

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท.๐๓๐๓/๕๘๑.....ลงวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
 ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล)นางสาว เปี่ยมฤทัย.....นามสกุล จันทรา.....
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ...สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน การพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน
 กอง -สำนักงาน/สำนักงานเขต สำนักงานการแพทย์
 ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ ระดับ หลักสูตรการฝึกอบรม.....
 การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๖.....
 ระหว่างวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
 เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๔๘,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นแปดพันบาทถ้วน).....

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/
การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ *เปี่ยมฤทัย จันทรา* ผู้รายงาน
 (นางสาวเปี่ยมฤทัย จันทรา)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

รายงานการฝึกอบรม
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๖
ระหว่างวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗
ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ/นามสกุล นางสาวเปี่ยมฤทัย จันทรา

อายุ ๓๘ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติงานประจำหน่วยเคมีบำบัดและหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสั้น เคมีบำบัด รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังรับยาเคมีบำบัด คือ ภาวะภูมิไวเกิน อาการแพ้ยาเคมีบำบัด

ชื่อเรื่อง หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วย
มะเร็ง รุ่นที่ ๒๖

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูกาน สัมมนา
 ปฏิบัติงานวิจัย

งบประมาณ โดยเบิกค่าลงทะเบียน

๑. จากเงินนอกงบประมาณประเภทเงินบำรุงโรงพยาบาลตากสิน ซึ่งได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี ๒๕๖๗ เป็นเงินทั้งสิ้น ๘,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

๒. จากเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗ สำนักปลัด กรุงเทพมหานคร แผนงาน ส่งเสริมระบบบริหาร งานพัฒนาบุคลากรและองค์การ หมวดรายจ่ายอื่น ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการศึกษาเพิ่มเติม ฝึกอบรม ประชุมและดูงานในประเทศและต่างประเทศ โดยเบิกค่าใช้จ่ายตลอดหลักสูตรรวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)

วัน เดือน ปี ระหว่างวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

สถานที่ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล
ผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๖

การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา/ฝึกอบรม/ประชุม/สัมมนาผ่านเว็บไซต์สำนักการแพทย์และกรุงเทพมหานคร

ยินยอม ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการอบรม

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ ในระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพ ในการดูแล
ผู้ป่วยมะเร็ง

๒.๑.๒ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม สามารถประเมินคัดกรอง ภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง และ
การตัดสินใจทางคลินิกได้

๒.๑.๓ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจโรคมะเร็งและผลกระทบ ที่เกิดจากโรค กระบวนการรักษา และ ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีบำบัด และผู้ดูแล รวมทั้งการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยใช้กระบวนการพยาบาลและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่ดีและมีคุณภาพ

๒.๒ เนื้อหาโดยย่อ

การฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง แบ่งออกเป็น การอบรม ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดย ภาคทฤษฎี ประกอบด้วย ๕ วิชา คือ

- ๑) วิชาการระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง
- ๒) วิชาการประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินใจทางคลินิก
- ๓) วิชาแนวคิดหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
- ๔) วิชาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด
- ๕) วิชาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม

และภาคปฏิบัติ ประกอบด้วย ๓ วิชา

- ๑) วิชาทักษะเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง
- ๒) วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
- ๓) วิชาการจัดการข้อมูลสารสนเทศ

โดยมีรายละเอียดรายวิชาดังนี้

๑) วิชาการระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง

ระบบสุขภาพ นโยบายสุขภาพ สถานการณ์โรคมะเร็ง เศรษฐศาสตร์สุขภาพ ผลลัพธ์ ผลผลิต กฎหมาย สารสนเทศ ทรัพยากรและการจัดมาตรฐานและคุณภาพการบริการผู้ป่วยมะเร็ง โดยบริบทสุขภาพของคนไทย ประกอบไปด้วย ความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุ โลกเชื่อมต่อการค้าและการลงทุน การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) โดยมีเป้าหมายคือ ประชาชน สุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และมีระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืน โดยมีการทิศทางการวางแผน ๒๐ ปี แบ่งเป็น ๔ ช่วง คือ ช่วงที่ ๑ (๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) จะมีการปฏิรูประบบ ช่วงที่ ๒ (๒๕๖๕ - ๒๕๖๙) จะมีการสร้างความเข้มแข็ง ช่วงที่ ๓ (๒๕๗๐ - ๒๕๗๔) สู่อุตสาหกรรม และ ช่วงที่ ๔ (๒๕๗๕ - ๒๕๗๙) เป็น ๑ ใน ๓ ของเอเชีย โดยปัจจุบันมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข โดยมีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service plan ซึ่งสาขามะเร็งถือเป็น ๑ ใน ๑๙ สาขา ที่ดำเนินงานมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๖

โดยตัวชี้วัดในสาขาโรคมะเร็ง จะครอบคลุมตั้งแต่คนปกติจนถึงผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย ซึ่งจะต้องทำให้ ลดอัตราการป่วย ลดระยะเวลาการรอคอย และลดอัตราการตาย โดยมี ๗ ยุทธศาสตร์ คือ

๑. Primary Prevention (การป้องกันแบบปฐมภูมิ) การส่งเสริมเรื่องการป้องกัน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งในรูปแบบต่างๆ

๒. Screening and Early detection (การคัดกรองโรคมะเร็ง) มีการส่งเสริม การเข้าถึงการรับบริการในการคัดกรองโรคมะเร็งที่ง่ายมากขึ้น ผู้รับบริการไม่เสียค่าใช้จ่าย เช่น FIT test (การคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่) และ HPV screening test (การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากเชื้อ HPV)

ซึ่งจะมีการพัฒนารูปแบบการคัดกรองด้วยตนเองมากขึ้น เนื่องจากปัญหาในการเข้าถึงบริการส่วนหนึ่งคือ ผู้รับบริการรู้สึกอายต่อการตรวจภายใน ซึ่งโครงการนี้อยู่ในระหว่างการพัฒนา เพราะมีข้อจำกัดมากในการให้ผู้รับบริการตรวจด้วยตนเอง มีโอกาสที่จะได้ผลตรวจที่ไม่ถูกต้องแม่นยำได้

๓. Cancer Diagnosis (การวินิจฉัยโรคมะเร็ง) ปัญหาของผู้รับบริการที่ได้รับการรักษาล่าช้า ส่วนหนึ่งมาจากกรณีวินิจฉัยโรคที่ช้า เนื่องจากขั้นตอนการเข้าถึงบริการที่ใช้เวลา ลำดับการตรวจพิเศษต่าง ๆ ที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก จึงทำให้ช้า ทั้งนี้จึงมีการจัดทำโครงการ CANCER ANYWHERE (มะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม) โดยมีเครือข่ายโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน ที่จะสามารถเข้ารับการวินิจฉัย ตรวจพิเศษ และการรักษาที่ทันทั่วถึง โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว

๔. Cancer Treatment (การรักษาโรคมะเร็ง) สืบเนื่องจากโครงการ CANCER ANYWHERE (มะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม) คือโครงการที่มีการส่งข้อมูลการรักษาโรคมะเร็ง โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว ผ่านการประสานงานของ Cancer Coordinator เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว มีคุณภาพ และหน่วยบริการได้รับการจ่ายชดเชยที่เหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการเข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งภายในระยะเวลาที่กำหนด (ผ่าตัด, เคมีบำบัด และรังสีรักษาภายใน ๔, ๖ และ ๖ สัปดาห์) โดยในปี ๒๕๖๔ มากกว่าร้อยละ ๗๐, ๗๐ และ ๖๐ ตามลำดับ

๕. Palliative care (การดูแลแบบประคับประคอง) โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง จนถึงในระยะสุดท้าย

๖. Cancer informatics (การให้ข้อมูล การให้สุศึกษาเรื่องโรคมะเร็ง) โดยมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านโรคมะเร็งทางออนไลน์เพื่อบุคลากรการแพทย์และประชาชน

๗. Cancer research (การวิจัยด้านโรคมะเร็ง) สนับสนุนการวิจัยด้านโรคมะเร็ง โดยสรุปสิทธิ สปสช. ด้านโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นใหม่ช่วง ๒๕๖๒-๒๕๖๔

ด้านการคัดกรองโรคมะเร็ง

- การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีตรวจหาเชื้อ HPV (HPV DNA test) (มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗/๒๕๖๒ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒)
- การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจอุจจาระ (FIT test) (มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๓ วันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๓) และ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในกรณีที่การตรวจอุจจาระให้ผลบวก
- การคัดกรองมะเร็งเต้านมในผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ด้วยการตรวจยีน BRCA๑ และ BRCA๒ (มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๓/๒๕๖๔ วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๔)
- การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๓/๒๕๖๔ วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๔)

ด้านการวินิจฉัยโรคมะเร็ง

การตรวจ PET/CT scan เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับการประเมินระยะของโรคมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก (NSCLC) และการประเมินระยะโรคเริ่มต้นและประเมินการตอบสนองระหว่างให้ยาเคมีบำบัดและหลังสิ้นสุดการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจ์กิน (HL) (มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖/๒๕๖๔ วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๔)

ด้านการรักษา

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) ๔๙ รายการ และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery: MIS) ๑๔ รายการ : สามารถนำมาใช้กับการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอดมะเร็งไต มะเร็งตับอ่อนและทางเดินน้ำดี

เคมีบำบัดและยาอื่น ๆ ชนิดใหม่ ๗ ชนิด Rituximab (มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๓ วันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๓) Erlotinib (มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๓ วันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๓) Capecitabine (มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๕/๒๕๖๔ วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๔) Oxaliplatin (มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๕/๒๕๖๔ วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๔) Irinotecan (มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๕/๒๕๖๔ วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๔) Imatinib (มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๙/๒๕๖๔ วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๔) Dasatinib (มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๙/๒๕๖๔ วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๔)

