

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความวิตกกังวล
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัดเต้านม



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2550

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

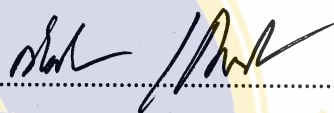
สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของ
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัดเต้านม

เพียงฤทัย ไรจน์ชื่น

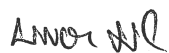
นางเพียงฤทัย ไรจน์ชื่น
ผู้ศึกษา


รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา
พย.ด.

ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์


รองศาสตราจารย์วรรณี สัตยวิวัฒน์
ค.ม.

กรรมการควบคุมสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์ นพ. บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ.
คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย



รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล
Ph.D.(Nursing)
ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของ
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัดเต้านม
ที่ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 13 กันยายน 2550

เพียงฤทัย โรจน์ชวิน

นางเพียงฤทัย โรจน์ชวิน
ผู้ศึกษา

อ.อรพรรณ โตสิงห์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์
พย.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

รศ.สายพิน เกษมกิจวัฒนา

รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา
พย.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

อรอุมา รอยกุลเจริญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรณยุพา รอยกุลเจริญ
Ph.D.(Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

นพ. บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์ นพ. บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ.

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.ณัฏฐ์ สัตยวิวัฒน์

รองศาสตราจารย์วรัณนี สัตยวิวัฒน์
ค.ม.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

พ.อ.ณัฏฐ์ สัตยวิวัฒน์

รองศาสตราจารย์ ดร. พongคำ ดิลกสกุลชัย
Ph.D.(Nursing)

คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รศ.ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ รศ.วรรณิ สัตยวิวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วมในการควบคุมสารนิพนธ์ ที่ได้ช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่แก่ผู้ศึกษามาโดยตลอด พร้อมทั้ง รศ.ดร. อรพรรณ โตสิงห์ และ ผศ.ดร.วรุณยุพา รอยกุลเจริญ กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และเสนอข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการทำสารนิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์วิบูลย์ ภู่อ่าง คุณพัชนี ศรีสวัสดิ์ และ คุณศศิโส เกตุไฉน ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์การตรวจสอบความถูกต้องของภาษา ความเที่ยงตรงในเนื้อหาของแนวปฏิบัติ และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่ได้อบรมสั่งสอน ปลูกฝังลูกด้วยความรัก ใฝ่ดี ใฝ่รู้ในการศึกษา ขอขอบคุณ คุณอนันต์ น้องโอม น้องแอม น้องเอ็นเทอร์ รวมทั้งเพื่อนๆ ที่ร่วมงาน และเพื่อนๆ ที่ร่วมศึกษาร่วมกัน ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจให้เสมอ รวมทั้งขอขอบพระคุณคุณปู่ คุณย่า คุณตา คุณยาย ป้า น้า ของลูกๆ ที่ช่วยเหลือเลี้ยงดูเด็กๆ ในช่วงที่ศึกษาอยู่เป็นอย่างดี

เพียงฤทัย โรจน์ชีวิน

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัดเต้านม(DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR ANXIETY REDUCTION IN BREAST CANCER PATIENTS BEFORE MASTECTOMY)

เพียงฤทัย โรจน์ชีวิน 4836891 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ : สายพิน เกษมกิจวัฒนา, พย.ค., วรณี สัตยวิวัฒน์, ค.ม.

บทคัดย่อ

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัดนี้ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนามี 4 ระยะ คือ 1) การค้นหาปัญหา 2) การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติและนำไปทดลองใช้ และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึงระยะที่ 3 จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพและการนำไปใช้มีจำนวนทั้งหมด 15 เรื่อง ประกอบด้วย การวิเคราะห์ห่อภิมาณ 1 เรื่อง การวิจัยเชิงทดลองโดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 7 เรื่อง การวิจัยเชิงทดลองโดยไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 2 เรื่อง การศึกษาติดตามไปข้างหน้า 1 เรื่อง แนวปฏิบัติทางคลินิก 1 เรื่อง และงานวิจัยเชิงสำรวจ 3 เรื่อง ผลการสังเคราะห์ได้สร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลขึ้นประกอบด้วย การประเมินสาเหตุและระดับความวิตกกังวล การให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวก่อน-หลังการผ่าตัด การส่งเสริมวิถีคิดเชิงบวก และวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวล ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 2 ท่าน

การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ไปใช้ ควรมีการศึกษานำร่อง (Pilot study) เพื่อประเมิน (Continuous Quality Improvement: CQI) และควรมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ตามงานวิจัยใหม่ที่เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติทางการพยาบาล/ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด/ การลดความวิตกกังวล
106 หน้า

DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR ANXIETY REDUCTION IN BREAST CANCER PATIENTS BEFORE MASTECTOMY

PHIANGRITHAI ROJCHEEWIN 4836891 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORS: SAIPIN KASEMKITWATTANA, D.N.S.,
WANEE SATAYAWIWAT, M. Ed.

ABSTRACT

Development of this nursing practice guideline(CNPG) for reducing the anxiety of pre-mastectomy breast cancer patients was based on the Evidence-based Practice(EBP) Model of Soukup (Soukup, 2000) as a conceptual framework, which includes the following 4 stages: Stage 1 – Evidence-trigger phase; Stage 2 – Evidence-supported phase; Stage 3 - Evidence-observed phase and Stage 4 - Evidence-based phase. The current study examined to Stage 3. From a total of 15 samples of evidence-based practice that had passed evaluation of research quality, scientific merits, and evaluation for feasibility in implementation, there was a meta-analysis, 7 randomized control trial studies (RCT), 2 experimental studies with non-RCT., a prospective study, a clinical practice guideline and 3 survey studies. The findings of the synthesis were used to create the nursing practice guideline which included an assessment of the causes and levels of anxiety, education regarding the disease, health education before and after surgery, promotion of positive thinking and relaxation techniques. This nursing practice guideline was verified innovation by 3 professional experts: 1 surgeon specializing in the care of breast cancer mastectomy patients and 2 nursing experts specializing in the care of breast cancer patients.

The implementation of this nursing practice guideline should include a pilot study to evaluate the procedures and outcomes of using the guideline as well as outcome research in order to test its effectiveness. Moreover, the guideline should be integrated as a part of Continuous Quality Improvement, or CQI and improved in response to increasing new evidence based-practice.

KEY WORDS: DEVELOPMENT/ CLINICAL NURSING PRACTICE
GUIDELINE/ PRE-MASTECTOMY BREAST CANCER
PATIENTS/ REDUCING ANXIETY

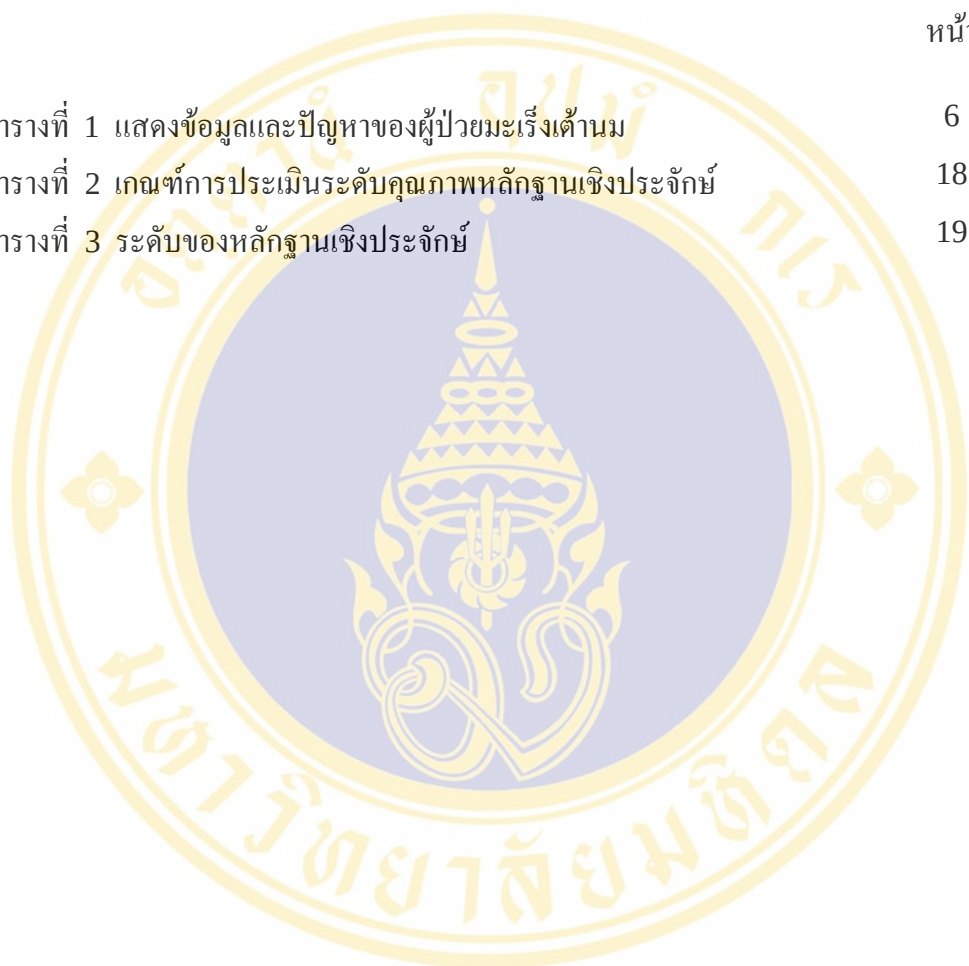
106 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ประเด็นหลัก	4
วัตถุประสงค์การศึกษา	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 วิธีดำเนินการศึกษา	5
การค้นหาลักษณะเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง	12
เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์	12
การคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์	15
บทที่ 3 การวิเคราะห์และสังเคราะห์	23
สรุปสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์	23
ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา	25
แนวปฏิบัติการพยาบาล	26
บทที่ 4 แผนการดำเนินงาน	31
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	33
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย	35
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาอังกฤษ	48
รายการอ้างอิง	61
ภาคผนวก	67
ประวัติผู้วิจัย	106

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	6
ตารางที่ 2 เกณฑ์การประเมินระดับคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	18
ตารางที่ 3 ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	19

A large, faint watermark of the Mahidol University logo is centered in the background. It features a circular emblem with a blue center containing a golden stupa-like structure. The emblem is surrounded by a golden ring with Thai text. The outermost ring is a larger golden circle with the text 'มหาวิทยาลัยมหิดล' (Mahidol University) in Thai script.

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 สาเหตุและผลตามมาจากความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	11
แผนภูมิที่ 2 ผลการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์	14
แผนภูมิที่ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ก่อนผ่าตัด	26

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบได้มากขึ้นในสตรีไทย โดยพบอัตราป่วยด้วยมะเร็งเต้านม(ทั่วประเทศไม่รวมกรุงเทพ) ในปี พ.ศ. 2546 และ 2547 คือ 28.1 และ 32.22 คนต่อประชากรแสนคน และพบว่าอัตราป่วยสูงเป็นลำดับที่สองรองจากมะเร็งตับ ส่วนอัตราตายจากมะเร็งเต้านมพบเป็นลำดับที่สามของมะเร็งในสตรี โดยพบ 4.7, 5.8 และ 5.9 คนต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2545- 2547 ตามลำดับ (สถิติสาธารณสุข, 2546- 2547) จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2546 และ 2547 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 633 และ 879 คน และจากสถิติของสถานวิทยามะเร็งศิริราช ปี พ.ศ. 2547 และ 2548 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 706 และ 767 คนตามลำดับ ซึ่งพบว่าสถิติจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของทั้งสองสถาบันนั้นจัดเป็นลำดับหนึ่งของโรคมะเร็งในสตรี และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ

การรักษามะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับระยะของโรค ความรุนแรงของโรค และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย การรักษาด้วยการผ่าตัดมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1-3 ถือเป็นการรักษาหลัก (เขาวนุช คงदान, 2548; กริช โพธิ์สุวรรณ, 2545) และวิธีการผ่าตัดที่นิยมทำกันมากที่สุด คือ Modified radical mastectomy (กริช โพธิ์สุวรรณ, 2545) และอาจพิจารณาให้การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดในกรณีที่ก้อนมะเร็งขนาดเกิน 1 ซม. หรือให้รังสีรักษากรณีที่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ร่วมกับการให้ฮอร์โมนรักษา(tamoxifen) กรณีมีผลบวกของฮอร์โมนรีเซพเตอร์ เป็นต้น

การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและต้องเข้ารับการรักษด้วยการผ่าตัดถือได้ว่าเป็นเรื่องวิกฤติของชีวิตผู้หญิงทุกคน เริ่มจากการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจะรับรู้และประเมินว่าตนเองเป็นโรคที่มีความรุนแรง คุกคามต่อชีวิตและนำไปสู่ความตาย (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรงศิริ, 2546) กล่าวคือโรคที่เป็นจะลุกลาม ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเมื่อต้องเข้ารับการรักษด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีความวิตกกังวลมากขึ้นเนื่องจากการสูญเสียเอกลักษณ์ความเป็นหญิง (สุนีย์ จันทรมหเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) ในหญิงที่มีคู่สมรสจะกังวลว่าบทบาทการเป็นภรรยาจะไม่สมบูรณ์หรือสามีอาจจะรังเกียจและถูกทอดทิ้งเมื่อไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศแก่สามีได้ ในหญิงโสดที่อายุน้อย กังวลว่าตนเองจะสูญเสียความสวยงาม ความมีเสน่ห์ เกิด

ความอับอาย (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ศิริ, 2546) นอกจากนี้ยังมีความกลัวการผ่าตัด กลัวความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และไม่พินิจจากयरาระงับความรู้สึก (อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2545) อีกทั้งยังอาจมีความกังวลเกี่ยวกับฐานะเศรษฐกิจและความมั่นคงในหน้าที่การงานต่อไป

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดมากกว่าหลังผ่าตัดในระยะแรก (คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา และ จิราภรณ์ มนันทน์, 2549) และความวิตกกังวลในระยะนี้อยู่ในระดับมาก (อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาทางอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งมักถูกละเลยและไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือมากเท่าที่ควร (Caroll, 2001) การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความวิตกกังวลและไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะทำให้เพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ มีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็วขึ้น หายใจเร็วขึ้น มีผลให้การทำงานของระบบไหลเวียนเลือดมากขึ้น ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น หัวใจต้องทำงานมากขึ้น ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายในขณะที่ทำผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นอยู่เดิม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ นอกจากนี้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและต้องการยาแก้ปวดมากขึ้น (Ozalp, Sarioglu, Tuncel, Aslan & Kadiogullari, 2003; Katz, Poleshuck, Andus & Hogan, 2005) มีอาการนอนไม่หลับ (Tatrow, Montgomery, Avellino & Bovbjerg, 2004) และมีความยากลำบากในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (Badger, Segrin, Dorros, Meek & Lopez, 2007) หากความวิตกกังวลยังดำเนินต่อไประยะยาวอาจจะมีผลให้มะเร็งเต้านมมีโอกาสกลับเป็นซ้ำและเสียชีวิตได้เร็วขึ้น (Groenvold, Peterson, Idler, Bjorner, Fayers & Mouridsen, 2006) นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังส่งผลต่อกระบวนการเรียนรู้และการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัด รวมถึงการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการผ่าตัดอีกด้วย ซึ่งจะเป็นการเสริมให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะในช่วงระยะเวลาของการฟื้นฟูสภาพร่างกายทำให้ผู้ป่วยประเมินประสบการณ์ที่ได้รับจากการผ่าตัดในเชิงลบ ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวต่อโรคและการรักษาต่อไป ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น โดยพบว่ามะเร็งเต้านมเป็น 1 ใน 13 กลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง ค่ารักษาเฉลี่ยในการทำผ่าตัดเต้านมที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน คือ 22,685 บาท ในขณะที่ค่ารักษาเฉลี่ยในการทำผ่าตัดเต้านมที่มีภาวะแทรกซ้อนจะเพิ่มขึ้นเป็น 36,277 บาท (กริช โพธิ์สุวรรณ, สมศรี รัตนวิจิตรศิลป์, สืบวงศ์ จุฑาทิสิทธิ์, สุพัตรา แสงรุจิ และ สุรชาติ จักรภีร์ศิริสุข, 2547)

พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ได้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด ด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีการประเมินความวิตกกังวล มีบทบาทอิสระในการหาวิธีการช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดได้ เช่น การแนะนำให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การสนับสนุนด้านจิตใจ และการประสานทีมสหสาขาาร่วมดูแลผู้ป่วยด้วย

เพื่อให้ผลลัพธ์จากการดูแลได้ประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดี เข้าใจถึงผลดีของการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพิ่มความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

จากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลจังหวัดระยองระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ซึ่งได้ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเมื่อปี พ.ศ. 2549 และจะต้องรับการประเมินซ้ำอีกในปีพ.ศ. 2551 ซึ่งมาตรฐานการรับรองคุณภาพ ในบทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา ข้อที่ 5 การประเมินและวางแผนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด ได้กำหนดให้มีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ รพ., 2543) และจากการประเมินดังกล่าวสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ รพ. (พรพ.) ได้เสนอให้ส่งเสริมการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมและได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน แต่พบว่ายังไม่มีแนวทางที่เป็นมาตรฐานชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด พยาบาลจะประเมินความวิตกกังวลด้วยการสอบถามและจัดการแก้ไขเองมากกว่าการใช้เครื่องมือประเมินความวิตกกังวลและการปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ และการพยาบาลด้านจิตใจขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ส่วนการให้คำแนะนำก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างจากการให้คำแนะนำก่อนการผ่าตัดทั่วไป และยังไม่มีการนำผลงานวิจัยมาใช้ ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดมีความเจ็บปวดในระดับมากและต้องการยาแก้ปวดมากขึ้น การบริหารข้อไหล่และแขนได้ช้า ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าปกติและค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติพยาบาล เป็นการบูรณาการผลงานวิจัยเข้ากับความชำนาญทางคลินิก โดยคำนึงถึงสถานการณ์ ความชอบของผู้ป่วย และแหล่งประโยชน์ในสิ่งแวดล้อม เพื่อประกอบการตัดสินใจให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีความทันสมัย กลุ่มค่าใช้จ่าย และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ(สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2550) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในช่วงระยะก่อนการผ่าตัด ทั้งนี้เนื่องจากมีระยะเวลาในการศึกษาที่จำกัด และจะขยายแนวปฏิบัติต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังการผ่าตัดต่อไปภายหลัง เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพได้เร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อการเจ็บป่วยและการผ่าตัดได้

ประเด็นหลัก

มะเร็งเต้านมมีอุบัติการณ์สูงในสตรีไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด เกิดจากการรับรู้ว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง คุกคามต่อชีวิต กลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวการทำผ่าตัด กลัวความเจ็บปวดหลังผ่าตัด กลัวการไม่ฟื้นจากยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัดเต้านมทำให้เกิดการสูญเสียอวัยวะที่แสดงถึงความเป็นหญิง ผลจากความวิตกกังวลทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

ในระดับสูง การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดซ้ำ มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลนาน และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัดเต้านมด้วยการสืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และพัฒนาวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลและเป็นทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดในการแก้ปัญหานี้

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดจะได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวล มีความพร้อมก่อนผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และสามารถฟื้นตัวได้เร็ว รวมทั้งการปรับตัวในการเผชิญกับโรคต่อไป
2. พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานเดียวกันจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความทันสมัย ส่งผลให้มีการพัฒนาเชิงวิชาชีพและเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการตลอดจนบุคลากรในวิชาชีพสาธารณสุข
3. หน่วยงานมีมาตรฐานในการประกันคุณภาพการให้บริการด้านการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่มีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง และส่งผลให้โรงพยาบาลมีชื่อเสียงในการให้บริการ รวมทั้งสามารถเทียบเคียงกับสถาบันการให้บริการสุขภาพชั้นนำของประเทศ

บทที่ 2

วิธีดำเนินการศึกษา

ขั้นตอนและวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ในปัจจุบันการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์มีการกล่าวถึงอย่างแพร่หลาย และนำมาใช้ในการพัฒนาประสิทธิภาพของการให้บริการดูแลสุขภาพ ซึ่งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการบูรณาการความรู้จากงานวิจัยร่วมกับความชำนาญคลินิกของพยาบาล และการคำนึงถึงความชอบของผู้ป่วยประกอบการตัดสินใจให้การพยาบาลที่เหมาะสมที่สุดในบริบทของผู้ป่วย รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์มีหลายรูปแบบ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้รูปแบบการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการที่ชัดเจน ง่ายต่อการปฏิบัติและเน้นที่การพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร ตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซุกัพมี 4 ระยะดังนี้

