

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวล
และความพึงพอใจต่อการดูแลในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม



สุชา ปาน้อยนนท์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวล
และความพึงพอใจต่อการดูแลในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม

ศศ ปาน้อยนนท์

นางสุชา ปาน้อยนนท์

ผู้วิจัย

อนงค์ อัครวิเศษ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อุษาวดี อัครวิเศษ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

วิภาดา ทรัพย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันเพ็ญ ภิญญากาศกุล,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์พรชัย โอเจริญรัตน์,

Ph.D. M.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อ. น. -

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อ. อธิภา

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริหมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวล
และความพึงพอใจต่อการดูแลในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2553

ศศ ปาน้อยนนท์

นางสุชา ปาน้อยนนท์

ผู้วิจัย

ณิชา หงษ์ทอง

รองศาสตราจารย์คณินิจ พงศ์ถาวรกุล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อภิสรา อัครวิเศษ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อุษาวดี อัครวิเศษ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ณิชา หงษ์ทอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันเพ็ญ ภิญญโสภาสกุล,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ณิชา หงษ์ทอง

รองศาสตราจารย์พองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ศรีมันทยาภส,

พ.บ.,ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์พรชัย โอเจริญรัตน์,

Ph.D. M.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์พรชัย โอเจริญรัตน์,

Ph.D. M.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และศาสตราจารย์ นพ.พรชัย โอเจริญรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษา รวมทั้งแนวคิดและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนการสนับสนุนให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูง พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.คณินิจ พงศ์ถาวรกุล และอาจารย์ นพ.สาธิต ศรีมันทยามาศ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ทำให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ตึกสยามินทร์ ชั้น 5 ห้องตรวจและติดตามผลการรักษา ตึกสยามินทร์ ชั้น 1 และห้องตรวจโรคศัลยศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 3 โรงพยาบาลศิริราช ที่ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวก และให้การสนับสนุนอย่างดียิ่ง ช่วยเหลือการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์สุทธิพล อุดมพันธุ์รัก ที่กรุณาให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้านการใช้สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ และเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตรหัส 50 ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด

ประโยชน์อันเนื่องจากการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะพึงมีมาน้อยเพียงใด ผู้วิจัยขออุทิศให้แก่คุณพ่อและคุณแม่ผู้ล่วงลับไปแล้ว รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้กรุณาอบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยมีความรู้ ความสามารถ และมีกำลังใจมาโดยตลอดจนจบจนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

สุชา ปาน้อยนนท์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อการดูแลในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม

THE EFFECTIVENESS OF A DAY SURGERY DISCHARGE PLANNING PROGRAM ON ANXIETY AND SATISFACTION OF CARE AMONG WOMEN UNDERGOING BREAST MASS EXCISION

สุชา ปาน้อยนนท์ 5036818 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อุษาวดี อัครวิเศษ, Ph.D. (Nursing), วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, Ph.D. (Nursing), พรชัย โอเจริญรัตน์, M.D., Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อการดูแลในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18- 60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านมและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกด้วยวิธีการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นกลุ่มศึกษา 25 รายและกลุ่มควบคุม 25 ราย กลุ่มศึกษาได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกที่มีการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด วันผ่าตัดและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด 1 วัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบทีและสถิติที่ทดสอบคู่

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัด น้อยกว่าระยะก่อนถึงวันผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการดูแลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ ควรสนับสนุนการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกไปใช้ ในการดูแลสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล และเพิ่มความพึงพอใจต่อการดูแล

คำสำคัญ : การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย / ก้อนบริเวณเต้านม / การผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก / ความวิตกกังวล / ความพึงพอใจ

THE EFFECTIVENESS OF A DAY SURGERY DISCHARGE PLANNING PROGRAM ON ANXIETY AND SATISFACTION OF CARE AMONG WOMEN UNDERGOING BREAST MASS EXCISION

SUCHA PANOINON 5036818 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : USAVADEE ASDORNWISED, Ph.D. (NURSING), WANPAN PINYOPASAKUL, Ph.D. (NURSING), PORNCHEI O-CHAROENRAT, M.D., Ph.D.

ABSTRACT

This quasi-experimental research study aimed to determine the effectiveness of day surgery discharge planning program on anxiety and satisfaction of care among women undergoing breast mass excision. Women aged 18 to 60 years old who were diagnosed with breast mass and received the treatment of breast mass excision, in the form of day surgery under local anesthesia, were recruited by means of purposive sampling. The patient samples were 25 subjects in an experimental group and 25 subjects in a control group. The experimental group received a day surgery discharge planning program including preoperative, perioperative and one day of postoperative care, while the control group received routine nursing care. Data were collected by using the anxiety questionnaires and the patient satisfaction questionnaires. Data were analyzed by using descriptive statistics, t-test and paired t-test.

The result showed that the mean score of anxiety of the experimental group during pre-discharge phase was lower than anxiety during the preadmission phase, with statistical significance ($p < .05$). The mean score of patient satisfaction of the experimental group was higher than that of the control group with statistical significance ($p < .05$).

The day surgery discharge planning program should be implemented to provide care for women with breast mass excision in order to decrease anxiety levels and increase patient satisfaction of care.

KEY WORDS : DISCHARGE PLANNING / BREAST MASS EXCISION / DAY SURGERY / ANXIETY / SATISFACTION

150 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญแผนภูมิ	ฌ
บทที่ 1	1
บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย	10
บทที่ 2	11
การทบทวนวรรณกรรม	11
โรคก่อนบริเวณเต้านม	11
ผลกระทบของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก	23
แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก	38
ความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ความวิตกกังวล ระยะเวลา กลับไปทำงาน และความพึงพอใจของผู้ป่วยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	48
บทที่ 3	52
วิธีดำเนินการวิจัย	52
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	57
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	58
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	61
การวิเคราะห์ข้อมูล	61
บทที่ 4 ผลการวิจัย	62
บทที่ 5 การอภิปรายผล	71
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	79
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	82
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	91
รายการอ้างอิง	101
ภาคผนวก	110
ประวัติผู้วิจัย	150

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ข้อมูลทั่วไป	63
2	ประวัติการรักษา	65
3	เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยใช้สถิติทดสอบที	67
4	เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม โดยการทดสอบทีคู่	68
5	เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแล	69
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด และก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดแบบรายข้อ	148
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดแบบรายข้อ	149

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	8
2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล	60



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันก่อนบริเวณเต้านมเป็นปัญหาที่พบบ่อยในสตรีไทย ข้อมูลจากโรงพยาบาลศิริราช พบว่าแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่มีก่อนบริเวณเต้านมมีมากขึ้นในปี พ.ศ. 2549-2551 สถิติผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจก่อนบริเวณเต้านมในแต่ละปี ณ ดึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราช มีจำนวน 7,982 11,467 และ 15,070 ราย ตามลำดับ โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่ามีก่อนบริเวณเต้านมและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอาก่อนเนื้องอกออก ด้วยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ แพทย์จะทำการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก และภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ ก่อนเนื้องอกที่ถูกตัดออกจะส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อการตรวจวินิจฉัยที่แน่นอนว่าผู้ป่วยเป็นโรคเนื้องอกของเต้านมหรือโรคมะเร็งเต้านม โดยแพทย์จะนัดผู้ป่วยมาฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อหลังวันผ่าตัด ประมาณ 1 สัปดาห์ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อการรักษาและวินิจฉัยโรคก่อนบริเวณเต้านมมีความวิตกกังวล เนื่องจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนอกจากจะเป็นความเจ็บป่วยแล้ว ยังเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดกับอวัยวะที่มีความสำคัญและเป็นภาพลักษณ์ของเพศหญิง (มณฑา ลิ้มทองกุล, 2535; หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2541; Benedict, Williams, & Baron, 1994; Deane & Degner, 1998) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและผลการตรวจชิ้นเนื้อ กลัวว่าจะเป็นมะเร็งและกลัวได้รับอันตรายจากการผ่าตัด เช่น กลัวเจ็บจากการผ่าตัด กลัวแผลแยก แผลไม่สวย และกังวลว่าหลังผ่าตัดไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ (มณฑา ลิ้มทองกุล, 2535; หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2541; Lebel et al., 2003; Nagabhushan, Mathews, & Witek-Janusek, 2001; Shaw, Wilson, & O'Brien, 1994)

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมและส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค จะมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ป่วยตรวจพบก่อนบริเวณเต้านม จนกระทั่งผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจและนัดทำผ่าตัด จนถึงวันผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดขณะอยู่บ้านและรอผลการตรวจชิ้นเนื้อ (O'Mahony, 2001; Witek-Janusek, Gabram, & Mathews, 2007; Woodward & Webb, 2001) นอกจากนี้ยังพบว่าระยะหลังทราบผลการตรวจชิ้นเนื้อ ผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกไม่ร้ายแรง ยังคงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำและความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

ในอนาคต (หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2541; Deane & Degner, 1998; Witek-Janusek et al., 2007; Woodward & Webb, 2001) ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องหากไม่ได้รับแก้ไข จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ความวิตกกังวลสูงส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติและระบบภูมิคุ้มกันทำงานเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็วขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายทั้งในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เช่น เกิดภาวะเลือดออกมาก ปวดแผลมากขึ้น (Katz, Poleshuck, Andus, & Hogan, 2005) นอกจากนี้ความวิตกกังวลในระดับสูง ยังมีผลต่อการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกัน ยับยั้งการสร้างแอนติบอดีทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย และยับยั้งการสร้างคอลลาเจนทำให้การฟื้นฟูของแผลช้ากว่าปกติ (Charmandari, Tsigos, & Chrousos, 2005; Nagabhushan et al., 2001; Witek-Janusek et al., 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความวิตกกังวลยังส่งผลขัดขวางความสามารถในการรับรู้ข้อมูลของบุคคล ทำให้กระบวนการเรียนรู้และการจดจำของผู้ป่วยลดลง (Keegan, 2000; Pai & Nicholl, 2005; Shuldham, 1999) ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการผ่าตัดและคำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตัว (Barthelsson, Lutzen, Anderberg, & Nordstrom, 2003; Fagermoen & Hamilton, 2003) ซึ่งส่งผลเสียต่อผู้ป่วยผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ที่ต้องรับผิดชอบดูแลตนเองที่บ้านหลังผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลและการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเฉพาะในวันผ่าตัด ดังนั้นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยอาจจดจำข้อมูลหรือคำแนะนำในการดูแลตนเองไม่ครบถ้วน ทำให้เกิดความสับสนและรู้สึกไม่แน่ใจในข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การจัดการกับความปวด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการกลับไปทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อข้อมูลที่ได้รับก่อนการจำหน่ายในผู้ป่วยผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยยังมีข้อสงสัยและต้องการข้อมูลหรือคำแนะนำเพิ่มเติมในการดูแลตนเองระยะหลังการจำหน่าย (Gilmarin, 2007; Henderson & Zernike, 2001; Jacobs, 2000; McMurray et al., 2007; Williams, 2008)

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก จะได้รับการดูแลเฉพาะในวันทำผ่าตัด รวมถึงการได้รับข้อมูลและการสอนจากพยาบาลก่อนเข้าห้องผ่าตัดเกี่ยวกับโรค ขั้นตอนการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวในระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การให้ข้อมูลและการสอนผู้ป่วยในวันทำผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกมีระยะการดูแลที่สั้น ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด เพื่อมีโอกาสทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้รับและการเตรียมตัวก่อนถึงวันผ่าตัด (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2545; Anthony & Hudson-Barr, 2004; Dunn, 1998; Hughes, 2002; Mitchell,

2002; Rhodes, Miles, & Pearson, 2006; Suhonen, Nenonen, Laukka & Valimaki, 2005) การให้ข้อมูลและการสอนผู้ป่วย ควรมีการประเมินความต้องการข้อมูลโดยคำนึงถึงความเชื่อและประสบการณ์ของผู้ป่วยในแต่ละราย และปรับเนื้อหาข้อมูลให้มีความสอดคล้องสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลตนเอง และการประสานงานร่วมกับทีมสหสาขา จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองที่บ้านหลังการจำหน่าย (Anthony & Hudson-Barr, 2004; Huang & Liang, 2005; Hughes, 2002; Lin, Wang, Chang & Yang, 2005; Mitchell, 2007; Rhodes et al., 2006; Rorden & Taft, 1990; Suhonen et al., 2005) ช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่ได้รับ (Malkin, 2000; Hughes, 2002) นอกจากนี้การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยควรมีคู่มือหรือแผ่นพับเพื่อช่วยเตือนความจำให้กับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น (Fagermoen & Hamilton, 2003; Johansson, Hupli, & Salanterä, 2002; Johnson, Sandford, & Tyndall, 2003; Lam, White, Runions, & Miller, 2001; Lithner & Zilling, 2000; Walker, 2007) รวมทั้งการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ระยะหลังการจำหน่าย ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (Boter, Mistiaen, & Groenewegen, 2000; Coll, Ameen, & Moseley, 2004; Cox & Wilson, 2003; Dewar, Craig, Muir, & Cole, 2003; Huang & Liang, 2005; Mistiaen & Poot, 2003) มีผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย รวมทั้งการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมต่อความคาดหวังและการตัดสินใจการกลับไปทำงาน ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง สามารถจัดการกับความปวดได้อย่างเหมาะสม และมีเจตคติและความเชื่อที่ถูกต้องในการจัดการกับความปวดและการกลับไปทำงาน ส่งผลให้ความต้องการต่อการหยุดงานลดลงและความพึงพอใจเพิ่มขึ้น (Feuerstein et al., 2003; Gatchel, 2004; Godges, Anger, Zimmerman, & Delitto, 2008; Gross & Battie, 2005; Leeuw et al., 2007; Pransky, Gatchel, Linton, & Loisel, 2005)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การให้ข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเด้านมแบบผู้ป่วยนอก ควรเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนถึงวันผ่าตัด เพื่อวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องในวันผ่าตัดและหลังการจำหน่าย เริ่มจากการประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายโดยคำนึงถึงความเชื่อ ประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและการประสานงานร่วมกับทีมสหสาขา รวมทั้งการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังการจำหน่าย เพื่อส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเอง และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการดูแลดังกล่าวสอดคล้องกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ตามกรอบแนวคิดของ Rorden และ Taft (1990) ที่ประกอบด้วยกระบวนการดูแล 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงประสบการณ์และความเชื่อพื้นฐาน สิ่งแวดล้อมที่บ้าน

การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม ทรัพยากร และศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย ขั้นที่ 2 การวางแผนมุ่งหมายร่วมกับผู้ป่วย การประสานงานร่วมกับทีมสหสาขา การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การสอนและสาธิตเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค และขั้นที่ 3 การลงมือปฏิบัติตามแผนและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการจำหน่าย ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยพัฒนาโดย Rorden และ Taft (1990) มาเป็นกรอบแนวคิดเพื่อจัดทำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมด้วยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและตอบสนองความต้องการ โดยเริ่มให้การดูแลตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจและนัดผ่าตัด จนถึงวันผ่าตัดและหลังการจำหน่าย ซึ่งแบ่งการดูแลออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ก่อนถึงวันผ่าตัด เป็นการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและวางแผนมุ่งหมายร่วมกับผู้ป่วย ให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 วันทำผ่าตัด ให้การดูแลตามแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประสานงานกับทีมผ่าตัดเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งส่งเสริมการดูแลสุขภาพเต้านมเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม และระยะที่ 3 หลังการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด 1 วัน โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่สร้างขึ้น ไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วย

คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมีความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อการดูแลแตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วย ที่รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านม ในระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและระยะก่อนจำหน่าย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมีความวิตกกังวลระยะก่อนจำหน่ายน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจต่อการดูแลมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกตามกรอบแนวคิดของ Rorden และ Taft (1990) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านม เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก จะมีความรู้สึกไม่แน่นอน ความกลัวและความวิตกกังวลเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วะยะก่อนถึงวันผ่าตัด จนถึงระยะหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และผลการตรวจชิ้นเนื้อ กลัวว่าจะเป็นมะเร็งและกลัวได้รับอันตรายจากการผ่าตัด เช่น กลัวเจ็บจากการผ่าตัด กลัวแผลแยก แผลไม่สวย และกังวลว่าหลังผ่าตัดจะไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ (มณฑา ลิ้มทองกุล, 2535; หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2541; Lebel et al., 2003; Shaw, Wilson, & O'Brien, 1994) รวมทั้งการกลับเป็นซ้ำและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมในอนาคต (หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2541; Deane & Degner, 1998; Witek-Janusek et al., 2007; Woodward & Webb, 2001) ความวิตกกังวลส่งผลให้การรับรู้จดจำข้อมูลของผู้ป่วยลดลง (Keegan, 2000; Pai & Nicholl, 2005; Shuldham, 1999) ดังนั้นหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยอาจจดจำข้อมูลหรือคำแนะนำในการดูแลตนเองไม่ครบถ้วน ทำให้เกิดความสับสนและรู้สึกไม่แน่ใจในข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การจัดการกับความปวด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการกลับไปทำงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองก่อนการจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยพบว่า ผู้ป่วยยังมีข้อสงสัยและต้องการความช่วยเหลือหรือคำแนะนำเพิ่มเติมในการดูแลตนเองในระยะหลังการจำหน่าย (Gilmarin, 2007; Henderson & Zernike, 2001; Jacobs, 2000; McMurray et al., 2007; Williams, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การให้ข้อมูลและการสอนผู้ป่วยในวันทำผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกมีระยะการดูแลที่สั้น (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2545; Bradshaw et al., 1999; Mitchell, 2007) ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด เพื่อมีโอกาสทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้รับเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนถึงวันผ่าตัด และควรมีการ

ประเมินความต้องการข้อมูลโดยคำนึงถึงความเชื่อและประสบการณ์ของผู้ป่วยในแต่ละราย และปรับเนื้อหาของข้อมูลให้มีความสอดคล้องสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย(Anthony & Hudson-Barr, 2004; Dunn, 1998; Hughes, 2002; Mitchell, 2007; Rhodes, Miles, & Pearson, 2006; Suhonen et al., 2005) เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่ได้รับ (Malkin, 2000; Hughes, 2002) รวมทั้งการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Boter, Mistiaen, & Groenewegen, 2000; Coll, Ameen, & Moseley, 2004; Cox & Wilson, 2003; Dewar, Craig, Muir, & Cole, 2003; Huang & Liang, 2005; Mistiaen & Poot, 2003)

จากการศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของ Rorden และ Taft พบว่ามีกระบวนการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย การดูแล 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงประสบการณ์และความเชื่อพื้นฐาน สิ่งแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม ทรัพยากร และศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย ขั้นที่ 2 การวางแผนมุ่งหมายร่วมกับผู้ป่วย การประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การสอนและสาธิตเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค และขั้นที่ 3 การลงมือปฏิบัติตามแผนและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการจำหน่าย โดยมีการบริการและการสนับสนุนจากชุมชนเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมการดูแลด้านสุขภาพ จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการวางแผนจำหน่ายนอกจากจะมีรูปแบบการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแล้ว ยังส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคอีกด้วย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำกรอบแนวคิดของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของ Rorden และ Taft (1990) มาจัดทำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มรับบริการ โดยแบ่งการดูแลผู้ป่วยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนถึงวันผ่าตัด เป็นการดูแลผู้ป่วยในวันที่มาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจและนัดผ่าตัด โดยเฉลี่ย 1-2 สัปดาห์ก่อนถึงวันผ่าตัด มีขั้นตอนดังนี้ 1) การประเมินเกี่ยวกับประวัติสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม ทรัพยากร ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด วันผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมทั้งลักษณะอาชีพหรือการทำงาน และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการกลับไปทำงาน 2) การวางแผนมุ่งหมายร่วมกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วันนัดผ่าตัด วันทำผ่าตัดและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลัง รวมทั้งแนวทางการป้องกันมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกวิธี 3) การให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค สาเหตุของ

การเกิดโรคและการรักษา การเตรียมตัวก่อนถึงวันผ่าตัด การปฏิบัติตัวในระยะก่อนเข้าห้องผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งแผ่นพับเพื่อช่วยเตือนความจำ และ4) การประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 วันทำผ่าตัด ให้การดูแลตามแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง การประสานงานกับทีมผ่าตัดเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด การทบทวนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย และการส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้านมและการตรวจด้านมด้วยตนเองเพื่อเป็นแนวทางป้องกันมะเร็งเต้านม พร้อมทั้งแผ่นพับเพื่อช่วยเตือนความจำ รวมทั้งการนัดหมายเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังการจำหน่าย และระยะที่ 3 หลังการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นขั้นตอนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด 1 วัน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก เพื่อมุ่งหวังให้สตรีที่รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านม ได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการอย่างต่อเนื่อง ช่วยส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองที่บ้านและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ช่วยลดความวิตกกังวลและส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น โดยแสดงแผนผังของกรอบแนวคิดการวิจัย ดังในแผนภูมิที่ 1



ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มารับบริการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านม ด้วยการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ณ ห้องผ่าตัด หน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านม ของโรงพยาบาลศิริราช โดยเริ่มทำการศึกษาดังแต่ เดือนมกราคม พ.ศ.2552 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2553

นิยามตัวแปร

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก หมายถึง กิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาชาเฉพาะที่ พัฒนาโดยผู้วิจัยตามกรอบแนวคิดของ Rorden และ Taft (1990) ซึ่งแบ่งการดูแลผู้ป่วยออกเป็น 3 ระยะดังนี้ **ระยะที่ 1 ก่อนถึงวันผ่าตัด** เริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจและนัดทำผ่าตัด โดยเฉลี่ย 1-2 สัปดาห์ก่อนถึงวันผ่าตัด มีขั้นตอนดังนี้ 1) การประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก 2) การวางแผนนัดหมายร่วมกับผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมก่อนถึงวันผ่าตัดและการดูแลตนเองที่บ้านภายหลังการผ่าตัด 3) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตามคู่มือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดก่อนเนื้อเต้านมแบบผู้ป่วยนอก โดยใช้แผ่นพลิกเป็นสื่อการสอน พร้อมทั้งให้แผ่นพับแก่ผู้ป่วย เรื่อง “คำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดก่อนเนื้อที่เต้านม” พัฒนาโดยหน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านม โรงพยาบาลศิริราช 4) การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และ 5) การประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง **ระยะที่ 2 วันทำผ่าตัด** เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติตามแผนการดูแลต่อเนื่องในวันผ่าตัด ประกอบด้วย 1) การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด 2) การดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัด และ 3) การดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ที่เน้นการทบทวนเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด การให้ข้อมูลและสอนผู้ป่วยตามคู่มือสอนการดูแลสุขภาพเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้แผ่นพลิกเป็นสื่อการสอน พร้อมทั้งให้แผ่นพับแก่ผู้ป่วย เรื่อง “การดูแลเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง” พัฒนาโดยศูนย์ถันยรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช และ **ระยะที่ 3 หลังการจำหน่าย** เป็นขั้นตอนของการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด 1 วัน

การดูแลตามปกติ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านม โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจและได้รับใบนัดทำผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกจากพยาบาลหน่วยตรวจโรคัลยศาสตร์ พร้อมทั้งได้รับคำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนมาโรงพยาบาล และเมื่อถึงวันผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการสอนจากพยาบาลหน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านม โรงพยาบาลศิริราชตามแผนการสอนสุขศึกษา เรื่อง การปฏิบัติตัวในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดของผู้ป่วย

ที่มารับการผ่าตัดก้อนเนื้อเต้านมที่ได้รับยาเฉพาะที่ (ภาคผนวก ง) พร้อมกับได้รับแผ่นพับเรื่อง “คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม” ก่อนการจำหน่าย

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ กลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาโดยการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านม โดยความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจมาได้รับการรักษาและนัดทำผ่าตัด จนถึงวันผ่าตัดและระยะหลังการจำหน่าย ในการศึกษาครั้งนี้ วัดระดับความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดภาวะความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS) ของ Zigmond และ Snaith (1983) ที่คัดเลือกเฉพาะข้อคำถามสำหรับวัดความวิตกกังวล ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทย (Thai HADS) โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2539)

ความพึงพอใจต่อการดูแล หมายถึง ความรู้สึกหรือเจตคติที่สะท้อนถึงระดับของความสอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการดูแลและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล ตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกที่ได้รับจริง ในการศึกษาครั้งนี้ วัดความพึงพอใจต่อการดูแลโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดของ Risser (1975) นำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เป็นแนวทางให้พยาบาลห้องผ่าตัด ประยุกต์ใช้ในการดูแลและวางแผนจำหน่ายสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนเนื้อบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอกโดยการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย
2. เป็นแนวทางในการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายไปศึกษาต่อกับผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดโรคอื่นๆที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษากครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อการดูแลในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคก้อนบริเวณเต้านม

1.1 พยาธิสภาพ การตรวจวินิจฉัยและการรักษา

1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างก้อนบริเวณเต้านมกับมะเร็งเต้านม

2. ผลกระทบของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก

3. แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคก้อนบริเวณเต้านม

1.1 พยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษา

กายวิภาคของเต้านม (สรรัช กาญจนลาภ, 2547)

เต้านมอยู่ภายใน superficial fascia ของทรวงอกด้านหน้า ประกอบด้วย 15 – 20 lobes ของ glandular tissue ชนิด tubuloalveolar โดยมีโครงสร้างเป็น fibrous connective tissue ที่ยึด lobes และมี adipose tissue อยู่ระหว่าง lobes deep layer ของ superficial fascia ห่อหุ้มด้าน posterior ของเต้านม วางอยู่บน deep pectoral fascia ของผนังทรวงอก ช่องว่างระหว่างทั้งสองชั้นนี้ เรียกว่า retromammary bursa หรือ space ซึ่งช่วยให้เต้านมสามารถเคลื่อนไหวได้บนผนังทรวงอก การหนาตัวของ connective tissue ที่กระจายไประหว่างเนื้อ parenchyma ของเต้านม จาก deep layer ของ superficial fascia ไปยึดติดกับชั้น dermis ของผิวหนัง เรียกส่วนที่ยึดนี้ว่า Cooper's ligaments และวิ่งตั้งฉากกับชั้นบางๆของ superficial fascial layer ของ dermis ช่วยให้เต้านมเคลื่อนไหวได้อย่างพิเศษภายใต้การพยุงแบบธรรมชาติ

เมื่อร่างกายเจริญเติบโตเต็มวัย ส่วนของ gland ของเต้านมจะยื่นออกมาเป็นรูปโคนหรือโดม ที่มีฐานของโคนกลมมีเส้นผ่าศูนย์กลาง 10 – 12 ซม. ขอบเขตแนวตั้งของเต้านมเริ่มจากระดับซี่โครงที่ 2 หรือ 3 ลงมาถึงระดับซี่โครงที่ 6 และ 7 ขอบเขตแนวนอนเริ่มจาก lateral border ของ sternum จนถึง anterior หรือ midaxillary line เนื้อของเต้านมบางส่วนจะยื่นเข้าไปในรักแร้เรียกว่า axillary tail of Spence ขนาดของเต้านมมีความแตกต่างกันมากในผู้หญิงแต่ละคน เต้านมผู้หญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์และให้นมบุตรมีน้ำหนักระหว่าง 150 – 225 กรัม ขณะที่เต้านมผู้หญิงที่ให้นมบุตรอาจมีน้ำหนักมากกว่า 500 กรัม เต้านมประกอบด้วย 3 โครงสร้างใหญ่คือ skin, subcutaneous tissue และ breast tissue ที่ประกอบด้วย parenchyma และ stroma ใน parenchyma แบ่งเป็น 15 – 20 segments หรือ lobes ที่จัดตัวเรียงเป็นรัศมีเข้าหาหัวนม ในแต่ละ lobes หรือ segments จะมี collecting ducts ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2 มม. ร่วมกับ lactiferous sinuses ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 5 – 8 มม. ที่อยู่ใต้ฐานหัวนม ที่หัวนมมีท่อรวมน้ำนมขนาดใหญ่มาเปิด 5 – 10 ท่อ ในแต่ละ lobule ประกอบด้วย 10-100 alveoli หรือ tubulosaccular secretory units

ใน stroma และ connective tissue ของเต้านมประกอบด้วย fat, connective tissue, blood vessels, nerves และ lymphatic ชั้นผิวหนังของเต้านมมีลักษณะประกอบด้วย hair follicles, sebaceous gland และ eccrine sweat glands ในเต้านมที่ไม่หย่อนยานหัวนมจะอยู่บริเวณ fourth intercostal space หัวนมประกอบด้วย sensory nerve ending จำนวนมาก sebaceous gland และ apocrine sweat glands แต่ไม่มี hair follicles ฐานหัวนม (areola) เป็นลักษณะวงกลมและมีสี (pigment) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 15 -60 มม. บริเวณรอบฐานหัวนมมีลักษณะตุ่มซึ่งเป็นทางเปิดของท่อของ Montgomery glands เรียกว่า Morgagni tubercles Montgomery gland เป็น sebaceous gland ขนาดใหญ่ มีคุณลักษณะอยู่ระหว่าง sweat gland และ mammary glands มีความสามารถสร้างน้ำนมได้ เต้านมถูกห่อหุ้มด้วย superficial pectoral fascia ซึ่งติดต่อกับ superficial abdominal fascia of Camper เต้านมวางอยู่บน deep pectoral fascia ซึ่งปกคลุมกล้ามเนื้อ pectoralis major และ serratus anterior

การตรวจเต้านมทางคลินิกและการวินิจฉัย

เพื่อให้เรียกตำแหน่งต่าง ๆ ของเต้านมเหมือนกันในทางการแพทย์ เต้านมจึงถูกแบ่งออกเป็น ส่วน หรือ quadrant ได้ 5 ส่วน คือ ส่วนกลาง (central) ซึ่งหมายถึงเนื้อเต้านมบริเวณตำแหน่งหัวนมและวงปานนม หลังจากนั้นให้ลากเส้นผ่านหัวนมทั้งแนวตั้งและแนวนอน เต้านมจะถูกแบ่งออกเป็นอีก 4 ส่วน คือ ส่วนในใกล้กลางทรวงอกจะเป็นส่วนในบน (upper inner quadrant) และส่วนในล่าง (lower inner quadrant) ส่วนนอกของแนวเส้นตั้งจะแบ่งโดยเส้นแนวนอน ออกเป็นส่วนนอกบน (upper outer quadrant) และส่วนนอกล่าง (lower outer quadrant) นอกจากนี้มีส่วนที่

ยื่นเข้าไปในรักแร้ เรียกว่า หางเต้านม (mammary tail) เนื้อเต้านมส่วนใหญ่อยู่บริเวณส่วนบนนอก ดังนั้นพยาธิสภาพไม่ว่าชนิดใดมักเกิดที่ส่วนนี้บ่อยที่สุด (ศุภกร โรจนนินทร์, 2547)

การตรวจทางคลินิกโดยผู้เชี่ยวชาญ เป็นขั้นตอนแรกของการวินิจฉัยก่อนบริเวณเต้านม ประกอบด้วย การซักประวัติ และการตรวจร่างกาย การซักประวัติที่สำคัญได้แก่ ลักษณะอาการของก้อน ระยะเวลาที่เป็น รูปแบบการโตของก้อน อาการร่วมอื่น ๆ การเปลี่ยนแปลงของก้อนตามรอบประจำเดือน ประวัติประจำเดือน การรับประทานยาคุมกำเนิดหรือ ฮอร์โมนเอสโตรเจน ประวัติการเป็นโรคเกี่ยวกับเต้านมในครอบครัว เป็นต้น ส่วนการตรวจร่างกายใช้การดูและการคลำลักษณะของก้อน เปรียบเทียบรูปร่าง ขนาด ความผิดปกติของผิวหนัง เช่น รอยบุ๋ม บวมแบบผิวส้ม อักเสบ ดูห้วนว่ามีอาการถูกค้ำรังให้บุ๋มลงไปหรือไม่ ขั้นตอนต่อไปการคลำซึ่งเป็นที่สำคัญ ต้องคลำให้ถูกวิธี และให้ทั่วทั้งเต้านม รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ และเหนือกระดูกไหปลาร้า เมื่อคลำพบก้อนที่ผิดปกติจะต้องใช้ทั้ง 2 มือช่วยกันคลำเพื่อหารายละเอียดของก้อน เช่น ขนาดควรจะใช้คาลิเปอร์วัด ซึ่งจะถูกต้องมากกว่าการคาดคะเนด้วยสายตา คลำดูความยืดหยุ่น ขอบเขต ผิวเรียบหรือขรุขระ และกดดูว่าเจ็บหรือไม่ ถ้าจากการตรวจร่างกายแล้วพบก้อนผิดปกติในเต้านมควรตรวจพิเศษเพิ่มเติมโดยถ้าผู้ป่วยอายุมากกว่า 35 ปี ควรทำทั้งแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ แต่ถ้าอายุน้อยกว่า 35 ปี อาจทำอัลตราซาวด์อย่างเดียว จากผลการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์จะช่วยให้การวินิจฉัยได้ดีขึ้น แต่ก็ยังจะบอกไม่ได้แน่นอนถึงพยาธิสภาพของก้อนนั้น จะต้องอาศัย triple assessment คือ การซักประวัติและการตรวจร่างกาย, การตรวจพิเศษทางเอ็กซเรย์ และผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งผลการตรวจทางพยาธิวิทยาจะเป็นวิธีการที่เชื่อถือและถูกต้องมากที่สุด ซึ่งมีอยู่หลายวิธี เช่น (กริช โพธิ์สุวรรณ, 2547)

1. Fine needle aspiration (FNA)

เป็นวิธีที่ปลอดภัยมาก เชื่อถือได้ สามารถทำได้ง่ายและทันทีในห้องตรวจ ข้อควรระวังคือ อาจจะแทงทะลุเข้าไปในปอดได้ ถ้าใช้เข็มยาวมากเกินไป เต้านมมีขนาดเล็กมาก และแทงเข็มตั้งฉากกับผนังทรวงอก ถ้าอยู่ในมือของผู้ที่มีประสบการณ์ ผลถูกต้องของการอ่านจะประมาณร้อยละ 80 (Ariga et al., 2002; Kline & Neal, 1975 อ้างใน กริช โพธิ์สุวรรณ, 2547) โดยจะมีผลบวกเพียงน้อยมาก และจะเป็นผลลบเท็จมากกว่า ซึ่งแพทย์จะต้องระวังอยู่เสมอว่า ถ้าไม่พบเซลล์มะเร็งในผู้ป่วยที่ได้จากการตรวจร่างกายและทำแมมโมแกรมแล้วสงสัยว่าจะเป็นมะเร็ง อย่าพอใจเพียงแค่เชื่อผล FNA จะต้องใช้วิธีอื่นในการให้ได้ชิ้นเนื้อออกมาตรวจ

2. Core biopsy

โดยใช้ cutting needle biopsy ที่มีขนาดใหญ่เช่น เบอร์ 14 ในการตัดชิ้นเนื้อออกมาตรวจ จะได้ชิ้นเนื้อเต้านมที่เป็นแท่งออกมา โอกาสที่จะเกิดการแปลผลผิดน้อยกว่า FNA ผล