๒. วิชาการประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินใจทางคลินิก (Advanced Health Assessment and Clinical Judgment)

เป็นวิชาที่เกี่ยวกับแนวคิด หลักการ การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม การสร้างสัมพันธภาพและทักษะการสื่อสารในการประเมินและตัดสินใจปัญหาสุขภาพ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง การประเมินอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็ง การแปลผลการตรวจเบื้องต้นทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ การประเมินภาวะสุขภาพแบบบูรณาการโรคมะเร็ง การประเมินด้านจิตสังคม สิ่งสนับสนุน และสิ่งแวดล้อมที่บ้านและในชุมชน การประเมินผู้ดูแลการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์

การประเมินภาวะสุขภาพ (assessment of health status)

หมายถึง การประเมินความเป็นไปของสุขภาพของบุคคลครอบครัว หรือชุมชน เพื่อให้ได้ผลบ่งชี้ถึงสถานภาพทางสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม นำมาซึ่งการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวม โดยการประเมินผู้ป่วยต้องคำนึงคือ Chronic illness (การเจ็บป่วยที่เรื้อรัง) , Nutrition loss (ภาวะทุพโภชนาการ), Mental health issue (สุขภาพจิตของผู้ป่วย) และ Finance problem (ปัญหาทางการเงินของผู้ป่วย) โดยต้องมีหลักการในการให้คำปรึกษา และทักษะการสื่อสารที่ดี

การซักประวัติสุขภาพ ประกอบไปด้วย อาการสำคัญที่นำมารักษาในโรงพยาบาล ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบันและในอดีต ประวัติส่วนบุคคล ครอบครัว ประวัติทางสูติกรรม ประวัติการใช้ยาซึ่งอาจแบ่งแนวทางการสอบถามหรือซักประวัติจากโรคมะเร็งที่พบป่วยในประเทศไทย คือ

๑. มะเร็งหลอดอาหาร มีการซักประวัติอาการที่พบป่วย เช่น กลืนลำบาก (Dysphagia) จากที่เคยกินอาหารธรรมดา จนกลายเป็นอาหารอ่อน เหลว น้ำ หรือต้องบ้วนน้ำลายทิ้ง ตามลำดับ, อาการรู้สึกรู้ว่ามีอะไรขย้อนออกมา (Regurgitation) , อาการปวด (Substernal pain), อาเจียน (Vomiting), เสียงแหบ (Hoarseness) หรือมีการ recurrent laryngeal nerve involvement และอาการที่ไม่จำเพาะ คือ น้ำหนักลด (Weight loss) และภาวะทุพโภชนาการ (Anorexia หรือ Cachexia)

๒. มะเร็งกระเพาะอาหาร มีการซักประวัติอาการที่พบป่วย เช่น อาหารไม่ย่อย (Dyspepsia), ปวดท้อง (Upper abdominal pain) , จุกแน่น เรอ ท้องอืด (Bloating and fullness), น้ำหนักลด (Weight loss), อาเจียน (Vomiting) โดยเป็น non-bilious vomiting หรือ อาเจียนที่ไม่มีน้ำดีปน โดยต้องซักประวัติการติดเชื้อ H.Pylori ร่วมด้วย

๓. HBP cancer (มะเร็งตับ ตับอ่อน และท่อทางเดินน้ำดี) มีการชักประวัติอาการที่พบบ่อย เช่น ตัวตาเหลือง (Jaundice) ปัสสาวะสีเข้ม (Dark urine) อุจจาระสีซีด (pale stool itching) และพบก้อนบริเวณท้องและมีอาการปวด (Abdominal mass and pain)

๔. มะเร็งลำไส้ใหญ่ ในระยะแรกของการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่อาจไม่มีอาการ ซึ่งจะตรวจพบการคัดกรองเบื้องต้น จากการตรวจ stool occult blood หรือการหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ และส่งตรวจพิเศษอื่น ๆ เพิ่มเติม โดยการชักประวัติอาการที่พบบ่อย เช่น การเปลี่ยนแปลงการขับถ่าย ถ่ายอุจจาระเหลวสลับแข็ง ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด อุจจาระลำเล็กลง พบก้อนที่ท้องและมีอาการปวด หรือผู้ป่วยอาจมาโรงพยาบาลด้วยอาการที่แสดงถึงการอุดกั้นของระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง เช่น ถ่ายอุจจาระไม่ออก ท้องผูกเรื้อรัง ปวดท้อง ท้องอืด อาเจียน

๕. มะเร็งเต้านม มีการชักประวัติอาการที่พบบ่อย เช่น อาการก้อนบริเวณเต้านมที่มีลักษณะแข็ง แผลบริเวณเต้านม ผิวเป็นหลุมเนื่องจากมีการดึงรั้งของก้อนในเต้านมและผนังช่องอก หรือมีสิ่งคัดหลั่งออกทางน้ำนม ซึ่งมักพบในกรณีเกิดมะเร็งในท่อน้ำนม โดยต้องชักประวัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ซึ่งพบบ่อยคือ ประวัติการป่วยมะเร็งในครอบครัว Lynch Syndrome และ BRCA1 BRCA2 การใช้ยาฮอร์โมน ประวัติการตั้งครรภ์

๖. มะเร็งศีรษะและลำคอ โดยอาการของโรคจะขึ้นกับตำแหน่งที่เกิดตัวโรค ซึ่งจะมีอาการแตกต่างกันออกไป โดยมีการชักประวัติอาการที่พบบ่อย เช่น ก้อน ซึ่งก้อนจะไม่ปวดและโตเร็ว แผลในปาก ต่อม้ำเหลืองโต เลือดกำเดา เสียงแหบหรือเจ็บเวลากลืน เป็นต้น

๗. มะเร็งทางนรีเวช มะเร็งที่พบได้บ่อยคือมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (ในอดีตมะเร็งที่พบบ่อยคือมะเร็งปากมดลูก แต่ในปัจจุบัน มีระบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการฉีดวัคซีน ทำให้เกิดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกลดลง) มีการชักประวัติอาการที่พบบ่อย เช่น เลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ เลือดออกหลังหมดประจำเดือน หรืออาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับโรค เช่น ก้อนบริเวณหน้าท้อง อาการปวด หรืออาการแน่นอึดอัดท้อง

๘. มะเร็งปอด มะเร็งปอดมีหลายชนิด โดยอาการส่วนใหญ่จะคล้ายๆกัน คือ มีอาการแสดงเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ไอ ไอเป็นเลือด หายใจหอบเหนื่อย มีอาการบวมของคอ แขน เป็นต้น

การระบุระยะของโรคมะเร็ง

มะเร็งแต่ละตำแหน่งมีการกำหนดระยะของโรคแตกต่างกัน แต่รูปแบบที่เจอบ่อย คือ “TNM staging” ประกอบไปด้วย

T= Tumor staging (ขนาดของก้อนและตำแหน่ง)

N= Lymph node staging (การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณที่เป็น)

M= Distant metastasis staging (การกระจายไปยังอวัยวะอื่น)

โดยระยะของโรค อาจประเมินได้จาก

- Clinical staging (ประเมินจากอาการ จากอาการแสดง การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ)
- Surgical staging (ประเมินภายหลังการผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้ว)
- Pathological staging (ประเมินภายหลังการทราบผลพยาธิวิทยา โดยอาจดูร่วมกับการตรวจพิเศษ การผ่าตัด อาการแสดงอื่น ๆ ร่วมด้วย)

การประเมินสภาวะร่างกายของผู้ป่วย (Performance status)

มีรูปแบบการประเมินหลายแบบ เพื่อประกอบการพิจารณาการดูแล การรักษา การติดตามอาการ การรอดชีวิตและการกลับมาเป็นซ้ำของโรค โดยมีรูปแบบการประเมินที่ใช้บ่อยคือ

๑. Eastern Cooperative Oncology Group(ECOG)

การจัดการตามผลคะแนน ECOG ๐-๒ –Treatment as plan (ให้การรักษาตามแผนการรักษาเดิม)

ECOG ≥ 3 – Adjust for proper in each patient (อาจต้องคำนึงถึงประโยชน์และความเสี่ยงกับการรักษา ซึ่งอาจจะแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย)

Grade	ECOG
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g. light house work, office work
2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair
5	Dead

๒. Karnofsky performance scale ถูกนำมาใช้เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย และสามารถพยากรณ์การรอดชีวิตในช่วงระยะท้ายของชีวิตได้

KPS of less than ๕๐% suggests a life expectancy of fewer than ๘ weeks หมายถึงคะแนน KPS ที่น้อยกว่า ๕๐% อาจมีการรอดชีวิตที่น้อยกว่า ๘ สัปดาห์

(Evans ๑๙๘๕, Maltoni ๑๙๙๔,๑๙๙๕, Reuben ๑๙๘๘, Morita ๑๙๙๙, Llobera ๒๐๐๐)

%	Description — Level of Functional Capacity
100	Normal, no complaints, no evidence of disease
90	Able to carry on normal activity, minor signs or symptoms of disease
80	Normal activity with effort, some signs or symptoms of disease
70	Cares for self, unable to carry on normal activity or to do active work
60	Requires occasional assistance, but is able to care for most needs
50	Requires considerable assistance and frequent medical care
40	Disabled, requires special care and assistance
30	Severely disabled, hospitalization is indicated although death is not imminent
20	Hospitalization is necessary, very sick, active supportive treatment necessary
10	Moribund, fatal processes progressing rapidly
0	Dead

Source: Karnofsky DA, Burchenal JH. The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer. Pg. 196 IN: MacLeod CM (Ed). Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia Univ Press, 1949.

