามีภรรยาในเรื่องความกังวลในเรื่องเพศสัมพันธ์ โดยใช้คำถามปลายเปิด	- ผู้สมรสทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันในเดือนที่ 6 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเล็กน้อย ($p = 0.006$) ในเรื่องคะแนนทุกข้อ - ข้อเท็จจริงที่พบคือ คะแนนภาวะซึมเศร้าของคู่สมรสทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันเล็กน้อย ($p = 0.005$) นอกจากนั้นในเดือนที่ 3 ยังพบว่า คู่สมรสในกลุ่มทดลองยังมีคะแนนความกังวลใจ (distress) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p = 0.043$) - เมื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและคู่สมรส พบว่า มีความแตกต่างกันในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 โดยคู่สมรสมีคะแนนสูงกว่าผู้ป่วย ($p = 0.004$ และ $p = 0.052$ ตามลำดับ)	บทบาทของ APN - จากการศึกษา แสดงให้เห็นบทบาทของ APN ในด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัด มีแนวโน้มในการดูแลตนเองและให้คำปรึกษาช่วยเหลือระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรส ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย การฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ การจัดการอาการหลังผ่าตัด การจัดการระบบขับถ่ายปัสสาวะ และการส่งเสริมการสื่อสารระหว่างคู่สมรสกับผู้ป่วย และการทำหน้าที่ทางเพศ
ผู้เขียน McCorkle et al., 2007	ผู้สามีภรรยาในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากหลังทำการผ่าตัดทำหัตถการ (radical prostatectomy)	กลุ่ม 2 กลุ่มได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้ Center for Epidemiologic Studies- Depression Scale (CES-D) ประเมินการทำหน้าที่ทางเพศและความสัมพันธ์ของคู่สมรส โดยใช้ The Cancer Rehabilitation	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล - ช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและจัดการอาการต่างๆ ได้นอกจากนี้ยัง	

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคกระเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/ วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
		Evaluation System (CARES) ก่อนเข้าร่วมโครงการ และหลังการผ่าตัดใน เดือนที่ 1, 3 และ 6 - ใช้ Regression, Paired t-test และ Pearson correlation coefficients ใน การวิเคราะห์ - ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา		ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยและ คู่สมรส ช่วยสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมความเข้าใจในเรื่อง เพศสัมพันธ์และสัมพันธภาพ ระหว่างคู่สมรสได้

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
เรื่องที่ 12 Nurse-led follow-up of patients after oesophageal or gastric cardia cancer surgery: a randomized control trial.	การออกแบบวิจัย - RCT ระดับ A วัตถุประสงค์ - เพื่อเปรียบเทียบผลของการติดตามดูแลที่คลินิกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโดยศัลยแพทย์กับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลผู้ช่วยทางคลินิกความพึงพอใจ และค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย	ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารที่ได้รับการรักษาด้วยยาฆ่าตติ ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว 3 สัปดาห์ จำนวน 120 ราย มีผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษา 11 ราย สรุปลำดับผู้ป่วย 109 ราย สุ่มเป็นกลุ่มควบคุม 55 ราย กลุ่มทดลอง 54 ราย	ก่อนเข้าโปรแกรมพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดในระบบทางเดินหายใจ และการรั่วซึมของรอยต่อแผลผ่าตัด (anastomotic leakage) และภาวะกลืนลำบากไม่แตกต่างกัน ($p=0.20$) - กลุ่มที่ได้รับการติดตามดูแลโดยศัลยแพทย์ใช้เวลาในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการติดตามดูแลโดยพยาบาลผู้ช่วยทางคลินิก ($p < 0.01$) โดยแพทย์ใช้เวลาในการตรวจเยี่ยม 11 นาที ส่วนพยาบาลใช้เวลา 43 นาที - หลังเข้าโปรแกรมทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนการกลืนลำบากไม่แตกต่างกัน ($p = 0.20$) แต่พบว่า น้ำหนักตัวเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามดูแลโดยศัลยแพทย์เริ่มลดลง จาก 73.2 กก. เหลือ 71.2 กก. ในเดือนที่ 6 และเหลือ 69.6 กก. ในเดือนที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$) ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการติดตามดูแลโดยพยาบาลผู้ช่วยทางคลินิกมีน้ำหนักตัวเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 74.2 กก. เป็น 74.5 ในเดือนที่ 6 และ 75.5 กก. ในเดือนที่ 12 ($p = 0.19$)	การติดตามเยี่ยมบ้านภายหลังทำการผ่าตัดมะเร็งระบบทางเดินอาหารส่วนบนของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญแสดงให้เห็นบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินปัญหา และจัดการอาการที่เกิดขึ้น ในเรื่องน้ำหนักตัวและความสามารถในการรับประทานอาหารหรือการกลืน
ผู้เขียน Verschuur et al., 2009	โดยพยาบาลผู้ช่วยทางคลินิกความพึงพอใจ และค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม ได้รับการติดตามดูแลที่บ้านจากพยาบาลผู้ช่วยทางคลินิกความพึงพอใจ และค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย	ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 6 เดือนที่ 3, 6, 9 และ 12 หลังจากทำการดมยาสลบ	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล - แม้ว่าผลของการจัดการภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดภาวะการกลืน และน้ำหนักตัวไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญมีคะแนนเพิ่มขึ้นในเรื่องการกลืนอาหาร น้ำหนักตัวเฉลี่ย

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
	วัตถุประสงค์	เคลื่อน ไหว การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน ความปวดความไม่สุขสบาย และความวิตกกังวล ใช้ EORTC QLQ-OES18 questionnaire ประเมินการกลืน การรับประทานอาหาร ความอยากอาหาร ระบบการย่อยและความปวด ใช้ EORTC QLQ-C30 questionnaire ประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย บทบาท อารมณ์ การรู้คิด สังคม อาการอ่อนแรง คัดในได้/อาเจียน อาการปวด และสุขภาพชีวิตโดยรวม	- แม้ว่าทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนการกลืนลำบากไม่แตกต่างกัน ($p=0.11$) แต่พบว่า กลุ่มที่ได้รับ การดูแลจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญมีระดับคะแนนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจาก คัลยแพทย์เล็กน้อย ในเรื่องการกลืนอาหาร ได้ดีกว่าในเดือนที่ 13 ($p=0.14$) ภาวะอารมณ์ ในเดือนที่ 4 ($p=0.13$) ภาวะรู้คิดในเดือนที่ 7 และเดือนที่ 13 ($p=0.12$ และ $p=0.11$ ตามลำดับ) และภาวะสุขภาพโดยรวมในเดือนที่ 7 ($p=0.12$)	แนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้ว่าพยาบาล จะใช้เวลานานกว่าในการติดตาม เชื่อมผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและดูสมรสได้มีโอกาสนี้จะชักถามข้อสงสัย ทำให้ผู้สมรสมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ยังช่วยลด ค่าใช้จ่ายโดยรวม และลดระยะเวลาวันนอนของผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่คุ้มค่าคุ้มทุน สามารถนำเอารูปแบบนี้ไป ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นที่ไม่มี การแพร่กระจายของโรครุนแรง
	วัตถุประสงค์	เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยและคู่สมรส ประเมินค่าใช้จ่ายในการติดตามเยี่ยม - ใช้ ANOVA test ในการวิเคราะห์	- ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน ($p=0.14$) ขณะที่คู่สมรสในกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญมีความพึงพอใจโดยรวมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการติดตามดูแลจากคัลยแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$)	
	วัตถุประสงค์	เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายทั้งหมด พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการติดตามดูแลจากคัลยแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ		

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยและการพยาบาลขั้นสูงโรคกระเพาะ (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/ วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
($p < 0.001$) และระยะเวลาวันนอนใน โรงพยาบาลน้อยกว่า โดยกลุ่มทดลองใช้เวลา 8.9 วัน กลุ่มควบคุม 17.8 วัน ($p=0.07$)				

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/ วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
เรื่องที่ 13 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด	การออกแบบวิจัย - วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระดับ B วัตถุประสงค์ - เพื่อหารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จำนวน 54 ราย - โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น วิธีวิจัย - การวิจัยแบบเป็น 2 ระยะคือระยะแรกเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเดือนตุลาคม 2543-กันยายน 2544 จำนวน 30 ราย และระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เดือนตุลาคม 2544-กันยายน 2545 จำนวน 17 ราย ผู้ป่วยได้ 11 ราย ส่วนอีก 6 ราย ไม่มารักษาต่อ ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์การสังเกต การบันทึกภาคสนามและการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า การส่งเสริมรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะทำการครั้งที่ผู้วิจัยพบผู้ป่วย	- ผลการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยมีความกังวลใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษา, ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด, การรอดชีวิต, การเงิน, ความเจ็บป่วยในโรงพยาบาล, การทำงาน, การเดินทาง, การติดต่อสื่อสารกับแพทย์ และการมีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ - สรุปประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเกิดจาก ไม่มีพยาบาลที่ให้การปรึกษาเฉพาะทางเพียงพอ, การประเมินความต้องการของผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง, ขาดคู่มือในการให้ข้อมูลถ้าหวั่นผู้ป่วยเฉพาะโรค, ผู้ป่วยไม่ได้รับความต้องการและไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนและการให้ข้อมูลต่อเนื่อง - ผลการศึกษาในระยะที่ 2 ภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และมีการดูแลตนเองครบทุกเรื่องในช่วงที่ 2 และ 3 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)	บทบาทของ APN - การศึกษาที่แสดงให้เห็นบทบาทของ APN ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มีภาคีพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย มีการให้ความรู้ คำปรึกษาให้กำลังใจและจัดเข้ากลุ่ม ส่งเสริมให้เจตคติที่ดี ชักชวนหลังประโชติให้แก่ผู้ป่วยเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและทีมที่ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ผลลัพธ์ทางการพยาบาล - ผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้นในการดูแลตนเอง และดูแลตนเองได้มากขึ้นนอกเหนือจากนี้ยังช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด เข้าใจถึงผู้ป่วยที่มีความกังวลหวั่นวาย สามารถนำมาใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลได้ครอบคลุมมากขึ้น

ทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลในศูนย์โรคกระเพาะ (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
			ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้รับสื่ออ่านต่าง ๆ ที่ช่วยส่งเสริมพลังใจให้ผู้ป่วย เช่น มะเร็งแห่งชีวิต สมานกับคุณภาพชีวิต เป็นต้น การให้คำปรึกษาทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน การให้กำลังใจและจัดให้เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จัดสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมเจตคติที่ดี ให้กำลังใจหาแหล่งประโยชน์ และเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและทีมที่ดูแล	
			- วิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์โดยใช้ One-way Repeated Measure ANOVA	

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลขั้นสูงและการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
เรื่องที่ 14 Specialist nurse counselor interventions at the time of diagnosis of breast cancer: comparing 'advocacy' with a conventional approach.	การออกแบบวิจัย -Quasi-experimental ระดับ B วัตถุประสงค์ - เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารูปแบบตัวแทน (advocacy) กับรูปแบบปกติ (conventional approach) ในหญิงที่มีก้อนที่เต้านมในระยะวินิจฉัย	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้หญิงที่ได้รับการผ่าตัดก้อนที่เต้านมจำนวน 110 ราย เสียชีวิตระหว่างการศึกษา 1 ราย เข้าร่วมไม่ครบการศึกษา 6 ราย สรุปจำนวนทั้งหมด 103 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 66 ราย กลุ่มทดลอง 37 ราย ทั้งหมดนี้เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง 67 ราย ก้อนที่ไม่ใช่มะเร็ง (benign) 36 ราย สถานที่ - the Breast Care Centre, Frenchay Hospital ประเทศอังกฤษ	- เวลาที่พยาบาลผู้เชี่ยวชาญใช้ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยช่วงแรกก่อนเข้าพบแพทย์ใช้เวลานานเฉลี่ย 9 นาที และเวลาช่วงที่สองหลังเข้าพบแพทย์เฉลี่ย 16 นาที เวลาเฉลี่ยทั้งหมด 25 นาที ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติได้รับการปรึกษาจากพยาบาลเพียงครั้งเดียวภายหลังเข้าพบแพทย์ ใช้เวลาเฉลี่ย 25 นาทีเท่านั้น - ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด แต่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญได้รับการรักษาร้อยละ 100 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p = 0.04$)	บทบาทของ APN - โปรแกรมให้คำปรึกษาโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านมแสดงถึงการใช้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยโดยตรง เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็ง อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการให้คำปรึกษา (consultation) และการพิทักษ์สิทธิในการเป็นตัวแทนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรม และปลอดภัย
ผู้เขียน Ambler et al., 1999		- กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมที่จัดไว้โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม ซึ่งจะพูดคุยในช่วงแรกเพื่อประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนให้คำปรึกษาในเรื่องการวินิจฉัยโรคและช่วยผู้ป่วยในการเตรียมตัวก่อนที่จะพบกับแพทย์ศัลยกรรม ในการส่งคำทามที่ผู้ป่วยต้องการทราบ และติดตามไปเป็นเพื่อนผู้ป่วยขณะเข้าพบแพทย์ หลังเข้าพบแพทย์แล้วจะมีการพูดคุยปรึกษากับพยาบาลอีกเพื่อให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย - ทำการประเมินผล โดยใช้การสัมภาษณ์ก่อนการผ่าตัด, 2 สัปดาห์หลังการผ่าตัด และอีก 6 เดือนเมื่อมาตรวจตามนัด - ใช้ Visual analogue scales ในการสำรวจเกี่ยวกับความรู้สึกเมื่อได้รับการวินิจฉัย รวมถึงการผ่าตัด ความพึงพอใจของการรักษา การทำหัตถ์ที่เต้านม	- คะแนนความเครียดและวิตกกังวลของทั้ง 2 กลุ่มลดลงเรื่องภาษาหลังการผ่าตัด ($p<0.01$) โดยกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ภายหลังการผ่าตัด 2 สัปดาห์ ($p = 0.034$)	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล - จากผลที่ได้จะเห็นว่า การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยทั้ง 2 รูปแบบใช้เวลาไม่แตกต่างกันสามารถดำเนินการได้ รับคำปรึกษาจาก APN สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้มากกว่า นอกจากนั้นการ

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและการพยาบาลขั้นสูงโรคกระเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
	วัตถุประสงค์การรับรู้ของการสนับสนุนทางสังคม และความ รู้สึกที่ได้รับการบริการจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม และนำผลที่ได้มาเปรียบเทียบกับผลจากแบบวัดความเครียดและความวิตกกังวล โดยใช้ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) และ the Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) - ใช้สถิติ ANOVA ในการวิเคราะห์		- เมื่อพิจารณาในเรื่องการวินิจฉัยโรค พบว่า ก่อนการผ่าตัด ทั้ง 2 กลุ่ม มีความวิตกกังวล ไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแล จากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่มีก่อนที่ไม่ใช่มะเร็ง มีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับ การดูแลตามปกติ ($p = 0.04$) - จากการประเมินผู้ป่วยที่มีก่อนที่ไม่ใช่มะเร็ง ในระหว่างการตรวจตามนัดในเดือนที่ 6 พบว่า ขอบการได้รับคำปรึกษาในรูปแบบ ครั้งเดียว ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแล จากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญบอกว่าขอบการ บริการสองครั้ง ทำให้ทราบข้อมูลในการตัดสินใจมากกว่า ($p = 0.035$) - จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการ ดูแลจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในเดือนที่ 6 ของ การตรวจตามนัด พบว่า มีความประทับใจ ในการได้รับคำปรึกษาจากพยาบาลก่อนที่จะ พบแพทย์เพื่อทราบการวินิจฉัยที่เป็นข่าวร้าย ที่จะตามมา และได้เห็นมุมมองทางด้านบวก จากการพบกันครั้งนี้	ให้คำปรึกษาก่อนพบแพทย์จะ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเตรียมตัวและ การวางแผนที่ดีก่อนเข้าพบสัลย แพทย์ อาจเป็นการช่วยลดความ กังวลก่อนที่จะรับทราบผลการ วินิจฉัย และทำให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธี การและมีทางเลือกในการรักษา เกิดความพึงพอใจจากการได้รับ คำปรึกษาสองครั้ง เนื่องจากทำให้ ทราบข้อมูลในการตัดสินใจมาก กว่า

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
เรื่องที่ 15 A case study of the effectiveness of nurse-led screening programmes for cervical cancer among Hong Kong Chinese women. ผู้เขียน Twinn & Cheng, 1999	การออกแบบวิจัย - a case study design ระดับ B วัตถุประสงค์ - เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งโดยแพทย์หญิงและพยาบาลเวชปฏิบัติ	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้หญิงที่อาสาสมัครจำนวน 100 ราย มีอายุมากกว่า 20 ปี แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 50 ราย กลุ่มทดลอง 50 ราย สถานที่ - Well Woman clinics 2 แห่ง ในประเทศฮ่องกง วิธีวิจัย - ในช่วงแรกมีการพัฒนาแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ระดับความพึงพอใจในกระบวนการตรวจคัดกรอง และผลของการตรวจ Pap Smear - ช่วงที่ 2 ทำการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มที่ได้รับการตรวจจากแพทย์หญิง และแพทย์หญิง โดยผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการตรวจจากแพทย์หญิง ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการตรวจจากพยาบาลเวชปฏิบัติ	- ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างในเรื่องข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ กลุ่มที่ได้รับ การตรวจคัดกรองจากแพทย์ 5 ราย และกลุ่ม ที่ได้รับการตรวจจากพยาบาลเวชปฏิบัติ 6 ราย ไม่เคยทำการตรวจคัดกรองมาก่อน - การรับรู้ของผู้หญิงในเรื่องคุณภาพการดูแล พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีความพึงพอใจในการได้รับข้อมูล ระดับความปวด และความไม่สบาย และมีความพึงพอใจในการได้รับ ข้อมูลจากพยาบาลเวชปฏิบัติมากกว่าแพทย์ ($p = 0.0130$) - เมื่อพิจารณาความเชื่อมั่นของบุคลากร พบว่า กลุ่มที่ได้รับการตรวจ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติมีความเชื่อมั่นในคุณภาพการดูแลระหว่างการตรวจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการตรวจโดยแพทย์ ($p = 0.024$) - ผลการตรวจที่รับจากแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการเกิดอาการเปลี่ยนแปลง การ presence of blood in the smears แต่พบความแตกต่างกัน	บทบาทของ APN - โปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็ง โดยพยาบาลเวชปฏิบัติ แสดงถึงบทบาทของ APN ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในขณะเข้ารับการตรวจรักษา มีการให้ข้อมูลและความเชื่อมั่น ในขณะเข้ารับ การตรวจ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล - จากการศึกษานี้จะเห็นว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน พยาบาลเวชปฏิบัติและแพทย์หญิงไม่แตกต่างกันในเรื่องเทคนิคคุณภาพการตรวจและผลการตรวจ แต่พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเรื่องการให้ข้อมูลและ ความเชื่อมั่น ในพยาบาลเวชปฏิบัติมากกว่าแพทย์โดยขณะทำ

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/ วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
			ในเรื่องของเซลล์เชื่อมต่อนี้แสดงให้เห็นถึง Transformation Zone ($p = 0.01805$)	การตรวจพบว่ามีโอกาสสนใจใส่ใจในเรื่องความปวดและความไม่สุขสบาย

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
เรื่องที่ 16 The effect of a nurse practitioner intervention on women referred for screening mammography. ผู้เขียน Carlson, 2004	การออกแบบวิจัย - quasi-experimental ระดับ B วัตถุประสงค์ - เพื่อศึกษาผลของการให้โปรแกรมโดยพยาบาลเวชปฏิบัติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งด้วยการทำ mammography	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ที่ได้รับการส่งต่อให้ทำการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม อายุ 40 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 19 ราย สถานที่ - คลินิก 7 แห่งในรัฐเท็กซัส ประเทศสหรัฐอเมริกา วิธีวิจัย - กลุ่มควบคุมได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีทำ mammography ตามแบบปกติ - กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลจากพยาบาลเวชปฏิบัติ ประกอบด้วย เอกสารการตรวจเต้านมด้วยวิธี mammography และได้รับข้อมูลร่วมกับการกระตุ้น ส่งเสริมในเรื่องความสำคัญของการตรวจสำหรับผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป - ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม โดยใช้ Multidimensional Health Locus of Control Scale ประเมินประโยชน์และอุปสรรคของการทำ mammography โดยใช้ Barriers of and Benefits to Mammography ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้ Krantz Health Opinion Survey ประเมินสมรรถภาพของตนเอง โดยใช้ Self-efficacy scale - ใช้ ANOVA และ t-test วิเคราะห์	ผู้ป่วยส่วนใหญ่ อายุ 41-42 ปี ร้อยละ 53.8 ไม่มีประวัติเคยเป็นมะเร็งเต้านม - หลังได้รับ โปรแกรมทั้ง 2 กลุ่มมาตรวจคัดกรองมะเร็งไม่แตกต่างกัน เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลจากพยาบาลเวชปฏิบัติ 13 ราย และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 9 ราย - เมื่อประเมินความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพพบว่า มีความสัมพันธ์กัน (p = 0.012) โดยผู้ที่มีความเชื่อในทางบวกจะมาตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ที่มีความเชื่อในทางลบ - การได้รับข้อมูลในการตรวจพบผลต่อการมาตรวจคัดกรองของผู้ป่วย (p = 0.005)	บทบาทของ APN - การให้โปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ แสดงให้เห็นบทบาทของ APN ในด้านการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง มีการสอน ให้ข้อมูลและกระตุ้น ส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ผลลัพธ์ทางการพยาบาล - แม้ว่าทั้ง 2 กลุ่มมีการตรวจคัดกรองไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า กลุ่มที่ได้รับการ โปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ มีความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพที่เป็นไปในทางบวก และยังเพิ่มประสิทธิภาพในการมาตรวจคัดกรองมากกว่า

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
เรื่องที่ 17 Alignment of pain reassessment practices and national comprehensive cancer network guidelines ผู้เขียน Idell et al., 2007	การออกแบบวิจัย - one-group pre and post intervention design ระดับ B วัตถุประสงค์ - เพื่อพัฒนาการประเมินความปวดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และผู้ใช้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง	กลุ่มตัวอย่าง - พยาบาลสาขาโรคมะเร็งจำนวน 55 ราย ที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 2 ผลัด ผลัดละ 12 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีผู้ปฏิบัติงานเข้าร่วม 2 ราย เข้าร่วมการศึกษาไม่ครบ 11 ราย สรุปเหลือพยาบาล 42 ราย เป็นพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ 27 ราย และหัตถศาศตร์ 15 ราย สถานที่ - สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ทางตะวันตกของสหรัฐอเมริกา วิธีวิจัย - โปรแกรมประกอบด้วย การรวบรวมงานวิจัยมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของกลุ่มเครื่องมือเชิงแห่งชาติ (National Comprehensive Cancer Network: NCCN) มาใช้ และทำไปสโตร์ติดใจให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการจัดการความปวดที่หอผู้ป่วยที่ทำการทดลอง ตรวจเยี่ยมและ นิเทศการประเมินและจัดการความปวด (grand round) ร่วมกับพยาบาลกลุ่มตัวอย่างโดย APN และมีการป้อนกลับแบบตัวต่อตัว (one-on-one feedback) เกี่ยวกับการประเมินและจัดการความปวดโดย APN - ประเมินความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ The Nurse' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKASRP) ก่อนเข้าโปรแกรม และภายหลังเข้าโปรแกรมในเดือนที่ 9 - ประเมินการประเมินความปวดจากเวชระเบียนของผู้ป่วย โดยใช้ The Pain Reassessment Data Tool (PRDT) ก่อนให้โปรแกรม และหลังให้	เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด (NKASRP) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังให้โปรแกรมพบว่า คะแนนหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนให้โปรแกรม ($p = 0.001$) และพบว่ามี การใช้เครื่องมือประเมินความปวดภายใน 1 ชั่วโมงหลังได้รับยาแก้ปวดเพิ่มขึ้นหลังเข้าโปรแกรม ($p = 0.004$) - คะแนนสมรรถนะในการประเมินความปวด (PCE) เพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรม ($p = 0.000$) - เมื่อพิจารณาข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมพยาบาลที่มีการใช้เครื่องมือประเมินความปวดมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี ภายหลังได้รับโปรแกรมพยาบาลช่วงอายุ 20-40 ปี มีการใช้เครื่องมือประเมินความปวดเพิ่มขึ้นมากที่สุด - ในด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมพยาบาลที่มีอายุ 41-50 ปี มีคะแนนสูงที่สุด ภายหลังได้รับโปรแกรมพยาบาลทุกกลุ่มอายุมี	บทบาทของ APN - การศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงบทบาทของ APN ในการเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล มีการสอน และเป็นพี่เลี้ยง (mentoring) ให้กับพยาบาลโดยนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดที่รวบรวมจากงานวิจัยลงสู่การปฏิบัติในคลินิก (Evidence based practice) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล - ช่วยพัฒนาความรู้ทัศนคติและเพิ่มสมรรถนะให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในการประเมินและจัดการความปวด และมีประโยชน์มากในกลุ่มพยาบาลอายุ 20-40 ปีที่มีประสบการณ์ทางคลินิก ไม่มาก ทำให้มีสมรรถนะในการดูแลจัดการความปวดเพิ่มขึ้น