1. การค้นหาปัญหา (Evidence-trigger phase) ได้มาจากหลักฐาน 2 ทางคือ

1.1 จากปัญหาที่พบในระหว่างปฏิบัติงาน (Practice triggers) ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยในการปฏิบัติงาน

1.2 จากแหล่งความรู้ (Knowledge triggers) ที่ได้จากการติดตามงานวิจัย หรือการสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน

ข้อมูลจากทั้ง 2 แหล่งจะเป็นเบื้องต้นที่ให้แนวคิดในการพัฒนางานและการสรุปประเด็นปัญหาเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในระยะต่อไป

2. การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-supported phase) จากแหล่งความรู้ต่างๆ เช่น งานวิจัย แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีผู้สร้างไว้ ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำมาประเมิน วิเคราะห์ สังเคราะห์และสร้างเป็นแนวปฏิบัติต่อไป

3. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence-observed phase) แล้วนำผลที่ได้มาปรับปรุงจนได้แนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

4. การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-based phase) มีการประเมินผลลัพธ์เป็นระยะ และปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดในครั้งนี้ได้ดำเนินการถึงระยะที่ 3 ตามรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของชูชีพ ดังนี้

ระยะที่ 1. การสืบค้นปัญหา (Evidence-trigger phase)

1.1 การสืบค้นปัญหาจากประสบการณ์ในการทำงานและการขึ้นสังเกตการณ์ในหน่วยงาน ดังนี้

1.1.1 จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 13 ปี พบว่าหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด เมื่อมีผู้ป่วยมารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมจะได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดทั่วไป รูปแบบการประเมินความวิตกกังวลแรกรับจากการสังเกตสีหน้าผู้ป่วย ไม่มีแนวทางการประเมินความวิตกกังวลที่ชัดเจน การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดมักเป็นเรื่องของการเตรียมร่างกายทั่วไป ไม่มีข้อมูลที่เน้นเฉพาะการผ่าตัดเต้านม การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ยังไม่มีแนวทางในการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน นอกจากนี้ยังไม่มีการประชุมงานกับทีมสหสาขามาร่วมดูแลในด้านต่างๆที่เกี่ยวข้อง

1.1.2 จากการขึ้นสังเกตการณ์บนหอผู้ป่วย พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัดจำนวน 4 ราย จากการสอบถามข้อมูลประวัติความเจ็บป่วย สังเกตอาการและอาการแสดง รวมทั้งการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย สรุปปัญหาของผู้ป่วยได้ดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผู้ป่วย	รายที่ 1	รายที่ 2	รายที่ 3	รายที่ 4
อายุ (ปี)	71	63	36	55
สถานภาพสมรส	คู่	โสด	หม้าย	โสด
ระยะของโรค	II(T2N0M0)	III(T2N2Mx)	II(T2N0M0)	II(T2N0M0)
สาเหตุของความวิตกกังวล	-หวั่นหลาน -ต้องดูแลสามี -เคยเห็นน้องสาว ทรมาณจากการรักษา มะเร็งเต้านม -กลัวการได้รับเคมี บำบัดและรังสีรักษา	-กลัวรักษาไม่หาย (ทานสมุนไพรมา ก่อน 2 ปี) -มีโรคร่วมคือ ไขมันเลือดสูงและ ความดันโลหิตสูง -อยู่กับพี่ที่พิการ และน้องสาวที่โสด	-กลัวเสียชีวิต -หวั่นลูกยังเล็ก -กลัวแฟนใหม่ รังเกียจ -อยู่หอพักคนเดียว เนื่องจาก ครอบครัวอยู่ ต่างจังหวัด	-กลัวว่าถ้า เป็นมากต้อง ตาย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (ต่อ)

	รายที่ 1	รายที่ 2	รายที่ 3	รายที่ 4
ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด	ปานกลาง	มาก	มาก	ปานกลาง
ชนิดการผ่าตัด	MRM. Rt.	MRM. Lt.	MRM. Lt.	MRM. Rt.
คะแนนปวดสูงสุดในวันแรกหลังผ่าตัด	5	8	7	3
ชนิดและขนาดยาแก้ปวดในระยะ 3 วันแรกหลังผ่าตัด	มอร์ฟีน 4 มก. 1 ครั้ง	มอร์ฟีน 4 มก. 1 ครั้ง พาราเซตามอล 2 เม็ด 1 ครั้ง	มอร์ฟีน 4 มก. 1 ครั้ง พาราเซตามอล 2 เม็ด 1 ครั้ง	พาราเซตามอล 2 เม็ด 1 ครั้ง
การออกกำลัง	ออกกำลังแขนได้ดี	ออกกำลังแขนได้น้อย	ไม่กล้าขยับแขน 2 วันแรก	ออกกำลังแขนได้ดี
ระยะเวลานอนรพ. (วัน)	10	11	17	10
ค่ารักษาพยาบาล (บาท)	27,418 บาท	32,321 บาท	37,685 บาท	26,640 บาท
ประเภทของสิทธิการรักษา	บัตรทอง	เบิกได้	ประกันสังคม	บัตรทอง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงมาก สิ่งที่น่าสนใจคือผู้ป่วยรายที่ 2 และ 3 มีความวิตกกังวลในระดับมาก จะมีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยอื่นและต้องการยาระงับความปวดสูงกว่า การมีกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหายน้อย และระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลรวมทั้งค่าใช้จ่ายมากกว่า จึงสนับสนุนผลตามมาจากความวิตกกังวลในทางลบ ทั้งด้านความไม่สุขสบาย ความสามารถในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่สูงขึ้น

การวิเคราะห์ห้วงค์กร(SWOT analysis) ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด มีดังนี้

จุดแข็ง (Strengths)

1. พยาบาลในหน่วยงานส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลวิชาชีพ 16 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน) และมีประสบการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเรื้อรังตั้งแต่ 3 - 15 ปี
2. ทีมดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม (PCT ศัลยกรรม) แสดงความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย มะเร็งเรื้อรัง
3. มีพยาบาลวิชาชีพ 4 คนที่เคยเข้ารับการอบรมระยะสั้น (3 วัน) เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง
4. สัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยในเวรเข้ามีความเหมาะสม คือพยาบาลวิชาชีพ: พยาบาลเทคนิค: ผู้ป่วย คือ 4: 1: 32

จุดอ่อน (Weaknesses)

1. พยาบาลบางคนขาดทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล
2. ไม่มีเครื่องมือในการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
3. ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังก่อนผ่าตัด
4. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นแบบทีมผสมหน้าที่ พยาบาลจึงใช้เวลาส่วนมากกับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก และการทำหน้าที่ประจำเช่น การให้ยา การให้อาหารสายยาง การรับใหม่-จำหน่ายเป็นต้น จึงมีเวลาน้อยที่จะประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล รวมทั้งขาดความต่อเนื่องในการดูแลเนื่องจากต้องหมุนเวียนผู้ป่วยในการดูแล ซึ่งแตกต่างจากการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

โอกาสที่จะดำเนินการได้ (Opportunities)

1. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น
2. วิสัยทัศน์ของ รพ. “ที่หนึ่งด้านบริการสุขภาพ” และเป้าประสงค์ข้อแรกและข้อที่ 3 คือ รักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพและบริการที่เข้าถึงประชาชนและประทับใจ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ จะทำให้เกิดความสอดคล้องกับเป้าประสงค์และวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลได้
3. เกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพ รพ. (HA.) ฉบับฉลองสิริราชสมบัติ 60 ปี (ฉบับล่าสุด) ตอนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย ได้กำหนดให้ข้อ 1. มีการเข้าถึงบริการด้วยการให้ข้อมูลที่เหมาะสม ข้อ 2 การประเมินผู้ป่วย ด้วยการให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินอย่างเหมาะสมทั้งด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ข้อ 3 การวางแผนการรักษา ต้องมีแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ข้อ 4 การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ข้อ 5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังด้วยการช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ และส่งเสริมการดูแลตนเอง และข้อ 6 การดูแลต่อเนื่อง ด้วยการประสานทีมสหสาขาช่วยวางแผนดูแลต่อเนื่อง
4. โรงพยาบาลแห่งนี้ต้องเข้ารับการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (พ.ร.พ.) อีกครั้งในปี พ.ศ. 2551

อุปสรรค หรือสิ่งคุกคาม (Treats)

ไม่มี

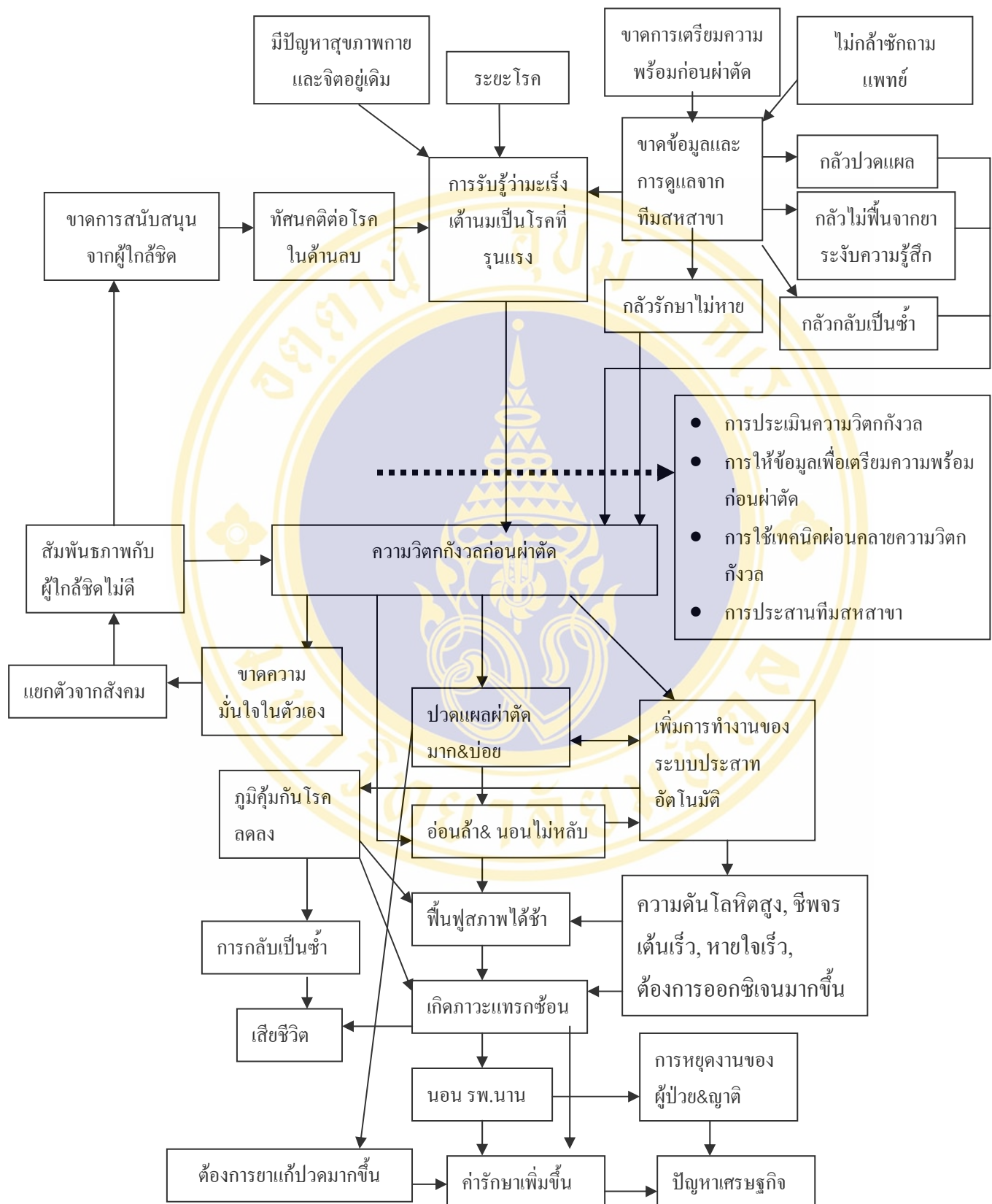
จากการวิเคราะห์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด พบว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมทั้งสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน แต่ยังคงขาดการดำเนินการให้มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด

1.2. การสืบค้นหลักฐานจากแหล่งความรู้ (Knowledge triggers) จากการติดตามงานวิจัยหรือการสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการศึกษาคำরা บทความทางวิชาการพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ (72.5%) มีทัศนคติต่อโรคในด้านลบ (สมจิต หนูเจริญกุล, จารุวรรณ กฤตย์ประชา และวรชัย รัตนธรร, 2540) จึงรับรู้ว่าเป็นโรคที่รุนแรง นำไปสู่ความตาย (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ศิริ, 2546) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดเกิดจากความกลัว ความไม่แน่ใจในผลดีของการผ่าตัด ไม่ยอมรับการสูญเสียเต้านม กลัวผลเสียจากการผ่าตัดและคาดการณ์ถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาเสริมหลังการผ่าตัด กลัวว่าสภาพร่างกายจะไม่เหมือนเดิม กลัวว่าจะไม่สามารถประกอบอาชีพการงานได้ตามปกติ และไม่สามารถเข้าสังคมได้เหมือนเดิม (Schrodt & Sephton, 2002) นอกจากนี้ยังกลัวว่าอาจจะกลับเป็นโรคมะเร็งซ้ำ กลัวความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และการไม่ฟื้นจากยาระงับความรู้สึก (สุนีย์ จันทรมหเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์การเป็นมะเร็งเต้านมของผู้ใกล้ชิด (Tuner, 2003) เป็นผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตอยู่ก่อน สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง และขาดการสนับสนุนจากคู่สมรส/ผู้ใกล้ชิด (Carroll, 2002 ; Makabe & Nomizu, 2006) รวมทั้งระยะของโรคที่ลุกลาม ชนิดและเวลาของการรักษา (Tuner, 2003; Schrodt & Sephton, 2002) หญิงที่อายุน้อยจะมีความวิตกกังวลมากกว่าหญิงที่อายุมากกว่า (Montazeri, Harirchi, Vahdani, Khaleghi, Jarvandi, Ebrahimi, et al, 2000) ความวิตกกังวลในช่วงก่อนการผ่าตัดยังเกิดจากการขาดการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการรักษา และการไม่กล้าซักถามข้อสงสัยกับแพทย์ผู้รักษา (Waker & Schuller, 2005) เนื่องจากวัฒนธรรมไทยจะเห็นว่าแพทย์เป็นผู้มีพระคุณ ไม่กล้าซักถาม ยินยอมทำตามที่แพทย์บอกโดยที่ตนเองไม่เข้าใจในแผนการรักษานั้น (Junda, 2004)

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะทำให้เพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ มีผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็วขึ้น และการหายใจเร็วขึ้น ส่งผลให้ระบบไหลเวียนเลือดในร่างกายทำงานมากขึ้น ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น และหัวใจต้องทำงานหนักขึ้น นอกจากนี้ผลของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดทำให้มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและต้องการยาแก้ปวดมากขึ้น (Özalp et al, 2003; Katz, et al 2005) รวมทั้งมีความถี่ของความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเนื่องจากอาการอ่อนล้า

และนอนไม่หลับ(Kenefick, 2004) เกิดภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายหลังการผ่าตัดและมีความยากลำบากในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น(Badger, et al., 2007) นอกจากนี้ยังมีผลให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลง โดยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดจะทำให้ การทำงานของเนทีอโรลคิลเลอร์เซลล์(Natural killer cell)และไซโตไคน์ (Cytokine) ลดลงทั้งในช่วงระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดเด้านมไป แล้ว 1 เดือน มีผลให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (Janusek, Gabram & Mathews, 2007) และผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลมากจะส่งผลในระยะยาวให้มะเร็งเต้านมกลับเป็นซ้ำ และเสียชีวิตได้เร็วขึ้นมากกว่าผู้ที่วิตกกังวลน้อยกว่า(Groenvold, et al., 2006) การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเด้านมคือ การประเมินความวิตกกังวล (สุนีย์ จันทรมหเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรค การรักษาพยาบาล การจัดการกับอาการที่จะเกิดขึ้นโดยเฉพาะการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด (สุนีย์ จันทรมหเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540 ; Tuner, 2003 ; Schrodtt & Sephton, 2002 ; Gobel, 2004) การใช้วิธีการผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจ (Schrodtt & Sephton, 2002 ; Gobel, 2004 ; Carroll, 2002) เช่น การสร้างจินตภาพ (อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2545) สัมผัสบำบัดและดนตรีบำบัด(สุนีย์ สุทธิวีระจรรยา, 2547) การออกกำลังกาย(Tatrow, et al., 2004) การให้คำปรึกษารายบุคคล (สุนันทา ตั้งปณิธานดี, 2544)

จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมานาน 13 ปี ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดเกิดจากทัศนคติต่อโรคในด้านลบ จึงรับรู้ว่ามีมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่รุนแรง ถึงแก่ชีวิต ปัจจัยที่ทำให้ความวิตกกังวลสูงขึ้นได้แก่การมีปัญหาสุขภาพจิตอยู่เดิม ขาดการสนับสนุนจากคู่สมรส/ผู้ใกล้ชิด ระยะของโรคที่ลุกลามผลข้างเคียงจากการรักษา การขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา ขาดการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัดในระดับมากและต้องการยาแก้ปวดมากขึ้น มีอาการอ่อนล้า นอนไม่หลับ เพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ(ความดันโลหิตสูง, ชีพจรเต้นเร็ว, หายใจเร็ว, ต้องการออกซิเจนมากขึ้น) และมีผลให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อ รวมทั้งยังมีผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช้า มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่ายขึ้น ทำให้ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลนานขึ้นและเพิ่มค่าใช้จ่ายสูงขึ้น หากความวิตกกังวลไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ เกิดการแยกตัวจากสังคม มีผลให้สัมพันธ์กับคู่ใกล้ชิดไม่ดี จึงขาดการสนับสนุนจากผู้ใกล้ชิดทำให้เป็นการเพิ่มความวิตกกังวลให้มากขึ้น ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดประเด็นที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือ การประเมินความวิตกกังวล การให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การใช้เทคนิคการผ่อนคลายความกังวลร่วมกับการประสานกับทีมสหสาขาในการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก สรุปสาระและแนวคิดที่เกี่ยวข้องดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 สาเหตุและผลตามมาจากความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

สรุปได้ว่าความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นปรากฏการณ์ที่มีอยู่จริง และหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติเพื่อให้การช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมและเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติที่ชัดเจน จาก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้เข้าใจสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล รวมถึงผลลัพธ์ที่ตามมา รวมทั้งมีความรู้ใหม่ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความวิตกกังวล ซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถทำได้โดยอิสระเป็นส่วนใหญ่และมีจำนวนมากพอที่จะนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

ระยะที่ 2. การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-supported phase)

เพื่อสนับสนุนการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้ศึกษาได้กำหนดแนวทางในการสืบค้นวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้หลักฐานที่ตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษามากที่สุด ทั้งใน ด้านกลุ่มประชากร แหล่งที่ทำการศึกษา และวิธีการปฏิบัติ

เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

การกำหนดขอบเขตในการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

1. ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
2. เป็นการศึกษาวิธีการประเมินความวิตกกังวลและวิธีการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดที่อยู่ในขอบเขตที่พยาบาลสามารถทำได้
3. เป็นงานในรูปแบบ การทบทวนอย่างเป็นระบบ(systematic review) การวิเคราะห์อภิมาน(meta-analysis) การวิจัยเชิงทดลอง (experimental study) และการวิจัยที่ไม่ใช่การทดลอง เช่น การศึกษาติดตามไปข้างหน้า (prospective study) การวิจัยเชิงสำรวจ (survey study) และแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline)

4. ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี 2000-2006 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

แหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยใช้แหล่งข้อมูลดังนี้

1. การสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database) ฐานข้อมูลที่ใช้ได้แก่ Pub Med, CINAHL, OVID, Blackwell, Cochran, Science Direct ซึ่งกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ดังนี้