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Tumor marker : สารบ่งชี้มะเร็ง คือสารชีวโมเลกุลที่ถูกสร้างและหลั่งมาจากเซลล์มะเร็ง ซึ่งจะถูกรวบรวมได้ ทั้งในกระแสเลือดหรือสารคัดหลั่งอื่น ๆ ของร่างกาย

ประโยชน์ของสารบ่งชี้มะเร็ง

- เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรค AFP/PSA
- เพื่อการพยากรณ์โรค เป็นการบอกความรุนแรงของโรค, ระยะของโรคและเป็นตัวช่วยให้การเลือก

วิธีการรักษาที่เหมาะสม

- เพื่อการตรวจคัดกรองโรคเพื่อติดตามการรักษาโรค ค่าของสารบ่งชี้มะเร็งที่ลดลงหลังการรักษา บอถึงการตอบสนองต่อการรักษาหรือการหายของโรค

- เพื่อการสืบค้นโอกาสที่โรคมะเร็งจะเป็นซ้ำและการกระจายของโรค
- ค่าที่เพิ่มขึ้นหลังจากที่อยู่ในเกณฑ์ปกติหลังการรักษาบ่งชี้ว่ามีโอกาสที่โรคมะเร็งจะเป็นซ้ำและลุกลาม

๑. Alpha Fetoprotein (AFP)

- Oncofetal antigen ซึ่งสร้างเป็นปกติโดยเยื่อหุ้มตัวของ เซลล์ตับ เซลล์ถุงไข่ (yolk sac) รก (placenta)

- พบ AFP สูงได้ แต่เป็นภาวะปกติได้แก่ เด็กในครรภ์มารดา ทารกแรกคลอด หญิงมีครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ ๒ เดือนขึ้นไป

- คนทั่วไปจะตรวจพบ AFP ได้ในระดับต่ำ ๆ
- Tumor marker ตรวจหามะเร็งตับ ในกลุ่มที่เสี่ยง (high-risk population)
 - ผู้ป่วยตับอักเสบเรื้อรัง (chronic hepatitis)
 - พาหะของไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis B carrier)
 - ผู้ป่วยโรคตับแข็ง (cirrhosis)

โดยแนะนำให้ตรวจซ้ำทุก ๓ - ๖ เดือน และ/หรือ ร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ (ultrasound) ตับ

๒. Prostate Specific Antigen (PSA)

- สามารถตรวจพบระดับ PSA สูงกว่าปกติ
 - Neoplasm (การเติบโตผิดปกติของเซลล์)
- มะเร็งต่อมลูกหมาก
- ภาวะต่อมลูกหมากโตที่ไม่ใช่มะเร็ง (benign prostatic hyperplasia, BPH)
 - Infection (การติดเชื้อ)/ Inflammation (การอักเสบ)
- ต่อมลูกหมากอักเสบ
 - Trauma (การบาดเจ็บ)/ Surgery (การผ่าตัด)
- Digital rectal examination (การตรวจภายในลำไส้)
- Prostate biopsy (การตัดชิ้นเนื้อบริเวณต่อมลูกหมาก)
- TUR-P (การผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ)
- Protease enzyme สร้างจาก
 - เซลล์เยื่อหุ้ม (epithelial cell) ของต่อมลูกหมาก
 - เซลล์เยื่อหุ้มท่อปัสสาวะ (para-urethral gland)
- อาจพบ PSA ระดับต่ำๆ ในผู้หญิงได้
- ช่วยในการประเมินระยะของโรค

- การกระจายของโรคไปที่กระดูก
- ค่า PSA < ๑๐ ng/mL มักจะสามารถบอกได้ว่าไม่น่ามีโรคกระจายไปที่กระดูก,
- ประเมินการกลับเป็นซ้ำของโรค
- ช่วยประเมินการตอบสนองต่อการรักษา

๓. Carcinoembryonic Antigen (CEA)

- เป็นแอนติเจนในกลุ่ม oncofetal antigen ชนิดหนึ่ง
- ในคนปกติสามารถตรวจพบ CEA สูงได้เล็กน้อย ในภาวะ
- สูบบุหรี่
- หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน ๖ เดือน
- มีการอักเสบของระบบทางเดินอาหาร ปอด และตับ
- ค่า CEA ไม่เปลี่ยนแปลงตามอายุ เพศและเชื้อชาติ
- CEA พบสูงผิดปกติในผู้ป่วยต่อไปนี้ ได้แก่

Adenocarcinoma ของระบบทางเดินอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่ จะพบ CEA สูงได้มากและบ่อยกว่า มะเร็งชนิดอื่นๆ มะเร็งตับอ่อน มะเร็งรังไข่

- มะเร็งลำไส้ใหญ่ ค่าของ CEA ที่เพิ่มขึ้นมากกว่า ๕ ng/mL พยากรณ์โรคที่ไม่ดี
- CEA จะลดลงสู่ระดับปกติหลังผ่าตัดภายในเวลา ๔-๖ สัปดาห์
- ไม่แนะนำให้ใช้ CEA เป็นการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เนื่องจาก
- ความจำเพาะที่ต่ำ (low specificity)
- มีความไวที่ต่ำในการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแรก (low sensitivity)

๔. CA ๑๕-๓

- เป็นสารโปรตีน glycoprotein มีค่าสูงขึ้นได้ในมะเร็งหลายชนิด ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งของระบบทางเดินอาหาร มะเร็งตับ มะเร็งตับอ่อน มะเร็งปอด มะเร็งรังไข่

- ช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจาย
- การกลับเป็นใหม่ของโรคหลังการรักษา
- ไม่นิยมใช้ในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก

๕. CA ๑๙-๙

- เป็น carbohydrate antigen ที่สามารถตรวจพบได้ในเซลล์ปกติและเซลล์มะเร็งหลายชนิด ได้แก่ มะเร็งระบบเดินอาหาร (มะเร็งตับอ่อน / ท่อน้ำดี/ ถุงน้ำดี/ ตับ/ กระเพาะอาหาร/ มะเร็งลำไส้ใหญ่)

มะเร็งรังไข่

- CA ๑๙-๙ จัดเป็น tumor marker ที่ดีที่สุดในการช่วยวินิจฉัยและติดตามผลการรักษา มะเร็งตับอ่อน และมะเร็งของท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma)

- ค่าสูงขึ้นได้ในโรคที่มีการอักเสบของตับ, ตับอ่อน, ท่อน้ำดีและถุงน้ำดี

- สำหรับในมะเร็งตับอ่อน ค่า CA๑๙-๙ ที่ขึ้นสูงบ่งถึงก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ มะเร็งชนิดที่

ผ่าตัดไม่ได้

- ภายหลังการผ่าตัดถ้ามีการกลับเป็นซ้ำของโรคมักจะพบค่า CA๑๙-๙ เพิ่มสูงในระยะ ๑-๓ เดือน
- ไม่แนะนำให้ใช้ค่า CA ๑๙-๙ ในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับอ่อน

๖. CA ๑๒๕

- สารโปรตีน glycoprotein ซึ่งพบอยู่บนผิวของเซลล์ที่มีต้นกำเนิดมาจากเซลล์ตัวอ่อนทารกชนิด embryonic coelomic epithelium

- ค่า CA ๑๒๕ พบสูงขึ้นได้ในกรณีดังต่อไปนี้ หญิงตั้งครรภ์ การอักเสบของช่องท้อง (peritonitis) และอวัยวะภายในช่องท้อง ตับอ่อนอักเสบ (acute pancreatitis) ตับแข็ง (cirrhosis) การอักเสบของอวัยวะภายในช่องเชิงกราน (pelvic inflammatory disease) มะเร็งรังไข่ ชนิด non-mucinous type มะเร็งตับอ่อน มะเร็งของระบบทางเดินอาหาร และมะเร็งตับ

- ตรวจคัดกรองมะเร็งรังไข่ที่ไม่ใช่ชนิด mucinous adenocarcinoma

- CA๑๒๕ สูงในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ระยะลุกลาม พบ ๘๐%

- CA๑๒๕ มะเร็งรังไข่ระยะที่ ๒ พบ ๒๐%

- CA๑๒๕ มะเร็งรังไข่ระยะที่ ๑ พบ <๑๐%

- ค่าเฉลี่ยของ CA๑๒๕ ที่ในการคัดกรองมีความแตกต่างกันตามเชื้อชาติ ภาวะการสูบบุหรี่ และอายุ

- ไม่แนะนำให้ใช้ค่า CA๑๒๕ อย่างเดียวในการคัดกรองโรคมะเร็งรังไข่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ในผู้หญิงก่อนหมดประจำเดือน

แนวทางการประเมินอย่างเป็นองค์รวม

ด้านร่างกาย

- ความเจ็บปวด
- อาการของโรคอื่นๆ
- อาการที่เป็นผลตามมาจากการรักษา

ด้านจิตใจ

- ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา
- ความหมายของการเจ็บป่วย
- การจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึก
- ภาพลักษณ์

ด้านสังคม

- บทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพในครอบครัว
- การประกอบอาชีพ
- การปฏิสัมพันธ์กับสังคม

ด้านจิตวิญญาณ

- ความหวัง ความปรารถนา
- ความทุกข์ทรมาน
- คุณค่า ความหมายของชีวิต
- ศาสนา
- ความเชื่อ สิ่งที่เคยรันทบถ

ปัจจัยด้านชีวเคมีที่มีผลต่อภาวะจิตสังคม

- Calcium สูง สับสน ซึม อยู่ไม่นิ่ง
- Calcium ต่ำ สมาธิสั้น อารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า
- Sodium สูง ระดับความรู้สึกตัวลดลง

- Sodium ต่ำ ซึม รู้สึกตัวลดลงหรือไม่รู้สีกตัว
- Potassium สูง อ่อนเพลียไม่มีแรง
- Potassium ต่ำ เปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และบุคลิกภาพ สิ้นหวัง อายากตาย
- ภาวะเลือดเป็นกรด-ต่าง ง่วงซึม สับสน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม สั้น อยู่ไม่นิ่ง

อาจมีภาวะหลงผิด และประสาทหลอน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

๑. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild Depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส อารมณ์เศร้า เหนงหงอยชั่วคราว

การดูแล

- ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกให้กำลังใจ

๒. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงขึ้น จนมีผลกระทบต่อ ชีวิตครอบครัวและการงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่อาจไม่สมบูรณ์