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลในสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/ วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
			- ผลของแบบสอบถามความคิดเห็นทั่วไปพบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์มีความกังวลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการได้รับข้อมูลหรือความรู้ในการจัดการอาการจะได้รับการรักษา ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญพบว่า ได้รับข้อมูลและความรู้ในระหว่างการรักษาที่เหมาะสมพอเพียงสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาได้ - กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญมีคะแนนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ในเรื่องของการอยู่ร่วมกันทางสังคมทั้งการรับประทานอาหาร การติดต่ออาการปากแห้ง น้ำลายเหนียว ปัญหาเรื่องฟันและเรื่องนำหนักตัว - เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งกลืนและผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ พบว่ามีความแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยมะเร็งกลืนมีคะแนนดีกว่าในเรื่องของการพูด ($p = 0.06$) การไอ ($p = 0.06$) ความ	พอเพียง สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาได้ และช่วยลดเวลาการรอตรวจเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากแพทย์

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยและการพยาบาลในผู้สูงอายุโรคกระเพาะ (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/ วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
ปวด ($p = 0.008$) การรับประทานอาหาร ($p = 0.02$) ปัญหาเกี่ยวกับฟัน ($p = 0.03$) การอ้าปาก ($p = 0.0003$) ปากแห้ง ($p = 0.008$) และน้ำลายเหนียว ($p = 0.046$) นอกจากนั้นผู้ป่วยมะเร็งกลืนสิ่งแข็งยังมีการใช้อาหารเสริม ($p = 0.057$) และมีน้ำหนักตัวลดลงน้อยกว่า ($p = 0.004$)				

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/ วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
เรื่องที่ 19 Nurse led telephone follow up in ovarian cancer: A psychosocial perspective. ผู้เขียน Cox, et al., 2008	การออกแบบวิจัย - One-group pretest- posttest design ระดับ B วัตถุประสงค์ - เพื่อประเมินผล ของโปรแกรมการ ติดตามเยี่ยมทาง โทรศัพท์ต่อคุณ ภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งรังไข่	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ ระยะที่ 2-4 ที่สิ้นสุดการรักษาแล้ว และอยู่ในระยะการ ตรวจติดตาม จำนวน 77 ราย มีผู้ป่วยที่ได้รับการเข้าร่วม 21 ราย ระหว่าง ทำการศึกษามีผู้ถอนตัวอีก 9 ราย สรุปจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบ ประเมินครบสมบูรณ์ 46 ราย สถานที่ - Royal Surrey County Hospital วิธีวิจัย - กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการตรวจติดตามทางโทรศัพท์จากพยาบาล ทุก 3 เดือน เป็นเวลา 10 เดือน ตามวันและเวลาที่กำหนดไว้ มีการติดตาม เยี่ยมทางโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 20 นาทีต่อราย ได้รับการประเมิน ปัญหา ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัญหาด้านจิตสังคม และให้ ข้อมูลและคำแนะนำในการปฏิบัติตัว การปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ครอบคลุม การงาน การเงิน และเรื่องเพศสัมพันธ์	- ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่า คะแนน คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น (124 pre/ 130 post intervention) แต่ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านภาวะอารมณ์ดีขึ้นหลังเข้า โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.016$) - ในระหว่างการพัฒนาชุดของโทรศัพท์ พบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาทาง จิตสังคม (psychosocial well-being) ความ วิตกกังวลของตนเอง การกลับเป็นซ้ำของ โรค และความเสียหายของบุคคลในครอบครัวที่ จะเป็นมะเร็ง - มีความพึงพอใจจากการติดตามเยี่ยมทาง โทรศัพท์จากระดับ 1-10 มีคะแนนเฉลี่ย = 8.24 และการติดตามทางโทรศัพท์เป็น ประโยชน์ต่อสัมพันธภาพของพยาบาลและ ผู้ป่วย และยังสะดวกกว่าการไปตรวจที่คลินิก - มีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล รู้สึกว่า พยาบาลมีความเข้าใจ และสามารถที่จะ ปรึกษาปัญหาต่างๆ ได้ ไม่รู้สึกอายที่จะ ปรึกษาในเรื่องเพศสัมพันธ์	บทบาทของ APN - โปรแกรมการติดตามเยี่ยมทาง โทรศัพท์ของผู้เชี่ยวชาญผู้เชี่ยวชาญ แสดงให้เห็นบทบาทของ APN ในการเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง ในการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลแก่ ผู้ป่วยโดยตรง การพัฒนาวัตรกรรม ในการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อ ประเมินปัญหาความวิตกกังวลภาวะ ซึมเศร้าและปัญหาด้านจิตสังคมมีการ ให้ข้อมูลและคำแนะนำในการปฏิบัติ ตัว ผลลัพธ์ทางการพยาบาล - โปรแกรมการดูแลติดตามผู้ป่วยช่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตด้านภาวะอารมณ์ ลด ความวิตกกังวลในเรื่องโรค การกลับ เป็นซ้ำและความเสียหายของบุคคลใน ครอบครัวที่จะเป็นมะเร็ง นอก จากนั้นยังก่อให้เกิดความพึง พอใจจากการติดตามเยี่ยม

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/ วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
	- บันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษาแนะนำ - ใช้ paired t-test ในการวิเคราะห์			ทางโทรศัพท์ มีสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล และ ยังมีความสะดวกช่วยเหลือเวลาการ เดินทาง การมรณกรรมไม่ต้องลงนาม

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียนปี	การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/ วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
เรื่องที่ 20 การใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ใน การพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาล คลินิกเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วย มะเร็งด้านที่ ได้รับการผ่าตัด	การออกแบบวิจัย - descriptive ระดับ C วัตถุประสงค์ - เพื่อนำเสนอการ พัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลทางคลินิก (CNPGs) เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วย มะเร็งด้านที่ได้ รับการผ่าตัดโดยใช้ หลักฐานเชิงประ จักษ์ของการพัฒนา แนวทางปฏิบัติการ พยาบาลไปใช้ในการ งานการพยาบาล ศาสตร์ ออโรบิคส์และ เวชศาสตร์ฟื้นฟู	กลุ่มตัวอย่าง - พยาบาลประจำการ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ฯ จำนวน 33 ราย สถานที่ - งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ ออโรบิคส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลสมิติ วิทย - ทพทวนและวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติงาน ทำการสืบค้นงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งด้านที่ได้รับการผ่าตัด นำงานวิจัยที่คัดเลือกได้ 16 เรื่องมาวิเคราะห์ สังเคราะห์เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก นำไป ให้พยาบาลประจำการทดลองใช้ในพื้นที่ผู้ป่วยมะเร็งด้านที่รับการผ่าตัด จำนวน 33 ราย	- ด้านการใช้ภาษาที่ใช้ใน CNPGs พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 63.6 ประเมินว่าดี ด้านความ ครอบคลุมของเนื้อหา ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.6 ประเมินว่าดี ด้านความสามารถในการ นำไปใช้ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 75.4 ประเมินว่าดี ส่วนประโยชน์ในการ ปฏิบัติการพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 69.6 ประเมินว่าดี - ด้านปัญหาและอุปสรรคในการนำไปใช้ร้อยละ 72.7 ประเมินว่าไม่มีปัญหา มีร้อยละ 27.2 ประเมินว่ามีปัญหาในการปฏิบัติงานจริง บางรายยังไม่สามารถปฏิบัติได้ครบทุกขั้นตอนตามใน CNPGs และการสื่อสารให้กับผู้ปฏิบัติทุกคนรับทราบยังมีข้อจำกัด	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล - การศึกษาแสดงให้เห็นบทบาทของ APN ในด้านการเป็นผู้นำ การเปลี่ยนแปลงในการพัฒนา การปฏิบัติการพยาบาล การ ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยตรง โดยการรวบรวมงานวิจัย มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เป็นแนว ปฏิบัตินำไปให้พยาบาลประจำ การทดลองใช้ในพื้นที่ผู้ป่วยมะเร็งด้าน ที่รับการผ่าตัด และประเมิน ผลลัพธ์ของโปรแกรมนี้นำมา ปฏิบัติ
ผู้เขียน สุวลักษณ์ วงศ์ จร โลงคิด และ คณะ, 2550	การพยาบาล ศาสตร์ ออโรบิคส์และ เวชศาสตร์ฟื้นฟู	กลุ่มตัวอย่าง - พยาบาลประจำการ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ฯ จำนวน 33 ราย สถานที่ - งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ ออโรบิคส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลสมิติ วิทย - ทพทวนและวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติงาน ทำการสืบค้นงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งด้านที่ได้รับการผ่าตัด นำงานวิจัยที่คัดเลือกได้ 16 เรื่องมาวิเคราะห์ สังเคราะห์เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก นำไป ให้พยาบาลประจำการทดลองใช้ในพื้นที่ผู้ป่วยมะเร็งด้านที่รับการผ่าตัด จำนวน 33 ราย	- ด้านการใช้ภาษาที่ใช้ใน CNPGs พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 63.6 ประเมินว่าดี ด้านความ ครอบคลุมของเนื้อหา ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.6 ประเมินว่าดี ด้านความสามารถในการ นำไปใช้ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 75.4 ประเมินว่าดี ส่วนประโยชน์ในการ ปฏิบัติการพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 69.6 ประเมินว่าดี - ด้านปัญหาและอุปสรรคในการนำไปใช้ร้อยละ 72.7 ประเมินว่าไม่มีปัญหา มีร้อยละ 27.2 ประเมินว่ามีปัญหาในการปฏิบัติงานจริง บางรายยังไม่สามารถปฏิบัติได้ครบทุกขั้นตอนตามใน CNPGs และการสื่อสารให้กับผู้ปฏิบัติทุกคนรับทราบยังมีข้อจำกัด	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล - ช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลารับนอน และค่าใช้จ่าย ยังช่วยเพิ่มความพึง พอใจในผู้ป่วยและพยาบาล นอกจาก นั้นพยาบาลยังมีมาตรฐานการปฏิบัติ เป็นไปในทางเดียวกันสามารถวางแผน ดูแลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ตาราง 2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยและการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้เขียน/ปี	การออกแบบวิจัย/ ระดับ/ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่/ วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	บทบาทของ APN และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
			ถูกต้อง มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ผลต่อ ค่าใช้จ่ายและอื่นๆ พบว่า ช่วยลดระยะเวลา การนอนโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนจาก การรักษา	

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาครั้งนี้ได้รวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542-2552 ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยจำนวน 20 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นศึกษาในต่างประเทศ 17 เรื่อง (ร้อยละ 85) และการศึกษาในประเทศไทย 3 เรื่อง (ร้อยละ 15) กลุ่มประชากรในงานวิจัยที่นำมาศึกษาประกอบด้วยประชากรที่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง 15 เรื่อง (มะเร็งเต้านม 4 เรื่อง มะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี 3 เรื่อง มะเร็งต่อมลูกหมาก 3 เรื่อง มะเร็งปอด 2 เรื่อง มะเร็งระบบทางเดินอาหาร 2 เรื่อง มะเร็งศีรษะและคอ 1 เรื่อง) บุคคลทั่วไป 3 เรื่อง (สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1 เรื่อง สตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 เรื่อง สตรีที่มารับการตรวจ mammogram 1 เรื่อง) และบุคลากรพยาบาล 2 เรื่อง เมื่อใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (คณะอนุกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) พบหลักฐานงานวิจัยที่เป็น งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: ระดับ A) จำนวน 12 เรื่อง (อุบล จ้างพานิชและคณะ, 2542; Beaver et al., 2009; Braithwaite, 2005; Faithfull, 2001; Hatley et al., 2003; Helgesen et al., 2000; Maughan & Clarke, 2001; McCorkle et al., 2007; McCorkle et al., 2009; Moore et al., 2002; Ritz et al., 2000; Verschuur et al., 2009) งานวิจัยเชิงทดลองแต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง (ระดับ B) จำนวน 7 เรื่อง (อุบล จ้างพานิชและคณะ, 2546; Ambler et al., 1999; Carlson, 2004; Cox et al., 2008; Idell et al., 2007; Twinn & Cheng, 1999; Wells et al., 2007) และงานวิจัยเชิงพรรณนา (ระดับ C) จำนวน 1 เรื่อง (สุวลักษณ์ วงศ์จักร โลงคิด และคณะ, 2550) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 สรุปงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (N = 20)

ชื่อผู้วิจัย/ปี	ชื่อเรื่อง	ระดับงานวิจัย
1. อุบล จ้วงพานิช และคณะ (2542)	ผลการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเองและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด	A
2. Helgesen et al. (2000)	Follow-up of prostate cancer patients by on-demand contacts with a specialist nurse	A
3. Ritz et al. (2000)	Effect of advanced nursing care on quality of life and cost outcomes of women diagnosed with breast cancer	A
4. Faithfull (2001)	Evaluation of nurse-led follow up for patients undergoing pelvic radiotherapy	A
5. Maughan & Clarke (2001)	The effect of a clinical nurse specialist in gynecological oncology on quality of life and sexuality	A
6. Moore et al. (2002)	Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer: randomised trial	A
7. Hatley et al. (2005)	Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer	A
8. Braithwaite (2005)	Development of a risk assessment tool for women with a family history of breast cancer	A
9. McCorkle et al. (2009)	Effect of a nursing intervention on quality of life outcomes in post-surgical women with gynecological cancers	A
10. Beaver et al. (2009)	Comparing hospital and telephone follow-up after treatment for breast cancer: randomized equivalence trial	A

ตาราง 3 สรุปงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (N = 20) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย/ปี	ชื่อเรื่อง	ระดับงานวิจัย
11. McCorkle et al. (2007)	Effect of a advanced practice nursing on patient and spouse depressive symptoms, sexuality function, and material interaction after radical prostatectomy	A
12. Verschuur et al. (2009)	Nurse-led follow-up of patients after oesophageal or gastric cardia cancer surgery: a randomized control trial	A
13. อุบล จ้างพานิช และคณะ (2546)	การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย มะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด	B
14. Ambler et al. (1999)	Specialist nurse counselor interventions at the time of diagnosis of breast cancer: comparing 'advocacy' with a conventional approach	B
15. Twinn & Cheng (1999)	A case study of the effectiveness of nurse-led screening programmes for cervical cancer among Hong Kong Chinese women	B
16. Carlson (2004)	The effect of a nurse practitioner intervention on women referred for screening mammography	B
17. Idell et al. (2007)	Alignment of pain reassessment practices and national comprehensive cancer network guidelines	B
18. Wells et al. (2007)	A Study to evaluate nurse-led on-treatment review for patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer	B
19. Cox et al. (2008)	Nurse led telephone follow up in ovarian cancer: A psychosocial perspective.	B
20. สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ. (2550)	การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด	C

จากผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 20 เรื่อง สามารถจำแนกผลการศึกษาเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (clinical advanced practice nursing) และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง

การปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง

งานวิจัยแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (clinical advanced practice nursing) ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ครอบคลุมทุกระยะของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ตั้งแต่ระยะป้องกันและตรวจคัดกรองมะเร็งในระยะแรก (Braithwaite, 2005; Carlson, 2004; Twinn & Cheng, 1999) ระยะของการดูแลในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา (อุบล จ้างพานิช และคณะ, 2542; อุบล จ้างพานิช และคณะ, 2546; Ambler et al., 1999; Faithfull, 2001; Hately et al., 2005; Maughan & Clarke, 2001; McCorkle et al., 2007; McCorkle et al., 2009; Moore et al., 2002; Ritz et al., 2000; Wells et al., 2007) ระยะการตรวจติดตามหลังได้รับการรักษา (Beaver et al., 2009; Cox et al., 2008; Helgesen et al., 2000; Verschuur et al., 2009) ซึ่งเป็นการปฏิบัติทั้งในสถานการพยาบาล โรงพยาบาล คลินิก ผู้ป่วยนอก ในชุมชนและที่บ้าน นอกจากนั้นยังเป็นการปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (สุวลักษณ์ วงศ์วรโรจน์ และคณะ, 2550; Idell et al., 2007) ซึ่งสะท้อนบทบาทหรือการปฏิบัติของ APN หลากหลายบทบาททั้งด้านการพัฒนาหรือการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (care management) การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยตรงแก่กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (direct care) การประสานความร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพ (collaboration) เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลต่อเนื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองและการเผชิญปัญหาครอบคลุมทุกระยะของวิถีความเจ็บป่วย การสอน (educating) และการเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (mentoring) แก่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (consultation) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) การพัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาล ที่บ้านและในชุมชน การปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรมและปลอดภัย (ethical reasoning and ethical decision making) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง (evidenced-base practice) และการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation) เพื่อเป็นแนวทางในการ

ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยงานวิจัยแต่ละเรื่องสะท้อนการปฏิบัติหรือบทบาทของ APN หลาย ๆ ด้าน ดังนี้

1. การพัฒนาหรือการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (care management)

การพัฒนาหรือการจัดการระบบการดูแล เป็นการจ้ดระบบการดูแลและระบบติดตามผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในบทบาทนี้ 20 เรื่อง (ร้อยละ 100) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (สุลลักษ์ณ์ วงศ์จรโรงศิริ, 2550; อุบล จ้างพานิชและคณะ, 2542; Ambler et al., 1999; Beaver et al., 2009; Ritz et al., 2000) ผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี มะเร็งรังไข่ (Cox et al., 2008; Maughan & Clarke, 2001; McCorkle et al., 2009) ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ มะเร็งท่อน้ำดี (อุบล จ้างพานิช และคณะ, 2546) มะเร็งหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (Verschuur et al., 2009) ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ มะเร็งต่อมลูกหมาก (Faithfull 2001; Helgesen et al., 2000; McCorkle et al., 2007) และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Faithfull 2001) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (Wells et al., 2007) และผู้ป่วยมะเร็งปอด (Hately et al., 2003; Moore et al., 2002) นอกจากนี้งานวิจัยยังแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติของ APN ในการจ้ดระบบการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในหญิงที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005) การพัฒนาระบบการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย mammography ในหญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป (Carlson, 2004) ระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงทั่วไปด้วย pap smear (Twinn & Cheng, 1999) และการพัฒนาระบบการประเมินและจัดการความปวดของบุคลากรพยาบาลสาขาโรคมะเร็ง (Idell et al., 2007) ดังนี้

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ตามกรอบแนวคิดการดูแลตามระยะการเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ของบรูเทน (Brooten's model) เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะได้รับการวินิจฉัย ระยะก่อนและหลังผ่าตัด ระยะการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา และภายหลังสิ้นสุดการรักษาและตรวจติดตามการรักษา ประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผนการดูแล การจัดการอาการ การให้ข้อมูล ความรู้ คำปรึกษา และการประสานการดูแล ทั้งในระยะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ระยะตรวจติดตามที่คลินิกผู้ป่วยนอก และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมที่บ้าน (Ritz et al., 2000)

การนำระบบการตรวจติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังได้รับการรักษาทั้ง การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด กระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ทั้งผู้ป่วยและคู่สมรส การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา กลวิธี

การเผชิญความเครียด ข้อมูลการผ่าตัด และการมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงการสนับสนุนและให้คำแนะนำทั้งด้านครอบครัว การงาน และการเงิน (Beaver et al., 2009)

การนำระบบการให้คำปรึกษารูปแบบตัวแทน ในหญิงที่มีก้อนที่เต้านมในระยะวินิจฉัย โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม เพื่อประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนให้คำปรึกษาในเรื่องการวินิจฉัยโรคและช่วยผู้ป่วยในการเตรียมตัวก่อนที่จะพบแพทย์ศัลยกรรม ช่วยผู้ป่วยตั้งคำถามที่ผู้ป่วยต้องการทราบ ติดตามไปเป็นเพื่อนผู้ป่วยขณะเข้าพบแพทย์ และให้คำปรึกษาผู้ป่วยภายหลังเข้าพบแพทย์ (Ambler et al., 1999)

การพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเองและให้ความรู้ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านม และได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด โดยการให้ความรู้ ให้ผู้ป่วยฟังเทปคำบรรยายประกอบภาพพลิกและแจกคู่มือการดูแลตนเองเรื่องการรักษา และการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด และมีการติดตามเพื่อชี้แนะสนับสนุน และให้คำปรึกษา รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (อุบล จักรพานิชและคณะ, 2542)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด โดยการทบทวนและวิเคราะห์ปัญหา สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด นำงานวิจัยที่คัดเลือกได้ 16 เรื่องมาวิเคราะห์ สังเคราะห์เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกนำไปให้พยาบาลประจำการทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัด และประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกที่สร้างขึ้น (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ, 2550)

การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีภายหลังผ่าตัดและวางแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กิจกรรมประกอบด้วย การตรวจติดตามและการจัดการอาการ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การให้ความรู้ การประสานจัดการ การใช้แหล่งประโยชน์ การส่งต่อผู้ป่วย และการให้การพยาบาลโดยตรงตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ติดตามผู้ป่วยทั้งที่บ้านและทางโทรศัพท์ และติดตามเยี่ยมเมื่อมาตรวจที่คลินิก (McCorkle et al., 2009)

โปรแกรมการดูแลมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด กระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ประกอบด้วย การดูแลสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยและคู่สมรส การให้ข้อมูลการรักษา กลวิธีการเผชิญความเครียด ข้อมูลการผ่าตัดและการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านครอบครัว ที่ทำงาน และการเงิน (Maughan & Clarke, 2001)

โปรแกรมการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ทางโทรศัพท์โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (nurse led telephone follow up) ทุก 3 เดือน เป็นเวลา 10 เดือน ตามวันและเวลาที่กำหนดไว้ โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาทีต่อราย ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินปัญหา ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า

และปัญหาด้านจิตสังคม และให้ข้อมูลคำแนะนำในการปฏิบัติตัวและการปรับตัวทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ครอบครัว การงาน การเงิน และเรื่องเพศสัมพันธ์ (Cox et al., 2008)

การติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (nurse-led follow-up) ในผู้ป่วย มะเร็งหลอดอาหารและกระเพาะอาหารที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลแล้ว 3 สัปดาห์ (Verschuur et al., 2009)

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก ประกอบด้วยคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด หนังสืออ่านต่างๆที่ช่วยส่งเสริมพลังใจให้ผู้ป่วย การให้คำปรึกษาทั้งที่ โรงพยาบาลและที่บ้าน การให้กำลังใจและจัดให้เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จัดสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมเจตคติ ที่ดี ให้กำลังใจ หาแหล่งประ โยชน์ และเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ดูแล (อุบล จัวงพานิช และคณะ, 2546)

การติดตามดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจากพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ (nurse led follow up) เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ตั้งแต่เริ่มเข้าคลินิกครั้งแรกจนได้รับการ รักษาด้วยรังสีรักษาครบ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลในเรื่องการรับประทานอาหาร การฉายแสงและ การจัดการอาการ ใช้เวลาการเยี่ยมติดตามแต่ละครั้ง 20 นาที และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเพื่อประเมิน ภาวะสุขภาพเป็นระยะ (Faithfull, 2001)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากภายหลังทำผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด (radical prostatectomy) โดยการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ การจัดการอาการภายหลังผ่าตัด (symptom management during surgical recovery) การแก้ไขภาวะการกลั้นปัสสาวะ (restoration of urinary continence) ส่งเสริมการสื่อสารระหว่างคู่สมรส และการทำหน้าที่ทางเพศ การให้คำปรึกษา (consultation) คู่สามีภรรยาที่มีความกังวลในเรื่องเพศสัมพันธ์ ภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดย ติดตามเยี่ยมที่บ้านและทางโทรศัพท์ (McCorkle et al., 2007)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากกรายใหม่จากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดิน ปัสสาวะ โดยมีการวางแผนการตรวจติดตามร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยม ทางโทรศัพท์ทุก 6 เดือน และการส่งเสริมในเรื่องการจัดการอาการ และปัญหาที่เกิดจากมะเร็งต่อม ลูกหมาก และทุกครั้งของการตรวจติดตาม เมื่อมีอาการของโรคที่รุนแรง พยาบาลจะปรึกษาแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินปัสสาวะเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและให้การรักษาต่อไป (Helgesen et al., 2000)

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (nurse led on treatment review) โดยการประเมิน ให้ข้อมูลและสนับสนุน การจัดการอาการ และการประสานงานกับทีมสุขภาพ ทุกสัปดาห์ (Wells et al., 2007)

โปรแกรมการบริหารการหายใจโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในผู้ป่วยมะเร็งปอด ประกอบด้วย การฝึกบริหารการหายใจครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 4-6 สัปดาห์ การสอนวิธีหายใจด้วยการใช้กลัมนื้อหน้าท้อง (breathing retraining) การฝึกวิธีการผ่อนคลายอย่างง่าย ๆ (simple relaxation techniques) กิจกรรมการเดิน และการสนับสนุนทางจิตสังคม (Hatelly et al., 2003)

โปรแกรมการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งครบ โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (nurse led follow up) โดยการเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือมาตรวจที่คลินิกเพื่อ ประเมินอาการหรือภาวะแทรกซ้อน ทุก 2 สัปดาห์หลังเข้าโปรแกรม และทุก 4 สัปดาห์จนกว่า อาการจะคงที่ โดยแต่ละครั้งใช้เวลาเฉลี่ย 23 นาที (Moore et al., 2002)

โปรแกรมการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในหญิงที่มีประวัติคนใน ครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005) โปรแกรมการดูแลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติต่อการ ตรวจคัดกรองมะเร็งด้วยการทำ mammography ประกอบด้วย เอกสารการตรวจเต้านมด้วยวิธี mammography และการให้ข้อมูลร่วมกับการกระตุ้น ส่งเสริมในเรื่องความสำคัญของการตรวจ สำหรับผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป (Carlson, 2004) และโปรแกรมการตรวจคัดกรองโดยพยาบาล (nurse led screening program) ประกอบด้วย การให้ข้อมูลแก่ผู้หญิงเชื้อสายจีนเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก และทำการตรวจคัดกรองด้วย pap smear (Twinn & Cheng, 1999)

การพัฒนาระบบการประเมินและจัดการความปวดของบุคลากรพยาบาลสาขา โรคมะเร็ง แสดงถึงบทบาทของ APN ในการเปลี่ยนแปลง โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จากการ ทบทวนงานวิจัย พัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากและเครื่องมือประเมินความปวด เพื่อ พัฒนาการปฏิบัติการของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในการจัดการความปวด เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ โดย การประเมินการป้อนกลับแบบหนึ่งต่อหนึ่ง การให้ความรู้เรื่องความปวดและวิธีการจัดการ และการ ตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินการจัดการความปวดของพยาบาล และมีการประเมินของแนวปฏิบัติที่ นำมาใช้ในด้านความรู้และทัศนคติของพยาบาลเรื่องความปวด การใช้เครื่องมือประเมินความปวด และความสามารถในการประเมินความปวด (Idell et al., 2007)

2. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยตรง (direct care)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยตรง (direct care) พบงานวิจัยที่ทบทวน 20 เรื่อง (ร้อยละ 100) เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่เป็นการให้การดูแลโดยตรงในกลุ่มผู้ป่วย มะเร็งที่ตนเองเชี่ยวชาญที่มีปัญหาซับซ้อน โดยการบูรณาการความรู้ที่ทันสมัยทั้งในด้านการรักษา

และการดูแลผู้ป่วย การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติ ได้แก่ การพัฒนาเครื่องมือประเมินและการนำสู่การปฏิบัติ การจัดการอาการ รวมถึงการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การพัฒนาวิธีการเพื่อประเมินกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็ง การใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและสภาวะของผู้ป่วยมะเร็งทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ระยะรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และ/หรือรังสีรักษา และภายหลังสิ้นสุดการรักษา และมาตรวจติดตามการรักษา การเฝ้าระวังติดตามอาการและการส่งยา การส่งการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการประเมินผลสิ่งที่ส่งตรวจ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ดังนี้

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จากกรอบแนวคิดการดูแลของบรูเทน (Brooten's model) โดยการประเมิน การวางแผนการดูแล การจัดการอาการ การให้ข้อมูล ความรู้และคำปรึกษา ทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด ระยะการรักษาด้วยเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา และภายหลังสิ้นสุดการรักษาและมาตรวจติดตามการรักษา (Ritz et al., 2000) การตรวจติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังได้รับการรักษา ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด กระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน การสนับสนุนทางอารมณ์ทั้งผู้ป่วยและคู่สมรส ข้อมูลการรักษา กลวิธีการเผชิญความเครียดข้อมูล การผ่าตัดและการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนด้านสังคมทั้งด้านครอบครัว ที่ทำงาน การเงิน (Beaver et al., 2009) การให้คำปรึกษาแนะนำในหญิงที่มีก้อนที่เต้านมในระยะวินิจฉัย เพื่อประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนให้คำปรึกษาในเรื่องการวินิจฉัยโรคและช่วยผู้ป่วยในการเตรียมตัวก่อนที่จะพบกับแพทย์ศัลยกรรม และติดตามไปเป็นเพื่อนผู้ป่วยขณะเข้าพบแพทย์ และหลังเข้าพบแพทย์ เพื่อให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย (Ambler et al., 1999) การให้ความรู้ ให้ผู้ป่วยฟังเทปคำบรรยายประกอบภาพพลิกและแจกคู่มือการดูแลตนเองเรื่องการรักษา และการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด การติดตามเพื่อชี้แนะสนับสนุน และให้คำปรึกษารวมทั้งจัดตั้ง แวดล้อมให้เหมาะกับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (อุบล จ้างพานิชและคณะ, 2542) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรงสิต และคณะ, 2550) และการพัฒนาระบบการประเมินและจัดการความปวดของบุคลากรพยาบาลสาขาโรคมะเร็ง โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จากการทบทวนงานวิจัย พัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดและเครื่องมือประเมินความปวด เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในการจัดการประเมินความปวด (Idell et al., 2007)

การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีภายหลังผ่าตัดและมีการวางแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดกิจกรรมประกอบด้วย การตรวจติดตามและการจัดการ

อาการ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การให้ความรู้ แนะนำแหล่งประโยชน์ การส่งต่อผู้ป่วย และการให้การดูแลโดยตรงตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ติดตามเยี่ยมที่บ้าน และทางโทรศัพท์ (McCorkle et al., 2009) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด กระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ทั้งผู้ป่วยและคู่สมรส ทั้งในด้านข้อมูลการรักษา กลวิธีการเผชิญความเครียดข้อมูลการผ่าตัดและการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนด้านสังคมทั้งด้านครอบครัว ที่ทำงาน การเงิน (Maughan & Clarke, 2001) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินปัญหา ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัญหาด้านจิตสังคม และให้ข้อมูลคำแนะนำในการปฏิบัติตัว และการปรับตัวทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ครอบครัว การงาน การเงิน และเรื่องเพศสัมพันธ์ (Cox et al., 2008)

การติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารและกระเพาะอาหารที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการและจัดการอาการ (Verschuur et al., 2009) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ตั้งแต่เริ่มเข้าคลินิกครั้งแรกจนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาครบ โดยให้ข้อมูลในเรื่องการรับประทานอาหาร การฉายแสงและการจัดการอาการ และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินภาวะสุขภาพเป็นระยะ (Faithfull, 2001)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการยาเคมีบำบัดครั้งแรก ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด หาหนังสืออ่านต่างๆ ที่ช่วยส่งเสริมพลังใจให้ผู้ป่วย การจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จัดสิ่งแวดล้อม หาแหล่งประโยชน์ และเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและทีมที่ดูแล (อุบล จ้างพานิช และคณะ, 2546)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้ รับการรักษาด้วยรังสีรักษา โดยการประเมิน ให้ข้อมูลและสนับสนุน การจัดการอาการ และการประสานงานกับทีมสุขภาพ ทุกสัปดาห์ (Wells et al., 2007)

การตรวจคัดกรองมะเร็ง โดยการให้ข้อมูลการตรวจคัดกรอง pap smear และทำการตรวจคัดกรอง (Twinn & Cheng, 1999) และการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย mammography โดยการให้ข้อมูลร่วมกับการกระตุ้น ส่งเสริมในเรื่องความ สำคัญของการตรวจสำหรับผู้หญิงอายุ 40 ปี ขึ้นไป และแจกเอกสารการตรวจเต้านมด้วย mammography (Carlson, 2004)

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากภายหลังทำผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด (radical prostatectomy) โดยการจัดการอาการภายหลังผ่าตัด (symptom management during surgical recovery) การจัดการระบบขับถ่ายปัสสาวะ (restoration of urinary continence) ส่งเสริมการสื่อสารระหว่างคู่สมรส และการทำหน้าที่ทางเพศ การให้คำปรึกษา คู่สามีภรรยาที่มีความกังวลในเรื่อง

เพศสัมพันธ์ ภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยติดตามเยี่ยมที่บ้าน และทางโทรศัพท์ (McCorkle et al., 2007) การจัดการอาการ และปัญหาที่เกิดจากมะเร็งต่อมลูกหมาก (Helgesen et al., 2000.)

การแนะนำการบริหารการหายใจ ในผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยการฝึกบริหารการหายใจ ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 4-6 สัปดาห์ (Hatley et al., 2003) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งทางโทรศัพท์หรือเมื่อมาตรวจที่คลินิก เพื่อประเมินอาการหรือภาวะแทรกซ้อน ทุก 2 สัปดาห์หลังเข้าโปรแกรม และทุก 4 สัปดาห์จนกว่าอาการจะคงที่ (Moore et al., 2002)

การพัฒนาระบบการประเมินและจัดการความปวดของบุคลากรพยาบาลสาขาโรคมะเร็ง โดยการทบทวนงานวิจัย พัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากและเครื่องมือประเมินความปวด เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการของพยาบาลในการประเมินและจัดการความปวดของพยาบาล (Idell et al., 2007)

3. การประสานงาน (collaboration)

การประสานงาน (collaboration) พบงานวิจัยที่ทบทวนมี 7 เรื่อง (ร้อยละ 35) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Ritz et al., 2000) มะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี (McCorkle et al., 2009) มะเร็งท่อน้ำดี (อุบล จัวงพานิช และคณะ, 2546) มะเร็งศีรษะและคอ (Wells et al., 2007) มะเร็งต่อมลูกหมาก (McCorkle et al., 2007) ผู้ป่วยมะเร็งปอด (Hatley et al., 2003; Moore et al., 2002) ดังนี้

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ตามกรอบแนวคิดการดูแลตามระยะการเปลี่ยนผ่าน ของบูรเทน โดยการประสานการดูแลกับทีมสหสาขาอื่นๆ ทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด ระยะการรักษาด้วยเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา และภายหลังสิ้นสุดการรักษาและมาตรวจติดตามการรักษา (Ritz et al., 2000)

การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีภายหลังผ่าตัดและมีการวางแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดกิจกรรมประกอบด้วย การประสานจัดการ การใช้แหล่งประโยชน์ การส่งต่อผู้ป่วย ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย (McCorkle et al., 2009)

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก ประกอบด้วย การหาแหล่งประโยชน์ และเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและทีมที่ดูแล (อุบล จัวงพานิช และคณะ, 2546)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา โดยการประเมิน ให้ข้อมูลและสนับสนุน การจัดการอาการ และการประสานงานกับทีมสุขภาพ ทุกสัปดาห์ (Wells et al., 2007)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากภายหลังทำผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด (radical prostatectomy) โดยการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ การจัดการอาการภายหลังผ่าตัด (symptom management during surgical recovery) การจัดการระบบขับถ่ายปัสสาวะ (restoration of urinary continence) ส่งเสริมการสื่อสารระหว่างกลุ่มสมรส และการทำหน้าที่ทางเพศ การให้คำปรึกษา กลุ่มามีภรรยาที่มีความกังวลในเรื่องเพศสัมพันธ์ ภายหลังจำหน่าย โดยติดตามเยี่ยมที่บ้าน และทางโทรศัพท์ และประสานงานการดูแลผู้ป่วยระหว่าง APN กับครอบครัวและทีมสุขภาพอื่นๆ (McCorkle et al., 2007)

การแนะนำการบริหารการหายใจโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยคำแนะนำการฝึกการบริหารการหายใจครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 4-6 สัปดาห์ (Hatley et al., 2003) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งครบ โดยการเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือมาตรวจที่คลินิกเพื่อประเมินอาการหรือภาวะแทรกซ้อน ทุก 2 สัปดาห์หลังเข้าโปรแกรม และทุก 4 สัปดาห์จนกว่าอาการจะคงที่ และประสานการดูแลส่งต่อแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ (Moore et al., 2002)

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน (educating) และการเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (mentoring)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน (educating) และการเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (mentoring) พบงานวิจัยที่ทบทวน 15 เรื่อง (ร้อยละ 75) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (อุบล จัวงพานิชและคณะ, 2542; อุบล จัวงพานิช และคณะ, 2546; Ritz et al., 2000) ผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี มะเร็งรังไข่ (Cox et al., 2008; Maughan & Clarke, 2001; McCorkle et al., 2009) ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ มะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Faithfull, 2001; McCorkle et al., 2007) มะเร็งศีรษะและคอ (Wells et al., 2007) มะเร็งปอด (Hatley et al., 2003; Moore et al., 2002) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการทำ pap smear (Twinn & Cheng, 1999) การตรวจคัดกรองมะเร็งด้วยการทำ mammography ในผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป (Carlson, 2004) การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ในสตรีที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Genetic Risk Assessment in the Clinical Environment (GRACE) (Braithwaite, 2005) นอกจากนั้นยังมีการพัฒนาระบบการประเมินและจัดการความปวดของบุคลากรพยาบาลสาขาโรคมะเร็ง (Idell et al., 2007) ดังนี้

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จากกรอบแนวคิดการดูแลของบรูเทน (Brooten's model) โดยการประเมิน การวินิจฉัย การระบุผลลัพธ์ การวางแผนการดูแล การจัดการอาการ การให้ข้อมูล ความรู้ ทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด ระยะการรักษาด้วยเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา และภายหลังสิ้นสุดการรักษาและมาตรวจติดตามการรักษา (Ritz et al.,

2000) การพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเองและให้ความรู้ของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด โดยการให้ความรู้ให้ผู้ป่วยฟังเทปคำบรรยายประกอบภาพพลิกและแจกคู่มือการดูแลตนเองเรื่องการรักษา และการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด และการพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเอง มีการติดตามเพื่อชี้แนะสนับสนุน และให้คำปรึกษา รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้ เหมาะกับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (อุบล จั้วพานิชและคณะ, 2542)

การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีภายหลังผ่าตัดและมีการวางแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดกิจกรรมประกอบด้วย การตรวจติดตามและการจัดการอาการ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การให้ความรู้ (McCorkle et al., 2009) การให้ข้อมูลการรักษา กลวิธีการเผชิญความเครียด ข้อมูลการผ่าตัดและการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนด้านสังคมทั้งด้านครอบครัว ที่ทำงาน การเงิน (Maughan & Clarke, 2001) การให้ข้อมูลคำแนะนำในการปฏิบัติตัว และการปรับตัวทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ครอบครัว การงาน การเงิน และเรื่องเพศสัมพันธ์ทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ (Cox et al., 2008)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีอายุ 40-83 ปี ภายหลังได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ตั้งแต่เริ่มเข้าคลินิกครั้งแรกจนได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาครบ การให้ข้อมูลในเรื่องการรับประทานอาหาร การฉายแสงและการจัดการอาการ การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินภาวะสุขภาพเป็นระยะ (Faithfull, 2001; McCorkle et al., 2007)

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัดครั้งแรก ประกอบด้วยคู่มือการให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัด หนังสืออ่านต่างๆที่ช่วยส่งเสริมพลังใจให้ผู้ป่วย จัดให้เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จัดสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมเจตคติที่ดี ให้กำลังใจ หาแหล่งประโยชน์ และเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและทีมที่ดูแล (อุบล จั้วพานิช และคณะ, 2546) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ โดยการให้ข้อมูลและสนับสนุน การจัดการอาการ (Wells et al., 2007) การสอนการบริหารการหายใจในผู้ป่วยมะเร็งปอดครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 4-6 สัปดาห์ (Hately et al., 2003; Moore et al., 2002)

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการทำ mammography โดยการให้ข้อมูลและเอกสารการตรวจเต้านมด้วยวิธี mammography ส่งเสริมในเรื่องความสำคัญของการตรวจสำหรับผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป (Carlson, 2004) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการให้ข้อมูลการตรวจคัดกรองด้วย pap smear (Twinn & Cheng, 1999) และการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็ง

ด้านม ในสตรีที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Genetic Risk Assessment in the Clinical Environment (GRACE) โดยการให้ข้อมูลความเสี่ยงต่อการตรวจเต้านม (Braithwaite, 2005)

การประเมินและการจัดการความปวดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่รวบรวมจากงานวิจัย สร้างเป็นแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของกลุ่มเครือข่ายมะเร็งแห่งชาติ (National Comprehensive Cancer Network: NCCN) จัดทำโปสเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการจัดการความปวดที่หอผู้ป่วย ตรวจเยี่ยมและ นิเทศการประเมินและจัดการความปวด (grand round) ร่วมกับพยาบาล และมีการป้อนกลับแบบตัวต่อตัว (one-on-one feedback) เกี่ยวกับการประเมินและจัดการความปวดโดย APN (Idell et al., 2007)

5. การให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มที่เชี่ยวชาญ (consultation)

การให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มที่เชี่ยวชาญ พบงานวิจัย 9 เรื่อง (ร้อยละ 45) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (อุบล จัวงพานิชและคณะ, 2542; Ambler et al., 1999; Beaver et al., 2009; Ritz et al., 2000) ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (อุบล จัวงพานิชและคณะ, 2546) ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก (Helgesen et al., 2000; McCorkle et al., 2007) มะเร็งศีรษะและคอ (Wells et al., 2007) และการจัดระบบการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในหญิงที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005) ดังนี้

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก มีการให้คำปรึกษา และการประสานการดูแล ทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด ระยะการรักษาด้วยเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา และภายหลังสิ้นสุดการรักษาและมาตรวจติดตามการรักษา (อุบล จัวงพานิชและคณะ, 2542; Ritz et al., 2000; Beaver et al., 2009) การให้คำปรึกษารูปแบบตัวแทนในหญิงที่มีก้อนที่เต้านมในระยะวินิจฉัย และช่วยผู้ป่วยในการเตรียมตัวก่อนที่จะพบกับแพทย์ศัลยกรรม ในการตั้งคำถามที่ผู้ป่วยต้องการทราบ และติดตามไปเป็นเพื่อนผู้ป่วยขณะเข้าพบแพทย์ หลังเข้าพบแพทย์แล้วจะมีการพูดคุยปรึกษากับพยาบาลอีกเพื่อให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย (Ambler et al., 1999)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นการให้คำปรึกษาทั้งที่โรงพยาบาล และที่บ้าน การให้กำลังใจและจัดให้เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จัดสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมเจตคติและให้กำลังใจ แหล่งประโยชน์ และเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและทีมที่ดูแล (อุบล จัวงพานิช และคณะ, 2546)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากภายหลังทำผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด (radical prostatectomy) โดยการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด มีการให้คำปรึกษาคู่สามีภรรยาที่มีความกังวล

ในเรื่องเพศสัมพันธ์ ภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน (McCorkle et al., 2007) เมื่อมีอาการของโรคที่รุนแรง พยาบาลจะปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินปัสสาวะเพื่อตรวจเพิ่มเติมและให้การรักษาต่อไป (Helgesen et al., 2000)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา โดยการประเมิน ให้ข้อมูลและสนับสนุน การจัดการอาการ การให้คำปรึกษา และการประสานงานกับทีมสุขภาพทุกสัปดาห์ (Wells et al., 2007)

การจัดระบบการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในผู้หญิงที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005)

6. การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent)

การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) พบงานวิจัย 9 เรื่อง (ร้อยละ 45) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (อุบล จ้างพานิชและคณะ, 2542; Beaver et al., 2009; Braithwaite, 2005) ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Faithfull, 2001) ผู้ป่วยมะเร็งปอด (Moore et al., 2002) ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ (Cox et al., 2008) ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (Verschuur et al., 2009) รวมทั้งการพัฒนาระบบการประเมินและจัดการความปวด (สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิริ และคณะ, 2550; Idell et al., 2007) ดังนี้

การให้การพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเองและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด โดยการให้ความรู้ ให้ผู้ป่วยฟังเทปคำบรรยายประกอบภาพพลิกและแจกคู่มือการดูแลตนเองเรื่องการรักษา และการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด และการพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเอง มีการติดตามเพื่อชี้แนะสนับสนุน และให้คำปรึกษา รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้ เหมาะกับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (อุบล จ้างพานิชและคณะ, 2542)

การนำระบบการตรวจติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังได้รับการรักษาทั้ง การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด เพื่อประเมินภาวะสุขภาพเป็นระยะในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Beaver et al., 2009) ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Faithfull, 2001) ผู้ป่วยมะเร็งปอด (Moore et al., 2002) ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ (Cox et al., 2008) และมะเร็งหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (Verschuur et al., 2009)

การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในผู้หญิงที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005) โดยการพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด โดยทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติงาน ทำการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาวิเคราะห์ สังเคราะห์เป็น

แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก นำไปให้พยาบาลประจำการทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษา (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ, 2550)

การพัฒนาระบบการประเมินและจัดการความปวด โดยรวบรวมงานวิจัย นำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของกลุ่มเครือข่ายมะเร็งแห่งชาติ (National Comprehensive Cancer Network: NCCN) มาใช้ ทำโปสเตอร์ให้ความรู้ ตรวจเยี่ยมและนิเทศการประเมินและจัดการความปวด (grand round) ร่วมกับพยาบาล มีการป้อนกลับแบบตัวต่อตัว (one-on-one feedback) เกี่ยวกับการประเมินและจัดการความปวด (Idell et al., 2007)

7. การให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making)

การให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) พบงานวิจัยที่บทวน 2 เรื่อง (ร้อยละ10) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Ambler et al., 1999; Beaver et al., 2009) ดังนี้

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (advocate) เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา โดยเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษา หรือเจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพอื่นๆ การตรวจติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังได้รับการรักษาทั้ง การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด กระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ในเรื่องการสนับสนุนทางอารมณ์ทั้งผู้ป่วยและคู่สมรส ข้อมูลการรักษา กลวิธีการเผชิญความเครียดข้อมูลการผ่าตัดและการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนด้านสังคมทั้งด้านครอบครัว ที่ทำงาน การเงิน (Beaver et al., 2009) และการให้คำปรึกษารูปแบบตัวแทนในหญิงที่มีก้อนที่เต้านมในระยะวินิจฉัย โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม ซึ่งจะพูดคุยในช่วงแรกเพื่อประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนให้คำปรึกษาในเรื่องการวินิจฉัยโรคและช่วยผู้ป่วยในการเตรียมตัวก่อนที่จะพบกับแพทย์ศัลยกรรม ในการตั้งคำถามที่ผู้ป่วยต้องการทราบ และติดตามไปเป็นเพื่อนผู้ป่วยขณะเข้าพบแพทย์ หลังเข้าพบแพทย์แล้วจะมีการพูดคุยปรึกษากับพยาบาลอีกเพื่อให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย (Ambler et al., 1999)

8. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง (evidenced-base practice)

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง (evidenced-base practice) พบงานวิจัย 2 เรื่อง (ร้อยละ10) ได้แก่ งานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ, 2550) และการพัฒนาระบบการประเมินและจัดการความปวดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Idell et al., 2007) ดังนี้

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด โดยทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติงาน ทำการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด นำงานวิจัยที่คัดเลือกได้ 16 เรื่องมาวิเคราะห์ สังเคราะห์เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก นำไปให้พยาบาลประจำการทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัด (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ, 2550) และการพัฒนาระบบการประเมินและจัดการความปวด โดยการนำงานวิจัยที่รวบรวมเป็นแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของกลุ่มเครือข่ายมะเร็งแห่งชาติ (National Comprehensive Cancer Network: NCCN) มาใช้ และติดโปสเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการจัดการความปวดที่หอผู้ป่วยที่ทำการทดลอง ตรวจสอบและนิเทศการประเมินและจัดการความปวด (grand round) ร่วมกับพยาบาล และมีการป้อนกลับแบบตัวต่อตัว (one-on-one feedback) (Idell et al., 2007)

9. การจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation)

การจัดการและประเมินผลลัพธ์ พบงานวิจัยทั้ง 20 เรื่อง (ร้อยละ 100) เป็นการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในด้านต่างๆ ดังนี้

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ในเรื่องความสามารถในการทำหน้าที่ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้อาหารครบ (อุบล จัวงพานิช และคณะ, 2546) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก (McCorkle et al., 2007) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (อุบล จัวงพานิชและคณะ, 2542) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด (Hately et al., 2003) และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี (Maughan & Clarke, 2001)

ความสุขสบายทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การทำหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Ambler et al., 1999; Ritz et al., 2000) ผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี (Maughan & Clarke 2001; McCorkle et al., 2009) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Twinn & Cheng, 1999) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในผู้หญิงที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005)