1. Breast cancer and surgery
2. Breast cancer and surgery and relaxation
3. Breast cancer, and anxiety/ distress
4. Breast cancer and surgery and anxiety/ distress
5. Breast cancer and surgery and anxiety/ distress and information
6. Breast cancer and surgery and anxiety/ distress and relaxation

7. Breast cancer and surgery and anxiety/ distress and support

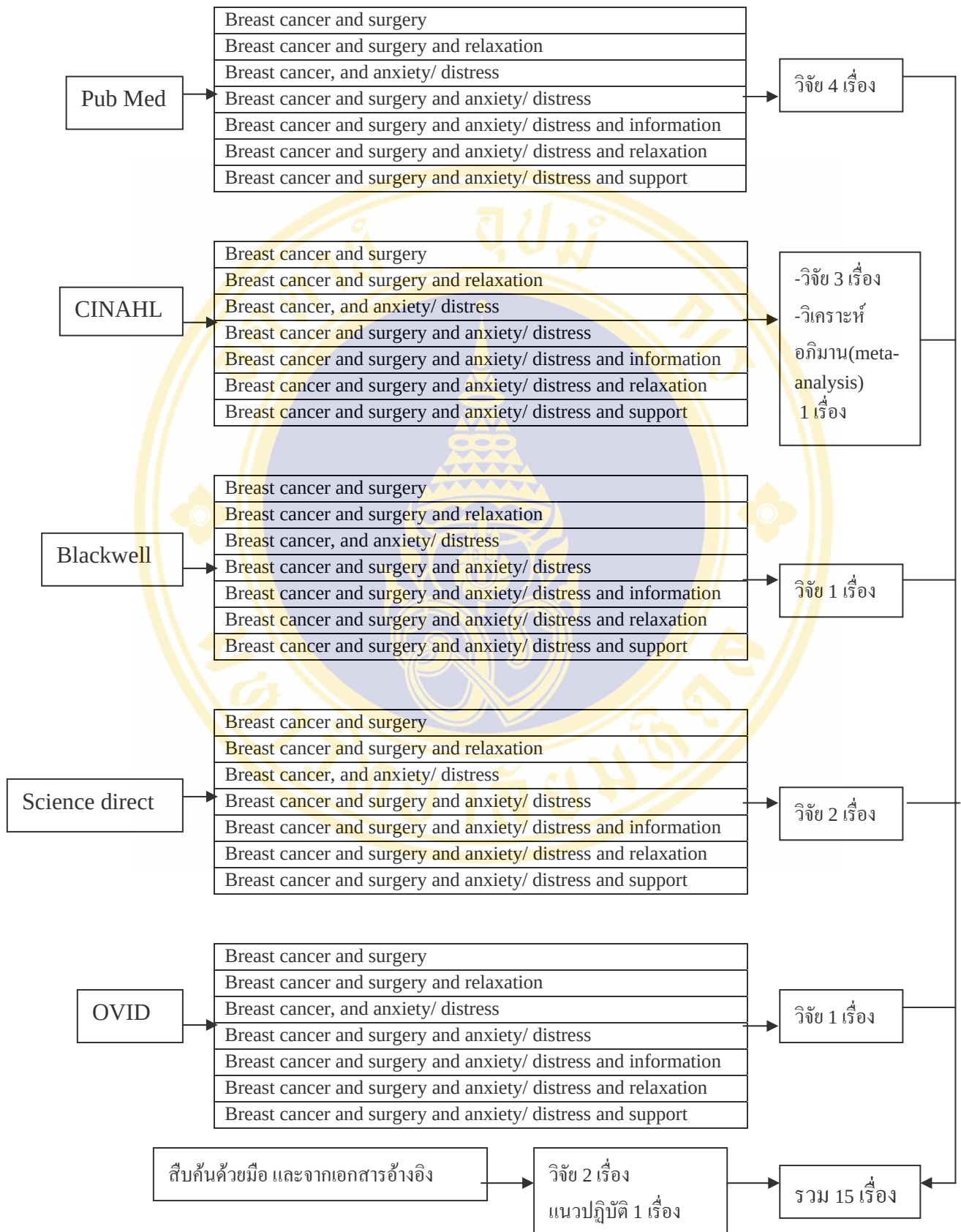
2. การค้นด้วยมือ

3. การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง

ผลการสืบค้น

จากขั้นตอนการสืบค้นทำให้สามารถคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อนำมาสังเคราะห์ได้จำนวน 15 เรื่อง ดังรายละเอียดการสืบค้นข้อมูลดังแผนภูมิที่ 2





แผนภูมิที่ 2 ผลการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้งหมด 15 เรื่อง จัดแบ่งได้เป็น 4 กลุ่มดังนี้

1. การวิเคราะห์ห่อภิณ (meta-analysis) 1 เรื่อง
2. แนวปฏิบัติทางคลินิก 1 เรื่อง
3. การวิจัยเชิงทดลอง 9 เรื่อง
4. การวิจัยที่ไม่ใช่การทดลอง 4 เรื่อง

การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์จำแนกตามประเภทของหลักฐาน ดังนี้

1. การประเมินคุณภาพของการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2550) มีดังนี้

1. การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเน้นที่ปัญหาทางคลินิกใช่หรือไม่
2. เกณฑ์ในการเลือกบทความวิจัยเพื่อการทบทวนอย่างเป็นระบบมีความเหมาะสมหรือไม่
3. งานวิจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องมีขาดหายไปบ้างหรือไม่
4. งานวิจัยที่ใช้ในการทบทวนอย่างเป็นระบบ มีการประเมินคุณภาพและไม่น่าเชื่อถือหรือไม่
5. การประเมินคุณภาพของงานวิจัยใช้กลุ่มบุคคลประกอบการตัดสินใจใช่หรือไม่
6. การวิจัยแต่ละเรื่องให้ผลคล้ายคลึงกันใช่หรือไม่
7. ผลของการทบทวนงานวิจัยได้ผลอย่างไร
8. ผลของการทบทวนงานวิจัยให้ผลที่ตรงเพียงไร
9. ผลของการทบทวนงานวิจัยสามารถประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่
10. ผลของการทบทวนงานวิจัยให้ผลลัพธ์ที่มีความสำคัญทางคลินิกใช่หรือไม่
11. เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์และความเสี่ยงให้ผลคุ้มค่าหรือไม่

2. การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2550) มีแนวทางดังนี้

1. ขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and purpose)

- 1.1 การระบุเป้าหมายของการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเฉพาะเจาะจง

- 1.2 แนวปฏิบัติที่นำเสนอ ครอบคลุมประเด็นปัญหาทางคลินิก

- 1.3 มีการระบุผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากแนวปฏิบัติทางคลินิกที่

สร้างขึ้น

2. บุคคลที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder involvement)

2.1 คณะทำงานที่สร้างแนวปฏิบัติ รวมบุคคลทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ระบุในแนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นๆ

2.2 การสร้างแนวปฏิบัติทางการแพทย์ ได้นำความคิดเห็นและความชอบของผู้ป่วยเข้ามา พิจารณาร่วมด้วย

2.3 มีการระบุกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกไว้อย่างชัดเจน

2.4 แนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างขึ้น มีการนำไปทดลองใช้ก่อนการนำไปเผยแพร่

3. ความเข้มงวดในการสร้าง (Rigour development)

3.1 มีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ

3.2 เกณฑ์ในการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ระบุไว้ชัดเจน

3.3 วิธีการที่ใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิก ระบุไว้ชัดเจน

3.4 การสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกมีการคำนึงถึงประโยชน์ ผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่มีได้

3.5 มีความเชื่อมโยงระหว่างแนวปฏิบัติที่นำเสนอและข้อมูลสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์

3.6 แนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญก่อนการเผยแพร่

3.7 มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ทันสมัย

4. ความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity and presentation)

4.1 แนวปฏิบัติที่นำเสนอมีความจำเพาะเจาะจง และไม่คลุมเครือ

4.2 ทางเลือกที่แตกต่างในการจัดการกับเงื่อนไขสถานการณ์ มีการระบุไว้ชัดเจน

4.3 ข้อเสนอแนะที่สำคัญๆ ง่ายต่อการเข้าใจ

4.4 แนวปฏิบัติทางคลินิกมีเครื่องมือประกอบในการนำไปใช้

5. การนำไปใช้ (Applicability)

5.1 กล่าวถึงอุปสรรคที่อาจมีได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

5.2 กล่าวถึงค่าใช้จ่ายในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

6. ความมีอิสระในการสร้าง (Editorial independence)

6.1 แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นอิสระจากแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุน
(มิได้สร้างเพื่อให้ประโยชน์แก่นายทุน)

6.2 ความขัดแย้งในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแนวปฏิบัติของคณะ
ทำงานได้มีการระบุไว้

3. การประเมินคุณภาพของการวิจัยเชิงทดลอง (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2550) มีดังนี้

1. คำถามการวิจัยมีการระบุไว้ชัดเจนหรือไม่
2. การเลือกและลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างไร
3. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเหมือนกันก่อนทดลองหรือไม่
ถ้าไม่เหมือน มีการวิเคราะห์ปรับความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม หรือไม่
4. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลเหมือนกัน ยกเว้นโปรแกรมการ
ทดลองที่ใช้หรือไม่
5. โปรแกรมการทดลองคืออะไร และกลุ่มควบคุมได้รับอะไร
6. มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (randomization)
หรือไม่ถ้าใช่ใช้วิธีใด
7. ทั้งกลุ่มตัวอย่างและผู้เก็บรวบรวมข้อมูลไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างใดเป็นกลุ่ม
ทดลองหรือกลุ่มควบคุมใช่หรือไม่ (double-blind)
8. ระยะเวลาในการวิจัยเหมาะสมหรือไม่
9. ผู้ป่วยและบริบทของการวิจัยคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในหน่วยงานที่จะนำผลการวิจัย
ไปใช้หรือไม่
10. ผลของการให้โปรแกรมทดลองได้ผลดีหรือไม่
11. โปรแกรมการทดลองเมื่อชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์และผลเสียที่อาจจะเกิด
ขึ้นแล้วมีความคุ้มค่าหรือไม่

4. การประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ไม่ใช่การทดลอง ในการศึกษครั้งนี้มีงานวิจัยที่ไม่ใช่การ
ทดลอง 4 เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยศึกษาติดตามไปข้างหน้า 1 เรื่อง การวิจัยเชิงสำรวจ 3 เรื่อง ใช้
แนวทางการประเมิน (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2550) ดังนี้

1. การระบุความสำคัญของปัญหาทางคลินิก และที่มาของคำถามการวิจัยมีความ
ชัดเจนหรือไม่
2. วิธีการวิจัยที่ใช้มีความเหมาะสมหรือไม่
3. การเลือกแหล่งกลุ่มเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง ระบุไว้ชัดเจนหรือไม่
4. การเก็บข้อมูลใช้วิธีใด และให้รายละเอียดเพียงพอหรือไม่

5. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีใด และมีการควบคุมคุณภาพอย่างไร

6. ผลงานวิจัยเชื่อถือได้หรือไม่ ถ้าใช่ ผลของการวิจัยมีความสำคัญกับการพยาบาลหรือไม่

7. ข้อสรุปจากงานวิจัยคืออะไร และได้มาจากผลการวิจัยใช่หรือไม่

การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์(Melnyk.B.M & Fineout-Overholt, 2005) ดังแสดงในตารางที่ 2 และระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้สรุปในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เกณฑ์การประเมินระดับคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

ระดับคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	แหล่งที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์
ระดับ 1	หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ(systematic review) การวิเคราะห์อภิมาน(meta-analysis) จากกลุ่มงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม(randomized controlled trial)
ระดับ 2	หลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial)
ระดับ 3	หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองแบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่ม (nonrandomized controlled trial)
ระดับ 4	หลักฐานจากงานวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า(cohort study) หรือการวิจัยกรณีศึกษาเชิงวิเคราะห์ (case – control analytical studies) ที่เป็นกลุ่มงานวิจัยหรือจากแหล่งศึกษามากกว่า 1 แหล่ง
ระดับ 5	หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่รวบรวมจากการทบทวนงานวิจัยเชิงคุณภาพหรือเชิงบรรยาย
ระดับ 6	หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงคุณภาพหรือเชิงบรรยาย 1 เรื่อง
ระดับ 7	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (opinion from respected authorities) การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive studies) หรือการรายงานของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (reports of expert committees)

ตารางที่ 3 ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย	ระดับงานวิจัย
1. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: A meta-analysis. (Tatrow and Montgomery, 2006)	วิเคราะห์ห่อภิมาน (meta-analysis)	1
2. Video preparation for breast cancer treatment planning: results of a randomized clinical trial. (Walker & Podbilewicz-chuller, 2005)	เชิงทดลองและมีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง	2
3. ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด (อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2545)	เชิงทดลองและมีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง	2
4. Satisfaction, utilisation and perceived benefit of individual psychosocial support for breast cancer patients- A randomised study of nurse versus psychologist interventions. (Arving et al, 2005)	เชิงทดลองและมีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง	2
5. ผลของการรับรู้ข้อมูลแบบไม่รู้ตัวร่วมกับการให้ข้อมูล การปฏิบัติตัวและวิธีคิดเชิงบวกต่อความหวังตามแนวคิด ของเอิร์ทในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด. (สคิโส เกตุไธย, 2543)	เชิงทดลองและมีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง	2
6. Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. (Badger et al, 2007)	เชิงทดลองและมีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง	2
7. Effect of music on anxiety of women awaiting breast biopsy. (Haun et al, 2001).	เชิงทดลองและมีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง	2
8. Breast cancer perception of the helpfulness of a prompt sheet versus a general information sheet during outpatient consultation: a randomized controlled trail. (Bruera et al, 2003)	เชิงทดลองและมีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง	2
9. เปรียบเทียบผลของสัมผัสน้ำบัดกับดนตรีบำบัดต่อ ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (สุนีย์ สุธีวีระขจร, 2547)	เชิงทดลองโดยไม่มี การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	3
10. ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวล ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม (สุนันทา ตั้งปนิธานดี, 2544)	เชิงทดลองและมีการ เลือกกลุ่มตัวอย่าง	3

ตารางที่ 3 ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)

11. Anxiety and depression in Iranian breast cancer patients before and after diagnosis. (Montazeri et al, 2000)	เชิงศึกษาติดตามไป ข้างหน้า	4
12. Clinical practice guideline in oncology “Distress management” (National Comprehensive Cancer Network, 2005)	แนวปฏิบัติทาง คลินิก	5
13. A Comparison of the information needs of women diagnosed with breast cancer in Malaysia and the United Kingdom. (Gopal et al, 2005)	เชิงสำรวจ เปรียบเทียบ	6
14. Information and support for women following the primary treatment of breast cancer. (Raupach & Hiller, 2002)	เชิงสำรวจ	6
15. Activity and sleep contribute to levels of anticipatory distress in breast surgery patients. (Montgomery, Avellino & Bovbjerg, 2004)	เชิงสำรวจ	6

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยไปใช้

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จะเข้ารับการผ่าตัด ใช้แนวคิดของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2004) ดังนี้

1. ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance)

- 1.1 งานวิจัยนั้นตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่กำหนดหรือไม่
- 1.2 งานวิจัยนั้นสามารถช่วยในการตัดสินใจของพยาบาลในเรื่องต่างๆเหล่านี้ได้หรือไม่
- 1.3 งานวิจัยนั้นได้มีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับปัญหาคลินิกที่ต้องการแก้ไขหรือไม่
- 1.4 งานวิจัยนั้นพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาดตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลหรือไม่
- 1.5 กระบวนการเก็บข้อมูลในงานวิจัยสามารถนำมาใช้จริงทางคลินิกได้หรือไม่

2. การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์ (Scientific merit)

- 2.1 มีความแม่นยำในเชิงของศาสตร์ ใช้ฐานคิดที่มีเหตุผล
- 2.2 มีความหมายและความสำคัญทางคลินิก
- 2.3 มีความน่าเชื่อถือ
- 2.4 ไม่มีข้อจำกัด หรือข้อจำกัดน้อย

3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implementation potential) (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2550)

3.1. การเทียบเคียงผลการวิจัย (Transferability of findings)

3.1.1 ผลงานวิจัยนั้นมีความเหมาะสมกับหน่วยงานหรือไม่

3.1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย มีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้หรือไม่

3.1.3 ประสิทธิภาพการดูแลจากสถานการณ์ของการวิจัยแตกต่างจากประสิทธิภาพการดูแลในหน่วยงานที่จะนำผลการวิจัยมาใช้หรือไม่

3.1.4 มีจำนวนผู้ป่วยในหน่วยงานมากพอที่จะได้รับประโยชน์จากผลการวิจัยนั้นหรือไม่

3.1.5 ผลการวิจัยนั้นต้องใช้เวลาานมากเกินไปในการประยุกต์ใช้และประเมินผลหรือไม่

3.2. ความเป็นไปได้ (Feasibility)

3.2.1 พยาบาลมีอิสระในการใช้ผลการวิจัยนั้นหรือไม่และพยาบาลมีอิสระที่จะยกเลิกหากผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามต้องการหรือไม่

3.2.2 การใช้ผลการวิจัยนั้นจะรบกวนการทำงานตามปกติของพยาบาลในหน่วยงานหรือไม่

3.2.3 ผู้บริหารจะให้การสนับสนุนการใช้ผลการวิจัยนั้นหรือไม่ บรรยากาศขององค์กรเอื้อต่อการใช้ผลการวิจัยนั้นหรือไม่

3.2.4 ระดับของความเห็นพ้องของพยาบาลในหน่วยงานและผู้บริหาร เอื้อต่อการนำผลการวิจัยไปใช้หรือไม่ จะมีการต่อต้านหรือไม่ร่วมมือหรือไม่

3.2.5 การนำผลการวิจัยมาใช้จะเป็นสาเหตุของการต่อต้าน (friction) ในองค์กรมากน้อยเพียงไร โครงการใช้ผลการวิจัยนี้จะได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากหน่วยงานของการพยาบาลหรือไม่

3.2.6 ทักษะที่จำเป็นในการใช้ผลการวิจัยนั้นมีอะไรบ้าง พยาบาลในหน่วยงานมีทักษะนั้นแล้วหรือยัง ถ้ายังการพัฒนาทักษะเหล่านั้น มีความยากลำบากเพียงไร

3.2.7 องค์กรมีเครื่องมือ อุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการนำ มาใช้หรือไม่ ถ้าไม่มี มีวิธีการที่จะได้แหล่งประโยชน์เหล่านั้นมาได้หรือไม่

3.2.8 ถ้าพยาบาลจำเป็นต้องละงานจากที่ทำประจำมาเรียนรู้สิ่งใหม่จากการใช้ผลการวิจัยอะไรจะเกิดขึ้นได้บ้าง

3.2.9 มีเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินการใช้ผลงานวิจัยทางคลินิกอยู่หรือไม่

3.3. ความคุ้มค่า (Cost/benefit ratio of the innovation)

- 3.3.1 มีความเสี่ยงอะไรบ้างที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระหว่างการใช้ผลการวิจัย
- 3.3.2 ประโยชน์ที่เป็นผลจากการใช้ผลการวิจัยมีอะไรบ้าง
- 3.3.3 มีความเสี่ยงอะไรบ้างถ้ายังคงใช้วิธีการที่ปฏิบัติอยู่เดิม
- 3.3.4 ค่าใช้จ่ายด้านวัตถุจากการใช้ผลการวิจัยมีอะไรบ้าง ค่าใช้จ่ายระยะสั้นและระยะยาวจากการนำผลการวิจัยเข้ามาใช้ในหน่วยงานมีอะไรบ้าง
- 3.3.5 ค่าใช้จ่ายด้านวัตถุหรือสิ่งของมีอะไรบ้าง ถ้าไม่นำผลการวิจัยมาใช้
- 3.3.6 การลงทุน (ที่ไม่ใช่ด้านวัตถุ) ในระหว่างการนำผลการวิจัยมาใช้มีอะไรบ้าง (เช่น ขวัญกำลังใจของคนทำงานต่ำลง การขาดงาน หรือการลาออก เป็นต้น)
- 3.3.7 ประโยชน์ของการนำผลการวิจัยมาใช้ ที่ไม่ใช่ด้านวัตถุมีอะไรบ้าง (เช่น ขวัญกำลังใจของคนทำงานดีขึ้น มีคนมาสมัครงานเพิ่มขึ้น เป็นต้น)

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Evidence-observed phase)

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้งหมดนำมาสังเคราะห์และสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล แล้วนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับแก้ไขตามคำแนะนำและได้วางแผนก่อนนำไปทดลองใช้ต่อไป