การดูแล

- ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกให้กำลังใจ

- แนะนำวิธีการคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น การพุดคุยระบายความรู้สึก การนวด การฟังเพลง การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

- หากไม่ดีขึ้นให้ รายงานแพทย์

๓. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) มีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา สิ้นหวัง มองตนเองด้านลบ ไม่มีคุณค่า คิดอยากตายมากขึ้น

การดูแล

- ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกให้กำลังใจ

- แนะนำวิธีการคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น การพุดคุยระบายความรู้สึก การนวด การฟังเพลง การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

- หากมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้เฝ้าสังเกตอาการใกล้ชิด และรายงานแพทย์ทันที

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

๑. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับน้อย พุดคุย เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก จัดเจ้าหน้าที่ดูแลสังเกตอาการต่อเนื่อง สามารถทำกิจกรรมส่วนตัวได้ โดยไม่ต้องคอยตามตลอดเพียงแต่ต้องสังเกตเป็นระยะๆ จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย เก็บอาวุธ ของมีคมและสิ่งของอันตราย และรายงานแพทย์และทีมผู้ดูแล

๒. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก เสริมความหวังทางด้านบวก และปรับมุมมองในการแก้ปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นทางแก้ปัญหาหลาย ๆ ทาง ให้การดูแลใกล้ชิด เจ้าหน้าที่สามารถดูแลร่วมกับผู้ป่วยอื่น ๆ โดยจัดให้อยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลที่สามารถมองเห็นได้ตลอดเวลา จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย เก็บอาวุธของมีคมและสิ่งของอันตรายมีป้าย precaution ติดไว้ที่หน้า Chart และ Kardex ส่งเวรให้ทราบทั่วกัน และรายงานแพทย์และทีมผู้ดูแล

๓. เลี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง ให้การดูแลใกล้ชิด จัด เจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิด หนึ่งต่อหนึ่ง โดยจัดให้อยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลที่สามารถมองเห็นได้ตลอดเวลา จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย เก็บอาวุธ ของมีคมและสิ่งของอันตรายมีป้าย precaution ติดไว้ที่หน้า Chart และ Kardex ส่งเวรให้ทราบทั่วกัน รายงานแพทย์และทีมผู้ดูแลทันที

๔. แนวคิดหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (Principles of Care in Patients with Cancer)

หลักการและแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งและการค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พบบ่อย การพยาบาลตามมาตรฐานการรักษาโรคมะเร็ง อาการและการจัดการกับอาการโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา การจัดการทางด้านอารมณ์จิตสังคม คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งระยะรอดชีวิตและการฟื้นฟูสภาพ ประเด็นผู้ดูแลและครอบครัว

CANCER SURVIVOR (การรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง)

ช่วงชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง แบ่งเป็น ๓ ระยะ

๑. Acute survival
๒. Extended survival
๓. Permanent survival

Acute Survival : ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย จนถึงสิ้นสุดการรักษาเบื้องต้น

- ระยะที่ได้รับการวินิจฉัย (at diagnosis)
- ระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (during hospitalization and treatment)
- ระยะเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน(planning the transition home)

Extended Survival : เริ่มภายหลังจากที่ผู้ป่วยสิ้นสุดการรักษาแล้ว หรือระยะภายหลังสิ้นสุดการรักษา (surviving beyond treatment) สิ่งที่ต้องดูแลต่อคือ

- การมาตรวจตามแพทย์นัด
- แรงสนับสนุนทางสังคม

Permanent Survival : เริ่มขึ้นภายหลังจากที่ระยะที่สองสิ้นสุดลง

- ระยะที่โรคสงบ
- อัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง
- ผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งในระยะยาว

Symptom and Common Health Problem (ปัญหาของโรคมะเร็งที่พบบ่อย)

๑. การกลับเป็นซ้ำของโรค (Recurrence) เซลล์มะเร็งชนิดเดิมตำแหน่งเดิมหรือตำแหน่งใกล้เคียง มักพบนานเกิน ๖ เดือนขึ้นไป

สาเหตุการติดต่อการรักษา : ระยะของโรคมะเร็ง การผ่าตัดเอาก้อนเนื้อมะเร็งออกไม่หมด ไม่สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงได้ และหาสาเหตุไม่ได้

๒. การแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่น (Metastasis) วิธีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง เมื่อเซลล์มะเร็งหลุดจากก้อนมะเร็งแล้วได้ ๔ วิธี คือ

๑. โดยทางกระแสเลือด
๒. โดยทางกระแสน้ำเหลือง
๓. โดยการฝังตัวของเซลล์มะเร็ง (implantation)
๔. โดยการไปจับหรือรวมตัวตามพื้นผิวของผนังเยื่อ (transcoelomic)

๓. โรคมะเร็งชนิดที่ ๒ (Second primary)

เกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อหรืออวัยวะอื่นที่ไม่ใช่รอยโรคเดิม สาเหตุความผิดปกติทางพันธุกรรม หรือ ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาในการกลับไปใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ เช่น ผลข้างเคียงระยะยาวจากการรักษา ข้อจำกัดทางร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง การสูญเสียภาพลักษณ์ ความวิตกกังวลและซึมเศร้า เป็นผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความสุข มีความสมบูรณ์ ทั้งร่างกาย และจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้อย่างดี ขณะเดียวกันก็สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถใช้ศักยภาพส่วนบุคคลสร้างสรรค์ พัฒนาตนเอง และสังคมให้อยู่รวมกันได้อย่างสันติสุข

๔. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (Nursing for Cancer Patients Receiving Chemotherapy) แนวคิดหลักในการบริหารยาเคมีบำบัด ยามุ่งเป้าและภูมิคุ้มกันบำบัด จลนศาสตร์และพลศาสตร์ของยาเคมีบำบัด ยามุ่งเป้าและภูมิคุ้มกันบำบัด หลักการบริหารยา การประเมินและการจัดการผลที่เกิดจากยาเคมีบำบัด ยามุ่งเป้าและภูมิคุ้มกันบำบัด การให้คำปรึกษา สนับสนุน การจัดการตนเอง ของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลต่อเนื่อง การจัดการผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ความสำคัญของการรักษาด้วยเคมีบำบัด

เป็นการใช้สารเคมี เพื่อฆ่าหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง เหตุผลการใช้เกือบทั้งหมดเพื่อทำลาย DNA หรือเพื่อป้องกันการจำลองรูปแบบโครโมโซม นำไปสู่กระบวนการที่ทำให้เซลล์ตาย ยาเคมีที่ใช้ต้องมีความเข้มข้นที่เหมาะสม ช่วงระยะเวลาการออกฤทธิ์ต่อวงจรชีวิตของเซลล์ การให้แต่ละครั้งจะมีการทำลายเซลล์ ๙๙.๙% จึงจำเป็นต้องให้หลายครั้งเพื่อลดปริมาณเซลล์ลง ยาเคมีบำบัดจะทำงานโดยฆ่าเซลล์ที่แบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ซึ่งการแบ่งตัวอย่างเร็วนี้เป็นคุณสมบัติหลักอย่างหนึ่งของเซลล์มะเร็ง ดังนั้นหมายความว่ายาเคมีบำบัดจะมีอันตรายต่อเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วด้วย เช่น เซลล์ไขกระดูก เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร เซลล์ในรูขุมขน ซึ่งนำไปสู่ ผลข้างเคียง ที่พบได้บ่อยคือ ภาวะกดไขกระดูก เยื่ออักเสบและ ผื่นรัง

บทบาทพยาบาลเคมีบำบัด

- การประเมินคัดกรอง (Assessment)
- การเตรียมความพร้อมข้อมูล ร่างกาย จิตใจผู้ป่วย
- การวางแผนให้การพยาบาล
- การให้คำแนะนำ (Information need)
- การประเมินผล และบันทึก

ก่อนการรักษา : เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแล

ขณะรักษา และ หลังการรักษา : เพื่อดูแลตนเอง รู้วิธีจัดการอาการข้างเคียง เหล่านั้นได้อย่างถูกต้อง

การเตรียมตัวด้านร่างกาย : ความพร้อมของข้อมูล ผลการตรวจต่างๆ ภาวะโภชนาการ สุขภาพของช่องปากและฟัน โรคประจำตัว ยาเดิมหรือยาที่รับประทานประจำ การพักผ่อนให้เพียงพอ การคุมกำเนิด สิทธิการรักษา

การเตรียมตัวด้านจิตใจ : ความรู้ความเข้าใจต่อการรักษา ปรับอารมณ์และจิตใจให้พร้อมรับการรักษาลดความกลัว ความวิตกกังวล เช่น หางานอดิเรก นั่งสมาธิ ฯลฯ เพิ่มความมั่นใจในวิทยาการ สมัยใหม่ สามารถช่วยลดอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ ถ้ารู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับโรค การดูแลรักษาตนเองควรปรึกษาแพทย์และพยาบาลควรหาญาติที่ดูแล หรือบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการมารับฟังข้อมูลด้วย ในวันที่เริ่มวางแผนการรักษา

ภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile Neutropenia) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีจำนวนนับของ เม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิล (neutrophils) ในเลือด (Absolute Neutrophil Count: ANC) น้อยกว่า ๕๐๐ เซลล์/ลบ.มม. หรือ มี ANC น้อยกว่า ๑,๐๐๐ เซลล์/ ลบ.มม. และมีแนวโน้มว่าจะลดลงจนน้อยกว่า ๕๐๐ เซลล์/ลบ.มม. ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ร่วมกับการมีอุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ > ๓๘.๓ องศาเซลเซียสขึ้นไป หรือ > ๓๘.๐ องศาเซลเซียสขึ้นไป เป็นเวลานานกว่า ๑ ชั่วโมง

หลักปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ febrile Neutropenia

๑. การจัดเข้าห้องแยก ตามข้อบ่งชี้+การเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม
๒. ติดตามประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่ระบบต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง จนถึงวันจำหน่ายและวันที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษา ไข้, เจ็บปาก, เยื่อช่องปากอักเสบ/เป็นแผล, เจ็บคอ, ไอ, หายใจลำบาก, ปวดท้องน้อย, ปัสสาวะแสบขัด/ขุ่น กระปิบกระปวาย, กลืนลำบาก, ปวดท้อง, ท้องเสีย, ปวด/บวม/แดง/ร้อน บริเวณให้สารน้ำและแผลผ่าตัด

๓. จัดอาหารสำหรับผู้ป่วย Neutropenia (Neutropenic diet)

๔. การปฏิบัติตัวของบุคลากร ควรจำกัดจำนวนบุคลากรที่เข้าไปให้การดูแล เน้นการล้างมือ / ๕ moment (ก่อน/หลัง สัมผัสผู้ป่วย, ก่อนทำหัตถการสะอาด/ปราศจากเชื้อ, หลังสัมผัสสารน้ำจากร่างกายผู้ป่วย, หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย

๕. การให้ข้อมูลความรู้ผู้ป่วยและญาติ (การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล/ การเข้าเยี่ยม)

๖. การดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่าย (การปฏิบัติ/การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน)

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Febrile Neutropenia

๑. ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะเพื่อป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว และเพื่อให้สามารถจัดการกับกลุ่มเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที และมีประสิทธิภาพ ควรประเมินผู้ป่วยแรกรับโดยการใช้ MASCC เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ร่วมกับการประเมินระดับของภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำควบคู่กันไปเป็นระยะเนื่องจากภายหลังการให้ยาเคมีบำบัดด้วยยาเคมีบำบัดจะกีดการทำงานของไขกระดูกส่งผลให้ระดับค่า ANC ของผู้ป่วยลดต่ำลงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ FN สูงมากขึ้น

๒. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาภายในไม่เกิน ๓๐ นาทีภายหลังจากแพทย์มีคำสั่งการรักษาหรือภายใน ๒ ชั่วโมงภายหลังจากได้รับ รายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๓. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุก ๔ ชั่วโมง เพื่อติดตามภาวะไข้

๔. จัดให้อยู่ห้องแยกเฉพาะซึ่งเป็นระบบกาศหมุนเวียนหรือมีระบบกรองอากาศที่มีประสิทธิภาพกรณีไม่มีห้องแยกให้จัด สิ่งแวดล้อมให้แยกจากผู้ป่วยอื่นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในอากาศ

๕. ติดตามอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อระบบต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

๖. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับภาวะไข้ หากผิดปกติให้รายงาน

แพทย์ทันที

๗. การจัดสิ่งแวดล้อม ไม่ควรมีอุปกรณ์เครื่องใช้เกินความจำเป็นและหมั่นดูแลความสะอาดอยู่เสมอ

๘. หลีกเลี่ยงการสัมผัส ต้นไม้ ดอกไม้ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากดินและน้ำ

๙. ร่วมกับโภชนาการในการจัดอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยอาหารต้องเป็นอาหารที่ปราศจากเชื้อและต้องผ่านความร้อนอย่างเพียงพอก่อนการรับประทาน

๑๐. หลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่ไม่จำเป็น

๑๑. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การล้างมือ การทำความสะอาดหลังขับถ่าย ประเภทของอาหารที่ควรรับประทานและที่ควรหลีกเลี่ยงการทำมาความสะอาด ช่องปาก ฯลฯ

๑๒. การให้คำแนะนำแก่ญาติ/ผู้เข้าเยี่ยม เช่น ไม่สัมผัสกับบาดแผลหรือบริเวณที่อาจมีการติดเชื้อได้ การล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย ของเยี่ยมที่ ควรงดเว้นงดผู้ที่มีอาการติดเชื้อ/มิใช่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย จำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยมครั้งละไม่เกิน ๒ คน ฯลฯ

๑๓. จัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคให้พร้อมใช้

การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภาวะ Febrile Neutropenia

๑. ข้อปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในมุมหนึ่งของหอผู้ป่วยที่ปลอดภัยต่อการติดเชื้อ และผู้ป่วยต้องผูกผ้าปิดจมูกและปากเมื่อออกจากบริเวณ

๒. รักษาสิ่งแวดล้อมให้สะอาดอยู่เสมอ ห้ามนำเศษอาหาร ดอกไม้สด แจกันดอกไม้ ต้นไม้หรือตะกร้าผลไม้สดไว้ใกล้ผู้ป่วย

๓. บุคลากรและญาติที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต้องล้างมือก่อนและหลังดูแลด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ

๔. ผู้ดูแล ควรต้องสวม mask เสมอ

๕. จำกัดผู้เยี่ยม โดยเฉพาะผู้ป่วยต้องงดเยี่ยมเด็ดขาด

๖. หลีกเลี่ยงการสอดใส่สิ่งใด ๆ เข้าไปในทวารหนักของผู้ป่วย เช่น การวัดปรอท การสวนอุจจาระ การเหน็บยาเนื่องจากเยื่อบุบริเวณนั้นอาจทำให้เกิดการฉีกขาดเป็นทางผ่านของเชื้อโรคได้

๗. หลีกเลี่ยงการดูดนมหรือการใส่สายสวนปัสสาวะ ในกรณีที่ต้องใช้เทคนิคปลอดเชื้ออย่างเข้มงวด

๘. การทำหัตถการชนิดลูกกล้ำ เช่น การเจาะไขกระดูก การเจาะน้ำไขสันหลัง การเจาะเลือด การให้สารน้ำต้องใช้เทคนิคปลอดเชื้ออย่างเข้มงวด

๙. หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อและเข้าใต้ผิวหนัง เนื่องจากจะทำให้เกิดการอักเสบใต้ผิวหนังได้

๑๐. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำต้องตรวจดูตำแหน่งที่ให้ทุกวัน เปลี่ยนตำแหน่งและชุดให้สารน้ำทุก ๗๒ ชั่วโมงถ้ามีอาการบวมแดงร้อน ต้องรีบเปลี่ยนตำแหน่งโดยทันที

๑๑. จัดอาหารที่สะอาดผ่านการหุงต้มสุกใหม่ๆ ให้ผู้ป่วย ควรเป็นอาหารที่มีโปรตีนและแคลอรีสูง งดไข่ ลวก ผักสด และผลไม้สดที่ไม่ได้ปอกเปลือก

๑๒. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำดื่มที่สะอาดอย่างเพียงพอ

๑๓. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่มและใช้น้ำเกลือบ้วนปากทุก ๒-๔ ชั่วโมง แนะนำให้ผู้ป่วยอาบน้ำทุกวัน สระผม ๒ ครั้ง/สัปดาห์ ดูแลทำความสะอาดโดยเฉพาะบริเวณที่ อับชื้น เช่น ขาหนีบ รักแร้ อวัยวะสืบพันธุ์ ทวารหนัก เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อรา ถ้ามีแผลหรือรอยแดงที่ทวารหนัก หรือผู้ป่วยอาจบ่นเจ็บ ให้ผู้ป่วยแช่กันด้วยเบตาดีนผสมในน้ำอุ่นใช้อัตราส่วน ๑ ต่อ ๑๐๐ ๑๕ นาที วันละ ๒ ครั้ง เข้ายีน

๑๔. แนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับข้อปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อจะได้มีส่วนร่วมในการช่วยลดปัจจัยเสี่ยงจากการติดเชื้อ

การดูแลต่อเนื่องและวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยที่มีภาวะ Febrile Neutropenia

๑. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมหลังได้รับยาเคมีบำบัดและการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยและญาติ

๒. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสม ดังต่อไปนี้ -ควรล้างมือก่อนรับประทานอาหาร หลังออกจากห้องน้ำและหลังจากการสัมผัสสิ่ง สกปรก ไม่ควรใกล้ชิดผู้ที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น

เช่น เป็นหวัด ไข้หวัดใหญ่ ดูแลช่องปากให้สะอาดโดยการทำความสะอาดช่องปากอย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง ควรแปรงฟันหลังอาหารและก่อนนอน ด้วยแปรงฟันที่อ่อนนุ่ม ดูแลช่องปากให้ชุ่มชื้น ดื่มน้ำมาก ๆ หลีกเลี่ยงอาหารเผ็ดร้อนหรือเย็นจัด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่

๓. ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำอย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง สระผมอย่างน้อย ๒ ครั้งต่อ/ สัปดาห์ วดอกนทุมิอย่างน้อยวันละ ๑ ครั้งหรือเมื่อรู้สึกไม่สบาย

๔. หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ติดเชื้อต่าง ๆ หรือการอยู่ในที่ชุมชน

๕. ควรรับประทานอาหารที่ปราศจากเชื้อ ได้แก่ อาหารที่ปรุงสุกใหม่ ผ่านความร้อนที่เพียงพอ สะอาดถูกสุขอนามัยนมควรผ่านการพาสเจอร์ไรส์และไม่ดื่มนมที่เปิดทิ้งไว้เกิน ๔ ชั่วโมง ดื่มน้ำจากขวดที่ผ่านการกรอง ไม่รับประทานอาหารหมักดอง ของสุกๆดิบๆ การเลือกซื้ออาหารควรตรวจสอบวันหมดอายุ

๖. การเตรียมอาหาร ควรล้างมือก่อนปรุง ทำความสะอาดบริเวณที่ปรุงอาหารบ่อย ๆ ล้างผัก และผลไม้ให้สะอาดก่อนนำมาปรุง ควรแยกเขียงหั่นอาหารดิบและอาหารสุกออกจากกัน

๗. สังเกตอาการแสดงถึงการติดเชื้อ เช่น มีไข้ ทนาวสั้น ไอ เจ็บคอ หายใจลำบาก ปัสสาวะแสบขัด ท้องเสีย ปวดบวมแดงบริเวณผิวหนังหรือบาดแผล มีแผลในช่องปาก เป็นต้น หากพบอาการผิดปกติ ให้มาพบแพทย์ได้โดยไม่ต้องรอถึงวันนัด