การศึกษาของ Doyle และคณะ (อ้างใน กริช โพธิ์สุวรรณ, 2547) พบว่า specificity ร้อยละ 98 sensitivity จากผู้ป่วยที่สามารถติดตามได้จนถึงปัจจุบัน ร้อยละ 100 และชิ้นเนื้อที่ได้จาก core biopsy สามารถแยกได้ว่าเป็นชนิดลุกลามหรือไม่ลุกลาม และนอกจากนั้นยังสามารถนำไปหาเอสโตเจนรีเซปเตอร์ และโปรเจสโตโรนรีเซปเตอร์ได้ด้วย ปัญหาที่ศัลยแพทย์กังวลในรายที่เป็นมะเร็ง ซึ่งขั้นตอนการทำต้องมีการชักเข็มออกและใส่เข้าไปใหม่หลายครั้ง เซลล์มะเร็งอาจจะติดเข็มออกมาปนเปื้อนอยู่ในเนื้อเต้านมตามรอยเข็ม ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเป็นซ้ำเฉพาะที่ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบตัดออกเพียงบางส่วนและไม่สามารถจะตัดช่องทางที่เข็มผ่านออกได้หมด ดังนั้นถ้าศัลยแพทย์เป็นคนที่ทำ core biopsy เอง จะสามารถวางแผนล่วงหน้าได้ว่าแผลผ่าตัดอยู่ในแนวใด ก็จะได้แทงเข็มในตำแหน่งที่จะถูกตัดออกมาด้วย แต่ถ้า core biopsy ทำโดยรังสีแพทย์ ศัลยแพทย์ควรจะต้องแนะนำให้ความรู้แก่รังสีแพทย์ว่าสมควรจะทำ biopsy ในตำแหน่งใดเพื่อที่เวลาผ่าตัดสามารถเลาะเอาผิวหนังตรงรูเข้าของเข็ม เนื้อเต้านมที่เข็มผ่านและก้อนมะเร็งออกมาได้หมดพร้อมกันโดยไม่จำเป็นต้องตัดเนื้อเต้านมออกมากเกินไป ซึ่งจะทำให้มีการเสียรูปทรงได้ เนื่องจากเข็มที่ใช้มีขนาดใหญ่ หลังทำการเจาะตรวจอาจจะมีเลือดออกได้ หลังจากทำควรต้องกดบริเวณที่ทำร่วมกับการวางกระเป๋าน้ำแข็งเป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง เพื่อลดโอกาสเกิดเลือดออกให้น้อยที่สุด วิธี core biopsy นี้เป็นวิธีที่นิยมทำกันมากในปัจจุบัน เพราะว่าสะดวก สามารถทำได้ในห้องตรวจ ผลเชื่อถือได้ และบอกรายละเอียดอื่นๆ ได้ด้วย แต่ข้อเสีย คือ จะต้องมีเข็มและ biopsy gun ซึ่งมีราคาแพง

3. Incisional biopsy

เป็นการตัดชิ้นเนื้อออกมาเพียงบางส่วนเพียงพอที่จะวินิจฉัยโรคได้ และตรวจพิเศษบางอย่าง เช่นหาเอสโตเจนรีเซปเตอร์ และโปรเจสโตโรนรีเซปเตอร์ มักทำในรายที่ก้อนมีขนาดใหญ่และคาดว่าจะป็นมะเร็ง การตัดชิ้นเนื้อเพื่อเป็นเครื่องยืนยันว่าเป็นมะเร็งแน่ เพื่อที่จะได้รักษาด้วยการให้สารเคมีบำบัด การให้ฮอร์โมนหรือรักษาโดยการฉายแสงต่อไป ควรทำด้วยความระมัดระวัง ห้ามเลือดให้ดีเพราะตอนที่ตัดเข้าไปในก้อนมะเร็ง ซึ่งมีเส้นเลือดมาเลี้ยงมาก ต้องใช้เครื่องจีไฟฟ้าช่วยห้ามเลือด และถ้าทำได้ควรจะต้องเลือกลงมีดบนผิวหนังส่วนที่ปกติ เพื่อที่จะสามารถจะเย็บแผลกลับเข้ามาหากันได้ ซึ่งเป็นการห้ามเลือดที่ได้ผลวิธีหนึ่ง วิธีนี้ปัจจุบันสามารถใช้วิธี core biopsy แทนได้

4. Excisional biopsy

เป็นการตัดออกมาทั้งก้อน มักจะทำในรายที่ก้อนไม่โตนัก สามารถนินิจฉัยเฉพาะที่ได้ และนิยมทำในผู้ป่วยที่คาดว่าจะไม่ใช่มะเร็ง เพราะถ้าไม่ใช่มะเร็ง การตัดเอาก้อนออกจะเป็นทั้งการวินิจฉัยและการรักษาไปด้วยเลย แต่ถ้าผลออกมาเป็นมะเร็ง การทำเพียงการตัดก้อนโดยใช้ยาเฉพาะที่มักจะไม่ใช่เป็นการเพียงพอ เนื่องจากก้อนที่เป็นมะเร็งมักจะแผ่ออกไปมากกว่าขอบเขตที่คลำ

ได้ และเมื่อตัดก้อนออกมาแล้วมักจะยังคงมีส่วนของมะเร็งตกค้างอยู่ ดังนั้นในรายที่ผลการตรวจชิ้นเนื้อพบว่า เป็นมะเร็งเต้านม จะต้องได้รับการผ่าตัดรักษาเพิ่มเติมอีกครั้งโดยการวางยาสลบ

ที่กล่าวมาข้างต้น เป็นการตัดชิ้นเนื้อออกมาตรวจในรายที่สัลยแพทย์สามารถคลำก้อนได้ แต่ในปัจจุบันสตรีมีความสนใจเอาใจใส่ดูแลเต้านมมากขึ้น โดยการไปตรวจสุขภาพและทำคัดกรองโดยแมมโมแกรมและหรืออัลตราซาวด์ ทำให้สามารถพบความผิดปกติ เช่น ก้อนซึ่งสามารถเห็นได้จากแมมโมแกรมและหรืออัลตราซาวด์ แต่ไม่สามารถคลำได้จากการตรวจร่างกาย หรือเป็น microcalcification ที่เห็นได้จากแมมโมแกรม ซึ่งในบางกรณีที่สูงวัย จะต้องได้ชิ้นเนื้อออกมาตรวจ ในปัจจุบันสามารถทำได้โดยอาศัยความร่วมมือจากรังสีแพทย์ ถ้าก้อนนั้นสามารถเห็นได้จากอัลตราซาวด์ เราจะใช้อัลตราซาวด์เป็นแนวทาง เพื่อทำ FNA, core biopsy หรือ needle localization and surgical biopsy เพื่อให้ได้ชิ้นเนื้อออกมาตรวจ การใช้อัลตราซาวด์เป็นเครื่องนำทางนั้นสะดวก ทำได้ง่าย ไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ ดังนั้นถ้าความผิดปกติใดๆที่เห็นได้จากอัลตราซาวด์ ก็ควรใช้อัลตราซาวด์เป็นเครื่องนำทาง แต่สำหรับ microcalcification ซึ่งไม่สามารถเห็นได้จากอัลตราซาวด์ จะต้องใช้เครื่อง stereotactic เป็นเครื่องนำทาง โดยจะทำการเป็น FNA, core biopsy หรือ needle localization and surgical biopsy ก็ได้แล้วแต่ความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อได้ชิ้นเนื้อออกมาแล้วจะต้องส่งชิ้นเนื้อนี้ไปถ่ายแมมโมแกรมเพื่อดูว่าได้ตัดส่วนของ ออกมาหมดหรือไม่ ถ้าไม่หมดจะต้องตัดเพิ่มเติม จนแน่ใจว่าหมดแล้วจึงจะเย็บปิดแผลได้ เมื่อได้ผลการตรวจชิ้นเนื้อจากพยาธิแพทย์แล้ว ถ้าผลการตรวจเป็นมะเร็ง จะต้องวางแผนการรักษาต่อไป สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นมะเร็ง การติดตามผู้ป่วยด้วยการทำแมมโมแกรมและหรืออัลตราซาวด์ ก็มีความจำเป็น ส่วนมากแล้วมักจะทำการหลังจากผ่าตัดไปแล้วประมาณ 6 เดือน เพื่อให้เนื้อเยื่อของเต้านมกลับสู่สภาวะปกติและทำให้ไม่เจ็บที่บริเวณแผลมากนัก

ผู้ป่วยที่มาตรวจคลินิกเต้านม ร้อยละ 40 จะมาด้วยอาการพบก้อนเนื้ออกที่เต้านม (สุमित วงศ์เกียรติขจร, 2547) ส่วนใหญ่จะเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง คิดเป็นประมาณ ร้อยละ 80 ของก้อนบริเวณเต้านมทั้งหมด (Bloomston, Angelo, Galliano, Butler, Dean, & Rosemurgy, 1999; LaRaja, Saber, & Sickles, 1999; Ghosh et al., 2005; Lebel et al., 2003) ก้อนบริเวณเต้านมที่เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่พบบ่อย ได้แก่ fibroadenoma และ fibrocystic change ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. Fibroadenoma

fibroadenoma พบได้บ่อยในสตรี ช่วงอายุ 15-25 ปี การตรวจพบ fibroadenoma ในช่วงอายุ 30-40 ปีอาจเนื่องมาจากก้อนมีขนาดโตขึ้นหรือเต้านมมีความตึงลดลง จึงตรวจพบได้ในภายหลัง ก้อนที่ตรวจพบครั้งแรก ส่วนใหญ่มีขนาด 0.5-2 ซม. สำหรับก้อนที่มีขนาดใหญ่กว่า 5 ซม.

หรือที่เรียกว่า giant fibroadenoma พบได้น้อย และมักพบในช่วงอายุ 11-15 ปี ในกรณีที่พบมากกว่า 4 ก้อนในเต้านมหนึ่งข้างจะเรียกกลุ่มนี้ว่า multiple fibroadenoma

fibroadenoma เกิดขึ้นจากส่วนของ lobule ของเต้านมและยังคงมีคุณสมบัติของ lobule ที่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจน เช่นเดียวกับ lobule ปกติ fibroadenoma จึงพบได้บ่อยในช่วงต้นของวัยเจริญพันธุ์ที่มีการเจริญและพัฒนาในส่วนของ lobule ของเต้านมมากที่สุด (ปรมาภรณ์ ปราสาททองโอสถ, 2547)

สาเหตุที่แน่นอนนั้นไม่ทราบ แต่น่าจะเป็น hypersensitivity ต่อเอสโตรเจน โดย Martin และคณะ, Struk-ware และคณะ ตรวจพบสตรีที่มี fibroadenoma จะมีระดับของโปรเจสเตอโรนต่ำ ในขณะที่ระดับของเอสโตรเจนไม่มีการเปลี่ยนแปลง เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม fibroadenoma จะมีส่วนประกอบพื้นฐานคล้ายเนื้อเยื่อของเต้านมปกติ ดังนั้น fibroadenoma จึงตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงระดับของฮอร์โมน เช่น จะโตขึ้นขณะตั้งครรภ์และให้นมลูก แล้วจะลดขนาดลงหลังจากภาวะเหล่านี้หมดไป (สุमित วงศ์เกียรติขจร, 2547)

การวินิจฉัย

การตรวจพบก้อนเดี่ยวขนาด 1-2 ซม. ไม่เจ็บ และก้อนมีขอบเขตชัดเจนในสตรีอายุน้อยกว่า 35 ปี มักเป็น fibroadenoma แต่ยังมีจำนวนน้อยที่อาจจะเป็นโรคอื่นๆ เช่น ก้อนที่มีขนาดมากกว่า 5 ซม. อาจจะเป็น benign หรือ giant fibroadenoma หรือ phyllodes tumor ได้ ควรจะได้เป็น pathological diagnosis เพื่อให้แน่ใจว่าได้ทำการวินิจฉัยได้ถูกต้อง ดังนั้น FNA จะให้ผลการวินิจฉัยดีที่สุด fibroadenoma มักพบในคนอายุน้อย ดังนั้นไม่มีโอกาสได้ทำแมมโมแกรม สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในคนอายุมาก fibroadenoma มักเป็นก้อนเดี่ยวๆ ฝีหรือฝีเวลาทำแมมโมแกรม นอกจากนี้ยังพบเห็น calcified ในก้อนจากการทำแมมโมแกรมด้วย (สุमित วงศ์เกียรติขจร, 2547)

การรักษา

1. Solitary fibroadenoma

ในปัจจุบันไม่นิยมทำการรักษา fibroadenoma ในผู้ป่วยทุกราย แต่จะใช้การติดตามเฝ้าดูอาการ ส่วนใหญ่ก้อนจะโตขึ้นช้าๆ จาก 1 ซม. เป็น 3 ซม. โดยใช้เวลาประมาณ 5 ปี ในช่วงเวลานี้จะมีช่วงเวลา acute growth phase ที่ก้อนจะโตเร็วจนมีขนาดเป็น 2 เท่า ในเวลาประมาณ 6 ถึง 12 เดือน หลังจากนั้นจะมีขนาดคงที่ หรือบางครั้ง (พบประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย) ก้อนจะค่อยๆ เล็กลง

fibroadenoma ในสตรีที่อายุน้อยกว่า 25 ปี การรักษาจะไม่ผ่าตัดทุกราย ยกเว้นผลของ FNA บ่งชี้ว่าเป็นมะเร็ง FNA สามารถแยก carcinoma และ phylloides tumors ออกจาก fibroadenoma ได้ แต่แยกออกจาก benign lesion อื่นๆ ได้ยาก fibroadenoma ในสตรีอายุน้อยกว่า 35 ปี อาจจะไม่ผ่าตัดทุกรายก็ได้ แต่อาจเฝ้าติดตามการพบมะเร็งในระยะต้น ดังนั้นโดยสรุปแล้ว จึงใช้

อายุ 25 ปีเป็นเกณฑ์ ถ้าอายุน้อยกว่า 25 ปี และ FNA ไม่บ่งชี้ว่าเป็นมะเร็งอาจเฝ้าดูอาการได้ทั้งหมด แต่ถ้าอายุมากกว่า 25 ปี ควรจะผ่าตัดเอา fibroadenoma ออกทุกราย (สุमित วงศ์เกียรติขจร, 2547)

2. Multiple fibroadenomas

อาจพบ fibroadenomas หลายๆก้อนในเต้านมข้างเดียวกันหรือทั้ง 2 ข้าง แผนการรักษาเป็น 2 ทาง ดังนี้ (สุमित วงศ์เกียรติขจร, 2547)

2.1 ตัดเอาก่อนออกมา 1 ก้อน เพื่อให้ได้ผลการวินิจฉัยทางชิ้นเนื้อ และติดตามเฝ้าดูก้อนที่เหลือทั้งหมด ด้วยการตรวจร่างกายและทำแมมโมแกรมเป็นระยะๆ

2.2 ทำ core needle biopsy หรือ FNA กับก้อนทุกก้อนที่คลำพบ และ core needle biopsy กับทุกก้อนที่คลำไม่ได้ แต่อัลตราซาวด์ตรวจพบที่น่าจะเป็นลักษณะของ fibroadenoma และจะทำการ excisional biopsy เฉพาะในก้อนที่สงสัยจะเป็นมะเร็ง

2. Fibrocystic change

ร้อยละ 7-10 ของสตรีจะพบ cyst ในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต fibrocystic change พบได้ตั้งแต่ 35 ปี และมักหายไปเมื่อหมดประจำเดือน แต่ถ้ามีการใช้ hormonal replacement therapy (HRT) cyst อาจไม่ยุบลง cyst ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ และมักเป็นการคลำโดนบังเอิญ อีกกลุ่มหนึ่งอาจมีอาการปวดเป็นปจจัยนำให้คลำพบก้อน อาการปวดอาจสัมพันธ์กับรอบประจำเดือนหรือไม่ก็ได้ cyst ที่เป็นสาเหตุของ nipple discharge พบได้แต่ไม่บ่อยนัก กลไกการเกิด cyst เชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวกับฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นตัวกระตุ้น involution หรือการฝ่อตัวของ lobule เริ่มตั้งแต่อายุประมาณ 35 ปี การเปลี่ยนแปลงนี้จะทำให้เกิด microcyst หลังจากนั้นถ้าเกิดมี fibrous tissue มาล้อมรอบ cyst ไว้ก่อนที่ cyst จะยุบลง ก็จะทำให้ cyst หรือถุงน้ำยังอยู่เมื่อเวลาผ่านไป microcyst เหล่านี้อาจรวมกันกลายเป็น cyst ที่มีขนาดใหญ่ขึ้น ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าการดูแลรักษาไม่มีความจำเป็นต้องผ่าตัด cyst ออก ใน cyst ที่มีอาการปวดร่วมด้วยหรือมีขนาดใหญ่ควรทำการเจาะดูดน้ำออก (aspiration) หลังการเจาะควรคลำบริเวณก้อนด้วยทุกครั้งว่ามีก้อนหลงเหลือหรือไม่ ถ้ามีก้อนเหลืออยู่ควรทำการตรวจเพิ่มเติมหรือผ่าตัดก้อนออก (ปรมาภรณ์ ปราสาททองโอสถ, 2547)

แม้ว่าสตรีที่มี breast cyst จะมีความเสี่ยงของอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นเท่ากับ ร้อยละ 2.8 โดยเฉพาะในสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี จะเพิ่มเป็นร้อยละ 5.94 ($p < 0.05$) แต่ cyst ทั้ง 2 กลุ่มมีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเท่ากัน (Dixon, McDonald, Elton, & Miller, 1999 อ้างใน สุमित วงศ์เกียรติขจร, 2547) โดยทั่วไป cyst จะพบในช่วง perimenopause ระหว่างอายุ 45 – 52 ปี แต่อาจพบนอกเหนือจากช่วงอายุนี้ได้ โดยเฉพาะสตรีที่ได้รับ hormone replacement therapy โดยมากมักเป็น cyst เดี่ยวๆ อาจพบหลายๆ cyst ได้ แต่น้อยกว่ามาก

จากการตรวจร่างกาย cyst จะมีลักษณะผิวเรียบ คลำขอบได้ชัดเจนและเคลื่อนที่ได้ แต่จะไม่เคลื่อนที่ได้มากเท่า fibroadenoma และ tense cystic consistency ใน breast cyst นี้จะไม่เหมือน fibrocystic disease ซึ่ง fibrocystic disease จะคลำได้เป็นพื้นที่หนาๆของต่อมน้ำนม โดยมี fibrous tissue แทรกอยู่ระหว่างต่อมน้ำมนั้น ซึ่งต่างจากเต้านมปกติที่มี fat tissue แทรกอยู่ระหว่างต่อมน้ำนมทั้งต่อมน้ำนมและท่อน้ำนม เป็นส่วนประกอบเล็กน้อยในเต้านมปกติทั้งหมด แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงบางพื้นที่เป็น fibrocystic change ก็จะทำให้คลำได้ fibrocystic change นี้จะมี fibrous มากกว่า breast cyst และกระจายออกไปทั่วๆมี rubbery consistency และไม่ค่อยพบมีการกักขังของน้ำมากเท่า cyst

การวินิจฉัย

ความสำคัญอยู่ที่ต้องบอกให้ได้ว่า cyst ที่พบนี้มีแนวโน้มจะเป็นมะเร็งหรือไม่ โดยทั่วไป benign cyst จะมีลักษณะกลมหรือรูปรี ขอบเขตชัดเจนและมักจะมีขนาดใหญ่กว่า 1.4 ซม. ส่วน cyst ที่คล้ายมะเร็งนั้น มักจะมีรูปร่างบิดเบี้ยวไม่กลม เป็น nodule หลายๆ nodule เป็นกลุ่ม ยังคลำขอบเขตได้ชัด

การใช้ FNA ในการวินิจฉัยโรคนี้ได้นำในลักษณะต่างๆกัน เช่น สี ตั้งแต่เหลืองจนน้ำตาลดำ บางครั้งใส บางครั้งขุ่นข้น การนำน้ำใน cyst ไปตรวจหามะเร็ง มีความสำคัญน้อยมากถ้าไม่มีเลือดปน การทำแมมโมแกรมและหรืออัลตราซาวด์ จะช่วยในการวินิจฉัย แต่ไม่จำเป็นต้องใช้ ยกเว้นจะใช้ตรวจหามะเร็งเกิดร่วมด้วยหรือไม่ ผู้ป่วยที่มี breast cysts หลายอัน จะมีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งเต้านมร่วมด้วยน้อย แต่ก็ควรที่จะทำแมมโมแกรมเพื่อตรวจหามะเร็งที่ซ่อนตรวจอยู่ ส่วนผู้ป่วยที่มี breast cyst เพียงอันเดียว ไม่มีความจำเป็นต้องทำแมมโมแกรม (สุमित วงศ์เกียรติขจร, 2547)

การรักษา

แต่เดิมการรักษา breast cyst เป็นการผ่าตัดออก ซึ่งในปัจจุบันไม่นิยมทำกันแล้ว แต่จะเริ่มต้นด้วยการใช้เข็มเจาะดูด ซึ่งมักจะหายได้ ถ้าน้ำที่ดูดออกมาใสหรือขุ่นเล็กน้อย สีเหลือง และไม่มีเลือดปน และก้อนหายหมดไป cyst เหล่านี้มักไม่ใช่มะเร็ง ให้ใช้การติดตามเฝ้าดูอาการว่า cyst เกิดเป็นซ้ำขึ้นอีกหรือไม่เท่านั้น ไม่ต้องเอาชิ้นเนื้อตรวจ ไม่จำเป็นที่ส่งน้ำที่เจาะดูดได้ไปทำ cytology ดูเซลล์มะเร็งทุกราย เพราะมีโอกาสพบมะเร็งน้อยมากและไม่คุ้มค่ากับเงินที่เสียไป ควรจะส่งตรวจเฉพาะเมื่อน้ำนั้นมีเลือดปน grossly bloody (พบ intracystic papilloma ได้ร้อยละ 2) และควรผ่าตัด cyst นี้ออก ถ้าเกิด cyst ซ้ำ 2 – 3 ครั้ง หลังดูดออก ก็ให้ผ่าตัดออกได้ หรือจากการตรวจร่างกาย หรือทำแมมโมแกรม และสงสัยว่าอาจจะเป็นมะเร็ง หรือคลำพบก้อนหลังเจาะดูด หรืออัลตราซาวด์พบ

complex cyst ก็ควรผ่าตัดออก อัตราการเกิดมะเร็งเต้านมใน complex cyst มีได้เพียงร้อยละ 0.3 เท่านั้น (Venta, Kim, Pelloski, & Marrow, 1999 อ้างใน สุमित วงศ์เกียรติขจร, 2547)

1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างก้อนบริเวณเต้านมกับมะเร็งเต้านม

ความสัมพันธ์ระหว่างก้อนบริเวณเต้านมกับมะเร็งเต้านม มีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 นิยามศัพท์ลักษณะการแบ่งตัวของเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณเต้านม

ลักษณะก้อนบริเวณเต้านมและความสัมพันธ์ระหว่าง benign breast disease กับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมีความซับซ้อน ขึ้นอยู่กับลักษณะรูปแบบและการแบ่งตัวของเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณเต้านม โดยมีนิยามศัพท์ที่เกี่ยวกับลักษณะการแบ่งตัวของเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณเต้านมดังต่อไปนี้ (สุमित วงศ์เกียรติขจร, 2547)

Hyperplasia คือการที่มีเซลล์แบ่งตัวมากขึ้น cellular proliferation โดยปกติท่อของเต้านมจะมีเซลล์วางตัวเป็น 2 แถวเหนือ basement membrane และ hyperplasia จะหมายถึงมีเซลล์มากกว่า 3 แถวเหนือ basement membrane ศัพท์คำนี้จะคล้ายกับ papillomatosis และ epitheliosis

Atypia เหตุการณ์ทำนองนี้จะเกิดขึ้นเมื่อเซลล์ของ hyperplastic cell มีลักษณะแปลกกว่าเซลล์ปกติออกไป (bizarre) ทั้งในแง่รูปแบบของเซลล์ (สัดส่วนของเซลล์) และรูปพรรณสัณฐานของนิวเคลียส โดยแบ่งเป็น 3 grades คือ 1-3 ซึ่งแปรผันไปแล้วแต่พยาธิแพทย์แต่ละท่าน

Adenosis เป็นการเพิ่มจำนวนของ gland แต่มีลักษณะของเซลล์และ basement membrane อย่างปกติ

Epitheliosis คำนี้มีข้อขัดแย้งมากโดยเฉพาะในประเทศอังกฤษ มีการใช้อธิบายส่วนที่เป็นของแข็งหรือกิ่งของแข็งที่เป็นเซลล์ที่แบ่งตัวจำนวนมากในท่อน้ำนม อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีแนวโน้มที่ใช้คำ hyperplasia แทน

Papillomatosis คำนี้นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา และจะสับสนกับคำ papilloma ซึ่งมีลักษณะเป็น papillary pattern ดังนั้นจึงใช้เป็น hyperplasia แทน

1.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่าง benign และ malignant breast disease

ความสัมพันธ์ระหว่าง benign และ malignant breast disease มีดังนี้ (สุमित วงศ์เกียรติขจร, 2547)

1) ไม่เพิ่มความเสี่ยงของมะเร็ง มีดังนี้

- Sclerosing adenosis
- Apocrine change
- Duct ectasia

- Mild hyperplasia
- Cysts
- Apocrine metaplasia
- 2) เพิ่มความเสี่ยงเล็กน้อย (1.5-2 X) มีดังนี้
 - Moderate or florid hyperplasia
 - Papilloma with fibrovascular core
- 3) เพิ่มความเสี่ยงปานกลาง (4-5 X) มีดังนี้
 - Atypical ductal hyperplasia
 - Atypical lobular hyperplasia
- 4) เพิ่มความเสี่ยงสูง (8-10X) มีดังนี้
 - Ductal carcinoma in situ
 - Lobular carcinoma situ

ความสัมพันธ์ในการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ อาจจะเปลี่ยนตาม classic pathways จากเซลล์ที่ปกติไปเป็นเซลล์มะเร็ง โดยเริ่มจาก normal → hyperplasia → atypia (grade 1-3) → carcinoma in situ → microinvasive cancer → clinically invasive cancer

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์มะเร็งไม่จำเป็นต้องไปตามลำดับอย่างที่เขียนไว้นี้ก็ได้

1.2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม (สุรพงษ์ สุภาภรณ์, 2547)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมีหลายปัจจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) เพศ (gender) มะเร็งเต้านมในผู้หญิงจะพบบ่อยกว่าในผู้ชาย 100 – 200 เท่า ซึ่งจะเหมือนกันหมด ไม่ว่าจะเป็นส่วนไหนของโลก

2) อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญมากที่สุด อัตราเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมนั้นจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะเพิ่มขึ้น 2 เท่าของทุกๆระยะอายุที่เพิ่มขึ้น 10 ปี จนกระทั่งถึงวัยหมดประจำเดือน หลังจากนั้นก็คงที่หรือจะเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ดังนั้นในคนอายุ 70 ปีขึ้นไป จะมีอัตราเสี่ยงของการเป็นมะเร็งสูงสุด (Furnival, 1997 อ้างใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, 2547)

3) พันธุกรรม ในปัจจุบันมีการค้นพบ ยีนหน่วย (gene) ที่เป็นต้นเหตุของมะเร็งเต้านมที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (breast cancer susceptibility gene) ซึ่งมีอยู่ 3 ตัวที่สำคัญ คือ BRCA1, BRCA2, p 53 gene มะเร็งเต้านมที่เป็นพันธุกรรมจะมีลักษณะดังนี้ เป็นมะเร็งตั้งแต่แต่อายุน้อย มักเป็นสองข้าง และมักจะมิมะเร็งอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น มะเร็งรังไข่ และลำไส้ใหญ่ ส่วนใหญ่มะเร็งเต้านมที่เป็นพันธุกรรมมักเป็นก่อนอายุ 65 ปี ในคนที่มียีนหรือพี่น้อง หรือลูก (first degree relative)

เป็นมะเร็งเต้านมก่อนอายุ 50 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเป็น 2 เท่าของคนทั่วไป ตัวอย่างเช่น ถ้าพี่สาวหรือน้องสาวเป็นมะเร็งเต้านมเมื่ออายุ 30-39 ปี จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งเต้านม 10% ก่อนอายุ 65 ปี แต่ถ้าพี่สาวหรือน้องสาวเป็นมะเร็งเต้านมเมื่ออายุ 50-54 ปี จะมีโอกาสเสี่ยงเพียงร้อยละ 5 แต่ถ้ามีญาติเป็นมะเร็งเต้านม 2 คน ก็จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นเป็น 4-6 เท่า

4) ยาคุมกำเนิด เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าฮอร์โมนเอสโตรเจนมีส่วนสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านม ดังนั้นการใช้ยาคุมกำเนิดก็คาดว่าจะมีส่วนทำให้เกิดมะเร็งเต้านมได้ ถ้ากินยาเป็นเวลานานเช่น 10 ปีขึ้นไป และเริ่มกินตั้งแต่อายุน้อย เช่น น้อยกว่า 18 ปี โอกาสเสี่ยงกับมะเร็งเต้านมจะมีสูงกว่าคนที่ไม่ได้กิน แต่มีข้อสังเกตอยู่ว่าจะเสี่ยงเพิ่มขึ้นกับคนที่ยังไม่หมดประจำเดือนสำหรับวัยหลังหมดประจำเดือนแล้วจะไม่เสี่ยงเพิ่มขึ้น ยิ่งกว่านั้นในบางรายงานยังพบว่าโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมในวัยหมดประจำเดือนกลับลดลง ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่ายาคูมนัดนั้นทำให้เราพบมะเร็งเต้านมได้เร็วขึ้น แต่ไม่ได้เป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็ง ในคนที่กินยาคุมกำเนิดตั้งแต่อายุ 45 ปีขึ้นไป ก็ไม่พบว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามก็ยังมีหลายรายงานที่แสดงว่าการใช้ยาคุมกำเนิดก็ไม่ได้ทำให้เกิดความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น

5) การให้ฮอร์โมนในสตรีวัยหมดประจำเดือน (Hormone Replacement Therapy: HRT) ในสตรีวัยหมดประจำเดือน อาจจะทำให้เกิดกระดูกพรุน (osteoporosis) ซึ่งจะทำให้เกิดกระดูกหักได้ง่าย เช่น hip fracture หรือ vertebral fracture แล้วเกิดโรคแทรกซ้อนทำให้เสียชีวิตได้ ในบางคนเกิดอาการ postmenopausal symptoms ทำให้ไม่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการให้ฮอร์โมน (เอสโตรเจน และ/หรือ โปรเจนเตอร์โรน) จึงมีความจำเป็นในสตรีวัยหมดประจำเดือนส่วนมาก แต่การให้ฮอร์โมนอาจจะเพิ่มอัตราเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมได้ เช่น ถ้าใช้ เอสโตรเจน เป็นระยะเวลา 10-15 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ข้อเสียอีกข้อหนึ่งของ HRT ก็คือ ทำให้เนื้อของเต้านมหนาแน่นขึ้น (increase density) ซึ่งจะเกิดขึ้นกับคนไข้ประมาณ 1 ใน 4 ของคนไข้ที่ได้รับ HRT มีผลทำให้ไปบ่งก้นมะเร็งจากการทำแมมโมแกรมได้ และยังมีรายงานว่าเนื้อเต้านมที่หนาขึ้นนั้น อาจจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

6) อายุที่เริ่มมีประจำเดือนและหมดประจำเดือน ทั้งสองระยะมีความเกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านม คนที่มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อย (early menarche) เช่น น้อยกว่า 11 ปี หรือหมดประจำเดือนช้า (late menopause) เช่น หลังอายุ 54 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น ตัวอย่างเช่น หญิงที่หมดประจำเดือนหลังอายุ 55 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าคนที่หมดประจำเดือนอายุ 45 ปี 2 เท่า ในคนไข้ที่ได้รับการผ่าตัดรังไข่ออก (bilateral oophorectomy) ก่อนอายุ 35 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเพียง ร้อยละ 40 ของคนที่หมดประจำเดือนไปตามธรรมชาติ

7) อายุเมื่อคลอดบุตรคนแรก ในคนไม่เคยมีบุตรเลย (nulliparity) หรือมีเมื่ออายุมากแล้ว (late first pregnancy) จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น เช่นในคนที่คลอดลูกคนแรกเมื่ออายุ 30 ปี จะมีอัตราเสี่ยงการเป็นมะเร็งเต้านมเป็นสองเท่าของคนที่ไม่เคยมีลูกคนแรกเมื่ออายุ 20 ปี พวกที่มีอัตราเสี่ยงสูงมากคือ คลอดบุตรคนแรกหลังอายุ 35 ปีไปแล้ว ซึ่งจะเป็นมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีลูกเลย การมีลูกคนที่สองเมื่ออายุยังน้อยก็ยังช่วยลดการเกิดมะเร็งเต้านมลงได้อีก

8) อาหาร มะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับอาหารที่เรารับประทานอาหารพอสมควร ในประเทศอเมริกา ประมาณร้อยละ 30 ของคนที่เป็นมะเร็งจะเกี่ยวข้องกับอาหาร ซึ่งอาหารที่อาจเสริมให้เป็นมะเร็งเต้านม ได้แก่ อาหารที่มีไขมันสูงโดยเฉพาะไขมันสัตว์ (saturated fat) อาหารเนื้อสัตว์ (red meat) เมื่อทำให้สุกแล้วจะได้ carcinogens เช่น heterocyclic amines และ polycyclic aromatic hydrocarbons ทำให้เกิดมะเร็งเต้านมในสัตว์ทดลอง และจากรายงานของ Zheng และคณะ (1998) พบว่า คนที่กินเนื้อและสะเต็ก แฮมเบอร์เกอร์ เบคอน ที่ทำให้สุกมาก (well done) จะมีอัตราเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านม (odds ratios) มากกว่าคนทั่วไป 4.62 เท่า (95% CI = 1.36-15.70)

9) เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุหนึ่งที่มีแนวโน้มทำให้เกิดมะเร็งเต้านม จากการศึกษาของ Stephen และคณะ (1998) ในประเทศแคนาดา เนเธอร์แลนด์ สวีเดน และอเมริกา โดยศึกษาติดตามเป็นระยะเวลา 11 ปี พบว่า ถ้าดื่มเหล้าวันละ 30-60 กรัมของแอลกอฮอล์ (ประมาณ 2.3-4.5 ขวดเบียร์ 2.8-5.6 แก้วไวน์ หรือ 2.0-4.0 แก้วเหล้า) จะมีอัตราเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าคนธรรมดาร้อยละ 41 และความเสี่ยงจะมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงประมาณ 60 กรัมของแอลกอฮอล์ต่อวัน แอลกอฮอล์จะไปลดการทำลายหรือเพิ่มการสร้างเอสโตรเจนในร่างกาย มีบางรายงานพบว่า ระดับเอสโตรเจนในเลือดและปัสสาวะสูงในกลุ่มคนที่ดื่มเหล้า นอกจากนี้ แอลกอฮอล์ยังมีคุณสมบัติเป็น cocarcinogen โดยทำให้สารก่อให้เกิดมะเร็ง (carcinogen) ผ่านผนังของเซลล์ได้ง่ายขึ้น (improving permeability) ปกป้องการทำลายสารที่ก่อมะเร็งหรือกระตุ้นสารที่จะกลายเป็นสารก่อมะเร็ง (procarcinogen)

