



การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลหนองคาย

บัวแก้ว ศรีจันทร์ทอง พย.ม.* ณพชา สุวรรณศรี พย.ม.** ลิกิจ ไชราฤทธิ์ พย.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลหนองคาย กลุ่มผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 11 คน สหสาขาวิชาชีพ 4 คน และผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด non-hodgkin's lymphoma ที่มารักษาในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2559 – 30 กันยายน พ.ศ.2560 จำนวน 30 ราย ดำเนินการวิจัยตามกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & Mc Taggart (4 ขั้นตอน คือ วางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล) และ Donabedian model (3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์) เครื่องมือประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยผู้จัดการรายกรณี การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบที่วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีการพัฒนาด้านโครงสร้าง และด้านกระบวนการ โดยใช้การจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การประสานงาน การติดตามกำกับ และประเมินผลวิจัย พบว่า 1) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังการได้รับยาเคมีบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่สองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 3) ความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.53$) จากคะแนน 1-5 4) พยาบาลมีสมรรถนะด้านความรู้ ร้อยละ 90.8 ทักษะการปฏิบัติตามแนวทางการให้ยาเคมีบำบัดร้อยละ 97.7 การปฏิบัติตามระบบบริการพยาบาล ร้อยละ 96 และความคิดเห็นของพยาบาลต่อระบบบริการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X}=4.59$ จากคะแนนเต็ม 5 5) ผลลัพธ์ด้านคุณภาพว่าไม่พบความผิดพลาดทางยาเคมีบำบัด (ระดับ GHI) การเกิดยาเคมีบำบัดรั่วออกนอกเส้น และการเกิดภาวะปฏิกิริยาภูมิไวเกิน อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ด้วยภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 20 และการปฏิเสธการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

การพัฒนาระบบ การบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้การจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพทำให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ควรมีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลให้เป็นผู้จัดการรายกรณีเพิ่มขึ้นและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณีในระบบบริการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย



The Development of Nursing Services System for Patients with Lymphoma receiving chemotherapy at Nongkhai Hospital

Buakaew Srichanthong M.N.S* Natacha Suwannasri M.N.S** Likit Horalith M.N.S**

Abstract

This action research aimed to develop the nursing services system for patients with lymphoma receiving chemotherapy and to study its outcomes at Nong Khai Hospital. The participants were eleven nurses, four health care professionals and 30 non-hodgkin's lymphoma patients admitted during October 1, 2016 to September 30, 2017. The study methodology followed the regulation of Kemmis & Mc Taggart (Planning Acting Observing Reflecting) and the Donabedian model.(Structure Process Outcome) The tools were the lymphoma's patient care system receiving chemotherapy, which were operated by case managers. Data were collected by using observation, interview, test, focus group, and questionnaire. Quantitative data were analyzed by descriptive statistic and pair t-test. Qualitative data were analyzed by content analysis.

The results showed that the nursing services system of lymphoma's patients receiving chemotherapy developed a structure and process by nurse case management system and coordinating of multidisciplinary team including the planning of Lymphoma management guideline, coordination, monitoring, and evaluation. The outcomes of the development of nursing services system are as follows: 1) The mean score of patients quality of life after receiving chemotherapy were statistically higher than those before ($p < 0.01$), 2) The mean score of self care behavior after receiving the 2nd chemotherapy were statistically higher than those in the 1st chemotherapy ($p < 0.01$), 3) The mean score of patients' satisfaction was at the highest level ($\bar{X} = 4.53$ from 5), 4) The knowledge competency of nurse were at 90.8% , skill competency of nurses were at 97.7% ,nursing practice using the guideline from the development of nursing services system were at 96% and they agreed to use the development of nursing service system at highest level ($\bar{X} = 4.59$ from 5), 5) The quality outcomes were revealed that the chemotherapy error (GHI Level) including extravasations and hypersensitivity were not occurred. The adverse event of complication was at 20% and there was no patients denied chemotherapy treatment.

The development of nursing service system of lymphoma's patients receiving chemotherapy by nurse case manager and multidisciplinary teams approaches had led to enhancing nursing competencies which can improve patients' quality of life. It also suggests to promote more nurse case managers and continuity sharing knowledge of case management with multidisciplinary health care team to improve quality of care in this group of patients.