๕. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม (Nursing for Patients with Advanced Cancer)

ลักษณะผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การประเมินและการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและระยะประคับประคอง การจัดการอาการปวดและอาการเฉพาะ ความก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งการรักษาพยาบาลภาวะฉุกเฉินด้านโรคมะเร็ง การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายของชีวิต การสื่อสารในผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

การดูแลแบบประคับประคอง(Palliative care)

องค์การอนามัยโลก (WHO, ๒๐๐๒) ระบุหลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ไว้ว่า เป็นการบรรเทาความปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่น ๆ เห็นคุณค่าการมีชีวิตและมองกระบวนการเสียชีวิตเป็นธรรมชาติไม่เจตนาเร่งหรือยื้อการตายผสมผสานการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตอย่างมีคุณค่าจนเสียชีวิตสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการปรับตัวปรับใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้การดูแลเป็นทีมในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมไปถึงการให้คำปรึกษาประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สนับสนุนเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตซึ่งอาจส่งผลดีต่อการดำเนินโรค ให้การดูแลตั้งแต่ช่วงแรกของความเจ็บป่วยผสานเข้ากับการดูแลที่มีเป้าหมายเพื่อยืดชีวิต ซึ่งรวมถึงการส่งตรวจเพื่อให้เข้าใจและจัดการอาการให้ดีขึ้น

อาการแสดงของผู้ป่วยระยะท้ายที่พบได้บ่อย

- Respiratory system : Dyspnea (หอบเหนื่อย)
- GI & Bowel : Oral problem(ช่องปากอักเสบ ปัญหาในช่องปากอื่น ๆ), Constipation (ท้องผูก), Nausea/Vomiting (คลื่นไส้อาเจียน), Ascites(ท้องมาน), Obstruction (การอุดตันทางเดินอาหาร), Anorexia/Cachexia(ภาวะทุพโภชนาการ)
- Functional ability : Fatigue (อ่อนล้า)
- ภาวะเพื่อในระยะสุดท้าย

๖. วิชาทักษะเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง (Specific Nursing Skills in Oncology Care)

ฝึกทักษะเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว จัดการอาการโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา ฟื้นฟูสภาพทางร่างกายและจิตสังคมหลังการรักษา และเสริมพลังผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ให้คำปรึกษา และการรักษาพยาบาล บนพื้นฐานกฎหมายและจริยธรรม

๗. วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม (Nursing Practicum for Patients with Advanced Cancer)

ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และระยะสุดท้ายของชีวิตดูแลต่อเนื่อง จัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เตรียมผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะลุกลาม ประสานงานกับทีมสุขภาพและแหล่งสนับสนุนในชุมชน จัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะลุกลามและระยะสุดท้าย บนพื้นฐานของ กฎหมาย จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ

๘. วิชาปฏิบัติการจัดการข้อมูลและสารสนเทศ (Data Management and Informatics) โดยผู้ฝึกอบรมสามารถ

๑. ระบุชุดข้อมูลที่มีความไวและเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งได้
๒. สร้างพจนานุกรมข้อมูลและเพิ่มข้อมูลขนาดเล็กโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้
๓. เก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกข้อมูลลงในแฟ้มข้อมูลขนาดเล็กได้
๔. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและการใช้สถิติอย่างง่ายในการวิเคราะห์ข้อมูลได้
๕. วิเคราะห์ความผันแปรของสารสนเทศและกำหนดปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้
๖. พัฒนาโครงการเพื่อจัดการปัญหาทางคลินิกจากข้อมูลและสารสนเทศ

ในผู้ป่วยมะเร็งได้

สมรรถนะหลักของพยาบาลเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์ (สาขาทางคลินิกและเวชปฏิบัติ)

ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยพยาบาลบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องสู่การปฏิบัติทางการพยาบาลในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม เฉพาะโรค และครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม

ด้านวิชาการและการวิจัย ความสามารถในการจัดการข้อมูลจากการปฏิบัติ และใช้ข้อมูลจากการปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเฉพาะทาง เฉพาะโรคพัฒนางาน/โครงการ/นวัตกรรม การดูแล จากงานประจำเพื่อการพัฒนาคุณภาพตามปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในหน่วยบริการ อ่างานวิชาการหรืองานวิจัย และสรุปประมวลความรู้เฉพาะสาขา/เฉพาะกลุ่ม/เฉพาะโรคเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติและการเผยแพร่

Research Utilization (RU)

หมายถึง การนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ โดยมุ่งเน้นการแปลความรู้ที่ได้จากการวิจัยมาสู่การประยุกต์ใช้ในโลกลงแห่งความจริงแหล่งกำเนิดของกระบวนการ คือ นวัตกรรมที่มีพื้นฐานมาจากการวิจัยหรือหลักฐานใหม่

Evidence based practice หมายถึง การบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด จากงานวิจัยที่มีอยู่ในขณะนั้น ร่วมกับข้อมูลเกี่ยวกับค่านิยม/ความเชื่อของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ความเชี่ยวชาญของนักปฏิบัติทางคลินิก และทรัพยากร/สิ่งเอื้ออำนวยที่มีอยู่ เพื่อตัดสินใจการดูแลหรือการแก้ไขปัญหของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

Evidence based nursing หมายถึง กระบวนการแก้ปัญหาการพยาบาลทางคลินิกที่บูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดจากงานวิจัยที่มีการออกแบบอย่างดี ค่านิยม/ความเชื่อของผู้ป่วย และความเชี่ยวชาญทางคลินิกของพยาบาลในการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลหรือการให้การพยาบาลผู้ป่วย

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการใช้หัตถการ/การรักษาที่จะให้กับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด ในขณะที่ซึ่งตามปกติจะมาจากงานวิจัยที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดีและมีความน่าเชื่อถือ รวมทั้งแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ที่เชื่อถือได้ ร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกของผู้ใช้ และค่านิยม/ความเชื่อของผู้รับบริการ

IOWA model of evidence based practice to promote quality care (โมเดลเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการนำหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ) มีขั้นตอนดังนี้คือ

๑. พิจารณาปัญหาที่ต้องการพัฒนา ซึ่งมาจาก

- Problem-focused trigger มาจาก

- ๑) ข้อมูลจากการบริหารความเสี่ยง
- ๒) ข้อมูลจากการกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
- ๓) ข้อมูลจากการเทียบเคียง (Benchmarking) ทั้งภายในและภายนอก
- ๔) ข้อมูลด้านการเงิน หรือ
- ๕) ข้อมูลจากปัญหาการปฏิบัติทางคลินิก

- Knowledge-focused trigger มาจาก

- ๑) ผลงานวิจัยใหม่ ๆ หรือการทบทวนวรรณกรรมอื่น ๆ
- ๒) มาตรฐานและแนวปฏิบัติจากหน่วยงานระดับชาติหรือภายในองค์กร
- ๓) ประชุมการดูแล หรือ
- ๔) คำถามจากคณะกรรมการกำกับมาตรฐานในองค์กร

๒. พิจารณาว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่เป็นความต้องการขององค์กร ในการเปลี่ยนแปลงใช่หรือไม่

- ถ้าใช่ จะจัดตั้งทีมเพื่อดำเนินการโครงการ
- ถ้าไม่ใช่ จะค้นปัญหาจากตัวกระตุ้นอื่นต่อไป

๓. รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอื่น ๆ จากการสืบค้นและทบทวนวรรณกรรม ทำการวิเคราะห์ ประเมิน และสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานทั้งหมด เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติ

๔. พิจารณามีงานวิจัยสนับสนุนปัญหาดังกล่าวเพียงพอหรือไม่ ถ้ามีจะดำเนินการโครงการนำร่องในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ดังนี้

- ระบุผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการเปลี่ยนแปลง
- รวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการโครงการเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน
- จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มี
- ดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในหน่วยงานนำร่อง
- ประเมินผลทั้งกระบวนการและผลลัพธ์
- ปรับแนวปฏิบัติทางคลินิก

ถ้าไม่มีงานวิจัยสนับสนุนเพียงพอ ทีมงานอาจต้องดำเนินการวิจัยในเรื่องนั้น

๕. ในกรณีที่ไม่มีงานวิจัยสนับสนุนเพียงพอ และดำเนินโครงการนำร่องในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติแล้ว ทีมงานต้องพิจารณาว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการปฏิบัติหรือไม่

- ถ้าเหมาะสม เริ่มดำเนินการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ โดยจะต้องมีการติดตามและวิเคราะห์โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่ค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยและครอบครัว และมีการเผยแพร่การดำเนินงาน
- ถ้าไม่เหมาะสม ทีมงานจะประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานและความรู้ใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นหาปัญหาที่ต้องการพัฒนา แล้วเริ่มกิจกรรมตามโมเดลรอบใหม่

การตั้งคำถามทางคลินิกด้วยคำที่ดี หรือ Asking well-worded clinical questions: PIO, PICO, PICOT ประกอบไปด้วย

P: Patient Population or patient condition of interest เป็นขั้นตอนของการระบุประชากร เช่น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด หรือระบุปัญหาที่สนใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะแทรกซ้อนจากการรับยาเคมีบำบัด

I: Intervention or Area of Interest การระบุหัตถการ/การรักษา หรือสิ่งที่สนใจ โดยจะต้องมีความเฉพาะเจาะจง เช่น การได้รับยาเคมีบำบัดชนิดใด

C: Comparison Intervention or interest (ถ้ามี) การระบุการเปรียบเทียบ จะช่วยจำกัดขอบเขตการสืบค้นให้แคบลง เช่น การเปรียบเทียบการรักษาระหว่างยา ๒ ชนิด หรือ ๒ วิธีการรักษา

O: Outcome of interest ผลลัพธ์จะต้องมีความเฉพาะเจาะจง และวัดได้ เช่น ระดับความเจ็บปวด