บทที่ 3

วิเคราะห์และสังเคราะห์

ในการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด ได้ทำการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 15 เรื่อง วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (ภาคผนวก ก.) ชนิดของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมิน คือ

วิเคราะห์ห่อภิณ (meta-analysis)	1 เรื่อง
งานวิจัยเชิงทดลอง	9 เรื่อง
งานวิจัยเชิงติดตามไปข้างหน้า	1 เรื่อง
งานวิจัยเชิงสำรวจ	3 เรื่อง
แนวปฏิบัติ	1 เรื่อง

และสามารถนำมาจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ดังนี้

หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 มี	1 เรื่อง
หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 มี	7 เรื่อง
หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 3 มี	2 เรื่อง
หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 4 มี	1 เรื่อง
หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 5 มี	1 เรื่อง
หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 6 มี	3 เรื่อง

สรุปสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

1. การประเมินความวิตกกังวล

1.1 พยาบาลสามารถประเมินความวิตกกังวลและให้การดูแลด้านจิต-สังคมเป็นรายบุคคลในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางขึ้นไป โดยที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ความกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา จำนวนครั้งในการมาขอรับบริการไม่มีความแตกต่างจากจิตแพทย์ (Arving, Sjoden, Bergh, Lindstrom, Wasteson, Glimelius, 2005)

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดมีหลาย

ชนิด เช่น แบบวัดความวิตกกังวลแฝงและเผชิญ (Stait-Trait Anxiety) แบบวัดความวิตกกังวลและซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale: HAD Scale) และปรอทวัดความวิตกกังวลแบบตัวเลข 0-10 (Distress thermometer) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกใช้เฉพาะแบบวัดความวิตกกังวลในแบบวัดความวิตกกังวลและซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale; HAD scale) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ผู้ป่วยสามารถตอบได้ด้วยตนเอง นิยมใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นเครื่องมือที่สั้น กระทัดรัด และมีค่าความน่าเชื่อถือ 0.85 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี (ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ, 2539)

1.3 การประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลได้แก่ สถานภาพสมรส อายุ ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพจิต ระยะของโรค โดยพบว่าผู้ที่อายุน้อยจะวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่อายุมาก ผู้ที่เป็นโสด หรือแต่งงานแล้ววิตกกังวลมากกว่าผู้ที่หม้าย/หย่าร้าง และผู้ที่มีระยะโรคที่ลุกลามหรือผู้ที่มีประวัติเกี่ยวกับสุขภาพจิตอยู่ก่อนจะมีความวิตกกังวลมากกว่าด้วย (Walker & Schuller, 2005; Montazeri et al, 2000; Tatrow & Montgomery, 2006)

2. การให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด

2.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การผ่าตัด สภาพหลังผ่าตัด การปฏิบัติตนก่อน-หลังการผ่าตัด (สุนีย์ สุธีวีระขจร, 2547; อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2545; สุนันทา ตั้งปนิธานดี, 2544; ศดโส เกตุไ নয়, 2543)

2.2 การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ควรให้เวลาผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัย (Walker & Schuller, 2005)

2.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาเป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยส่วนมากต้องการ แต่ข้อมูลด้านอื่นๆ ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของบุคคล ควรให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการ โดยการจัดให้มีข้อคำถามให้ผู้ป่วยได้เลือกถาม (Bruera, Sweeney, Willey, Palmer, Tolley, Rosales & Ripamonti, 2003; Gopal et al, 2005) แหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยใช้และต้องการอย่างต่อเนื่องคือศัลยแพทย์และทีมสุขภาพที่ดูแล ทางหนังสือคู่มือ (Raupach & Hiller, 2002) หรือ การชมวิดีโอ (Walker & Schuller, 2005)

3. การใช้วิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวลแบบรายบุคคล (Tatrow & Montgomery, 2006)

3.1 คนตรีบำบัด (สุนีย์ สุธีวีระขจร, 2547; NCCN, 2005; Haun et al, 2001)

3.2 จินตภาพ (อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2545)

3.3 การคิดเชิงบวก (ศดโส เกตุไ নয়, 2543)

3.4 การทำสมาธิ (NCCN, 2005)

3.5 การออกกำลังกาย และการนอนหลับ (Tatrow et al, 2004; NCCN, 2005; Badger et al, 2007)

4. การส่งเสริมให้ครอบครัวโดยเฉพาะคู่สมรส ให้การสนับสนุนผู้ป่วยที่มีคุณภาพ (NCCN, 2005) ได้แก่

4.1 การสนทนาพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยในการเข้ารับการผ่าตัด และให้ความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพที่จะมั่นคงต่อไป

4.2 การสัมผัสผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจ เช่น การจับมือ การบีบมือเบาๆ การจับแขน การโอบกอด เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความห่วงใย (สุนีย์ สุธีวีระจร, 2547)

5. การประเมินผลหลังการให้การพยาบาล

5.1 ความวิตกกังวลลดลงเฉลี่ย 20% (จากผลวิจัยของอุบลรัตน์ ดีพร้อม (2545) ลดลง 10% และผลวิจัยของสุนีย์ สุธีวีระจร (2547) ลดลง 10% และ 30%)

5.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับการพยาบาลมากกว่า 85% (Bruera et al, 2003; Arving et al, 2005; Walker & Schuller, 2005)

5.3 ความพึงพอใจของพยาบาลมากกว่า 85% (Bruera et al, 2003)

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

ภายหลังการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเสร็จแล้ว นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม 1 ท่าน

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 2 ท่าน

จากนั้นจึงทำการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1. ข้อมูลเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัวในภาคผนวก 3 ที่ให้ผู้ป่วยควรปรับให้สั้น กระชับ เข้าใจง่าย และอาจใช้สื่อการสอนช่วย เช่น DVD, CD หรือคู่มือแผ่นพับ

1. เพิ่มรายละเอียดการบริหารหลังผ่าตัดเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น

2. การเลือกใช้วิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวล ควรเพิ่มการประเมิน เรื่อง อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และจัดหาเทปบันทึกเสียงให้ผู้ป่วยเลือกวิธีผ่อนคลาย

หลังจากปรับตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ในที่สุดได้สร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด

เป้าหมาย เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัด

คำจำกัดความ

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด หมายถึง

กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดเต้านมแบบถาวรชนิดดัดแปลง (Modified radical mastectomy) ซึ่งเป็นการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ และการผ่าตัดเฉพาะเต้านมออกทั้งหมด (Simple mastectomy หรือ Total mastectomy)

เกณฑ์การเลือกผู้ป่วย

1. มีการรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารได้ และอ่านหนังสือได้
2. เป็นผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด (elective case) และมานอนพักในโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 วันก่อนผ่าตัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลและได้รับการพยาบาลตามระดับความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะก่อนการผ่าตัด
2. พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติในการประเมินและให้การพยาบาลตามระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะก่อนการผ่าตัดที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์
3. หน่วยงานมีมาตรฐานในการประกันคุณภาพการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เกิดขึ้นในระยะก่อนการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ด้วยแบบวัดความวิตกกังวล (HAD Scale) ของชนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2539) โดยที่คะแนนลดลงอย่างน้อย 3 คะแนนในกลุ่มวิตกกังวลมาก อย่างน้อย 2 คะแนนในกลุ่มวิตกกังวลปานกลาง และอย่างน้อย 1 คะแนนในกลุ่มวิตกกังวลปกติ (โดยการเทียบเคียงจากงานวิจัยที่พบว่าระดับความวิตกกังวลลดลงเฉลี่ย 20 %)
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ มากกว่า 85 % (ภาคผนวก ข.และภาคผนวก ช.)
3. ความพึงพอใจของบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มากกว่า 85 % (ภาคผนวก ฉ.)

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. การประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (แรกเริ่มผู้ป่วย)

1.1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และกล้าเปิดเผยถึงสาเหตุของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

1.2. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด(ภาคผนวก ข.) ประกอบด้วย

1.2.1 แบบวัดความวิตกกังวล (HAD Scale) ของรนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2539) (ภาคผนวก ข.1) มีข้อคำถาม 7 ข้อแต่ละข้อมีช่วงคะแนน 0-3 คะแนน และคำถามข้อที่ 8 ให้ผู้ป่วยเลือกระดับความวิตกกังวลของตนเอง การจัดระดับความวิตกกังวลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

1.2.1.1 คะแนนอยู่ระหว่าง 0-7 คะแนน มีความวิตกกังวลปกติ

1.2.1.2 คะแนนอยู่ระหว่าง 8-10 คะแนน มีความวิตกกังวลปานกลาง

1.2.1.3 คะแนนอยู่ระหว่าง 11-21 คะแนน มีความวิตกกังวลมาก

1.2.2. แบบประเมินสาเหตุของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (ภาคผนวก ข.2)

2. แนวปฏิบัติการพยาบาล

2.1. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลปกติ (คะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 0 – 7 คะแนน) ให้การพยาบาลดังนี้

2.1.1. สร้างสัมพันธภาพ ให้เวลาในการตอบข้อซักถาม และข้อสงสัยต่างๆ

2.1.2. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดด้วยการให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตนก่อน-หลังผ่าตัด (ภาคผนวก ค.) การออกกำลังหลังผ่าตัด (ภาคผนวก ง.) (สไตเกตุไณย, 2543; สุนันทา ตั้งปณิธานติ, 2544; สุนีย์ สุธีวีระขจร, 2547; Walker et al, 2005; NCCN, 2005)

2.1.3. การส่งเสริมให้คู่สมรส/ครอบครัวให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย (NCCN, 2005) ดังนี้

2.1.3.1. สนทนาพูดคุยให้กำลังใจในการเข้ารับการผ่าตัด ส่งเสริมคู่สมรสให้ความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพที่จะมั่นคงต่อไป และส่งเสริมครอบครัวให้ความมั่นใจในการแบ่งเบาภาระหน้าที่

2.1.3.2. การสัมผัสที่จะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เช่น การจับมือ การบีบมือเบาๆ การจับแขน การตบเบาๆที่หลังมือ และการโอบกอดด้วยสัมผัสที่อ่อนโยน สุภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความห่วงใยและเอื้ออาทร ซึ่งจะช่วยคลายความวิตกกังวลได้ (สุนีย์ สุธีวีระขจร, 2547)

2.1.4. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดเชิงบวก เพื่อให้เกิดความหวังในการเข้ารับการรักษา เกิดความมั่นใจและความเข้มแข็งในการเผชิญกับภาวะที่คุกคามในช่วงก่อนการผ่าตัด (สศส เถตุไณย, 2543) (ภาคผนวก จ.)

2.1.5 แนะนำผู้ป่วยให้เลือกใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อคลายความวิตกกังวล (ภาคผนวก จ.) ตามความชอบของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น

- ก. การฟังดนตรี
- ข. การฝึกการหายใจ
- ค. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- ง. การสร้างจินตภาพ
- จ. การทำสมาธิ
- ฉ. การอ่านหนังสือตามความชอบ เช่น วารสารหรือนิตยสาร หนังสือ ธรรมชาติ หนังสือข้ามชั้น เป็นต้น
- ช. อื่น ๆ เช่น การดูทีวี การวาดรูป เป็นต้น

2.2. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลปานกลาง (คะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 8-10 คะแนน) ให้การพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลปกติและเพิ่มเติมในเรื่องต่อไปนี้

2.2.1. ส่งเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพ ด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ มีเสียงรบกวนน้อยที่สุด หรือ เลือกวิธีการผ่อนคลายที่ผู้ป่วยชอบก่อนนอน

2.2.2. รายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาให้ยาลดความวิตกกังวล (NCCN, 2005)

2.2.3. ร่วมปรึกษามิตรสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแล เพื่อร่วมดูแลปัญหาที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านเศรษฐฐานะ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เป็นต้น

2.3. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลมาก (คะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 11-21 คะแนน) ให้การพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลปานกลางและเพิ่มเติมในเรื่องต่อไปนี้

2.3.1. ให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกในระหว่างเข้ารับการรักษา กับผู้ป่วยอื่น ควรเลือกผู้ป่วยที่พ้นตัวหลังผ่าตัด และมีประสบการณ์จากการผ่าตัดที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นต้นแบบผู้ป่วยด้วยกัน ช่วยให้มีกำลังใจและคลายความกังวลลงได้ (Walker et al, 2005)

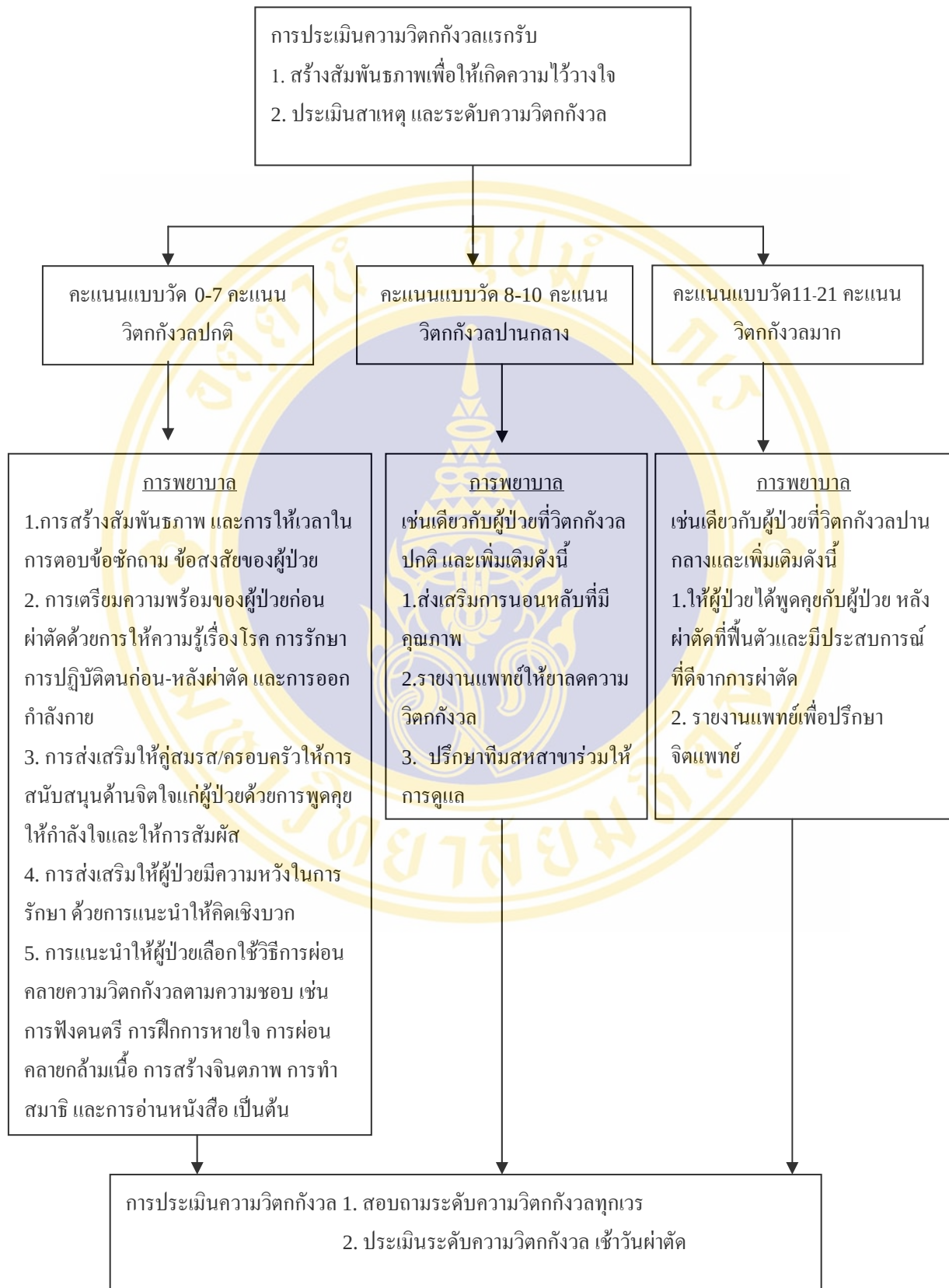
2.3.2. รายงานแพทย์เพื่อปรึกษาคิดแพทย์ร่วมดูแลด้านจิตใจ (NCCN, 2005)

3. การประเมินผล

3.1. ประเมินความวิตกกังวลทุกเวอร์ ด้วยการสอบถามระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยในขณะนั้น ถ้าความวิตกกังวลลดลง ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติเดิมต่อไป แต่ถ้าระดับความวิตกกังวลไม่ลดลงหรือมากขึ้น ให้ประเมินสาเหตุและระดับความวิตกกังวลซ้ำอีกครั้ง แล้วให้การพยาบาลตามข้อมูลที่ประเมินใหม่

3.2. ประเมินความวิตกกังวลเข้าวันผ่าตัด ถ้าระดับความวิตกกังวลไม่ลดลง ให้รายงานแพทย์ เพื่อให้วางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป





แผนภูมิที่ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด

บทที่ 4

แผนการดำเนินงาน

การศึกษาครั้งนี้ ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของชูชีพ ได้ผ่านระยะที่ 1 การค้นหาปัญหา ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำมาประเมิน วิเคราะห์ สร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล ระยะที่ 3 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการถึงระยะนี้เนื่องจากมีระยะเวลาในการศึกษาที่จำกัด และผู้ศึกษาได้วางแผนในการดำเนินการในระยะต่อไป คือระยะนำไปทดลองใช้ และระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน ดังนี้

แผนการดำเนินการต่อในระยะที่ 3 การนำไปทดลองใช้

1. เข้าพบศัลยแพทย์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าคิกที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัด เพื่อนำเสนอแนวคิดและขอคำแนะนำเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน
2. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเข้าเสนอในที่ประชุมทีมผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม(Patient care team: PCT ศัลยกรรม) ให้ร่วมแสดงประชาพิจารณ์ แล้วนำข้อเสนอนี้ที่ได้มาปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการนำไปใช้จริงในหน่วยงาน
3. ประชุมชี้แจงแนะนำและอธิบายขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติ การใช้แบบวัดความวิตกกังวล รวมทั้งจัดประชุมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัดแก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องก่อนการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้
4. นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (Pilot study) ประมาณ 3 เดือน และประเมินผลทุกเดือน ดังนี้
 - 4.1 กระบวนการนำไปใช้ มีปัญหา อุปสรรคในการใช้หรือไม่ แล้วนำมาปรับแก้ไข
 - 4.2 ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ
 - 4.2.1 ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลง
 - 4.2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ
 - 4.2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

แผนการดำเนินการต่อในระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติใช้จริงในหน่วยงาน

1. นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลในการประชุมทีมบริหารการพยาบาล และทีมผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร โดยบูรณาการแนวปฏิบัติให้เข้ากับการทำงานประจำ และจัดทำเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI)
2. ประเมินผลการทำงานร่วมกับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม ทุก 1 เดือนประมาณ 3 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 3 เดือน
3. ทำการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์(Outcomes research)เพื่อดูประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล ทั้งผลลัพธ์ในระยะสั้น คือ ระดับความวิตกกังวลที่ลดลงก่อนการผ่าตัด ความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติและพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ผลลัพธ์ในระยะกลาง คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผลลัพธ์ระยะยาวคือการปรับตัวและการเผชิญกับโรค การกลับเป็นซ้ำ/การแพร่กระจาย และอัตราการเสียชีวิต

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และการรักษาหลักเป็นอันดับแรก คือ การผ่าตัด ซึ่งการรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมและต้องเข้ารับการผ่าตัด ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล เนื่องจากการรับรู้ว่าเป็นโรคที่รุนแรง คุณค่าถึงชีวิต กลัวโรคกลับมารักษาไม่หาย และทำให้ต้องสูญเสียภาพลักษณ์ความเป็นหญิง รวมทั้งการขาดการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปวดหลังผ่าตัด ต้องการยาแก้ปวดมากขึ้น อ่อนล้า เพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ภูมิคุ้มกันโรคลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ช้า ทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด โดยการใช้ผลงานวิจัย ร่วมกับประสบการณ์ความเชี่ยวชาญทางคลินิก และความชื่นชอบของผู้ป่วย รวมทั้งคำนึงถึงความเหมาะสมกับระบบการให้บริการและทรัพยากรในหน่วยงาน เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแล จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล มีความพึงพอใจในบริการ และทำให้พยาบาลได้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด และทำให้หน่วยงานมีมาตรฐานในการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ(Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่1 การค้นหาปัญหา ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 15 เรื่อง เป็นการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) 1 เรื่อง การวิจัยเชิงทดลอง 9 เรื่อง การศึกษาติดตามไปข้างหน้า 1 เรื่อง การวิจัยเชิงสำรวจ 3 เรื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิก 1 เรื่อง แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ สร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ประกอบด้วย การประเมินระดับความวิตกกังวล การให้ข้อมูล การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การสนับสนุนจากกลุ่มสมรส/ครอบครัว ระยะที่3 การวางแผนที่จะนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในหน่วยงานโดยได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม 1 ท่านและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 2 ท่านและวางแผนในการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในหน่วยงาน และระยะที่ 4 เป็นการวางแผนนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาปรับปรุงหลังจากนำไปทดลองใช้แล้วเพื่อนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงต่อไป

