



การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้า ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเลย

กาญจนา วรรณไชย, พย.บ.*, อภิชาติ สุนทร, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้าในหน่วยงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจทำให้เกิดผื่นแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ เช่น อาการปวดรุนแรง ดิซเซียและฟื้นตัวช้า

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้าและศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเลย

วิธีการการศึกษา: เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ การวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนาแบบการพยาบาล และ ศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้า 60 คน และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด 50 คน ดำเนินการเดือน เมษายน-กันยายน 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์การดูแล แบบวัดความรู้ของพยาบาล แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจสำหรับพยาบาล

ผลการศึกษา: หน่วยงานมีรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้าที่ชัดเจน ได้แก่ การเตรียมก่อนผ่าตัด การดูแลขณะผ่าตัดและการติดตามดูแลหลังผ่าตัด หลังการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนลดลง ($p=0.010$) ควบคุมความปวดรุนแรง 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดได้เพิ่มขึ้น ($p=0.005$, $p<0.001$) และลดวันนอนโรงพยาบาลได้ ($p=0.005$) พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น ($p=0.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มขึ้น ($p<0.001$) และมีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุป: รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้าที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความครอบคลุมการพยาบาล ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถจัดการความปวดหลังผ่าตัดได้

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้า พยาบาลห้องผ่าตัด

* ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเลย

ส่งเรื่องตีพิมพ์: 4 พฤศจิกายน 2565

อนุมัติตีพิมพ์: 28 ธันวาคม 2565



Development of a Nursing Model for Breast Cancer Patients Undergoing Modified Radical Mastectomy (MRM), the Operating Room, Loei Hospital

Kanchana Wannachai, B.N.S.*, Apichat Suntron, B.N.S.*

Abstract

Introduction: The number of breast cancer patients undergoing modified radical mastectomy (MRM) has the tendency to increase. If there not's proper care nursing model, post-operative complications may occur, such as severe pain, infection, and slow recovery.

Objective: To develop a nursing model for breast cancer patients undergoing MRM and study the outcomes in the operating room, Loei Hospital.

Methodology: This research is research and development. It is divided into 3 stages: situational analysis, nursing model development, and result study. The sample group are breast cancer patients who underwent full mastectomy, a total of 60 patients and 50 professional nurses in the operating room, with the operations being from April to September 2022. Data collection was through care result data collection form, nurse's knowledge measure form, nursing practice assessment form, and nurse's satisfaction assessment form.

Research results: The institution has a clear nursing model for breast cancer patients who have undergone MRM. Such as preoperative preparation perioperative care and postoperative follow-up. After the development, patients have fewer complications ($p=0.010$), higher control of severe postoperative pain 48 - 72 hours after operation ($p=0.005$, $p<0.001$), and reduced length of stay ($p=0.005$). Nurses have an increased mean in knowledge score ($p=0.001$), an increased mean in nursing practice score ($p<0.001$), and an increase in satisfaction at the highest level.

Conclusion: The developed breast cancer nursing model for breast cancer patients undergoing MRM can increase nursing coverage, reduce complications, and can manage postoperative pain.

Keywords: nursing model, breast cancer patient, modified radical mastectomy, operating room nurse

*Operating care unit ward, Loei Hospital.

Submission: 4 November 2022

Publication: 28 December 2022



ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ ประเมินการว่ามีมากถึง ร้อยละ 37.5 ของประชากรผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด⁽¹⁾ การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นวิธีการหลักสำหรับมะเร็งเต้านม ซึ่งมียุทธวิธี ได้แก่ การผ่าตัดเอาส่วนที่เป็นเนื้อเยื่อเต้านมออกทั้งหมดหรือบางส่วน และการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมดหรือบางส่วน⁽²⁻⁴⁾ จากสถิติโรงพยาบาลเลย พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้น ข้อมูลปี 2562- 2564 มีจำนวน 105, 106, 112 คนตามลำดับ

การผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้า (Modified Radical Mastectomy: MRM) เป็นการรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรุกรามระยะแรก (ระยะที่ 1-2) โดยตัดเต้านมและเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด^(2,5,6) รูปแบบการดูแลหลังผ่าตัดของหน่วยงาน ได้แก่ การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน และเยี่ยมหลังผ่าตัดภายใน 24-48 ชั่วโมง เพื่อให้ข้อมูลและความรู้ในการปฏิบัติตัวช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการวิเคราะห์ข้อมูล 3 เดือนย้อนหลัง (กรกฎาคม-กันยายน 2564) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีดังกล่าว 27 คน ได้รับการเยี่ยมติดตามหลังผ่าตัด จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.2 ในจำนวนนี้พบว่ามีอาการปวดรุนแรงหลังผ่าตัด (Pain score 7-10 คะแนน) 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ร้อยละ 33.3, 25.9 และ 22.2 ตามลำดับ พบการติดเชื้อจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 7.40 และข้อไหล่ติดจำนวน 5 คน คิดเป็น ร้อยละ 18.52 จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและมีข้อจำกัดในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ต้องนอนพัก

รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น รวมทั้งเพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัวและโรงพยาบาล^(1,3,6)

จากการทบทวนการศึกษาพบการใช้รูปแบบการพยาบาล ทำให้เกิดการปฏิบัติภายใต้มาตรฐานเดียวกัน เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย⁽⁷⁾ การให้ข้อมูลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ส่งผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและลดภาวะแทรกซ้อน⁽⁸⁾ จากการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกัน พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัดไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์ และขาดการเชื่อมโยงระบบการพยาบาลผู้ป่วยทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมทั้งหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการพยาบาลเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลปฏิบัติกรพยาบาลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แม้จะมีมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัดแต่ยังไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นกลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัดจึงร่วมกันพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด MRM จากหลักฐานเชิงประจักษ์และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด สำนักการพยาบาล⁽⁹⁾ เพื่อพัฒนาคุณภาพงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเลย ช่วยให้หน่วยงานมีรูปแบบการพยาบาลที่ชัดเจน เพิ่มความครอบคลุมและต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดด้วยวิธีดังกล่าว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้า ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเลย

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้า ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเลย

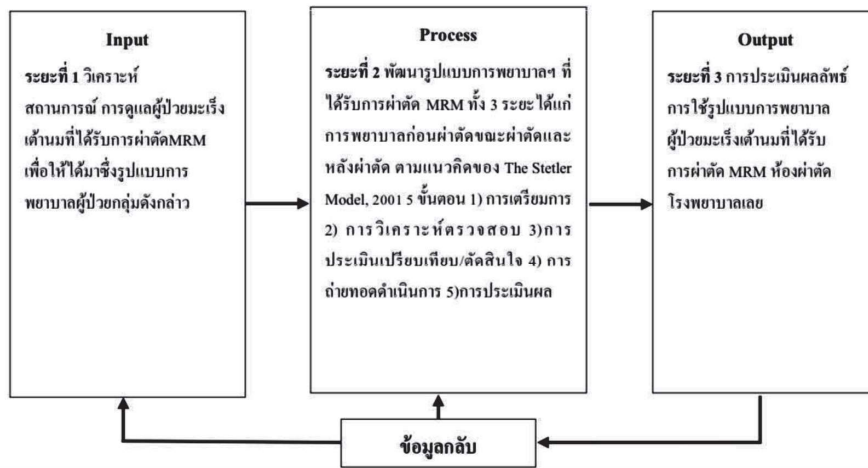
ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development: R&D)⁽¹⁰⁾ ศึกษาในกลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัด และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด MRM ที่มารับบริการที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเลย ระหว่างเดือน เมษายน- กันยายน 2565

กรอบแนวคิด

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้าจากแนวคิดวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์

สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ตามแนวคิดของ สเต็ทเลอร์ โมเดล (The Stetler Model, 2001)⁽¹¹⁾ มี 5 ขั้นตอน คือ การเตรียมการ โดยกำหนดคำจำกัดความ เป้าหมาย ผลลัพธ์ และทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์ ตรวจสอบ เป็นการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือและเพียงพอของหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินเปรียบเทียบ/ตัดสินใจ เป็นการสังเคราะห์การวิจัยและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ การถ่ายทอดดำเนินการ เป็นการยืนยันการใช้ผลงานวิจัย และการประเมินผลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด สำนักการพยาบาล และวิธีการเชิงระบบ (System approach) เพื่อใช้ประกอบในรูปแบบการพยาบาลและระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลฯ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด MRM

นิยามศัพท์

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้า ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเลย หมายถึง การพัฒนารูปแบบพยาบาลจากมาตรฐานการ

พยาบาลห้องผ่าตัด ที่ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ 2) แผนพัฒนาองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมทั้งเต้า 3) แผนการนิเทศติดตาม 4) คู่มือการพยาบาลฯ

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมและได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้าในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัยทุกราย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็น การวิจัยและพัฒนา (Research and development: R&D)⁽¹⁰⁾ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้า ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้า และ ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาล

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดทุกคนและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด MRM ที่มารับบริการที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเสว ระหว่างเดือนเมษายน-กันยายน 2565 ผู้ร่วมวิจัย เป็นผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ฯ ได้แก่ ศัลยแพทย์ 3 คน วิทยุณิแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด 15 คน พยาบาลวิชาชีพห้องตรวจคัดกรอง 2 คน พยาบาลตึกคัดกรองหญิง 2 คน และนักกายภาพบำบัด 2 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานและมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด MRM คัดออกเมื่อย้ายหน่วยงานหรือไม่ได้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 50 คน และ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด MRM ในหน่วยงานและอยู่ในระยะเวลาที่ศึกษา 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม/การประชุมระดมสมองและสะท้อนคิดพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม การแลกเปลี่ยน

ความคิดกับผู้ร่วมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญ 3 คน 2) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด MRM 3) แผนพัฒนาองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมทั้งเต้าและแผนการนิเทศติดตาม 4) แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย 5) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เท่ากับ 0.89 การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85 6) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลความตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เท่ากับ 0.87 การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 และ 7) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล มีจำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลห้องผ่าตัด ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจ มีให้เลือก 5 ระดับ คือ 5 มากที่สุด 4 มาก 3 ปานกลาง 2 น้อย 1 น้อยที่สุด นำผลรวมของคะแนนวิเคราะห์ตามของเบสท์ (Best,1981)⁽¹²⁾ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 4.50-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก 2.50-3.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย 1.00-1.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เท่ากับ 0.91 การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87

ขั้นตอนการศึกษา มีดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์โดยพยาบาลในหน่วยงานร่วมกับสหวิชาชีพ เปิดพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านการสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้าง รวบรวมข้อมูลสถานการณ์



ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้า ห้อยผ่าตัดโรงพยาบาลเลย ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามกรอบแนวคิดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดสำนักการพยาบาลและวิธีการเชิงระบบ (System approach) เก็บข้อมูลผลลัพธ์ปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่นำไปใช้กับผู้ป่วย จัดทำแนวทางให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้าแก่พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัดและจัดทำแผนการนิเทศ ติดตาม และระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติของพยาบาลในการใช้รูปแบบการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สรุปผลการดำเนินงาน รวมทั้งตอบแบบประเมินการใช้และความพึงพอใจต่อแนวทางการพยาบาล และขออนุมัติใช้แนวทางการพยาบาลกับศูนย์คุณภาพ เพื่อประกาศใช้ในงานประจำของหน่วยงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) พิจารณาความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผล โดยนำข้อมูลจากแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม/ประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด จัดหมวดหมู่ จากนั้นตรวจสอบ เชื่อมโยง ยืนยันความถูกต้อง ความเข้าใจเนื้อหา 2) ข้อมูลเชิงปริมาณ เปรียบเทียบข้อมูลเชิงกลุ่ม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วย Fisher exact test เปรียบเทียบข้อมูลต่อเนื่อง ได้แก่ คะแนนความรู้ของพยาบาล คะแนนการปฏิบัติการพยาบาล ด้วยสถิติ Pair t-test และเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คะแนนความปวด และวันนอน ด้วยสถิติ Independence t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญโดยยึดหลักเกณฑ์ทางจริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในมนุษย์ เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสม ได้แก่ การยึดหลักการเคารพในบุคคล หลักสิทธิประโยชน์และหลักยุติธรรม การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเลย เลขที่ EC 001/65 วันที่ 14 ตุลาคม 2564