ในปัจจุบัน แม้ว่ายังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งเต้านม แต่ก็สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมโดยการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันได้แก่ การรับประทานอาหารพวกผักผลไม้ให้มากโดยเฉพาะพวกถั่ว (ถั่วเหลือง ฯลฯ) ไขมันจำพวก unsaturated และลดอาหารที่มีไขมันสูง ลดอาหารจำพวกเนื้อที่ทำให้สุกมากๆ (well done) เช่น สะเต็ก แฮมเบอร์เกอร์ สอทอด ควรรอกำลังกายเป็นประจำประมาณ 4 ชั่วโมง ต่อ 1 อาทิตย์ ไม่ควรปล่อยให้อ้วนเกินไป โดยเฉพาะวัยหมดประจำเดือนแล้วและไม่ควรดื่มเหล้า เกิน 15 กรัมต่อวัน ในกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงสูง จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำและติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ค้นหามะเร็งได้ในระยะแรกและรักษาได้หายขาด (สุรพงษ์ สุภาภรณ์, 2547)

สรุป ก้อนบริเวณเต้านมเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้หญิง ประมาณร้อยละ 92 ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติบริเวณเต้านม มาพบแพทย์ด้วยอาการคลำพบก้อนหรือมีก้อนบริเวณเต้านม (หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2541) แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม ศัลยแพทย์จะยึดหลัก triple assessment คือ การซักประวัติและการตรวจร่างกาย, การทำแมมโมแกรมและหรืออัลตราซาวด์ ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการวินิจฉัยความผิดปกติของเต้านม ซึ่งการที่จะได้มาของชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจก็มีได้หลายวิธี เช่น FNA, core biopsy, needle localization, incisional biopsy และ excisional biopsy โดยทั่วไปในผู้ป่วยที่คาดว่าไม่เป็นมะเร็งและก้อนไม่โตมากนัก ศัลยแพทย์นิยมทำการตัดออกมทั้งก้อน (excisional biopsy) สามารถนิยามาเฉพาะที่ได้ และพบว่าผู้ป่วยที่ผลการตรวจชิ้นเนื้อไม่ได้เป็นมะเร็ง อาจมีความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมะเร็งและมีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งได้ (สุเมิต วงศ์เกียรติขจร, 2547; Hartmann et al., 2005) ดังนั้นควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังการผ่าตัดด้วยการทำแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์

2. ผลกระทบของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอกจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนและความกลัว เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วะยะก่อนถึงวันผ่าตัด จนถึงระยะหลังผ่าตัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของปัจจัยด้านความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม มีดังนี้

2.1 ความวิตกกังวล

ความหมายของความวิตกกังวล

การศึกษาเรื่องความวิตกกังวลได้มีการศึกษากันอย่างกว้างขวาง และมีนักจิตวิทยาหลายท่านให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ดังนี้

Spielberger (1966) ได้กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นความเครียดที่เกิดจากความมั่นคงปลอดภัยถูกคุกคาม โดยสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า ทำให้ประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อความต้องการของบุคคลลดลง และมีผลเสียต่อการสร้าง

สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความวิตกกังวลมีหลายระดับขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และประสิทธิภาพในการประเมินสถานการณ์ของบุคคลนั้น

Zung (1971) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ มีความวุ่นวายใจ หวาดหวั่น มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่วมด้วย เช่น มือสั่น ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย ถ้ามีภาวะรุนแรงจะมีความรู้สึกกลัวสุดขีดได้

Graham และ Conley (1971) กล่าวว่าความวิตกกังวล หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากความกลัวหรือความไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากความนึกคิดหรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นอันตราย ไม่สามารถกำหนดสาเหตุที่แท้จริงได้ เป็นสัญญาณอย่างหนึ่งที่เตือนให้บุคคลเตรียมพร้อม เพื่อต่อสู้กับเหตุการณ์ที่คุกคามนั้น

Lader และ Marks (1971) กล่าวว่าความวิตกกังวลจะเกิดควบคู่ไปกับความเครียดหรือความรู้สึกถูกคุกคาม ความวิตกกังวลเป็นความกลัวต่อเหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่อาจระบุได้แน่ชัด และเป็นผลจากการประเมินว่าเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ในขณะนั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพ

Guzzetta และ Forsyth (1979) ได้ให้ความหมายว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของแต่ละบุคคลต่อสิ่งเร้าที่คุกคามทั้งที่เป็นจริงและคาดว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งการตอบสนองทางด้านร่างกายแสดงออกเด่นชัดที่สุดคือ ระบบประสาทซิมพาเทติกจะถูกกระตุ้นส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ส่วนการตอบสนองทางด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ยุ่งยากและหวั่นกลัวต่อเหตุการณ์ข้างหน้าที่บุคคลคาดว่าจะเกิดขึ้น

Stuart และ Sundeen (1987) กล่าวถึงความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความไม่แน่ใจ ขาดผู้ช่วยเหลือ ความรู้สึกแยกจากความเคยชินทำให้ขาดความมั่นคง และบุคคลจะรู้สึกว้าวุ่นของตนถูกคุกคาม ประสบการณ์ของความวิตกกังวลเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่วัยทารกและดำเนินมาตลอดช่วงชีวิตของบุคคล

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลหมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม เสี่ยงภัย ตกอยู่ในภาวะไม่มั่นคงปลอดภัย ความไม่แน่นอน โดยไม่ทราบสาเหตุที่เกิดขึ้นในอนาคตเป็นอย่างไร ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดอาการหวั่นกลัวและรู้สึกไม่สบายใจ โดยมีการตอบสนองต่อความวิตกกังวลทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวล

ปกติบุคคลทั่วไปย่อมมีความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม ซึ่งได้รวมตัวเป็นภาพพจน์ที่บุคคลนั้นมีต่อตนเอง เมื่อใดที่ความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม หรือภาพพจน์ที่มีต่อตนเองถูกคุกคาม ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น ขั้นตอนในการเกิดความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลนั้นจะมีลักษณะเหมือนกัน โดยมี 6 ขั้นตอน ดังนี้ (สุวนีย์ ดันติพัฒนานนท์, 2522)

1. บุคคลมีความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวังที่ออกมาในรูปของความปรารถนา หรือแรงขับ ซึ่งได้รวมกันก่อเป็นภาพพจน์ของตนเอง
2. มีสิ่งคุกคามต่อภาพพจน์ที่มีต่อตนเอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลในอารมณ์
3. บุคคลนั้นเกิดความหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร
4. เกิดความอึดอัด กระวนกระวายใจ เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้น ภาวะนี้เรียกว่า “ความวิตกกังวล” ซึ่งจะสังเกตเห็นได้จากพฤติกรรมการแสดง และอาการทางกายที่ปรากฏ
5. บุคคลทำการจัดพลังงานส่วนเกิน โดยการแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น ร้องไห้ เคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งทดแทนหรือหลีกเลี่ยง เป็นต้น
6. เกิดความรู้สึกผ่อนคลายเกิดความสมดุลทางจิตใจและอารมณ์ขึ้นใหม่

ความแตกต่างระหว่างบุคคลและประสบการณ์ในอดีตจะมีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล ซึ่งจากขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวลทั้ง 6 ขั้นตอนนี้ แต่ละบุคคลจะใช้ระยะเวลาแตกต่างกันในการที่จะผ่านขั้นตอนทั้งหมด และแม้แต่ในบุคคลเดียวกันก็ตาม การที่จะใช้เวลาในการผ่านขั้นตอนเหล่านี้ในการเกิดความวิตกกังวลแต่ละครั้งก็ไม่เท่ากันเช่นกัน และถ้าบุคคลใดสามารถผ่านขั้นตอนทั้งหมดเหล่านี้ได้ ก็จะสามารถกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้ และยังคงจำเอาประสบการณ์ที่ใช้ในขั้นตอนทั้ง 5 ไปเป็นประโยชน์ที่เกิดจากความวิตกกังวลในครั้งต่อไป แต่ถ้าไม่สามารถผ่านขั้นตอนเหล่านี้ไปได้ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้น

ผลของความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลมาจากการที่สมองส่วนซีรีบรัม (cerebrum) กระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ทำให้เกิดผลขึ้น 2 ประการ คือ (สวณีย์ ดันติพัฒนานันท์, 2522)

1. ต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) จะหลั่งฮอร์โมนเอซีทีเอช (ACTH hormone) ไปกระตุ้นส่วนคอร์เทก (cortex) ของต่อมหมวกไต (adrenal gland) เกิดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติคอล (cortical hormone) มีผลให้ร่างกายทนทานต่อภาวะความวิตกกังวลได้ดีขึ้น
2. ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) จะส่งกระแสไปตามระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) ไปที่เมดูลลา (medulla) ของต่อมหมวกไตทำให้หลั่งอิพิเนพริน (epinephrine) ซึ่งมีผลให้กล้ามเนื้อต่อสู้หรือหนี

จากผลการเปลี่ยนแปลงระบบต่าง ๆ ของร่างกายความวิตกกังวลยังต่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี อีพิเนพรีน (epinephrine) นอร์อีพิเนพรีน (norepinephrine) และ อะดรีโนคอร์ติคอลฮอร์โมน (adrenocortical hormone) จะถูกขับออกสู่กระแสเลือดมากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้มีผลต่อการควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ สารน้ำและการเผาผลาญอาหารในร่างกาย

2. การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยา ระดับความวิตกกังวลเกิดขึ้นเนื่องจากระบบซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ถูกกระตุ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้ หัวใจจะเต้นเร็วและถี่ขึ้น การหายใจจะลึกและเร็วขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกายและความดันโลหิต มีการเปลี่ยนแปลงของประจำเดือน ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง ความอยากอาหารลดลง เหงื่อออกตัวเย็น ผิวหนังซีด ม่านตาขยายใหญ่ น้ำตาลถูกขับออกจากตับมากขึ้น กล้ามเนื้อเกร็ง ตัวสั่น

3. ความสามารถในการสังเกต ได้แก่ การรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ หู ตา จมูก ลิ้น และผิวหนัง ความสามารถในการสังเกตจะลดลงตามระดับที่เพิ่มขึ้นของความวิตกกังวล

4. สมาธิและความจำ ความวิตกกังวลเล็กน้อย และปานกลางจะมีผลให้มีสมาธิและความจำดีขึ้น แต่ความวิตกกังวลในระดับสูงและรุนแรง จะมีสมาธิและความจำลดลง จะกระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง

5. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นผลของความรู้สึกขัดแย้งและไม่แน่ใจ จะแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกอึดอัดใจ กังวล ไม่สบายใจ หวาดหวั่น หงุดหงิด มีความโกรธ อาจมีอาการซึมเศร้า เพราะรู้สึกไม่สามารถช่วยตนเองได้

6. การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะแสดงพฤติกรรมออกได้ทั้งคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย นั่งเฉย ๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ก้าวร้าว เอะอะ พุดหรือถามซ้ำๆ ในเรื่องเดิม หลบตาหรือกลอกตาไปมา ไม่ให้ความร่วมมือในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเพราะความวิตกกังวล ซึ่งจะเกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นกับระดับความวิตกกังวล และจะเกิดขึ้นช่วงสั้น ๆ หรือนานก็ขึ้นอยู่กับ การปรับตัวของบุคคลนั้น ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ เหตุการณ์ ความสามารถและกำลังใจที่บุคคลนั้นได้รับ

ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งได้ 4 ระดับ (Stuart & Sundeen, 1983) คือ

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (mild anxiety) จะมีส่วนช่วยให้ความมีสติสัมปชัญญะเพิ่มขึ้น การรับรู้ของอวัยวะรับสัมผัสทั้ง 5 จะเป็นไปอย่างกว้าง ๆ ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย คือ การหายใจเร็วขึ้น ปากแห้ง เกิดความรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร และอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ

2. ความวิตกกังวลปานกลาง (moderate anxiety) ความมีสติสัมปชัญญะยังคงมีอยู่ แต่การรับรู้ของอวัยวะรับสัมผัสทั้ง 5 จะแคลง การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะเพิ่มมากขึ้น

3. ความวิตกกังวลสูง (severe anxiety) ความมีสติสัมปชัญญะและการรับรู้ต่าง ๆ ลดลง บุคคลจะตกอยู่ในความกลัวเป็นอย่างมาก และขาดการไตร่ตรอง การมองบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมจะแปรปรวนไปจากสภาพความเป็นจริง มีความผิดปกติของความคิด เกิดจินตนาการที่ไม่ตรงกับความจริง เกิดความกลัวบุคคล สถานที่ หรือสิ่งของ มีอาการย้ำคิดย้ำทำ

4. ความวิตกกังวลสูงมาก (panic) เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น และความวิตกกังวลนั้นไม่ได้ระบายออกหรือแก้ไขให้ลดลง ความรู้สึกดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงจุดที่บุคคลไม่สามารถทนต่อไปได้ จะเป็นผลให้บุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิตใจ บุคคลที่ตกอยู่ในความวิตกกังวลขนาดนี้ จะมีความผิดปกติทั้งทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออกโดยสิ้นเชิง ไม่รับรู้ต่อเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมใด ๆ ทั้งสิ้น อาจมีอาการแปลสภาพผิด หลงผิด และอาการประสาทหลอนร่วมด้วย

หัทธรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ได้ศึกษาความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านมในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าผู้ป่วยมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลัวเป็นมะเร็งเต้านมและกลัวได้รับอันตรายจากการผ่าตัด เช่น กลัวเจ็บจากการผ่าตัด กลัวแผลแยก แผลไม่สวย และกังวลว่าหลังผ่าตัดไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

Deane และ Degner (1998) ศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้หญิงที่รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมชนิดเนื้องอกไม่ร้ายแรง ผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิงที่รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมมีความวิตกกังวลสัมพันธ์กับการวินิจฉัยโรคและขั้นตอนการทำผ่าตัด และมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับผลของการวินิจฉัยโรคมามากที่สุด รองลงมาคือโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งและสาเหตุของการเกิดก้อนบริเวณเต้านม ตามลำดับ

O'Mahony (2002) ศึกษาถึงความวิตกกังวลในผู้หญิงที่รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมชนิดเนื้องอกไม่ร้ายแรง แบบสัมภาษณ์ย้อนหลัง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านมและ/หรือตั้งแต่แพทย์นัดผ่าตัดชิ้นเนื้อบริเวณเต้านม ส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนของผลการวินิจฉัยโรคและกลัวว่าผลการตรวจชิ้นเนื้อจะเป็นมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Benedict, Williams และ Baron (1994), Lebel และคณะ (2003), Shaw, Wilson และ O'Brien (1994) และ Nagabhushan, Mathews และ Witek-Janusek (2001)

Witek-Janusek, Gabramb, และ Mathews (2007) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองด้านจิตวิทยาและระบบภูมิคุ้มกันของผู้หญิงที่รับการผ่าตัดชิ้นเนื้อบริเวณเต้านมในระยะก่อนและหลัง

ผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ผลกระทบด้านจิตวิทยาและระบบภูมิคุ้มกันของผู้หญิงที่มารับการผ่าตัดขึ้นเนื้อไม่ได้เกิดขึ้นแบบชั่วคราว แต่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและคงอยู่ตลอดระยะก่อนและหลังผ่าตัด โดยพบว่าในระยะหลังผ่าตัดผู้หญิงที่มารับการผ่าตัดขึ้นเนื้อบริเวณเต้านมจะมีความไม่แน่ใจและความกลัวเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมในอนาคต

Woodward และ Webb (2001) ได้ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้หญิงที่มีก้อนบริเวณเต้านมในระยะก่อนและหลังการวินิจฉัยโรค ผลการศึกษาพบว่า ในระยะก่อนทราบผลการวินิจฉัยโรค ผู้หญิงทุกคนมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และหลังทราบผลการตรวจขึ้นเนื้อ ผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกร้ายแรงจะมีความวิตกกังวลสูง ส่วนผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกไม่ร้ายแรงจะมีความวิตกกังวลลดลง แต่ยังคงวิตกกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมในอนาคต

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง ยังส่งผลให้ระดับการเรียนรู้และความสามารถในการจดจำของผู้ป่วยลดลง (Keegan, 2000; Pai & Nicholl, 2005; Shuldham, 1999) ถ้าให้คำแนะนำโดยใช้คำพูด ข้อความที่แนะนำจะถูกลืมไป ร้อยละ 50-60 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระบบเรดิกูลาร์ เอตติเวตติ้งไม่สามารถคัดเลือกและกลั่นกรองข้อมูลที่ได้รับ (Swindale, 1989) ซึ่งส่งผลเสียต่อผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ที่ต้องดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด (Suhonen, Nenonen, Laukka, & Valimaki, 2005) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถจดจำข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการผ่าตัดและคำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตัว (Barthelsson, Lutzen, Anderberg, & Nordstrom, 2003; Fagermoen & Hamilton, 2003) และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง จะกังวลเกี่ยวกับการกลับไปทำงานภายหลังการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการกลับไปทำงานและกลัวว่าตนเองอาจได้รับอันตรายจากการทำงาน เจตคติและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย ส่งผลทำให้ระยะเวลากลับไปทำงานเพิ่มขึ้น (Symonds, Burton, Tillotson, & Main, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gross & Battie (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการฟื้นฟูและระยะเวลาการกลับไปทำงาน ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อและความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อจำกัดด้านร่างกายภายหลังการรักษาพยาบาล โดยมีความวิตกกังวลว่าการเจ็บป่วยมีผลต่อการกลับไปทำงานตามปกติ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟูและมีความคาดหวังต่อการฟื้นฟูที่ดีจะมีระยะเวลาการกลับไปทำงานน้อยกว่าผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟูและมีความคาดหวังต่อการฟื้นฟูที่ไม่ดี ดังนั้นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านมนี้หากไม่ได้รับแก้ไข อาจเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของผู้ป่วยในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ รับรู้ข้อมูลต่างๆ และการ

เลือกใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความวิตกกังวลอย่างเหมาะสม ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวัน (หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2541)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

การผ่าตัดเป็นสถานการณ์ที่บุคคลถูกคุกคามความปลอดภัย และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลขึ้น ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ความรู้สึกที่มีความแตกต่างในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยแต่ละคนจะใช้สติปัญญาประเมินเหตุการณ์ครั้งนี้แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. เพศ จากการศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) พบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงจะมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษามากกว่าเพศชาย (Oermann, Harris, & Dammeyer 2001) และจะมีข้อสงสัยซักถามหรือปรึกษากับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพมากกว่าเพศชาย (Suhonen, Nenonen, Laukka, & Valimaki., 2005)

2. อายุ จากการศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 21 – 40 ปี มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 61 – 80 ปี และผู้ป่วยที่มีอายุน้อยให้ความสำคัญในข้อมูลด้านสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก (Oermann et al., 2001; Suhonen et al., 2005)

3. การศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของ แหล่งประโยชน์ในการปรับตัว ที่ช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) จากผลการศึกษาของขนิษฐา นาคะ (2534) และการวิเคราะห์ศึกษาของ วราภรณ์ กุประดิษฐ์ (2544) พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และผู้ป่วยที่มีการศึกษาจำกัดจะให้ความสำคัญกับการสอนของพยาบาลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยการรักษา และการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง (Oermann et al., 2001)

4. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยพิจารณาว่าต้องดึงมาใช้หรือไม่หรือเกินกำลังหรือไม่ (Lazarus & Folkman, 1984) จากการวิเคราะห์ศึกษาของ วราภรณ์ กุประดิษฐ์ (2544) พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วยต่างกัน มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลการศึกษาของขนิษฐา นาคะ (2534) พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วยแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่แตกต่างกัน

5. บริเวณที่ทำผ่าตัด จากผลการศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) พบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณช่องท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมด้วยสติปัญญา (cognitive control) ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์หรือความทรงจำในอดีตที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่า เหตุการณ์ที่เผชิญเหมือนเดิม หรือแตกต่างจากเดิม (Lazarus & Flokman, 1984) ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน เมื่อจะต้องเผชิญกับสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ใหม่ ๆ ในห้องผ่าตัด จะยังเพิ่มความกลัว และความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่เคยได้รับการผ่าตัดมาแล้ว เนื่องจากการคาดคะเนเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ จะเกิดขึ้นกับตนเอง หรือการที่ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการ วิเคราะห์ศึกษาของ วราภรณ์ กุประดิษฐ์ (2544) พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ ต่างกัน มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนผล การศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับแตกต่างกันมี ความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาของ Drageset และ Lindstrom (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลและการปรับตัวในผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านม พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพการทำงานและสถานภาพสมรส มี ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและการปรับตัวของผู้ป่วย ส่วนการศึกษาของ Lebel และคณะ (2003) และ Witek-Janusek, Gabramb และ Mathews (2007) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อน บริเวณเต้านมที่มีสถานภาพเป็นพนักงานและมีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม จะมี ความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงาน และไม่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม

การประเมินความวิตกกังวล

เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ความรู้สึกที่มีความแตกต่างในแต่ละบุคคล และ เพื่อให้เข้าใจถึงระดับความวิตกกังวลในแต่ละบุคคล จึงได้มีการประเมินความวิตกกังวล 3 วิธีที่ แตกต่างกันดังนี้ (Stuart & Sundeen, 1983)

1. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological measure of anxiety) โดย ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความ ดันโลหิต การขยายของรูม่านตาและการมีเหงื่อออก เป็นต้น

2. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (behavior measure of anxiety) จากความเชื่อว่า พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล เป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนอารมณ์ภายในที่สามารถสังเกตเห็นได้ จากการเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหว การสื่อสาร โดยใช้หรือไม่ใช้คำพูด การรับรู้ และการเรียนรู้ รวมทั้งความจำและการสอดคล้องของวันจะต่าง ๆ ของร่างกายในการทำงาน เช่น อาการ กระสับกระส่าย ร้องไห้ พุดเร็วเร็ว ถอนหายใจ หงุดหงิด การขาดสมาธิ โดยการประเมินจะใช้ เครื่องมือที่สร้างขึ้นให้เหมาะสมตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เช่น แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมที่

สร้างขึ้นโดย Graham และ Conley (1971) ที่พัฒนาแบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรม

3. การวัดโดยใช้แบบประเมินด้วยตนเอง (self report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล โดยให้ผู้ถูกประเมินตอบแบบประเมินตามความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ ซึ่งแบบประเมินมีผู้สร้างขึ้นหลายชนิด เช่น

3.1 แบบมาตรวัดความวิตกกังวลโดยการประเมินด้วยสายตา (Visual Analog Scale, VAS) ของ Gaberson (1991) เป็นแบบประเมินความรู้สึกวิตกกังวลของตนเองที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงมีความยาว 10 เซนติเมตร เริ่มจากปลายทางซ้ายสุดคือไม่มีความวิตกกังวล และเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือ โดยที่ตำแหน่งปลายทางขวาสุดมีความวิตกกังวลมากที่สุด ผู้ป่วยจะประมาณความรู้สึกของตนโดยการทำเครื่องหมายบนเส้นตรงที่ตำแหน่งที่คิดว่าตรงกับระดับความวิตกกังวลที่ตนเองรับรู้ได้ ตัวอย่างดังแสดงแผนภาพ



3.2 แบบสอบถามความวิตกกังวล (The State – Trait Anxiety Inventory, STAI) ของ Spielberger และ Gurrero (1976) ซึ่งประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) มี 20 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นการประเมินระดับความรู้สึกตนเองที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ ในขณะนั้น ความวิตกกังวลเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราว เฉพาะในสถานการณ์นั้นๆ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะแปรไปตามความรุนแรงของสิ่งเร้า ถ้าสิ่งเร้ามากความวิตกกังวลก็จะมากขึ้นตามไปด้วย

ตอนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait Anxiety) มี 20 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นการประเมินระดับความรู้สึกตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ไปทุกสถานการณ์ เป็นความวิตกกังวลที่แฝงอยู่ จนเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลนั้น และความวิตกกังวลนี้จะเป็นตัวเสริมความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญ

3.3 แบบวัดภาวะความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Hospital Anxiety Depression Scale : HADS) ของ Zigmond และ Snaith (1983) เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า มีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน

แบบวัดภาวะความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของ Zigmond และ Snaith ได้พัฒนาและนำมาใช้ในปี 1983 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีความเที่ยงตรงในการวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้ดี เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์โดยใช้ Standardized Psychiatric Interview Rating ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) สำหรับอาการวิตกกังวลเท่ากับ 0.74 ($r = +0.74$) และอาการซึมเศร้าเท่ากับ 0.7 ($r = +0.70$) แบบวัด HADS ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางมากที่สุดฉบับหนึ่งได้มีการนำมาใช้สำรวจปัญหาอาการวิตกกังวลหรือมีอาการซึมเศร้าในกลุ่มประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวช นอกเหนือจากกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล ได้มีการแปลและทำการศึกษาความเที่ยงตรงในภาษาต่างๆหลายภาษา และในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆหลายกลุ่ม รวมทั้งมีการศึกษาเปรียบเทียบกับเครื่องมือวัดสุขภาพจิตอื่นๆเช่น General Health Questionnaire (GHQ), Irritability Depression and Anxiety Scale, State – Trait Anxiety Inventory (STAI), Linear Analogue Anxiety Scale (LAAS), Montgomery Asberg Rating Scale (MARS) และ Beck Depressive Inventory (BDI) พบว่ามีค่าความเที่ยงตรงตามสภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (ชนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539)

แบบวัด HADS ประกอบด้วยคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด และมีการศึกษาแบบวัด HADS ของ Zigmond and Snaith พบว่าสามารถนำไปใช้ในลักษณะที่แยกเป็น Two sub-scale คือ Depression sub-scale และ Anxiety sub-scale ได้โดยวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าแยกจากกันได้ดี เช่น การศึกษาของ Moorey และคณะ(1991) ทำการศึกษา Factor Structure ของ HADS ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 568 คน โดยใช้การวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) พบว่า HADS แยกออกได้เป็นสองปัจจัย คือ อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าอย่างชัดเจนและแต่ละใน sub-scale มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistencies) สูง

ชนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ(2539) ได้ทำการแปลเครื่องมือ Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) ของ Zigmond & Snaith (1983) รวมทั้งศึกษาความเชื่อถือได้และความแม่นยำของเครื่องมือ HADS ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่โรงพยาบาลรามธิบดีจำนวน 60 ราย ผลการศึกษา พบว่า HADS ฉบับภาษาไทยสามารถใช้การวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ศึกษาได้ดีโดยการเปรียบเทียบกับกรวินิจฉัยของจิตแพทย์ มีความเห็นพ้องกับการวินิจฉัยของคลินิกเป็นร้อยละ 88.33 สำหรับอาการวิตกกังวล และร้อยละ 90 สำหรับอาการซึมเศร้า โดย มีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับอาการวิตกกังวล เท่ากับร้อยละ 100 และ 86.0 ตามลำดับ เมื่อใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนตามฉบับภาษาอังกฤษถ้าใช้จุดตัด (cut of point) ที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 เป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช ส่วนค่า

ความเชื่อถือและความแม่นยำตรงพบว่า ค่าความสอดคล้องภายในของทั้งสอง sub-scale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.85 สำหรับอาการวิตกกังวล และ 0.83 สำหรับอาการซึมเศร้า

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลโดยใช้เครื่องมือ Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) และได้เลือกเฉพาะข้อคำถาม sub-scale สำหรับอาการวิตกกังวลที่พัฒนาโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) เพื่อประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สั้น กระทัดรัด และมีค่าความแม่นยำตรงและความน่าเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การผ่าตัดไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตามย่อมจะทำให้บุคคลนั้นๆ ตกอยู่ในความหวาดกลัวหรือวิตกกังวลได้ทั้งสิ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิงที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์การมีก้อนบริเวณเต้านม และได้รับการรักษาวินิจฉัยด้วยวิธีการผ่าตัดเนื่องจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนอกจากจะเป็นความเจ็บป่วยแล้ว ยังเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดกับอวัยวะที่สำคัญและเป็นสัญลักษณ์ของเพศหญิงอีกด้วย ซึ่งนับว่าเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรงซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวล โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยตรวจพบก้อนบริเวณเต้านมและแพทย์นัดทำผ่าตัด จนถึงระยะหลังผ่าตัดขณะอยู่บ้านและรอผลการตรวจชิ้นเนื้อ นอกจากนี้ยังพบว่าในระยะหลังทราบผลการตรวจชิ้นเนื้อ ผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกไม่ร้ายแรง ยังคงมีระดับความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง จากความไม่แน่ใจและความกลัวเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมในอนาคต

2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ความหมายของความพึงพอใจ

ความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการให้การดูแล (Yallan, 2001) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจและส่วนที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

Risser (1975) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง เจตคติที่สะท้อนถึงระดับของความสอดคล้องกันในเรื่องความคาดหวังของผู้ป่วยกับการพยาบาลที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ป่วย

Yallan (2001) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการดูแลและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับจริง

Derdiarian (1990) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ประสบการณ์ที่มีผลจากการประเมินผลในทางบวก หรือบรรลุความต้องการและกระบวนการพยาบาล จะเป็นที่ยอมรับกับความ

ต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย บรรลุถึงจุดมุ่งหมายการพยาบาลและสิ่งสุดท้ายจะนำมาสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลในการดูแล

รุ่งนภา ชัยรัตน์ (2545) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกถึงความสอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังในการพยาบาลกับการพยาบาลที่ได้รับจริงที่รายงานโดยผู้ป่วย ซึ่งความพึงพอใจของผู้ป่วยประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในเรื่องทั่วไป ด้านความประทับใจและด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคล

สุกัญญา เชียรเชาว์ (2547) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกหรือทัศนคติทางด้านบวกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งจะเกิดขึ้นต่อเมื่อสิ่งนั้นสามารถตอบสนองความต้องการให้บุคคลนั้นได้ แต่ทั้งนี้ ความพึงพอใจของแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับค่านิยมและประสบการณ์ที่ได้รับ

กนกพร คุปตานนท์ (2539) ได้สรุปขอบข่ายของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล ดังนี้

1. ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพการพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความรู้และทักษะทางพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขสบาย มุ่งตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลถึงกิจกรรมที่มุ่งบรรเทาความเจ็บปวด อาการของโรค ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติตามแผนการรักษา
2. ลักษณะบุคลิกภาพ เป็นบุคลิกลักษณะของพยาบาลและการแสดงออกทางสังคม เช่น ลักษณะกิริยาท่าทาง อารมณ์ขัน ใจดี ความเชื่อมั่น ความน่านับถือและไว้วางใจ
3. สัมพันธภาพที่มุ่งความไว้วางใจ เป็นพฤติกรรมการพยาบาลที่เน้นการให้ความสนใจเอาใจใส่ ความเข้าใจผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่มุ่งผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและ/หรือเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยและความพิการที่อาจเกิดขึ้น
4. สัมพันธภาพที่มุ่งให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ ประคับประคอง แนะนำ และสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือเตรียมตัวเพื่อการกลับไปอยู่ในครอบครัวหรือชุมชน

Aday และ Andersen (1975) ได้ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยพื้นฐาน 6 ประการที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการรักษาพยาบาล และความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับจากบริการดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ แบ่งออกเป็น
 - 1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ
 - 1.2 การได้รับการดูแลรักษาเมื่อมีความต้องการ
 - 1.3 ความสะดวกที่ได้รับในสถานบริการ
2. ความพึงพอใจต่อการประสานบริการ แบ่งออกเป็น

- 2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่ง คือ ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย
- 2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ
- 2.3 แพทย์มีการติดตามผลการรักษา
3. ความพึงพอใจต่ออรรถาธิบายความสนใจของผู้ให้บริการ ได้แก่ การแสดงอรรถาธิบายท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการและแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ
 - 4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย
 - 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษแก่ผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการใช้ยา เป็นต้น
5. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย
6. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทักษะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล

Erikson (1995) ได้สร้างเครื่องมือในการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างเครื่องมือสำหรับผู้บริหารงานพยาบาล และนักวิจัยที่เป็นพยาบาลในการศึกษาลักษณะความพึงพอใจของผู้ป่วย จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสรุปเป็นเครื่องมือในการวัดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

1. ศิลปะการดูแล หมายถึง พฤติกรรมการพยาบาลที่แสดงออกถึงความสนใจ เอาใจใส่ ผู้ป่วยมีความเข้าใจและการรับรู้ต่อความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น การรับฟังปัญหา การแสดงออกในการนับถือ ความเป็นบุคคลของผู้ป่วย
2. คุณภาพการดูแลทางเทคนิค หมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลที่สามารถทำให้บรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาล มีทักษะและความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐาน
3. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง พยาบาลจัดเตรียมสิ่งของและอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยใช้ให้อยู่ในสภาพเรียบร้อยเหมาะสม จัดแสงสว่าง อุณหภูมิ และเสียงเหมาะสม
4. ความพร้อมในการบริการ หมายถึง พยาบาลมีการตรวจสอบและประเมินสภาพของผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามสภาพอาการและสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

5. การดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง พยายามให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ มีการถ่ายทอดซึ่งกันและกันเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

6. ประสิทธิภาพ หมายถึง ผลลัพธ์ของการดูแลเป็นพฤติกรรมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการให้คำปรึกษา คำแนะนำ การสอน และสาธิตเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเพื่อที่จะดูแลตนเองได้

Rhodes, Miles และ Pearson (2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาพบว่าการติดต่อกับผู้ป่วยในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด การให้ข้อมูลและการสอนผู้ป่วยแบบเฉพาะราย รวมทั้งการดูแลให้ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของการทำผ่าตัด เป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มการรับรู้ของผู้ป่วยและเพิ่มความพึงพอใจในบริการ โดยสรุปผลการวิเคราะห์ ออกเป็น 3 ด้านคือ

1. การให้ข้อมูลและการสอนผู้ป่วย

การติดต่อกับผู้ป่วยก่อนถึงวันผ่าตัดนับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงเวลาให้การดูแล โดยการให้ข้อมูลและการสอนผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดแบบเฉพาะรายเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด การวางแผนจำหน่าย การดูแลตนเองที่บ้านและการฟื้นฟู การจัดการกับความปวด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และเบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อกลับ ทั้งนี้การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยจะต้องมีความต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการทำผ่าตัด รวมทั้งหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพหรือผลลัพธ์ของการดูแล

2. การติดต่อสื่อสาร

จากผลการศึกษาพบว่าการขาดการติดต่อสื่อสารในระยะก่อนผ่าตัดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วย ส่วนการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร และการใช้เวลาเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วย สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจในตัวพยาบาล ซึ่งกิจกรรมที่ช่วยสร้างสัมพันธภาพ มีดังนี้ การอธิบายเกี่ยวกับหนังสือยินยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัด การให้ข้อมูลและการสอนแก่ผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของการทำผ่าตัด การชี้แจงเกี่ยวกับระยะเวลารอผ่าตัดและการแจ้งความก้าวหน้าเป็นระยะๆ การให้ความสนใจและรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด การตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยและการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ตามความต้องการ รวมทั้งการสร้างเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล

3. ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย

พยาบาลห้องผ่าตัดต้องให้ความสนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ และตระหนักถึงความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย โดยให้การดูแลอย่างระมัดระวังและไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นตลอดระยะของการทำผ่าตัด

นอกจากนี้ Rhodes และคณะ ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการสนับสนุนการใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจในผู้ป่วยขณะรอเข้าห้องผ่าตัด เช่น การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น