คุณภาพชีวิต ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (อุบล จัวงพานิชและคณะ, 2542; Ritz et al., 2000) ผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี (McCorkle et al., 2009) ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ (Cox et al., 2008) ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร (Verschuur et al., 2009) ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Faithfull, 2001) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (Wells et al., 2007)

ความรู้ของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้อาหารครบ (อุบล จัวงพานิช และคณะ, 2546) การตรวจคัดกรองมะเร็งด้วยการทำ mammography สำหรับผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป (Carlson, 2004) การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005) การส่งเสริม

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Twinn & Cheng, 1999) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (อุบล จ้างพานิชและคณะ, 2542; Ritz et al., 2000) มะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี (Maughan & Clarke, 2001; McCorkle et al., 2009) ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ (Cox et al., 2008) ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Faithfull, 2001; McCorkle et al., 2007) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (Wells et al., 2007) การสอนฝึกบริหารการหายใจในผู้ป่วยมะเร็งปอด (Hatley et al., 2003; Moore et al., 2002) และการพัฒนาการประเมินและจัดการความปวด (Idell et al., 2007)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Ambler, et al., 1999; Beaver et al., 2009) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Faithfull, 2001) ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ทางโทรศัพท์ (Cox et al., 2008) การส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Twinn & Cheng, 1999) การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด (Moore et al., 2002) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ, 2550)

ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการวิชาชีพ ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ, 2550) และการพัฒนาระบบการประเมินและจัดการความปวดของบุคลากรพยาบาลสาขาโรคมะเร็ง (Idell et al., 2007)

ผลลัพธ์ด้านองค์กร แบ่งเป็นเรื่องการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ตามกรอบแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของบรูเทน (Ritz et al., 2000) และค่าใช้จ่าย ระยะเวลาหรือจำนวนวันนอนที่อยู่โรงพยาบาล ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ, 2550) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากโดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ (Helgesen et al., 2000)

จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีการใช้บทบาทที่หลากหลาย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเดียวกันในเรื่องการพัฒนาคุณภาพการดูแล เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง สามารถแบ่งผลลัพธ์ออกเป็น 3 ด้าน

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (patient-focused outcomes) ประกอบด้วย

1.1 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดที่เฉพาะกับการวินิจฉัย (diagnosis-specific indicators) งานวิจัยที่ใช้ตัวชี้วัดนี้ได้แก่

โปรแกรมการติดตามเยี่ยมบ้านของ Verschuur และคณะ (2009; ระดับ A) ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารที่ได้รับการผ่าตัด สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น และมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

การตรวจติดตามทางโทรศัพท์ของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญภายหลังได้รับการรักษาทั้ง การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด กระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน (Beaver et al., 2009; ระดับ A) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการสังเกตทางคลินิกเพิ่มเติม

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญภายหลังได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา (Faithfull, 2001; ระดับ A) พบว่า มีการตรวจพบอาการข้างเคียงในผู้ป่วยได้มากขึ้น

การให้โปรแกรมการบริหารการหายใจโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด (Hately et al., 2003; ระดับ A) พบว่าผู้ป่วยมีความถี่ของการเกิดอาการหายใจลำบากลดลง

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากรายใหม่จากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินปัสสาวะ (Helgesen et al., 2000; ระดับ A) ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะของเสียคั่งในกระแสเลือด (uraemia)

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งครบทางโทรศัพท์หรือมาตรวจที่คลินิกโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Moore et al., 2002; ระดับ A) ช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบาก และอาการชาปลายมือปลายเท้า

1.2 ตัวชี้วัดองค์รวม (holistic indicators) ได้แก่

1.2.1 ความสุขสบายทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ งานวิจัยที่ใช้ตัวชี้วัดนี้ได้แก่ โปรแกรมการดูแลจาก APN ตามกรอบแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของบริบทในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ของ Ritz และคณะ (2000; ระดับ A) ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์น้อยกว่า

การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี ภายหลังผ่าตัดและมีการวางแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดกิจกรรม (Maughan & Clarke, 2001; ระดับ A; McCorkle et al., 2009; ระดับ A) พบว่า ช่วยลดภาวะซึมเศร้า และความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย

การให้คำปรึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ของ Ambler และคณะ (1999; ระดับ B) พบว่า ช่วยลดความเครียดและวิตกกังวลลงเรื่อยๆ ภายหลังการผ่าตัด

การศึกษาประสบการณ์และการรับรู้ของผู้หญิงเชื้อสายจีนที่มีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็ง (pap smear) โดยการให้ข้อมูลการตรวจคัดกรอง Pap Smear (Twinn & Cheng, 1999; ระดับ B) พบว่ามี ระดับความปวด และความไม่สุขสบายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากแพทย์

การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในผู้หญิงที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005; ระดับ A) พบว่า สามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้

1.2.2 ความสามารถในการทำหน้าที่ (functional status) งานวิจัยที่ใช้ตัวชี้วัดนี้ ได้แก่ การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัดของอุบล จัวงพานิช และคณะ (2546; ระดับ B) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากภายหลังทำผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด (radical prostatectomy) ของ McCorkle และคณะ (2007; ระดับ A) การพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเองและให้ความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดเต้านม และได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดของ อุบล จัวงพานิชและคณะ (2542; ระดับ A) พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

การให้โปรแกรมการบริหารการหายใจโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด (Hately et al., 2003; ระดับ A) ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยน้อยลง สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้มากขึ้น

1.2.3 คุณภาพชีวิต (quality of life) งานวิจัยที่ใช้ตัวชี้วัดนี้ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จากกรอบแนวคิดการดูแลของบรูเทน (Brooten's model) ของ Ritz et al. (2000; ระดับ A) ผลการศึกษาช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้หญิงโสดที่ได้รับการดูแลจาก APN ในเดือนแรก

การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี ภายหลังผ่าตัดและมีการวางแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดกิจกรรม (McCorkle et al., 2009; ระดับ A) พบว่ามีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้นมาก

การติดตามเยี่ยมบ้านของ Verschuur et al. (2009; ระดับ A) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารที่ได้รับการผ่าตัด ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยและคู่สมรส

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการผ่าตัด ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด กระทั่งจำหน่ายกลับบ้านของ Maughan & Clarke (2001; ระดับ A) พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในเรื่องภาวะสุขภาพโดยรวม ภาวะการรู้จักคิด การทำหน้าที่ของร่างกาย และพฤติกรรมเรื่องเพศ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญภายหลังได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา (Faithfull, 2001; ระดับ A) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายเพิ่มมากขึ้น

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Wells et al., 2007; ระดับ A) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงและผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ พบว่ามีความแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงมีคะแนนดีกว่าในเรื่องของการพูด การไอ ความปวด การรับประทานอาหาร ปัญหาเกี่ยวกับฟัน การอ้าปาก ปากแห้ง และน้ำลายเหนียว

การให้การพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเองและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด (อุบล จัวงพานิชและคณะ, 2542; ระดับ A) พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้น

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ทางโทรศัพท์ (Cox et al., 2008; ระดับ B) ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านภาวะอารมณ์ดีขึ้น

1.2.4 ความรู้ของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ งานวิจัยที่ใช้ตัวชี้วัดนี้ (patient knowledge) ได้แก่ การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (อุบล จัวงพานิชและคณะ, 2546; ระดับ B) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น

การตรวจคัดกรองมะเร็งด้วยการทำ mammography สำหรับผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป (Carlson, 2004; ระดับ B) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีความเชื่อและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ทำให้มีการตรวจคัดกรองโรคมามากขึ้น

การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005; ระดับ A) ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว และมีทางเลือกที่หลากหลาย

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Twin & Cheng, 1999; ระดับ B) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจในการได้รับข้อมูล และเชื่อมั่นในคุณภาพการดูแลจากพยาบาลเวชปฏิบัติมากกว่าแพทย์

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (อุบล จ้วงพานิชและคณะ, 2542; ระดับ A; Ritz et al., 2000; ระดับ A) มะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี ((Maughan & Clarke, 2001; ระดับ A; McCorkle et al., 2009; ระดับ A) และผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ (Cox et al., 2008; ระดับ B) พบว่า ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Faithfull, 2001; ระดับ A; McCorkle et al., 2007; ระดับ A) ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองและจัดการอาการต่างๆได้

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (Wells et al., 2007; ระดับ B) โดยการประเมิน ให้ข้อมูลและสนับสนุน การจัดการอาการ และการประสานงานกับทีมสุขภาพ ทุกสัปดาห์ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและความรู้ในระหว่างรับการรักษาที่เหมาะสมพอเพียง สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาได้

การสอนฝึการบริหารการหายใจในผู้ป่วยมะเร็งปอด (Hatelly et al., 2003; ระดับ A; Moore et al., 2002; ระดับ A) ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยน้อยลง สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้มากขึ้น และการพัฒนาการประเมินและจัดการความปวด (Idell et al., 2007; ระดับ B) ช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะ และเพิ่มสมรรถนะให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในการประเมินและจัดการความปวด

1.2.5 ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ (patient satisfaction) งานวิจัยที่ใช้ตัวชี้วัดนี้ ได้แก่ การตรวจติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังได้รับการรักษาทั้งการผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Beaver et al., 2009; ระดับ A) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการตรวจติดตามทางโทรศัพท์แสดงถึงความพึงพอใจที่เพิ่มมากขึ้นหลังเข้าร่วมการศึกษา

การให้คำปรึกษารูปแบบตัวแทน ในหญิงที่มีก้อนที่เต้านมในระยะวินิจฉัย โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม (Ambler et al., 1999; ระดับ B) พบว่า ผู้ป่วยมีความประทับใจในการได้รับคำปรึกษาจากพยาบาลก่อนที่จะพบแพทย์เพื่อทราบการวินิจฉัยที่เป็นข่าวร้ายที่จะตามมา และได้เห็นมุมมองทางด้านบวกจากการพบกันครั้งนี้

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญภายหลังได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา (Faithfull, 2001; ระดับ A) ช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยจากการได้รับการดูแลที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

การศึกษาประสบการณ์และการรับรู้ของผู้หญิงเชื้อสายจีนที่มีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็ง (pap smear) โดยการให้ข้อมูลการตรวจคัดกรอง Pap Smear (Twinn & Cheng, 1999; ระดับ B) พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลและเชื่อมั่นในคุณภาพการดูแลจากพยาบาลเวชปฏิบัติมากกว่าแพทย์

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ทางโทรศัพท์ (Cox et al., 2008; ระดับ B) นอกจากช่วยเพิ่มความพึงพอใจแล้วยังเป็นประโยชน์ต่อสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วย และยังสะดวกกว่าการไปตรวจที่คลินิก

การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในผู้หญิงที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005; ระดับ A) พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเรื่องการได้รับข้อมูลความเสี่ยง

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งครบทางโทรศัพท์หรือมาตรวจที่คลินิกโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Moore et al., 2002; ระดับ A) ช่วยเพิ่มความพึงพอใจในกลุ่มที่ได้รับการตรวจติดตามจากพยาบาล ถึงร้อยละ 78

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดของสูวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ (2550; ระดับ C) ช่วยให้ผู้ป่วยและพยาบาลมีความพึงพอใจจากบริการที่ได้รับ มีแนวปฏิบัติในทางเดียวกัน

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ (provider-focused outcomes) งานวิจัยที่ใช้ตัวชี้วัดนี้ ได้แก่ การพัฒนาการประเมินและจัดการความปวดของบุคลากรพยาบาลสาขาโรคมะเร็ง (Idell et al., 2007; ระดับ B) พบว่า ช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะ และเพิ่มสมรรถนะให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในการประเมินและจัดการความปวด และการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดของสูวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ (2550; ระดับ C) ที่ช่วยให้มีวางแผนการดูแลผู้ป่วยและพยาบาลดูแลได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ผลลัพธ์ด้านองค์กร (organization-focused outcome) งานวิจัยที่ใช้ตัวชี้วัดนี้ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามกรอบแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของบริบท (Ritz et al., 2000; ระดับ A) ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และระยะวันนอนในโรงพยาบาลในช่วง 6 เดือนแรก

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดของสูวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ (2550; ระดับ C) สามารถลดระยะเวลาวันนอน และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นผลดีต่อองค์กร

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังต่อมลูกหมาก (Helgesen et al., 2000; ระดับ A) และ
มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Faithfull, 2001; ระดับ A) ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการมาตรวจรับการรักษาใน
โรงพยาบาล และอัตราการเกิดภาวะของเสียทั้งในกระแสเลือด



บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัย เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ทางคลินิกเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง สำหรับบทนี้จะอภิปรายผลการศึกษา โดยแบ่งประเด็นการอภิปรายเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. คุณภาพ ความพอเพียง และความถูกต้องเหมาะสมของงานวิจัย
2. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง

คุณภาพ ความพอเพียง และความถูกต้องเหมาะสมของงานวิจัย

การสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542-2552) ได้บทความและงานวิจัยที่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง จำนวน 20 เรื่อง กลุ่มประชากรในงานวิจัยที่นำมาศึกษามีความหลากหลาย ประกอบด้วยประชากรที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 4 เรื่อง มะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี 3 เรื่อง มะเร็งระบบทางเดินอาหาร 2 เรื่อง มะเร็งศีรษะและคอ 1 เรื่อง มะเร็งต่อมลูกหมาก 3 เรื่อง มะเร็งปอด 2 เรื่อง สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1 เรื่อง สตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 เรื่อง สตรีที่มารับการตรวจ mammogram 1 เรื่อง และบุคลากรพยาบาล 2 เรื่อง เมื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ โดยพิจารณาความเหมาะสมและพอเพียงต่อการประมวลเป็นองค์ความรู้ ซึ่งประกอบด้วยการประเมินคุณภาพของงานวิจัยและการนำผลการวิจัยไปใช้ และสังเคราะห์เนื้อหาเพื่อนำไปสู่องค์ความรู้เชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (คณะกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) ได้หลักฐานงานวิจัยที่จัดอยู่ในระดับ A มากที่สุด จำนวน 12 เรื่อง ระดับ B จำนวน 7 เรื่อง และระดับ C จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศถึง 17 เรื่อง และศึกษาในประเทศไทยมีเพียง 3 เรื่อง มีความหลากหลายของทั้ง

กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และสถานที่ในการศึกษา ทั้งในสถานพยาบาล โรงพยาบาล คลินิกผู้ป่วยนอก ในชุมชนและที่บ้าน

การประเมินความน่าเชื่อถือของความรู้ที่สังเคราะห์ได้ จะเห็นได้ว่าระดับงานวิจัยที่นำมาศึกษามีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ เนื่องจากงานวิจัย 12 เรื่อง (ร้อยละ 60) มีการออกแบบงานวิจัยที่รัดกุม (ระดับ A) คือเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มทั้งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อลดความลำเอียง (bias) ในการเลือกเข้ากลุ่ม (อุบล จ้างพานิชและคณะ, 2542; Beaver et al., 2009; Braithwaite, 2005; Faithfull, 2001; Hately et al., 2003; Helgesen et al., 2000; Maughan & Clarke, 2001; McCorkle et al., 2007; McCorkle et al., 2009; Moore et al., 2002; Ritz et al., 2000; Verschuur et al., 2009) ดังนั้นองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานับว่าเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณภาพและเหมาะสม นอกจากนี้แต่ละการศึกษายังอธิบายถึงการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงอย่างชัดเจน รวมถึงมีการวัดผลลัพธ์ของการปฏิบัติโดยใช้เครื่องมือที่น่าเชื่อถือ ทั้งในด้านความเชื่อมั่นและความเที่ยงของเครื่องมือ ช่วยเพิ่มคุณภาพและความน่าเชื่อถือของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์

การออกแบบงานวิจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และผลการศึกษางานวิจัยสามารถนำมาใช้ได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งได้แก่สตรีที่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีที่มารับการตรวจ mammogram และบุคลากรพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยส่วนใหญ่มีตั้งแต่ 30 คนถึง 374 คน ซึ่งเพียงพอต่อการอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากร มีงานวิจัยร้อยละ 10 ที่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยกว่า 30 คนต่อกลุ่ม (Maughan & Clarke, 2001; Wells et al., 2007) ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากร และงานวิจัยอีกร้อยละ 30 ขาดกลุ่มเปรียบเทียบ (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ, 2550; อุบล จ้างพานิช และคณะ, 2546; Carlson, 2004; Cox et al., 2008; Hately et al., 2005; Idell et al., 2007) อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่นำมาศึกษามีการออกแบบการวิจัยโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง มีระเบียบวิธีวิจัยที่ชัดเจน มีการจัดทำในงานวิจัยที่ไม่ละเมิดศีลธรรมและจริยธรรมในการศึกษาวิจัยในมนุษย์ มีการใช้เครื่องมือในการวิจัยที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ และใช้สถิติในการวิจัยที่เหมาะสม และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดอันตรายจากการเข้าร่วมวิจัย

ในด้านความพอเพียงของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยจากต่างประเทศ เป็นงานวิจัยในประเทศไทยเพียง 3 เรื่อง เป็นหลักฐานงานวิจัยระดับ A 1 เรื่อง (อุบล จ้างพานิชและคณะ, 2542) ระดับ B 1 เรื่อง (อุบล จ้างพานิช และคณะ, 2546) และระดับ C 1 เรื่อง (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ, 2550) ดังนั้นหากต้องการนำความรู้มาใช้ในประเทศ

ไทยจะต้องพิจารณาตามความเหมาะสมกับบริบท สภาพสังคม วัฒนธรรมและภาวะเศรษฐกิจร่วมด้วย นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยด้วยวิธีการวิจัยที่น่าเชื่อถือให้มากขึ้น เพื่อประโยชน์ในการอ้างอิงที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ก่อให้เกิดความพอเพียงและคุณภาพในการนำไปใช้เพิ่มขึ้น

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

จากการศึกษาที่ได้ สามารถจำแนกการปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งสะท้อนบทบาทหรือการปฏิบัติของ APN หลากหลายบทบาททั้งด้านการพัฒนาหรือการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (care management) การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยตรงแก่กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (direct care) การประสานความร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพ (collaboration) เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลต่อเนื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองและการเผชิญปัญหาครอบคลุมทุกระยะของวิถีความเจ็บป่วย การสอน (educating) และการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring) แก่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (consultation) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) การพัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาล ที่บ้านและในชุมชน การปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรมและปลอดภัย (ethical reasoning and ethical decision making) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง (evidenced-base practice) และการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation) เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

1. การพัฒนาหรือการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (care management) จากการศึกษาพบงานวิจัยทั้งหมด 20 เรื่อง (ร้อยละ 100) ที่แสดงถึงบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในด้านการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทั้งที่อยู่ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลติดตามภายหลังรับการรักษา การพัฒนาคุณภาพการบริการ และการป้องกันและตรวจคัดกรองมะเร็งในระยะเริ่มต้น โดยการติดตามดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ก่อนและหลังการรักษาด้วยการผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด (Ritz et al., 2000) การพัฒนาระบบติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ (Cox et al., 2008; Faithfull, 2001; Moore et al., 2002) และการติดตามเยี่ยมที่บ้าน (Beaver et al., 2009; Verschuur et al., 2009) มีการให้ข้อมูลและความรู้ (อุบล จ้างพานิช และคณะ, 2546; Hatley et al.,

2003; Wells et al., 2007) รวมทั้งคำปรึกษาก่อนได้รับการวินิจฉัยโรค การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้าพบแพทย์ (Ambler et al., 1999) การให้การพยาบาลระบบสนับสนุนในการดูแลตนเอง (อุบล จ้างพานิชและคณะ, 2542) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (McCorkle et al., 2009) ส่งเสริมการสื่อสารระหว่างคู่สมรส (Maughan & Clarke, 2001; McCorkle, et al., 2007) การส่งต่อผู้ป่วย (Helgesen et al., 2000; Wells et al., 2007) นอกจากนั้นยังมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อใช้ในการประเมินดูแลผู้ป่วย (Idell et al., 2007) การประเมินความเสี่ยงของโรค (Carlson, 2004) และการส่งเสริมตรวจคัดกรองโรค (Braithwaite, 2005; Twinn & Cheng, 1999) ทำให้เห็นบทบาทในการพัฒนาระบบการดูแลและระบบการดูแลส่งต่อที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญประการหนึ่งของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (สภาการพยาบาล, 2553) ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้

2. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยตรง (direct care) งานวิจัยทั้งหมด 20 เรื่อง (ร้อยละ 100) ที่สะท้อนบทบาทด้านการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงทั้งในเรื่องการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกพบ มีการวิเคราะห์ประเมินปัญหาผู้ป่วย เพื่อให้การวางแผนดูแลและจัดการอาการ (Beaver et al., 2009; Faithfull, 2001; Helgesen et al., 2000; McCorkle, et al., 2007; McCorkle et al., 2009; Ritz et al., 2000; Wells et al., 2007) โดยเฉพาะการประเมินปัญหาและอาการที่เกิดขึ้น (Moore et al., 2002) ประเมินน้ำหนักตัว ความสามารถในการรับประทานอาหารหรือการกลืนในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร (Verschuur et al., 2009) การสอนหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (อุบล จ้างพานิช และคณะ, 2546) การสนับสนุนด้านจิตใจ ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Cox et al., 2008; Maughan & Clarke, 2001) ทำให้เห็นบทบาทในการประเมิน เฝ้าระวัง ประสานงาน และจัดการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยตรงแก่ผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มที่เชี่ยวชาญ เป็นสมรรถนะที่เป็นหัวใจของบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) งานวิจัยทั้ง 20 เรื่องจึงแสดงถึงบทบาทการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยตรง และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพร วงศ์ประทุมและคณะ (Wongkpratoom et al., 2010) ที่ศึกษาการพัฒนาบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในประเทศไทย พบว่า ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงปฏิบัติบทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระดับมาก

3. การประสานงาน (collaboration) มีการศึกษา 7 เรื่อง (ร้อยละ 35) ที่สะท้อนถึงบทบาทการประสานการดูแลระหว่างทีมบุคลากรสุขภาพ และครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง (อุบล จ้างพานิช และคณะ, 2546; McCorkle et al., 2009; Ritz et al., 2000; Wells et al., 2007) สามารถบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ (Hatelly et al., 2003; McCorkle et al., 2007; Moore et al., 2002) ซึ่งบทบาทการประสานความร่วมมือระหว่างทีมบุคลากรสุขภาพ ตลอดจนสมาชิกใน

ครอบครัว จะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สะดวก รวดเร็ว และสนองตอบต่อความต้องการของผู้ป่วยได้มากที่สุด (สุปาณี เสนาดีสัย, 2553) นอกจากนี้การปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่เป็นการประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลชุมชน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อการวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

(สมจิต หนูเจริญกุล, 2553)

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน (educating) และการเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (mentoring) พบว่ามีงานวิจัย 15 เรื่อง (ร้อยละ 75) ที่แสดงถึงบทบาทการให้ความรู้ (อุบล จ้วงพานิชและคณะ, 2542; Hatley et al., 2003; Maughan & Clarke, 2001; McCorkle et al., 2009; Moore et al., 2002; Ritz et al., 2000; Wells et al., 2007) การสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งช่วยลดความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น (อุบล จ้วงพานิช และคณะ, 2546) ส่งเสริมการสื่อสารระหว่างคู่สมรส และการทำหน้าที่ทางเพศ (Cox et al., 2008; Faithfull, 2001; Maughan & Clarke, 2001; McCorkle et al., 2007; McCorkle et al., 2009) นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งด้วยวิธี mammography (Carlson, 2004) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Twinn & Cheng, 1999) การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005) การสอน ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการประเมินและการจัดการความปวดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Idell et al., 2007) การปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ ฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญปัญหาความรู้สึกละอาย ความเศร้าโศก สูญเสีย และความรู้สึกละอายทางช่วยเหลือ ครอบคลุมทุกวิถีของความเจ็บป่วย เป็นการสอนผู้ร่วมงานในทีมพยาบาลและในสหสาขาวิชาชีพ ทั้งการสอนอย่างเป็นทางการ โดยจัดเป็นชั้นเรียนให้ความรู้ และการสอนอย่างไม่เป็นทางการ การสอนข้างเตียง การจัดหรือช่วยเหลือในการจัดการประชุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การจัดหรือช่วยเหลือในการจัดการสอนขณะตรวจเยี่ยมผู้ป่วย (teaching round) และเป็นแบบอย่างหรือเป็นที่ปรึกษาให้แก่พยาบาลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ก่อให้เกิดความก้าวหน้าและคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ผลลัพธ์คุ้มค่าใช้จ่าย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553)

5. การให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มที่เชี่ยวชาญ (consultation) จากการศึกษา พบงานวิจัย 9 เรื่อง (ร้อยละ 45) ที่สะท้อนบทบาทการให้คำปรึกษา ช่วย