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว โดยการทบทวนเวชระเบียนพบว่า การบันทึกข้อมูลมีความหลากหลายไม่ตรงกัน เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ อาการปวดรุนแรง (Pain score 7-10 คะแนน) หลังผ่าตัด 24, 48 และ 72 ชั่วโมง จำนวน 9, 7 และ 6 คน คิดเป็น ร้อยละ 33.3, 25.9 และ 22.2 ตามลำดับ ติดเชื้อ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 7.4 และข้อไหล่ติด 5 คน คิดเป็น ร้อยละ 18.5 จากสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีการแสดงความคิดเห็นดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดำเนินของโรคและการปฏิบัติตัว ดังคำกล่าวของผู้ป่วย “ไม่รู้ว่าเป็นยังไง หมอให้เฮ็ดหยิ่งกะเฮ็ดเบ็ด” “ผ่าเสร็จแล้วลีได้สบาย นอนสี่ ๆ นีแล้ว บมีไผ่บอกกะนอนแล้ว” และ 2) การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลที่หลากหลาย ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ดังคำกล่าวของบุคลากร “การเย็บก่อนผ่าตัดเย็บตามประสบการณ์ ใบคำแนะนำก็ไม่มีให้” “ทำตามคำสอน จากรุ่นพี่รุ่นน้อง” และ “ถ้ามีรูปแบบการพยาบาลให้พยาบาลก็คงดี จะได้ทำเหมือนกัน มาตรฐานเดียวกัน”

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้า



หลังจากได้ข้อมูลที่เป็นปัญหาแล้ว คณะผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด MRM ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะก่อน

ผ่าตัด 2) ระยะขณะผ่าตัด และ 3) ระยะหลังผ่าตัด โดยเปรียบเทียบรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่พัฒนาขึ้นใหม่กับการแบบเดิม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบการพัฒนาารูปแบบการพยาบาล ระยะก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