Risser (1975) เป็นผู้ริเริ่มสร้างแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล (Patient Satisfaction Instrument) โดยในครั้งแรกสร้างขึ้นเพื่อนำไปใช้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลและการบริการด้านสาธารณสุขมูลฐาน ต่อมาได้มีการพัฒนาและนำไปวัดความพึงพอใจต่อพยาบาลและการบริการในโรงพยาบาล ซึ่งกรอบแนวคิดพื้นฐานของ Risser ได้กล่าวถึงความพึงพอใจว่า เป็นเจตคติที่สะท้อนถึงระดับความสอดคล้องกันในเรื่องความคาดหวังของผู้ป่วยกับการพยาบาลที่เขาได้รับตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการประเมินเชิงผลลัพธ์ ในระยะแรก ริสเซอร์ มีเกณฑ์วัดความพึงพอใจใน 4 รายการ ต่อมาหลังจากได้นำไปใช้ในงานวิจัยศึกษากิจกรรมพยาบาลและได้ทดสอบความพึงพอใจและนำมาปรับปรุงใหม่ สรุปได้เกณฑ์ในการประเมินแบบใหม่ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ

1. ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เป็นกิจกรรมด้านเทคนิคการพยาบาลและความรู้ความสามารถในงานพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่ เพื่อให้เกิดบริการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ

2. ด้านสัมพันธภาพหรือคุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งทำให้เกิดความเชื่อถือและความไว้วางใจเป็นความเอื้ออาทรในการให้การพยาบาลที่ก่อให้เกิดผลดี และความสบายแก่ผู้ป่วยจากการมีปฏิสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสาร เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

3. ด้านความสามารถในการให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วย เป็นความสามารถของพยาบาลในการให้ข้อมูลข่าวสาร การตอบคำถาม การให้คำอธิบายรายละเอียดของการให้การพยาบาล ตลอดจนการสาธิตเทคนิคต่างๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจ

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินความพึงพอใจโดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้กรอบแนวคิดของ Risser นำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และเน้นการประเมินด้านบริการพยาบาลและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดระยะการผ่าตัด รวมทั้งหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล (Erikson, 1995;

Rhodes et al., 2006) การนำข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยย้อนกลับมาพิจารณา มีความจำเป็นอย่างมากในการพัฒนาการให้บริการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลที่มีความสำคัญ

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่สะท้อนถึงระดับของความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการดูแลและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับจริง และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพดีที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และมั่นใจในการดูแลที่ได้รับ การติดต่อสื่อสารโดยการให้ข้อมูลและการสอนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด โดยเริ่มตั้งแต่ระยะก่อนถึงวันผ่าตัด และในวันผ่าตัดจนกระทั่งถึงระยะหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งการดูแลและให้ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด โดยเฉพาะในระหว่างทำผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมด้วยการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ จะรู้สึกตัวตลอดเวลาที่รับการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวลต่างๆ เช่น ความเงินอายต่อการเปิดเผยร่างกาย และกลัวความเจ็บปวดในขณะผ่าตัด เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดเตรียมอุปกรณ์มาจากบ้านเช่น เครื่องเล่นซีดีขนาดพกพา, เครื่องเล่นเพลงแบบ MP3 หรือหนังสือที่ชอบ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจในขณะรอผ่าตัด และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย (Rhodes et al., 2006)

3. แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก

3.1 คำจำกัดความของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนการจำหน่ายมาจากศัพท์ภาษาอังกฤษคำว่า “discharge planning” “after care” “post hospitalization care” “continuing care” (Urbanic & McKeehan, 1985 อ้างถึงในวันเพ็ญ พิชิตพรชัย, จงจิต เสน่หา, วันดี โตสุขศรี และศรีธญา โหมะตะมณฑล, 2546) หมายถึงการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาลจากสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปสู่สิ่งแวดล้อมอื่น ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและคำที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

Tabbit (1981) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง ระบบการวางแผนเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งการอำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการอื่น หรือจากสถานบริการไปยังบ้านของผู้ป่วย

Lowenstein และ Hoff (1994) ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นการรวมเอาการประเมินความต้องการ การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย โดยทำงานร่วมกันกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสหสาขา โดยให้ข้อมูลและแหล่งประโยชน์เพื่อให้ผู้ใช้บริการดูแลตนเองได้

Marchette และ Holloman (1986) ให้ความหมายว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งการสนับสนุนให้คำปรึกษาและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

Rorden และ Taft (1990) ให้ความเห็นว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นกลุ่มของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการย้ายผู้ป่วยจากการดูแลในระยะต่างๆ ของความเจ็บป่วยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง

Yura และ Walsh (1982) ให้ความเห็นว่า การวางแผนจำหน่ายจะบรรจุเป้าหมายในด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยนั้น จะต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติ ซึ่งจะสามารถช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยอย่างค่อยเป็นค่อยไป สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลงจากสภาวะเจ็บป่วยคืนสู่ภาวะปกติ หรือดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ โดยใช้ทรัพยากรและความสามารถที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือแหล่งประโยชน์ในชุมชนอย่างเต็มศักยภาพ

วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และคณะ (2546) ให้ความหมายว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือหน่วยงานบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งได้รับความร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว

สรุป การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการให้บริการที่มีกระบวนการวางแผนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งได้รับความร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมการปรับตัวและการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ในชุมชนอย่างเต็มศักยภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ

3.2 วัตถุประสงค์ของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ทั่วไปของการวางแผนการจำหน่ายมีดังนี้ (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และคณะ, 2546)

- 1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 2) พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและ/หรือการดูแลโดยญาติผู้ดูแล
- 3) ลดความวิตกกังวลทั้งผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล
- 4) ส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น
- 5) ควบคุมค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล

3.3 องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย

องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วยโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น Lundh และ Williams (Lundh & Williams, 1997 อ้างถึงในวันเพ็ญ พิชิตพรชัย และคณะ, 2546) พบว่า โครงสร้างของหน่วยบริการส่วนใหญ่ แผนการจำหน่ายผู้ป่วยอาจมีทั้งในลักษณะที่ไม่เป็นทางการและที่เป็นทางการ ลักษณะที่ไม่เป็นทางการอาจเป็นการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพระหว่างการเยี่ยมผู้ป่วย ส่วนลักษณะที่เป็นทางการอาจเป็นแผนที่เป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ การให้ข้อมูล หรือการประเมินความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบระเบียบขณะอยู่โรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ทีมสุขภาพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อในสถานบริการอื่นๆ ได้ทราบถึงความพร้อมของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย และแผนการดูแลต่อเนื่องที่ผู้ป่วยควรจะได้รับภายหลังการจำหน่าย ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยทั้งด้านระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล อัตราการเข้ารักษาซ้ำ และความพึงพอใจ รวมทั้งผลต่อความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายของสถานบริการและการใช้แหล่งประโยชน์อย่างคุ้มค่าและเหมาะสม

3.4 ปัจจัยที่ส่วนช่วยให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่ส่วนช่วยให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ มีดังนี้ (Erb, 1997 อ้างถึงในวันเพ็ญ พิชิตพรชัย และคณะ, 2546)

1. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล (care giver) ในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับพยาบาล หรือทีมสุขภาพอื่นๆ ภายในสัมพันธภาพอันดี

2. การนำขั้นตอนต่างๆของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหา ความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล มาใช้ในการวางแผนจำหน่าย

3. การเลือกใช้บริการแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่นบ้าน

4. การสนับสนุนจากหน่วยงานในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเชื่อมโยงบริการจากโรงพยาบาลไปสู่นบ้านหรือสถานบริการอีกแห่งหนึ่ง

5. การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ องค์กร หรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งในและนอกสถานบริการ เพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

3.5 รูปแบบการวางแผนการจำหน่าย

ปัจจุบันได้มีการศึกษาและคิดค้นวิธีที่จะทำให้รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายเกิดประสิทธิผลตามที่ต้องการ ซึ่งมีรูปแบบต่างๆ ดังต่อไปนี้ (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546)

1) รูปแบบที่เน้นการพัฒนาความสัมพันธ์และความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพและผู้ป่วย (A professional – patient partnership model of discharge planning) เป็นการวางแผนการจำหน่ายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการวางแผนการจำหน่ายและผลที่ได้รับจากความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

2) รูปแบบการใช้ผู้จัดการในการดูแลผู้ป่วย (The partners-in-care model of collaborative practice) รูปแบบนี้มุ่งผลของการใช้ผู้จัดการทางการพยาบาล (nurse case manager) ในการประสานงานการดูแลระหว่างแพทย์เฉพาะสาขา แพทย์ทั่วไปและทีมในการดูแลผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รูปแบบนี้รวมถึงการเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลและที่บ้าน ตลอดจนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในระยะเวลาตามความจำเป็น

3) รูปแบบที่มีการกำหนดโครงสร้างในการวางแผนการจำหน่ายอย่างชัดเจน (Structured discharge procedure) จากรูปแบบนี้มีการกำหนดกระบวนการ วางแผนการจำหน่ายอย่างชัดเจนเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค เช่น ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหอบหืด โดยมีการจัดทำ “The structured discharge package” ที่ประกอบไปด้วยแนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง แผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งสมุดคู่มือสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือด้วย

4) รูปแบบ A-B-C of discharge planning โดยมีลำดับขั้นดังต่อไปนี้

รูปแบบนี้ได้พัฒนาขึ้น โดย Judith Rorden & Elizabeth Taft (1990) โดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

Step A : Assessment เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วย เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญสำหรับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อประกอบการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่แท้จริงในการดูแลผู้ป่วย

Step B : Building a plan เป็นการสร้างแผนการจำหน่ายต่อเนื่องจากขั้นตอนแรก โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้และเป้าหมายของความต้องการ

Step C : Confirming the plan เป็นขั้นตอนการยืนยันแผนการจำหน่ายจะกระทำเมื่อผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ มีการประเมินผลจุดแข็ง แหล่งทรัพยากร ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังการจำหน่าย เพื่อพัฒนาแผนต่อไป

5) รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบ (Comprehensive discharge planning) เป็นรูปแบบที่ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาในระบบต่างๆ เช่น ในระบบหัวใจและทรวงอก ที่มีการลงทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือการผ่าตัดค่อนข้างสูงกว่าการรักษาพยาบาลอื่นๆ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบ มุ่งที่ความสัมพันธ์ระหว่างการให้พยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลเฉพาะสาขากับค่าใช้จ่ายที่ใช้ไป ตลอดจนสนใจระบบการปรับผ่านให้ดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

6) รูปแบบ M-E-T-H-O-D โดย กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539) ได้เสนอรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

Medication (M) ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียดเกี่ยวกับชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ข้อควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆรวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยา

Environment and Economic (E) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการประเมินเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ รวมทั้งคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมภายหลังการจำหน่าย การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชนและการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคมตามความเหมาะสม

Treatment (T) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษาและมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการตนเองและสามารถรายงานนั้นให้แพทย์ พยาบาลทราบ ต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

Health (H) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องสามารถ ปรับวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ

Outpatient Referral (O) ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือ ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน การส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่าง เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลควรมีการส่งแผนการจำหน่ายและแผนการดูแลต่อเนื่องไปยังเจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วย สามารถขอความช่วยเหลือได้

Diet (D) ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับ ข้อจำกัดด้านสุขภาพ ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

นอกจากนี้ อุษาวดี อัครวิเศษ (2545) ได้เสนอรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบ ที่ได้รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก (same-day surgery discharge planning) ซึ่งรูปแบบนี้มุ่งเน้นการ ตอบสนองความต้องการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก โดยมีกระบวนการดูแล ดังนี้ การประเมินแหล่งสนับสนุนทางครอบครัว และสังคม การวางแผนการวางแผนการจำหน่ายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายโดยคำนึงถึง ข้อมูล ผลของการผ่าตัด และวางแผนป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด การส่งเสริม ความสามารถในการดูแลตนเองโดยการให้ความรู้ การสอนและสาธิตเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะ ก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด จัดทำแผ่นพับข้อแนะนำที่ควรปฏิบัติในแต่ละระยะเพื่อช่วยในการจำ รวมทั้งการติดตามผลการวางแผนการจำหน่ายทางโทรศัพท์และ/หรือเมื่อผู้ป่วยมาติดตามผลตาม แพทย์นัด

3.6 ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีขั้นตอนสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2539) คือ (1) การประเมินปัญหาและความต้องการดูแล ภายหลังจำหน่าย (2) การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลหลังจำหน่าย (3) การ กำหนดแผนการจำหน่ายของผู้ป่วย (4) การปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย (5) การประเมินผล รายละเอียดแต่ละขั้นตอนมีดังต่อไปนี้

1) การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย

การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่ายเป็นกระบวนการที่ สำคัญมาก การประเมินแรกเริ่มจะช่วยให้พยาบาลคาดการณ์สภาพผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการ จำหน่ายได้และต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล มีประเด็นสำคัญที่โรงพยาบาลต้องประเมินได้แก่

(1) สภาพร่างกาย จิตใจและความต้องการด้านสังคมของผู้ป่วยขณะนี้เป็นอย่างไร หากผ่านพ้นระยะวิกฤติแล้วผู้ป่วยจะยังมีปัญหาอะไรคงเหลืออยู่บ้าง เช่นจะสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้หรือไม่ เป็นต้น

(2) ความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้แก่ระดับความรู้สึกรู้ตัวและการรับรู้ แบบแผนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความพร้อมและแรงจูงใจที่จะเรียนรู้หรือพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

(3) แหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือหรือให้การดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายได้แก่ ประเมินว่าผู้ป่วยควรจะแสวงหาความช่วยเหลือจากใครหรือหน่วยงานใดบ้างในชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย โรงพยาบาล รวมทั้งองค์กรเอกชนต่างๆที่ให้บริการด้านสุขภาพและประเมินครอบครัวผู้ป่วยเพื่อหาผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งโดยทั่วไปมักจะเป็นสมาชิกในครอบครัวเองโดยพยาบาลจะต้องค้นหาให้ได้ว่าใครผู้ที่จะดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว แต่บางครอบครัวอาจมีหลายคน พยาบาลวางแผนฝึกฝนให้ตรงความเหมาะสมของแต่ละคน เช่น บางคนฝึกการให้อาหารทางสายยาง บางคนอาจจะฝึกการช่วยเหลือผู้ป่วยหัดเดิน เป็นต้น

2) การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย

การวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะเป็นของผู้ป่วยแต่ละรายและการวินิจฉัยเพื่อการวางแผนควรพิจารณาดังต่อไปนี้

(1) ข้อมูลแต่ละข้อมีความสัมพันธ์กันอย่างไร มีข้อบ่งชี้ว่าเป็นความปกติหรือผิดปกติของผู้ป่วย

(2) ข้อมูลด้านร่างกาย จิตใจที่รวบรวมมาได้นั้นแสดงถึงแนวโน้มว่าจะเกิดพยาธิสภาพเพิ่มขึ้นภายหลังหรือไม่

(3) พิจารณาแบบแผนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจะก่อให้เกิดปัญหาในอนาคตหรือไม่

การวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย กำหนดได้ดังนี้ (1) วินิจฉัยตามปัญหาเฉพาะหน้า เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ระยะยาว (2) วินิจฉัยตามการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับความต้องการการดูแลที่บ้าน ภายหลังการจำหน่าย บางรายต้องได้รับการฝึกฝนทักษะในการปฏิบัติเทคนิคเฉพาะก่อนจำหน่าย เช่นการให้อาหารทางสายยาง การฉีดอินซูลิน การดูแล Colostomy เป็นต้น

3) การกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

เมื่อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว พยาบาลต้องกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ดีควรมีลักษณะดังนี้

(1) มีความสอดคล้องของแผนการจำหน่ายที่พยาบาลกำหนดขึ้นกับแผนการจำหน่ายหรือแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของบุคลากรในทีมสุขภาพ

(2) มีการกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว วิธีการประเมินผลโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนด

(3) เนื้อหาในแผนสื่อความหมายในทางปฏิบัติ ทั้งสาระและวิธีปฏิบัติ

4) การปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

การปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยพยาบาลต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ บุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งวิธีการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจะประกอบด้วย

(1) การให้ความช่วยเหลือ การทำให้หรือการทดแทน

(2) การกระตุ้นสนับสนุนสร้างแรงจูงใจและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย/ผู้ดูแลได้ปฏิบัติด้วยตนเอง

(3) การสอน

(4) การให้คำปรึกษา

(5) การส่งต่อไปยังแหล่งประโยชน์อื่นๆ และการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น

5) การประเมินผล

การประเมินผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ทั้งการประเมินผลระยะสั้นและระยะยาว กระทำได้โดยการสังเกต การสอบถาม พุดคุย เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติตัวได้ถูกต้องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้หรือไม่ หากผลการประเมินไม่เป็นไปตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย อาจต้องวางแผนเริ่มตั้งแต่ประเมินและวินิจฉัยปัญหาวางแผนการปฏิบัติ ปฏิบัติตามแผนและประเมินผล

การวางแผนการจำหน่ายเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันเป็นบริการที่ทุกโรงพยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงและให้ความสำคัญเพราะต้องอาศัยความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายยังจะทำให้กระบวนการวางแผนการจำหน่ายประสบผลสำเร็จ บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผลที่เกิดขึ้นตามมาย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อองค์กร ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ให้บริการ และสถานบริการสุขภาพ

3.7 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก นับว่าเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมผ่าตัดที่ใกล้ชิดผู้ป่วยกลุ่มนี้มากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้พักค้างในโรงพยาบาลและมีระยะการดูแลที่สั้น (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2545; Bradshaw, Pritchett, Bryce, Coleman, & Nattrass, 1999; Mitchell, 2007) โดยทั่วไปกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ คือตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหรือแม้แต่หน่วยเตรียมการก่อนรับผู้ป่วย (pre-admission clinic) (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และคณะ, 2546) เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อม และดำเนินการเป็นระยะๆ ต่อมา จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lookinland และ Pool (1998) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดระหว่างรูปแบบการให้ข้อมูลระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลและระยะหลังรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลในผู้ป่วยหญิงที่มารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกับที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนในระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะมีระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นหายที่สั้น สามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้นและเพิ่มความพึงพอใจในบริการ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ควรเริ่มดำเนินการตั้งแต่ในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dunn (1998) ที่ได้เสนอแนะว่า การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกในระยะก่อนผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการผ่าตัดหรือคุณภาพของการดูแล และการให้ข้อมูลหรือสอนผู้ป่วยในวันเดียวกันกับวันทำผ่าตัดเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม รวมทั้ง Anthony และ Hudson-Barr (2004) ศึกษา รูปแบบของการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ได้เสนอแนะว่า ปัจจัยสำคัญของการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายคือการประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย และการให้ข้อมูลโดยคำนึงถึงความเชื่อ ประสิทธิภาพของผู้ป่วย พร้อมทั้งปรับเนื้อหาของข้อมูลให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย พยาบาลควรประเมินความต้องการของผู้ป่วยในระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เนื่องจากปัจจุบันแนวโน้มระยะเวลาพักอยู่โรงพยาบาลสั้นลง ส่งผลให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในระยะรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลนั้นอาจไม่เพียงพอ

3.8 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก

การทำผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก ถึงแม้ว่าจะเป็นการผ่าตัดเล็กที่ไม่มีความยุ่งยากและลงทุนค่าใช้จ่ายไม่สูงนัก แต่ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอกจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด เนื่องจากเต้านมเป็นอวัยวะที่แสดงถึงภาพลักษณ์ของ

เพศหญิง และกลัวเกี่ยวกับผลการตรวจชิ้นเนื้อว่าจะเป็นมะเร็ง (มณฑา ลิ้มทองกุล, 2535; หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2541; Lebel et al., 2003; Shaw, Wilson, & O'Brien, 1994) และพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะก่อนและหลังผ่าตัด (หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2541; Deane & Degner, 1998; Witek-Janusek, Gabramb, & Mathews, 2007; Woodward & Webb, 2001) ดังนั้นการวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายจึงต้องกำหนดเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการตรวจก้อนบริเวณเต้านม และนัดทำผ่าตัด จนถึงระยะหลังผ่าตัดขณะอยู่บ้านและรอผลการตรวจชิ้นเนื้อ โดยคำนึงถึงข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย ผลของการผ่าตัด และการวางแผนป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองโดยการให้ความรู้และการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด การจัดทำแผ่นพับข้อแนะนำที่ควรปฏิบัติในแต่ละระยะเพื่อช่วยเตือนความจำให้กับผู้ป่วย รวมทั้งการติดตามผลการวางแผนการจำหน่ายทางโทรศัพท์และ/หรือเมื่อผู้ป่วยมาติดตามผลตามแพทย์นัด (อุษาวดี อัสตริวิเศษ, 2545) ซึ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่กล่าวมาข้างต้น สอดคล้องกับแนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ A-B-C of discharge planning ที่พัฒนาโดย Rorden และ Taft (1990) ซึ่งประกอบด้วยการดูแล 3 ขั้นตอนคือ ขั้นที่ 1 การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงประสบการณ์และความเชื่อพื้นฐาน สิ่งแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม ทรัพยากร และศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย ขั้นที่ 2 การวางแผนจุดมุ่งหมายร่วมกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนการดูแล การประสานงานร่วมกับทีมสหสาขา การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การสอนและสาธิตเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค และขั้นที่ 3 การลงมือปฏิบัติตามแผนและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการจำหน่าย

ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงสนใจนำกรอบแนวคิดของ Rorden และ Taft มาพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก โดยมีขั้นตอนดังนี้ การประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์และความเชื่อพื้นฐาน สิ่งแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม ทรัพยากร และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย การวางแผนจุดมุ่งหมายร่วมกับผู้ป่วย การให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การทำผ่าตัดและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้วิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวลขณะรอผ่าตัด เช่น การฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ และแนะนำให้ผู้ป่วยจัดเตรียมอุปกรณ์มาเองจากบ้านเช่น เครื่องเล่นซีดีขนาดพกพา เครื่องเล่นเพลงแบบMP3 หรือหนังสือที่ชอบ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย (Cooke, Chaboyer, Schluter, & Hiratos, 2005; Haun, Mainous, & Looney, 2001; Rhodes et al., 2006; Wang, Kalkarni, Dolev, & Kain, 2002) รวมทั้งการส่งเสริมการดูแลสุขภาพเต้านมและการตรวจเต้านม

นมด้วยตนเองอย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม การใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็นกรณีต้องปรึกษาแพทย์ หรือตรวจเต้านมด้วยเครื่องมือพิเศษ พร้อมทั้งแจกแผ่นพับเรื่อง “คำแนะนำ สำหรับผู้ป่วย หลังผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม” และ “การดูแลเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง” เพื่อช่วยในการจำ และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด 1 วัน เพื่อประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติม ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองยิ่งขึ้น (Boter, Mistiaen, & Groenewegen, 2000; Coll, Ameen, & Moseley, 2004; Cox & Wilson, 2003; Huang & Liang, 2005; McMurray et al., 2007; Dewar, Craig, Muir, & Cole, 2003; Mistaen & Poot, 2003)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการศึกษาประสิทธิผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ดังนี้ การศึกษาของ Lin, Wang, Chang และ Yang (2005) ได้พัฒนาโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ซึ่งประกอบด้วย การให้คำแนะนำและคู่มือก่อนการจำหน่าย การประสานงานร่วมกับแหล่งประโยชน์และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังการจำหน่าย โดยศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายต่อประสิทธิภาพการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายทำให้ประสิทธิภาพการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และประภัสสร ชวางษ์ (2535) ได้ศึกษาและพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตึกศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนการจำหน่ายอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อความวิตกกังวลยังมีน้อย แต่จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย พบว่าการให้ข้อมูลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย และผู้ป่วยที่มีการปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้ดีมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลที่ต่ำ (Drageset & Lindstrom, 2003) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Malkin (2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในหน่วยเตรียมการก่อนรับผู้ป่วย (pre-admission clinic) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างทีมแพทย์และพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพโดยคำนึงถึงประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดความวิตกกังวลและทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

Hughes (2002) ได้ศึกษาจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ควรมีการประเมินความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งประเมินระดับความวิตกกังวลเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยมีการทำงานร่วมกันของทีมผ่าตัดในการให้และรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวล ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆเพื่อเพิ่มคุณภาพของการดูแล

Suhonen และคณะ (2005) ได้ศึกษาจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มารับการผ่าตัดและความคิดเห็นต่อการได้รับข้อมูลของผู้ป่วย รวมทั้งผลลัพธ์ของการให้ข้อมูลแบบเฉพาะราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการแบบเฉพาะรายทั้งด้านเนื้อหาและปริมาณตลอดทั้งระยะของการผ่าตัด ข้อมูลที่ตอบสนองความต้องการจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและส่งผลลัพธ์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกที่ต้องเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด

นอกจากนี้การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยควบคู่ไปกับคู่มือคำแนะนำหรือแผ่นพับ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้และความพึงพอใจเพิ่มขึ้น (Fagermoen & Hamilton, 2003; Johansson, Hupli, & Salanterä, 2002; Johnson, Sandford, & Tyndall, 2003; Lam, White, Runions, & Miller, 2001; Lithner & Zilling, 2000; Walker, 2007; Williams, 2008) รวมทั้งการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในระยะหลังการจำหน่ายผู้ป่วย จะช่วยเสริมพลังทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง และลดความวิตกกังวล (Boter, Mistiaen, & Groenewegen, 2000; Coll, Ameen, & Moseley, 2004; Cox & Wilson, 2003; Huang & Liang, 2005; Dewar, Craig, Muir, & Cole, 2003; Mistiaen & Poot, 2003) การให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย และการจัดการกับความเจ็บป่วย รวมทั้งการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล การคาดหวังต่อการฟื้นฟู และการกลับไปทำงาน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถจัดการกับความปวดได้อย่างเหมาะสม และมีเจตคติและความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการกลับไปทำงาน ส่งผลให้ความต้องการต่อการหยุดงานลดลงและความพึงพอใจเพิ่มขึ้น (Feuerstein, 2003; Gatchel, 2004; Godges et al., 2008; Gross & Battie, 2005; Leeuw et al., 2007; Pransky et al., 2005) การใช้เวลาแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ การติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จะช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจและทราบถึงความต้องการของผู้ป่วย (Gatchel, 2004; Pransky et al., 2004)

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์และความเชื่อพื้นฐาน สิ่งแวดล้อมที่บ้าน การ

สนับสนุนทางครอบครัวและสังคม ทรัพยากร และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย การวางแผน จดมุ่งหมายร่วมกับผู้ป่วย การให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย พร้อมกับแผ่นพับเพื่อช่วยเตือน ความจำ รวมทั้งการประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการ จำหน่าย จะช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย

สรุป

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยกิจกรรมหลากหลาย เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการเข้ารับบริการผ่าตัดและสามารถดูแลตนเองหลังผ่าตัด ได้ถูกต้อง เหมาะสม โดยมีแนวคิดของการวางแผนจำหน่ายที่ไม่ใช่เพียงเพื่อเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยก่อน กลับบ้านเท่านั้น แต่ยังมีความหมายครอบคลุมถึงการวางแผนดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่ เมื่อผู้ป่วยเริ่มรับการรักษา และดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดระยะของการผ่าตัด จนกระทั่งระยะ หลังการจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองหลังการผ่าตัด รวมถึงการส่งเสริมดูแลสุขภาพและ การป้องกันโรคเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ส่งผลให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้โดยรวม ซึ่งการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ดังกล่าวข้างต้น จำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย เพื่อพัฒนาศักยภาพของ ผู้รับบริการในการดูแลตนเอง และสามารถใช้แหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ส่วนใหญ่จะทำการศึกษาพัฒนา รูปแบบการวางแผนจำหน่ายและศึกษาประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยที่พักรักษาตัว ในโรงพยาบาล เช่น อุบล จั้วพานิช ญักฐัญญา ไชยวงษ์และจรีพร อุ่นบุญเรือง (2552) ศึกษาผล ของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้าน มที่ได้รับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วย ส่วน Huang และ Liang (2005) ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน โรงพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกระดูกโพกหัก และ Lin, Wang, Chang และ Yang (2005) ได้ทำการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายช่วยเพิ่มทั้ง ประสิทธิภาพการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นต้น โดยพบว่าการศึกษาพัฒนา รูปแบบการวางแผนจำหน่ายและศึกษาประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกยังมี น้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกในสตรีที่ได้รับการ ผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะของ

การผ่าตัด ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านมมากขึ้นและเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านมในอนาคต (สุमित วงศ์เกียรติขจร, 2547; Hartmann et al., 2005) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายตามกรอบแนวคิดของ Rorden และ Taft (1990) และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแล โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอกไม่เพียงแต่เตรียมความพร้อมก่อนถึงวันผ่าตัดและก่อนจำหน่ายได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม อันนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของสตรีไทย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อการดูแลในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18- 60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านมและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ด้วยวิธีการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ณ หน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านม โรงพยาบาลศิริราช โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. มีการรับรู้ ความเข้าใจและสามารถสื่อสารได้ปกติ
2. เป็นการผ่าตัดแบบเอาก้อนออกทั้งหมด (excisional biopsy)
3. เป็นการนัดทำผ่าตัดในเวลาราชการ 08.00-16.00 น.
4. ระยะเวลานัดผ่าตัดไม่นานเกิน 4 สัปดาห์
5. มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยทุพพลภาพหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น อัมพาตหรืออัมพาตครึ่งซีก
2. เป็นการผ่าตัดที่เอาก้อนออกมากกว่า 1 ก้อน
3. เคยทำผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมมาก่อน

เกณฑ์ยุติการศึกษา

1. ผู้ป่วยงดผ่าตัด
2. เปลี่ยนวิธีการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดจากการระงับความรู้สึกเฉพาะที่เป็นการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปหรือได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ร่วมกับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป
3. ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังการจำหน่าย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) = .80 กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ (∞) = .05 ขนาดอิทธิพล large effect size = .80 ซึ่งมาจากการทบทวนงานวิจัยที่มีรูปแบบคล้ายกันซึ่งตัวแปรอิสระมีผลต่อตัวแปรตามมาก (Lookinland & Pool, 1998) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 ราย (Polit & Beck, 2003) และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายในระหว่างเก็บข้อมูลหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงเพิ่มตัวอย่างอีก กลุ่มละ 20% ($n=5$) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย และรวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม กำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 30 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง 30 รายหลังจัดเข้ากลุ่มศึกษาที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากการแพร่ของการทดลองไปยังกลุ่มควบคุม

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

สถานที่ทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ คือ หน่วยตรวจโรคัลยศาสตร์ ดึกผู้ป่วยนอกชั้น 3 หน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านม ดึกสยามินทร์ชั้น 5 และหน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล ดึกสยามินทร์ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งหน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านม เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จากข้อมูลสถิติของงานการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2547-2550 มีจำนวนผู้ป่วย 861 ราย, 798 ราย, 854 รายและ 757 ราย ตามลำดับ โดยเฉลี่ยมีจำนวนผู้ป่วย 60 รายต่อเดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีดังต่อไปนี้

1. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก พัฒนาโดยผู้วิจัย ตามกรอบแนวคิดของ Rorden และ Taft (1990) ซึ่งแบ่งการดูแลผู้ป่วยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนถึงวันผ่าตัด เริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจและนัดทำผ่าตัด ณ หน่วยตรวจโรคศัลยกรรม โดยเฉลี่ย 1-2 สัปดาห์ก่อนถึงวันผ่าตัด มีขั้นตอนดังนี้ 1) การประเมินเกี่ยวกับประวัติสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม ทรัพยากร ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด วันผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมทั้งลักษณะการทำงานและความคาดหวังของผู้ป่วย ต่อการกลับไปทำงานโดยใช้แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก 2) การวางแผนนัดหมายร่วมกับผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมก่อนถึงวันผ่าตัดและการดูแลตนเองที่บ้านภายหลังการผ่าตัด 3) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคสาเหตุของการเกิดโรคและการรักษา การเตรียมตัวก่อนถึงวันผ่าตัด การปฏิบัติตัวในระยะก่อนเข้าห้องผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตามคู่มือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดก่อนเนื้อเด้านมแบบผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งแผ่นพับเรื่อง “คำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดก่อนเนื้อที่เด้านม” 4) การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และ 5) การประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 วันทำผ่าตัด เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติตามแผนการดูแลต่อเนื่องในวันผ่าตัด ประกอบด้วย 1) การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด 2) การดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัด และ 3) การดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตามคู่มือสอนการดูแลสุขภาพเด้านมและการตรวจเด้านมด้วยตนเอง รวมทั้งการสนับสนุนให้ผู้ป่วยตรวจเด้านมด้วยตนเองเป็นประจำ พร้อมทั้งแผ่นพับเรื่อง “การดูแลเด้านมและการตรวจเด้านมด้วยตนเอง”

ระยะที่ 3 หลังการจำหน่าย เป็นขั้นตอนของการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด 1 วัน เพื่อประเมินเกี่ยวกับปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยพร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพเด้านมและตรวจเด้านมด้วยตนเองเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง

2. แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อบันทึกแผนการดูแลของผู้ป่วยแต่ละรายโดยใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ก่อนถึงวันผ่าตัด ประเมินเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและการเดินทาง ลักษณะการทำงานและการคาดหวังต่อการหยุดงานภายหลังการผ่าตัด ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และการดูแลตนเองที่บ้านภายหลังการผ่าตัด การจัดเตรียมญาติหรือเพื่อนมาช่วยในวันทำผ่าตัด การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลขณะรอผ่าตัด และคำถามหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนมาโรงพยาบาลในวันผ่าตัด รวมทั้งความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมของผู้ป่วย

ระยะที่ 2 วันทำผ่าตัด ประเมินเกี่ยวกับระยะเวลารอผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยที่เป็นกรณีพิเศษหลังการผ่าตัด ระยะเวลาหยุดงานของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และคำถามหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

ระยะที่ 3 หลังการจำหน่ายผู้ป่วย ประเมินเกี่ยวกับปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัด การดูแลเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

3. คู่มือการให้ข้อมูลหรือสอนผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ชุด

3.1 คู่มือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดก่อนเนื้อเต้านมแบบผู้ป่วยนอกและแผ่นพลิกสื่อการสอน ผู้วิจัยประยุกต์จากแผนการสอนสุขศึกษาของหน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านม โรงพยาบาลศิริราช เรื่อง “การปฏิบัติตัวในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก่อนเนื้อเต้านมที่ได้รับยาเฉพาะที่” และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

3.2 คู่มือสอนการดูแลสุขภาพเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแผ่นพลิกสื่อการสอน ผู้วิจัยประยุกต์จากคู่มือสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองของศูนย์ถันยรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

4. แผ่นพับ ประกอบด้วย 2 ชุด

4.1 แผ่นพับเรื่อง “คำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดก่อนเนื้อเต้านม” พัฒนาโดยหน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านม โรงพยาบาลศิริราช

4.2 แผ่นพับเรื่อง “การดูแลเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง” พัฒนาโดยศูนย์ถันยรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และสิทธิในการรักษาพยาบาล และส่วนที่ 2 ประวัติการรักษา ได้แก่ โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาละลายลิ่มเลือด การแพ้ยาหรือพลาสติกปิดแผล การใช้ยาคุมกำเนิด การ

ดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ตำแหน่งขนาดและจำนวนก้อน บริเวณเต้านมที่ทำผ่าตัด

2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวล โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลที่ผู้วิจัยเลือกเฉพาะข้อคำถามสำหรับวัดความวิตกกังวล จากแบบวัดภาวะความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale : HADS) ของ Zigmond และ Snaith (1983) แปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทย (Thai HADS) โดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ(2539) เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง

แบบวัด Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) ของ Zigmond และ Snaith ได้พัฒนาและนำมาใช้ในปี 1983 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ(2539) ได้ทำการแปลและเรียบเรียง รวมทั้งศึกษาความเชื่อถือได้และความแม่นยำของเครื่องมือ HADS ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 60 ราย ผลการศึกษา พบว่า HADS ฉบับภาษาไทย มีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับอาการวิตกกังวล เท่ากับร้อยละ 100 และ 86.0 ตามลำดับ เมื่อใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนตามฉบับภาษาอังกฤษถ้าใช้จุดตัด (cut of point) ที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจมีความผิดปกติทางจิตเวช ส่วนค่าความเชื่อถือและความแม่นยำพบว่า ค่าความสอดคล้องภายในของทั้งสอง sub-scale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.85 สำหรับอาการวิตกกังวล และ 0.83 สำหรับอาการซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกเฉพาะข้อคำถาม sub-scale สำหรับอาการวิตกกังวลที่พัฒนาโดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2539) เพื่อประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สั้น กระทัดรัด และมีค่าความแม่นยำและความน่าเชื่อถือได้ อยู่ในเกณฑ์ดี และก่อนนำเครื่องมือไปใช้ ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อกับผู้สร้างเครื่องมือเพื่อขออนุญาตการนำไปใช้ แบบสอบถามความวิตกกังวลที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ คำตอบแต่ละข้อจะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) ตั้งแต่ 0-3 คะแนน มี 4 ตัวเลือก ดังนี้ 1) เป็นส่วนใหญ่ 2) บ่อยครั้ง 3) บางครั้ง และ 4) ไม่เป็นเลย โดยมีพิสัยของคะแนน ตั้งแต่ 0-21 คะแนน

ข้อที่แสดงออกของอารมณ์หรือพฤติกรรมทางด้านบวกมี 1 ข้อคือ ข้อ 4 ถ้าเลือกคำตอบ 1) จะได้ 0 คะแนน, 2) ได้ 1 คะแนน, 3) ได้ 2 คะแนน และ 4) ได้ 3 คะแนน

ข้อที่แสดงออกของอารมณ์หรือพฤติกรรมทางด้านลบมี 6 ข้อคือ ข้อ 1,2,3,5,6 และ 7 ถ้าเลือกคำตอบ 1) จะได้ 3 คะแนน, 2) ได้ 2 คะแนน, 3) ได้ 1 คะแนน และ 4) ได้ 0 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

0 – 7 คะแนน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลปกติ

8 – 10 คะแนน เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีความวิตกกังวลปานกลาง

11 – 21 คะแนน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลมาก

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดของ Risser (1975) นำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1. การมีปฏิสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสาร จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 1, 2 และ 7)
2. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จำนวน 2 ข้อ (ข้อ 5 และ 10)
3. ความสามารถของพยาบาลในการให้ข้อมูล จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 3, 4, 6, 8 และ 9)

โดยมีลักษณะแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเป็นแบบปลายปิด มีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนดังนี้

- 5 หมายถึง ท่านพึงพอใจในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง ท่านพึงพอใจในระดับมาก
- 3 หมายถึง ท่านพึงพอใจในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง ท่านพึงพอใจในระดับน้อย
- 1 หมายถึง ท่านพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนน มีเกณฑ์การคิดคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

ค่าเฉลี่ยคะแนน 4.50-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.50-4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.50-3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.50-2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00-1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยได้แก่โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกแบบประเมินการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก คู่มือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดก่อนเนื้อเต้านมแบบผู้ป่วยนอก คู่มือการสอนการดูแลสุขภาพเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองและ

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน (รายนามในภาคผนวก ก) โดยยึดหลักความสอดคล้องระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 ขึ้นไป แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ส่วนการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความวิตกกังวลและแบบสอบถามความพึงพอใจ ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 รายและนำคะแนนที่ได้มาหาความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient) พบว่าแบบสอบถามความวิตกกังวล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.93 ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.95 และในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความวิตกกังวลและแบบสอบถามความพึงพอใจในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาจำนวน 50 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.90 และ 0.94 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงคณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเพื่อขออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อหัวหน้าหน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ หัวหน้าหน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านม และหัวหน้าหน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ขั้นตอนการเตรียมตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก ไปฝึกใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก ที่มีคุณสมบัติการคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความชำนาญในการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย โดยมีอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผ่าตัด เป็นผู้ให้คำปรึกษาในระหว่างการเริ่มใช้โปรแกรม รวมทั้งมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน เป็นพยาบาลห้องผ่าตัด 1 ท่าน เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถามความวิตกกังวลและขั้นตอนการเก็บ

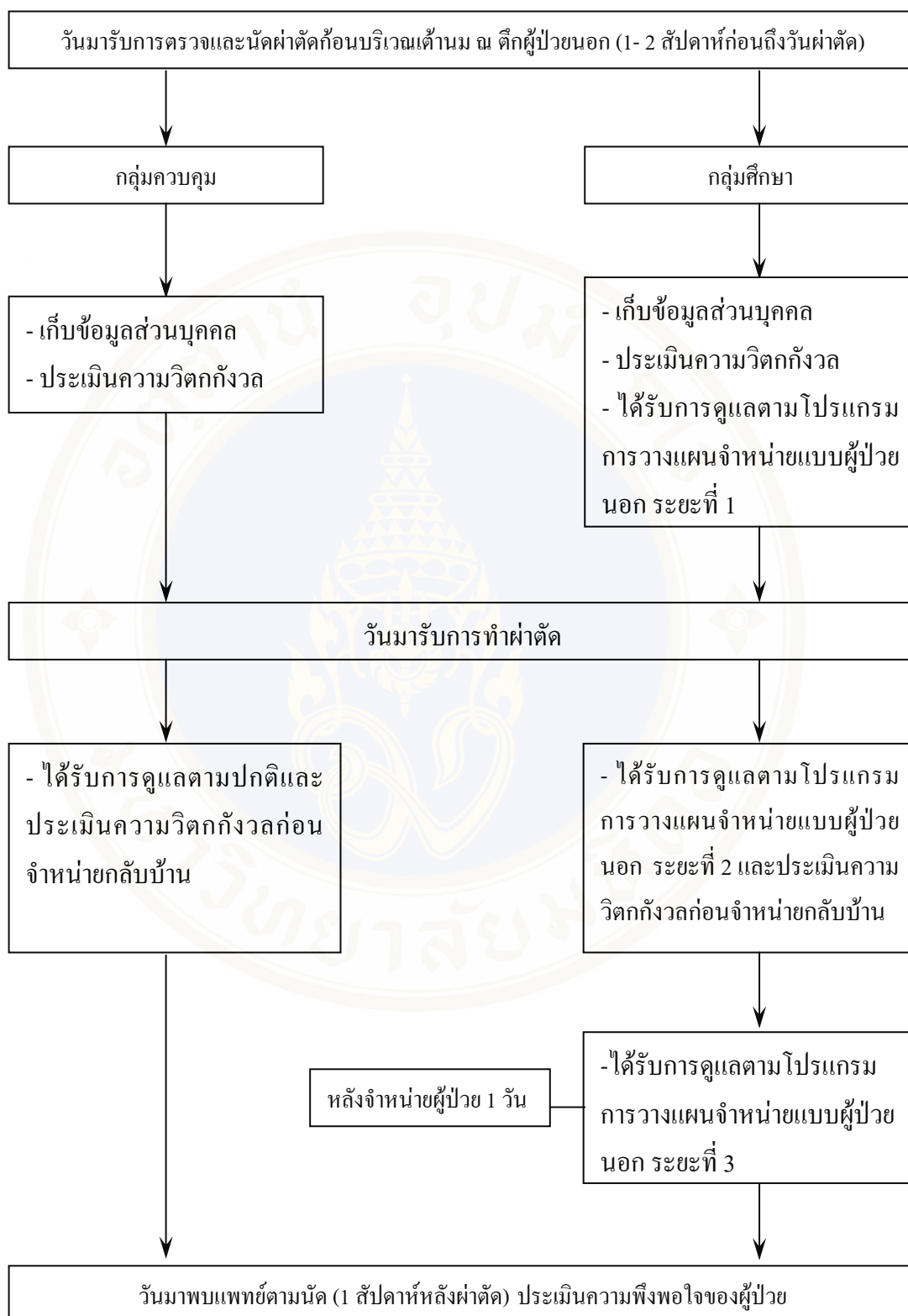
รวบรวมข้อมูลในระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วย และพยาบาลหน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล 1 ท่าน เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถามความพึงพอใจและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันมาพบแพทย์ตามนัดหลังผ่าตัด

4. ขั้นตอนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบตามกำหนดก่อน แล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มศึกษาเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากการแพร่ของการทดลองไปยังกลุ่มควบคุม โดยกำหนดวันและเวลาของการเก็บข้อมูล ดังนี้ หน่วยตรวจโรคัลยศาสตร์ ตั้งแต่วันจันทร์-ศุกร์ ในเวลาราชการ 08.00-16.00 น. และนอกเวลาราชการ 17.00-21.00 น. โดยเริ่มขั้นตอนภายหลังจากพยาบาลหน่วยตรวจโรคัลยศาสตร์ ได้ให้ใบนัดผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกและคำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนมาโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและแจ้งสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หลังจากรับฟังคำชี้แจงและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. กลุ่มควบคุมได้รับการสัมภาษณ์จากผู้วิจัย เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และเมื่อถึงวันทำผ่าตัดกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำหน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านม ตามแผนการสอนสุขศึกษา เรื่อง “การปฏิบัติตัวในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนเนื้อเต้านมที่ ‘ได้รับยาเฉพาะที่’” และตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

6. กลุ่มศึกษาได้รับการสัมภาษณ์จากผู้วิจัย เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลและได้รับการดูแลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกในระยะที่ 1 คือ การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงวันผ่าตัด และเมื่อถึงวันทำผ่าตัดกลุ่มศึกษาได้รับการดูแลโดยผู้วิจัยตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในระยะที่ 2 ซึ่งประกอบด้วย 1) การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด 2) การดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัด และ 3) การดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งได้รับการดูแลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในระยะที่ 3 โดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด 1 วัน

7. วันมาพบแพทย์ตามนัด ประมาณ 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด ในระหว่างที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์เพื่อรับการตรวจและฟังผลชิ้นเนื้อ กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่มจะตอบแบบสอบถามความพึงพอใจโดยผู้ช่วยวิจัยหน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผลเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังแผนภูมิที่ 2 แสดงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล



แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยดำเนินการเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ พร้อมอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้วกลุ่มตัวอย่างยังมีสิทธิที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อให้ผู้อื่นทราบ แต่จะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงการบริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ และสถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square Test)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) และทดสอบทีคู่ (paired t-test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์ ทดสอบทีและทดสอบทีคู่ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีการแจกแจงแบบปกติ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มศึกษาคือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก กับกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในการวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่าง 61 ราย เป็นกลุ่มศึกษา 30 รายและกลุ่มควบคุม 31 ราย ซึ่งในระหว่างการศึกษามีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง 11 ราย ดังนั้นจึงคัดเนื่องจากก้อนบริเวณเต้านมมีขนาดเล็กลง 4 ราย ผู้ป่วยทำผ่าตัดที่โรงพยาบาลอื่น 4 ราย ผู้ป่วยไม่มาผ่าตัดตามนัด 2 ราย และไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังการจำหน่าย 1 ราย คงเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 ราย ซึ่งนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มศึกษา (n= 25)		กลุ่มควบคุม (n= 25)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					
- 18-30 ปี	8	32	13	52	.234
- 31-45 ปี	11	44	7	28	
- 46-60 ปี	6	24	5	20	
สถานภาพสมรส					
- โสด	12	48	16	64	.393
- คู่	9	36	9	36	
- หม้าย	4	16	0	0	
ระดับการศึกษา					
- ประถมศึกษา	2	8	1	4	.110
- มัธยมศึกษา	6	24	3	12	
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	5	20	3	12	
หรืออนุปริญญา					
- ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	12	48	18	72	
อาชีพ					
- ราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	4	16	8	32	.247
- ลูกจ้างบริษัท	7	28	7	28	
- ค้าขายหรือทำธุรกิจ	7	28	3	12	
- รับจ้างทั่วไป	2	8	0	0	
- เกษตรกรรม	1	4	1	4	
- แม่บ้าน	3	12	1	4	
- กำลังศึกษา	1	4	5	20	

p < .05

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม		χ^2
	(n= 25)		(n= 25)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	

รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน					
- น้อยกว่า10,000 บาท	3	12	1	4	.657
- 10,000-19,999 บาท	3	12	9	36	
- 20,000-30,000 บาท	10	40	7	28	
- มากกว่า 30,000 บาท	9	36	8	32	
สิทธิในการรักษาพยาบาล					
- เบิกจ่ายตรง	3	12	6	24	.090
- เบิกต้นสังกัด	1	4	5	20	
- ประกันสังคม	1	4	4	16	
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	4	16	2	8	
- ชำระเอง	16	64	8	32	

p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่อายุระหว่าง 31-45 ปีร้อยละ 44 สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 48 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 48 อาชีพลูกจ้างบริษัทและค้าขายหรือทำธุรกิจร้อยละ 28 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,000-30,000 บาท และใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลแบบชำระเองร้อยละ 64 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อายุระหว่าง 18-30 ปีร้อยละ 52 สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 64 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 72 อาชีพราชการหรือรัฐวิสาหกิจร้อยละ 32 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาทและใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลแบบชำระเองร้อยละ 32 และพบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ประวัติการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ประวัติการรักษา	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม		χ^2
	(n= 25)		(n= 25)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรคประจำตัว					
- ไม่มี	25	100	25	100	1.00
- เบาหวาน	0	0	0	0	
- เลือดออกง่าย	0	0	0	0	
ประวัติการใช้ยาละลายลิ่มเลือด					
- ไม่มี	25	100	25	100	1.00
- มี	0	0	0	0	
ประวัติการแพ้ยาหรือพลาสติก					
ปิดแผล					
- ไม่มี	25	100	21	84	.132
- มี	0	0	4	16	
การใช้ยาคุมกำเนิด					
- ไม่มี	23	92	22	88	.637
- มี	2	8	3	12	
การดื่มสุรา					
- ไม่มี	23	92	23	92	1.00
- มี	2	8	2	8	
การสูบบุหรี่					
- ไม่มี	25	100	25	100	1.00
- มี	0	0	0	0	
สมาชิกในครอบครัวมีประวัติ					
เป็นมะเร็งเต้านม					
- ไม่มี	22	88	25	100	.235
- มี	3	12	0	0	

p < .05

ตารางที่ 2 ประวัติการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ประวัติการรักษา	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม		χ^2
	(n= 25)		(n= 25)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ขนาดของก้อนบริเวณเต้านมที่					
ทำผ่าตัด					
- น้อยกว่า 1 เซนติเมตร	4	16	0	0	.362
- 1-2 เซนติเมตร	11	44	15	60	
- มากกว่า 2 เซนติเมตร	10	40	10	40	

p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีประวัติการดื่มสุราร้อยละ 8 และไม่มีประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน เลือดออกง่าย การใช้ยาละลายลิ่มเลือด และการสูบบุหรี่

กลุ่มศึกษาไม่มีประวัติการแพ้ยาหรือพลาสติกอร์ มีประวัติการใช้ยาคุมกำเนิดร้อยละ 8 ประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 12 และส่วนใหญ่ก้อนบริเวณเต้านมมีขนาด 1-2 เซนติเมตรร้อยละ 44 ส่วนกลุ่มควบคุมมีประวัติการแพ้ยาหรือพลาสติกอร์ร้อยละ 16 ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิดร้อยละ 12 ไม่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม และส่วนใหญ่ก้อนบริเวณเต้านมมีขนาด 1-2 เซนติเมตรร้อยละ 60 และพบว่าค่าความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัด

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยใช้สถิติทดสอบที

ระยะของการผ่าตัด	คะแนนความวิตกกังวล				t	P-value
	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม			
	(n=25)		(n=25)			
	Mean	S.D	Mean	S.D		
ก่อนถึงวันผ่าตัด	7.60	4.04	6.96	5.12	.49	.313
ก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัด	5.96	4.09	6.92	5.42	.70	.240

$p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า ทั้งระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปกติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งระยะก่อนถึงวันผ่าตัด $p\text{-value} = .313$ และก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัด $p\text{-value} = .240$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบทีคู่

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความวิตกกังวล				T	P-value
	ก่อนถึงวันผ่าตัด		ก่อนจำหน่าย หลังผ่าตัด			
	Mean	S.D	Mean	S.D		
กลุ่มศึกษา (n=25)	7.60	4.04	5.96	4.09	2.173	.040
กลุ่มควบคุม (n=25)	6.96	5.12	6.92	5.42	.067	.947

$p < .05$

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดน้อยกว่าระยะก่อนถึงวันผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = .040$ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = .947$

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแล

ลักษณะการให้บริการ	คะแนนความพึงพอใจ				t	P-value
	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม			
	(n=25)		(n=25)			
	Mean	S.D	Mean	S.D		
1.พยาบาลพูดจาสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส	4.40	.50	4.00	.82	2.09	.042
2.พยาบาลเต็มใจรับฟังคำบอกเล่าความไม่สบายใจหรือข้อสงสัยจากท่าน	4.32	.56	3.92	.86	1.95	.057
3. ท่านได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด	4.52	.51	4.00	.86	2.70	.010
4. ท่านได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอในวันทำผ่าตัด	4.32	.63	3.80	.96	2.27	.028
5. ท่านรู้สึกพอใจต่อการดูแลที่ได้รับในวันทำผ่าตัด	4.52	.65	3.88	.83	3.02	.004
6. ท่านได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอในการดูแลตนเองที่บ้านภายหลังการผ่าตัด	4.32	.63	3.44	.77	4.44	.000
7. ท่านมีโอกาสดูซักถามข้อสงสัยต่างๆ ตามความต้องการ	4.12	.53	3.60	.91	2.47	.017

p < .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแล (ต่อ)

ลักษณะการให้บริการ	คะแนนความพึงพอใจ				t	P-value
	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม			
	(n ₁ =25)		(n ₁ =25)			
	Mean	S.D	Mean	S.D		
8. พยาบาลได้ให้คำแนะนำ อธิบาย หรือตอบคำถามที่ท่านสงสัยด้วย คำพูดที่เข้าใจง่าย	4.36	.49	4.00	.87	1.81	.077
9.พยาบาลได้ให้คำแนะนำ อธิบาย หรือตอบคำถามที่ท่านสงสัยได้ตรงตามความต้องการของท่าน	4.52	.51	3.88	.93	3.02	.004
10.ท่านรู้สึกพอใจต่อการบริการที่ทำให้ท่านมีความมั่นใจในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด	4..60	.65	3.72	.79	4.31	.000
ความพึงพอใจรวมเฉลี่ย	4.40	.39	3.82	.70	3.54	.001

p < .05

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความพึงพอใจของผู้ป่วยในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มพบว่า กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value = .001

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มศึกษา 25 รายและกลุ่มควบคุม 25 ราย กลุ่มศึกษาคือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มควบคุมคือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก คู่มือและแผนพับ 2 ชุด ส่วนเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามความวิตกกังวลและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดโดยใช้สถิติทดสอบทีและสถิติทดสอบทีคู่ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยใช้สถิติทดสอบที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติทั้งระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัด พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกพบว่า ระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดน้อยกว่าระยะก่อนถึงวันผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) $p\text{-value} = .04$

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่า ระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) $p\text{-value} = .001$

อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 18-30 ปี ร้อยละ 42 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 56 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 60 อาชีพลูกจ้างบริษัท ร้อยละ 28 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,000-30,000 บาทและมากกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 34 และใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลแบบชำระเองร้อยละ 48 กลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่มีประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน เลือดออกง่าย การใช้ยาละลายลิ่มเลือด และไม่สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการแพ้ยาหรือพลาสติก ร้อยละ 92 ไม่มีประวัติการใช้ยาคุมกำเนิด ร้อยละ 90 ไม่มีประวัติการดื่มสุรา ร้อยละ 92 ไม่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 94 และก้อนบริเวณเต้านมมีขนาด 1-2 เซนติเมตร ร้อยละ 52 และทดสอบค่าความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มพบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความวิตกกังวลและความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม สามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มในระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในระยะก่อนถึงวันผ่าตัดของกลุ่มศึกษา 7.60 กลุ่มควบคุม 6.96 และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดของกลุ่มศึกษา 5.96 กลุ่มควบคุม 6.92 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปกติ ทั้งในระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของ Hospital Anxiety Depression Scale : HAD คือ 0 – 7 คะแนน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลปกติ, 8 – 10 คะแนน เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีความวิตกกังวลปานกลางและ 11 – 21 คะแนน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลมาก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างนี้มีความวิตกกังวลน้อยตั้งแต่ก่อนการทดลองคือระยะก่อนถึงวันผ่าตัด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการแจ้งข้อมูลจากแพทย์เกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัดเอาก้อนบริเวณเต้านมออกทั้งหมด (excisional biopsy) โดยการนัดหมายเฉพาะที่ ซึ่งจะเลือกทำในผู้ป่วยที่คาดว่าไม่เป็นมะเร็งและก้อนไม่โตมากนัก (ร้อยละ 52 ของกลุ่มตัวอย่างมีขนาดของก้อนบริเวณเต้านม 1-2 เซนติเมตร) ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลหรือความกลัวต่อโรคมะเร็งเต้านมได้ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างบางราย แพทย์ได้สั่งทำแมมโมแกรมและหรือเจาะชิ้นเนื้อส่งตรวจโดยวิธี FNA หรือ core needle biopsy เพื่อยืนยันผลการตรวจว่าเป็นเนื้องอกไม่ร้ายแรงก่อนทำผ่าตัดแบบเอาก้อนออกทั้งหมด ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปกติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มในระยะก่อนถึงวันผ่าตัดจึง

พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ส่วนในระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัด กลุ่มศึกษาที่มีความวิตกกังวลน้อย เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก โดยเริ่มตั้งแต่ระยะก่อนถึงวันผ่าตัด เพื่อประเมินเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด วันผ่าตัด และหลังผ่าตัด ลักษณะการทำงานและความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการกลับไปทำงาน การวางแผนนัดหมายร่วมกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วันนัดผ่าตัด วันทำผ่าตัดและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังการจำหน่าย การให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการรักษา การเตรียมตัวก่อนถึงวันผ่าตัด การปฏิบัติตัวในระยะก่อนเข้าห้องผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งให้แผ่นพับแก่ผู้ป่วย เรื่อง “คำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดก่อนเนื้อที่เต้านม” และในวันทำผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะก่อนเข้าห้องผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งส่งเสริมการดูแลสุขภาพเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม พร้อมทั้งให้แผ่นพับแก่ผู้ป่วย เรื่อง “การดูแลเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง” และการทบทวนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน รวมทั้งการนัดหมายเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด 1 วัน ซึ่งกิจกรรมต่างๆของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ส่งผลให้กลุ่มศึกษาที่มีความวิตกกังวลลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาที่มีความวิตกกังวลน้อยหรืออยู่ในระดับปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลน้อย เนื่องจาก ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดจากพยาบาลหน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านม ซึ่งเป็นการดูแลตามปกติในวันทำผ่าตัดตามแผนการสอนสุขศึกษา เรื่อง การปฏิบัติตัวในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก่อนเนื้อเต้านมที่ได้รับยาชาเฉพาะที่พร้อมทั้งได้รับแผ่นพับเรื่อง “คำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดก่อนเนื้อที่เต้านม” ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลน้อยหรืออยู่ในระดับปกติ จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดน้อยกว่าระยะก่อนถึงวันผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมีระดับความวิตกกังวลลดลงในระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัด อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมีความวิตกกังวลลดลงในระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มรับบริการคือระยะก่อนถึงวันผ่าตัดเพื่อประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์และความเชื่อพื้นฐาน สิ่งแวดล้อมที่

บ้าน การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม ทรัพยากรและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย รวมทั้งการวางแผนมุ่งหมายร่วมกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด การให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การทำผ่าตัดและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด พร้อมทั้งได้รับแผ่นพับเรื่อง “คำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม” จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดเรื่อง การกลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดมากที่สุด (ร้อยละ 29.6) รองลงมาคือ กลัวเจ็บแผลผ่าตัด (ร้อยละ 27.8) กลัวเป็นมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 27.8) ไม่สามารถกลับไปทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (ร้อยละ 9.3) และค่าใช้จ่ายในการทำผ่าตัด (ร้อยละ 5.5) ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับข้อมูลและ/หรือคำปรึกษาที่ตอบสนองต่อความต้องการจากผู้วิจัย รวมทั้งเบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้ตลอดเวลากรณีที่มีข้อสงสัยเพิ่มเติมเมื่อกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Malkin (2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยออร์โทพีดิกส์ในหน่วยเตรียมการก่อนรับผู้ป่วย (pre-admission clinic) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพโดยคำนึงถึงประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

นอกจากนี้ในวันผ่าตัดผู้ป่วยยังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับ สิ่งแวดล้อมบริเวณห้องผ่าตัดและสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติขณะรอผ่าตัด เช่น บริเวณที่พักรอก่อนผ่าตัด ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้าก่อนเข้าห้องผ่าตัด ห้องน้ำ โทรศัพท์สาธารณะ ร้านขายอาหารและร้านหนังสือ รวมทั้งระยะเวลารอผ่าตัดโดยประมาณ และการติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นระยะๆ และเมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ผู้วิจัยช่วยจัดเตรียมท่าผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง ไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยเกินความจำเป็น รวมทั้งปิดม่านให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ระหว่างทำผ่าตัด จนกระทั่งสิ้นสุดการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดและนั่งรอบริเวณที่พักรอหลังผ่าตัดในระยะก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยจะได้รับการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังการจำหน่าย การสอนและส่งเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม พร้อมทั้งได้รับแผ่นพับเรื่อง “การดูแลเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง” เพื่อช่วยเตือนความจำและก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง และเมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบรายข้อ (ภาคผนวกจ) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าระยะก่อนถึงวันผ่าตัดในทุกๆข้อ โดยเฉพาะข้อที่ 2 มีค่าความต่างของคะแนนมากที่สุด ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการ

วางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นน้อยลงในระยะก่อนจำหน่ายเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการทบทวนเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การจัดการกับความปวด การรับประทานอาหาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการกลับไปทำงาน การส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพด้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม พร้อมทั้งได้รับแผ่นพับเรื่อง “การดูแลเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง” รวมทั้งการนัดหมายกับผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังการจำหน่ายและเบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้ตลอดเวลากรณีที่มีข้อสงสัยเพิ่มเติม โดยกลุ่มศึกษาได้รับกิจกรรมต่างๆนี้ในระยะก่อนจำหน่าย จึงทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านและลดความกลัวต่อเหตุการณ์ที่คาดว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นในอนาคต เช่น กลัวเจ็บแผลผ่าตัด ไม่สามารถกลับไปทำงานและ/หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ การกลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัด หรือกลัวเป็นมะเร็งเต้านม เป็นต้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงในระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัด

3. กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดแตกต่างกันน้อย และเมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบรายข้อพบว่า ข้อ 1 และ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดน้อยกว่าระยะก่อนถึงวันผ่าตัดซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกดีใจและมีความสุข คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น แต่ในข้อ 6 และข้อ 7 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดมากกว่าระยะก่อนถึงวันผ่าตัด ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกกระสับกระส่ายเหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้ และความรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน ส่วนข้อ 3 ข้อ 4 และข้อ 5 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดเท่ากับระยะก่อนถึงวันผ่าตัด ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดวิตกกังวล ความสามารถทำตามตามสบายและรู้สึกผ่อนคลาย และความรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีความความรู้สึกดีใจและมีความสุข คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นลดลงในระยะก่อนจำหน่ายทั้งนี้เนื่องจากเป็นระยะสิ้นสุดการผ่าตัด แต่สิ่งที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยมีความคิดวิตกกังวลและรู้สึกไม่สบายใจเท่ากับระยะก่อนถึงวันผ่าตัด โดยเฉพาะความรู้สึกกระสับกระส่ายเหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้ และความรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหันที่พบมากกว่าระยะก่อนถึงวันผ่าตัด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Witek-Janusek, Gabramb และ Mathews (2007) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองด้านจิตวิทยาและระบบภูมิคุ้มกันในผู้หญิงที่มารับการผ่าตัดขึ้นเนื้องอกเต้านมในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ผลกระทบด้านจิตวิทยาและระบบภูมิคุ้มกันของผู้หญิงที่มารับการ

ผ่าตัดขึ้นเนื้อไม่ได้เกิดขึ้นแบบชั่วคราว แต่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและคงอยู่ตลอดระยะก่อนและหลังผ่าตัด โดยพบว่าในระยะหลังผ่าตัดผู้หญิงที่มารับการผ่าตัดขึ้นเนื้อบริเวณเต้านมจะมีความไม่แน่ใจและความกลัวเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมในอนาคต

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค/ การผ่าตัด และการกลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดมากที่สุด รองลงมาคือ กลัวเจ็บแผลผ่าตัด กลัวเป็นมะเร็งเต้านมและไม่สามารถกลับไปทำงานและ/หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ตามลำดับ ดังนั้นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ก็จะไม่ได้รับการประเมินความวิตกกังวลและความต้องการของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนถึงวันผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลที่ตอบสนองความต้องการ และระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมในอนาคต รวมทั้งไม่ได้รับการนัดหมายเพื่อติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังการจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยไม่แน่ใจในการดูแลตนเอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลในระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัด

4. จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lin, Wang, Chang และ Yang (2005) ที่พัฒนาโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ซึ่งประกอบด้วย การให้คำแนะนำและคู่มือก่อนการจำหน่าย การประสานงานร่วมกับแหล่งประโยชน์ และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังการจำหน่าย โดยศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายเพิ่มขึ้น

ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นความรู้สึกรับรู้ของผู้ป่วยที่สะท้อนถึงระดับของความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการดูแลและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับจริง (Risser, 1975) และการใช้เวลาเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วย (Rhodes, Miles, & Pearson, 2006) ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะของการผ่าตัด โดยเริ่มตั้งแต่ระยะก่อนถึงวันผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลก่อนถึงวันผ่าตัด สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยไว้วางใจในตัวพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ตามความต้องการ ทำให้พยาบาลทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายและใช้เป็นข้อมูลเพื่อวางแผนให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะของการทำผ่าตัดเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัด เช่น การวางแผนเดินทางไป / กลับโรงพยาบาลในวันผ่าตัดและจัดเตรียมญาติหรือ

เพื่อนมาด้วยเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยในระหว่างรอผ่าตัดและเดินทางกลับบ้าน การจัดเตรียมอุปกรณ์มาจากบ้านเช่น เครื่องเล่นซีดีขนาดพกพา เครื่องเล่นเพลงแบบ MP3 หรือหนังสือที่ชอบเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย การดูแลตนเองที่บ้านและการกลับไปทำงานหรือกิจวัตรประจำวันภายหลังการผ่าตัด รวมทั้งเบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อกลับกรณีมีข้อสงสัยเพิ่มเติม และเมื่อถึงวันผ่าตัดการสร้างสัมพันธภาพต่อเนื่องกับผู้ป่วย และการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเป็นสิ่งสำคัญ รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพเด้านมอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยในระยะหลังการจำหน่ายโดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด 1 วัน เพื่อประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยพร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติม ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองยิ่งขึ้น และจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังผ่าตัดของกลุ่มศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีข้อสงสัยและต้องการข้อมูลหรือคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับแผลผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดเย็บกี่เข็มและต้องตัดไหมหรือล้างแผลหรือไม่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่นัดพบแพทย์หลังผ่าตัดเกิน 7 วัน จะมีข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการคันบริเวณแผลผ่าตัดและการทำแผลกลับบ้านก่อนมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อข้อมูลที่ได้รับก่อนการจำหน่ายในผู้ป่วยผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยยังมีข้อสงสัยและต้องการข้อมูลหรือคำแนะนำเพิ่มเติมในการดูแลตนเองระยะหลังการจำหน่าย (Gilmarin, 2007; Henderson & Zernike, 2001; Jacobs, 2000; McMurray et al., 2007; Williams, 2008) จะเห็นได้ว่ากิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่องที่ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาได้รับช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษา Rhodes, Miles และ Pearson (2006) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก พบว่า การติดต่อสื่อสารในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด และการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยแบบเฉพาะราย รวมทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการทำผ่าตัด เป็นปัจจัยสำคัญช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยแบบรายข้อพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมีระดับความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติมีระดับความพึงพอใจในระดับปานกลางถึงมาก และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มพบว่า กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมในทุกๆข้อ โดยเฉพาะข้อ 6 และข้อ 10 มีค่าความต่างของคะแนนมากที่สุด ซึ่งเป็นคำถามความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอในการดูแลตนเองที่บ้านหลังการผ่าตัดและการได้รับบริการที่ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด แสดงว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมีความมั่นใจ

ในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดและมีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองที่บ้านมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มศึกษาได้รับข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัดอย่างตั้งแต่ระยะก่อนถึงวันผ่าตัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัดในวันเดียวกับวันผ่าตัด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lookinland และ Pool (1998) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดระหว่างรูปแบบการให้ข้อมูลระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลและระยะหลังรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยหญิงที่รับการผ่าตัดวันเดียวกับวันรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (same-day surgery) โดยพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยแบบเฉพาะราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนในระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะมีความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมบางรายมีระยะเวลารอผ่าตัดน้อยกว่า 30 นาที (ร้อยละ 12 ของกลุ่มควบคุม) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สั้น ไม่เพียงพอสำหรับเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเนื่องจากการให้ข้อมูลตามแผนการสอนสุขศึกษาของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก่อนเมื่อเด้านมที่ได้รับขานเฉพาะที่ของหน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเด้านมตามปกติจะใช้ระยะเวลา 30 นาที จึงทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน รวมทั้งระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังคงมีความวิตกกังวลและรู้สึกไม่สบายใจ ผวาหรือตกใจ กระสับกระส่ายเหมือนกับจะอยู่นิ่งๆไม่ได้ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนการจำหน่าย อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการผ่าตัดและคำแนะนำต่างๆในการปฏิบัติตัวได้อย่างครบถ้วน (Barthelsson, Lutzen, Anderberg, & Nordstrom, 2003; Fagermoen & Hamilton, 2003) เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านอาจเกิดความสับสนและรู้สึกไม่แน่ใจในข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การจัดการกับความปวด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการกลับไปทำงาน รวมทั้งไม่มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับกรณีที่มีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม จึงทำให้กลุ่มควบคุมบางรายมีความพึงพอใจในระดับปานกลางและส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องการได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอในการดูแลตนเองที่บ้านหลังการผ่าตัดและการได้รับบริการที่ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวล และความพึงพอใจต่อการดูแลในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมระหว่างกลุ่มศึกษาคือ กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มควบคุมคือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 61 ราย เป็นกลุ่มศึกษา 30 ราย กลุ่มควบคุม 31 ราย และกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างทำการศึกษา 11 ราย คงเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มศึกษา 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย ผู้วิจัยนำเครื่องมือคือโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกไปใช้กับผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา โดยเริ่มขึ้นตอนตั้งแต่ระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและติดตามในวันผ่าตัดจนถึงระยะหลังการจำหน่าย 1 วัน ดังนี้

การดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 1) การประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย 2) การวางแผนมุ่งหมายร่วมกับผู้ป่วยโดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับอย่างต่อเนื่องจากผู้วิจัย ตั้งแต่วັນนัดผ่าตัด วันทำผ่าตัดและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด 1 วันและส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมทั้งทราบถึงแนวทางการป้องกันมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกวิธี 3) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค สาเหตุของการเกิดโรคและการรักษา การเตรียมตัวก่อนถึงวันผ่าตัด การปฏิบัติตัวในระยะก่อนเข้าห้องผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตามคู่มือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดก่อนเนื้อเต้านมแบบผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งแผ่นพับเพื่อช่วยเตือนความจำ 4) การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการเดินทางไป/กลับโรงพยาบาล การกลับไปทำงานและ/หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังทำผ่าตัด ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายและการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล รวมทั้งการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดเตรียมอุปกรณ์มาจากบ้านเช่น เครื่องเล่นซีดีขนาดพกพา เครื่องเล่นเพลงแบบ MP3 หรือหนังสือที่ชอบเพื่อช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลขณะรอผ่าตัด

วันทำผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งระยะก่อนเข้าห้องผ่าตัด ระหว่างและหลังผ่าตัด และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล

ตนเองหลังผ่าตัด รวมทั้งการส่งเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม พร้อมทั้งแผ่นพับเพื่อช่วยเตือนความจำ

หลังการจำหน่าย 1 วัน ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อประเมินเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดและการให้คำแนะนำเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อสงสัย รวมทั้งการสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพเต้านมและตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมีความวิตกกังวลระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดน้อยกว่าระยะก่อนถึงวันผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติมีความวิตกกังวลระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจต่อการดูแลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมีระดับความวิตกกังวลลดลงและความพึงพอใจต่อการดูแลเพิ่มขึ้น ซึ่งนำมาเสนอเป็นข้อเสนอแนะและแนวทางการนำไปใช้ ดังต่อไปนี้

ด้านการบริหาร

1. ใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบายการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัดในการทำงานร่วมกัน มีการให้และรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวล ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆเพื่อวางแผนการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และก่อนนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกไปปฏิบัติ ควรจัดอบรมให้ความรู้แก่ทีมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับแนวคิดของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้บุคลากรได้ตระหนักถึงความสำคัญและทราบขั้นตอนของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนถึงวันผ่าตัดจนถึงระยะหลังการจำหน่าย

2. ควรกำหนดนโยบายให้มีการทำงานร่วมกับศูนย์ถันยรักษ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพเต้านมและการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านม

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังการจำหน่ายเป็นกระบวนการที่สำคัญมากควรเริ่มดำเนินการตั้งแต่ในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด การประเมินแรกเริ่มจะช่วยให้พยาบาลสามารถคาดการณ์สภาพผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายได้และต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด จนกระทั่งหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

2. พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยควรมีความสามารถ และทักษะของการสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคการฟัง การตอบคำถามและการอธิบายด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย เกี่ยวกับรายละเอียดของโรคก่อนบริเวณเต้านม การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันมะเร็งเต้านม รวมทั้งความสามารถด้านการติดต่อสื่อสารและการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก โดยการใช้ผลงานวิจัยที่ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะรับการผ่าตัดในห้องผ่าตัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เช่น การกุ่มมือ การสัมผัส หรือการใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล หรือการสอนผู้ป่วยโดยใช้สื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น สื่อวีดิทัศน์ สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือข้อมูลออนไลน์ เป็นต้น

3. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความพึงพอใจของทีมแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัดต่อการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก

4. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดประเภทอื่นๆ ที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การผ่าตัดเชื่อมต่อระหว่างเส้นเลือดแดงและเส้นเลือดดำเพื่อฟอกเลือดในผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อการดูแลในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม

THE EFFECTIVENESS OF A DAY SURGERY DISCHARGE PLANNING PROGRAM ON ANXIETY AND SATISFACTION OF CARE AMONG WOMEN UNDERGOING BREAST MASS EXCISION

สุชา ปาน้อยนนท์ 5036818 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อุษาวดี อัครวิเศษ, Ph.D. (Nursing), วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, Ph.D. (Nursing), พรชัย โอเจริญรัตน์, M.D., Ph.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันก่อนบริเวณเต้านมเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้หญิง ข้อมูลจากโรงพยาบาลศิริราชพบว่าแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านมมีมากขึ้นในปี พ.ศ. 2549-2551 สถิติผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจก้อนบริเวณเต้านมในแต่ละปี ณ ดึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราช มีจำนวน 7,982 11,467 และ 15,070 ราย ตามลำดับ โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านมและให้การรักษาโดยการผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออกออก ด้วยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ แพทย์จะทำการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ ก้อนเนื้อที่ถูกตัดออกจะส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อการตรวจวินิจฉัยที่แน่นอนว่าผู้ป่วยเป็นโรคเนื้ออกของเต้านมหรือโรคมะเร็งเต้านม โดยแพทย์จะนัดผู้ป่วยมาฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อหลังวันผ่าตัด ประมาณ 1 สัปดาห์

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อการรักษาและวินิจฉัยโรคก่อนบริเวณเต้านมจะมีความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยตรวจพบก้อนบริเวณเต้านม จนกระทั่งผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจและนัดทำผ่าตัด จนถึงวันผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดขณะอยู่บ้านและรอผลการตรวจชิ้นเนื้อ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและผลการตรวจชิ้นเนื้อ กลัวว่าจะเป็นมะเร็งและการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมในอนาคต

(หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2541; Deane & Degner, 1998; O'Mahony, 2001; Witek-Janusek, Gabramb, & Mathews, 2007; Woodward & Webb, 2001) ความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรับรู้ข้อมูล ทำให้กระบวนการเรียนรู้และการจดจำของผู้ป่วยลดลง (Keegan, 2000; Pai & Nicholl, 2005; Shuldham, 1999) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลและการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเฉพาะในวันผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการผ่าตัดและคำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตัว (Barthelsson, Lutzen, Anderberg, & Nordstrom, 2003; Fagermoen & Hamilton, 2003) ดังนั้นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยอาจจดจำข้อมูลหรือคำแนะนำในการดูแลตนเองไม่ครบถ้วน ทำให้เกิดความสับสนและรู้สึกไม่แน่ใจในข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การจัดการกับความปวด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการกลับไปทำงาน สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อข้อมูลที่ได้รับก่อนการจำหน่ายในผู้ป่วยผ่าตัด โดยพบว่า ผู้ป่วยยังมีข้อสงสัยและต้องการข้อมูลหรือคำแนะนำเพิ่มเติมในการดูแลตนเองระยะหลังการจำหน่าย (Gilmarin, 2007; Henderson & Zernike, 2001; Jacobs, 2000; McMurray et al., 2007; Williams, 2008)

ดังนั้น การให้ข้อมูลและการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จึงควรเริ่มตั้งแต่วะก่อนถึงวันผ่าตัดเพื่อวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องในวันผ่าตัดและหลังการจำหน่ายผู้ป่วย (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2545; Anthony & Hudson-Barr, 2004; Dunn, 1998; Hughes, 2002; Mitchell, 2002; Rhodes, Miles, & Pearson, 2006; Suhonen, Nenonen, Laukka & Valimaki, 2005) ทั้งนี้ควรมีการประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงความเชื่อและประสบการณ์ของผู้ป่วยและปรับเนื้อหาของข้อมูลให้มีความสอดคล้องสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลตนเอง และการประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองที่บ้านหลังการจำหน่าย (Anthony & Hudson-Barr, 2004; Huang & Liang, 2005; Hughes, 2002; Lin, Wang, Chang & Yang, 2005; Mitchell, 2007; Rhodes et al., 2006; Rorden & Taft, 1990; Suhonen et al., 2005) ช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่ได้รับ (Malkin, 2000; Hughes, 2002) นอกจากนี้การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยควรมีคู่มือหรือแผ่นพับ เพื่อช่วยเตือนความจำและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย (Fagermoen & Hamilton, 2003; Johansson, Hupli, & Salanterä, 2002; Johnson, Sandford, & Tyndall, 2003; Lam, White, Runions, & Miller, 2001; Lithner & Zilling, 2000; Walker, 2007) รวมทั้งการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังการจำหน่าย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (Boter, Mistiaen, & Groenewegen, 2000; Coll, Ameen, & Moseley, 2004; Cox & Wilson, 2003; Dewar, Craig, Muir, & Cole, 2003; Huang & Liang, 2005; Mistiaen & Poot, 2003)

ซึ่งกระบวนการดูแลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของ Rorden และ Taft (1990) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายมาจัดทำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวล และความพึงพอใจต่อการดูแลของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษานำกรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของ Rorden และ Taft (1990) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม โดยจัดทำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในวันนัดผ่าตัด จนถึงวันผ่าตัดและหลังการจำหน่ายผู้ป่วย รวมทั้งช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้านการดูแลตนเองก่อนและหลังการผ่าตัด และการป้องกันมะเร็งเต้านม ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองที่บ้านและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ลดความวิตกกังวลและส่งผลต่อความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อการดูแลของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวล และความพึงพอใจต่อการดูแลในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18- 60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านมและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกด้วยวิธีการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 61 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 30 รายและกลุ่มควบคุม 31 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก คู่มือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดก้อนเนื้อเต้านมแบบผู้ป่วยนอกและคู่มือสอนการดูแลสุขภาพเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งแผ่นพลิกสื่อการสอน และแผ่นพับเรื่อง “คำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม” พัฒนาโดยหน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านม โรงพยาบาลศิริราช และ “การดูแลเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง” พัฒนาโดยศูนย์ถันยรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช
2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวล ซึ่งเลือกเฉพาะข้อคำถามสำหรับวัดความวิตกกังวลจากแบบวัดภาวะความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS) ของ Zigmond & Snaith (1983) แปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทย (Thai HADS) โดยชนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2539) ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.90 และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้กรอบแนวคิดของ Risser (1975) ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.94

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ณ หน่วยตรวจโรค ศัลยศาสตร์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมให้ครบตามกำหนดก่อน แล้วจึงคัดเลือกเข้ากลุ่มศึกษา เริ่มจากผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและแจ้งสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจ

เข้าร่วมการวิจัย ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับใบนัดผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกและคำแนะนำทั่วไปจากพยาบาล หน่วยตรวจโรคัลยศาสตร์

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมจะได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล หลังจากตอบแบบสอบถามกลุ่มควบคุมสามารถกลับบ้านได้ ส่วนกลุ่มศึกษาจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกในระยะที่ 1 ก่อนกลับบ้าน

4. ในวันทำผ่าตัด ณ ศึกษามินทร์ชั้น 5 กลุ่มศึกษาได้รับการดูแลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในระยะที่ 2 ซึ่งประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด ขณะผ่าตัดและก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำหน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านม ตามแผนการสอนสุขศึกษา เรื่อง “การปฏิบัติตัวในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก่อนเนื้อเต้านมที่ได้รับยาเฉพาะที่” และก่อนจำหน่ายกลับบ้านกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล

5. หลังจำหน่ายผู้ป่วย 1 วันกลุ่มศึกษาได้รับการดูแลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในระยะที่ 3 โดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์

6. วันมาพบแพทย์ตามนัดประมาณ 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ ในขณะรอพบแพทย์ก่อนรับการตรวจและรับทราบผลการวินิจฉัยโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดโดยใช้สถิติทดสอบทีและสถิติทดสอบทีคู่ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด 61 ราย เป็นกลุ่มศึกษา 30 ราย กลุ่มควบคุม 31 ราย และกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างทำการศึกษา 11 ราย ดังนี้ งดผ่าตัดเนื่องจากก้อนบริเวณเต้านมมีขนาดเล็กลง 4 ราย ผู้ป่วยทำผ่าตัดที่โรงพยาบาลอื่น 4 ราย ผู้ป่วยไม่มาผ่าตัดตามนัด 2 ราย และไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังการจำหน่าย 1 ราย คงเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 ราย ผลการวิจัย มีดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติทั้งระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดพบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกพบว่า ระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดน้อยกว่าระยะก่อนถึงวันผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่า ระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัด แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติในวันทำผ่าตัดตามแผนการสอนสุขศึกษา เรื่อง การปฏิบัติตัวในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก่อนเนื้อเต้านมที่ได้รับยาเฉพาะที่จากพยาบาลหน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านม พร้อมทั้งได้รับแผ่นพับเรื่อง “คำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดก่อนเนื้อที่เต้านม” ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีระดับความวิตกกังวลใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในระยะก่อนถึงวันผ่าตัดกับระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดน้อยกว่าระยะก่อนถึงวันผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อธิบายได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงในระยะก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มศึกษาได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่ระยะ

ก่อนถึงวันผ่าตัด เพื่อประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์และความเชื่อพื้นฐาน สิ่งแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม ทรัพยากรและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย รวมทั้งการวาง จดมุ่งหมายร่วมกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด การให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การทำผ่าตัดและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด พร้อมทั้งแผ่นพับเพื่อช่วยเตือนความจำ รวมทั้งเบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้ตลอดเวลา กรณีที่มีข้อสงสัยเพิ่มเติมเมื่อกลับบ้าน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับผล การศึกษาของ Malkin (2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยออโรโทปิกส์ในหน่วยเตรียมการ ก่อนรับผู้ป่วย (pre-admission clinic) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างมี ประสิทธิภาพโดยคำนึงถึงประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลด ความวิตกกังวลของผู้ป่วย และในวันผ่าตัดผู้ป่วยยังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนเข้าห้อง ผ่าตัดจนกระทั่งสิ้นสุดการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อน จำหน่าย รวมทั้งการส่งเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้านมและการตรวจเด้านมด้วยตนเองเป็น ประจำเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม พร้อมทั้งแผ่นพับเพื่อช่วยเตือนความจำ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจใน การดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง

นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มศึกษายังได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด 1 วัน เพื่อ ประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยพร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมและเบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ป่วยสามารถ ติดต่อกลับกรณีมีข้อสงสัยเพิ่มเติม ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองยิ่งขึ้น ส่งผล ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการ ดูแลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับผล การศึกษาของ Lin, Wang, Chang และ Yang (2005) ที่พัฒนาโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายใน ผู้ป่วยออโรโทปิกส์ ซึ่งประกอบด้วยการให้คำแนะนำและรู้มือก่อนการจำหน่าย การประสานงาน ร่วมกับแหล่งประ โยชน์และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังการจำหน่าย โดยศึกษาผลของ โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายเพิ่มขึ้น และ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rhodes, Miles และ Pearson (2006) ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก โดยพบว่า การ ติดต่อสื่อสารในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด และการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยแบบเฉพาะราย รวมทั้งการดูแล อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการทำผ่าตัด เป็นปัจจัยสำคัญช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมีระดับความวิตกกังวลลดลงและความพึงพอใจต่อการดูแลเพิ่มขึ้น ซึ่งนำมาเสนอเป็นข้อเสนอแนะและแนวทางการนำไปใช้ ดังต่อไปนี้

ด้านบริหาร

1. ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของ تیمแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัดในการทำงานร่วมกัน ในการประเมินปัญหาเกี่ยวกับความวิตกกังวล ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆเพื่อวางแผนการดูแลและการให้ข้อมูลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
2. ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายให้มีการทำงานร่วมกันของหน่วยงานผ่าตัดกับศูนย์ฉีดยาเคมีบำบัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพเต้านมและการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก
2. พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยควรมีความรู้ความสามารถ และทักษะด้านการให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโดยใช้เทคนิคการฟัง การตอบคำถามและการอธิบายด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย รวมทั้งความสามารถด้านการติดต่อสื่อสาร และการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ด้านการวิจัย

1. ควรพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยการนำผลการวิจัยมาใช้เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะรับการผ่าตัดในห้องผ่าตัด เช่น การกุ่มมือ การสัมผัส หรือการใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น
2. ควรพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล หรือการสอนผู้ป่วยโดยใช้สื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น สื่อวีดิทัศน์ สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือข้อมูลออนไลน์ เป็นต้น
3. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความพึงพอใจของทีมแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัดต่อการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก

4. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดประเภทอื่นๆที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การผ่าตัดเชื่อมต่อระหว่างเส้นเลือดแดงและเส้นเลือดดำเพื่อฟอกเลือดในผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย



THE EFFECTIVENESS OF A DAY SURGERY DISCHARGE PLANNING PROGRAM ON ANXIETY AND SATISFACTION OF CARE AMONG WOMEN UNDERGOING BREAST MASS EXCISION

SUCHA PANOINON 5036818 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : USAVADEE ASDORNWISED, Ph.D. (NURSING), WANPAN PINYOPASAKUL, Ph.D. (NURSING), PORNCHEI O-CHAROENRAT, M.D., Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the study

At present, breast mass is a commonly found problem in women worldwide. In Thailand, data in a hospital showed that the number of women with breast mass seeking breast examinations at the hospital have increased from 7,982 to 11,467, and 15,070 persons in 2006 to 2008, respectively (Siriraj Hospital Statistics, 2008). In general, after patients are diagnosed with breast mass, the physicians will advise them to have a day surgery for breast mass excision. The day surgery will be performed under a local anesthesia, and the patients can return home after the procedure is completed. The removed breast mass will be sent to the laboratory for pathological examination for definite diagnosis of either benign breast disease or breast cancer. Physicians will make an appointment with the patients to come back to the hospital to receive the final diagnosis about one week after the surgery.

Despite a short stay at hospital, previous studies have revealed that patients undergoing breast mass excision tend to have continuous anxiety. Their anxiety begins as soon as the breast mass is detected, and continues to occur when they come to see the surgeon for surgical appointment. Most of the patients are worried about the

surgical procedures and the final diagnosis, and many feel fear that they may have breast cancer, recurrence of breast mass, or possibility of having breast cancer in the future (Hatairat Saengchan, B.E. 2541; Deane & Degner, 1998; O'Mahony, 2001; Witek-Janusek, Gabramb, & Mathews, 2007; Woodward & Webb, 2001).

There is a great impact of anxiety on patients undergoing breast mass excision. Anxiety hinders individuals' ability to receive information, hence reducing patients' learning and memorization processes (Keegan, 2000; Pali & Nicholl, 2005; Shuldham, 1999). For day surgery patients, they have a chance to receive information and teaching about postoperative care and practices only on the day of the surgery, so they may not be able to memorize important information (Barthelsson, Lutzen, Anderberg, & Nordstrom, 2003; Fagermoen & Hamilton, 2003). As a result, after they have returned home, they may be confused and unconfident about the information on appropriate self-care practices, wound care, pain management, daily living activities, and return to work. A number of studies that were carried out to investigate postoperative patients' reception of information during the pre-discharge phase have reported that patients continued to have doubts and needed additional information and advice on self-care during the post-discharge phase (Gilmarin, 2007; Henderson & Zernike, 2001; Jacobs, 2000; McMurray et al., 2007; Williams, 2008).

Therefore, preoperative education should begin as early as the preadmission phase begins in order to plan for continuous care on the day of the surgery and hospital discharge (Usavadee Asadornvised, B.E. 2545; Anthony & Hudson-Barr, 2004; Dunn, 1998; Hughes, 2002; Mitchell, 2002; Rhodes, Miles, & Pearson, 2006; Suhonen, Nenonen, Laukka & Valimaki, 2005). The needs of each individual patient should be assessed with her personal beliefs and experiences are taken into consideration so as to adjust the education contents to better suit the patient's situations and environments. Nurses should support patients' participation in planning for self-care and coordinate with the multidisciplinary team members to ensure that the patients receive information that will benefit their decisions on self-care practices at home after hospital discharge (Anthony & Hudson-Barr, 2004; Huang & Liang, 2005; Hughes, 2002; Lin, Wang, Chang & Yang, 2005; Mitchell, 2007; Rhodes et al., 2006; Rorden & Taft, 1990; Suhonen et al., 2005). This can help reduce patients' anxiety and fear of the sickness and the treatment they receive (Malkin, 2000;

Hughes, 2002). In addition, when disseminating information to the patients, a manual or pamphlet should be distributed to assist their memorization and to increase patients' satisfaction (Fagermoen & Hamilton, 2003; Johansson, Hupli, & Salanterä, 2002; Johnson, Sandford, & Tyndall, 2003; Lam, White, Runions, & Miller, 2001; Lithner & Zilling, 2000; Walker, 2007). A telephone follow-up should also be made to patients after discharge to increase patients' confidence in self-care (Boter, Mistiaen, & Groenewegen, 2000; Coll, Ameen, & Moseley, 2004; Cox & Wilson, 2003; Dewar, Craig, Muir, & Cole, 2003; Huang & Liang, 2005; Mistiaen & Poot, 2003). The present study was conducted with an aim to investigate the effectiveness of the day surgery discharge planning program on anxiety and satisfaction of care on women that required a breast mass excision. The outcomes of this study would benefit the betterment of discharge preparation and nursing care for these women.

Conceptual Framework of the Study

In this study, the concept of discharge planning proposed by Rorden and Taft (1990) was adopted to design a day surgery discharge planning program for women undergoing a breast mass excision. This concept focuses on an ongoing and effective care process before, during, and after hospitalization. The aim of the day surgery discharge planning program is to ensure that patients receive continuous care that directly serves their needs since the day the patients come to see the surgeon to make an appointment for the surgery, on the day of the surgery, and after hospital discharge. The program is designed to promote patients' self-care potential before and after the surgery, and to provide information on early detection and prevention of breast cancer. The patients receive information that benefits their self-care and enables them to live their life as normally as possible, with decreased anxiety and increased satisfaction of care.

Research Objective

The present study aimed at comparing anxiety and satisfaction of care among women with breast mass excision between who received the day surgery discharge planning program and those who received routine nursing care.

Methodology

The present study was quasi-experimental research which aimed at investigating the effectiveness of the day surgery discharge planning program on anxiety and satisfaction of care among women with breast mass excision.

Population and Sample

The population of the study consisted of 61 women aged 18 to 60 years old who were diagnosed with breast mass that required the treatment of breast mass excision in the form of day surgery under local anesthesia. The study subjects were recruited by means of purposive sampling, and 30 of them were assigned into the experimental group, while 31 patients were assigned into the control group.

Instrumentation

The instruments used in this study consisted of research instruments and data collection instruments as follows:

1. The research instruments consisted of the day surgery discharge planning program, the day surgery discharge planning assessment form, a manual on dissemination of information on day surgery under local anesthesia, a manual of breast care and breast self-examination, teaching flip charts of breast care and breast self-examination, a pamphlets on “advice on breast mass excision for postoperative patients” developed by the Head-Neck and Breast Surgery Unit, Siriraj Hospital and a pamphlet on “breast care and breast self-examination” developed by the Breast Care Center, Siriraj Hospital.

2. Data collection instruments were composed of three questionnaires. The first was the demographic characteristics questionnaire designed by the researcher. The second was anxiety questionnaire that were recruited only anxiety sub-scale of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) constructed by Zigmond & Snaith (1983) and translated into the Thai language (Thai HADS) by Thana Nilachaikovit et al. (B.E. 2539). As for reliability, Cronbach's alpha correlation coefficient was equal to 0.90. Third, the patient satisfaction questionnaire developed by the researcher based on the conceptual framework of Risser (1975). As for reliability, Cronbach's alpha correlation coefficient was equal to 0.94.

Data Collection

1. The researcher asked for permission to collect data from the Committee on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, before data collection took place.

2. The study sample was selected by means of purposive sampling based on the inclusion criteria previously set at the surgical examination unit. The samples were allocated into the control group first to decrease contamination of the findings. After the data collection of the control group completed the experimental group were then recruited. In both groups, after the patients received the outpatient surgery appointment form and general instruction on preoperative self-care from the surgical examination unit, the researcher met the patients to introduce herself and invited them to participate in this study.

3. After the samples sign the informed consent form. The experimental group and control group were asked to respond to the demographic characteristics questionnaire and the anxiety questionnaire. After that, the subjects in the control group could go home, while the subjects in the experimental group would receive care in the first phase of the day surgery discharge planning program before they returned home.

4. On the day of the operation, at the fifth floor of Syamindra Building, the experimental subjects received the care in the second phase of the day surgery discharge planning program including preoperative care, care during the operation,

and pre-discharge care. On the other hand, the control subjects received routine nursing care from the Head-Neck and Breast Surgery Unit according to the health education plan entitled “self-care before, during, and after breast mass excision under local anesthesia.” After that, both groups of subjects were asked to fill out the anxiety questionnaire one more time.

5. One day after the discharge, the experimental subjects received care in the third phase of the day surgery discharge planning program by telephone follow-up.

6. One week after the surgery, patients had a follow-up appointment at the hospital. The researcher asked both groups of subjects to fill out the patient satisfaction questionnaire while they were waiting to see the physician to receive the final diagnosis.

Data Analysis

Data were analyzed by means of t-test and paired t-test to compare the mean scores of anxiety of both groups of subjects preadmission phase and pre-discharge phase undergoing breast mass excision. In addition, t-test was also used to compare the mean scores of patient satisfactions of both groups of subjects.

Findings

In the present study, the subjects consisted of 61 women with breast mass excision. Of these, 30 were assigned into the experimental group, and 31 were assigned into the control group. During the experiment, 11 subjects were lost. This was because four of them canceled the breast mass excision as the breast mass had shrunk, four had the operation at another hospital, two had other obligations which made them unable to undergo the surgery, and one could not be reached by telephone calls after the hospital discharge. In the end, there were 25 subjects in the experimental group and the control group.

The findings of the present study were as follows:

1. The mean scores of anxiety of the experimental subjects who received the day surgery discharge planning program and those of the control subjects who received routine nursing care at the preadmission and pre-discharge phase were different with no statistical significance ($p>.05$).

2. The mean scores of anxiety of the experimental subjects who received the day surgery discharge planning program at pre-discharge phase was lower than those at the preadmission phase with statistical significance ($p<.05$).

3. The mean scores of anxiety of the control subjects who received routine nursing care obtained preadmission phase and pre-discharge phase were different with no statistical significance ($p>.05$).

4. The mean score of patient satisfaction of the experimental subjects who received the day surgery discharge planning program was higher than that of the control subjects who received routine nursing care with statistical significance ($p<.05$).

Discussion of Findings

According to the study findings, the mean scores of anxiety obtained before and after the breast mass excision of the subjects in both groups were rather similar, so the differences were not statistically significant. However, when comparing the mean scores of anxiety obtained before and after the surgery of both groups of subjects, it was found that the mean scores of anxiety of the experimental subjects obtained during the pre-discharge phase were lower than those obtained during the preadmission phase with statistical significance ($p<.05$). As for the control subjects, the mean scores of anxiety obtained during the preadmission phase and the pre-discharge phase were different with no statistical significance. In other words, the mean scores of anxiety at preadmission of the experimental subjects were higher than those of the control subjects, but the mean scores of anxiety at pre-discharge of the experimental subjects were lower than that of the control subjects. This could be explained that the anxiety level of the experimental subjects who received the day surgery discharge planning program during the pre-discharge phase was reduced more than that of the control subjects who received routine nursing care.

The possible reason for the reduction of anxiety in the experimental subjects would be that the day surgery discharge planning program was designed to ensure continuity of care for smooth transition for patients. The program began before, during, and after the operative phase so as to determine patient's problems and needs. Their experiences and basic beliefs, home environments, family and social support, resources, and need for information were continuously assessed and supported. It also involved specific goals of continuous care the patients would receive all through the process of surgery. Furthermore, the program included provision of information and advice on the disease, the surgical procedures, and both preoperative and postoperative self-care. Also, the patients received a pamphlet to remind them about important information when they returned home. For these reasons, their anxiety could be reduced. Likewise, Malkin (2000) conducted a study on perception of orthopedics patients at the preadmission clinic and found that effective provision of information that took individual patients' experiences and environments into consideration played a major role to reduce the patients' anxiety. Moreover, in this study, on the operative day the patients received continuous care before they were taken to the operating theater and until the procedure was completed. During the pre-discharge phase, there would be a review of information on postoperative self-care practices as well as information on breast care and breast self-examination to prevent breast cancer. Pamphlets were also distributed as a reminder of appropriate self-care practices. As a consequence, the subjects had more confidence in their self-care efficacy and less anxiety.

Besides this, the researcher contacted the subjects in the experimental group by making telephone follow-up to them one day after having the breast mass excision to assess their self-care practices and to give additional advice. The researcher also gave the phone number to the subjects in case they had more doubts or questions. This helped increase the subjects' self-care efficacy. Thus, it could be concluded that the mean scores of satisfaction with care of the experimental subjects who received the day surgery discharge planning program were higher than those of the control subjects who received routine nursing care with statistical significance ($p < .05$). Similarly, Lin, Wang, Chang, & Yang (2005) conducted to study the effectiveness of the discharge planning pilot program for orthopaedic patients. This discharge planning program consisted of providing pre-discharge instructions and

booklet, coordinating resources and services, and telephone follow-up. The results showed that discharge planning improved patient satisfaction of care. Likewise, Rhodes, Miles, and Pearson (2006) conducted a literature review to explore factors affecting satisfaction of day surgery patients and reported that communication during the preadmission phase, dissemination of information to patients on an individual basis, and continuous care all through the surgical procedures were major factors that helped increase patient satisfaction.

Recommendations

The findings of the present study revealed that the patients with breast mass excision who received the day surgery discharge planning program had reduced anxiety and increased satisfaction. Based on the findings of this study, the following recommendations can be made:

For nursing administration

1. The findings of this study could be used to devise the day surgery discharge planning for patients undergoing breast mass excision by specifying the collaborative roles of surgeons and nurses to assess patients' anxiety level, risks, and possible complications so as to provide care that best serves the patients' needs.
2. Nurses should coordinate with staff of the Breast Care Center to increase the effectiveness of the day surgery discharge planning program, especially in relation to promote the breast health care in order to prevent or early detect breast cancer of women having breast mass.

For nursing practices

1. The day surgery discharge planning program should be implemented to provide continuous care to patients undergoing breast mass excision under local anesthesia.
2. Nurses should be equipped with knowledge and skills to effectively provide information and advice to patients as well as to have effective communication and collaboration with the multidisciplinary team members.

For nursing research

1. Studies should be revised and adjusted by utilizing research that reducing anxiety of patients during intra-operation care for to increase the effectiveness of the day surgery discharge planning program.
2. Studies should be revised and adjusted by utilizing information providing or teaching materials and media that are suitable for an individual patient needs such as video media, electronic media, or online provision of information.
3. Research should be conducted to further investigate satisfaction of physicians and nurses with the day surgery discharge planning program.
4. Studies should also be carried out to explore the effectiveness of the day surgery discharge planning program on anxiety and satisfaction of other groups of patients who require continuous care such as renal disease patients who undergoing arterio-venous fistula access for hemodialysis.

รายการอ้างอิง

- กนกพร คุปตานนท์. (2539). ผลของการใช้โปรแกรมการประคับค้ำคุณภาพการพยาบาลต่อคุณภาพการพยาบาล : การศึกษาเฉพาะกรณี หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กริช โพธิ์สุวรรณ. (2547). Diagnostic evaluation and staging. ในอดุลย์ รัตนวิจิตรศิลป์ และคณะ (บรรณาธิการ), ศัลยศาสตร์ศีรษะ คอ และเด้านม เล่มที่ 3 (หน้า 19-39). กรุงเทพฯ: สยามศิลป์การพิมพ์.
- กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2539). แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชฎิมา เขียวเชาว์. (2547). ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่มีต่อบริการของโรงพยาบาลลาดพร้าว. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.
- ธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(1), 18-30.
- ประคอง วรรณสุด. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรมาภรณ์ ปราสาททองโอสถ. (2547). Aberration of normal development and involution. ในอดุลย์ รัตนวิจิตรศิลป์ และคณะ (บรรณาธิการ), ศัลยศาสตร์ศีรษะ คอ และเด้านม เล่มที่ 3 (หน้า 59-68). กรุงเทพฯ: สยามศิลป์การพิมพ์.
- ประภัศร์ ช่างษ์. (2535). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มณฑา ลิ้มทองกุล. (2535). *ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน และวิธีการเผชิญกับปัญหา ขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งนภา ชัยรัตน์. (2545). *ผลของกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, จงจิต เสน่หา, วันดี โตสุขศรี และศรัณยา โหมยิตะมงคล. (2546). แนวคิดและกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. ในวันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ), *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย : แนวคิดและการประยุกต์ใช้* (ฉบับปรับปรุง, หน้า11-11). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วราภรณ์ กุประดิษฐ์. (2544). *ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลหนองคาย*. สารนิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศุภกร โรจนนิพนธ์. (2547). Surgical anatomy and physiology of the breast. ในอดุลย์ รัตนวิจิตราศิลป์ และคณะ (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์ศีรษะ คอ และเต้านม เล่มที่ 3* (หน้า 1-17). กรุงเทพฯ: สยามศิลป์การพิมพ์.
- สุमित วงศ์เกียรติขจร. (2547). Benign breast disease. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สุमित วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนศิริ และจรัสพงษ์ เกษมมงคล (บรรณาธิการ), *มะเร็งเต้านม* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 90-111). กรุงเทพฯ: โหมยิตการพิมพ์.
- สุรพงษ์ สุภาภรณ์. (2547). The high risk women. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สุमित วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนศิริ และจรัสพงษ์ เกษมมงคล (บรรณาธิการ), *มะเร็งเต้านม* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 143-167). กรุงเทพฯ: โหมยิตการพิมพ์.
- สรรัช กาญจนลาภ. (2547). Physiology and surgical anatomy of the breast. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สุमित วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนศิริ และจรัสพงษ์ เกษมมงคล (บรรณาธิการ), *มะเร็งเต้านม* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 1-17). กรุงเทพฯ: โหมยิตการพิมพ์.
- สุวนีย์ ดันติพัฒนานันท์. (2522). *การพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- หทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2541). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านมในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อุบล จ้างพานิช, ญัฐรัชญา ไชยวงษ์และจุรีพร อุ่นบุญเรือง (2552). ผลของการใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด: วิจัยทางการพยาบาล Retrieved June 14, 2009, from web site : <http://gotoknow.org/blog/nurseresearch/192766>
- อุษาวดี อัครวิเศษ. (2545). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก. *ประเด็นและแนวโน้มในการพยาบาลผ่าตัด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: นิยมวิทยา.
- อุษาวดี อัครวิเศษ. (2546). รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. ในวันเพ็ญ พิจิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ), *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย : แนวคิดและการประยุกต์ใช้* (ฉบับปรับปรุง, หน้า12-24). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Aday, L. A., & Andersen, R. A. (1975). Framework for the study on access to medical care. *Health Service Research, 9*(7), 208-218.
- Anthony, M. K., & Hudson-Barr, D. C. (2004). A patient-centered model of care for hospital discharge. *Clinical Nursing Research, 13*(2), 117-136.
- Barthelsson, C., Lutzen, K., Anderberg, B., & Nordstrom, G. (2003). Patients' experiences of laparoscopic cholecystectomy in day surgery. *J Clin Nurs, 12*, 253-259.
- Benedict, S., Williams, R. D., & Baron, P. L., (1994). Recalled anxiety: from discovery to diagnosis of a benign breast mass. *Oncol Nurs Forum, 21*(10), 1723-1727.
- Bloomston, M., Angelo, D. P., Galliano, D., Butler, J., Dean, R., & Rosemurgy, S. A. (1999). One hundred consecutive advanced breast biopsy instrumentation procedures: Complications, costs, and outcome. *Ann Surg Oncol, 6*(2), 195-199.
- Boter, H., Mistiaen, P., & Groenewegen, I. (2000). A randomized trial of a telephone reassurance programme for patients recently discharged from an ophthalmic unit. *J Clin Nurs, 9*, 199-206.
- Bradshaw, C., Pritchett, C., Bryce, C., Coleman, S., & Nattrass, H. (1999). Information needs of general day surgery patients. *Ambulatory Surgery, 7*, 39-44.
- Charmandari, E., Tsigos, C., & Chrousos, G. (2005). Endocrinology of the stress response. *Annu. Rev. Physiol, 67*, 259-284.
- Clode-Baker, E., Draper, E., Raymond, N., Haslam, C., & Gregg, P. (1998). Preparing patients for total hip replacement. A randomized controlled trial of a preoperative educational intervention. *J Health Psychol, 2*, 107-114.