ให้พยาบาลเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละเรื่องในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน (อุบล จ้วงพานิช และคณะ, 2542; อุบล จ้วงพานิช และคณะ, 2546; Beaver et al., 2009; Braithwaite, 2005; Helgesen et al., 2000; Ritz et al., 2000; Wells et al., 2007) สามารถให้ข้อมูลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดความกังวล และช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกที่ดีในการรักษา (Ambler et al., 1999; McCorkle et al., 2007) การปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่เป็นการให้คำปรึกษาแก่พยาบาลและทีมงานในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งเฉพาะรายและเฉพาะกลุ่มที่ตนเชี่ยวชาญ แสดงให้เห็นบทบาทผู้ให้ปรึกษาให้กับผู้ป่วย ซึ่งช่วยในการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย และปัญหาการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้มีการพัฒนารูปแบบการบริการที่เป็นเลิศ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553)

6. การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) จากการศึกษาพบว่า มีงานวิจัย 9 เรื่อง (ร้อยละ 45) แสดงให้เห็นบทบาทในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาระบบบริการ โดยการสร้างนวัตกรรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ (nurse led follow up) ที่เป็นการจัดการและดำเนินคลินิกเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อประเมินสุขภาพผู้ป่วยเป็นระยะ (Beaver et al., 2009, Cox et al., 2008; Faithfull, 2001; Moore et al., 2002; Verschuur et al., 2009) สะท้อนเอกสิทธิ์และบทบาทอิสระ (independent role) ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง การจัดทำคู่มือการดูแลตนเองการสร้างเสริมพลังอำนาจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว เกิดความพึงพอใจจากการดูแลที่ได้รับ (อุบล จ้วงพานิชและคณะ, 2542) นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ, 2550; Idell et al., 2007) ที่เป็นการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และมาตรฐานการพยาบาล เพื่อความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่เชี่ยวชาญโดยใช้ความรู้จากการวิจัยเป็นฐาน การสร้างและ/หรือการนำนวัตกรรมและรูปแบบการดูแลใหม่ ๆ มาใช้เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มที่เชี่ยวชาญ และประเมินผลการปฏิบัติ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้เห็นบทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นสมรรถนะสำคัญของผู้จัดการรายกรณีที่ต้องมีศิลปะของการทำให้เกิดผลและเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งคุณภาพเชิงผลลัพธ์และค่าใช้จ่าย รวมถึงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย (ประคอง อินทรสมบัติ, 2553)

7. การให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) พบว่างานวิจัยทุกเรื่องมีการใช้บทบาทนี้ แต่มีเพียง 2 เรื่องที่เห็นบทบาทชัดเจนในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา โดยเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษา และช่วยผู้ป่วยในการเตรียมตัวก่อนที่จะพบกับแพทย์

(Ambler et al., 1999; Beaver et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของสุพร วงศ์ประทุมและคณะ (Wongkpratoom et al., 2010) ที่ศึกษาการพัฒนาบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในประเทศไทย พบว่า ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงปฏิบัติบทบาทด้านจริยธรรมและกฎหมายในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่เป็นการปฏิบัติที่มีจริยธรรมการให้บริการตามมาตรฐาน เป็นธรรม ปลอดภัยและก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ซึ่งการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เป็นบทบาทที่สำคัญของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่เป็นผู้จัดการรายกรณีที่ต้องมีการพัฒนาความสามารถในการประเมินความเสี่ยง ประโยชน์ของการตัดสินใจ แสวงหาช่องทางแก้ปัญหา และรักษาความสมดุลระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิ์ให้แก่ผู้ป่วย (ประคอง อินทรสมบัติ, 2553)

8. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง (evidenced-base practice) พบว่างานวิจัย 2 เรื่อง (ร้อยละ 10) ที่สะท้อนบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่เป็นความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการรวบรวมผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาแนวปฏิบัติ และนำแนวปฏิบัติลงสู่การปฏิบัติ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ช่วยเพิ่มสมรรถนะให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติงาน ทำให้มีมาตรฐานการปฏิบัติเป็นไปในทางเดียวกัน สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (สุวถักชัย วงศ์จรโรจสิด และคณะ, 2550; Idell et al., 2007) ทำให้เห็นบทบาทในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันมาพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาล ซึ่งเป็นสมรรถนะที่มีความสอดคล้องกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ที่จะต้องใช้หลักฐานอ้างอิงที่เชื่อถือได้ มาใช้ในการปรับปรุง พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (ประคอง อินทรสมบัติ, 2553) ซึ่งความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อปรับปรุงการบริการ เป็นทักษะที่สำคัญมากสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

9. การจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation) พบว่างานวิจัยทั้ง 20 เรื่อง (ร้อยละ 100) แสดงให้เห็นบทบาทในการกำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล มีการวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบ เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยจากตัวชี้วัดที่เฉพาะกับการวินิจฉัยในเรื่อง น้ำหนัก (Verschuur et al., 2009) อาการหายใจลำบาก (Hately et al., 2003) อาการชาปลายมือปลายเท้า (Moore et al., 2002) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Beaver et al., 2009) และยังช่วยตรวจพบอาการข้างเคียงในผู้ป่วยได้มากขึ้น (Faithfull, 2001; Moore et al., 2002) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยจากตัวชี้วัดองค์รวม

ในเรื่องความสามารถในการทำหน้าที่ (อุบล จ้วงพานิชและคณะ, 2542; อุบล จ้วงพานิช และคณะ, 2546; Hatley et al., 2003; Maughan & Clarke, 2001; McCorkle et al., 2007) ความสุขสบายทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การทำหน้าที่ทางสังคม (Ambler et al., 1999; Braithwaite, 2005; Maughan & Clarke 2001; McCorkle et al., 2009 ; Ritz et al., 2000; Twinn & Cheng, 1999) คุณภาพชีวิต (อุบล จ้วงพานิชและคณะ, 2542; Ritz et al, 2000 McCorkle et al., 2009 Cox et al., 2008 Verschuur et al., 2009 Faithfull, 2001 Wells et al., 2007) ความรู้ของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ (อุบล จ้วงพานิช และคณะ, 2546; อุบล จ้วงพานิชและคณะ, 2542; Braithwaite, 2005; Carlson, 2004; Cox et al., 2008; Faithfull, 2001; Hatley et al., 2003; Idell et al., 2007; Maughan & Clarke, 2001; McCorkle et al., 2007; McCorkle et al., 2009; Moore et al., 2002; Ritz et al., 2000; Twinn & Cheng, 1999; Wells et al., 2007) และความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ (Ambler, et al., 1999; Beaver et al., 2009; Braithwaite, 2005; Cox et al., 2008; Faithfull, 2001; Moore et al., 2002; Twinn & Cheng, 1999) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการวิชาชีพ (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ, 2550; Idell et al., 2007) ผลลัพธ์ด้านองค์กร ทั้งเรื่องการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย (Ritz et al., 2000) และค่าใช้จ่าย ระยะเวลา หรือจำนวนวันนอนที่อยู่โรงพยาบาล (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ, 2550; Helgesen et al., 2000) ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า การจัดการและประเมินผลลัพธ์ เป็นหัวใจของการปฏิบัติการขั้นสูง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ ที่จะช่วยในการพัฒนากระบวนการดูแลที่มีคุณภาพ มีความคุ้มค่า และผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพรวมทั้งการได้รับยอมรับในระบบบริการสุขภาพถึงบทบาทสำคัญของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล 2553: สมจิต หนูเจริญกุล, นุชนาฏ แจ่มสว่าง และสุกามาศ ผาติประจักษ์, 2553)

กล่าวโดยสรุปการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นการจัดการระบบดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาซับซ้อน การให้การพยาบาลโดยตรงในกลุ่มผู้ป่วยที่เชี่ยวชาญ และการประสานการดูแลกับทีมบุคลากรอื่น นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลความรู้ทั้งแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในด้านการป้องกัน การตรวจคัดกรองหาอาการเบื้องต้น การดูแลตนเอง รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ในการสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น เพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงพยาบาลในการแก้ปัญหาทางคลินิก และการให้ความรู้ การเป็นแบบอย่างและเป็นที่ปรึกษาให้แก่พยาบาลในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาซับซ้อน สอดคล้องกับขอบเขตและบทบาทหรือสมรรถนะการปฏิบัติการขั้นสูงที่สภาการพยาบาล

กำหนดไว้ (สภาการพยาบาล, 2551) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าบทบาทหน้าที่ในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมยังมีการศึกษาถึงน้อยมาก จากการรวบรวมจากงานวิจัย 20 เรื่องในครั้งนี้นี้ พบว่า การปฏิบัติที่บ่งบอกถึงการปฏิบัติด้านจริยธรรมเพียง 2 เรื่อง คือ การให้คำปรึกษาและพูดคุยเพื่อประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังทราบการวินิจฉัยโรค โดยช่วยผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนที่จะพบกับแพทย์ศัลยกรรม ช่วยผู้ป่วยตั้งคำถามที่ต้องการทราบ และติดตามไปเป็นเพื่อนผู้ป่วยขณะเข้าพบแพทย์ (Ambler, et al., 1999) และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา โดยเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษาหรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอื่นๆ (Beaver, et al., 2009) แสดงถึงการทำหน้าที่ในการเป็นตัวแทนผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนถึงการปฏิบัติในบทบาทด้านจริยธรรม ดังนั้นควรมีการศึกษาในประเด็นนี้มากขึ้น เพื่อแสดงให้เห็นบทบาทหรือการปฏิบัติกรพยาบาลขั้นสูงในด้านจริยธรรมชัดเจนขึ้น

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง

สำหรับผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง จากงานวิจัยที่ศึกษา สามารถแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ และผลลัพธ์ด้านองค์กรดังนี้

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (patient-focused outcomes)

1. ผลลัพธ์ตัวชี้วัดที่เฉพาะกับการวินิจฉัย (Diagnosis-specific indicators) พบว่า การติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารและกระเพาะอาหารที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น แม้ว่าผลที่ออกมาไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องการกลืนอาหาร ภาวะอารมณ์ ภาวะรู้คิด และภาวะสุขภาพโดยรวม แต่ก็ให้ผลทางบวกในเรื่องของน้ำหนัก คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วยและคู่สมรสที่เพิ่มขึ้น และยังให้ผลลัพธ์ที่คุ้มค่าคุ้มทุน ช่วยลดค่าใช้จ่าย (Verschuur et al., 2009) การตรวจติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการสังเกตทางคลินิกเพิ่มเติม แสดงให้เห็นว่าการได้รับการดูแลจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างจากการดูแลจากแพทย์ (Beaver et al., 2009) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะภายหลังได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษามีการตรวจพบอาการข้างเคียงในผู้ป่วยได้เร็วกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Faithfull, 2001) การให้โปรแกรมการบริหารการหายใจโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด (Hatley et al., 2003) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากรายใหม่จากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินปัสสาวะ (Helgesen et al., 2000) และการติดตามเยี่ยม

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งครบ ทางโทรศัพท์หรือมาตรวจที่คลินิก (Moore et al., 2002) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบาก อาการชาปลายมือ ปลายเท้า และลดอัตราการเกิดภาวะของเสียทั้งในกระแสเลือดได้มากกว่า ทำให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว แม้ว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องอาการแทรกซ้อน แต่ช่วยบรรเทาอาการให้ผู้ป่วยดีขึ้น

2. ตัวชี้วัดองค์รวม (Holistic indicators) ได้แก่

2.1 ความสุขสบายทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พบว่า การดูแลจาก APN ตามกรอบแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของบูรณาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ (Ritz et al., 2000) ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม รายใหม่ แม้ว่าผลของโปรแกรมจะไม่สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการเปลี่ยนแปลงของภาวะ อารมณ์ หรือช่วยลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาลได้ แต่ช่วยให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคมี คุณภาพชีวิตดีขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์น้อยทั้งในด้านความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และอารมณ์โกรธโดยเฉพาะในช่วงเดือนแรกหลังการวินิจฉัย และเมื่อมีการทำงานร่วมกับพยาบาล เชี่ยวชาญด้านจิตเวช ทำให้ผลของโปรแกรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในการช่วยลดความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย อาการไม่สุขสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ การให้ คำปรึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ของ Ambler et al., 1999) แม้จะช่วยลดความวิตกกังวลใน ผู้ป่วยได้ไม่แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม แต่การให้คำปรึกษาก่อนพบแพทย์จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการ เตรียมตัวและการวางแผนที่ดีก่อนเข้าพบศัลยแพทย์อาจเป็นการช่วยลดความกังวลก่อนที่จะรับทราบ ผลการวินิจฉัย และทำให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการและมีทางเลือกในการรักษา ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการบริการที่ ได้รับจากการดูแลที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาได้ การศึกษา ประสิทธิภาพและการรับรู้ของผู้หญิงเชื้อสายจีนที่มีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็ง โดยการให้ข้อมูลการ ตรวจคัดกรอง Pap Smear (Twinn & Cheng, 1999) พบว่าผลการตรวจที่ได้จากพยาบาลเวชปฏิบัติไม่ แตกต่างจากการตรวจจากแพทย์ในเรื่องเทคนิค คุณภาพการตรวจและผลการดูแล แต่พบว่าผู้ป่วยมี ความพึงพอใจต่อพยาบาลเวชปฏิบัติในเรื่องการให้ข้อมูลและความเชื่อมั่นมากกว่าการได้รับบริการ จากแพทย์โดยขณะทำการตรวจพยาบาลมีความสนใจใส่ใจในเรื่องความปวดและความไม่สุขสบาย แสดงถึงการพยาบาลที่มีคุณภาพ นอกจากนั้นการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านมใน ผู้หญิงที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005; ระดับ A) แม้ว่าจะไม่มีความ แตกต่างกันผลการประเมินความเสี่ยง แต่ก็พบว่าผู้ป่วยพอใจกับการได้รับคำปรึกษาจากพยาบาล มากกว่า เนื่องจากการได้รับการช่วยเหลือในการจัดการความกังวล และมีทางเลือกที่ดี แสดงให้เห็นว่า การได้พูดคุยปรึกษากับพยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้มาก

2.2 ความสามารถในการทำหน้าที่ (functional status) พบว่า การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการยาเคมีบำบัดของอุบล จัวงพานิช และคณะ, 2546) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด (McCorkle et al., 2007) การพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเองและให้ความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด (อุบล จัวงพานิชและคณะ, 2542) การให้โปรแกรมการบริหารการหายใจโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด (Hatley et al., 2003) ช่วยให้ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยน้อยลง สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้มากขึ้น

2.3 คุณภาพชีวิต (quality of life) พบว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จากกรอบแนวคิดการดูแลของบรูเทน (Brooten's model) (Ritz et al., 2000) การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีภายหลังผ่าตัดและมีการวางแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดกิจกรรม (McCorkle et al., 2009) การติดตามเยี่ยมบ้านของ Verschuur et al., 2009) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการผ่าตัด ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด กระทั่งจำหน่ายกลับบ้านของ Maughan & Clarke, 2001) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญภายหลังได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา (Faithfull, 2001) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Wells et al., 2007) การให้พยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเองและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด (อุบล จัวงพานิชและคณะ, 2542) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ทางโทรศัพท์ (Cox et al., 2008) ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยและคู่สมรส อีกทั้งยังช่วยสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมความเข้าใจในเรื่องเพศสัมพันธ์และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ทำให้พยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

2.4 ความรู้ของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (patient knowledge) พบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (อุบล จัวงพานิชและคณะ, 2542; Ritz et al., 2000) ผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี (Maughan & Clarke, 2001; McCorkle et al., 2009) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ (Cox et al., 2008) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Faithfull, 2001; McCorkle et al., 2007) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (Wells et al., 2007) การสอนฝึกบริหารการหายใจในผู้ป่วยมะเร็งปอด (Hatley et al., 2003; Moore et al., 2002) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและความรู้ในระหว่างรับการรักษาที่เหมาะสมพอเพียงในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองและจัดการอาการต่างๆ ได้ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยน้อยลง ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วย

มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การให้ข้อมูลในการตรวจคัดกรองมะเร็งด้วยการทำ mammography สำหรับผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป (Carlson, 2004) การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Twinn & Cheng, 1999) ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว และมีทางเลือกที่หลากหลาย มีความเชื่อและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ทำให้มีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งมากขึ้น ทำให้เห็นบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้กับผู้ป่วย นอกจากนั้นผลการตรวจที่ได้ก็ไม่แตกต่างกับของแพทย์ แต่พบว่าผู้ป่วยมีเชื่อมั่นในคุณภาพการดูแลสุขภาพพยาบาลเวชปฏิบัติมากกว่า แสดงให้เห็นการดูแลที่มีคุณภาพมากกว่า นอกจากนั้นการพัฒนาการประเมินและจัดการความปวด (Idell et al., 2007) ยังช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะ และเพิ่มสมรรถนะให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในการประเมินและจัดการความปวด เป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ดียิ่งขึ้น

2.5 ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ (patient satisfaction) พบว่าการให้คำปรึกษารูปแบบตัวแทน ในหญิงที่มีก้อนที่เต้านมในระยะวินิจฉัย โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม (Ambler et al., 1999) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญภายหลังได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา (Faithfull, 2001) การศึกษาประสบการณ์และการรับรู้ของผู้หญิงเชื้อสายจีนที่มีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็ง (Twinn & Cheng, 1999) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ทางโทรศัพท์ (Cox et al., 2008) การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในผู้หญิงที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งครบ ทางโทรศัพท์หรือมาตรวจที่คลินิก (Moore et al., 2002) และการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (สุวลักษณ์ วงศ์จร логคิด และคณะ, 2550) ช่วยเพิ่มความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยและพยาบาล โดยผู้ป่วยพึงพอใจจากการได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์หลังเข้าร่วมการศึกษา ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลในระยะยาวหลังจากที่ได้รับการรักษาไปแล้ว ดังนั้นจึงควรมีการให้ข้อมูลการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ แม้จะได้รับการรักษาเสร็จสิ้นไปแล้ว และยังคงเกิดความพึงพอใจและเชื่อมั่นในพยาบาลเวชปฏิบัติมากกว่าแพทย์ โดยขณะทำการตรวจพยาบาลมีความสนใจใส่ใจในเรื่องความปวดและความไม่สุขสบาย ซึ่งสามารถนำข้อมูลนี้มาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยขณะทำการตรวจคัดกรองได้ นอกจากนั้นพยาบาลยังมีมาตรฐานการปฏิบัติเป็นไปในทางเดียวกันสามารถวางแผนดูแลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ (provider-focused outcomes) พบว่า การพัฒนาการประเมินและจัดการความปวดของบุคลากรพยาบาลสาขาโรคมะเร็ง (Idell et al., 2007) และการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (สุวลักษณ์

วงศ์วรร โลงศิล และคณะ, 2550) ช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะ และเพิ่มสมรรถนะให้กับพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานในการประเมินและจัดการความปวด ทำให้แนวทางปฏิบัติที่เป็นไปในทางเดียวกัน และมีวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แม้ว่าก่อนได้รับโปรแกรมพยาบาลที่มีอายุการทำงาน 15-25 ปี มีการประเมินความปวดสูงมากที่สุด แต่ภายหลังได้รับโปรแกรม ทำให้พยาบาลช่วงอายุ 20-40 ปี มีการประเมินและจัดการความปวดเพิ่มขึ้น ทำให้เห็นว่าบทบาทในการเป็นพี่เลี้ยงช่วย ทำให้พยาบาลเกิดทักษะในการประเมินความปวดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลลัพธ์ด้านองค์กร (organization-focused outcome) พบว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งรื้อตามกรอบแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของบริบท (Ritz et al., 2000) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก (Helgesen et al., 2000; ระดับ A) และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Faithfull, 2001) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (สุลัดักษณ์ วงศ์วรร โลงศิล และคณะ, 2550) ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และระยะวันนอนในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรก แม้ว่าผลที่ออกมาไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับแพทย์แล้วมีค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยกว่า ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กร

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่เป็นผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับการพยาบาล (nursing sensitivity outcomes) ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การควบคุมอาการของโรค ความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการกับอาการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และ ค่าใช้จ่าย (สมจิต หนูเจริญกุล นุชนาฏ แจ่มสว่าง และสุภามาส ผาติประจักษ์, 2553) ถึงแม้ว่าการศึกษาถึงผลลัพธ์ในด้านจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายที่บ่งบอกถึงความคุ้มค่าจากการปฏิบัติการขั้นสูงจะมีผลลัพธ์ที่ยังเห็นไม่ชัดเจนนัก ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยอื่นที่มีผลเกี่ยวข้องร่วมด้วย ทั้งที่อาจเป็นผลมาจากปัจจัยเชิงโครงสร้างและเชิงกระบวนการร่วมด้วยก็ได้ อีกทั้งการศึกษาถึงผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในประเทศไทยยังมีจำกัดมาก ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาถึงผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในประเทศไทย โดยการออกแบบวิจัยที่รัดกุม ใช้วิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้เห็นภาพรวมทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้างการบริหาร ปัจจัยเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อความรู้สึก ชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และใช้เวลาในการรักษานาน (ชูศรี ภูชัยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, สุจิตรา วราอัสวปติ, พนอ เตชะอธิก, นพพร เชาวะเจริญ, อุบล จ้างพานิช และคณะ, 2543) อีกทั้งการรักษายังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันมีการพัฒนามากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ ประกอบกับการศึกษาค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์อย่างต่อเนื่อง เป็นผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาที่จะหายหรือมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น (อรัญญา นามวงศ์, 2542) แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทั้งด้านความรู้ใหม่ๆ และการรักษาที่มีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งยังคงมีความยุ่งยากและซับซ้อนด้วยลักษณะของโรคที่ควบคุมได้ยาก มีการแพร่กระจายและมีโอกาสเกิดซ้ำ จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และใช้เวลาในการดูแลรักษาระยะยาวนาน ทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยแบบองค์รวม (นวลจันทร์ พรหมศรีพิทักษ์, 2543)

จากความซับซ้อนของโรคมะเร็ง วิธีการรักษา และผลกระทบทั้งจากโรคและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งต้องการพยาบาลผู้ดูแลที่มีความสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค การดูแลช่วยบรรเทาอาการข้างเคียง และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดเนื่องจากการรักษา (คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, 2548) และสามารถเข้าถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจึงจำเป็นต้องพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความชำนาญ มีทักษะในการประเมินและแก้ไขปัญหาที่มีความซับซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีความสามารถในการจัดการเชิงระบบที่ดีด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการ สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนั้นยังช่วยลดการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งบทบาทเหล่านี้เป็นบทบาทที่สำคัญของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nurse: APN) (Cooke, Gemmill, & Grant, 2008)

ในประเทศไทย สถานการณ์พยาบาลเล็งเห็นถึงความจำเป็นของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่มีความซับซ้อน โดยสถานการณ์พยาบาลคาดหวังว่า APN เหล่านี้จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ป่วย หน่วยงาน และประเทศชาติ

จากการทบทวนงานวิจัยเบื้องต้นในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็งทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่ามีหลายๆการศึกษาที่แสดงถึงผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ลดระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา ลดความวิตกกังวล เพิ่มความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และผลลัพธ์ที่ดีต่อหน่วยงาน แต่ยังคงขาดการรวบรวมอย่างเป็นระบบเพื่อให้เห็นถึงวิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต่อผู้ป่วยมะเร็งอย่างชัดเจน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์ งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง ผู้ศึกษารวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ตีพิมพ์และเผยแพร่ ตั้งแต่ ค.ศ.1999 - 2009 จากฐานข้อมูลงานวิจัยของไทยและต่างประเทศ

วิเคราะห์และสังเคราะห์การนำผลงานวิจัยไปใช้ โดยใช้เกณฑ์ประเมินคุณภาพของงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (Evidence - based Medicine & Clinical Practice Guidelines, 2544) ได้งานวิจัยทั้งหมด 20 เรื่อง เป็นงานวิจัยในระดับ A จำนวน 12 เรื่อง ระดับ B จำนวน 7 เรื่อง และระดับ C จำนวน 1 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ 17 เรื่อง (ร้อยละ 85) และงานวิจัยในประเทศไทย 3 เรื่อง (ร้อยละ 15)

ผลการสังเคราะห์และสกัดข้อมูลจากงานวิจัย แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (clinical advanced practice nursing) ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ครอบคลุมทุกระยะของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ตั้งแต่ระยะป้องกันและตรวจคัดกรองมะเร็งระยะการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา และระยะติดตามหลังการรักษา เป็นการปฏิบัติทั้งในสถานการพยาบาล โรงพยาบาล คลินิกผู้ป่วยนอก ในชุมชนและที่บ้าน นอกจากนั้นยังเป็นการปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งสะท้อนบทบาทหรือการปฏิบัติของ APN หลากหลายบทบาททั้งด้านการพัฒนาหรือการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (care management) การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยตรงแก่กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (direct care) การประสานความร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพ (collaboration) เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลต่อเนื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองและการเผชิญปัญหาครอบคลุมทุกระยะของวิถีความเจ็บป่วย การสอน