ระยะก่อนพัฒนารูปแบบ	ระยะหลังการพัฒนารูปแบบ
ระยะก่อนผ่าตัด	
เมื่อแพทย์กำหนดวันผ่าตัด พยาบาลห้องตรวจศัลยกรรม ให้ใบนัดแก่ผู้ป่วยและแนะนำให้ผู้ป่วยมาตามนัด	<ul style="list-style-type: none"> • เยี่ยมครั้งที่ 1 ที่ห้องผ่าตัด เมื่อแพทย์กำหนดวันผ่าตัด พยาบาลห้องตรวจศัลยกรรมให้ใบนัดและส่งต่อผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัด - สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความรู้ ให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เน้นอธิบายให้เข้าใจระยะของโรคและความสำคัญของการรักษาด้วยการผ่าตัด แจกสมุดคู่มือการดูแลตนเองและความพร้อมในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เพื่อสร้างสัมพันธภาพและลดความกังวลของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ดูแล (ผ่านการพัฒนาองค์ความรู้แล้ว)
-ผู้ป่วย Admit และเตรียมผ่าตัดตาม Routine พยาบาลประจำตึกศัลยกรรม ให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด	<ul style="list-style-type: none"> • เยี่ยมครั้งที่ 2 ผู้ป่วย Admit - แนะนำในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด บรรยายภาคนในห้องผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมความพร้อมและลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด - สอนการออกกำลังกาย การบริหารข้อไหล่ หลังผ่าตัด ตามคู่มือที่แจกไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ทันทีหลังผ่าตัด
ระยะขณะผ่าตัด	
-รับผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัด ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัดเพื่อเข้ารับการผ่าตัด	<ul style="list-style-type: none"> • เยี่ยมครั้งที่ 3 รับผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัด - กล่าวทักทาย พุดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วย และตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัดเพื่อเข้ารับการผ่าตัด ทั้งในเรื่องการเตรียม บริเวณผ่าตัด การงดน้ำ-งดอาหารก่อนผ่าตัด การเตรียมอุปกรณ์มาให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด เอกสารเช่นดัชนียอมผ่าตัด เป็นต้น
-ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ตรวจสอบผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ SSC เพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด	-ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ตรวจสอบผู้ป่วย ตามแนวปฏิบัติ SSC เพื่อความปลอดภัยและมีคู่มือการพยาบาลผ่าตัด MRM เพื่อให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัดไปเป็นแนวทางเดียวกัน
ระยะหลังผ่าตัดผ่าตัด	
-หลังผ่าตัดใน 24-72 ชั่วโมง ที่ตึกศัลยกรรมหญิง ทักทายผู้ป่วยและให้การดูแลตามแผนการดูแลหลังผ่าตัด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม หากมีข้อสงสัย	<ul style="list-style-type: none"> • เยี่ยมครั้งที่ 4 หลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง ที่ตึกศัลยกรรมหญิง - ทักทายผู้ป่วย ทบทวนการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดและฝึกทักษะในการดูแลตนเองก่อนจำหน่าย เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด ขวดสายระบายและควิวิไอสาริต แนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับข้อปฏิบัติเมื่อกลับบ้าน ไปบ้านหลังการผ่าตัด อาการที่ควมมาพบแพทย์ก่อนนัด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม หากมีข้อสงสัย - เพิ่มช่องทางการติดต่อสอบถามทาง Application Line หากมีข้อสงสัยเมื่อกลับบ้าน
-พบแพทย์หลังผ่าตัดตามนัด ที่ห้องตรวจศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลเลย	<ul style="list-style-type: none"> • เยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่มาตรวจตามนัด - พบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดครั้งที่ 1 ที่ห้องตรวจศัลยกรรมทั่วไป - ทักทายผู้ป่วย ติดตามอาการหลังผ่าตัด ให้การดูแลตามแผนการดูแลในวันที่มาตรวจตามนัดครั้งที่ 1 พุดคุย ซักถามให้กำลังใจกับผู้ป่วยและจากนั้นแจ้งให้ทราบการสิ้นสุดการวิจัย



ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ได้แก่

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่าหลังการพัฒนาผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลงอย่างนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 20.0 เป็น 3.3 ($p=0.010$) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index: BI) เพิ่มขึ้นจาก 72.3 เป็น 79.5 คะแนน แต่ไม่แตกต่างทางสถิติ ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย (Length of

Stay: LOS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4.6 เป็น 3.5 วัน ($p=0.005$) การจัดการความปวดหลังการผ่าตัดพบว่าคะแนนความปวดที่ 24 ชั่วโมงแรกลดลงจาก 5.3 เป็น 4.9 แต่ไม่แตกต่างทางสถิติ คะแนนความปวดที่ 48 ชั่วโมงแรก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 3.0 เป็น 2.0 ($p=0.005$) และ คะแนนความปวดที่ 72 ชั่วโมงแรก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.8 เป็น 1.5 ($p<0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด MRM (n=30)