Keywords: case management in nursing services system; patients with lymphoma receiving chemotherapy

*Registered Nurse, Senior Professional Level Nongkhai Hospital

**Registered Nurse, Professional Level Nongkhai Hospital



บทนำ

มะเร็งต่อมน้ำเหลืองเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยได้ยกให้วันที่ 15 กันยายนของทุกปีเป็นวันมะเร็งต่อมน้ำเหลืองโลก ในประเทศไทย อุบัติการณ์โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองจำนวน 10 คนต่อแสนประชากร โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 3,000 รายหรือเทียบเท่า 8 รายต่อวัน ติดอันดับ 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบบ่อย¹ ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน อาจมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ พันธุกรรม โรคภูมิแพ้ตนเอง และจากสิ่งแวดล้อม การสัมผัสสารเคมียาฆ่าแมลง เป็นต้น เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ร้อยละ 60 อาการของโรคคือต่อมน้ำเหลืองโต มักพบที่ลำคอ ไม่เจ็บ แต่ถ้าลูกกลมอาจอ่อนเพลีย ชีต ไข้ หนาวสั่น เหงื่อออกตอนกลางคืน ค้น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย โรคนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL) ซึ่งพบมากกว่า Hodgkin's Lymphoma (HL) 8 เท่า ประเภท NHL แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดลุกลามช้า และชนิดรุนแรง ถ้าไม่รักษาจะเสียชีวิตได้ภายใน 6 เดือน-12 ปี แต่ถ้ารักษาได้ทันทั่วทั้งที่มีโอกาสหายด้วยยาเคมีบำบัด² ยาที่นิยมใช้ คือสูตรยา CHOP (Cyclophosphamide-Hydroxydaunomycin (Doxorubicin)-Oncovin (Vincristine) Prednisolone ได้รับยาร้อยละ 1.5-2 ซ.ม. ทุก 21 วัน จำนวน 6-8 รอบ³ มีอาการข้างเคียง ได้แก่ เม็ดเลือดขาวต่ำ ภูมิต้านทานต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน ชามือเท้า ผอมว่อง ท้องผูก เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ ปากอักเสบ อ่อนเพลีย ผื่นหนังคัน และกระเพาะปัสสาวะอักเสบ^{4,5} และเมื่อมีอาการรุนแรงต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลส่งผลต่อภาระของญาติ คุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นพยาบาลควรมีสมรรถนะในการลดความเสี่ยงในการบริหารยาความเสี่ยงสูง ลดอันตรายจากการสัมผัสสารเคมีที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานและสิ่งแวดล้อมได้⁶ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น^{7,8} ลดความรุนแรงของอาการข้างเคียง⁹ การส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย¹⁰ ดังนั้นควรมีการพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดให้มีคุณภาพ เพื่อลดอุบัติการณ์ Extravasation และภาวะ Hypersensitivity และส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลหนองคาย เริ่มให้บริการในพ.ศ. 2558 จากการสัมภาษณ์ทีมพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยมะเร็ง

ที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวบรวมข้อมูลพบว่าการบริการพยาบาลยังไม่มีทิศทางเดียวกัน ขาดความต่อเนื่อง ขาดความครอบคลุมทุกมิติ ขาดการติดต่อสื่อสาร และทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบแยกส่วน การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีค่าใช้จ่ายสูง ใช้เวลาการรักษานาน ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด ไม่มีระบบให้คำปรึกษาด้านยาเคมีบำบัด และไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านจากพยาบาลชุมชน ไม่มีการประเมินภาวะทุพโภชนาการ ไม่มีระบบการพยาบาลที่เป็น การสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์การบริการที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาเคมีบำบัด พบการเกิด Extravasation 1 ราย และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยไม่มีความพึงพอใจเนื่องจากได้รับยาเคมีบำบัดซ้ำ และผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมีความเครียดกลัวตาย ทำให้ผู้ป่วยในฐานผู้นำทางการพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดระบบบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ปลอดภัย ได้คุณภาพ และมาตรฐาน ภายใต้ข้อจำกัดด้านโครงสร้าง ได้ตระหนักถึงปัญหาในการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดเนื่องจากเป็นโรคที่ต้องรักษาใช้เวลานานประมาณ 6 เดือน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงจึงได้เริ่มให้มีการพัฒนาระบบบริการพยาบาลโดยมีผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานงานเพื่อบริการผู้ป่วยเป็นระบบ มีการจัดการที่ดีผู้จัดการรายกรณีเป็นแกนหลักในการพัฒนาคุณภาพแบบมีส่วนร่วม และประสานการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยแบบรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย อัตราภาวะแทรกซ้อนลดลง Case Management America Nurse Association (ANA)¹¹ ได้ให้ความหมายการจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการจัดการบริการสุขภาพ มีเป้าหมายในการจัดการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการทำงานแบบแยกส่วน เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่าย นอกจากนี้เป็นการจัดระบบการดูแลที่มุ่งผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยภายในระยะเวลาที่กำหนดและการบริหารทรัพยากรที่เหมาะสม¹² เป็นกระบวนการสร้างความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ปฏิบัติ ประสานงาน ติดตาม และประเมิน เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยการสื่อสาร ใช้ทรัพยากรนำไปสู่คุณภาพและคุณค่า¹³ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการพัฒนากระบวนการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองโดยใช้ระบบผู้จัดการรายกรณี โดยการมีส่วนร่วมของ



สหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติ เพื่อให้
เกิดผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการอย่างมีคุณภาพ

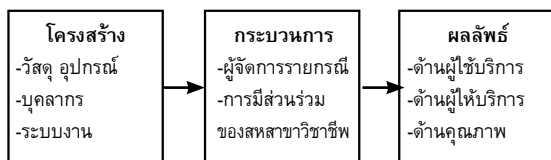
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อม
น้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลหนองคาย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการพยาบาลไป
ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมี
บำบัด ด้านผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการ และคุณภาพบริการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อม
น้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด



ตามแนวคิด Donabedian Model (2003) Kemmis & Mc Taggart

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action
Research) ของ Kemmis & Mc Taggart¹⁴ ประกอบด้วย
4 ขั้นตอน คือ การวางแผนการพัฒนาระบบ (Planning) การ
ปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อน
ผล (Reflecting) ประชากรคือกลุ่มผู้ร่วมวิจัย คัดเลือกแบบ
เฉพาะเจาะจง

ผู้ร่วมวิจัย 2กลุ่ม คือ 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา 1 คน เภสัชกรที่รับผิดชอบ
ยาเคมีบำบัด 1 คน โภชนาการผู้รับผิดชอบการประเมิน
ภาวะทุพโภชนาการ 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน
พยาบาล ICN: Infection Control Nurse 1 คน พยาบาล
COC: Continuity Care Nurse 1 คน พยาบาลผู้จัดการราย
กรณี 1 คน และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน พยาบาล
ผู้ผ่านการอบรม เป็นพยาบาลเคมีบำบัด จำนวน 4 คน และ
พยาบาลประจำการประจำหน่วยงาน 3 คน และ 2) ผู้ป่วย
ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ชนิด Non-
Hodgkin's Lymphoma (NHL) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม
2559-30 กันยายน 2560 และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
จำนวน 30 ราย ได้รับการรักษาด้วยสูตรยา CHOP

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตใช้แบบสอบถาม
ประยุกต์มาจาก The Functional Assessment of Cancer
Therapy –Lymphoma (FACT-Lym Thai Version 4)
วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha
coefficient of Cronbach scale) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85
เป็นมาตรวัด Likert Scale 0-4 คะแนน ประเมินคุณภาพ
ชีวิต 5 ระดับ คือระดับต่ำ ถึงสูงมาก

2) แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย
มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตาม
ทฤษฎีของโอเรม ได้ค่า content validity of index; CVI
เท่ากับ 0.9 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า
เชื่อมั่น 0.88 เป็นมาตรวัด 3 ระดับ (0-2 คะแนน) ประเมิน
การดูแลตนเองเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ถึงระดับมาก

3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบบริการผู้ป่วย
มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตาม
แนวคิดของ Erikson ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.87 และค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเชื่อมั่น 0.89
เป็นมาตรวัด 0-5 คะแนน ประเมินเป็น 5 ระดับ คือ ความ
พึงพอใจน้อยที่สุด ถึงมากที่สุด

4) แบบทดสอบสมรรถนะด้านความรู้ของพยาบาล
ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.9 ตรวจสอบความเชื่อ
มั่น Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.86

5) แบบทดสอบสมรรถนะทักษะการปฏิบัติตาม
แนวทางการให้ยาเคมีบำบัดผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ค่า CVI เท่ากับ
0.9 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของ Kuder-Richardson
(KR-20) เท่ากับ 0.82

6) แบบประเมินการปฏิบัติตามระบบบริการพยาบาล
ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยสร้าง
ขึ้น ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.9 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของ
Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.89 ประเมินเป็น
ปฏิบัติได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน

7) แบบสอบถามความคิดเห็นพยาบาลต่อระบบการ
บริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมี
บำบัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ค่า CVI เท่ากับ 0.9 และได้ค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.9 เป็นมาตรวัด
0-5 คะแนน ประเมินความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ คือ ระดับ
น้อยที่สุด ถึงมากที่สุด



8) ผลลัพธ์ด้านคุณภาพผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดเปรียบเทียบตามปีงบประมาณ 2559-2560

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัย และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลหนองคาย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมวิจัย (สิงหาคม-กันยายน 2559)