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัตินี้ เห็นว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมปัญหาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ในการประเมินและได้รับการดูแลตามระดับความวิตกกังวล มีการนำความชอบของผู้ป่วยในการให้เลือกรวีกการผ่อนคลายตามชอบ และได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และยังเป็นแนวปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย รวมทั้งมีความเป็นอิสระในการสร้าง ในการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ มีความสอดคล้องในการนำไปใช้ในการลดความวิตกกังวล หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ส่วนมากมีความน่าเชื่อถือมาก และเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมพยาบาลเพื่อเพิ่มพูนทักษะในการประเมินความวิตกกังวลและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด
2. การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อสะดวกในการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ
3. การจัดระบบภาระงานของพยาบาลให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น โดยการจัดให้มีเจ้าหน้าที่รับภาระงานที่ไม่ใช่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง เช่น งานเบิกพัสดุ- อุปกรณ์การแพทย์ การลงทะเบียนเอกสารต่างๆ เป็นต้น
4. แนวปฏิบัติควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและบริบทของการให้บริการ รวมทั้งผลงานวิจัยใหม่ๆที่เกิดขึ้น
5. ควรขยายแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลไปจนถึงช่วงระยะเวลาหลังการผ่าตัดเต้านม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง
6. เผยแพร่แนวปฏิบัติไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หอผู้ป่วยพิเศษต่างๆ หอผู้ป่วยประกันสังคม และโรงพยาบาลในเครือข่าย เป็นต้น

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัดเต้านม

เพียงฤทัย โรจน์ชีวิน 4836891 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ : สายพิน เกษมกิจวัฒนา, พย.ค., วรณี สัตยวิวัฒน์, ค.ม.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบได้มากขึ้นในสตรีไทย โดยพบอัตราป่วยด้วยมะเร็งเต้านม(ทั่วประเทศไม่รวมกรุงเทพ) ในปี พ. ศ 2546 และ 2547 คือ 28.1 และ 32.22 คนต่อประชากรแสนคน และพบว่าอัตราป่วยสูงเป็นลำดับที่สองรองจากมะเร็งตับ ส่วนอัตราตายจากมะเร็งเต้านมพบเป็นลำดับที่สามของมะเร็งในสตรี โดยพบ 4.7, 5.8 และ 5.9 คนต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2545- 2547 ตามลำดับ (สถิติสาธารณสุข, 2546- 2547) จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2546 และ 2547 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 633 และ 879 คน และจากสถิติของสถานวิทยามะเร็งศิริราช ปี พ.ศ. 2547 และ 2548 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 706 และ 767 คนตามลำดับ ซึ่งพบว่าสถิติจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของทั้งสองสถาบันนั้นจัดเป็นลำดับหนึ่งของโรคมะเร็งในสตรี และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ

การรักษามะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับระยะของโรค ความรุนแรงของโรค และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย การรักษาด้วยการผ่าตัดมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1-3 ถือเป็นการรักษาหลัก (เขาวนุช คงคำณ, 2548; กริช โพธิ์สุวรรณ, 2545) และวิธีการผ่าตัดที่นิยมทำกันมากที่สุด คือ Modified radical mastectomy (กริช โพธิ์สุวรรณ, 2545) และอาจพิจารณาให้การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดในกรณีที่ก้อนมะเร็งขนาดเกิน 1 ซม. หรือให้รังสีรักษากรณีที่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ร่วมกับการให้ฮอร์โมนรักษา (tamoxifen) กรณีมีผลบวกของฮอร์โมนรีเซพเตอร์ เป็นต้น

การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและต้องเข้ารับการรักษด้วยการผ่าตัดถือได้ว่าเป็นเรื่องวิกฤติของชีวิตผู้หญิงทุกคน เริ่มจากการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจะรับรู้และประเมินว่า

ตนเองเป็นโรคที่มีความรุนแรง คุกคามต่อชีวิตและนำไปสู่ความตาย (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรงศิริ, 2546) กล่าวว่าโรคที่เป็นจะลุกลาม ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเมื่อต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลมากขึ้นเนื่องจากการสูญเสียเอกลักษณ์ความเป็นหญิง (สุนีย์ จันทรมหเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) ในหญิงที่มีคู่สมรส จะกังวลว่าบทบาทการเป็นภรรยาจะไม่สมบูรณ์หรือสามีอาจจะรังเกียจและถูกทอดทิ้งเมื่อไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศแก่สามีได้ ในหญิงโสดที่อายุน้อย กังวลว่าตนเองจะสูญเสียความสวยงาม ความมีเสน่ห์ เกิดความอับอาย (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรงศิริ, 2546) นอกจากนี้ยังมีความกลัวการผ่าตัด กลัวความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และไม่ฟื้นจากยาระงับความรู้สึก (อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2545) อีกทั้งยังอาจมีความกังวลเกี่ยวกับฐานะเศรษฐกิจ และความมั่นคงในหน้าที่การงานต่อไป

ผลการวิจัยพบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะก่อนผ่าตัดมากกว่าหลังผ่าตัดในระยะแรก (คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา และ จิราภรณ์ มนนานนท์, 2549) และความวิตกกังวลในระยะนี้อยู่ในระดับมาก (อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาทางอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งมักถูกละเลยและไม่ได้รับการช่วยเหลือมากเท่าที่ควร (Caroll, 2001) การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความวิตกกังวลและไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะทำให้เพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ มีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็วขึ้น หายใจเร็วขึ้น มีผลให้การทำงานของระบบไหลเวียนเลือดมากขึ้น ร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น หัวใจต้องทำงานมากขึ้น ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายในขณะที่ทำผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นอยู่เดิม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ นอกจากนี้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและต้องการยาแก้ปวดมากขึ้น (Özalp et al, 2003; Katz et al, 2005) นอนไม่หลับ (Tatrow et al, 2004) และมีความยากลำบากในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (Badger et al, 2007) หากความวิตกกังวลยังดำเนินต่อไปในระยะยาว อาจจะมีผลให้มะเร็งเต้านมกลับเป็นซ้ำ และเสียชีวิตได้เร็วขึ้น (Groenvold et al, 2006) นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังมีผลต่อกระบวนการเรียนรู้และการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัด รวมถึงการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการผ่าตัดอีกด้วย ซึ่งจะเสริมให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะในช่วงเวลาของการฟื้นฟูสภาพทำให้ผู้ป่วยประเมินประสบการณ์ที่ได้รับจากการผ่าตัดในเชิงลบ ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวต่อโรคและการรักษาต่อไป ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น

พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด ด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีการประเมินความวิตกกังวล มีบทบาทอิสระในการหาวิธีการช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดได้ เช่น การแนะนำให้

ความรู้ การให้คำปรึกษา การสนับสนุนด้านจิตใจ และการประสานทีมสหสาขาวิชาดูแลผู้ป่วยด้วย เพื่อให้ผลลัพธ์จากการดูแลได้ประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดี เข้าใจถึงผลดีของการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพิ่มความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

จากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลจังหวัดระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ซึ่งได้ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเมื่อปี พ.ศ. 2549 และจะต้องรับการประเมินซ้ำอีกในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งมาตรฐานการรับรองคุณภาพ ในบทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา ข้อที่ 5 การประเมินและวางแผนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด ได้กำหนดให้มีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ รพ., 2543) และจากการประเมินดังกล่าวสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ รพ. (พรพ.) ได้เสนอให้ส่งเสริมการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมและได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน แต่พบว่ายังไม่มีแนวทางที่เป็นมาตรฐานชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด พยาบาลจะประเมินความวิตกกังวลด้วยการสอบถามและจัดการแก้ไขเอง มากกว่าการใช้เครื่องมือประเมินความวิตกกังวลและการศึกษาทีมสหสาขาวิชาดูแลร่วมกัน และการพยาบาลด้านจิตใจขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ส่วนการให้คำแนะนำก่อนผ่าตัด มะเร็งเต้านมไม่แตกต่างจากการให้คำแนะนำก่อนการผ่าตัดทั่วไป และยังไม่มีการนำผลงานวิจัยมาใช้ ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดมีความเจ็บปวดในระดับมากและต้องการยาแก้ปวดมากขึ้น การบริหารข้อไหล่และแขนได้ช้า ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าปกติและค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติพยาบาล เป็นการบูรณาการผลงานวิจัยเข้ากับ ความชำนาญทางคลินิก โดยคำนึงถึงสถานการณ์ ความชอบของผู้ป่วย และแหล่งประโยชน์ในสิ่งแวดล้อม เพื่อประกอบการตัดสินใจให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีความทันสมัย กลุ่มค่าใช้จ่าย และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ(สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2550) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในช่วงระยะก่อนการผ่าตัด ทั้งนี้เนื่องจากมีระยะเวลาในการศึกษาที่จำกัด และจะขยายแนวปฏิบัติต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังการผ่าตัดต่อไปภายหน้า เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพได้เร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อการเจ็บป่วยและการผ่าตัดได้ วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัดเต้านม

วิธีดำเนินการ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ เลือกใช้รูปแบบการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการที่ชัดเจน ง่ายต่อการปฏิบัติและเน้นที่การพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร ตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ มี 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ระยะการค้นหาค้นหาปัญหา (Evidence-trigger phase) ได้มาจากหลักฐาน 2 ทางคือ
 - 1.1 จากปัญหาที่พบในระหว่างปฏิบัติงาน (Practice triggers)
 - 1.2 จากแหล่งความรู้ (Knowledge triggers)
2. ระยะการค้นหาลักษณะหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-supported phase)
3. ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence-observed phase)
4. ระยะนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-based phase)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดในครั้งนี้จะดำเนินการถึงระยะที่ 3 ตามรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ ดังนี้

ระยะที่ 1. การสืบค้นปัญหา (Evidence-trigger phase)

จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมานาน 13 ปี ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดเกิดจากทัศนคติต่อโรคในด้านลบ จึงรับรู้ว่ามีมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่รุนแรง ถึงแก่ชีวิต ปัจจัยที่ทำให้ความวิตกกังวลสูงขึ้นได้แก่การมีปัญหาสุขภาพจิตอยู่เดิม ขาดการสนับสนุนจากคู่สมรส/ผู้ใกล้ชิด ระยะของโรคที่ลุกลาม ผลข้างเคียงจากการรักษา การขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา ขาดการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัดในระดับมากและต้องการยาแก้ปวดมากขึ้น มีอาการอ่อนล้า นอนไม่หลับ เพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (ความดันโลหิตสูง, ชีพจรเต้นเร็ว, หายใจเร็ว, ต้องการออกซิเจนมากขึ้น) และมีผลให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อ รวมทั้งยังส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช้า มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่ายขึ้น ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและเพิ่มค่าใช้จ่ายสูงขึ้น หากความวิตกกังวลไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ เกิดการแยกตัวจากสังคม มีผลให้สัมพันธภาพกับผู้ใกล้ชิดไม่ดี ทำให้ขาดการสนับสนุนจากผู้ใกล้ชิดได้ จึงเป็นการเพิ่มความวิตกกังวลให้มากขึ้น ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดประเด็นที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือ การประเมินความวิตกกังวล การให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด การใช้เทคนิคการผ่อนคลายความกังวลร่วมกับการประสานกับทีมสหสาขาในการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก

ระยะที่ 2. การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-supported phase) เพื่อสนับสนุนการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้ศึกษาได้กำหนดแนวทางในการสืบค้นวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษามากที่สุด ทั้งในด้านกลุ่มประชากร แหล่งที่ทำการศึกษา และวิธีการปฏิบัติ

การกำหนดขอบเขตในการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

1. ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
 2. ศึกษาวิธีการประเมินความวิตกกังวลและวิธีการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดที่อยู่ในขอบเขตที่พยาบาลสามารถทำได้
 3. รูปแบบของหลักฐานที่นำมาใช้ได้แก่ การทบทวนอย่างเป็นระบบ(systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ(meta-analysis) การวิจัยเชิงทดลอง (experimental study) และการวิจัยที่ไม่ใช่การทดลอง เช่น การศึกษาติดตามไปข้างหน้า (prospective study) การวิจัยเชิงสำรวจ (survey study) การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive) และแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline)
 4. ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี 2000-2006 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- แหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์
1. การสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database) ฐานข้อมูลที่ใช้ได้แก่ Pub Med, CINAHL, OVID, Blackwell, Cochran, Science Direct ซึ่งกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ดังนี้

1. Breast cancer and surgery
2. Breast cancer and surgery and relaxation
3. Breast cancer, and anxiety/ distress
4. Breast cancer and surgery and anxiety/ distress
5. Breast cancer and surgery and anxiety/ distress and information
6. Breast cancer and surgery and anxiety/ distress and relaxation
7. Breast cancer and surgery and anxiety/ distress and support

2. การค้นด้วยมือ

3. การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้งหมดนำมาประเมินคุณภาพ ระดับความน่าเชื่อถือ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ตามเกณฑ์ดังนี้

1. การประเมินคุณภาพงานวิจัยของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2550)
2. การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Melnyk.B.M & Fineout-Overholt, 2005)
3. การประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยไปใช้ (Polit & Beck, 2004)

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินมีทั้งหมด 15 เรื่อง คือ

วิเคราะห์ห่อภิรมาน(meta-analysis)	1	เรื่อง
งานวิจัยเชิงทดลอง	9	เรื่อง
งานวิจัยเชิงติดตามไปข้างหน้า	1	เรื่อง
งานวิจัยเชิงสำรวจ	3	เรื่อง
แนวปฏิบัติทางคลินิก	1	เรื่อง

การจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ดังนี้

หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 มี	1	เรื่อง
หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 มี	7	เรื่อง
หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 3 มี	2	เรื่อง
หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 4 มี	1	เรื่อง
หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 5 มี	1	เรื่อง
หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 6 มี	3	เรื่อง

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Evidence-observed phase)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้งหมด นำมาสังเคราะห์ และสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลและผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 2 ท่าน จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข และสุดท้ายได้แนวปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด

เป้าหมาย เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัด

คำจำกัดความ

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด หมายถึง

กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง (Modify radical mastectomy) ซึ่งเป็นการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ และการผ่าตัดเฉพาะเต้านมออกทั้งหมด (Simple mastectomy หรือ Total mastectomy)

เกณฑ์การเลือกผู้ป่วย

1. มีการรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารได้ และอ่านหนังสือได้
2. เป็นผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด (case elective) และมานอนพักในโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 วันก่อนผ่าตัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลและได้รับการพยาบาลตามระดับความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะก่อนการผ่าตัด
2. พยาบาลมีแนวปฏิบัติในการประเมินและให้การพยาบาลตามระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะก่อนการผ่าตัดที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์
3. หน่วยงานมีมาตรฐานในการประกันคุณภาพการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เกิดขึ้นในระยะก่อนการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ด้วยแบบวัดความวิตกกังวล (HAD Scale) ของรณานิรัช โกวิทย์และคณะ (2539) โดยที่คะแนนของแบบวัดความวิตกกังวลลดลงอย่างน้อย 3 คะแนนในกลุ่มวิตกกังวลมาก ลดลงอย่างน้อย 2 คะแนนในกลุ่มวิตกกังวลปานกลาง และลดลงอย่างน้อย 1 คะแนนในกลุ่มวิตกกังวลปกติ
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ มากกว่า 85 %
3. ความพึงพอใจของบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มากกว่า 85 %

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. การประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (แรกรับผู้ป่วย)
 - 1.1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และกล้าเปิดเผยถึงสาเหตุของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด
 - 1.2. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดประกอบด้วย
 - 1.2.1 แบบวัดความวิตกกังวล (HAD Scale) ของรณานิรัช โกวิทย์และคณะ (2539) มีข้อคำถาม 7 ข้อแต่ละข้อมีช่วงคะแนน 0-3 คะแนน และคำถามข้อที่ 8 ให้ผู้ป่วยเลือกระดับความวิตกกังวลของตนเอง การจัดระดับความวิตกกังวลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ
 - 1.2.1.1 คะแนนอยู่ระหว่าง 0-7 คะแนน มีความวิตกกังวลปกติ
 - 1.2.1.2 คะแนนอยู่ระหว่าง 8-10 คะแนน มีความวิตกกังวลปานกลาง
 - 1.2.1.3 คะแนนอยู่ระหว่าง 11-21 คะแนน มีความวิตกกังวลมาก

1.2.2. แบบประเมินสาเหตุของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

2. แนวปฏิบัติการพยาบาล

2.1. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลปกติ (คะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 0 – 7 คะแนน) ให้การพยาบาลดังนี้

2.1.1. สร้างสัมพันธภาพ ให้เวลาในการตอบข้อซักถาม และข้อสงสัยต่างๆ

2.1.2. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดด้วยการให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตนก่อน-หลังผ่าตัด และการออกกำลังหลังผ่าตัด แก่ผู้ป่วยและคู่สมรส/ครอบครัว (สดีโส เกตุไวย, 2543; สุนันทา ตั้งปณิธานดี, 2544; สุนีย์ สุธีวีระขจร, 2547; Walker et al, 2005; NCCN, 2005)

2.1.3. การส่งเสริมให้คู่สมรส/ครอบครัวให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย (NCCN, 2005) ดังนี้

2.1.3.1. สนทนาพูดคุยให้กำลังใจในการเข้ารับการผ่าตัด ส่งเสริมคู่สมรสให้มีความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพที่จะมั่นคงต่อไป และส่งเสริมครอบครัวให้มีความมั่นใจในการแบ่งเบาภาระหน้าที่

2.1.3.2. การสัมผัสที่จะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เช่น การจับมือ การบีบมือเบาๆ การจับแขน การตบเบาๆ ที่หลังมือ และการโอบกอดด้วยสัมผัสที่อ่อนโยน สุภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความห่วงใยและเอื้ออาทร ซึ่งจะช่วยคลายความวิตกกังวลได้ (สุนีย์ สุธีวีระขจร, 2547)

2.1.4. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดเชิงบวก เพื่อให้เกิดความหวังในการ เข้ารับการ รักษา เกิดความมั่นใจและความเข้มแข็งในการเผชิญกับภาวะที่คุกคามในช่วงก่อนการผ่าตัด (สดีโส เกตุไวย, 2543)

2.1.5 แนะนำผู้ป่วยให้เลือกใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อคลายความวิตกกังวล (ภาคผนวก จ.) ตามความชอบของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น

ก. การฟังดนตรี

ข. การฝึกการหายใจ

ค. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ง. การสร้างจินตภาพ

จ. การทำสมาธิ

ฉ. การอ่านหนังสือตามความชอบ เช่น วารสารหรือนิตยสาร หนังสือ ธรรมะ หนังสือข้ามัน เป็นต้น

ช. อื่น ๆ เช่น การดูทีวี การวาดรูป เป็นต้น

2.2. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลปานกลาง (คะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 8-10 คะแนน) ให้การพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลปกติและเพิ่มเติมในเรื่องต่อไปนี้

2.2.1. ส่งเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพ ด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ มีเสียงรบกวนน้อยที่สุด หรือ เลือกวิธีการผ่อนคลายที่ผู้ป่วยชอบก่อนนอน

2.2.2. รายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาให้ยาลดความวิตกกังวล (NCCN, 2005)

2.2.3. ปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนร่วมกันในการดูแลปัญหาที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านเศรษฐฐานะ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เป็นต้น

2.3. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลมาก (คะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 11-21 คะแนน) ให้การพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลปานกลางและเพิ่มเติมในเรื่องต่อไปนี้