T: Time เวลา

แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines: CPGs) หมายถึง เอกสาร/ข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยนักปฏิบัติทางคลินิก/ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับบริการในปัญหาทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง

โดยมีขั้นตอนการพัฒนาดังนี้

๑. การกำหนดประเด็นหรือเลือกเรื่องที่จะพัฒนา CNPGs
 - เป็นเรื่องที่มีความสำคัญและมีขนาดของปัญหาทางด้านสุขภาพมาก โดยพิจารณาจากความชุก อุบัติการณ์ ความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม อันเนื่องมาจากการป่วยและการตายจากเรื่องดังกล่าว
 - เป็นเรื่องที่มีวิธีการปฏิบัติที่หลากหลายมาก และเสียค่าใช้จ่ายสูง
 - เป็นเรื่องที่มีหลักฐานใหม่ที่ไม่สอดคล้องกับความเชื่อถือและ/หรือวิธีการที่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ต้องการที่จะให้การปฏิบัติมีความทันสมัยสู่การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

๒. การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนา CNPGs
 - ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (รวมทั้งความเชี่ยวชาญทางสาขาอื่น เช่น เศรษฐศาสตร์ทางสุขภาพ หรือระเบียบวิธีวิจัย) ต้องมีความเข้าใจปัญหาที่เผชิญอยู่ และมีทักษะในการวิเคราะห์และประเมิน

- พิจารณาจำนวนสมาชิกให้เหมาะสมเพื่อให้การดำเนินการแล้วเสร็จตามที่กำหนด
- คณะทำงานควรประกอบด้วยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้ปฏิบัติทุกระดับและผู้บริหาร

๓. การสืบหาข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

- ผลงานวิจัยทางคลินิกประเภทปฐมภูมิ (งานวิจัยต้นฉบับ) โดยสืบค้นจาก MEDLINE, CINAHL, THAI JO

- ผลงานวิจัยทางคลินิกประเภทหัตถศึกษา ได้แก่งานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หรือ Meta-analysis สามารถสืบค้นได้จาก The Cochrane Collaboration หรือ The Joanna Briggs Institute เป็นต้น

- แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีอยู่เดิม สามารถสืบค้นได้จากฐานข้อมูลของ The US National Guideline Clearinghouse หรือ The Guidelines International Network หรือ Scottish Intercollegiate Guideline Network เป็นต้น

ฐานข้อมูลที่สำคัญ มี ๓ แหล่ง คือ

- ฐานข้อมูลที่เป็นเอกสาร
- ฐานข้อมูลที่อยู่ในระบบอิเล็กทรอนิกส์
- ฐานข้อมูลที่เป็นบุคคล

ควรทำให้ครบทั้ง ๓ แหล่ง และครอบคลุมทั้งฐานข้อมูลนานาชาติและภายในประเทศ

๔. การวิเคราะห์และประเมินข้อมูลที่ค้นมาได้

๕. การสังเคราะห์และพัฒนาวิธีปฏิบัติที่แนะนำจากข้อมูลที่สืบค้นมาได้ ซึ่งควรระบุ

คุณภาพของหลักฐานและระดับของคำแนะนำ โดยพิจารณาจาก

- ผลลัพธ์ของแต่ละหัตถการ/การรักษา
- เปรียบเทียบประโยชน์กับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น
- เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างหัตถการ/การรักษาต่าง ๆ
- ประเมินผลลัพธ์กับค่าใช้จ่าย

๖. การทบทวนและวิพากษ์วิจารณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประเมิน

- ช่องว่างที่อาจจะเกิดขึ้นในวิธีปฏิบัติที่แนะนำใน CNPGs
- ความชัดเจน
- ความตรงเชิงเนื้อหา
- รูปแบบของการนำเสนอ
- ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ

๗. การทดลองใช้/โครงการนำร่อง ต้องพิจารณาอุปสรรคในการใช้ CNPGs โดยต้องคำนึงถึง

- ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น การรับรู้ของผู้ที่ได้ประโยชน์ และผู้ที่เสียประโยชน์
- ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาและการใช้ CNPGs เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายถ้ายังปฏิบัติแบบเดิม
- กลยุทธ์ในการแก้ไขอุปสรรค

๘. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปสู่การปฏิบัติ โดยต้องคำนึงถึง

- การสร้างแรงจูงใจ
- การพัฒนาความมีส่วนร่วม/ความรู้สึกเป็นเจ้าของ
- การใช้กระบวนการศึกษาในกลุ่มต่าง ๆ
- การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกเข้าไปอยู่ในกระบวนการทำงานขององค์กร เช่น ระบบประกันคุณภาพ
- การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ/การใช้สื่อต่าง ๆ /การสื่อสารผ่านองค์กรวิชาชีพ/ การใช้ผู้นำทางคลินิก
- การทดลองใช้ร่าง CNPGs ในการปฏิบัติจริงและรับข้อมูลสะท้อนกลับ

๙. การเผยแพร่และการนำไปใช้
๑๐. การประเมินผลและการปรับปรุง ควรประเมินก่อนและหลังใช้ CNPGs
 - ได้มีการปฏิบัติตามแผนหรือไม่
 - กลุ่มเป้าหมายรับรู้หรือไม่
 - ผู้ประกอบวิชาชีพและผู้รับบริการมีเจตคติต่อ CNPGs อย่างไร
 - CNPGs สามารถเปลี่ยนการปฏิบัติที่ทำอยู่หรือไม่
 - มีอะไรเป็นอุปสรรคในการนำ CNPGs ไปใช้ ทั้งนี้ เมื่อใช้ CNPGs ไประยะหนึ่ง ต้องมีการปรับปรุง

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๑. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งอย่างเป็นองค์รวม สามารถวางแผนการพยาบาล โดยมีการบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง หลักฐานเชิงประจักษ์และนโยบายสุขภาพสู่การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัวในทุกระยะของการเจ็บป่วย ระยะเวลาตลอดชีวิตรวมถึงระยะท้ายของชีวิต

๒. ทำให้มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ได้แสดงออกถึงคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ มีเจตคติที่ดีต่อการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ภายใต้หลักจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมายวิชาชีพ

๓. ทำให้ได้เรียนรู้การนำหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการรักษาพยาบาล เพื่อนำมาต่อยอด และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

๔. ทำให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการสื่อสารเชิงวิชาชีพกับผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว

๕. ทำให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการบริหารยาเคมีบำบัด ยามุ่งเป้า และภูมิคุ้มกันบำบัด การดูแลรักษาพยาบาลทั้งก่อน ขณะ หลังให้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดและได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษา

๖. ทำให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางศัลยกรรมที่มีความซับซ้อนและใช้เทคโนโลยีขั้นสูง

๗. ทำให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการทางการพยาบาลอย่างเป็นองค์ในผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการรักษาทางศัลยกรรม เคมีบำบัด รังสีรักษาและรังสีร่วมรักษา ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

๘. ได้สร้างเครือข่ายกับโรงพยาบาลต่าง ๆ รวมถึงสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อการประสานงานที่ดี และเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยต่อไป

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

นำความรู้ที่ได้จากการอบรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ดังนี้

๑. จัดนิเทศวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ที่ได้รับภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด หรือในระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง การจัดการอาการไม่สบาย รวมถึงภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งทางนรีเวชและแบบแผนการรักษาในปัจจุบันมากยิ่งขึ้น

๒. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะลุกลามจากโรคมะเร็ง การจัดการอาการไม่สบายต่าง ๆ เช่น อาการปวด พัฒนาแบบแผนในการดูแลการติดตามอาการปวดของผู้ป่วย การประเมินความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เช่น แบบประเมิน ESAS BPI

๓. ให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลในหน่วยติดตามอาการที่บ้าน เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๔. พัฒนาระบบเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งทางรีโมทที่ได้รับการรักษาโดยรังสีรักษาทั้งในระยะใกล้ และระยะไกล ซึ่งต้องได้รับการรักษาภายนอกโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ส่วนที่ ๓ ปัญหา / อุปสรรค

การฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง โดยช่วงการเรียนการสอนเป็นแบบออนไซด์ ประมาณ ๒ เดือน และช่วงหลังเป็นการฝึกอบรมที่สถาบันมะเร็ง ซึ่งมีวิธีการเดินทางโดยรถไฟฟ้ามหานคร หรือรถแท็กซี่ ซึ่งต้องมีการเตรียมพร้อมด้านเวลา และมีค่าใช้จ่ายในส่วนของการเดินทาง รวมถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการทำรูปเล่มรายงาน จึงต้องมีการวางแผนด้านการเงินที่ดีในขณะที่ศึกษาอบรม

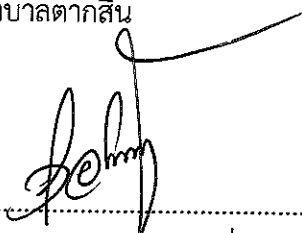
ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

หลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งนี้ ถือเป็นหลักสูตรที่ควรค่าต่อการจัดอบรมต่อไป ในรุ่นถัด ๆ ไป เนื่องจากเป็นหลักสูตรที่สร้างเสริมสมรรถนะของพยาบาลในด้านต่างๆ รวมถึงด้านวิชาการและวิจัยที่หลักสูตรได้ทำการสอดแทรกทักษะในสมรรถนะนี้ ในทุก ๆ กิจกรรมการสอน การพัฒนานวัตกรรม การศึกษาวิจัย การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์นำมาประยุกต์ปรับใช้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน และ มีความทันสมัยเพื่อลดขั้นตอนการทำงานหรือเพื่อพัฒนารูปแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป ซึ่งสามารถเพิ่มศักยภาพในส่วนตรงนี้ได้จริง โดยจะเรียนได้บรรลุตามวัตถุประสงค์นั้น ต้องมีการเตรียมความพร้อมด้านเวลาในการเดินทาง และเตรียมความพร้อมด้านการเงิน จึงอยากให้ทางต้นสังกัด สนับสนุนการเบิกจ่ายเกี่ยวกับค่าเดินทางไปยังที่ฝึกอบรมร่วมด้วย