โดยการวิเคราะห์สถานการณ์การบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดังนี้ 1) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ชนิด Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL) เคยเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลหนองคาย ปี พ.ศ.2558 รวบรวมข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การดูแล 2) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องโรค อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน 3) สังเกตขั้นตอนการปฏิบัติงานของพยาบาลและระบบการบริการพยาบาลเพื่อเป็นข้อมูลในการนำมาวางแผนและปรับปรุงระบบงาน 4) จัดประชุมระดมสมองร่วมกับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าประชุมแสดงความคิดเห็นแนวทางการพัฒนางาน ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลนำมาวางแผนพัฒนาระบบการบริการพยาบาล ตามขั้นตอนของ Kemmis & Mc Taggart¹⁴ และใช้แนวคิดของโดนาปีเดียน¹⁵ มาประยุกต์ใช้ได้ข้อสรุปดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง 1) ไม่มีหอผู้ป่วยรับผู้ป่วยเฉพาะมะเร็งแต่เป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม รับผู้ป่วยทางอายุรกรรมทั่วไป 2) บุคลากรไม่ได้รับการอบรมเป็นพยาบาลเคมีบำบัดครบทุกคน ในหน่วยงานผ่านการอบรมเคมีบำบัด 4 คน (ร้อยละ 44.4) อัตรากำลังพยาบาล 4 คน ดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเฉลี่ย 5 ราย/วัน และผู้ป่วยอายุรกรรม 15 ราย/วัน 3) ระบบงาน ไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง fast track ตั้งแต่ OPD Admitted จนกลับบ้าน ที่ได้มาตรฐาน ไม่มีระบบการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย ไม่มีระบบการจัดเตรียมเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมจำหน่ายและส่งต่อให้พยาบาลในชุมชนได้เยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และไม่มีระบบนิเทศทางคลินิกที่ชัดเจน

2. ด้านกระบวนการ ขาดการมอบหมายพยาบาลเป็นระบบผู้จัดการรายกรณี และขาดการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ

3. ด้านผลลัพธ์ พบว่าในปีงบประมาณ 2558 ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 30 ราย ผู้ป่วย เมื่อมารับบริการตั้งแต่ OPD จนจำหน่ายกลับบ้านล่าช้า ใช้เวลา 12 ชม. และพบภาวะรั่วซึมของยาเคมีบำบัด (Extravasation) จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 3.3) ปฏิเสธการมารับยาเคมีบำบัดตามนัด 5 ราย (ร้อยละ 16.7) Re Admitted ด้วยอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ได้แก่ Anemia 3 ราย (ร้อยละ 10) Febrile neutropenia 3 ราย (ร้อยละ 10) Oral mucositis 4 ราย (ร้อยละ 13.3) ไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยา

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ด้านการวางแผน (Planning) มีการเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้าง ได้แก่ ด้านสถานที่สิ่งแวดล้อม ด้านอุปกรณ์เครื่องมือ ด้านความพร้อมของบุคลากร โดยพัฒนาศักยภาพพยาบาล ใช้ระบบพยาบาลที่เลี้ยงประเมินสมรรถนะด้านความรู้เรื่องโรคและทักษะการให้ยาเคมีบำบัด มีการนิเทศทางคลินิก มีระบบการจัดการรายกรณี (Nurse Case Manager NHL) โดยแต่งตั้งพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และทีมสหวิชาชีพ มีการเตรียมความพร้อมของทีมโดยการศึกษาดูงานโรงพยาบาลมะเร็ง ด้านระบบงานจัดให้มีระบบบริหารจัดการโดยใช้ระบบ fast track ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดระบบ day care unit ไม่ต้องนอนค้างคืนในโรงพยาบาล การใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระบบการพัฒนาการลงโปรแกรม Thai cancer base ให้เป็นปัจจุบัน ระบบการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ระบบให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย การเสริมพลังอำนาจ และพัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง ด้านกระบวนการโดยผู้จัดการรายกรณีเป็นแกนหลักในการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 2 นำแผนไปปฏิบัติ (Acting) (ตุลาคม พ.ศ. 2559-มีนาคม พ.ศ.2560) โดยนำแผนไปใช้ การพัฒนา ดังนี้ 1) วางแผนการดูแลผู้ป่วยใช้การสื่อสารในระบบการดูแลที่สร้างขึ้นร่วมกันและเป็นศูนย์กลางของการติดต่อสื่อสารของทีม 2) การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ติดตามทีม



ร่วมตรวจเยี่ยมผู้ป่วย รายงานความก้าวหน้าและร่วมปรับแผนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง 3) ติดตามกำกับโดยรวบรวมข้อมูลกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ และปัญหาความแปรปรวนหรือความเสี่ยง ช่วยทบทวนหาแนวทางปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาพยาบาล 4) การประเมินผลคุณภาพการดูแลรักษา