(educating) และการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring) แก่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (consultation) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) การพัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาล ที่บ้านและในชุมชน การปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรมและปลอดภัย (ethical reasoning and ethical decision making) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง (evidenced-base practice) และการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation) เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยงานวิจัยแต่ละเรื่องสะท้อนการปฏิบัติหรือบทบาทของ APN หลาย ๆ ด้าน ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลเหล่านี้ส่งผลดีทั้งในด้านผู้ป่วย ด้านผู้ให้บริการ และผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กร

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ (Recommendation for practice)

จากการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรนำการปฏิบัติและผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง เพื่อส่งเสริมคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และส่งเสริมการพัฒนาบทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยวิธีต่างๆที่ทบทวนได้จากงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การประเมินวางแผนจัดการ รวมถึงให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีนโยบายที่ชัดเจนในโรงพยาบาลหรือหน่วยงาน เพื่อส่งเสริมและพัฒนาบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติและผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ การศึกษาในประเทศไทยยังมีน้อยมาก ดังนั้นควรมีการศึกษาถึงการปฏิบัติและผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในประเทศไทย
2. งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์บางส่วนทำในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กหรือขาดกลุ่มเปรียบเทียบส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่ม

ตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น โดยการใช้เกณฑ์คำนวณหากลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับงานวิจัย และควรมีกลุ่มเปรียบเทียบหรือทำเป็น randomized controlled trial

ข้อจำกัดของการนำไปใช้

- งานวิจัยที่สืบค้น ได้จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ มีความหลากหลายของสถานที่ วัฒนธรรม การนำมาใช้จึงต้องมีการพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพสังคมวัฒนธรรมของประเทศไทย อาจมีผลต่อการอ้างอิงและการสรุปผลนำไปใช้ในประเทศไทย

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง

A SYNTHESIS OF RESEARCH RELATED TO ADVANCED PRACTICE NURSING
INTERVENTIONS AND OUTCOME OF ONCOLOGY ADVANCED PRACTICE NURSES

ปณิฏฐา นาคช่วย 5037715 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, Ph. D. (Nursing), ชีราภรณ์ จันทร์ดา,
Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อความรู้สึก ชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และใช้เวลาในการรักษานาน (ชูศรี คุชชัยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, สุจิตรา วราอัสวปติ, พนอ เตชะอธิก, นพพร เซาเวะเจริญ, อุบล จ้วงพานิช และคณะ, 2543) อีกทั้งการรักษายังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ (ชวนพิศ นรเดชานนท์, 2547) นอกจากนี้โรคมะเร็งยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกทั้งหมด 10 ล้านคนในปี ค.ศ. 2002 และคาดว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มเป็น 15 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2025 (WHO, 2010) สำหรับในประเทศไทย ในแต่ละปีมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มากขึ้น จากสถิติสาธารณสุขในปี 2550 มีผู้ป่วยมะเร็งทั้งประเทศไม่รวมกรุงเทพมหานคร จำนวน 846,062 ราย และเพิ่มเป็น 987,193 ราย ในปีพ.ศ. 2551 (กระทรวงสาธารณสุข, 2550 และ 2551) เช่นเดียวกับสถิติของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่พบแนวโน้มของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2548 และ 2549 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง 5,420 ราย และ 6,377 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.02 และร้อยละ 4.20 ของผู้ป่วยใหม่ของโรงพยาบาลศิริราช ตามลำดับ (สถาน

วิทยามะเร็งศิริราช, 2548; 2549) และเพิ่มเป็น 7,195 ราย ในปี พ.ศ. 2550 คิดเป็นร้อยละ 4.16 ของผู้ป่วยใหม่ของโรงพยาบาลศิริราช (สถานวิทยามะเร็งศิริราช, 2550)

การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันมีการพัฒนามากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ ประกอบกับการศึกษาค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์อย่างต่อเนื่อง เป็นผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาที่จะหายหรือมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น (อรัญญา นามวงศ์, 2542) การรักษาที่เป็นมาตรฐานมี 4 วิธี คือ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด และการรักษาทางภูมิคุ้มกัน (immunotherapy) หรือการรักษาหลายวิธีร่วมกัน (combination) เช่น การผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัด การผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา เป็นต้น (ชวนพิศ นรเดชาเนนท์, 2547) การเลือกรักษาด้วยวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค และธรรมชาติการตอบสนองของโรคมะเร็งแต่ละชนิดต่อวิธีการรักษา (อภิรดี ลดาวัลย์, 2547) แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทั้งด้านความรู้ใหม่และการรักษาที่มีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งยังคงมีความยุ่งยากและซับซ้อนด้วยลักษณะของโรคที่ควบคุมได้ยาก มีการแพร่กระจายและมีโอกาสเกิดซ้ำ จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และใช้เวลาในการดูแลรักษาระยะยาวนาน ทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและผลข้างเคียงต่างๆ จากการรักษาที่มีต่อระบบของร่างกาย (นวลจันทร์ พรหมศรีพิทักษ์, 2543) เกิดความรู้สึกไม่สบายและทุกข์ทรมานในลักษณะที่แตกต่างกันตามการรักษาที่ได้รับ นอกจากนี้ยังรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การพักผ่อนและการนอนหลับ ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ เกิดความกลัว วิดกกังวล มีอารมณ์ซึมเศร้า จากผลการรักษาและอาการข้างเคียงจากการรักษา การกลับเป็นซ้ำของโรค (นันท์นภัส ยุทธไชย, 2552; ภูมิรินทร์ มาลารัตน์ และ ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร, 2551) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสังคมของผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวและคู่สมรส หน้าที่การทำงานและการเงิน รวมถึงผู้ร่วมงาน (Ferrell, Virani, Smith, & Juarez, 2003) สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (บัวธร เวชพันธ์, 2548) การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งจึงต้องการการดูแลแบบองค์รวม ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงกำลังใจ ความเข้าใจจากสมาชิกในครอบครัว การดูแลและการจัดการเชิงระบบที่ดี องค์ประกอบเหล่านี้จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถเผชิญกับโรค ปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่เจ็บป่วย (ชูศรี คุชยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, สุจิตรา วราธิวาส, พนอ เตชะอธิก, นพพร เชาวะเจริญ, อุบล จ้างพานิช และคณะ, 2543; Cummings, & McLennan, 2005)

จากความซับซ้อนของโรคมะเร็ง วิธีการรักษา และผลกระทบทั้งจากโรคและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งต้องการพยาบาลผู้ดูแลที่มีความสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค การดูแลช่วยบรรเทา

อาการข้างเคียง และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดเนื่องจากการรักษา (คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, 2548) และสามารถเข้าถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจึงจำเป็นต้องพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความชำนาญ มีทักษะในการประเมินและแก้ไขปัญหาที่มีความซับซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีความสามารถในการจัดการเชิงระบบที่ดีด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการ สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ยังช่วยลดการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งบทบาทเหล่านี้เป็นบทบาทที่สำคัญของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nurse: APN) (Cooke, Gemmill, & Grant, 2008)

ในต่างประเทศ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หรือ APN จึงได้พัฒนาขึ้นจากความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลงในด้านความต้องการของผู้ป่วย เทคโนโลยีที่เกิดขึ้นใหม่ๆ (Hanson & Hamric, 2003) เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นแล้ว ยังเป็นการขยายขอบเขตของการพยาบาลเพื่อความก้าวหน้าในวิชาชีพของพยาบาลด้วย (Canadian Nurses Association, 2008) โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical nurse specialist) และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (community health nurse practitioner) ที่มีความรู้ในระดับปริญญาโท ด้านการพยาบาล และมีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพยุ่งยากซับซ้อน (อุบลรัตน์ ด้อยมาเมือง, 2546; Geest, Moons, Callens, Gut, Lindpaintner, & Spirig, 2008; Murphy-Ende, 2002) การปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสะท้อนถึงความก้าวหน้าของวิชาชีพและคุณภาพในการบริการทางการแพทย์ เป็นการปฏิบัติในคลินิกที่ต้องประยุกต์ความรู้ทางทฤษฎีและผลการวิจัย และมีทักษะและความชำนาญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มที่รับผิดชอบ ส่งผลดีต่อผู้รับบริการ และนำมาซึ่งความคุ้มค่าในด้านบริการ (Ray & Hardin, 1995 อ้างใน ชญานิศ ลือวานิช, 2540)

ในประเทศไทย สถานการณ์พยาบาลเล็งเห็นถึงความจำเป็นของการมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่มีความซับซ้อนเช่นกัน จึงได้ดำเนินการเรื่องผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) อย่างต่อเนื่อง และจัดให้มีการสอบเพื่อรับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขา เพื่อเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2546 (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) โดยสถานการณ์มีข้อกำหนดในการสอบความรู้เพื่อรับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขาของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ต้องเป็นผู้ที่จบปริญญาโททางการพยาบาลตามหลักสูตรที่สถานพยาบาลรับรอง มีประสบการณ์การปฏิบัติทางคลินิกเฉพาะสาขาไม่น้อยกว่า 3 ปี มีชั่วโมงการฝึกปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะสาขาอย่างน้อย 500 ชั่วโมง และมี

สมรรถนะของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงตามที่สภาการพยาบาลกำหนด ปัจจุบันมีผู้ได้รับวุฒิปัตรรับรองจากสภาการพยาบาลทั้งหมด 944 คน เป็น APN สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์มากที่สุดถึง 447 คน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงผู้ป่วยโรคมะเร็งรวมอยู่ด้วย โดยสภาการพยาบาลคาดหวังว่า APN เหล่านี้จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ป่วย หน่วยงาน และประเทศชาติ

จากการทบทวนงานวิจัยเบื้องต้นในเรื่องผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่าหลายๆ การศึกษาแสดงถึงผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ในด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (Beaver, Tysver-Robinson, Campbell, Twomey, Williamson, Hindley, et al., 2009) ลดระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา (Helgesen, Anderson, Gustafsson, Varenhorst, Goben, Camock, et al., 2000; Moore, Corner, Haviland, Wells, Salmon, Normand, et al., 2002) ลดความวิตกกังวล เพิ่มความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต (McCorkle, Dowd, Ercolano, Schulman-Green, Williams, Siefert et al., 2009; Ritz, Nissen, Swenson, Farrell, Sperduto, Sladek, et al., 2000) อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา (Faithfull, 2001; Verschuur, Steyerberg, Tilanus, Polinder, Essink-Bot, Tran, et al., 2009) และผลลัพธ์ที่ดีต่อหน่วยงานในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้มีมาตรฐานการปฏิบัติงานให้เป็นไปในแนวเดียวกัน (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ, 2550; Idell, Grant, & Kirk, 2007) แต่ยังขาดการรวบรวมอย่างเป็นระบบเพื่อให้เห็นถึงวิธีการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็งอย่างชัดเจน ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์ การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็งจากงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลที่แสดงถึงบทบาท ความรับผิดชอบ และสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น นำไปสู่การพัฒนาบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ได้รวบรวมงานวิจัยโดยการสืบค้นจากแหล่งข้อมูลต่างๆ วิเคราะห์และสังเคราะห์ให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง โดยมีขั้นตอนของวิธีดำเนินการศึกษา ดังนี้

1. การสืบค้นข้อมูล สืบค้นจาก ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic database search) ได้แก่ ฐานข้อมูล Science Direct, Ovid, Pubmed, Blackwell Synergy, CINAHL, The Cochrane library จากเว็บไซต์ที่เป็นฐานข้อมูลงานวิจัยและวิทยานิพนธ์จากสถาบันต่างๆ ในประเทศไทย (structured website search) ได้แก่ <http://thesis.tiac.or.th>, <http://www.thairesearch.in.th/>, <http://thesis.stks.or.th/>, <http://202.28.18.232/dcms/basic.php> จากวารสารทางการแพทย์และวารสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ และหลักฐานทางวิชาการที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (manual search) โดยสืบค้นจากห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ และหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีคำสำคัญ (keywords) ที่ใช้ในการสืบค้นคือ advance practice nurse/ clinical nurse specialist/ nurse practitioner/ oncology nurse specialist and cancer and intervention, and nursing outcome, and management, and palliative care กำหนดปีที่ใช้สืบค้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2552

2. เกณฑ์ในการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นการศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง คัดออกหากเป็นการศึกษาที่ซ้ำกันหรือไม่สามารถเข้าถึงรายละเอียดได้

3. วิเคราะห์ความน่าเชื่อถือและคุณภาพของงานวิจัยที่ศึกษาโดยใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (คณะกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544)

4. สังเคราะห์งานวิจัยด้วยการสกัดข้อมูลจากงานวิจัย และสรุปข้อมูลที่สกัดได้เป็นองค์ความรู้ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2551)

ผลการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

จากการสืบค้นงานวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2542 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 และคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นงานวิจัยจำนวน 20 เรื่อง เป็นการศึกษาในต่างประเทศ 17 เรื่อง (ร้อยละ 85) และการศึกษาในประเทศไทย 3 เรื่อง (ร้อยละ 15)

กลุ่มประชากรในงานวิจัยที่นำมาศึกษาประกอบด้วยประชากรที่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง 15 เรื่อง (มะเร็งเต้านม 4 เรื่อง มะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี 3 เรื่อง มะเร็งต่อมลูกหมาก 3 เรื่อง มะเร็งปอด 2 เรื่อง มะเร็งระบบทางเดินอาหาร 2 เรื่อง มะเร็งศีรษะและคอ 1 เรื่อง) บุคคลทั่วไปที่มีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็ง 3 เรื่อง (สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1 เรื่อง สตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย mammogram 1 เรื่อง สตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 เรื่อง) และบุคลากรพยาบาล 2 เรื่อง เมื่อประเมินคุณภาพงานวิจัยตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (คณะอนุกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) พบว่า เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ระดับ A) จำนวน 12 เรื่อง (อุบล จ้างพานิชและคณะ, 2542; Beaver et al., 2009; Braithwaite, 2005; Faithfull, 2001; Hatley et al., 2003; Helgesen et al., 2000; Maughan & Clarke, 2001; McCorkle et al., 2007; McCorkle et al., 2009; Moore et al., 2002; Ritz et al., 2000; Verschuur et al., 2009) งานวิจัยกึ่งทดลอง (ระดับ B) จำนวน 7 เรื่อง (อุบล จ้างพานิช และคณะ, 2546; Ambler et al., 1999; Carlson, 2004; Cox et al., 2008; Idell et al., 2007; Twinn & Cheng, 1999; Wells et al., 2007) และงานวิจัยเชิงบรรยาย (ระดับ C) จำนวน 1 เรื่อง (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิลและคณะ, 2550) เมื่อสังเคราะห์และสกัดข้อมูลจากงานวิจัยทั้งหมดแล้ว สรุปรวบรวมเป็นองค์ความรู้ได้เป็น 2 ประเด็น ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง (clinical advanced practice nursing) และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง

การปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

การปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เป็นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ครอบคลุมทุกระยะของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ตั้งแต่ระยะป้องกันและตรวจคัดกรองมะเร็ง ระยะการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา และระยะติดตามหลังการรักษา ทั้งในโรงพยาบาล คลินิกผู้ป่วยนอก ในชุมชน และที่บ้าน นอกจากนั้น ยังเป็นการปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งสะท้อนบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทั้งด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (care management) การให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยตรง (direct care) การประสานงานกับทีมสหสาขา (collaboration) การสอน (educating) และการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติแก่พยาบาล (mentoring) การให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (consultation) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (change agent) การให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (ethical reasoning and ethical decision making) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง (evidenced-base practice) และการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation) เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและ

พัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยงานวิจัยแต่ละเรื่องสะท้อนการปฏิบัติหรือบทบาทของ APN หลาย ๆ ด้าน ดังนี้

1. การพัฒนาหรือการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (care management)

การพัฒนาหรือการจัดการระบบการดูแล เป็นการจัดการระบบการดูแลและระบบติดตามผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ งานวิจัยที่แสดงให้เห็นการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในบทบาทนี้มี 20 เรื่อง (ร้อยละ 100) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (สุลลิกษณ์ วงศ์จรโรจนกิจ, 2550; อุบล จ้างพานิชและคณะ, 2542; Ambler et al., 1999; Beaver et al., 2009; Ritz et al., 2000) ผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีมะเร็งรังไข่ (Cox et al., 2008; Maughan & Clarke, 2001; McCorkle et al., 2009) ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ มะเร็งท่อน้ำดี (อุบล จ้างพานิช และคณะ, 2546) มะเร็งหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (Verschuur et al., 2009) ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ มะเร็งต่อมลูกหมาก (Faithfull 2001; Helgesen et al., 2000; McCorkle et al., 2007) และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Faithfull 2001) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (Wells et al., 2007) ผู้ป่วยมะเร็งปอด (Hatley et al., 2003; Moore et al., 2002) นอกจากนี้งานวิจัยยังแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติของ APN ในการจัดระบบการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในหญิงที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005) การพัฒนาระบบการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย mammography ในหญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป (Carlson, 2004) ระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงทั่วไปด้วย pap smear (Twinn & Cheng, 1999) และการพัฒนาระบบการประเมินและจัดการความปวดของบุคลากรพยาบาลสาขาโรคมะเร็ง (Idell et al., 2007)

2. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยตรง (direct care)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยตรง (direct care) พบว่า งานวิจัยที่ทบทวนทั้ง 20 เรื่อง (ร้อยละ 100) เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในคลินิกที่เป็นการให้การดูแลโดยตรงในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ตนเองเชี่ยวชาญที่มีปัญหาซับซ้อน โดยการบูรณาการความรู้ที่ทันสมัยทั้งในด้านการรักษาและการดูแลผู้ป่วย การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติ ได้แก่ การพัฒนาเครื่องมือประเมินและการนำสู่การปฏิบัติ การจัดการอาการ รวมถึงการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การพัฒนาวิธีการเพื่อประเมินกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็ง การใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและสุขภาวะของผู้ป่วยมะเร็งทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ระยะเวลาด้วยยาเคมีบำบัด และ/หรือรังสีรักษา และภายหลังสิ้นสุดการรักษา และมาตรวจติดตามการรักษา การเฝ้าระวังติดตามอาการและการตั้งยา การ

สั่งการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการประเมินผลสิ่งที่ส่งตรวจ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553)

3. การประสานงาน (collaboration)

การประสานงาน (collaboration) พบว่า งานวิจัยที่ทบทวนมี 7 เรื่อง (ร้อยละ 35) ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในคลินิกที่เป็นการประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลชุมชน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อการวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Ritz et al., 2000) มะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี (McCorkle et al., 2009) มะเร็งท่อน้ำดี (อุบล จ้างพานิช และคณะ, 2546) มะเร็งศีรษะและคอ (Wells et al., 2007) มะเร็งต่อมลูกหมาก (McCorkle et al., 2007) ผู้ป่วยมะเร็งปอด (Hatley et al., 2003; Moore et al., 2002)

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน (educating) และการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน (educating) และการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring) พบว่า งานวิจัยที่ทบทวนมี 15 เรื่อง (ร้อยละ 75) ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในคลินิกที่เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ ฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญปัญหา ความรู้สึกไม่แน่นอน ความเศร้าโศก สูญเสีย และความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ ได้ครอบคลุมทุกวิถีของความเจ็บป่วย เป็นการสอนผู้ร่วมงานในทีมพยาบาลและในสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ การสอนอย่างเป็นทางการ จัดเป็นชั้นเรียนให้ความรู้ การสอนอย่างไม่เป็นทางการ การสอนข้างเตียง การจัดหรือช่วยเหลือในการจัดการประชุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (patient care conference) การจัดหรือช่วยเหลือในการจัดการสอนขณะตรวจเยี่ยมผู้ป่วย (teaching round) และเป็นแบบอย่างหรือเป็นพี่เลี้ยงให้แก่พยาบาลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (อุบล จ้างพานิชและคณะ, 2542; อุบล จ้างพานิช และคณะ, 2546; Ritz et al., 2000) ผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี มะเร็งรังไข่ (Cox et al., 2008; Maughan & Clarke, 2001; McCorkle et al., 2009) ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ มะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Faithfull, 2001; McCorkle et al., 2007) มะเร็งศีรษะและคอ (Wells et al., 2007) มะเร็งปอด (Hatley

et al., 2003; Moore et al., 2002) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการทำ Pap Smear (Twinn & Cheng, 1999) การตรวจคัดกรองมะเร็งด้วยการทำ mammography ในผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป (Carlson, 2004) การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ในสตรีที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Genetic Risk Assessment in the Clinical Environment (GRACE) (Braithwaite, 2005) นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบการประเมินและจัดการความปวดของบุคลากรพยาบาลสาขาโรคมะเร็ง (Idell et al., 2007)

5. การให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มที่เชี่ยวชาญ (consultation)

การให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มที่เชี่ยวชาญ พบว่า มีงานวิจัย 9 เรื่อง (ร้อยละ 45) ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในคลินิกที่เป็น การให้คำปรึกษาแก่พยาบาลและทีมงานในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งเฉพาะรายและ เฉพาะกลุ่มที่ตนเชี่ยวชาญ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (อุบล จ้วงพานิชและคณะ, 2542; Ambler et al., 1999; Beaver et al., 2009; Ritz et al., 2000) ผู้ป่วย มะเร็งท่อน้ำดี (อุบล จ้วงพานิช และคณะ, 2546) ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ผู้ป่วย มะเร็งต่อมลูกหมาก (Helgesen et al., 2000; McCorkle et al., 2007) มะเร็งศีรษะและคอ (Wells et al., 2007) และการจัดระบบการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในหญิงที่มีประวัติคนใน ครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005)

6. การเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง (change agent)

การเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง (change agent) พบว่า มีงานวิจัย 9 เรื่อง (ร้อยละ 45) ที่ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในคลินิกที่เป็นการพัฒนาแนว ปฏิบัติทางคลินิก และมาตรฐานการพยาบาล เพื่อความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่เชี่ยวชาญ โดยใช้ความรู้จากการวิจัยเป็นฐาน การสร้างและ/หรือการนำนวัตกรรมและรูปแบบการดูแลใหม่ ๆ มาใช้เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มที่เชี่ยวชาญ และประเมินผลการปฏิบัติ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (อุบล จ้วงพานิชและคณะ, 2542; Beaver et al., 2009; Braithwaite, 2005) ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Faithfull, 2001) ผู้ป่วยมะเร็งปอด (Moore et al., 2002) ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ (Cox et al., 2008) ผู้ป่วย มะเร็งหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (Verschuur et al., 2009) รวมทั้งการพัฒนาระบบการ ประเมินและจัดการความปวด (สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศีล และคณะ, 2550; Idell et al., 2007)

7. การให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making)

การให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) พบว่า งานวิจัยที่ทบทวนมี 2 เรื่อง (ร้อยละ 10) ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในคลินิกที่เป็นการบริหารจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาล โดยเน้นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรม และปลอดภัย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Ambler et al., 1999; Beaver et al., 2009)

8. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง (evidenced-base practice)

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง (evidenced-base practice) พบว่างานวิจัย 2 เรื่อง (ร้อยละ 10) ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่เป็นความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการรวบรวมผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาแนวปฏิบัติ และนำแนวปฏิบัติลงสู่การปฏิบัติ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) ได้แก่ งานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ, 2550) และการพัฒนาระบบการประเมินและจัดการความปวดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Idell et al., 2007)

9. การจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation)

การจัดการและประเมินผลลัพธ์ พบว่างานวิจัยทั้ง 20 เรื่อง (ร้อยละ 100) มีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในด้านต่างๆ ทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยจากตัวชี้วัดที่เฉพาะกับการวินิจฉัย ในเรื่อง น้ำหนัก ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารที่ได้รับการผ่าตัด (Verschuur et al., 2009) อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด (Hatelly et al., 2003) และอาการชาปลายมือปลายเท้า (Moore et al., 2002) เรื่องการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Beaver et al., 2009) และยังช่วยตรวจพบอาการข้างเคียงในผู้ป่วยได้มากขึ้น ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Faithfull, 2001) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด (Moore et al., 2002)

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย จากตัวชี้วัดองค์รวมในเรื่องความสามารถในการทำหน้าที่ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด (อุบล จัวงพานิช และคณะ, 2546) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก (McCorkle et al., 2007) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (อุบล จัวงพานิชและคณะ, 2542) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด (Hatelly et al., 2003) และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี (Maughan & Clarke, 2001)

ความสุขสบายทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การทำหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Ambler et al., 1999; Ritz et al., 2000) ผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี (Maughan & Clarke 2001; McCorkle et al., 2009) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Twinn & Cheng, 1999) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในผู้หญิงที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005)