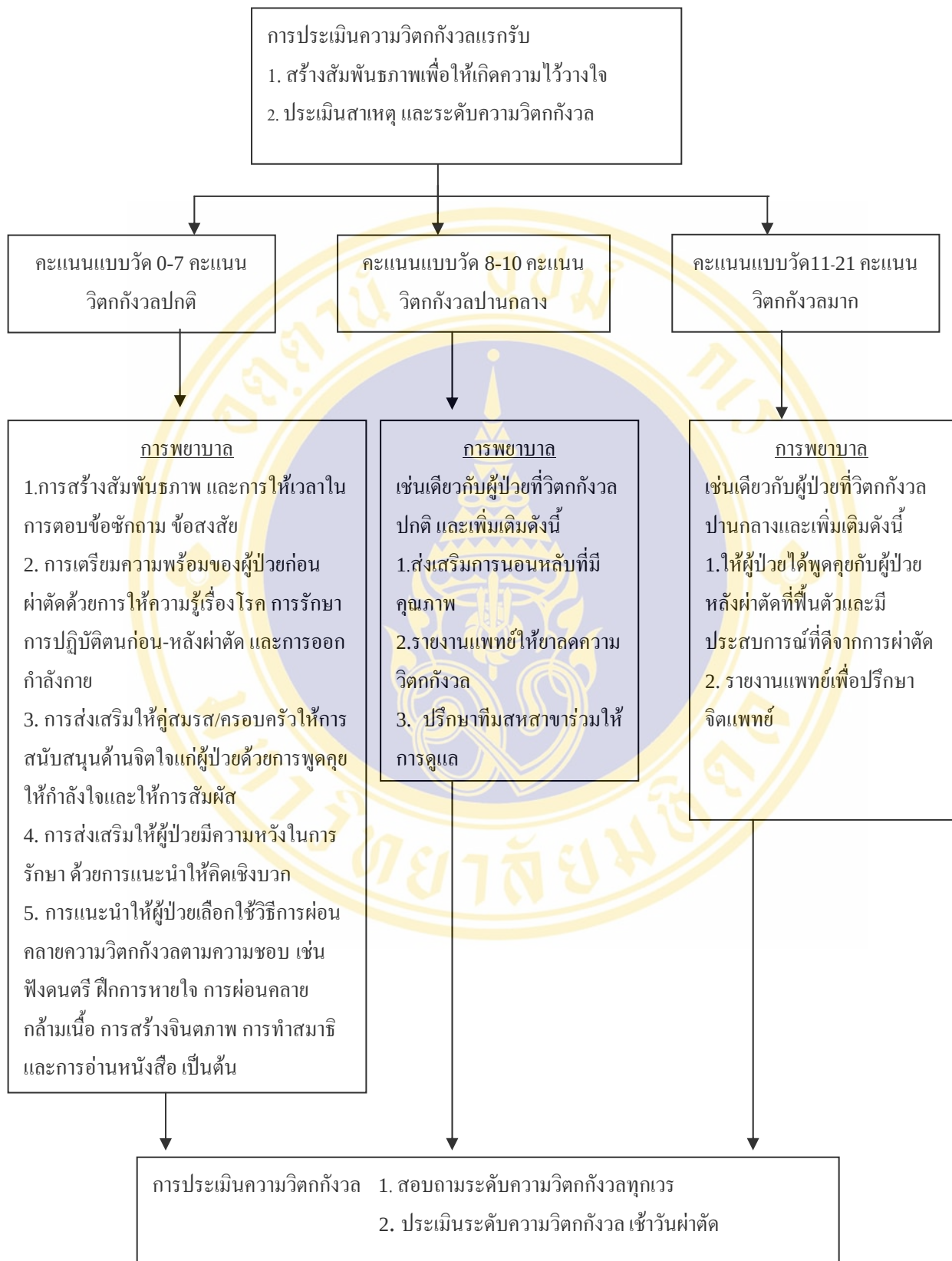
2.3.1. ให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกระหว่างรับการรักษากับผู้ป่วยอื่น ควรเลือกผู้ป่วยที่ฟื้นตัวหลังผ่าตัดและมีประสบการณ์จากการผ่าตัดที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นต้นแบบผู้ป่วยด้วยกัน จะช่วยให้มีกำลังใจและคลายความวิตกกังวลลงได้ (Walker et al, 2005)

2.3.2. รายงานแพทย์เพื่อปรึกษาคิดแพทย์ร่วมดูแลด้านจิตใจ (NCCN, 2005)

3. การประเมินผล

3.1. ประเมินความวิตกกังวลทุกเวร ด้วยการสอบถามระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยในขณะนั้น ถ้าความวิตกกังวลลดลง ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติเดิมต่อไป แต่ถ้าระดับความวิตกกังวลไม่ลดลงหรือมากขึ้น ให้ประเมินสาเหตุและระดับความวิตกกังวลซ้ำอีกครั้ง แล้วให้การพยาบาลตามข้อมูลที่ประเมินใหม่

3.2. ประเมินความวิตกกังวลเช้าวันผ่าตัด ถ้าระดับความวิตกกังวลไม่ลดลง ให้รายงานแพทย์ เพื่อให้วางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป



แผนภูมิแสดง แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด

แผนการดำเนินการต่อในระยะที่ 3 การนำไปทดลองใช้

1. เข้าพบศัลยแพทย์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าдикที่เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อนำเสนอแนวคิดและขอคำแนะนำเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน

2. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเข้าเสนอในที่ประชุมทีมผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม(Patient care team: PCT ศัลยกรรม) ให้ร่วมแสดงประชาพิจารณ์ แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการนำไปใช้จริงในหน่วยงาน

3. ประชุมชี้แจงแนะนำและอธิบายขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติและการใช้แบบวัดความวิตกกังวลรวมทั้งการจัดประชุมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัดแก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องก่อนการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้

4. นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (Pilot study) ประมาณ 3 เดือน และประเมินผลทุกเดือน ดังนี้

4.1 กระบวนการนำไปใช้ มีปัญหา อุปสรรคในการใช้หรือไม่ แล้วนำมาปรับแก้ไข

4.2 ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ

4.2.1 ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลง

4.2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

4.2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

แผนการดำเนินการต่อในระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง

1. นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลในการประชุมทีมบริหารการพยาบาล และทีมผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร โดยบูรณาการแนวปฏิบัติให้เข้ากับการทำงานประจำ และจัดทำเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI)

2. ประเมินผลการทำงานร่วมกับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม ทุก 1 เดือนประมาณ 3 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 3 เดือน

3. ทำการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์(outcomes research)เพื่อดูประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล ทั้งผลลัพธ์ในระยะสั้น คือ ระดับความวิตกกังวลที่ลดลงก่อนการผ่าตัด ความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติและพยาบาล ผลลัพธ์ในระยะกลาง คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผลลัพธ์ระยะยาว คือ การปรับตัวและการเผชิญกับโรค การกลับเป็นซ้ำ/การแพร่กระจาย และอัตราการเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ ในการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ คือ

1. การจัดอบรมพยาบาลเพื่อเพิ่มพูนทักษะในการประเมินความวิตกกังวลและการดูแลผู้ป่วยระยะเร่งด่วนก่อนการผ่าตัด
2. การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อสะดวกในการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ
3. การจัดระบบภาระงานของพยาบาลให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น โดยการจัดให้มีเจ้าหน้าที่รับภาระงานที่ไม่ใช่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง เช่น งานเบิกพัสดุ- อุปกรณ์การแพทย์ การลงทะเบียนเอกสารต่างๆ เป็นต้น
4. แนวปฏิบัติควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและบริบทของการให้บริการ รวมทั้งผลงานวิจัยใหม่ๆที่เกิดขึ้น
5. ควรขยายแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลไปจนถึงช่วงระยะเวลาหลังการผ่าตัดเดิมนม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากการดูแลก่อนการผ่าตัด
6. เผยแพร่แนวปฏิบัตินี้ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หอผู้ป่วยพิเศษต่างๆ หอผู้ป่วยประกันสังคม และโรงพยาบาลในเครือข่าย เป็นต้น

DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR ANXIETY REDUCTION IN BREAST CANCER PATIENTS BEFORE MASTECTOMY

PHIANGRITHAI ROJCHEEWIN 4836891 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORS: SAIPIN KASEMKITWATTANA, D.N.S.,
WANEE SATAYAWIWAT, M.Ed.

EXECUTIVE SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Breast cancer has become serious health problem and frequently found among Thai women. The nation breast cancer rate, excluding Bangkok in the year 2003 and 2004 were totaled of 28.1 and 32.22 persons per 100,000 people. Result findings indicated that breast cancer is the second highest cause of sickness next from liver cancer. As for death rate from breast cancer, it is the third rank of cancer occurred in women. In the year 2002-2004, there were 4.7, 5.8 and 5.9 persons per 100,000 people in the year 2002-2004, respectively (Public Health Statistic, 2003-2004). According to the Nation Cancer Institution, there were numbers of 633 and 879 breast cancer patients in the year 2003 and 2004. Statistical record of Siriraj Cancer Institution indicated that 706 and 767 persons had breast cancer in 2004 and 2005, respectively. Findings from statistical record of both institutions indicated that breast cancer is ranked the highest in women with increasing tendency.

Breast cancer treatment depends on sickness duration and its acute stage as well as patient's personal factors. Breast cancer treatment with mastectomy in phase 1-3 is considered main treatment (Kongdan, 2005; Podhisuwan, 2002). The most preferred mastectomy is the modified radical mastectomy (Podhisuwan, 2002) and

considered adjuvant if cancer lump is bigger than 1 centimeter or giving adjuvant chemotherapy or radiation therapy where the spreading has reached axillary lymph nodes or using together with tamoxifen in case of positive hormone receptor.

Being diagnosis for breast cancer and required treatment with mastectomy is considered critical issue for every woman. It starts from being diagnosed with breast cancer and knowing how acute as life threatening and leading to death (Wongjunrongsiri, 2003). It would create scare feeling for untreatable and spreading sickness. Breast cancer patient who requires mastectomy often gain anxiety from the fear of losing femininity (Junmahasathien & Leksawas, 1997). Among married women, they would be worried for unable to complete their duties as wives or their husbands may dislike their appearance and eventually desert them when they are unable to fulfill their husband sexual desire. In younger unmarried women, they are afraid of losing their beauty and charm as well as being embarrassed (Suvaluk Wongjunlongsiri, 2003). Furthermore, there is the fear of mastectomy and pain afterwards and not awaken from anesthetic (Deeproot, 2002) as well as being worried from economic status and job stability.

Research findings indicated that there is more anxiety among breast cancer patients pre mastectomy than post mastectomy (Pongthavornkamol, Chatchaisucha and Mananon, 2006) and usually at the high level (Deeproot, 2002). Furthermore, it creates emotional problems among breast cancer patients as well as being under treatment (Caroll, 2001). As a result from anxiety, the breast cancer's autonomic nervous system is overworked, leading to high blood pressure, increase heart rate, fast breathing and increase blood circulation. The body increases in oxygen demand and heart rates which may cause danger during intra and post-operation, especially if the patient already has morbidity, such as, hypertension, diabetes, heart disease. Furthermore, anxiety before mastectomy has caused more pain and need for more analgesic drugs after mastectomy (Özalp et al, 2003; Katz et al, 2005) as well as insomnia (Tatrow et al, 2004) and difficult to symptom management (Badger et al, 2007). If the anxiety is continue for long, breast cancer will recurrent or metastasis and the patient may lost her life (Groenvold et al, 2006). Moreover, anxiety has affected learning process and self-care after mastectomy, including adapting to sickness and

mastectomy which should make the patient more susceptible to complication, especially during the rehabilitation period that may result in negative experience of mastectomy. This may effect self-adjustment and treatment. The breast cancer patient may need to longer stay in the hospital and increase health care costs.

The nurses are the health care providers that provide the most cares for patient. So, nurses are the important person in caring the breast cancer patient before mastectomy with building good relationship. There is anxiety appraisal, if anxiety over normal. Nurses have independent role for helping the patient to reduce anxiety before mastectomy by providing suggestions and advice as well as giving psycho-social support then the collaborate multidisciplinary is needed for caring the breast cancer patient as well resulting in the most effective outcomes and at the same time building stronger spirit and positive attitude towards mastectomy, decreasing complication after mastectomy and increasing patient's satisfaction.

From the practical experience in the female surgical ward at a secondary hospital that had certified by Hospital Accreditation Institution in 2006 and subjected for reappraisal in 2008, the standard in Hospital Accreditation (HA.) in Chapter 17 which related to appraisal and planning caring as well as number 5 for the patient appraisal and planning had required patient with physical and spiritual readiness before mastectomy (Institution for Hospital Accredited, 2002). According to such hospital accreditation (HA.), there is the recommendation for patient's caring between collaborate multidisciplinary and promoting division in preparation for the patient's readiness and receiving proper knowledge. However, there has not been definite standard for caring the breast cancer patient before mastectomy and anxiety appraisal. The spiritual support depended on experiences of each individual nurse. As for recommendation before mastectomy, it has not been differed from the normal surgery, without the application of research results. Encountering problems are frequently founded among post mastectomy patients in acute pain, together with insomnia and slowly rehabilitated after mastectomy as well as longer length of stay in hospital.

Application of evidence-based nursing practice is the integration of research results with clinical expertise by considering present condition, patient's preference and benefit of the surrounding and satisfaction of best service.(Kasaemkitwattana,

2007). Therefore, the investigator had decided to develop a clinical nursing practice guideline for anxiety reduction in breast cancer patients before mastectomy to improve quality of care in order to help patient back to normal without complication and can coping well.

Objective

To develop a clinical nursing practice guideline for anxiety reduction in breast cancer patients before mastectomy

Methodology

In developing this clinical practice guideline, evidence-based nursing practice of Soukup(2000) was selected because of process clarity and easy instruction and aiming for changing organization level, including guideline for continuous developing. There are four phases in evidence-based nursing practice as follows:

1. Evidence-trigger phase derived from 2 approaches as follows:

- 1.1 Practice triggers

- 1.2 Knowledge triggers

2. Evidence-supported phase

3. Evidence-observed phase

4. Evidence-based phase

Development of a clinical nursing practice guideline for anxiety reduction in breast cancer patients before mastectomy had reached the 3rd phase based on the following application of evidence-based nursing practice.

Phase 1: Evidence-trigger phase

Based on 13 years experience in caring breast cancer patient together with literatures review, the investigator can make the conclusion that anxiety among breast cancer patients caused by negative attitude from knowing the severity of sickness. Factors creating high anxiety resulted from existing mental problems and lacking support from spouse and close contact, spreading sickness, side effects from treatment, lacking knowledge in proper treatment and readiness before mastectomy. Existing anxiety can cause acute pain after mastectomy which required more analgesic drugs, fatigue, insomnia as well as overwork of automatic nervous system (increase blood pressure, heart rate, respiratory rate, oxygen demand). This eventually causes reduction in immunity which risks infection as well as delay rehabilitation after

mastectomy with patient more susceptible to complication, resulting in longer length of stay and high health care costs. If anxiety in the patient is prolonged, she may lose her confidence and become out of social and bad relationship with another one. As a result, patient's anxiety would be increased even more. Therefore, the investigator had identified areas for developing a clinical practice guideline in order to reduce anxiety among breast cancer patients from anxiety appraisal as well as giving data to prepare for mastectomy and treatment afterwards and relaxation technique together with collaborate multidisciplinary in caring significant case.

Phase 2: Evidence-supported phase to support qualified clinical nursing practice guideline, the researcher had set up guideline to review literature to derive at the most accurate evidence-supported phase for the study in population, learning source and practical method.

Identifying scope for evidence-based nursing practice by following these procedures:

1. Studying a group of breast cancer patients.
2. Studying methods for assessing anxiety and ways to reduce anxiety among breast cancer patients before mastectomy within the nurse's capability.
3. Application of Evidence-based which has been linked to meta-analysis, experimental study and non-experimental research, such as, prospective study and survey study and clinical practice guideline.
4. All Thai and English publications since 2000-2006.

Discovering evidence-based nursing practice

1. From electronic database, such as, Pub Med, CINAHL, OVID, Blackwell, Cochran, Science Direct which specify important key words for searching as follows:

1. Breast cancer and mastectomy
2. Breast cancer and mastectomy and relaxation
3. Breast cancer, and anxiety/ distress
4. Breast cancer and mastectomy and anxiety/ distress
5. Breast cancer and mastectomy and anxiety/ distress and information
6. Breast cancer and mastectomy and anxiety/ distress and relaxation
7. Breast cancer and mastectomy and anxiety/ distress and support

2. Hand searching
3. Checking reference lists

All acquired Evidence-based nursing practice was subjected for appraisal in quality, reliability level and implementation based on the following criteria.

1. Research critical appraisal of Saipin Kasaemkitwattana (2550)
2. Appraising Hierarchy of evidence of Evidence-based nursing practice (Melnik B.M & Fineout-Overholt, 2005)
3. Utilization criteria by Polit & Beck (2004)

Overall, the following 15 evidence-based nursing practice had been assessed: 1 meta-analysis, 9 Experimental studies, 1 Prospective study and 3 Survey studies.

Level of 15 evidence-based nursing practices is being ranked as follows:

1 st level Evidence-based nursing practice	1 study
2 nd level Evidence-based nursing practice	7 study
3 rd level Evidence-based nursing practice	2 studies
4 th level Evidence-based nursing practice	1 study
5 th level Evidence-based nursing practice	1 study
6 th level Evidence-based nursing practice	3 studies

Phase 3: Evidence-observed phase

All evidence-based nursing practice were taken for synthesis and construction of a clinical practice guideline which had been verified by 3 scholars consisted of an expert surgeon in caring for breast cancer patient and 2 expert nurses in caring breast cancer patient as well. Their suggestions were taken into consideration for improvement and final clinical practice guideline.

A clinical practical guideline to reduce anxiety of breast cancer patient before mastectomy.

Objective: To reduce anxiety of breast cancer patient before mastectomy.

Definition:

Anxiety of breast cancer patients before mastectomy is defined as emotional trauma resulted from breast cancer appraisal together as self-threatening by pre and post mastectomy as pre self-threatening which created unhappiness and worried while waiting for mastectomy.

Group of patients utilizing the clinical nursing practice guideline:

All diagnosed patients with breast cancer recommended treatment by modify radical mastectomy which required simple mastectomy or total mastectomy.

Selection criteria of breast cancer patients:

1. Normal awareness with communication and reading ability
2. Being selected as case elective and hospital admission at least 1 day before mastectomy.

Expected outcomes and benefits:

1. Breast cancer patient should receive treatment by mastectomy would be appraisal for anxiety and treatment effectively in order to reduce anxiety before mastectomy.
2. Having practice guideline for nurse in appraisal and treatment of anxiety level before mastectomy based on Evidence-based nursing practice.
3. Division should have standard for qualified treatment to reduce anxiety in breast cancer patient before mastectomy.

Evaluation criteria:

1. Anxiety appraisal before mastectomy with HAD Scale by Tana Nillachai

kovit et al.(1996) by HAD scores reduction at least 3 points among significant case. 2 points reduction in borderline and at least 1 point in normal case (making comparison with research result). Findings indicate that anxiety level was reduced 20%).

2. Satisfaction among patients and relatives is over 85%

3. Satisfaction among practical staffs is over 85%

Practical Steps

1. Anxiety appraisal before mastectomy (initial admission)

1.1 Building relationship with the patient to create trust and dare to reveal cause of anxiety before mastectomy.

1.2 Anxiety appraisal before mastectomy (Appendix 2) consisted of the following:

1.2.1 HAD Scale (Nillachaikowit et al, 1996) had 7 questions with scores 0-3 points and question number 8 for patient to choose from. Anxiety levels are classified in 3 levels as follows:

1.2.1.1 Scores from 0-7 represent normal anxiety

1.2.1.2 Scores from 8-10 represent borderline

1.2.1.3 Scores from 11-21 represents significant case

1.2.2 Assessment forms for cause of anxiety before mastectomy.

2. Clinical Practice guideline

2.1 Patient with normal anxiety who scored between 0-7 points should be got intervention as follows:

2.1.1 Building relationship as well as giving times to answer questions and others inquiries

2.1.2 Preparing the patient for mastectomy by providing information about disease, treatment, pre and post-operation self-care, post mastectomy exercise to the patient, spouse and close family. (Kednai, 2000, Tungpanitandee, 2001, Sutheeverakajorn, 2004, Walker et al, 2005; NCCN, 2005)

2.1.3 Encouraging spouse and family to give the patient their whole psycho-support (NCCN, 2005) through the following support.