ขั้นตอนที่ 3 ด้านการสังเกตผล (Observing) พบว่า การใช้ระบบผู้จัดการรายกรณี ชี้ให้เห็นกิจกรรมการปฏิบัติที่ปรับเปลี่ยนไปจากระบบเดิมอย่างชัดเจน ทั้งด้านระบบบริหาร แนวทางขั้นตอนการดูแล การสื่อสาร ประสานงาน และการพัฒนาสมรรถนะของทีมงานพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ลดขั้นตอน ลดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลจาก 12 ชม. เป็น 6 ชม. มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังให้ยาเคมีบำบัดมากกว่าก่อนให้ยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 2 สูงกว่ารอบที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ไม่เกิดภาวะ Extravasation และ Hypersensitivity ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา พบการมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re admitted) ด้วยอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ได้แก่ ภาวะซีด (Anemia) 3 ราย ที่จำเป็นต้องให้เลือด Febrile neutropenia จำนวน 1 ราย Oral mucositis 2 ราย พบความแปรปรวน ความเสี่ยงที่พบ คือไม่สามารถติดต่อเยี่ยมทางโทรศัพท์ได้ในผู้ป่วยที่มาจาก สป.ป.ลาว 1 ราย ผู้ป่วยมีอาการทุพโภชนาการเนื่องจากการมีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ไม่รับประทานอาหารทำให้น้ำหนักลด ผู้จัดการรายกรณี ประสานงานกับโภชนาการดำเนินการประเมินและแนะนำการรับประทานอาหาร ประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Triage: NT) ไม่พบความเสี่ยงในรอบให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3

ขั้นตอนที่ 4 ด้านสะท้อนผล (Reflecting) มีการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์สาเหตุและหาแนวทางแก้ไขในกลุ่มผู้ป่วย Re Admitted ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) อยู่ใน Stage III ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (CHOP) ขนาดสูง ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ผู้จัดการรายกรณีมีการทบทวนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากปัญหาดังกล่าวได้มีการพัฒนางานจรรยาบรรณที่ 2 มีการวางแผนสู่การปฏิบัติ (เมษายน-สิงหาคม พ.ศ. 2560)

- 1) มีระบบประเมินความเสี่ยงภาวะทุพโภชนาการผู้ป่วย

ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล กรณีที่พบความเสี่ยง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานงานโภชนาการประเมินความเสี่ยงและจัดอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และรายงานข้อมูลปัญหาของผู้ป่วยแก่แพทย์เพื่อเป็นข้อมูลในการรักษา 2) ปรับปรุงระบบการให้ข้อมูลและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก โดยสอนให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ให้ดูแลความสะอาดช่องปากให้ถูกต้อง 3) จัดทำแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองตามระดับสถานบริการและแนวทางการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเชื่อมโยงครบวงจร ในเครือข่ายจังหวัดหนองคาย 4) ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เมื่อถือและไลน์กลุ่มให้ผู้ป่วยและญาติโดยเฉพาะ สป.ป.ลาว ให้สามารถปรึกษาได้ และติดตามอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดผู้ป่วยทุกราย 5) มีระบบให้คำปรึกษาด้านยาเคมีบำบัดจากเภสัชกรทุกราย

จากการสังเกตผลพบว่า ผลลัพธ์การพยาบาลไม่พบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น การสะท้อนผลมีการนำแผนสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วนทำให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่ดี

ระยะที่ 3 การประเมินผล (กันยายน พ.ศ. 2560) ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงเวลา 8.00-16.00 น. ทุกวันพุธ รวบรวมข้อมูลลงทะเบียนผู้ป่วยและตรวจสอบความถูกต้อง สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อระบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์การบริหารพยาบาล ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และตรวจสอบการบันทึกข้อมูลโปรแกรม Thai cancer base และข้อมูลภาวะแทรกซ้อน การตรวจสอบบันทึกการพยาบาลสะท้อนผลการปฏิบัติงานสาเหตุปัญหาอุปสรรค เมื่อสิ้นสุดการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบร้อยละคะแนนคุณภาพชีวิตก่อน และหลังการได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้การทดสอบที (t-test) เปรียบเทียบเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองการได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 1 และรอบที่ 2 ใช้การทดสอบ t-test



ผลการวิจัย

การพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดทำให้เกิดความชัดเจนของทิศทางการพยาบาล เกิดคุณภาพ เนื่องจากมีความพร้อมของโครงสร้าง อุปกรณ์เครื่องใช้ มีการบริหารจัดการที่ดีตามระบบที่วางไว้ สามารถปฏิบัติตามได้ บุคลากรพยาบาลมีสมรรถนะ สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตามแนวทางที่กำหนดเป็นทิศทางเดียวกัน มีการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นแกนหลักพัฒนาคุณภาพแบบมีส่วนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เกิดผลลัพธ์ดังนี้