คุณภาพชีวิต ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (อุบล จัวงพานิชและคณะ, 2542; Ritz et al, 2000) ผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี (McCorkle et al., 2009) ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ (Cox et al., 2008) ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร (Verschuur et al., 2009) ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Faithfull, 2001) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (Wells et al., 2007)

ความรู้ของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (อุบล จัวงพานิช และคณะ, 2546) การตรวจคัดกรองมะเร็งด้วยการทำ mammography สำหรับผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป (Carlson, 2004) การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005) การส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Twinn & Cheng, 1999) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (อุบล จัวงพานิชและคณะ, 2542; Ritz et al., 2000) มะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี (Maughan & Clarke, 2001; McCorkle et al., 2009) ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ (Cox et al., 2008) ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Faithfull, 2001; McCorkle et al., 2007) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (Wells et al., 2007) การสอนฝึกบริหารการหายใจในผู้ป่วยมะเร็งปอด (Hatelly et al., 2003; Moore et al., 2002) และการพัฒนาการประเมินและจัดการความปวด (Idell et al., 2007)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Ambler, et al., 1999; Beaver et al., 2009) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Faithfull, 2001) ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ทางโทรศัพท์ (Cox et al., 2008) การส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Twinn & Cheng, 1999) การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (Braithwaite, 2005) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด (Moore et al., 2002) การพัฒนาแนวปฏิบัติการ

พยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ, 2550)

ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการวิชาชีพ ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ, 2550) และการพัฒนาระบบการประเมินและจัดการความปวดของบุคลากรพยาบาลสาขาโรคมะเร็ง (Idell et al., 2007)

ผลลัพธ์ด้านองค์กร แบ่งเป็นเรื่องการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ตามกรอบแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของบริบท (Ritz et al., 2000) และค่าใช้จ่าย ระยะเวลาหรือจำนวนวันนอนที่อยู่โรงพยาบาล ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ และคณะ, 2550) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากโดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ (Helgesen et al., 2000)

การอภิปรายผล

การประเมินความน่าเชื่อถือของความรู้ที่สังเคราะห์ได้ พบว่าระดับงานวิจัยที่ศึกษามีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติเนื่องจากงานวิจัยมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 60) มีการออกแบบงานวิจัยที่รัดกุม (ระดับ A) ดังนั้นองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานับว่าเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณภาพ นอกจากนี้แต่ละการศึกษายังอธิบายถึงการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขึ้นสูงอย่างชัดเจน รวมถึงมีการวัดผลลัพธ์ของการปฏิบัติโดยใช้เครื่องมือที่น่าเชื่อถือ ทั้งในด้านความเชื่อมั่นและความเที่ยงของเครื่องมือ ช่วยเพิ่มคุณภาพและความน่าเชื่อถือของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์

นอกจากนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยส่วนใหญ่มีจำนวนมากพอ คือ มีตั้งแต่ 30 - 374 คน ซึ่งเพียงพอต่อการอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากร มีระเบียบวิธีวิจัยที่ชัดเจน มีการจัดกระทำในงานวิจัยที่ไม่ละเมิดศีลธรรมและจริยธรรมในการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ในด้านความพอเพียงของจำนวนงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยจากต่างประเทศถึงร้อยละ 85 เป็นงานวิจัยในประเทศไทยเพียงร้อยละ 15 และมีเพียง 1 เรื่อง (ร้อยละ 5) ของงานวิจัยในประเทศไทยที่อยู่ในระดับ A หากต้องการนำความรู้มาใช้ในประเทศไทยจะต้องพิจารณาตามความเหมาะสมกับบริบท สภาพสังคม วัฒนธรรมและภาวะเศรษฐกิจร่วมด้วย และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นสูงและผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการขึ้นสูงในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศ

ไทยด้วยวิธีการวิจัยที่น่าเชื่อถือให้มากขึ้น เพื่อประโยชน์ในการอ้างอิงที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ก่อนให้เกิดความพอเพียงและคุณภาพในการนำไปใช้เพิ่มขึ้น

จากการสรุปรวบรวมการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ เป็นการ จัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาซับซ้อน การให้การพยาบาลโดยตรงในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ เชี่ยวชาญ และการประสานการดูแลกับทีมบุคลากรอื่น นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลความรู้ทั้งแก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในด้านการป้องกัน การตรวจค้นหาอาการเบื้องต้น การดูแลตนเอง รวมถึง ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง การเป็น ผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น เพื่อปรับปรุง การดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงพยาบาลในการแก้ปัญหาทาง คลินิก และการให้ความรู้ การเป็นแบบอย่างและเป็นที่พึ่งให้แก่พยาบาลในการปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาซับซ้อน การปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดสอดคล้องกับขอบเขตและบทบาท หรือสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่กำหนดไว้ (สภาการพยาบาล, 2551) แต่เป็นที่น่า สงเกตว่าบทบาทหน้าที่ในด้านการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมยังมี การศึกษาถึงน้อย จากการรวบรวมจากงานวิจัย 20 เรื่องในครั้งนี้ พบว่า การปฏิบัติที่บ่งบอกถึงการ ปฏิบัติด้านจริยธรรมเพียง 2 เรื่อง คือ การเป็นตัวแทนผู้ป่วยมะเร็งเด็มนม ช่วยผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนที่จะ พบกับแพทย์ศัลยกรรม ช่วยผู้ป่วยตั้งคำถามที่ต้องการทราบ และติดตามไปเป็นเพื่อนผู้ป่วยขณะ เข้าพบแพทย์ (Ambler, et al., 1999) และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจในการรักษา โดยเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษาหรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ อื่นๆ (Beaver, et al., 2009) ที่สะท้อนถึงการปฏิบัติในบทบาทด้านจริยธรรม ดังนั้นควรมีการศึกษา ในประเด็นนี้มากขึ้น เพื่อแสดงให้เห็นบทบาทหรือการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในด้านจริยธรรม ชัดเจนขึ้น อย่างไรก็ตามการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสะท้อนให้เห็นการ ปฏิบัติที่มีจริยธรรม การให้การบริการตามมาตรฐานและก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและไม่เกิดอันตรายต่อ ผู้ป่วย

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้น เป็นผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ป่วยและครอบครัว ด้านผู้ให้ บริการและด้านองค์กร ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่เป็นผลลัพธ์ที่มีความ เฉพาะเจาะจงกับการพยาบาล (nursing sensitivity outcomes) ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การ ควบคุมอาการของโรค ความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการกับอาการ ความสามารถในการดูแล ตนเอง คุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และ ค่าใช้จ่าย (สมจิต หนูเจริญกุล นุชนาฏ แจ่มสว่าง และสุภามาส ชาติประจักษ์, 2553) ถึงแม้ว่าการศึกษาถึงผลลัพธ์ในด้านจำนวนวัน

นอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายที่บ่งบอกถึงความคุ้มค่าจากการปฏิบัติการขั้นสูงจะมีผลลัพธ์ที่ยังเห็นไม่ชัดเจนนัก ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยอื่นที่มีผลเกี่ยวข้องร่วมด้วย ทั้งที่อาจเป็นผลมาจากปัจจัยเชิงโครงสร้างและเชิงกระบวนการร่วมด้วย อีกทั้งการศึกษาถึงผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในประเทศไทยยังมีจำกัดมาก ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาถึงผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในประเทศไทย โดยการออกแบบวิจัยที่รัดกุม ใช้วิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้เห็นภาพรวมทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้างการบริหาร ปัจจัยเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ (Recommendation for practice)

จากการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรนำการปฏิบัติและผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคมะเร็ง เพื่อส่งเสริมคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และส่งเสริมการพัฒนาบทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยวิธีต่างๆที่ทบทวนได้จากงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การประเมินวางแผนจัดการ รวมถึงให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีนโยบายที่ชัดเจนในโรงพยาบาลหรือหน่วยงาน เพื่อส่งเสริมและพัฒนาบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติและผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ การศึกษาในประเทศไทยยังมีน้อยมาก ดังนั้นควรมีการศึกษาถึงการปฏิบัติและผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในประเทศไทย
2. งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์บางส่วนทำในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กหรือขาดกลุ่มเปรียบเทียบส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น โดยการใช้เกณฑ์คำนวณหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมกับงานวิจัย และควรมีกลุ่มเปรียบเทียบหรือทำเป็น randomized controlled trial

ข้อจำกัดของการนำไปใช้

งานวิจัยที่สืบค้น ได้จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ มีความหลากหลายของสถานที่ วัฒนธรรม การนำมาใช้จึงต้องมีการพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพสังคมวัฒนธรรมของประเทศไทย อาจมีผลต่อการอ้างอิงและการสรุปผลนำไปใช้ในประเทศไทย

A SYNTHESIS OF RESEARCH RELATED TO ADVANCED PRACTICE NURSING
INTERVENTIONS AND OUTCOMES OF ONCOLOGY ADVANCED PRACTICE
NURSES

PANITTA NARKCHUAY 5037715 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: KANITHA HANPRASITKAM,
Ph.D. (NURSING), TIRAPORN JUNDA, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and significance of the study

Cancer has become an important national public health problem since it is a chronic illness threatening the feelings and lives of the patients and their family as well as requiring a long period of treatments (Chusri Kuchaiyasit, Siriporn Mongkonhawornchai, Sujittra Wara-asawapati, Panor Techaatic, Nopporn Chaowajaroen, Ubol Juangpanich et al., 2000). Furthermore, cancer treatments lead to complications, causing both physical and mental suffering to the patients (Chuanpit Norradachanont, 2004). Moreover, the number of cancer patients is increasing each year. According to the World Health Organization, there were totally 10 million new cancer patients all over the world in 2002, and this figure was predicted to grow to 15 millions in 2005 (WHO, 2010). In Thailand, there are also an increasing of the new cancer patients each year; the Ministry of Public Health's statistics showed that the number of patients all over the country, excluding those in Bangkok, was 846,062 in 2007, and the number increased to 987,183 in 2008 (the Ministry of Public Health, 2007; 2008). Similarly, the statistics of the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, indicated an increase in the number of cancer patients from 5,420 to 6,377 between 2005 and 2006. These figures contributed to 1.02% and 4.20% of the new cancer

patients at Siriraj Hospital, respectively (Siriraj Cancer Center, 2005; 2006). Moreover, the numbers went up to 7,195 in 2007, accounting for 4.16% of the total number of new patients (Siriraj Cancer Center, 2007).

As the number of cancer patients is increasing, there have been more developments in cancer treatments due to medical advancement and continuous research conducted in this area. Consequently, the patients have a greater chance for recovery or a longer life span (Arunya Namwong, 1999). Presently, there are four standard of treatments, namely surgery, radiotherapy, chemotherapy, and immunotherapy, or a combination of these such as surgery concomitant with chemotherapy or surgery concomitant with radiotherapy (Chuanpit Norradechanont, 2004). The selection of a particular treatment depends on the type and stage of cancer, and the response of cancer to the treatments (Aphiradee Ladawun, 2004).

Despite the advancement in knowledge, technology and cancer treatments, caring for cancer patients is still complicated because the disease is difficult to control, leading to metastasis and recurrence, and requiring a period of continuous care and treatments (Nuanchan Promsripitak, 2000). Furthermore, cancer treatments contributed to patients' discomfort, suffering that affected their quality of lives. These lead to negative psychological and emotional problems. For example, some patients feel fear, anxiety, and depression due to the complications of treatments as well as the recurrence of cancer (Nunnapat Yuttaisong, 2009; Poomarin Malarat and Nutthorn Pityaratstian, 2008). These psychological responses affect further social activities, contributing to financial and occupational problems (Ferrell, Virani, Smith, & Juarez, 2003), which affects the quality of life of both patients and their family (Bausorn Watchapun, 2005).

Thus, caring for cancer patients need the holistic approaches including physical and psychological care, as well as an effective management system. These factors will reduce complications, length of stays, and promote patients to coping with cancer contributing to a better quality of life (Chusri Kuchaiyasit, Siriporn Mongkonhawornchai, Sujittra Wara-asawapati, Panor Techaatic, Nopporn Chaowajaroen, Ubol Juangpanich et al., 2003; Cummings, & McLennan, 2005).

Owing to the complex care needs, cancer patients needed oncology nurses to provide physical, psychological and spiritual care throughout the trajectory of their

illness including the diagnosis and treatment period, in order to reduce complications from the treatments and improve quality of life (Kanaungnit Pongthavornkamol, 2005). Thus, oncology nurses have to develop themselves to be the expertise in caring cancer patients by using evidence-based practice to continuously improve the quality of care, and managing the care systems. The nurses having skills and expertise in management of patients with cancer will enable the patients to self care based on their own capabilities, contributing to a better quality of life, decrease readmission, and reduce medical expenses. Obviously, these are important roles of oncology advanced practice nurses (APNs) (Cooke, Gemmill, & Grant, 2008).

APNs refer to clinical nurse specialists, nurse practitioners, certified registered nurse anesthetists, and certified nurse midwives, who are educationally prepared with a minimum of a master's degree in nursing and expertise in an area of specialization, and provide direct patient care (Ubonrat Toimamueang, 2003; Geest, Moons, Callens, Gut, Linpaintner, & Spirig, 2008; Murphy-Ende, 2002). Their clinical practice requires applying theories and research findings as well as skills and expertise in caring the patients for which they are responsible so as to improve the quality of care service. In short, APNs' interventions reflect professional development and the quality of nursing service (Ray & Hardin, 1995, cited in Chayanist Luevanich, 1997).

In Canada, APNs have resulted from the changes in the needs of the patients and the emergence of new medical technologies (Hanson & Hamric, 2003). In addition, the concept of APNs has expanded the scope of nursing professional expansion (Canadian Nurses Association, 2008). Similarly, Thailand Nursing Council realizes the necessity of APNs in providing complex care needs of the patients with complicated illness. Thus, actions related to APNs have been taken. The first examination for certifying APNs was held in 2003 (Somchit Hanucharunkul, 2003). At present, the requirements for eligibility in taking the examination set by Thailand Nursing Council are as follows: a master's degree in nursing certified by the Council, more than 3 years of experience in clinical practice, at least 500 hours of practice in a specialty area, and advanced nursing practice capabilities specified by the Council. There are currently 944 certified APNs, 447 of whom are APNs in medical and surgical nursing, representing the largest proportion (Somchit Hanucharunkul, 2010) including oncology APNs.

A preliminary review of the literature on the impact of APNs' interventions on cancer patients in Thailand and abroad revealed positive outcomes on the patients in terms of special care needs (Beaver, Tysver-Robinson, Campbell, Twomey, Williamson, Hindley, *et al.*, 2009), reduced length of hospital stay and complications from treatments (Helgesen, Anderson, Gustafsson, Varenhorst, Goben, Camock, *et al.*, 2000; Moore, Corner, Haviland, Wells, Salmon, Normand, *et al.*, 2002). Moreover, APNs' interventions have been found to reduce the patients' anxiety and increase care satisfaction and quality of life (McCorkle, Dowd, Ercolano, Schulman-Green, Williams, Siefert *et al.*, 2009; Ritz, Nissen, Swenson, Farrell, Sperduto, Sladek *et al.*, 2000) and reduce medical expenses (Faithfull, 2001; Verschuur, Steyerberg, Tilanus, Polinder, Essink-Bot, Tran *et al.*, 2009). Finally, some studies address the positive effects of APNs in developing nursing practice guideline (Suwaluk Wongjunlongsin *et al.*, 2007; Idell, Grant, & Kirk, 2007).

Nevertheless, there has been no systematic study to clarify oncology APNs' interventions and their outcomes. Therefore, this study aims to review, analyze, and synthesize studies on advanced practice nursing interventions and outcomes of oncology APNs, both in Thailand and abroad. It is expected that this information showing the roles, responsibilities, and outcomes of APNs will lead to further development in the role of oncology APNs providing care for cancer patients.

Objectives of the study

The objective of this study was to review, analyze, and synthesize studies related to advanced practice nursing interventions and outcomes of oncology advanced practice nurses, with the goal of summarizing and describing the clinical advanced practice nursing interventions and outcomes of oncology advanced practice nurses.

Methodology

This study reviewed research reports related to intervention and outcomes of oncology APNs from various sources and synthesized the findings to obtain a body of knowledge on oncology advanced practice nursing interventions and clinical outcomes, following the steps below:

1. Electronic searches were conducted in various databases, namely Science Direct, Ovid, PubMed, Blackwell Synergy, CINAHL, and the Cochrane library. In addition, structured websites were searched, namely <http://thesis.tiac.or.th/>, <http://www.thairesearch.in.th/>, <http://thesis.stks.or.th/>, and <http://202.28.18.232/dcims/basic.php>. Moreover, manual searches were done from nursing and medical journals, both abroad and in Thailand. The keywords used for searching were advance practice nurse/clinical nurse specialist/ nurse practitioner/oncology nurse specialist and cancer and intervention, and nursing outcome, and management, and palliative care. The data published from 1999 through 2009 were searched.

2. The inclusion criteria were as follows: the research in English or Thai full text was required focus on clinical nursing interventions and outcomes of oncology advanced practice nurses in cancer patients aged 18 and above (both male and female), those in hospital and community. The research published in more than 1 source or inaccessible in study details was excluded.

3. Quality of the individual study assessment was undertaken using criteria for evaluating research quality of the Royal College of Physician of Thailand (Evidence-Based Medicine and Clinical Practice Guidelines, the Royal College of Physician of Thailand, 2001).

4. The study reports were analyzed, synthesized, and extracted their findings, and then the extracted findings were summarized using thematic content analysis into categories (Fongcum Tilokskulchai, 2008) related oncology APN nursing interventions and outcomes.

Results

Research reports from January, 1999 to August, 2009 was searched. A total of 20 research studies were included, 17 studies (85%) conducted abroad and 3 studies (15%) done in Thailand. Among total studies, 15 studied in people with cancer (4 breast cancer, 3 gynecologic cancer, 3 prostate cancer, 2 lung cancer, 2 gastrointestinal tract cancer, and 1 head and neck cancer), three studied in cancer risk persons (1 family members of a breast cancer patient, 1 women receiving breast cancer screening, and 1 women receiving cervical cancer screening), and two studied in nursing personnel. According to the criteria for evaluating research quality of the

Royal College of Physician of Thailand (Evidence-Based Medicine and Clinical Practice Guidelines, the Royal College of Physician of Thailand, 2001), the quality of the studies was classified as Level A (experimental design with random assignment) 14 studies (Ubol Juangpanich *et al.*, 1999; Beaver *et al.*, 2009; Braithwaite, 2005; Faithfull, 2001; Hatley *et al.*, 2003; Helgesen *et al.*, 2000; Maughan & Clarke, 2001; McCorkle *et al.*, 2007; McCorkle *et al.*, 2009; Moore *et al.*, 2002; Ritz *et al.*, 2000; Verschuur *et al.*, 2009); Level B (quasi-experimental) 7 studies (Ubol Juangpanich *et al.*, 2003; Ambler *et al.*, 1999; Carlson, 2004; Cox *et al.*, 2008; Idell *et al.*, 2007; Twinn & Cheng, 1999; Wells *et al.*, 2007); and Level C (descriptive research) one study (Suwaluk Wongjunlongsin *et al.*, 2007). Data were analyzed, synthesized and extracted, generating knowledge into two categories: advanced practice nursing intervention and outcomes of oncology advanced practice nurses.

Advanced practice nursing interventions

APN provided nursing care to cancer patients in every stage of their illness, from the prevention and screening stages to the treatment stage and the follow-up stage, either in a hospital, OPD clinic, and community or at home. Such interventions aimed to improve the quality of care provided to the patients, reflecting APNs' roles in terms of care management, direct care, collaboration with interdisciplinary team, educating, mentoring, consultation, change agent, ethical reasoning and ethical decision-making, evidence-based practice, and outcome management and evaluation. Each study presented various aspects of APNs' practices and roles for nursing service quality improvement.

1. Care management

All the research reports (100%); a clinical practice nursing intervention provided by oncology APNs was related to managing the care of complex population of cancer patients and families. Care management included the continuing care and follow-up systems that provided to cancer patients for improving quality and effective services. APNs integrated current, comprehensive specialty knowledge into clinical practice and provided evidence-based practice to manage care of a variety of cancer patient including breast cancer patients (Suwaluk Wongjunlongsin *et al.*, 2007; Ubol Juangpanich *et al.*, 2003; Ambler *et al.*, 1999; Beaver *et al.*, 2009; Ritz *et al.*, 2000);

gynecologic and cervical cancer patients (Cox *et al.*, 2008; Maughan & Clarke, 2001; McCorkle *et al.*, 2009); gastrointestinal tract cancer patients, such as cholangiocarcinoma (Ubol Juangpanich *et al.*, 2003), and esophageal and gastric carcinoma (Verschuur *et al.*, 2009); urological cancer patients, such as prostate cancer (Faithfull, 2001; Helgesen *et al.*, 2000; McCorkle *et al.*, 2007) and bladder cancer (Faithfull, 2001); head and neck cancer patients (Wells *et al.*, 2007); and lung cancer patients (Hately *et al.*, 2003; Moore *et al.*, 2002). In addition, some studies addressed APNs' interventions to develop a risk assessment tool for women with a family history of breast cancer (Braithwaite, 2005), improve the breast cancer screening with mammography in women aged 40 or above (Carlson, 2004) and a screening program for cervical cancer in Chinese women (Twinn & Cheng, 1999), and develop the pain assessment and management practice guideline (Idell *et al.*, 2007).

2. Direct care

As regards direct care, all the studies (100%) related to APNs' clinical interventions in providing an expert direct care to the complex population of cancer patients. APNs integrated and applied current, advanced knowledge into clinical practice and provided evidence-based and or theory-driven treatment and care of illness, symptoms, and responses to illness using advanced nursing concepts to prevention, diagnosis, and therapeutic management of cancer. These included the development of assessment and management tools; symptom management; provision of information to the patients and their family; using a variety of strategies to enhance patients' health and well-being in all stages of illness as well as follow-up; monitoring and prescription; and ordering for laboratory tests and interpreting results from diagnostic testing (Somchit Hanucharunkul, 2010).

3. Collaboration

Thirty-five percent ($n = 7$) of the study reports reviewed, an area of APN clinical practice described was related to collaboration by organizing, coordinating services, and facilitating communication among interdisciplinary team members including nurses, physicians, relevant health team staff, the patients' family, community nurses, and community resources. APNs facilitated patients and family through and across health care settings using discharge planning, which prepared patients and families for the next phase of care and assisted making arrangements for

the transition (Somchit Hanucharunkul, 2010). In addition, APNs coordinated care by providing direct community follow-up by home visits or through telephone management. The studies which showed the APNs' role in collaboration were conducted in breast cancer patients (Ritz *et al.*, 2000), gynecological cancer patients (McCorkle *et al.*, 2009), patients with cholangiocarcinoma (Ubol Juangpanich *et al.*, 2003), head and neck cancer patients (Wells *et al.*, 2007), prostate cancer patients (McCorkle *et al.*, 2007), and lung cancer patients (Hatelly *et al.*, 2003; Moore *et al.*, 2002).

4. Empowering, educating, and mentoring

Advanced practice nursing intervention directed toward empowering, educating, and mentoring patients and families, and nursing staff was described in 15 studies (75%). APNs empowered cancer patients and families by providing education to maximize self-care capabilities; promote coping with uncertainty, and feeling of helplessness. Moreover, APNs assessed, planned, implemented, and evaluated teaching-learning experiences for the staff nurses using a variety of strategies, including the formal classes, informal bedside teaching, patient care conferences, teaching rounds, and grand rounds. Mentoring, role modeling, and preceptorship were the strategies that APNs educated novice nurses (Somchit Hanucharunkul, 2010). The studies which showed the APNs' role in empowering, educating, and mentoring were done on breast cancer patients (Ubol Juangpanich *et al.*, 1999; Ubol Juangpanich *et al.*, 2003; Ritz *et al.*, 2000); gynecologic and cervical cancer patients (Cox *et al.*, 2008; Maughan & Clarke, 2001; McCorkle *et al.*, 2009); urological cancer patients, including prostate cancer and bladder cancer (Faithfull, 2001; McCorkle *et al.*, 2007); head and neck cancer patients (Wells *et al.*, 2007); and lung cancer patients (Hatelly *et al.*, 2003; Moore *et al.*, 2002). Some of the research addressed in women with cervical cancer screening (Twinn & Cheng, 1999), women with breast cancer screening by mammography (Carlson, 2004), women using the genetic breast cancer risk assessment tool (Braithwaite, 2005), and oncology nurses using pain assessment and management practice guideline (Idell *et al.*, 2007).

5. Consultation

Consultation, an area of advanced nursing intervention, was documented in 45% (n = 9) of the studies reviewed. Consultation was described as a way to bridge

the gap between knowledge and practice and thereby promote the clinical expertise of staff in meeting patients' and families' needs. The staff nurses were assisted in acquiring new perspectives and approaches to problem solving, which are then generalized to caring for cancer patients with complex problems (Somchit Hanucharurnkul, 2010). The studies could be classified into those conducted on breast cancer patients (Ubol Juangpanich *et al.*, 1999; Ambler *et al.*, 1999; Beaver *et al.*, 2009; Ritz *et al.*, 2000); patients with cholangiocarcinoma (Ubol Juangpanich *et al.*, 2003); urological cancer patients, including prostate cancer (Helgesen *et al.*, 2000; McCorkle *et al.*, 2007); head and neck cancer patients (Wells *et al.*, 2007); and women with breast cancer risk (Braithwaite, 2005).