2.1.3.1 Making positive conversation about mastectomy, reassure spouse in stronger relationship and encouraging separation of duties among family members.

2.1.3.2 Helping to reduce patient's anxiety through therapeutic touch. For example, shaking and squeezing hands, touching arms, softly patting at the back of the hands. By softly and politely touching the patient, he should the concern and caring which should help ease his anxiety (Sutheeverakajorn, 2004).

2.1.4 Encouraging positive thinking so that patient could regain hope from receiving treatment until becoming confidence and strong to cope with threatening situation before the mastectomy (Kednai, 2000).

2.1.5 Recommending patient relaxation technique to reduce anxiety based on each patient preference as follows:

- A. Music therapy
- B. Breathing exercise Techniques
- C. Muscle Relaxation
- D. Guide Imagery
- E. Meditation
- F. Pleasure Reading, i.e. journals, magazines, religious books, comics
- G. Others, i.e. watching T.V. and painting

2.2 Borderline patient (scores of 8-10) should receive same intervention as normal patient only to add more intervention in the following areas:

2.2.1 Encouraging good amount of sleep in the clear environment with the least possible disturbance noises or relaxation most preferred by patient.

2.2.2 Consult to surgeon in consideration for medicine to reduce anxiety (NCCN, 2005).

2.2.3 Collaborate to multidisciplinary team for economic problems and spouses relationship problems.

2.3 Significant case (scores of 11-21) should receive same intervention as borderline patient only add more intervention in the following areas:

2.3.1 Giving patients the opportunity to share experiences and feeling during treatment with same patients. Recovery patients after recent mastectomy should

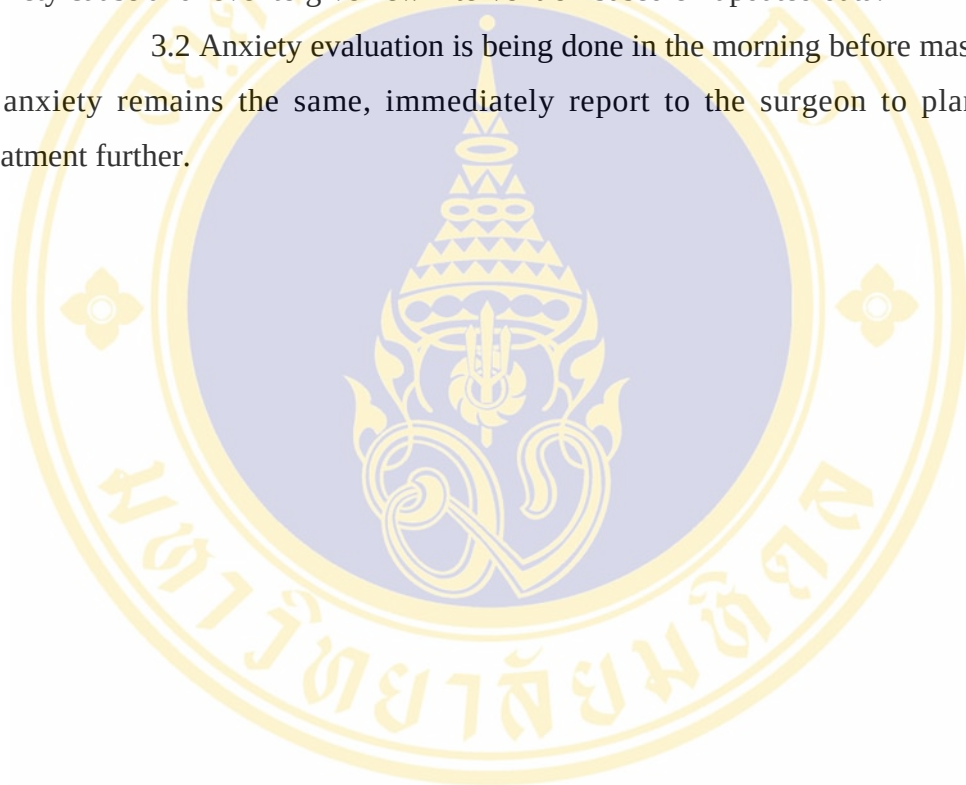
be selected as good experience in mastectomy to inspire other patients and reduce their anxiety (Walker et al, 2005).

2.3.2 Reporting the doctor for consults the psychiatrist (NCCN, 2005).

3. Evaluation

3.1 Anxiety appraisal in every shift by asking patient about his anxiety at that particular moment. If anxiety has been reduced, continue with the same practical guideline. And if the anxiety remains almost at the same level, re-evaluation anxiety cause and level to give new intervention based on updated data.

3.2 Anxiety evaluation is being done in the morning before mastectomy. If anxiety remains the same, immediately report to the surgeon to plan proper treatment further.



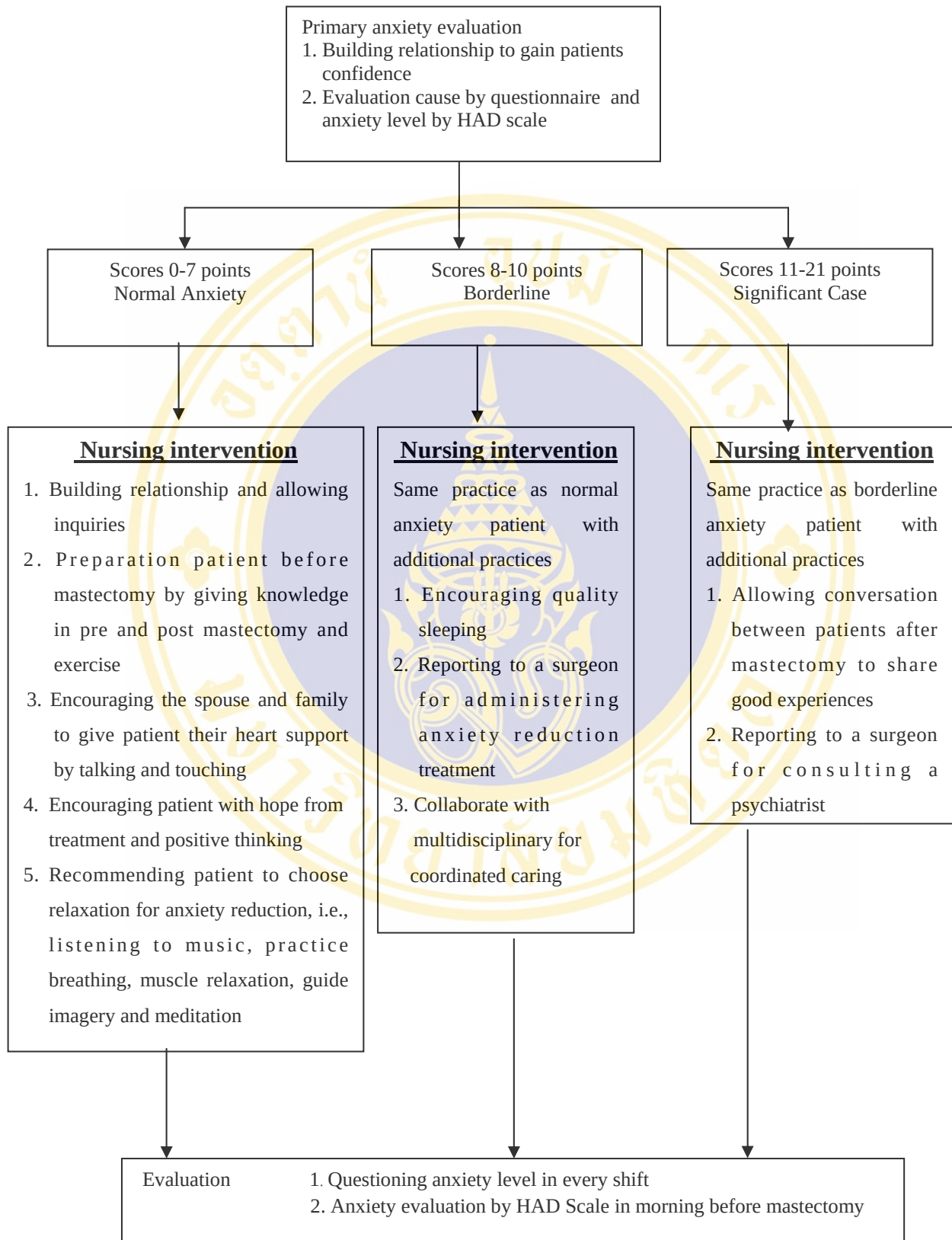


Chart: A clinical nursing guideline for anxiety reduction in breast cancer patients before mastectomy

Planning for Phase 3

1. Meeting with the surgeons, head nurse and supervisor related to caring breast cancer patient for mastectomy in order to present idea and ask for suggestion in implementation.

2. Presenting clinical practice guideline in the meeting by surgery Patient care Team (PCT) to get involved with the decision making and make improvement from recommendation for actual application.

2. Arranging the meeting for nurses and health care providers to recommend and explain the application of practical guideline for breast cancer patients before mastectomy as well as giving knowledge caring for breast cancer patient.

3. Conducting the pilot study estimated 3 months and on monthly basis based on the following concepts:

3.1. Process evaluation and application for improvement

3.2. Required results:

3.2.1 Reducing anxiety before mastectomy

3.2.2 Satisfaction of patient and closed relatives

3.2.3 Satisfaction of health care providers

Planning for Phase 4

1. Presenting clinical practice guideline in the meeting of nurses administrative team and surgical patients care team for patient to induce changes in the organization by integrating practice guideline to continuous quality improvement (CQI) caring with quality for breast cancer patient before mastectomy.

2. Outcomes and process evaluation performance together with mastectomy care team 3 times monthly and every 3 months.

3. Studying outcomes research to observe effectiveness of a clinical practice guideline in short-outcomes as reduction level of anxiety before mastectomy, satisfaction of patient, relatives and nurse as well as intermediate outcomes in complication after the mastectomy, length of stay in hospital admission, health care cost and long-outcomes in self-care management and coping, recurrence and metastasis and mortality rate.

Recommendations

1. Training nurses for more skills in anxiety evaluation and caring for breast cancer patients before mastectomy.
2. Arranging extended patient caring system with primary care nurse to facilitate building relationship and trust.
3. Managing nursing burden in patient's caring by assigning unrelated nursing tasks to non-direct nurses, such as, distributing medical materials and equipments or documents registration.
4. Practical guideline should be continuously developed and improved to blend with environment and service contexts, including new evidence based- practices.
5. The clinical nursing practice guideline should be extended to post-mastectomy period for continuous care
6. The clinical nursing practice guideline should be disseminated to another ward and another hospital where care breast cancer patients.

รายการอ้างอิง

- กองบรรณาธิการนิตยสารHealth& cuisine. (2546). Positive thinking: รู้จักความคิดเชิงบวก
Health& cuisine,3(35),3
- กริช โพธิ์สุวรรณ (2545) มะเร็งเต้านมไม่น่ากลัวอย่างที่คิด (ตอนที่ 1) *วารสารคลินิก*, 18(6), 412-420.
- กริช โพธิ์สุวรรณ, สมศรี รัตนวิจิตรศิลป์, สืบวงศ์ จุฑาภิสัท, สุพัตรา แสงรุจิ และ สุรชาติ จักรภีร์ศิริสุข(2547) การศึกษาด้านทุนในการรักษาโรคมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลศิริราช
*สารศิริราช*56(1) 1-11
- กณีนิจ พงศ์ถาวรกุล, สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา และ จิราภรณ์ มนนานนท์ (2549) การตอบสนองทางจิต
อารมณ์และอาการทำหน้าทีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัด *วารสารพยาบาลศาสตร์*
24(1) 44- 56
- ชัยวัฒน์ คุประตกุล (11 มิถุนายน2550) พลังแห่งการคิดในเชิงบวก. หนังสือพิมพ์โพสต์ทูเดย์
ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และ อุมภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) การพัฒนาแบบ
สอบ ถามHospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง *วารสาร*
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(1), 18-30.
- นอร์แมน วินเวนค์ ฟิล (2548) มหัศจรรย์แห่งการคิดบวก. กรุงเทพฯ: ประสุขชัย
- นรินทร์ วรวิทย์. (2550). ทำไมจึงเป็นมะเร็ง ใน *หมอมะเร็งเล่าเรื่องเต้า*(หน้า40-63). กรุงเทพฯ: เอ้าท์
สแตนด์พับลิเคชั่น.
- นิธิตา ศรีเกตุ. (2549). แนวทางการตรวจวินิจฉัยอาการปวดเต้านมที่เหมาะสม. *วารสารวิชาการ*
แพทย์เขต 15-17, 20(3), 151-155.
- พรชัย โอเจริญรัตน์.(2547). Breast cancer prevention. ใน อุดลย์ รัตนวิจิตรศิลป์และคณะ
(บรรณาธิการ) *ศัลยศาสตร์ศีรษะ คอ และเต้านม เล่มที่ 3* (หน้า 263-270).กรุงเทพฯ: สยาม
ศิลปการพิมพ์
- พรพรรณ วนโรตม พรทิพย์ พานิชเจริญวงศ์ และ วริศรา ไตรรัตน์อภิชาติ.(2548) การทบทวน
งานวิจัยเรื่อง การลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง: กรณีศึกษาในงานวิจัยของประเทศไทย
ใน *เอกสารการประชุมวิชาการครั้งที่ 13 เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งบูรณาการความรู้*
สู่ความเป็นเลิศ 31สิงหาคม-2 กันยายน 2548 ณ ห้องประชุมสิรินธร อาคารเฉลิมพระ
เกียรติ โรงพยาบาลศิริราช(หน้า 27-38)

- พัทธิญา แก้วแพง และ ชนกพร จิตปัญญา (2549) ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 18(2), 33-46.
- มิชิตา จำปาเทศ. (2549). การพัฒนาผู้นำตอนที่11 เรื่อง การคิดเชิงบวก (positive thinking) *LeaderTime*, 67(6) 84-85.
- เขวามุข คงคำณ. (2548) ตำราศัลยศาสตร์ประยุกต์เล่ม 1 กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานคร
- ศศิธร พุ่มดวง. (2548). คนตรีบำบัด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(3), 185-191.
- สศไส เกตุไณย (2543) ผลของการรับรู้ข้อมูลแบบไม่รู้ตัวร่วมกับการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวและวิธีคิดเชิงบวกต่อความหวังตามแนวคิดของเฮิร์ทในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดวิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถานวิทยามะเร็งศิริราช (2548) รายงานสถิติโรคมะเร็ง พ.ศ.2548
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.(2443). *มาตรฐานHAและเกณฑ์พิจารณา: บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล* กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- สมจิต หนูเจริญกุล, จารุวรรณ กฤตย์ประชา และวรัชย์ รัตนธรร (2540). พัฒนคติต่อโรคมะเร็งปฏิกิริยาการตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม วารสารพยาบาลรามธิบดี, 3(1), 34- 44.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2550) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ใน การวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ (หน้า14-1-14-69) นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2547) สถิติสาธารณสุข พ. ศ. 2547
- สิริรัตน์ เตียวรัตน์, วีระเกียรติ หิรัญวิวัฒนกุล และ สมนึก เกษภูมัทธกุล (2545) ความสามารถของภาพรังสีเต้านมร่วมกับอัลตราซาวด์ในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม *วชิรเวชสาร*, 46(2), 115-123
- สิโรจน์ กาญจนปัญญาพล. (2548). Preoperative management of breast cancer. ใน เขวามุข คงคำณ.(บรรณาธิการ). *ตำราศัลยศาสตร์ประยุกต์เล่ม1* (หน้า 6) กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานคร.
- สืวงศ์ จุฑาภิสิทธิ์. (2547) Basic molecular biopsy of breast cancer. ใน อุดลย์ รัตนวิจิตรรา ศิลป์และคณะ (บรรณาธิการ) *ศัลยศาสตร์ศีรษะ คอ และเต้านม เล่มที่ 3* (หน้า 103-114). กรุงเทพฯ:สยามศิลปการพิมพ์.

- สุนันทา ตั้งปณิธานดี (2544) ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุนีย์ จันทรมหาเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์ (2540) ความวิตกกังวลของผู้หญิงที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมทิ้ง พยาบาลสาร., 24(3), 39-47.
- สุนีย์ สุธีวิระจกร (2547) เปรียบเทียบผลของสัมผัสนำบัดกับดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุรพงษ์ สุภากรณ์.(2547). The high risk women.ใน สมิต วงศ์เกียรติจร วิชัย วาสนศิริ และ จรัสพงศ์ เกษมมงคล(บรรณาธิการ) มะเร็งเต้านม (พิมพ์ครั้งที่ 2 หน้า 143-167). กรุงเทพฯ: โฉมิตการพิมพ์
- สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ (2546) ปรากฏการณ์สูญเสียและเศร้าโศก: ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออก วารสารพยาบาลรามารบิต, 9(2), 124-130.
- สุพัตรา แสงรุจิ (2549) มะเร็งเต้านม เอกสารเผยแพร่ของสถานวิทยามะเร็งศิริราช
- สุพัตรา อุดาหะ, นคร ศรีสุโข, จิตรพันธ์ โพธิ์ไพโรจน์ และ จุฬินีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล.(2548). การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง Stress management ใน รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 3 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 25-27 สิงหาคม 2547.กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อดุลย์ รัตนวิจิตรศิลป์ และ นิตย์ ศุภะพงษ์.(2547). Surgical treatment of malignant breast disorders.ใน อดุลย์ รัตนวิจิตรศิลป์และคณะ (บรรณาธิการ).ศัลยศาสตร์ศีรษะ คอ และเต้านม เล่มที่ 3 (หน้า153-168).กรุงเทพฯ: สยามศิลป์การพิมพ์
- อนุสรณ์ วรมงคล.(2548). วิธีแห่งธรรมชาติกับธาตุทั้งสี่. กรุงเทพฯ: มติชน
- อุบลรัตน์ ศีพร้อม.(2545) ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น
- อุบลรัตน์ ไชยมหาพฤกษ์.(2550). การออกกำลังกายหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม เอกสารเผยแพร่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสมุทรสาคร

- Arving, C., Sjoden, P.O., Bergh, J., Lindstrom, A. T., Wasteson, E., Glimelius, B., et al. (2005). Satisfaction, utilization and perceived benefit of individual psychosocial support for breast cancer patients- A randomized study of nurse versus psychologist interventions. *Patient education and counseling*. Retrieved August 8, 2006, from www.elsevier.com/locate/pateducou.
- Badger, T., Segrin, C., Dorros, S., Meek, P. & Lopez, A.M.(2007). Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Nursing Research*, 56(1), 44-53.
- Bruera, E., Sweeney, C., Willey, J., Palmer, L. J., Tolley, S., Rosales, M. & Ripamonti, C. (2003). Breast cancer perception of the helpfulness of a prompt sheet versus a general information sheet during outpatient consultation: A randomized controlled trail. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25(5), 412- 419
- Carroll, S.(2001). Psychological support. In K. L.Burnet (Ed), *Holistic breast care* (pp.152-170). London: Harcourt.
- Chun, J., El-Tamer, M., Joseph, K-A., Ditkoff, B.A. & Schnabel, F.(2006). Predictors of breast cancer development in a high-risk population. *The American Journal of Surgery*, 192, 474- 477.
- Gopal, R.L., Beaver, K., Barnett, T., & Ismail, N.S.(2005). A comparison of the information needs of women diagnosed with breast cancer in Malaysia and the United Kingdom. *Cancer Nursing*, 28(2), 132-140.
- Grimsey, E. (2003). An overview of breast cancer. In V. Harmer(Ed.), *Breast cancer nursing care & management*(pp. 1-17). Philadelphia: Whurr Publisher.
- Groenvold, M., Peterson, M.A., Idler, E., Bjorner, J.B., Fayers, P.M. & Mouridsen, H. T. (2006). Psychological distress and fatigue predicted recurrence and survival in primary breast cancer[Electronic version]. *Breast Cancer Research & Treatment*. Retrive March 16, 2007, from <http://www.springerlink.com/content/t437023g4175805/resource-secured/?target=fulltxt.pdf>.
- Haun, M., Mainous, R. O. & Looney, S. W. (2001). Effect of music on anxiety of women awaiting breast biopsy. *Behavioral Medicine*, 27, 127- 132

- Janusek, L.W, Gabram, S & Mathews, L.H. (2007). Psychological stress reduced NK cell activity, and cytokine deregulation in women experiencing diagnostic breast biopsy. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 22–35
- Junda, T.(2004). Our family’s experiences: A study of Thai families living with in the early stage of breast cancer. *Thai Journal Nursing Research*, 8(4), 260-275
- Katz, J., Poleshuck, E.L., Andus, C. H. & Hogan, L. A. (2005). Risk factors for acute pain and its persistence following breast cancer surgery. *Pain*, 119, 16-25.
- Kenefick, L.A.(2006). Patterns symptom distress in older women after surgical treatment for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 33(2), 328- 335.
- Makabe, R. & Nomizu, T. (2006). Social support and psychological and physical states among Japanese patients with breast cancer and their spouses prior to surgery. *Oncology Nursing Forum*, 33(3), 651- 655.
- Melnyk, B.M. & Fineout – Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Montazeri, A., Harirchi, I., Vahdani,M., Khaleghi, F., Jarvandi, S., Ebrahimi, M.,et al. (2000).Anxiety and depression in Iranian breast cancer patients before and after diagnosis. *European Journal of Cancer Care*, 9,151-157.
- National Comprehensive Cancer Network. (2005). *Clinical practice guideline in oncology “Distress management”*. Retrieved September 20, 2006, from www.nccn.org.
- Özalp, G.,Sarioglu,R., Tuncel, G., Aslan, K. & Kadiogullari, N. (2003) Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta Anesthesiology Scandinavia*, 47, 26-29
- Polit, F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Raupach, C. A. & Hiller, E. (2002). Information and support for women following the primary treatment of breast cancer. *Health Expectation*, 5, 289-301.