1. ด้านผู้ให้บริการ 1) ข้อมูลทั่วไปเป็นผู้ป่วยเพศหญิงร้อยละ 53.3 อายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 53.3 สถานภาพคู่ร้อยละ 76.7 สิทธิการรักษาเป็นผู้ประกันตนร้อยละ 73.3 มีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตเมืองร้อยละ 70 มีรายได้น้อยกว่า 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 36.7 อาชีพรับจ้างร้อยละ 50 ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง พบมากที่สุดได้แก่ ผมหงอกร้อยละ 66.67 รองลงมาคือคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 50 เบื่ออาหารร้อยละ 30

2) ร้อยละคะแนนการประเมินภาวะทุพโภชนาการครั้งที่ 1-3 (NT-1) ไม่พบความเสี่ยงภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 66.67, 86.67, 100 ตามลำดับพบความเสี่ยงเล็กน้อย (NT-2) ร้อยละ 23.33 ครั้งที่สองร้อยละ 13.33 และไม่พบความเสี่ยงเล็กน้อยในครั้งที่ 3 ส่วนความเสี่ยงปานกลาง (NT-3) พบร้อยละ 10 และไม่พบความเสี่ยงปานกลาง (NT-3) ครั้งที่ 2

3) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนได้รับยาเคมีบำบัดจำแนกรายด้านพบว่าด้านร่างกาย ด้านสังคม ครอบครัว ด้านอารมณ์จิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ($\bar{X}=1.58$) และด้านเฉพาะโรค อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.64$) ส่วนหลังได้รับยาเคมีบำบัด จำแนกรายด้านพบว่าด้านร่างกาย ด้านสังคม ครอบครัว ด้านอารมณ์จิตใจอยู่ในระดับสูง และด้านการปฏิบัติกิจกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.09$) ส่วนด้านเฉพาะโรคอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X}=3.42$) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับยาเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก มีคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามรายด้านและโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.0$) ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่สองจำแนกตามรายด้านและโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=1.79$) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่สองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5) ความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลพบว่าส่วนใหญ่อยู่ระดับมากที่สุด ยกเว้นการดูแลต่อเนื่องความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.53$) จากคะแนน 1-5

2. ด้านผู้ให้บริการ 1) พยาบาลส่วนใหญ่ อายุ 37-42 ปี ร้อยละ 62.5 อายุน้อยที่สุด 22 ปี ส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 87.5 มีประสบการณ์การให้ยาเคมีบำบัดสูงสุด 3 ปี ร้อยละ 50 ผ่านการอบรมเป็นพยาบาลเคมีบำบัดจำนวนเพิ่มอีก 2 คน รวมเป็น 6 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 2) สมรรถนะด้านความรู้ของพยาบาล Pre-test คะแนนสูงสุดร้อยละ 90 ต่ำสุดร้อยละ 76.5 ส่วน Post-test คะแนนสูงสุดร้อยละ 100 ต่ำสุดร้อยละ 88.5 สมรรถนะด้านทักษะการปฏิบัติตามแนวทางให้ยาเคมีบำบัด พยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้คะแนนร้อยละ 100 ด้านพยาบาลเคมีบำบัดได้คะแนนร้อยละ 97.7 3) การปฏิบัติตามระบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 96 4) ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำแนกตามรายข้อและโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.59$) จากคะแนน 1-5

3. ด้านผลลัพธ์คุณภาพ พบอัตราตายร้อยละ 13.33 อัตรา Re admitted ด้วยภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ Anemina ให้เลือด 3 ราย (ร้อยละ 10) Febrile neutropenia จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 3.3) Oral mucositis 2 ราย (ร้อยละ 6.7) และไม่มีภาวะ Extravasation hypersensitivity ไม่มีผลความคลาดเคลื่อนจากยาและไม่มีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา ตามตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำแนกตามปีงบประมาณ

ผลลัพธ์ผู้ป่วย	ก่อนพัฒนาระบบ ปีงบประมาณ 2559 (N=30)	หลังพัฒนาระบบ ปีงบประมาณ 2560 (N=30)
1. อัตราการตาย	5 (16.7)	4 (13.3)
2. อัตรา Extravasation	1 (3.3)	0 (0)
3. อัตรา hypersensitivity	0 (0)	0 (0)
4. อัตรา Re admittedภาวะแทรกซ้อน	10 (33.3)	6 (20)
5. อัตราความคลาดเคลื่อนจากยา (GHI)	1 (3.3)	0 (0)
6. อัตราการปฏิเสธการรักษา	5 (16.7)	0 (0)