- Coll, A. M., Ameen, J. R. M., & Moseley, L. G. (2004). Reported pain after day surgery: a critical literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 53–65.
- Cooke, M., Chaboyer, W., Schluter, P., & Hiratos, M. (2005). The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 47-55.
- Cox, K., & Wilson, E. (2003). Follow-up for people with cancer: nurse-led services and telephone interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 51 – 61.
- Deane, A. K., & Degner, L. F. (1998). Information needs, uncertainty, and anxiety in women who had a breast biopsy with benign outcome. *Cancer Nursing*, 21(2), 117-126.
- Derdiarian, A. K. (1990). Effect of using systemic assessment instrument on patient and nurse satisfaction with nurse care. *Oncology Nursing Forum*, 17(1), 45-101.
- Dewar, A., Craig, K., Muir, J., & Cole, C. (2003). Testing the effectiveness of a nursing intervention in relieving pain following day surgery. *Journal of Ambulatory Surgery*, 10, 81–88.
- Drageset, S., & Lindstrøm, T. C. (2003). The mental health of women with suspected breast cancer: The relationship between social support, anxiety, coping and defence in maintaining mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 401 - 409.
- Drageset, S., & Lindstrom, T. C. (2005). Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 217 - 226.
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1165-1173.
- Dunn, D. (1998). Preoperative assessment criteria and patient teaching for ambulatory surgery patients. *J Perianesth Nurs*, 13, 274–291.
- Erikson, L. R. (1995). Patient satisfaction with nursing care: Concept clarification. *J Nurs Manag*, 3, 59–76.
- Fagermoen, M. S., & Hamilton, G. (2003). Preparing patients for urological surgery. *Int J Nurs Stud*, 40, 281–290.
- Feuerstein, M., Huang, G. D., Ortiz, J. M., Shaw, W. S., Miller, V. I., & Wood, P.M. (2003). Integrated case management for work-related upper-extremity disorders: Impact of patient satisfaction on health and work status. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 45(8), 803-812.

- Gaberson, K. B. (1991). The effect of humorous distraction on preoperative anxiety: *AORN Journal*, 54(6), 1258-1264.
- Gatchel, R. J. (2004). Psychosocial factors that can influence the self-assessment of function. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 14(3), 197-206.
- Ghosh, K., Melton, L. J., Suman, V. J., Grant, C. S., Sterioff, S., Brandt, K. R., et al. (2005). Breast biopsy utilization: A population-based study. *Arch. Intern. Med.* 165, 1593–1598.
- Gilmartin, J. (2007). Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1109–1117.
- Godges, J. J., Anger, M. A., Zimmerman, G., & Delitto, A. (2008). Effects of education on return-to-work status for people with fear-avoidance beliefs and acute low back pain. *Phys Ther*, 88, 231–239.
- Graham, L. E., & Conley, E. M. (1971). Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. *Nursing Research*, 20(2), 113-122.
- Gross, D. P., & Battie, M. C. (2005). Work-related recovery expectations and the prognosis of chronic low back pain within a workers compensation setting. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 428-433.
- Guzzetta, C. E., & Forsyth, G. L. (1979). Nursing diagnosis pilot study: Psychophysiological stress. *Advance of Nursing Science*, 21(1), 27-43.
- Haun, M., Mainous, O. R., & Looney, W. S. (2001). Effect of music on anxiety of women awaiting breast biopsy. *Behavioral Medicine*, 27(3), 127-132.
- Hartmann, C.L., Sellers, A.T., Frost, H.M., Lingle, L.W., Degnim, C.A., Ghosh, K., (2005). Benign breast disease and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*; 353(3) 229-37.
- Henderson, A., & Zernike, W. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 435-441.
- Huang, T. T., & Liang, S. H. (2005). A randomized clinical trial of the effectiveness of a discharge planning intervention in hospitalized elders with hip fracture due to falling. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1193–1201.
- Hughes, S. (2002). The effects of giving patient pre-operative information. *Nursing Standard*, 16(28), 33-37.

- Jacobs, V. (2000). Informational needs of surgical patients following discharge. *Applied Nursing Research, 13*(1), 12-18.
- Johansson, K., Hupli, M., & Salanterä, S. (2002). Patients' learning needs after hip arthroplasty. *J Clin Nurs, 11*, 634-639.
- Johnson, A., Sandford, J., & Tyndall, J. (2003). Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database Syst Rev* CD003716.
- Katz, J., Poleshuck, E. L., Andus, C. H., & Hogan, L. A., (2005). Risk factors for acute pain its persistence following breast cancer surgery. *Pain, 119*, 16-25.
- Keegan, L. (2000). Alternative and complementary modalities for managing stress and anxiety. *Critical Care Nursing, 20*(3), 93-96.
- King, N. K., Cheeseman, A. K., & Siriwardena, A. K. (2004). Development of procedure specific patient information sheets for acute abdominal surgery and validation in patients undergoing urgent cholecystectomy or appendectomy. *International Journal of Clinical Practice, 58*, 559-563.
- Lader, M. & Marks, I. (1971). *Clinical anxiety*. New York: Grune and Stratton.
- LaRaja, R. D., Saber, A. A., & Sickles, A. (1999). Early experience in the use of the advanced breast biopsy instrumentation: A report of one hundred twenty-seven patients. *Surgery, 125*(4), 380-384.
- Lam, P., White, C. L., Runions, S., & Miller, C. A. (2001). Continuity of care for short stay neurosurgery patients: A quality improvement initiative. *Axone, 23*, 14-21.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress adaptation and coping*. New York: Springer.
- Lebel, S., Jakubovits, G., Rosberger, Z., Loiselle, C., Seguin, C., Cornaz, C., et al. (2003). Waiting for a breast biopsy psychosocial consequences and coping strategies. *Journal of Psychosomatic Research, 55*, 437-443.
- Leeuw, M., Goossens, M., Linton, S., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine, 30*(1), 77-94.
- Lin, P. C., Wang, J. L., Chang, S. Y., & Yang, F. M. (2005). Effectiveness of a discharge planning pilot program for orthopaedic patients in Taiwan. *Int J Nurs Stud, 42*(7), 723-731.

- Lithner, M., & Zilling, T. (2000). Pre- and post-operative information needs. *Patient Educ Counsel*, 40, 29–37.
- Lookinland, S., & Pool, M. (1998). Study on effect of methods of preoperative education in women. *AORN J*, 67(1), 203-213.
- Lowenstein, A. J., & Hoff, P. S. (1994). Discharge planning: A study of nursing staff involvement. *Journal of Nursing Administration*, 24(4), 45-50.
- Malkin, K. F., (2000). Patients' perceptions of a pre-admission clinic. *J Nurs Manag*, 8, 107–13.
- Marchette, L., & Holloman, F. (1986). Length of study significant variable. *Journal of Nursing Administration*, 16(5), 12-19.
- McMurray, A., Johnson, P., Wallis, M., Patterson, E., & Griffiths, S. (2007). General surgical patients' perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1602–1609.
- Mistaen, P., & Poot, E. (2003). Telephone follow-up initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *The Cochrane Library*, issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Mitchell, M. (2002). Guidance for the psychological care of day surgery patients. *Nursing Standard*, 16(40), 41-43.
- Mitchell, M. (2007). Psychological care of patients undergoing elective surgery. *Nursing Standard*, 21(30), 48-55.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R., et al. (1991). The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 158, 255-259.
- Nagabhushan, M., Mathews, H. L., & Witek-Janusek, L. (2001). Aberrant nuclear expression of AP-1 and NFkB in lymphocytes of women stressed by the experience of breast biopsy. *Brain, Behavior and Immunity*, 15, 78–84.
- Naylor, M. (2002). Transitional care of older adults. *Annual Review of Nursing Research*, 20, 127–147.
- O'mahony, M. (2001). Women's lived experience of breast biopsy: A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 512–520.

- Oermann, M. H., Harris, C., & Dammeyer, J. (2001). Teaching by the nurse: How important is it to patients? *Applied Nursing Research*, 14(1), 11-17.
- Pai, I., & Nicholl, J. E. (2005). Are your day-case patients adequately informed? A survey comparing day-case and inpatients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11(5), 509-512.
- Pfisterer, M., Ernst, E. M., Hirlekar, G., Maser, P., Shaalan, A. K., Haigh C., et al. (2001). Post-operative nausea and vomiting in patients undergoing day-case surgery: an international, observational study. *International Journal of Ambulatory Surgery*, 9, 13-18.
- Polit, F. D., & Beck, T. C. (2003). *Nursing research: Principles and methods* (Seventh Edition). Philadelphia: Lippincott.
- Pransky, G., Gatchel, R., Linton, S., & Loisel, P. (2005). Improving return to work research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 120-125.
- Pransky, G., Shaw, W., Franche, R. L., & Clarke, A. (2004). Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers current models and opportunities for improvement. *Disabil Rehabil*, 26(11), 625-634.
- Rhodes, L., Miles, G., & Pearson, A. (2006). Patient subjective experience satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 178-192.
- Risser, N. L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in primary care settings. *Nursing Research*, 24(1), 45-52.
- Rorden, J. W., & Taft, E. (1990). *Discharge planning guide for nurses*. Philadelphia, W.B. Saunders.
- Scherrer-Bannerman, A., Fofonoff, D., Minshall, D., Downie, S., Brown, M., Leslie, F., et al. (2000). Web-based education and support for patients on the cardiac surgery waiting list. *J Telemed Telecare*, 6, 72-74.
- Shaw, C. R., Wilson, S. A., & O'Brien, M. E., (1994). Information needs prior to breast biopsy. *Clin Nurs Res*, 3(2), 119-131.
- Shuldham, C. (1999). A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 171-177.

- Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and behavior*. New York: Academic press.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (1983). *Principle and practice of psychiatric nursing*. St. Louis, CV: Mosby.
- Suhonen, R., Nenonen, H., Laukka, A., & Valimaki, M. (2005). Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1167-1176.
- Swindale, J. E. (1989). The nurse's role in giving pre-operative information to reduce anxiety in patient admitted to hospital elective minor surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 899-905.
- Symonds, T. L., Burton, A. K., Tillotson, K. M., & Main, C. J. (1996). Do attitudes and beliefs influence work loss due to low back trouble? *Occup Med*, 46(1), 25-32.
- Tabbit, B. V. (1981). What is happening in community of care. *Supervision Nurse*, 20(4), 22-26.
- Walker, A. J. (2007). What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *British Journal of Nursing*, 16(1), 69-72.
- Wang, M. S., Kalkarni, L., Dolev, J., & Kain, N. Z. (2002). Music and preoperative anxiety : A randomized controlled study. *Anesth Analg*, 94, 1489-1494.
- Williams, B. (2008). Supporting self-care of patients following general abdominal surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 584-592.
- Witek-Janusek, L., Gabram, S., & Mathews, L. H. (2007). Psychologic stress, reduced NK cell activity, and cytokine dysregulation in women experiencing diagnostic breast biopsy. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 22-35.
- Woodward, V. & Webb, C. (2001). Women's anxieties surrounding breast disorders: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 29-41.
- Yellen, E., & Davis, G. C. (2001). Patient satisfaction in ambulatory surgery. *AORN Journal*, 74, 496-498.
- Yura, H., & Walsh, M. B. (1982). *The nursing process: Assessing, planning, implementing and evaluating* (4 th ed.). Connecticut: Appleton Century Crafts.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67, 361-370.
- Zung, W. K. (1971). A rating instrument for anxiety disorder. *Psychosomatic*, 12(6), 371-372.



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รองศาสตราจารย์อัครชัย รัตนวิจิตรศิลป์
ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมศีรษะ คอ และเต้านม
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิศุทธิพิศ หงษ์เหิร
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางดารณี พิพัฒน์กุลชัย
หัวหน้าหน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ เต้านม และศัลยกรรมเด็ก
งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองและเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับโครงการวิจัย

เอกสารรับรองและเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับโครงการวิจัย มี 3 ชุด ประกอบด้วย

1. เอกสารรับรองโครงการวิจัย
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700		โทร (662) 4196405-6 โทรสาร (662) 4196405
--	---	---

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SI 464/2009

ชื่อโครงการภาษาไทย : ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มา
รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม

รหัสโครงการ : 414/2552(EC1)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสุชา ปาน้อยนนท์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบบันทึกข้อมูล
6. แบบสอบถาม

วันที่รับรอง : 22 กันยายน 2552

วันหมดอายุ : 21 กันยายน 2553

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรอง
โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS
Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม (ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจริยา เลิศอรรมณณี) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	29 กันยายน 2552 วันที่
ลงนาม (ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์) คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	6 ตุลาคม 2552 วันที่

Page 1 of 2

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสุชา ปาน้อยนนท์

สถานที่วิจัย หน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 3 หน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านม ตึกสยามินทร์ชั้น 5 และหน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล ตึกสยามินทร์ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช
สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ 089-2296039

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย สภาการพยาบาล (อยู่ระหว่างการขออนุมัติทุนอุดหนุนการวิจัย)

ระยะเวลาในการวิจัย ประมาณ 1 ปี ตั้งแต่ มกราคม 2552 ถึง ธันวาคม 2552

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมจะได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการอย่างต่อเนื่องทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งทราบแนวทางการป้องกันมะเร็งเต้านม เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ คือ อายุ 18- 60 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านมและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ด้วยวิธีการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (ฉีดยาชา) จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 60 คน ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม หากท่านสนใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ท่านจะได้การปฏิบัติ ดังนี้

กรณีที่ท่านได้รับเลือกเข้าอยู่กลุ่มที่ 1

1.วันที่ท่านมารับการตรวจและนัดผ่าตัด ที่หน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล จากนั้นได้รับการสัมภาษณ์เพื่อประเมินการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งการสัมภาษณ์จะมีการจดบันทึกเป็นรายงานโดยไม่มี การบันทึกเสียง จากนั้นท่านจะได้รับข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคที่เป็น การเตรียมตัวก่อนถึงวันผ่าตัด การปฏิบัติตัวในระยะก่อนเข้าห้องผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้ง

ได้รับการแนะนำให้ท่านจัดเตรียมอุปกรณ์มาจากบ้าน เช่น เครื่องเล่นและแผ่นซีดี ขนาดพกพา, เครื่องเล่นเพลงแบบเอ็มพีสาม หรือ หนังสือที่ชอบ เพื่อลดความวิตกกังวลขณะรอเข้าห้องผ่าตัด พร้อมทั้งแจกแผ่นพับเรื่อง “คำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดก่อนเนื้อที่เต้านม” ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

2. วันทำผ่าตัดท่านจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้วิจัย รวมทั้งได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การดูแลสุขภาพเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกวิธี พร้อมทั้งได้รับแผ่นพับเรื่อง “การดูแลเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง” และตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนจำหน่ายกลับบ้านใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

3. หลังผ่าตัด 1 วัน ท่านจะได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

4. วันมาพบแพทย์ตามนัด ประมาณ 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด ในระหว่างรอพบแพทย์เพื่อรับการตรวจและฟังผลชิ้นเนื้อ ท่านจะได้รับการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

กรณีที่ท่านได้รับเลือกเข้าอยู่กลุ่มที่ 2

1. วันที่ท่านมารับการตรวจและนัดผ่าตัด ที่หน่วยตรวจโรคัลยศาสตร์ ศึกผู้ป่วยนอก ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

2. วันทำผ่าตัดท่านจะได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ซึ่งจะได้รับแผ่นพับเรื่อง “คำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดก่อนเนื้อที่เต้านม” หลังผ่าตัดและก่อนจำหน่ายกลับบ้านท่านจะได้รับการตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

3. วันมาพบแพทย์ตามนัด ประมาณ 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด ในระหว่างรอพบแพทย์เพื่อรับการตรวจและฟังผลชิ้นเนื้อ ท่านจะได้รับการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ ใช้เวลาประมาณ 5 นาทีและได้รับแผ่นพับเรื่อง “การดูแลเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง”

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย คือ อาจทำให้ท่านเสียเวลาบ้างดังที่กล่าวมาข้างต้น และท่านอาจรู้สึกอึดอัดหรือไม่สบายใจกับบางคำถาม ในระหว่างการสัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถาม ซึ่งท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน คือ ในวันทำผ่าตัดท่านจะได้รับการดูแลโดยพยาบาลหน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านมโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยตามแผนการสอนสุขศึกษา เรื่อง การปฏิบัติตัวในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก่อนเนื้อที่เต้านมที่ได้รับยาระงับความรู้สึก พร้อมกับแจกแผ่นพับเรื่อง “คำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดก่อนเนื้อที่เต้านม” ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับข้าพเจ้า นางสุชา ปาน้อยนนท์ เบอร์โทรศัพท์ 089-2296039 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา คือ นางสุชา ปาน้อยนนท์

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอก ได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการอย่างต่อเนื่องทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด ช่วยลดความวิตกกังวล และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมทั้งระยะก่อนถึงวันผ่าตัด วันทำผ่าตัดและหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆเพิ่มเติม แต่ท่านยังคงต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคที่ท่านเป็นอยู่ตามปกติ

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม โดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐ ที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ดิโกดูลยเดชวิกรม ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช โทร. (02) 419-6405-6 โทรสาร (02) 419-6405

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย / วันที่.....
(.....)

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Informed Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า อายุ ปี

อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก้อนบริเวณเต้านม

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสุชา ปาน้อยนนท์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เบอร์โทรศัพท์ 089-2296039 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอำนวยการ ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช โทร. (02) 419-6405-6 โทรสาร (02) 419-6405

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น



รับรองโดย คณะกรรมการการวิจัยในคน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

 วันที่โครงการ 11/12/2552 (EC1)
 วันที่รับรอง 22 ก.ย. 2552

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดย
ตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ
.....

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน
ลงชื่อ..... พยาน/วันที่.....
(.....)

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

- 1.1 โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก
- 1.2 แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก
- 1.3 คู่มือ 2 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 คู่มือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดก่อนเนื้อเต้านมแบบผู้ป่วยนอกและ
แผ่นพลิกสื่อการสอน

ชุดที่ 2 คู่มือสอนการดูแลสุขภาพเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองและ
แผ่นพลิกสื่อการสอน

1.4 แผ่นพับ 2 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แผ่นพับเรื่อง “คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม”

ชุดที่ 2 แผ่นพับเรื่อง “การดูแลเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง”

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ประวัติการรักษา

2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วย

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของ Rorden และ Taft (1990) ที่มีกระบวนการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านมแบบผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาเฉพาะที่ โดยแบ่งขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนถึงวันผ่าตัด ระยะที่ 2 วันทำผ่าตัด และระยะที่ 3 หลังการจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนถึงวันผ่าตัด เริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจและนัดผ่าตัด ที่หน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก ภายหลังจากพยาบาลหน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ได้ให้ใบนัดผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกและคำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มขั้นตอนการดูแลดังต่อไปนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ โดยการกล่าวคำทักทาย แนะนำตนเองด้วยท่าทางที่สุภาพ และยิ้มแย้มแจ่มใส รวมทั้งการสร้างความคุ้นเคย โดยเริ่มการสนทนาในเรื่องทั่วไป ด้วยท่าทีผ่อนคลายและเป็นกันเอง

2. การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อประเมินเกี่ยวกับประวัติสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม ทรัพยากร ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด วันผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมทั้งลักษณะการทำงานและความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการกลับไปทำงาน โดยใช้แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก ในขณะที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย และตั้งใจฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและซักถามสิ่งที่สงสัย

3. การวางจุดมุ่งหมายร่วมกับผู้ป่วย โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับอย่างต่อเนื่องจากผู้วิจัย ตั้งแต่วินิจฉัยนัดผ่าตัด วันทำผ่าตัดและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ หลังผ่าตัด 1 วันเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมทั้งทราบถึงแนวทางการป้องกันมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกวิธี

4. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค สาเหตุของการเกิดโรคและการรักษา การเตรียมตัวก่อนถึงวันผ่าตัด การปฏิบัติตัวในระยะก่อนเข้าห้องผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตามคู่มือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดก่อนเนื้อเต้านมแบบผู้ป่วยนอก

พร้อมทั้งแจกแผ่นพับเรื่อง “คำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม” ซึ่งพัฒนาโดยหน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านมโรงพยาบาลศิริราช

5. การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ

5.1 การเดินทางไป/กลับโรงพยาบาล เพื่อมาถึงห้องผ่าตัดตามเวลาที่กำหนด และเดินทางกลับบ้านอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด โดยประเมินระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล และลักษณะการเดินทางกลับบ้านของผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดเตรียมญาติหรือเพื่อนมาด้วยในวันทำผ่าตัด เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยในระหว่างรอผ่าตัดและเดินทางกลับบ้าน

5.2 การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้วิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวล เช่น การฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ รวมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยจัดเตรียมอุปกรณ์มาจากบ้าน เช่น เครื่องเล่นซีดีขนาดพกพา, เครื่องเล่นเพลงแบบ MP3 หรือหนังสือที่ชอบ เนื่องจากระยะเวลารอเข้าห้องผ่าตัดโดยเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 30 นาที และกรณีที่มีผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน หรือแพทย์มีการเรียนการสอน/ ประชุม อาจทำให้ระยะเวลารอผ่าตัดนานเพิ่มขึ้น

5.3 การกลับไปทำงาน / การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายหลังการผ่าตัด โดยพิจารณาความเหมาะสมของระยะเวลาหยุดงาน หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อันเนื่องมาจากข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แขนออกแรงยกของหนัก รวมถึงลักษณะการเดินทางไปทำงานของผู้ป่วย

5.4 ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย / การใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย รวมทั้งการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานประกันสุขภาพถ้วนหน้า หน่วยงานประกันสังคม และสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

6. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกับผู้วิจัย ในกรณีมีข้อสงสัยเพิ่มเติมภายหลัง โทร 089-2296039

ระยะที่ 2 วันทำผ่าตัด เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติตามแผนการดูแลต่อเนื่องในวันผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย 1) การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด 2) การดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัด และ 3) การดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มีรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาติดต่อยืนยันนัดและนั่งรอบริเวณที่พักรอก่อนผ่าตัด มีขั้นตอนดังนี้

1.1 การกล่าวคำทักทาย แนะนำตนเองและการสร้างสัมพันธภาพต่อเนื่อง

1.2 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับ

1.2.1 สิ่งแวดล้อมบริเวณห้องผ่าตัดและสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติขณะรอผ่าตัด เช่น บริเวณที่พักรอก่อนผ่าตัด ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้านก่อนเข้าห้องผ่าตัด ห้องน้ำ โทรศัพท์สาธารณะ ร้านขายอาหารและร้านหนังสือ เป็นต้น

1.2.2 ระยะเวลาการผ่าตัดโดยประมาณ รวมทั้งการติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นระยะๆ และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้วิธีผ่อนคลายความวิตกกังวลขณะรอผ่าตัด เช่น การฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือ ดูโทรทัศน์

1.3 ทบทวนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะก่อนเข้าห้องผ่าตัด/ระหว่างผ่าตัด

1.4 การประสานงานกับทีมผ่าตัดเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย การใช้ยาละลายลิ่มเลือด การแพ้ยา/ วัสดุอุปกรณ์ปิดแผล รวมทั้งการจัดลำดับการผ่าตัดและการประเมินระยะเวลาการผ่าตัดของผู้ป่วย

1.5 การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย รวมทั้งการแจ้งบอกเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดเพื่อติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีข้อสงสัยเพิ่มเติมขณะรอผ่าตัด

2. การดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัด เป็นการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ดังต่อไปนี้

2.1 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง

2.2 การระมัดระวังไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยเกินความจำเป็นในขณะที่จัดทำผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

2.3 ปลอดภัยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย พร้อมกับเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสารกับญาติหรือแพทย์ในขณะผ่าตัด

3. การดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดและนั่งรอบริเวณที่พักรอหลังผ่าตัด มีขั้นตอนดังนี้

3.1 การแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับระยะเวลาการรอประมาณ 15- 30 นาที เพื่อสังเกตอาการผิดปกติหลังการผ่าตัด และการแจ้งบอกเจ้าหน้าที่ในกรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ได้แก่ ปวดแผล แผลมีเลือดออก หรือเวียนศีรษะ หน้ามืด

3.2 การประสานงานกับศัลยแพทย์เกี่ยวกับวางแผนการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด และการให้ข้อมูลแก่แพทย์เกี่ยวกับลักษณะงานที่ผู้ป่วยทำ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดระยะเวลากลับไปทำงาน หลังผ่าตัด พร้อมทั้งช่วยเตรียมใบรับรองแพทย์ในรายที่จำเป็น

3.3 ทบทวนความรู้ของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้านเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็นใกล้บ้าน ในกรณีผ้าปิดแผลเปื้อน/ เปียกน้ำหรือวัสดุอุปกรณ์ปิดแผลหลุด พร้อมทั้งให้ใบนัดสำหรับมาพบแพทย์เพื่อดูแผลและฟังผลชิ้นเนื้อ

3.4 การให้ความรู้และสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การดูแลสุขภาพเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกวิธี ตามคู่มือสอนการดูแลสุขภาพเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พร้อมทั้งแจกแผ่นพับเรื่อง “การดูแลเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง” ซึ่งพัฒนาโดยศูนย์ถันยรักษ์ฯ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ และการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็นกรณีต้องปรึกษาแพทย์ หรือตรวจเอกซเรย์เต้านม

3.5 การนัดหมายเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด 1 วัน โดยสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับเวลาและเบอร์โทรศัพท์ที่สะดวกติดต่อ

3.6 การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

ระยะที่ 3 หลังการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นขั้นตอนของการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางโทรศัพท์ตามแผนที่กำหนด ซึ่งจะใช้เวลา 5-10 นาที โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การกล่าวคำทักทาย แนะนำตนเองทางโทรศัพท์
2. การสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่อง การดูแลแผลผ่าตัด การจัดการกับความปวด การรับประทานอาหาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาการผิดปกติหลังผ่าตัดและการมาพบแพทย์ตามนัด รวมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหา
3. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลเต้านมและตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง และเมื่อตรวจพบสิ่งผิดปกติควรรีบปรึกษาแพทย์ ในกรณีผู้ป่วยมีอายุ 40 ปีขึ้นไป แนะนำให้ตรวจแมมโมแกรมและ/หรืออัลตราซาวด์หลังทำผ่าตัดไปแล้วประมาณ 6 เดือน
4. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย
5. การกล่าวสิ้นสุดการให้การดูแลผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยทางโทรศัพท์ กรณีมีข้อสงสัยเพิ่มเติมภายหลัง

แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก

แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องในระยะเวลาต่างๆของการผ่าตัด ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนถึงวันผ่าตัด ระยะที่ 2 วันทำผ่าตัด และระยะที่ 3 หลังการจำหน่ายผู้ป่วย ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนถึงวันผ่าตัด วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2552 เวลา.....น. ถึงเวลา น.

ข้อมูล	ผลลัพธ์	หมายเหตุ
1. ที่อยู่อาศัยและการเดินทาง - บ้านที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน - อยู่บ้านคนเดียว - การเดินทางกลับบ้านในวันผ่าตัด	☐ กรุงเทพฯและปริมณฑล ☐ ต่างจังหวัด ระบุ..... ☐ ไข้ ☐ ไม่ใช่ ☐ รถสาธารณะ ☐ รถส่วนตัว และ ☐ ขับรถเอง ☐ ไม่ได้ขับรถ	
2. ลักษณะการทำงานและการคาดหวังต่อการ หยุดงานภายหลังการผ่าตัด - อาชีพ - รายได้ - การใช้แขนออกแรงในการทำงาน - การคาดหวังต่อการหยุดงาน	ระบุ..... ☐ รายเดือน ☐ รายวัน ☐ ใช้ตลอดเวลา ☐ ใช้บ่อยครั้ง ☐ ใช้บางครั้ง ☐ ใช้นานๆครั้ง ☐ ไม่ต้องใช้แรง ☐ 1-2 วัน ☐ 3-4 วัน	

ระยะที่ 2 วันทำผ่าตัด วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2552 เวลา.....น.

ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดเวลา.....น. เข้าห้องผ่าตัด.....น.ออกจากห้องผ่าตัด.....น.

ข้อมูล	ผลลัพธ์	หมายเหตุ
1. การประสานงานกับศัลยแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อจัดลำดับการผ่าตัดและการประเมินระยะเวลารอผ่าตัดของผู้ป่วย	☐ น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ☐ 1-2 ชั่วโมง ☐ 3-4 ชั่วโมง ☐ มากกว่า 4 ชั่วโมง	ระยะเวลา รอผ่าตัดเริ่ม ตั้งแต่เวลาที่ นัดผ่าตัดถึง เวลาที่ผู้ป่วย เข้าห้องผ่าตัด
2. การประสานงานกับศัลยแพทย์เกี่ยวกับ		
- แผนการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่เป็นกรณีพิเศษ	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ	
- ระยะเวลาหยุดงานของผู้ป่วยหลังผ่าตัด	☐ 1-2 วัน ☐ 3-4 วัน	
-		

ระยะที่ 3 หลังการจำหน่ายผู้ป่วย (การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2552 เวลา.....น. ถึงเวลา น.