ผลการประเมิน	กลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบ		กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด					
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	24	80.0	29	96.7	0.010*
เกิดภาวะแทรกซ้อน	6	20.0	1	3.3	
ติดเชื้อ	5	16.7	1	3.3	
ข้อไหล่ติด	1	3.3	0	0	
2. คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เฉลี่ย (\pm SD)	72.32	(\pm 13.2)	79.5	(\pm 12.6)	0.586**
3. ระยะเวลาวันนอน เฉลี่ย (\pm SD)	4.6	(\pm 2.1)	3.5	(\pm 1.8)	0.005**
4. คะแนนความปวด เฉลี่ย (\pm SD)					
หลังผ่าตัดวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรก)	5.3	(\pm 1.4)	4.9	(\pm 1.4)	0.308**
หลังผ่าตัดวันที่ 2 (48 ชั่วโมงแรก)	3.0	(\pm 1.3)	2.0	(\pm 1.4)	0.005**
หลังผ่าตัดวันที่ 3 (72 ชั่วโมงแรก)	2.8	(\pm 0.9)	1.5	(\pm 1.2)	< 0.001**

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ * Fisher exact test และ ** Independence t-test

ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล เปรียบความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัดที่ได้รับการพัฒนาความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด MRM จำนวน 50 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 17.9 ระดับปานกลาง เป็น 25.8 ระดับดีมาก ($p=0.001$) เปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลก่อนและหลังพัฒนา พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามแนว

ปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และ หลังผ่าตัด ($p=0.001$, $p<0.001$ และ $p<0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติการพยาบาล (n=50)

การประเมิน	กลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบ	กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบ	p-value
	เฉลี่ย (±SD)	เฉลี่ย (±SD)	
1. ความรู้การดูแลผู้ป่วย	17.9 + 0.9	25.8 + 0.5	0.001
2. การปฏิบัติการพยาบาล			
การพยาบาลก่อนผ่าตัด	1.42 ± .16	1.80 ± .18	0.001
การพยาบาลขณะผ่าตัด	0.98 ± .10	1.87 ± .21	< 0.001
การพยาบาลหลังผ่าตัด	1.20 ± .14	1.85 ± .22	< 0.001

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Pair t-test

ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดหลังใช้รูปแบบการพยาบาล พบว่า โดยรวมมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{x} = 4.6$, S.D. =.49) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาล (n=50)

ความพึงพอใจ	X	SD	ระดับ
รูปแบบการพยาบาลมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน	4.2	0.5	มาก
รูปแบบการพยาบาลมีความง่ายและสะดวกต่อการปฏิบัติ	4.7	0.4	มากที่สุด
รูปแบบการพยาบาลมีการกำหนดสื่อสารที่ชัดเจนเข้าใจง่ายต่อการปฏิบัติ	4.5	0.6	มากที่สุด
รูปแบบการพยาบาลทำให้ท่านมีปฏิสัมพันธ์กับทีมการพยาบาลได้ดี	4.7	0.4	มากที่สุด
รูปแบบการพยาบาลมีประโยชน์ต่อการพยาบาลผู้ป่วย	4.8	0.4	มากที่สุด
ควรรูปแบบการพยาบาลมาใช้ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง	4.6	0.4	มากที่สุด
รูปแบบการพยาบาลมีประโยชน์ ควรมีการเผยแพร่ไปยังหน่วยงานอื่น	4.1	0.7	มาก
โดยรวมแล้ว ท่านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล	4.6	0.4	มากที่สุด

อภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงานทำให้เกิดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะก่อนผ่าตัด มีการเยี่ยมจำนวน 2 ครั้ง ประเมินความรู้ให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สามารถจัดการความวิตกกังวลและมีความพร้อมก่อนการผ่าตัด ระยะที่ 2 ระยะขณะผ่าตัด เป็นการเยี่ยมเพื่อให้การพยาบาลในการผ่าตัดที่ถูกต้อง ผ่านคู่มือการ