การอภิปรายผล

1. การพัฒนาระบบ บริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด ใช้ระบบผู้จัดการรายกรณี ก่อให้เกิดความแตกต่างจากระบบบริการการพยาบาลเดิม เน้นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในลักษณะ Collaborative care โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กำหนดที่รับผิดชอบดูแลตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ทำให้การประสานงานมีความรวดเร็วเกิดการร่วมมือการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แนวทางการปฏิบัติงานเป็นทิศทางเดียวกันแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาจากระบบการพยาบาล (Nursing Process) เดิมเป็นกระบวนการ Case manager Process โดยประเมินคัดกรอง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการตรวจวินิจฉัยให้การรักษาวางแผนพัฒนาระบบบริการเป็นขั้นตอน ประเมินผลลัพธ์ หากพบความแปรปรวนหรือความเสี่ยงนำมาทบทวนปรับปรุงแผนการดูแล ติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัด และบันทึกการพยาบาลให้ครบถ้วนถูกต้องทำให้เกิดผลลัพธ์ดี ลดอุบัติเหตุ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดสอดคล้องกับการวิจัยของกาญจนา อุบลพงศ์¹⁶ พัฒนารูปแบบผู้จัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม โรงพยาบาลสระบุรี พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการในระดับดีมาก

2. ผลลัพธ์การพัฒนา 1) ด้านผู้ใช้บริการ ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Extravasation และ hypersensitivity ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (ระดับ GHI) ผู้จัดการกรณี และพยาบาลเคมีบำบัดมีประสบการณ์การให้ยาเคมีบำบัดสูงสุด 3 ปี และทีมพยาบาล ทั้งหมดมีสมรรถนะด้านความรู้ร้อยละ 90.8

ทักษะการให้ยาเคมีบำบัดร้อยละ 97.7 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ และคณะ¹⁷ ศึกษาผลของการใช้กระบวนการจัดการจัดการความรู้ต่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้เกิดผลลัพธ์ไม่พบความผิดพลาดทางยาเคมีบำบัด (ระดับ GHI) และการเกิด Extravasation และ hypersensitivity นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ยของ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ พิจิตรา เล็กดำรงกุล และคณะ¹⁸ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นการสนับสนุนแนวคิดที่ว่ากระบวนการผู้จัดการรายกรณีส่งเสริมความรู้ การสนับสนุนทางสังคมการส่งเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเผชิญอาการข้างเคียงและวิธีการรักษาโรค นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง

2.2 ด้านผู้ให้บริการ พยาบาลมีสมรรถนะด้านความรู้ และทักษะการให้ยาเคมีบำบัด มีความคิดเห็นด้วยกับระบบการพัฒนาในระดับมากที่สุด และสามารถปฏิบัติตามระบบ แนวทางที่กำหนดได้ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ นุจรี สันติสารณวิไล และสุชาดา รัชกุล¹⁹ พบว่า สมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติการให้ยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลสังกัดรัฐ ควรมีสมรรถนะ ด้านความรู้ และการบริหารยา สมรรถนะด้านการจัดการความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้จัดการรายกรณีได้เป็นที่เลี้ยงให้ทีมพยาบาลเคมีบำบัด และหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้นำเฝ้าระวัง และวางแผนพัฒนานุเคราะห์อย่างต่อเนื่อง



ประกอบกับการใช้แนวทางปฏิบัติเป็นการบริการแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างเป็นรูปธรรมเสริมสร้างการทำงานของสหสาขาวิชาชีพอย่างผสมผสาน ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีผู้ป่วย Re admitted ด้วยภาวะแทรกซ้อนลดลงจากปี พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยได้รับการบริการลดขั้นตอน อย่างรวดเร็ว ทำให้ลดระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลจาก 12 ชม. คงเหลือ 6 ชม. ได้รับการแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ และลดภาวะแทรกซ้อนอย่างปลอดภัยทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ อยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ควรมีการจัดระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างทีมพยาบาลกับทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งส่งเสริมให้พยาบาลอบรมเคมีบำบัดครบทุกคนมีการฟื้นฟูวิชาการสม่ำเสมอทุกปี และขยายผลการศึกษาใช้ระบบการจัดการรายการในในกลุ่มผู้ป่วยตาม Service plan ทุกสาขา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร. กุสุมาลี โพธิ์ปัสสา และ ดร. สุทิน ชนะบุญ ที่ได้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณทีมพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติ ที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ธานีรินทร์ อินทรกำธรชัย ชมรมโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Database on the Thai PR.Net) 2016 (cited 2016 September 2) Available from www.ryta.com
2. Devita V , Hellmans , Rosenbergs Cancer : principle of Practice of oncology (7th edition) New York : Lippincott Williams Wilkins; 2005
3. ถนอมศรี ศรีชัยกุล, ลัดดาสรคุณพิพิธกุล วิวัฒนาการของมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Non-Hodgkin's Lymphoma หน่วยมะเร็งในโรงพยาบาลรามาริบัติ; 2010
4. Cancer Care Ontario CHOP Regimen (database on the Internet).2017 (cited 2017 Jan. 2) Available from <http://www.cancercareontario.ca/file/download token.sZiq,Zx8>