ข้อมูล	ผลลัพธ์	หมายเหตุ
1. สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาการดูแลตนเองหลังผ่าตัด		
- การดูแลแผลผ่าตัด	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ	
- การจัดการกับความปวด	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ	
-		
-		

คู่มือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดก่อนเนื้อเต้านมแบบผู้ป่วยนอก

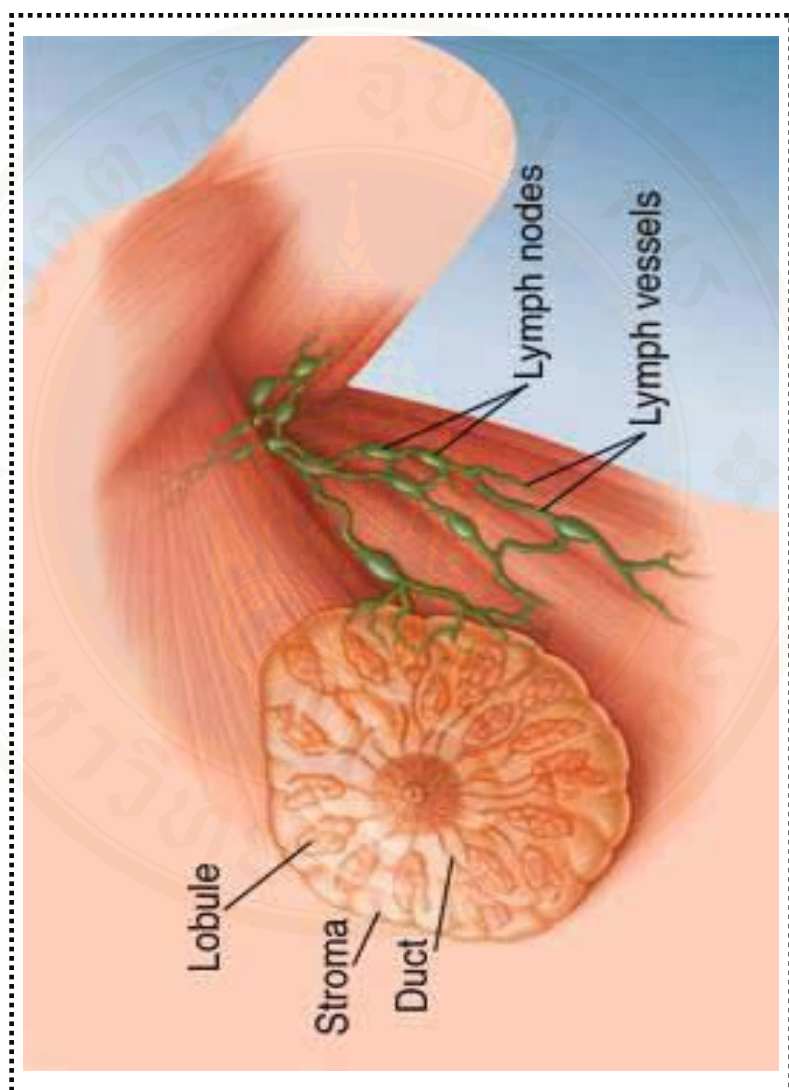
กิจกรรมการสอน	การบรรยาย
สื่อการสอน	แผ่นพับ จำนวน 9 แผ่น
ระยะเวลาการสอน	10-15 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา
ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับโรค สาเหตุของการเกิดโรค อาการและการรักษา	1. ลักษณะทั่วไปของเต้านม (แผ่นพับที่ 1) 4. การรักษา (แผ่นพับที่ 2)
ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการ เตรียมตัวก่อนถึงวัน ผ่าตัด	แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนมาโรงพยาบาล
ผู้ป่วยทราบการปฏิบัติตัว ในระยะก่อนเข้าห้อง ผ่าตัดและระหว่างผ่าตัด	แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนเข้าห้องผ่าตัดและระหว่างการผ่าตัด และชี้แจงขั้นตอนการผ่าตัดอย่างสังเขป ดังนี้ (แผ่นพับที่ 3-9)
ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ดังนี้
ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับ ค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล	ค่าใช้จ่าย มีดังนี้



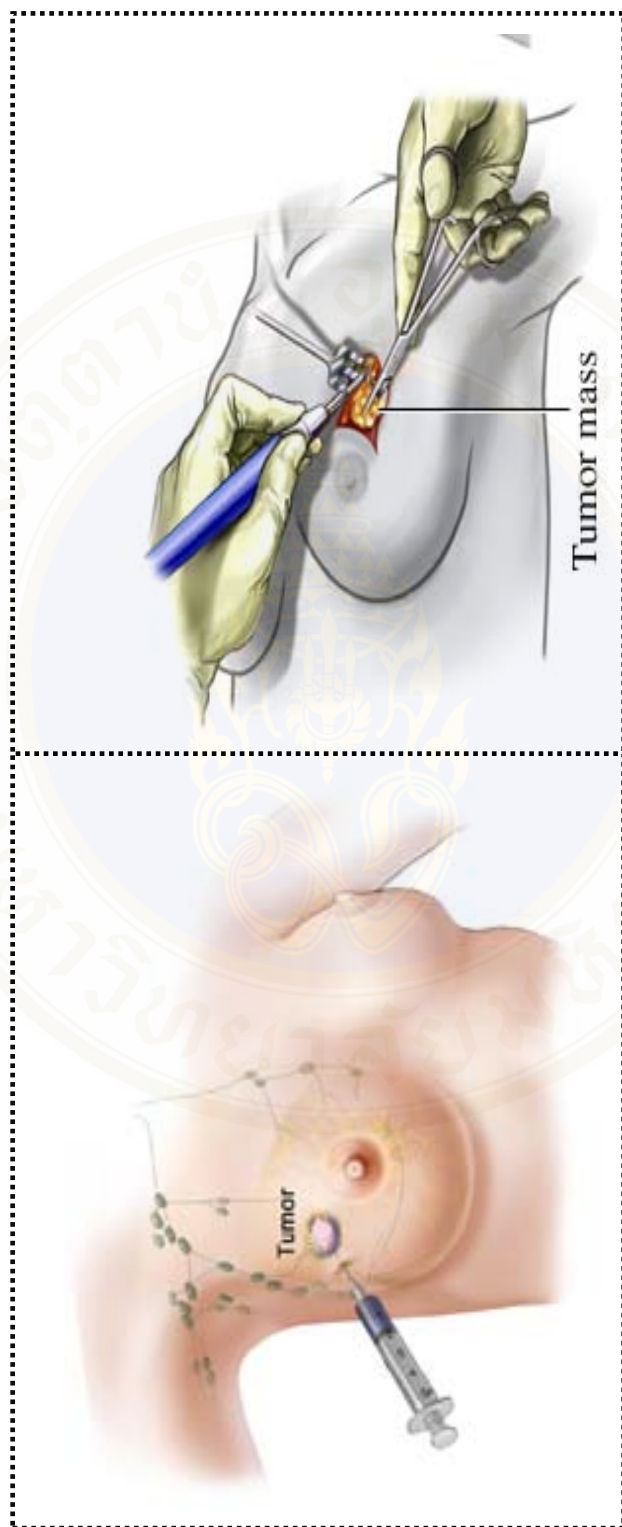
ตัวอย่างแผ่นพลิก
สื่อการสอนสำหรับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดก้อนเนื้อเต้านมแบบผู้ป่วยนอก

สื่อการสอนสำหรับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดก้อนเนื้อเต้านมแบบผู้ป่วยนอก / แผ่นพลิกที่ 1



ลักษณะภายในเต้านม

สื่อการสอนสำหรับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดก่อนเนื้อเต้านมแบบผู้ป่วยนอก / แผ่นพลิกที่ 2



การใช้เข็มเจาะดูดเต้าน้ำในถุงน้ำออก การผ่าตัดเอาก้อนออก

แผ่นพับชุดที่ 1 เรื่อง คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดก้อนที่เต้านม

คำแนะนำ
สำหรับผู้ป่วย
หลังผ่าตัดก้อนที่เต้านม



โครงการสอนสู่ศึกษา
งานการพยาบาลผ่าตัด
โรงพยาบาลศิริราช

ลักษณะทั่วไปของเต้านม

ประกอบด้วยต่อมน้ำนม โดยมีไขมัน
แทรกอยู่ระหว่างเนื้อต่อม

สาเหตุของการเกิดก้อนในเต้านม

อาจเกิดจากความไม่สมดุลของ
ฮอร์โมนเพศในร่างกาย ก้อนที่เต้านมส่วนใหญ่
มีลักษณะเป็นถุงน้ำพังศึ่ ซึ่งพบมากในคนอายุ
25 – 45 ปี หรือเป็นก้อนเนื้อของอกชนิดธรรมดาซึ่ง
พบบ่อยในหญิงอายุน้อย 20 – 30 ปี

อาการ

คลำได้เป็นก้อนกลม ขนาดประมาณ 1
– 3 ซม. อาจพบได้หลายก้อนในเต้านมข้าง
เดียวกันหรือทั้งสองข้างมีขอบเขตชัดเจนและ
ผิวเรียบเคลื่อนไหวไปมาได้อาจมีอาการเจ็บเมื่อ
ถูกแตะต้อง

ถ้าเป็นก้อนเนื้ออกชนิดร้ายแรง
(มะเร็ง) ส่วนใหญ่จะคลำขอบเขตได้ไม่ชัดเจน
ผิวหนังจะมีการอักเสบวมแดง และอาจคลำ
ได้ก้อนที่บริเวณรักแร้ อันเนื่องมาจากต่อม
น้ำเหลืองโต

การรักษา

หากเป็นโรคถุงน้ำพังศึ่ของเต้านมอาจ
ค่อยๆหายไปได้เองหลังหมดประจำเดือน ถ้ายัง
คลำได้ก้อน แพทย์อาจรักษาโดยวิธีใช้เข็มเจาะ
ดูดเอาน้ำในถุงนี้ออกหรือโดยวิธีการผ่าตัด
การผ่าตัดเป็นการตัดเอาก้อนที่เต้านม
ซึ่งสงสัยว่าผิดปกติออก หรือเพื่อตรวจดูว่าเป็น
ก้อนเนื้อของอกชนิดใดหากเป็นก้อนเนื้อของอกชนิด
ร้ายแรงก็จะได้ดำเนินการรักษาในขั้นต่อไป

การปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด

เพื่อให้แผลหายตามกำหนดและ
ปลอดภัยจากโรคแทรกซ้อน

1. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง
2. ดูแลแผลอย่างใกล้ชิด
แพทย์จะปิดแผลไว้แน่นๆ เป็นการกักรัด
ไว้มิให้เลือดคั่งภายในจะนั้นอย่าทำแผลเอง
หากมีปัญหาเกี่ยวกับแผล เช่น บวม แผลเปื่อย
น้ำแผลมีเลือดซึมบวม ให้มาพบแพทย์ก่อนวัน
นัดได้
3. ผู้ป่วยควรสวมเสื้อยกทรงขนาดพอดี
ตลอดเวลาที่กลางวันและกลางคืน อย่างน้อย 3
วัน เพื่อรักษารูปร่างของเต้านม ป้องกันมิให้
เนื้อเยื่อคั่งรังเกียจการบวมและเจ็บแผล
4. มาพบแพทย์ตามนัด เพื่อฟังผลการ
ตรวจชิ้นเนื้อที่ตัดออก และดูแลเรื่องแผลผ่าตัด
5. รับประทานอาหารได้ทุกชนิด
โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่เป็น
ประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น เนื้อ นม ไข่ และถั่ว

ต่างๆ เพื่อช่วยซ่อมแซมและเสริมสร้างเนื้อเยื่อ
ของร่างกายที่เสียหายไปในระหว่างการผ่าตัดให้กลับคืน
สู่สภาพเดิมโดยเร็ว

6. การทำงาน สามารถทำงานได้
ตามปกติ เว้นแต่ห้ามใช้แรงข้างเดียวกับเต้านม
ที่ได้รับการผ่าตัดอย่างรุนแรงหรือออกแรงยก
ของหนักในระยะแรกเพราะอาจทำให้แผลแยก
หรือไม่ติดได้
7. ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ
ครั้งภายหลังมีประจำเดือน ถ้าคลำพบก้อนเนื้อ
ควรรีบมาพบแพทย์

หมายเหตุ : พัฒนาโดยหน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ
และเต้านม โรงพยาบาลศิริราช

คู่มือสอนการดูแลสุขภาพเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

กิจกรรมการสอน	การบรรยาย
สื่อการสอน	แผ่นพับ จำนวน 12 แผ่น
ระยะเวลาการสอน	10-15 นาที
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม แนวทาง การป้องกันมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง

เนื้อหา

1. มะเร็งเต้านมและความเสี่ยง

มะเร็งเต้านม เป็นเนื้อร้ายที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิงและเป็นโรคที่ทำให้หญิงไทยตายมากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุของการเกิดมะเร็งเต้านม

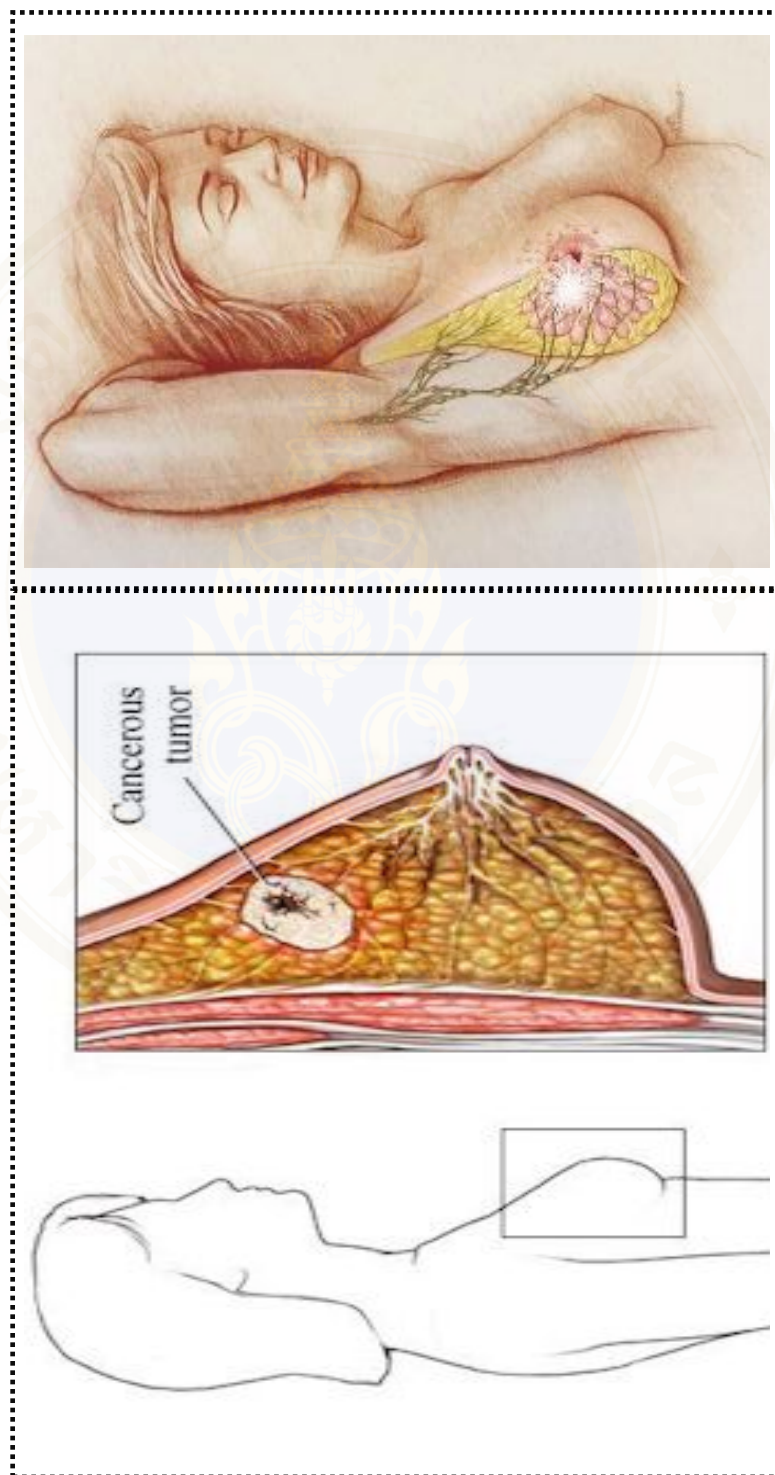
2. แนวทางการป้องกันมะเร็งเต้านม

3. วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (breast self examination)

ตัวอย่างแผ่นพลิก

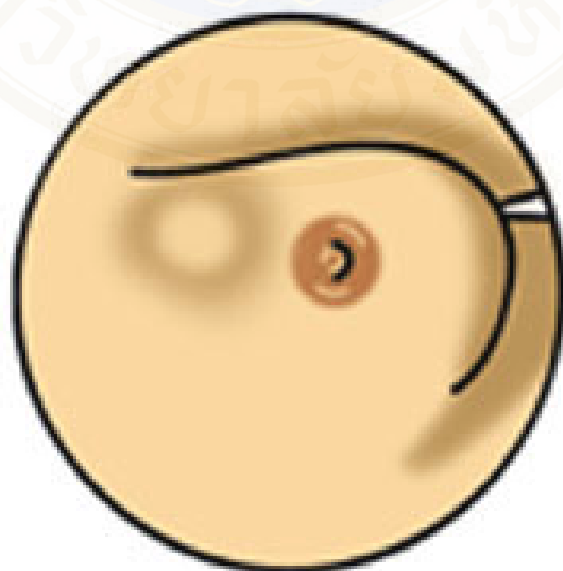
สื่อการสอนการดูแลสุขภาพเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สื่อการสอนการดูแลสุขภาพเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง / แผ่นพับที่ 1

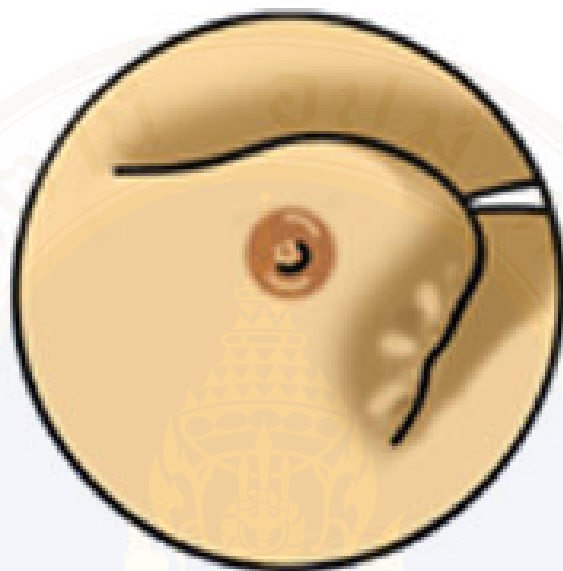


มะเร็งเต้านม

สื่อการสอนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการตรวจร่างกายด้วยตนเอง / แผ่นพลิกที่ 2



แสดงก่อนในเต้านม



แสดงผิวหนังที่ยุบลงไป

แผนพับชุดที่ 2 เรื่อง การดูแลเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

Triple Touch

3 ท่า 3 แบบ 3 นิ้ว 3 ระดับ

ผู้หญิงกับการดูแลเต้านม

(BREAST CARE)

คุณทราบหรือไม่ว่า “มะเร็งเต้านม”

เป็นโรคที่คร่าชีวิตผู้หญิงไทยมากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก โรคร้ายนี้อาจเกิดขึ้นกับคุณโดยที่คุณไม่รู้ตัว

ดังนั้น การตรวจเต้านมเป็นประจำสามารถช่วยชีวิตคุณได้

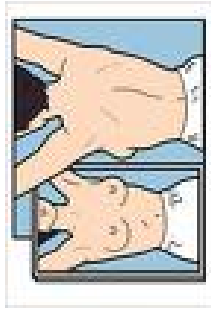
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อทำความเข้าใจกับเต้านมและสามารถค้นพบสิ่งผิดปกติได้ง่าย

อายุ 20 ปีขึ้นไป ควรเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนในช่วงอายุนี้ไม่จำเป็นต้องทำ Mammogram

- | | |
|---|--|
| อายุ 35 ปี ควรตรวจแมมโมแกรม (Mammogram) เป็นพื้นฐาน และควรตรวจทุกๆ 2 ปี | <ul style="list-style-type: none"> ผิวหนังเปลี่ยนแปลง เช่น รอยบุ๋ม ช่น หดตัว หนาผิดปกติ บางส่วนเป็นสะเก็ด |
| อายุ 40 ปี ควรตรวจแมมโมแกรมทุกปี | <ul style="list-style-type: none"> ห้วนมมีการหดตัว คัน หรือแดงผิดปกติ |
| อายุ 50 ปีขึ้นไป ควรตรวจแมมโมแกรมทุก 1 – 2 ปี | <ul style="list-style-type: none"> มีเลือดหรือน้ำออกจากหัวนม(20% ของการมีเลือดออกเป็นมะเร็ง) |
| <ul style="list-style-type: none"> สำหรับผู้ที่มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งเต้านมควรรับปรึกษาแพทย์ เพราะอาจต้องตรวจแมมโมแกรมเร็วกว่าปกติ | <ul style="list-style-type: none"> เจ็บเต้านม(มะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ไม่เจ็บ นอกจากก้อนโตมากแล้ว) |
| มะเร็งเต้านม (BREAST CANCER) | <ul style="list-style-type: none"> การบวมของรักแร้ เพราะต่อมน้ำเหลืองโต |
| <ul style="list-style-type: none"> มีก้อนเนื้อที่เต้านม(แค่ 15 – 20% ของก้อนที่คลำได้เท่านั้นที่เป็นมะเร็ง) | <ul style="list-style-type: none"> ปรึกษาแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น |
| <ul style="list-style-type: none"> มีการเปลี่ยนแปลงขนาดและรูปร่างของเต้านม | <p>“สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบแน่นอน การป้องกันที่ดีที่สุดคือค้นพบให้เร็วที่สุด”</p> |

วิธีการตรวจ 3 ท่า.

1. ยืนหน้ากระจก



- ปลอกแขนข้างลำตัวตามสลาย เปรียบเทียบเต้านมทั้งสองข้างว่าการบิดเบี้ยวของหัวนม หรือมีสิ่งผิดปกติหรือไม่
- ประสานมือทั้งสองข้างเหนือศีรษะ แล้วกลับมายืนหน้าทำท่าสะเอวพร้อมสำรวจหาสิ่งผิดปกติ
- ให้โค้งตัวมาข้างหน้า โดยใช้มือทั้งสองข้างวางบนหน้าหรือแก้ม ในทำนี้เต้านมจะห้อยลงไปตรงๆ หากมีสิ่งผิดปกติก็จะเห็นได้ชัดเจนขึ้น

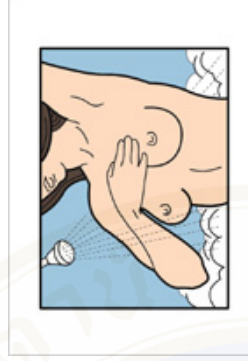
2. นอนราบ



- นอนในท่าสบายแล้วสอดหมอนหรือม้วนผ้าใต้หลังขวา(ถ้าต้องการตรวจเต้านมด้านขวา)
- ยกแขนขวาเหนือศีรษะเพื่อให้เต้านมด้านนั้นแผ่ราบ ซึ่งจะทำให้คลำก้อนเนื้อได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะส่วนบนด้านนอกซึ่งมีเนื้อนมหนามากที่สุดและมีการเกิดมะเร็งบ่อยที่สุด
- ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง(ของมือซ้าย) คลำทั่วทั้งเต้านมและรักแร้ที่สำคัญคือห้ามบีบเนื้อเต้านม เพราะจะทำให้รู้สึกเหมือนเจอก้อนเนื้อซึ่งความจริงแล้วไม่ใช่

- ถ้าต้องการตรวจเต้านมด้านซ้าย ให้สอดหมอนหรือม้วนผ้าใต้หลังซ้าย ยกแขนซ้ายเหนือศีรษะ ใช้มือขวาตรวจ

3. ขณะอาบน้ำ



- ถ้าสำหรับผู้หญิงที่มีเต้านมขนาดเล็ก ให้วางมือข้างเดียวกับเต้านมที่ต้องการตรวจบนศีรษะแล้วใช้มืออีกข้างคลำในทิศทางเดียวกับที่คุ้นเคยในท่านอน
- ถ้าสำหรับผู้ที่มีเต้านมขนาดใหญ่ ให้ใช้มือข้างนั้นประคอง และตรวจคลำเต้านมจากด้านล่าง ส่วนมืออีกข้างให้ตรวจคลำจากด้านบน

วิธีการคลำ 3 แบบ

วิธีการคลำอาจใช้แบบใดแบบหนึ่งดังต่อไปนี้

1. การคลำในแนวก้นหอย



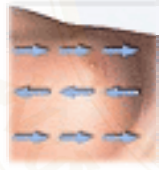
เริ่มคลำจากส่วนบนของเต้านมไปตามแนวก้นหอย จนกระทั่งถึงฐานเต้านมบริเวณรอบรักแร้

2. การคลำในแนวรูปลิ้ม



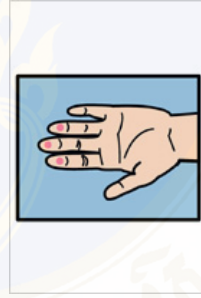
เริ่มคลำจากส่วนบนของเต้านมจนถึงฐานแล้ว กลับขึ้นสู่ยอดอย่างนี้ไปเรื่อยๆให้ทั่วทั้งเต้านม

3. การคลำในแนวขึ้นลงจากใต้ต้นถึงกระดูกไหปลาร้า



เริ่มคลำจากใต้ต้นถึงกระดูกไหปลาร้าแล้ว ขยับนิ้วทั้งสามคลำในแนวขึ้นลงและสลับกันไปเรื่อยๆจนทั่วทั้งเต้านม

3 นิ้วที่ใช้สัมผัส



- ใช้บริเวณกึ่งกลางนิ้วส่วนบนทั้งสามนิ้ว (นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง)
- บริเวณกึ่งกลางนิ้วส่วนบนดังกล่าวจะสัมผัสได้ดีและกว้างกว่าส่วนปลายนิ้ว

- ใ้เงฝ่ามือเพื่อปรับให้นิ้วทั้งสามอยู่ในสภาพแบนราบสัมผัสกับเต้านม
- เคลื่อนนิ้วกดวนไปทั้งเต้านม

วิธีการกด 3 ระดับ



1. กดเบาๆเพื่อให้รู้สึกถึงบริเวณใต้ผิวหนัง
2. กดปานกลาง เพื่อให้รู้สึกถึงกึ่งกลางของเต้านม
3. กดหนักขึ้น เพื่อให้รู้สึกถึงส่วนลึกใกล้ผนังปอด

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

(Breast Self Examination)

การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นสิ่งแรกที่ผู้หญิงทุกคนสามารถช่วยป้องกันตนเองจาก

มะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อให้รู้ถึงถึงธรรมชาติของเต้านมตนเอง และเมื่อมีถึงผิดปกติเกิดขึ้นจะสังเกตได้ด้วยตนเอง

การดูแลและป้องกัน 3 วิธี

- ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ
เดือนละครั้ง (Breast Self Examination)
- ตรวจโดยแพทย์ (Clinical Examination)
- ตรวจเอกซเรย์เต้านมเมื่อถึงวัยอันควร (Mammography)

การถ่ายเอกซเรย์เต้านม (แมมโมแกรม)

- ขนาดของก้อน โดยประมาณ (3 – 5 ซม.) พบในผู้หญิงที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ
- ขนาดของก้อน โดยประมาณ (1.5 ซม.) พบในผู้หญิงที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ

- ขนาดของก้อน โดยประมาณ (1 ซม. หรือเล็กกว่า) พบในผู้หญิงที่ตรวจเอกซเรย์เต้านมเป็นครั้งแรก

- ขนาดของก้อน โดยประมาณ (0.5 – 1 ซม.) พบในผู้หญิงที่ตรวจเอกซเรย์เต้านมเป็นประจำ
แมมโมแกรมจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันมะเร็งเต้านม เพราะค้นพบมะเร็งได้ตั้งแต่ในระยะแรก

การรักษา

- ผ่าตัด (Surgery)
- ฉายรังสี (Radiation Therapy)
- ใช้ยา (Chemotherapy)

อาจใช้วิธีเดียวหรือหลายวิธีก็ได้

หมายเหตุ : พัฒนาโดยศูนย์ทันตรักษ



၎င်း ၂၆၈ / ၂၀၁၆

๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๒

เรื่อง อนุญาตให้ใช้แผนผังเรื่องคู่มือการตรวจด้านมด้วยตนเองเพื่อการทำวิจัย

เรียน คณะคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือที่ สข ๐๕๑๗.๐๕/๑๔๒๓ ลงวันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๒

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาว ปาน้อยชนนท์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขออนุญาตใช้แผ่นพับของศูนย์ถันยรักษ์ มูลนิธิถันยรักษ์ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เรื่องคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อประกอบการทำวิจัย ความทราบแล้วนั้น

ศูนย์ถันยรักษ์ มูลนิธิถันยรักษ์ฯ อนุญาตให้ใช้เอกสารดังกล่าวได้ เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

เรียน คณบดี

☒ เพื่อโปรดทราบ

☐ **ตำนานเรื่อง เรือน.....**

✓ เรื่องที่ ๒๒๓๒๓. ๒.๓

Amore Organico
C 22 000 52

ขอแสดงความนับถือ

done - 1 Aug. 1977

(นางมนัสสวาสดี เกษบุญชู)

ผู้จัดการศูนย์ถันรักษ

ปฏิบัติหน้าที่แทนประธานศูนย์อนุรักษ์

ทราบและดำเนินการได้

Ques 112325

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วาสนา แดงล้อมเขตร)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

ปฏิบัติหน้าที่แทน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์
22 พค. 52

- ৭৭৭
- সীমানা ১০০
১০ শতাংশ -

(ad. 20. 2. 1962)
25. 11. 52

ศูนย์ถันยกรักษ์ : ชั้น 7 อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทรศัพท์ 0-2411-5657-9, 0-2412-2652-3 โทรสาร 0-2412-8228
Breast Center : 7th Floor, Princess Srinagarindra's Centenary Celebrations Building, Siriraj Hospital, Bangkok Noi, Bangkok 10700 Tel. 0 2411 5657 9, 0 2412 2652 3 Fax 0 2412 8228
 URL: <http://www.thanyarak.or.th> E-mail: breast_center@thanyarak.or.th

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ.....ปี

2. ศาสนา

☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ.....

4. สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่า หรือ แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา

☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา
☐ ปริญญาตรี หรือสูงกว่า ☐ ไม่ได้เรียน

6. อาชีพ

☐ ราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างบริษัท ☐ ค้าขาย/ ทำธุรกิจ ☐ รับจ้างทั่วไป
☐ เกษตรกรรม ☐ แม่บ้าน ☐ กำลังศึกษา ☐ ไม่ได้ทำงาน

7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

☐ น้อยกว่า 10,000 บาท ☐ 10,000-19,999 บาท ☐ 20,000-30,000 บาท ☐ มากกว่า 30,000 บาท

8. สิทธิในการรักษาพยาบาล

☐ เบิกจ่ายตรง ☐ เบิกต้นสังกัด ☐ ประกันสังคม ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
☐ บริษัทประกันชีวิต ☐ สังคมสงเคราะห์ ☐ ชำระเอง ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ประวัติการรักษา

1. โรคประจำตัว

☐ ไม่มี
☐ เบาหวาน ☐ เลือดออกง่าย ☐ อื่นๆ ระบุ.....

2. ประวัติการใช้ยาละลายลิ่มเลือด

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

3. ประวัติการแพ้ยา/ พลาสเตอร์ปิดแผล

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

4. การใช้ยาคุมกำเนิด

- ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ระยะเวลาที่ใช้.....

5. การดื่มสุรา

- ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม เป็นระยะเวลา.....ปี เหลือ.....แก้วต่อวัน

6. การสูบบุหรี่

- ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ เป็นระยะเวลา.....ปี เหลือ.....มวนต่อวัน

7. สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมหรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

8. ประวัติการได้รับบริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลเต้านม เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือการตรวจเอกซเรย์เต้านม (Mammography)

- ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

9. ตำแหน่ง และขนาดของก้อนบริเวณเต้านมที่ทำผ่าตัด

- ☐ ข้างขวา ☐ ข้างซ้าย
- ☐ central ☐ upper inner ☐ lower inner ☐ upper outer ☐ lower outer
- ☐ น้อยกว่า 1 ซม. ☐ 1-2 ซม. ☐ มากกว่า 2 ซม.

แบบสอบถามความวิตกกังวล

อารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วย ถ้าผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยเข้าใจสภาพอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ของท่าน ก็จะช่วยให้การช่วยเหลือ และดูแลท่านได้ดียิ่งขึ้น แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่าน เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่านในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด
 - () เป็นส่วนใหญ่
 - () บ่อยครั้ง
 - () เป็นบางครั้ง
 - () ไม่เป็นเลย
2. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น
 - () มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย
 - () มี แต่ไม่มากนัก
 - () มีเพียงเล็กน้อยและไม่ทำให้กังวลใจ
 - () ไม่มีเลย
3. ฉันมีความคิดวิตกกังวล
 - () เป็นส่วนใหญ่
 - () บ่อยครั้ง
 - () เป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย
 - () นานๆ ครั้ง
4.
5.
6.
7.

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความ ซึ่งตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดเพียง 1 ข้อ โดยถือเกณฑ์ดังนี้

พอใจมากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับตามข้อความนั้นมากที่สุด

พอใจมาก หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับตามข้อความนั้นมาก

พอใจปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับตามข้อความนั้นปานกลาง

พอใจน้อย หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับตามข้อความนั้นน้อย

พอใจน้อยที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับตามข้อความนั้นน้อยที่สุด

ลักษณะการให้บริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	พอใจ มาก ที่สุด	พอใจ มาก	พอใจ ปาน กลาง	พอใจ น้อย	พอใจ น้อย ที่สุด
1.พยาบาลพูดจาสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส					
2.พยาบาลเต็มใจรับฟังคำบอกเล่า ความไม่สบายใจ หรือข้อสงสัยจากท่าน					
3. ท่านได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด					
4. ท่านได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอในวันทำผ่าตัด					
5. ท่านรู้สึกพอใจต่อการดูแลที่ได้รับในวันทำผ่าตัด					
6. ท่านได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอในการดูแลตนเองที่บ้านภายหลังการผ่าตัด					
7.					
8.					
9.....					
10.....					



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
๒๓๐ พระรามที่ ๖ ราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐

ที่ พิเศษ HADS

วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๒

เรื่อง อนุญาตให้นำแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย ไปใช้

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ตามหนังสือหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่ ศร ๐๕๑๗.๐๕(พย.ม.)/๒๕๕ ลงวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๕๒ แจ้งว่านางสุชา ปาน้อยนนท์ นักศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มีความประสงค์ขออนุญาตนำ
แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย ไปใช้ทำการวิจัย ประกอบ
วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวล
ระยะเวลากลับไปทำงานและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก้อนที่เต้านม" ความละเอียด
ทราบแล้วนั้น

ผมยินดีอนุญาตให้นำแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ไปใช้ และ โปรด
แจ้งผลการใช้ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนา นิลชัยโกวิทย์)

โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๑๒๓๕

- ทว
- สก.เค.๖๐๗
ก.๖๐๗.
๕๖
๗

ภาคผนวก ง

แผนการสอนสุขศึกษา

หน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านม งานการพยาบาลผ่าตัด
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

พ.ศ. 2543

เรื่อง

“ การปฏิบัติตัวในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดก่อนเนื้องอกเต้านมที่รับยาลเฉพาะที่ ”
วัตถุประสงค์ทั่วไป ภายหลังได้รับการสอน ผู้ป่วยสามารถ

1. ปฏิบัติตัวในระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. บอกถึงแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง
3. บอกถึงอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัดได้อย่างถูกต้อง
4. ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

กิจกรรมการสอน การบรรยาย

ระยะเวลา 8.30-9.00 น. 10.30-11.00 น. และ 12.00-12.30 น.

สถานที่ ห้องพักรอก่อนผ่าตัด สยามินทร์ ชั้น 5

ผู้สอน พยาบาลประจำการ หน่วยผ่าตัดศีรษะ คอ และเต้านม

แผนการสอนสู่ศึกษา
เรื่อง “ การปฏิบัติตัวในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก่อนนอนเพื่อท่านที่ ”

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	ประเมินผล
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ	- แนะนำตนเองและหน่วยงาน -	บรรยาย	- -
2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ	- ซึ่งเหตุผลของการต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดของห้องผ่าตัด -		- -
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ.....	- แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวระหว่างการผ่าตัดและ		- -
4. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ	- แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ -		- -
5. ผู้ป่วยทราบถึง	- สืบค้นหาหน้าแพทย์จะนัดให้มาดูแล -		- -
6. ผู้ป่วยสามารถบอก	- อากาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์..... -		- -

ภาคผนวก จ

ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบรายข้อ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผน
จำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกในระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดแบบรายข้อ

ความวิตกกังวล	ก่อนถึงวันผ่าตัด		ก่อนจำหน่ายหลัง ผ่าตัด		t	P-value
	Mean	S.D	Mean	S.D		
1. ฉันรู้สึกดีถึงเครียด	1.60	1.00	1.20	.87	1.73	.096
2. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้าย กับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดี เกิดขึ้น	1.60	.71	1.20	.82	2.83	.000
3. ฉันมีความคิดวิตกกังวล	1.20	.82	1.00	.87	1.26	.233
4. ฉันสามารถทำตาม สบายและรู้สึกผ่อนคลาย	1.16	.55	1.00	.58	1.28	.212
5. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำ ให้ปั่นป่วนในท้อง	.52	.71	.44	.65	.52	.603
6. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้	.72	.68	.60	.65	.90	.376
7. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจ ขึ้นมาอย่างกะทันหัน	.80	.82	.52	.71	1.77	.090
ความวิตกกังวลรวมเฉลี่ย	7.60	4.04	5.96	4.09	2.173	.040

p<.05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ
ในระยะก่อนถึงวันผ่าตัดและก่อนจำหน่ายหลังผ่าตัดแบบรายข้อ

ความวิตกกังวล	ก่อนถึงวันผ่าตัด		ก่อนจำหน่ายหลัง ผ่าตัด		t	P-value
	Mean	S.D	Mean	S.D		
1. ฉันรู้สึกตึงเครียด	1.36	.95	1.20	.87	1.16	.256
2. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้าย กับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดี เกิดขึ้น	1.36	.99	1.28	1.06	.81	.425
3. ฉันมีความคิดวิตกกังวล	1.08	.95	1.08	.95	.00	1.000
4. ฉันสามารถทำตาม สบายและรู้สึกผ่อนคลาย	1.04	.54	1.04	.68	.00	1.000
5. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำ ให้ปั่นป่วนในท้อง	.68	.90	.68	.80	.00	1.000
6. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้	.72	.79	.84	.99	.77	.450
7. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจ ขึ้นมาอย่างกะทันหัน	.72	.84	.80	.91	.81	.425
ความวิตกกังวลรวมเฉลี่ย	6.96	5.13	6.92	5.42	.067	.947

$p < .05$

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางสุชา ปาน้อยนนท์
วัน เดือน ปีเกิด	17 สิงหาคม 2510
สถานที่เกิด	จังหวัดสระบุรี
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2529-2532 วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) Bachelor Degree of Nursing Science มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2550-2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) Master Degree of Nursing Science (Adult Nursing)
ทุนการศึกษา	ทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ที่อยู่	2254 /308 ถ.พหลโยธิน แขวงเสนานิคม เขตจตุจักร กรุงเทพฯ
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 หน่วยพักรอดูอาการก่อนและหลังผ่าตัด ตึกสยามินทร์ ชั้น 5 งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์ 0 2419-7916, 089- 2296039 e-mail address: sucha_pa@yahoo.com