ปฏิบัติการพยาบาลทำให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัดไปเป็นแนวทางเดียวกัน และระยะที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด ติดตามเยี่ยม 2 ครั้ง เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่างจากรูปแบบเดิม คือ มีระบบการนิเทศติดตามที่ชัดเจนและต่อเนื่อง เกิดการพัฒนาองค์ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล โดยปรับปรุงคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย แผนการจัดการความรู้ก่อนหมุนเวียนหน้าที่ ทำให้กลุ่มพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากขึ้น ลด



การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น และลดระยะเวลาวันนอนรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Thomas และคณะ¹³ การใช้แนวทางการพยาบาล ทำให้เกิดการปฏิบัติภายใต้มาตรฐานเดียวกัน เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทำให้บรรลุป้าหมายการพยาบาลในเวลาเร็วขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความถูกต้องและครอบคลุมการพยาบาลมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูสิทธิ์ วชิรธนากร⁽⁷⁾ การให้ข้อมูลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสำหรับเข้ารับการผ่าตัด ส่งผลลัพธ์ที่ดีในระยะหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลง ฟื้นหายเร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการใช้ยาระงับปวดและผู้ป่วยมีความพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ พลิกเวิร์ตและคณะ⁽⁸⁾ พบว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาล สามารถลดระยะเวลาวันนอนของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญสถิติ และการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ภูวนกุล¹⁴ พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติ ช่วยให้พยาบาลมีความพึงพอใจในปฏิบัติงานในระดับมาก

สรุป

รูปแบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีความพร้อมด้านความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้า

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้สามารถใช้ได้ เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลเลย ควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องการพัฒนาเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้มีความต่อเนื่องในการดูแลและครอบคลุม เช่น การเข้าถึงบริการ การดูแลในโรงพยาบาลและการดูแลหลังจำหน่าย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยการสนับสนุนงานวิจัยจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย ตลอดจนคณะกรรมการส่งเสริมและผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาตรวจสอบพร้อมข้อเสนอแนะงานวิจัยนี้ ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2565].
- WHO. Breast cancer. [Internet]. Available from: <http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosisscreening/breast-cancer/en//breast-cancer/en/> [cited 2022 march 22].
- จินตนา กิ่งแก้ว. มะเร็งเต้านมกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วารสารโรคมะเร็ง, 2560;37(4):163-70.
- พจน์ชวิทย์ อภินิเวศ. โรคของเต้านม. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์, 2555.



5. WHO. Thailand burden of cancer. Cancer cbcountry. [Internet]. Available from: http://who.int/cancer/country-profiles/THA_2020.pdf [cited 2022 march 12].
6. อุยวาคี อัครวิเศษ. สาระหลักทางการพยาบาล ศัลยศาสตร์ เล่ม 2. ฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555.
7. ชูลีพร วชิรชนากร. ความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทางนรีเวช. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2560;24(1):51-9.
8. Flikweert ER, Izaks GJ, Knobben BA, Stevens M, Wendt K. The development of a comprehensive multidisciplinary care pathway for patients with a hip fracture: design and results of a clinical trial. BMC Musculoskeletal Disorders, 2014;15:188.
9. สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลปรับปรุงครั้งที่2. นนทบุรี:องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2550.
10. กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับ การวิจัยและประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556.
11. Stetler, C. B. Stetler model of evidence-based practice. The Nursing Clinics of North America 2001; 49(3): 269–274.
12. John W. Best. Research in Education, 4th ed. New Jersey: Prentice – Hall Inc.1981.
13. Thomas LH, McColl E, Cullum N, Rousseau N, Soutter J, Steen N. Effect of clinical guidelines in nursing, midwifery, and the therapies: a systematic review of evaluations. Qual Health Care, 1998;7(4):183-91.
14. เสาวลักษณ์ ภูวนกุล, นพรัตน์ เรืองศรี, อรพรรณ มั่นตระกูล, จารุภา คงรส. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมอง โรงพยาบาลพิจิตร. วารสารกรมการแพทย์, 2560;42(6):102-7.