5. ไปรยา รุจิโรจน์จินดากุล มะเร็งต่อมน้ำเหลือง Non Hodgkin ชนิดรุนแรงในผู้สูงอายุ บทความวิชาการ หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต 2552; 19(1) : 51-57.
6. Polovich M, White IM, Kellcher , L.O(Eds) Chemotherapy and biotherapy guidelines and recommendations for Practice (2nd edition) Pittsbergh, PA : Oncology Nursing Society; 2005.
7. Ali Sayyed JS, Mohamed EissawyAG. Effect of teaching program for Patients with leukemia on their self care J Am Sci 2012; 8(8): 826-836.
8. Dodd MJ Efficacy of proactive information on self care in chemotherapy patients. Educ Coun 1988;11(3):215-225.
9. Devine.EC, Westlake SK. The effect of psychoeducational care provided to adults with cancer- Meta analysis of the studies On col Nurs Forum 1995; 22(9): 1369-1381.
10. Golchin M , Sharifi N, Ziacis H , Taheri P.The Effect of self care on quality of life of children with Lymphocytic leukemia Eur J cancer 2009;7 Suppl2: 226-227.
11. American Nurse's Association Nurse case management Missouri : American Nurse's Association, 1998.
12. Zander K Nursing Case management resolving The DRG paradox. Nursing Clinical North America 1998; 23(3) : 503-520.
13. Case Management Society of America Definition of case management Retired (Data base on the Internet) 2008 (cited 2008 Jan 17) Available from <http://www.cmsa.org/Home/CMSA/whitisa case manager/tabid/224/Default.aspx>.
14. Kemmis & Mc Taggart R. The action research planner 3rded Geelong.Deakin University; 1988.
15. Donabedian A An Introduction to quality assurance in heath care oxford:Oxford University Press; 2003.



16. กาญจนา อุบลพงศ์ และคณะ การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม โรงพยาบาลสระบุรี; 2555.
17. เพ็ญศรี รักษ์วงศ์, ปุณณพิกา สมดี,กรแก้ว สุขวานิชย์ เจริญ ผลของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ต่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2013; 31(4) :152.
18. พิจิตรา เล็กดำรงกุล, คะเนิงนิจ พงศ์ถาวรกุล ธนินฐา ชมพูบุปผาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลข้อมูลที่ได้รับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดJNursSci; 2012; 30(3) : 65-72.
19. นุจรี สันติสำราญวิไล และสุชาดา รัชชกุล การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติการให้ยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสังกัดรัฐ รามาธิบดี พยาบาลสาร 2553; 10(1) : 97-106.
20. เอื้อมแข สุขประเสริฐ ควรรู้อะไรก่อนให้ยาเคมีบำบัด เอกสารประกอบการบรรยายการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Workshop and Trainership for Oncology PharmacyPractitioner 2011: 40-57.
21. เอกรัฐ รัฐฤทธิ์ดำรง, ลลิตา นรเศรษฐชาดา มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Nodal Peripheral T-cell วารสาร, โลหิตวิทยา และเวชศาสตร์บริการโลหิต 2553 ; 20(1) : 63-72.
22. กิรภา แสงจันทร์,ยูวดี เกิดสัมพันธ์ การรับรู้ตนเองภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด วารสารพยาบาลศิริราช 2554; 4(2): 47-57.
23. อุบล จ้วงพาณิชย์, จุรีพร อุ่นเรือง , จันทราพร ลุนลุด ศึกษาการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2015; 33(3) :126-132.
24. พิไลวรรณ จันทรสุกรี, กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, พัทย์รัตน์ จิรนนท์พิพัฑิ พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ วารสารกองการพยาบาล 2553; 37(1) :85-96.
25. World health organization hand book for reporting result of cancer treatment geneva : World health organization ; 1979.
26. สำนักการพยาบาล แนวทางการจัดบริการพยาบาลเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
27. Websterk,CashyD,Cella D etal measuring quality of Life (QOL) in patients with non-hodgkin's lymphoma (NHL) The functional assessment of cancer theraphy lymphoma (FACT-Lym) quality of life research 2005; 14:1650.
28. ณัฐธยาน์ วีระพงษ์ บทบาทพยาบาลในการจัดการปัญหาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง วารสารพยาบาลสมาคมฯไทย 2558; 8(1) : 35-42.
29. ปณิดา คุณสาระ,พรรณวดี พุทธิวัฒน์,ธีราภรณ์ จันทรดา ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด Rama Nurs J 2013; 9(1): 73-84.
30. ยุคล จันทเลิศ การประยุกต์ใช้แบบคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้ป่วยนอก โรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี; 2552.