6. Change agent

There were 9 studies (45%) discussing change agent, involving APNs' development of a clinical practice guideline, nursing standard, new program for providing excellence in their field of specialization. Also included in this category were APNs' use of research-based knowledge as well as innovation and/or integration of innovative care approaches for improving the practice in their specialized field and evaluating the outcomes of their practice (Somchit Hanucharurnkul, 2010). The studies were conducted on breast cancer patients (Ubol Juangpanich *et al.*, 1999; Beaver *et al.*, 2009; Braithwaite, 2005); prostate and urological cancer patients (Faithfull, 2001); lung cancer patients (Moore *et al.*, 2002); cervical cancer patients (Cox *et al.*, 2008); patients with esophageal and gastric carcinoma (Verschuur *et al.*, 2009); the development of pain evaluation and management system (Idell *et al.*, 2007); and the development of clinical practice guideline for breast cancer undergoing breast surgery (Suwaluk Wongjunlongsin *et al.*, 2007).

7. Ethical reasoning and ethical decision-making

Ethical reasoning and ethical decision-making, an area of APNs' role, was documented in two studies (10%), focusing on nursing practice management including protection of the patients' rights in order for them to receive ethical, fair, and safety service (Somchit Hanucharurnkul, 2010). APNs advocated for cancer patient and family, serving as liaison between patient/family and physician. The research was conducted on breast cancer patients (Ambler *et al.*, 1999; Beaver *et al.*, 2009).

8. Evidence-based practice

Ten percent ($n = 2$) of the study reports addressed evidence-based practice, focusing on APNs' abilities in assisting nurses understand and integrating research into practice. APNs developed research based protocol and clinical practice guideline, using evidence-based practice nursing to promote quality of care improvement (Somchit Hanucharurnkul, 2010). The research was done on the development clinical practice guideline in providing surgical breast cancer patients care (Suwaluk Wongjunlongsin *et al.*, 2007) and the development of pain assessment and management based on evidence-based (Idell *et al.*, 2007).

9. Outcome management and evaluation

All the 20 studies reviewed (100%) addressed the outcome management and evaluation. Nursing outcomes were evaluated in several areas, including patient-related outcomes based on such an indicator specific to diagnosis as weight loss. The studies were conducted on patients with esophageal and gastric carcinoma (Verschuur *et al.*, 2009), respiratory distress in lung cancer patients (Hatelly *et al.*, 2003), and peripheral neuropathy (Moore *et al.*, 2002), and laboratory tests on breast cancer patients (Beaver *et al.*, 2009). APNs were also found early signs and symptoms of metastasis and respiratory problems, as in the studies on prostate and urological cancer patients (Faithfull, 2001) and lung cancer patients (Moore *et al.*, 2002).

Outcomes of APNs.

Oncology of APNs' outcomes classified as following:

1. Patient-related outcomes.

1.1 Functional status. The outcomes were measured based on the holistic indicators as functional status in patients with cholangiocarcinoma receiving chemotherapy (Ubol Juangpanich *et al.*, 2003), prostate cancer patients (McCorkle *et al.*, 2007), breast cancer patients (Ubol Juangpanich *et al.*, 1999), lung cancer patients (Hatelly *et al.*, 2003), and gynecologic cancer patients (Maughan & Clarke, 2001).

1.2 Comfort including physical, psychological and emotional comfort as well as social functions were addressed in studies on breast cancer patients (Ambler *et al.*, 1000; Ritz *et al.*, 2000), gynecologic cancer patients (Maughan &

Clarke, 2001), women with cervical cancer screening (Twinn & Cheng, 1999), and women with a family history of breast cancer (Braithwaite, 2005).

1.3 Quality of life were noted in research on breast cancer patients (Ubol Juangpanich *et al.*, 1999; Ritz *et al.*, 2000), gynecologic cancer patients (McCorkle *et al.*, 2009), cervical cancer patients (Cox *et al.*, 2008), esophageal and gastric cancer patients (Verschuur *et al.*, 2009), prostate and bladder cancer patients (Faithfull, 2001), and head and neck cancer patients (Wells *et al.*, 2007).

1.4 Knowledge related to cancer and self-care of the patients were discussed in patients with cholangiocarcinoma (Ubol Juangpanich *et al.*, 2003), women with breast cancer screening (Carlson, 2004), women with a risk of breast cancer (Braithwaite, 2005); breast cancer patients (Ubol Juangpanich *et al.*, 1999; Ritz *et al.*, 2000), gynecologic cancer patients (McCorkle *et al.*, 2009), cervical cancer patients (Cox *et al.*, 2008), prostate and bladder cancer patients (Faithfull, 2001; McCorkle *et al.*, 2007), head and neck cancer patients (Wells *et al.*, 2007); women with cervical cancer screening (Twinn & Cheng, 1999); lung cancer patients (Hatelly *et al.*, 2003; Moore *et al.*, 2002); and knowledge in pain assessment and management of nursing staff (Idell *et al.*, 2007).

1.5 Satisfaction with care, the patients were addressed in increasing of satisfaction with care in breast cancer patients (Amber *et al.*, 1999; Beaver *et al.*, 2009, prostate and bladder cancer patients (Faithfull, 2001), cervical cancer patients (Cox *et al.*, 2008); women with cervical cancer screening (Twinn & Cheng, 1999); women with a family risk of breast cancer (Braithwaite, 2005); lung cancer patients (Moore *et al.*, 2002); and breast cancer patients receiving surgical treatments (Suwaluk Wongjunlongsin *et al.*, 2007).

2. Outcomes related to professional providers.

There were two studies documenting in increasing nursing staff abilities to providing breast cancer patients undergoing surgery by development of clinical nursing guideline (Suwaluk Wongjunlongsin *et al.*, 2007). Another one was the development of pain assessment and management which increasing nursing assessment and management pain in cancer patients (Idell *et al.*, 2007).

3. Organizational outcomes.

Specifically care providing to new breast cancer patients based on transitional care framework during the transition stage (Ritz *et al.*, 2000) showed that decreasing medical expense, length of hospital stay. In addition, the development of clinical nursing approaches for breast cancer patients receiving surgical treatments (Suwaluk Wongjunlongsin *et al.*, 2007), as well as the caring for prostate cancer patients by telephone follow-up (Helgesen *et al.*, 2000) indicated decrease cost of treatment and length of hospital stay.

Discussion

Regarding research methods, the results of this study is reliable enough to be applied in nursing practice, with more than half (60%) of studies reviewed using the rigorous research designs (Level A). Furthermore, they clearly explained APNs' interventions and measured the outcomes with reliable and valid instruments, thereby increasing their quality and reliability. Moreover, most of the studies had a sufficiently large sample size, from 30 to 374, making generalization to the cancer population possible. They also had clear research procedures and followed ethics in human research.

Nevertheless, most research (85%) was conducted abroad, whereas that done in the Thai context made up only 15%, with only one study (5%) categorized in Level A. Therefore, application of the findings in Thailand must consider for appropriateness in social, cultural and economic aspects. Therefore, research that addresses APNs' interventions and outcomes on cancer patients using a rigorous methodology should be conducted in Thailand in order that evidence-based application drawing on findings derived from an appropriate context is possible.

In summary, this systematic review demonstrated that APNs' nursing interventions were care management for cancer patients with complex problems, expert direct care, and collaboration with other health care teams. They also concern the provision of knowledge to the patients and their family regarding prevention, preliminary diagnosis, self-care, cancer screening, and cancer risk assessment. In addition, the research compiled addresses the development program to providing care to cancer patients based on evidence-based and the evaluation of the programs. Also

discussed in these studies are consultation given to the patients, their family, and other nurses in solving clinical problems, as well as APNs' roles in educating and mentoring the novice nurses in caring for patients with complicated problems. These findings are closely aligned with the spheres of descriptions of APNs practices and competencies set forth by Thailand Nursing Council (Thailand Nursing Council, 2008); therefore, the way the role is conceptualized is clearly congruent with the way APNs describe what they do.

However, it should be noted that the role related ethical reasoning and ethical decision-making had been addressed only a few in the literature. Among the 20 studies, only 2 addressed ethical practice. One involved in preparing the breast cancer patients before they met their surgeon, assisting them in asking health-related questions, and accompanying with them during met their surgeon (Amber *et al.*, 1999). The other discussed the roles of APNs in protecting the patients' rights in the form as patient advocacy and coordinate among the patients and the physician or other health care staff (Beaver *et al.*, 2009). Therefore, more research should be conducted on ethical reasoning and ethical decision-making in order to obtain a clear picture of APNs' role in these regards. However, APNs clinical practices based on standard of nursing care contributing to benefit outcomes, no harmful, that reflect in ethical nursing practices.

As regards the outcomes of advanced practice nursing, positive outcomes were found on the patients, their family members, health care providers, and organizations. These outcomes were also consistent with nursing sensitive outcomes, namely prevention of complications, disease control, knowledge on the disease and dealing with the symptoms, self-care ability, the quality of life in various dimensions, and satisfaction with care (Somchit Hanucharunkul, Nuchanad Jeangsawan, & Suphamas Partiprajak, 2010). However, the outcomes related to the length of hospital stay and the cost of care that reflect the effectiveness of APNs were not explicit. It may due to relevant factors such as structure and process factors which did not analyzed. Furthermore, there were a few studies conducted on the outcomes of APNs in Thailand, calling for more studies in this area in Thailand. In addition, if one is to be conducted, it should be a rigorous designed and integrate both quantitative and

qualitative methodology so as to depict the whole picture, including both management structure and process factors and the outcomes.

Recommendations for practice

The present study reveals important findings on advanced practice nursing interventions and the outcomes of oncology APNs. The following recommendations are made.

1. The practice nursing interventions and outcomes of oncology APNs in the synthesized research should be applied in enhancing the quality of care provided to cancer patients and the role development of APNs. Specifically, the interventions used in the literature should be adapted for the continuous care by assessment and management.
2. The policies that support and improve the roles of APNs should be established by hospitals and care provision units.

Recommendations for further research

1. Most of the research related to the practice and outcomes of oncology APNs was conducted abroad. Thus, studies addressing similar issues should be conducted in the Thai context.
2. Some of the studies reviewed and synthesized had a small sample size or lacked a control group, negatively affecting their reliability. Therefore, similar research should be done on a larger sample size, following an appropriate sample size calculation method. In addition, further should include a control group and conduct in randomized controlled trial research design.

Limitations of the study

Most of the studies analyzed and synthesized were done in foreign contexts with social and cultural variations. Therefore, application of the findings in Thailand should take into consideration.

รายการอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สถิติสาธารณสุขประจำปีพ.ศ. 2550*. Retrieved April 10, 2010, from [http://www.lbps.ops.mop.go.th/Healthinformation/สถิติ 50/2.4.1-51.pdf](http://www.lbps.ops.mop.go.th/Healthinformation/สถิติ%2050/2.4.1-51.pdf).
- กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *สถิติสาธารณสุขประจำปีพ.ศ. 2551*. Retrieved April 10, 2010, from [http://www.lbps.ops.mop.go.th/Healthinformation/สถิติ 51/2.4.1-51.pdf](http://www.lbps.ops.mop.go.th/Healthinformation/สถิติ%2051/2.4.1-51.pdf).
- กฤษณ์กมล บุญธาดา. (2546). *การศึกษาการรับรู้และความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีผลต่อโรคมะเร็งและการฉายรังสี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กันยาพร การแข็ง, นงนุช บุญยัง และ อังศุมา อภิชาติ. (2551). *การพัฒนาสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้. สงขลาครินทร์เวชสาร*, 26(3), 253-259.
- คณะกรรมการ Evidence-based Medicine & Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). *คำแนะนำการสร้าง "แนวทางเวชปฏิบัติ" (Clinical Practice Guidelines). สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย*, 18(6), 36-47.
- กณีนิจ พงศ์ถาวรกุล. (2548). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในมุมมองแบบองค์รวม*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเพื่อเฉลิมพระเกียรติ ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี เนื่องในโอกาสทรงเจริญพระชันษาครบ 4 รอบ เรื่อง Advanced Oncology Care for Nurses, กรุงเทพฯ.
- ชวนพิศ นรเดชาพันธ์. (2547). *เคมีบำบัด: หลักการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชญาธิศ ลือวานิช. (2540). *ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน: แนวคิดที่สำคัญสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง*. *สารสภากาพยาบาล*. 12(2): 24-29.
- ชูศรี คุชชีสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, สุจิตรา วราอัสวปติ, พนอ เตชะอธิก, นพพร เขาวะเจริญ, อุบล จัวงพานิช และคณะ. (2543). *การจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีระบบเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์.มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.

- นันทน์ภัต ยูทธิงสงศ์. (2552). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นวลจันทร์ พรหมศรีพิทักษ์. (2543). ความหวังกับการเผชิญความเครียดของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บัวธร เวชพันธ์. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับ การรักษาคด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2550). แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. เอกสารประกอบการเรียนการสอนวิชาแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (เอกสารอัดสำเนา).
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2553). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและการจัดการรายกรณี. ในสมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี. (บรรณาธิการ). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: นูรณาการสู่การปฏิบัติ (หน้า 149-159). กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุฑทอง จำกัด.
- ปาริฉัตร กุลยาบาล. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2553). พัฒนารูปแบบของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพไทย. ในสมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี. (บรรณาธิการ). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: นูรณาการสู่การปฏิบัติ (หน้า 77-86). กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุฑทอง จำกัด.
- พรทิพย์ มาลาธรรม และ ประคอง อินทรสมบัติ. (2549). การประเมินคุณภาพการพยาบาล: ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 12(1), 25-35.
- ฟองคำ ติลกสกุลชัย. (2551). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภูมรินทร์ มาลารัตน์ และ ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร. (2551). คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 52(3), 205-216.

- วีณา จีระแพทย์. (2544). *สารสนเทศทางการพยาบาลและทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ วินิจสร, จิราภรณ์ ทองสุโขติ และ พัสมณท์ คุ่มทวีพร. (2548). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและรักษาด้วยรังสี เคมีบำบัด*. กรุงเทพฯ: ฮายานูสะ กราฟฟิค.
- สถานวิทยามะเร็งศิริราช. (2548). *STATISTICAL REPORT 2005*. Retrieved March 9, 2010, from <http://www.si.mahidol.ac.th/th/department/cancer/document/TR 2005.pdf>
- สถานวิทยามะเร็งศิริราช. (2549). *STATISTICAL REPORT 2006*. Retrieved March 9, 2010, from <http://www.si.mahidol.ac.th/th/department/cancer/document/TR 2006.pdf>
- สถานวิทยามะเร็งศิริราช. (2550). *STATISTICAL REPORT 2007*. Retrieved March 9, 2010, from <http://www.si.mahidol.ac.th/th/department/cancer/document/TR 2007.pdf>
- สภาการพยาบาล. (2546). *แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สภาการพยาบาล. (2551). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาต่างๆ*. Retrieved March 21, 2009, from <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2552/E/016/28.PDF>.
- สุปานิ เสนาดิสัย. (2553). การใช้และพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. ในสมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์กิติ. (บรรณาธิการ). *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บุรณาการสู่การปฏิบัติ* (หน้า 149-159). กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุฑทอง จำกัด.
- สุวลักษณ์ วงศ์จรโรลงคิล, จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี และสายพร รัตนเรืองวัฒนา. (2550). การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด. *รามาริบดีพยาบาลสาร*, 13(1), 40-52.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2547). บทบาทและสมรรถนะพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 24(1), 45-52.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). *แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง ความสำเร็จในงานของ APN. โรงแรมริชมอนด์, นนทบุรี.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2553). พัฒนาการของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. ในสมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์กิติ. (บรรณาธิการ). *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บุรณาการสู่การปฏิบัติ* (หน้า 13-38). กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุฑทอง จำกัด.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2553). *แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง*. ในสมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์กิติ. (บรรณาธิการ). *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บุรณาการสู่การปฏิบัติ* (หน้า 39-56). กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุฑทอง จำกัด.

- สมจิต หนูเจริญกุล, นุชนาฏ แจ่มสว่าง และสุกามาศ ผาติประจักษ์. (2553). ผลลัพธ์และการประเมินผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. ในสมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์กคดี. (บรรณาธิการ). *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ* (หน้า 87-114). กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุกทอง จำกัด.
- อรัญญา นามวงศ์. (2542). พฤติกรรมป้องกันตนเองของพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิรดี ลดาวัลย์. (2547). การสำรวจอาการที่บ่งบอกและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อุบล จ้างพานิช, สมจิตร ห่องบุตรศรี, รัชนิพร คนชุม. (2542). ผลการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเอง และให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านม และได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด. งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุบล จ้างพานิช, อารมณ์ ทวะลี, สุริพร คณาเสน และ สุพิศตรา สุขุมาลัย. (2546). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด. แผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์.
- อุบลรัตน์ ต้อยมาเมือง. (2546). ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. *เจาะลึกการพยาบาล*, 1(1), 1-2.
- Ambler, N., Rumsey, N., Harcourt, D., Khan, F., Cawthorn, S., & Barker, J. (1999). Specialist nurse counselor interventions at the time of diagnosis of breast cancer: Comparing advocacy with a conventional approach. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 4453-453.
- Beaver, K., Tysver-Robinson, D., Campbell, M., Twomey, M., Williamson, S., Hindley, A., et al. (2009). Comparing hospital and telephone follow-up after treatment for breast cancer: randomized equivalence trial. *British Medical Journal*, 338, 1-9.
- Braithwaite, D., Sutton, S., Mackay, J., Stein, J., & Emery, J. (2005). Development of a risk assessment tool for women with a family history of breast cancer, *Cancer Detection and Prevention*, 29, 433-439.
- Canadian Nurses Association. (2008). Advanced nursing practice: A national framework. Retrieved March 21, 2009, from <http://www.cna-aiic.ca>.

- Carper, E., & Haas, M. (2006). Advanced practice nursing in radiation oncology. *Seminars in Oncology Nursing*, 22(4), 203-211.
- Carlson, R. S. (2004). *The effect of a nurse practitioner intervention on women referred for screening mammography*. Unpublished doctoral dissertation, University of San Diego.
- Cooke, L., Gemmill, R., & Grant, M. (2008). Advanced practice nurses core competencies. *Clinical Nurse Specialist*, 22(5), 218-225.
- Cox, A., Bull, E., Cockle-Hearne, J., Knibb, W. Potter, C., & Faithfull, S. (2008). Nurse led telephone follow up in ovarian cancer: A psychosocial perspective. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 412-417.
- Cummings, G., & McLennan, M. (2005). Advanced practice nursing. *The Journal of Nursing Administration*, 35(2), 61-66.
- Cunningham, S.R. (2004). Advanced practice nursing outcomes: A Review of Selected Empirical Literature. *Oncology Nursing Forum*, 31(2), 219-232.
- Drake, D., Falzer, P., Xistris, D., Robinson, G., & Roberge, M. (2004). Physical fitness training: Outcomes for adult oncology patients. *Clinical Nursing Research*, 13, 245.
- Faithfull, S., Corner, J., Meyer, L., Huddart, R., & Dearnaley, D. (2001). Evaluation of nurse-led follow up for patients undergoing pelvic radiotherapy. *British Journal of Cancer*, 85(12), 1853-1864.
- Ferrell, R. B., Virani, R., Smith, S., & Juarez, G. (2003). The Role of Oncology Nursing to Ensure Quality Care for Cancer Survivors: A Report Commissioned by the National Cancer Policy Board and Institute of Medicine. *Oncology Nursing Form*, 30(1), 1-11.
- Geest, D.S., Moons, P., Callens, B., Gut, C., Lindpaintner, L., & Spirig, R. (2008). Introducing advanced practice nurses / nurse practitioners in health care systems: A framework for reflection and analysis. *Swiss Medical Weekly*, 138(43-44), 621-628.
- Hanson, M.C., & Hamric, B.A. (2003). Reflections on the continuing evolution of advance practice nursing. *Nursing Outlook*, 51, 203-211.

- Hately, J., Laurence, V., Scott, A., Baker, R., & Thomas, P. (2003). Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer. *Palliative Medicine*, 17(5), 410-417.
- Helgesen, F., Anderson, S.O., Gustafsson, O., Varenhorst, E., Goben, B., Camock, S., et al. (2000). Follow-up of prostate cancer patients by on-demand contacts with a specialist nurse. *Scandinavian Journal Urology Nephrology*, 34, 55-61.
- Idell, S.C., Grant, M., & Kirk, C. (2007). Alignment of pain reassessment practices and national comprehensive cancer network guidelines. *Oncology Nursing Forum*, 34(3), 661-671.
- Ingersoll, L.G., McIntosh, E., & Williams, M. (2000). Nurse-sensitive outcomes of advanced practice. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1272-1281.
- Johnson, M., & Yarbrow, H.C. (1993). *Principles of oncology nursing*. Retrieved June 9, 2010, from <http://www.cancer.org/downloads/pub/DOCS/SECTION20/70.pdf>
- Kelley, G.C., Daly, J.B., Anthony, K.M., Zauszniewski, A.J., & Stange, C.K. (2002). Nurse practitioners and preventive screening in the hospital. *Clinical Nursing Research*, 11(4), 433-449.
- Lynch, P.M., Cope, G.D., & Murphy-Ende, K. (2001). Advanced practice issues: Results of the ONS advanced practice nursing survey. *Oncology Nursing Forum*, 28(10), 1521-1530.
- Maughan, K., & Clarke, C. (2001). The effect of a clinical nurse specialist in gynaecological oncology on quality of life and sexuality. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 221-229.
- McCorkle, R., Siefert, L.M., Dowd, F.M., Robinson, P.J., Pickett, M. (2007). Effect of advanced practice nursing on patient and spouse depressive symptoms, sexuality function, and material interaction after radical prostatectomy. *Urologic Nursing*, 27(1), 65-77.
- McCorkle, R., Dowd, M., Ercolano, E., Schulman-Green, D., Williams, L.A., & Siefert, L.M. (2009). Effects of a nursing intervention on quality of life outcomes in post-surgical women with gynecological cancers. *Psychology-Oncology*, 18, 62-70.
- Moore, S., Corner, J., Haviland, J., Wells, M., Salmon, E., Normand, C., et al. (2002). Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer: Randomized trial. *British Medical Journal*, 325, 1-7.

- Murphy-Ende, K. (2002). Advanced practice nursing: Reflections on the past, issues for the future. *Oncology Nursing Forum*, 29(1), 106-112.
- Ritz, J.L., Nissen, J.M., Swenson, K.K., Farrell, B.J., Sperduto, W.P., Sladek, L.M., et al. (2000). Effects of advanced nursing care on quality of life and cost outcomes of women diagnosed with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 27(6), 923-932.
- Sheer, B., & Wong, Y.K.F. (2008). The development of advanced nursing practice global. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 204-211.
- Skalla, A.K., & Caron, A.P. (2008). Building a collaborative hematology/ oncology advanced nursing practice: Part I. *Oncology Nursing Forum*, 35(1), 29-32.
- Spross, A.J., & Heaney, A.C. (2000). Shaping advanced nursing practice in the new millennium. *Seminars in Oncology Nursing*, 16(1), 12-24.
- Twinn, S., & Cheng, F. (1999). A case study of the effectiveness of nurse-led screening programmes for cervical cancer among Hong Kong Chinese women. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1089-1096.
- Verschuur, E., Steyerberg, E., Tilanus, H., Polinder, S., Essink-Bot, M.L., Tran, K., et al. (2009). Nurse-led follow-up of patients after esophageal or gastric cardia cancer surgery: A randomized trial. *British Journal of Cancer*, 100, 70-76.
- Wells, M., Donnan, P.T., Sharp, L., Ackland, C., Fletcher, J., & Dewar, J.A. (2008). A study to evaluate nurse-led on-treatment review for patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1428-1439.
- WHO. (2010). Cancer. Retrieved June 3, 2010, from <http://www.emro.who.int/ncd/cancer.htm>
- Wongkpratoom, S., Srisuphan, W., Senaratana, W., Nantachaipan, P., & Sritanyarat, W. (2010). Role Development of Advanced Practice Nurses in Thailand. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(2), 162-177.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล

นางสาวปณิตฐา นาคช่วย

วัน เดือน ปี เกิด

30 พฤษภาคม 2523

สถานที่เกิด

จังหวัดตรัง

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2541 - 2545

พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550 - 2553

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การพยาบาลผู้ใหญ่)

ทุนการศึกษา

ทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช

ที่อยู่ปัจจุบัน

30/34 ถ.โรงเรียน ต.ทับเที่ยง อ.เมือง จ.ตรัง

e-mail: sipna@mahidol.ac.th

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

หอผู้ป่วยอัมพฤกษ์ 10 เหนือ ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร

ตำแหน่ง : พยาบาล พม.