ลงชื่อ ปิยะนุช จันทรา ผู้รายงาน
(นางสาวเปี่ยมฤทัย จันทรา)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา
ขอให้นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาหน่วยงาน และโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ



(นายจร อินทรบูรณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

นางสาวเบ็ญจกัญ จันทร
sw.ตทกลีน

ระบบสุขภาพ นโยบายสุขภาพ ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง

มะเร็งครบวงจร

ป้องกัน คัดกรอง รักษา ดูแล

วัคซีนมะเร็งปากมดลูก วัคซีน HPV หญิง
อายุ 11-20 ปี 1 ล้านโดส

มะเร็งท่อน้ำดี คัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ 1 แสนคน
จัดตั้งทีม cancer warrior ,cancer anywhere

- 1.จริยธรรม/จรรยาบรรณ
- 2.การสื่อสารสื่อสาร/สัมพันธภาพ
- 3.คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ
4. การปฏิบัติการพยาบาล
5. เทคโนโลยี 6.วิธีการ/วิจัย 7.สังคม 8. ภาวะผู้นำ

2

บทบาทพยาบาลและสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางมะเร็ง

- 1.counseling
- 2.บริหารยาเคมีบำบัด, target,immunotherapy
- 3.pain mangement
- 4.การจัดการดูแล Pt.ได้รับรังสีและรังสีส่วนรักษา
- 5.Palliative care Sx.Chemo,RT

3

กฎหมายจริยธรรม, จีทีที, จีทีที
ในการรักษาพยาบาลด้านมะเร็ง

หลักในการพิจารณาตัดสินประเด็นขัดแย้ง 6 ประการ

- 1.Beneficence or Do good
- 2.No maleficence or Do no harm
- 3.Distribution justice
- 4.Tele the truth
- 5.Respect for autonomy
- 6.Respire for privacy and confidential

- 1.การแสดงความยินยอม
มีความสามารถ(ผู้เยาว์ 3กลองรี)
มีความสมัครใจ สามารถตัดสินใจได้
ไม่ชี้้น่า
- 2.ข้อมูล
 - การเปิดเผยข้อมูล
 - การแนะนำ
 - ความเข้าใจ
3. การยินยอม
 - การตัดสินใจ
 - การแสดงความยินยอม

นโยบายสุขภาพ(โรคมะเร็ง)

- 1.มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 1 ของคนไทย
NCCP (national cancer control program 2013-2017)
1.P&P vaccine Hep B,vaccine HPV , tobacco control
cancer awareness campaigns
Screening CA Cx., CA colon,CA breast
3.Tertiary prevention treatment Sx,RT,chemo,target therapy
4.Palliative
5.cancer informatic
6.cancer research
7.cancer capacity building



- 1.Disease management
โรคซับซ้อน ค่าใช้จ่ายสูง
- 2.Case management
- 3.care management
เป็นoutcome ,DRG
- 4.Care coordination
- 5.cancer nurse coordinator (CNC)เพื่อให้Pt.ได้เข้าถึงบริการ
คัดกรอง วินิจฉัย รักษาตาม
นโยบาย

2.Early Prevention (screening)

- 1.CA Cx.PAP smear ,VIA q 5 yr ตรวจในอายุ 30-60 yr
-HPV DNA test -if +ve 16/18 ส่งทำcolposcope
+ve ส่งรักษาต่อ
-ve ตรวจซ้ำอีก 1 yr
-if +ve non 16/18 ตรวจ LBC
if -ve repeat 1 yr, if -ve repeat 4 yr
if +ve ส่งทำ LEEP/colposcope
- 2.CA Colon ตรวจ FIT ตรวจในอายุ 50-70yr
q 2 yr cut off 100 ng/ml
if -ve repeat q 2 yr
+ve colonoscope
if low risk repeat colonoscope q 5 yr
if high risk repeat colonoscope q 3 yr
if -ve repeat q 5-10 yr
- 3.CA Breast SBE (30-70 yr)
CBE(40-70yr)
MMG as oppotunistic screen

4

สถานการณ์และระดับวิทยาโรคมะเร็ง
New case ประมาณ 140,000 ราย/ปี

- | Top 5 มะเร็ง เพศชาย | Top 5 มะเร็ง | Top 5 มะเร็ง เพศหญิง |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. Liver & bile duct | 1. Liver & bile duct | 1. Breast |
| 2. Lung | 2. Bronchus,Lung | 2. Colo-rectal |
| 3. Colo-rectal | 3. Breast | 3. Liver & bile duct |
| 4. Prostate | 4. colo-rectal | 4. Lung |
| 5. NHL | 5. Cervix-uteri | 5. Cervix-uteri |

1. Primary Prevention

- เพิ่มความตระหนักในการลดปัจจัยเสี่ยงมะเร็ง
ลดดื่มAlc.,กินปลาน้ำจืดดิบ,junk food
,เพิ่มexercise,tobacco control,healthliteracy
- HBV vaccine EPI , HBV vaccine ในเพศหญิง
9-20 ปี

5

ระบบการประกันและรับรองคุณภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

PCP(Patient Care Process)
NEWS(Need,Evidence&Professional standard,
Waste,Safety)
CBC (compassionate care bundle) ทำแล้วให้คิด
ความพึงพอใจ
Palliative care

QM(Quality Management)
Quality planning
Quality improvement
Quality control

Paradigm shift CPC
(Competency,Profession,
colleagueship)

Nurse Quality assurance
ดำเนินการอย่างมีแบบแผนโครงสร้าง
กระบวนการ ผลลัพธ์

QA..... CQI ทำต่อเนื่องเป็นวงจรคุณภาพ
PDCA Plan Do Check Act
3P-Safety - Patient
- Personnel
- People
SIMPLE

Model of Nursing Crae Delivery

เป็นผู้ป่วยเป็นผู้ศูนย์กลางหรือการดูแลแบบ
องค์รวม
1. Total patient care
2. Functional nursing
3. Team nursing
4. Primary nursing

Case management model

เป็นการดูแลPt.Dx.โรคเฉพาะมีความซับซ้อน เสียหายสูง
ใช้เวลารักษานาน ควรมีทักษะ ภาวะผู้นำ การจัดการทรัพยากร
การสื่อสาร, ยา ,การจัดการความพิการ,จัดการเชิงผลลัพธ์
ทำหน้าที่ผู้ประสานงาน
สมรรถนะ วิเคราะห์ระบุความต้องการ วางแผนและดำเนินการ
ติดตามการรักษา ระยะเวลารักษา และค่าใช้จ่าย บันทึกรวบรวม
วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเสนอผลลัพธ์เชิงคุณภาพได้
ทักษะการสื่อสารสำหรับผู้จัดการรายการกรณี
ใส่ใจ ฟัง การใช้คำพูด
ใช้หลัก6C's Clear,Complete,
Concise,Concistent,Correct,
Courteous

- Magnet model
- Professional model of care
- Transforming care at the bed side
- Chronic care model
- Palliative care model/continuing care/
End of life care
- Case management model

- care coordination
- การเจรจาต่อรอง
- การจัดการความขัดแย้ง
- การตัดสินใจเชิงจริยธรรม
- ทักษะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

6

Nursing outcomes
ผลลัพธ์สุดท้ายของการดูแลซึ่งเป็นผลมาจาก
กิจกรรมการพยาบาล

Dominant of health outcome

- 1.Clinical outcome
 - mortality
 - morbidity
 - laboratory indication
2. Service quality outcome
 - time access to treatment
 - Pt.&family knowledge &perception
3. Financial outcome = cost of care
4. Functional outcome
 - functional status , QOL

Donabedian Model
Structure, Process, Outcome

มี 6 version
สปลส ใช้ver. 5

Disease Related Group (DRG)

เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้เพื่อเฉลี่ยความเสี่ยง
ค่ารักษาพยาบาลระหว่างผู้ให้บริการกับองค์กรประกัน

รักษาก่อนมี.Dx.(PDx.,SDx.) ICD10
Procedure(OR,non-OR)ICD9
Age,weight

MDC(Major Diagnosis Category)
DC(Disease Cluster)
CCC(Cost & Clial Complexity)

ระบบประกันสุขภาพของไทย

- 1.สวัสดิการข้าราชการ
 - OP ระบบเบิกจ่ายตรง บัตร ปชช.
 - ระบบใบเสร็จยื่นเบิกกับส่วนราชการ ต้นสังกัด
 - IP ระบบเบิกจ่ายตรงตาม DRG Ver. 6.3.4
 - ยามะเร็ง 25 รายการต่อของ OCPA ก่อน
- 2.ประกันสังคม
 - OP เรียกเก็บตามจริง
 - IP ทยได้เงื่อนไขDRG ver.6.2.1
 - การชดเชยการรักษาโรคมะเร็ง ตาม 20 protocols จ่ายจริงไม่
เกินเกณฑ์ Chemo,RTนอก protocols จ่ายไม่เกิน
50,000บาท/คน/ปี RT รวมอยู่ในการรักษาโรคมะเร็งอื่น

Cancer anywhere
Pt.สิทธิ์ UC ที่ Dx.ว่าเป็นมะเร็ง
ทั้งPt.ใหม่และเก่าสามารถได้รับบริการ
ที่พื้นที่ได้ก็พร้อม โดยไม่ต้องมีใบส่งตัว

7

Cancer registry

- 1.Hospital base cancer registry
q workload survival time
2. Population base cancer registry
q mortality/incident rate /trend/
survival time

ICD O(Oncology)
DRG
RW Adjust RW
Payment=(Adj/RWxBaserate)/Unbundled items

3.UC
• OP เหมจ่ายรายหัว
• IP DRG ver.5

กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูงให้เบิก DRG
Home chemo,บริการรพ.วัดกรรมยานิธิ,
Home ward,ODS,MDS

C 80.9 = unknown primary site
M8000/3 = Dx.นั้นไม่มีการส่งชิ้นเนื้อพิสูจน์