- Schnur, J. B., Hallquist, M.N., Bovbjerg, D. H., Silverstein, J. H., Stojceska, A. & Montgomery G. H.(2006). Predictors of expectancies for post-surgical pain and fatigue in breast cancer surgical patients. *Personality and Individual Differences*, 42, 419–429
- Schrodt, G.R.& Sephton, S.E. (2002). Psychosocial aspects of breast cancer. In W.L. Donegan & J.S. Spratt (Eds), *Cancer of the breast* (pp. 959-966). St.Louis,MO: Saunders.
- Soukup, M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-309.
- Tatrow, K.,Montgomery, G.H.,Avellino, M.& Bovbjerg, D.H.(2004) Activity and sleep contribute to level of anticipatory distress in breast surgery patients. *Behavioral Medicine*, 30, 85-91.
- Tatrow, K. & Montgomery, G.H. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: A meta-analysis. *Journal Medicine*, 29(1), 17-27.
- Turner, M. (2003). Psychological issues for the patient with breast cancer. In V. Harmer (Ed), *Breast cancer nursing care & management* (pp. 312-322). London: Whurr.
- Vogel, V.G. (2006). Epidemiology of breast cancer. In D.J. Winchester., D.P. Winchester., C.A. Hudis & L.Norton (Eds.), *Breast cancer* (2nd ed., pp.47-60). Hamilton,Ontario: BC Decker.
- Vogel, W.H.,Wilson, M.A.&Melvin, M.S.(2004). Breast cancer. In *Advance practice oncology and palliative care guideline* (pp. 47-61). Philadelphia : Lippincott Willium & Wilkins.
- Walker,M.S & Schuller,Y.P.(2005).Video preparation for breast cancer treatment planning: Results of a randomized clinical trial. *Psycho-Oncology*, 14,408-420.



ภาคผนวก ก. งานวิจัยที่นำมาใช้

เรื่องที่ 1 : Walker,M.S & Schuller,Y.P.(2005). Video preparation for breast cancer treatment planning: Results of a randomized clinical trial. *Psycho-Oncology*, 14, 408-420.

วัตถุประสงค์	เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวล, คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ ระหว่างผู้ป่วยที่ได้ชมวิดีโอและอ่านคู่มือ ในการเตรียมความพร้อมก่อนการรักษามะเร็งเต้านม
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่นัดหมายให้พบกับทีมสุขภาพเพื่อเตรียมการรักษา โดยสุ่มเข้ากลุ่มชมวิดีโอ 42 คน และกลุ่มอ่านคู่มือ 37 คน
สถานที่ทำวิจัย	ศูนย์มะเร็ง ในโรงพยาบาล แห่งหนึ่ง และ โรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในวอชิงตัน
ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มทดลอง ได้ดูวิดีโอลำดับขั้นตอนเหตุการณ์ในการเข้าพบกับทีมสุขภาพ เพื่อร่วมตัดสินใจในการวางแผนการรักษา และได้เห็นตัวอย่างข้อคำถามที่ผู้ป่วยในวิดีโอถามกับทีมสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมได้อ่านคู่มือที่มีข้อมูลที่สรุปเนื้อหาจากวิดีโอแต่ไม่มีตัวอย่างข้อคำถาม ก่อนเข้าพบทีมสุขภาพ หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่รับ-ส่งทางจดหมาย
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบสอบถามวัดความวิตกกังวล(State-Trait Anxiety Inventory), คุณภาพชีวิต(Functional Assessment of Cancer Therapy(FACT-G; Cella) และความพึงพอใจ
ผลการวิจัย	กลุ่มชมวิดีโอมีการเตรียมความพร้อมโดยได้เห็นแบบอย่างการสนทนาระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ในการร่วมกันวางแผนการรักษา มากกว่ากลุ่มอ่านคู่มือ ส่วนความวิตกกังวลของผู้ที่ชมวิดีโอและอ่านคู่มือ ไม่แตกต่างกัน แต่หญิงโสดที่ดูวิดีโอมีความกังวลน้อยกว่าหญิงโสดที่อ่านคู่มือ และผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเมื่อดูวิดีโอจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มอ่านคู่มือ คนผิวดำที่ดูวิดีโอมีความพึงพอใจมากกว่าคนผิวดำที่อ่านคู่มือ
คุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	การออกแบบการวิจัยมีความเหมาะสม กระบวนการวิจัย และผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และมีความน่าเชื่อถือมาก
ระดับของงานวิจัย	วิจัยเชิงทดลองและมีการสุ่ม(RCT) / งานวิจัยระดับ 2
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) 2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือมาก (scientific merit) 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (implementation potential) 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่จะนำไปใช้ 3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติในการให้คำแนะนำการเตรียมความพร้อม 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง แต่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการจัดทำวิดีโอ อาจปรับการให้ข้อมูลแบบเดิมที่เป็นคำแนะนำให้เป็นคู่มือที่มีรูปภาพประกอบ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด โดยการทำเอกสาร คู่มือที่มีรูปภาพประกอบให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพชัดเจน และการให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัย

เรื่องที่ 2: อุบลรัตน์ ดีพร้อม.(2545). ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รอรับการผ่าตัด จำนวน 24 คน
สถานที่ทำวิจัย	หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง รพ. มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มทดลอง 12 รายได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการฟังเทปการสร้างจินตภาพก่อนผ่าตัด 2 ครั้งในตอนเย็นและเช้าวินผ่าตัด ส่วนกลุ่มควบคุม 12 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป(GHQ-28) ตรวจสอบความเที่ยงได้ 0.91 , แบบวัดความวิตกกังวลแฝงและขณะเผชิญของ Spielberger ที่แปลเป็นภาษาไทยมีค่าความเที่ยง 0.85 และ 0.89 ตามลำดับ และเทปการสร้างจินตภาพ
ผลการวิจัย	ผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างจินตภาพก่อนผ่าตัดมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสร้างจินตภาพ อย่างมีนัยสำคัญ 0.05 และมีความรู้สึกดี สบายใจ
คุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	การออกแบบการวิจัยมีความเหมาะสม กระบวนการวิจัย และผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และมีความน่าเชื่อถือมาก
ระดับของงานวิจัย	การวิจัยเชิงทดลองและมีการสุ่ม (RCT) / ระดับงานวิจัย 2
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) 2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือมาก (scientific merit) 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (implementation potential) 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่จะนำไปใช้ 3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติ ไม่ยุ่งยากในการให้ข้อมูล แต่ต้องมีทักษะเรื่องการสร้างจินตภาพ และจัดเตรียมเทป 3.3 การนำไปใช้เกิดประโยชน์มากกว่าผลเสีย แต่พยาบาลต้องมีการประเมินก่อนว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาด้านจิตใจมาก่อน และต้องมีค่าใช้จ่ายในการเตรียมเทป
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การสร้างจินตภาพ เป็นการใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับการให้ข้อมูลการผ่าตัด ความรู้สึกในห้องผ่าตัด และสภาพหลังผ่าตัดสามารถนำมาใช้ในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้

เรื่องที่ 3: Montazeri, A., Harirchi, I., Vahdani, M., Khaleghi, F., Jarvandi, S., Ebrahimi, M., et al. (2000). Anxiety and depression in Iranian breast cancer patients before and after diagnosis. *European Journal of Cancer Care*, 9, 151-157

วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในระยะก่อนและ 3 เดือนหลังการวินิจฉัยเป็นการทำความเข้าใจปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม 168 ราย (ส่วนมากอายุ 40- 49 ปี (30%) มีสถานภาพสมรสคู่ (70%) และทำผ่าตัดเต้านมออก (mastectomy) 83%)
สถานที่ทำวิจัย	คลินิกเต้านมที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศอิหร่าน
ระเบียบวิธีวิจัย	ด้วยการสัมภาษณ์ที่คลินิกก่อนบอกผลวินิจฉัย และสัมภาษณ์อีก 3 เดือนหลังวินิจฉัย
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบวัดความวิตกกังวลและซึมเศร้า (HADS) มี 14 ข้อคำถาม แบ่งเป็นข้อคำถามเรื่องความวิตกกังวล 7 ข้อและ อาการซึมเศร้า 7 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนน 0-3 คะแนนสูงสุดคือ 21 คะแนน คะแนนมากกว่า 11 คะแนนถือว่าอาการทางปวยจิต คะแนน 8-10 ปานกลาง คะแนน 0-7 ปกติ
ผลการวิจัย	- ไม่มีความแตกต่างในเรื่องความวิตกกังวลทั้งในระยะก่อนและหลัง วินิจฉัย 3 เดือน - ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ โรคแพร่กระจาย มีความวิตกกังวลและซึมเศร้ามากทั้งก่อนและหลัง วินิจฉัย 3 เดือน - หญิงที่โสด และแต่งงาน มีความวิตกกังวล มากกว่า ผู้ที่หม้าย/หย่าร้าง - ผู้หญิงที่อายุน้อยมีความวิตกกังวลและซึมเศร้า ก่อนวินิจฉัยมากกว่าผู้สูงอายุ
คุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	การออกแบบการวิจัยมีความเหมาะสม กระบวนการวิจัยมีความเหมาะสม น่าเชื่อถือปานกลาง และผลการวิจัยสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้
ระดับของงานวิจัย	วิจัยเชิงติดตามไปข้างหน้า (Prospective study) / ระดับ 4
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) 2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือปานกลาง (scientific merit) 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (implementation potential) 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน เพราะลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน 3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติ ไม่ยุ่งยากในการนำไปประเมินความวิตกกังวล 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง ทำให้เกิดประโยชน์ในการนำมาในการประเมินระดับความวิตกกังวล
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การประเมินความวิตกกังวลควรประเมิน ระยะของโรค สถานภาพสมรส และผู้ที่ยาวยุวัย

เรื่องที่ 4: Arving, C., Sjoden, P.O., Bergh, J., Lindstrom, A. T., Wasteson, E., Glimelius, B., et al. (2005). Satisfaction, utilization and perceived benefit of individual psychosocial support for breast cancer patients- A randomized study of nurse versus psychologist interventions. Patient education and counseling. Retrieved August 8, 2006, from www.elsevier.com/locate/pate

วัตถุประสงค์	เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจ, การมารับบริการ และการได้ประโยชน์ในการสนับสนุนด้านจิต-สังคมระหว่างพยาบาลและจิตแพทย์
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะรับการรักษา มะเร็งเต้านมที่ไม่เคยมีประวัติมะเร็งมาก่อน, ไม่มีอาการทางจิต และสามารถเข้าใจภาษาสวีเดน ถูกสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มได้รับคำปรึกษาจากพยาบาล 60 คน กลุ่มได้รับคำปรึกษาจากจิตแพทย์ 60 คน
สถานที่วิจัย	คลินิกมะเร็งที่ รพ.มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในประเทศสวีเดน
ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับเทคนิคการบำบัด คำปรึกษา จากจิตแพทย์และพยาบาลด้านการดูแลด้านจิต-สังคมเป็นรายบุคคล และกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการตอบแบบสอบถามที่เวลา 6, 12 และระหว่าง 18-24 เดือน
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย(The Patient Satisfaction Questionnaires), ความวิตกกังวลและซึมเศร้า (HAD), ความเครียดจากการเผชิญเหตุการณ์สำคัญ(The Impact of Event scale: IES)
ผลการวิจัย	ไม่มีความแตกต่างระหว่างการใช้ประโยชน์(การติดต่อขอคำปรึกษา) และความพึงพอใจของทั้ง 2 กลุ่ม แต่กลุ่มได้รับคำปรึกษาจากพยาบาล ได้รับประโยชน์มากกว่ากลุ่ม ได้รับคำปรึกษาจากจิตแพทย์ โดยที่ผู้ป่วยมีคะแนน HAD ≥ 8 ได้รับประโยชน์มากกว่าผู้ที่มีความ HAD < 8 และในกลุ่มได้รับคำปรึกษาจากพยาบาล ได้รับประโยชน์ในช่วง 18 ถึง 24 เดือนมากกว่ากลุ่มได้รับคำปรึกษาจากจิตแพทย์
คุณภาพหลักฐาน	การออกแบบการวิจัยมีความเหมาะสม กระบวนการวิจัยมีคุณภาพและความน่าเชื่อถือมาก ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้
ระดับของงานวิจัย	วิจัยเชิงทดลองโดยการสุ่มและติดตามไปข้างหน้า(Prospective, randomized study) / ระดับ 2
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) 2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือมาก (scientific merit) 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (implementation potential) 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน 3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติ และไม่ขัดแย้งแบบการปฏิบัติเดิมแต่ต้องพัฒนาทักษะเรื่องการให้คำปรึกษา 3.3 การนำไปใช้ทำให้เกิดประโยชน์มากกว่าผลเสีย จากการที่พยาบาลสามารถทำได้ เทียบเท่าจิตแพทย์ มีผลให้ลดค่าใช้จ่ายได้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	พยาบาลสามารถให้การดูแลด้านจิต-สังคมกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นรายบุคคล ที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางขึ้นไป

เรื่องที่ 5: Tatrow, K. & Montgomery, G.H. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: A meta-analysis. *Journal Medicine*, 29(1), 17-27.

วัตถุประสงค์	1. เพื่อศึกษาว่า การบำบัดโดยใช้พฤติกรรมและความคิด ได้แก่ การผ่อนคลาย, การสร้างจินตภาพ, ทักษะการสื่อสาร (Cognitive Behavioral Therapy Techniques, CBT) ต่อ ความวิตกกังวลและความเจ็บปวด 2. เพื่อประเมินผลการใช้การบำบัดโดยใช้พฤติกรรมและความคิด แบบรายบุคคล/รายกลุ่ม 3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลและอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ระยะลุกลามและไม่ลุกลาม
ลักษณะของงานวิจัยที่นำมาใช้	เป็นงานวิจัยที่มีข้อมูลเพียงพอที่จะคำนวณ Effect size (มีค่าเฉลี่ย , ค่ามาตรฐานกลาง), มีการสุ่ม, มีการศึกษาไปข้างหน้า และมีการประเมินวัดผลความวิตกกังวลและความเจ็บปวด
วิธีการสืบค้น	สืบค้นจากฐานข้อมูล PsychInfo, Medline, CancerLit, CINAHL ตั้งแต่ปี 1974- มี.ย 2004 โดยใช้คำว่า ความวิตกกังวล(Anxiety), พฤติกรรม(behavior), ไบโอฟีดแบค(biofeedback), มะเร็ง(cancer), เทคนิคการใช้พฤติกรรม (cognitive behavioral therapy), ซึมเศร้า(depression), จินตนาการ(imagery), ความเจ็บปวด(pain), การผ่อนคลาย(relaxation) และ ผลการรักษา(treatment outcome(s))
ระเบียบวิธี	วิเคราะห์อย่างเป็นระบบเชิงปริมาณ จากงานวิจัยทั้งหมด 20 เรื่อง
ผลการวิเคราะห์	- ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดโดยใช้พฤติกรรมและความคิด มีความกังวลและความปวดลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม - ไม่มีความแตกต่างของความวิตกกังวลและอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามและไม่ลุกลาม - การนำการบำบัดโดยใช้พฤติกรรมและความคิด เรื่องความวิตกกังวลการใช้แบบรายบุคคลให้ผลดีกว่ารายกลุ่ม - การบำบัดโดยใช้พฤติกรรมและความคิด ที่ใช้สามารถลดได้ทั้งความปวดและความวิตกกังวล
คุณภาพการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ	การออกแบบการวิเคราะห์โดยการรวบรวมงานวิจัยเชิงทดลองและนำมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ กระบวนการวิเคราะห์มีคุณภาพและความน่าเชื่อถือมาก และผลการวิเคราะห์ที่รวบรวมจากงานวิจัยแต่ละเรื่องมีความสอดคล้องกันมีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล
ระดับงานวิจัย	ระดับ 1
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) 2. รูปแบบการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ มีความน่าเชื่อถือมาก (scientific merit) 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (implementation potential) 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะมีลักษณะและกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน 3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติ ไม่ขัดแย้งแบบการปฏิบัติเดิมแต่ต้องพิจารณาตามความชอบของผู้ป่วยแต่ละราย 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ในการลดความวิตกกังวลและอาการปวด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การนำการบำบัดโดยใช้พฤติกรรมและความคิด มาใช้ในการลดความกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกระยะ และใช้แบบรายบุคคล

เรื่องที่ 6: Gopal,R.L.,Beaver, K.,Barnett, T., & Ismail, N.S.(2005). A comparison of the information needs of women diagnosed with breast cancer in Malaysia and the United Kingdom. *Cancer Nursing*, 28(2), 132-140.

วัตถุประสงค์	เพื่อหาข้อมูลสำคัญที่หญิงมาเลเซียต้องการ และเปรียบเทียบกับหญิงในอังกฤษ และปัจจัยด้านประชากร เช่น ศาสนา,อายุ,การศึกษา, ชนชั้น มีอิทธิพลต่อความต้องการข้อมูลของหญิงมาเลเซียที่วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้หญิงมาเลเซียที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในระยะ 3-4 เดือนหลังการวินิจฉัย จำนวน 100 คน (อายุเฉลี่ย 45 ปี สถานภาพสมรสคู่ (86%) ทำผ่าตัดเต้านมออก (100%)) และผู้หญิงอังกฤษ 150 คน (อายุเฉลี่ย 55 ปี สถานภาพสมรสคู่ (65%) ทำผ่าตัดก้อนเต้านมออก (68%))
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลรัฐบาล 2 แห่งในกัวลาลัมเปอร์
ระเบียบวิธีวิจัย	โดยการสัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถามความต้องการทราบข้อมูลโดยให้เรียงลำดับ จาก 1-9 แล้วนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ศึกษาในอังกฤษ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบสอบถามความต้องการข้อมูล (INQ) มี 9 ข้อ
ผลการวิจัย	ข้อมูลที่หญิงมาเลเซียต้องการเรียงดังนี้ คือ 1.การดูแลรักษา 2. การรักษาที่มีผลต่ออาการทางเพศอย่างไร และ 3. การกลูกลามแพร่กระจายของโรค ซึ่งแตกต่างจากหญิงอังกฤษที่ต้องการข้อมูลเรียงดังนี้ 1. การดูแลรักษา 2. การกลูกลามแพร่กระจายของโรค ขณะที่เรื่องอาการทางเพศเป็นเรื่องสุดท้าย แสดงถึงผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางเชื้อชาติ วัฒนธรรม ย่อมมีความต้องการข้อมูลไม่เหมือนกัน
คุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	การออกแบบการวิจัยมีความเหมาะสม กระบวนการวิจัยมีความเหมาะสม น่าเชื่อถือปานกลาง ผลการวิจัยมีประโยชน์ในการนำไปใช้การดูแลผู้ป่วยได้
ระดับของงานวิจัย	วิจัยเชิงสำรวจ(survey) เพื่อเปรียบเทียบ / ระดับ 4
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) 2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือ (scientific merit) 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (implementation potential) 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะมีลักษณะและกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน อาจมีความแตกต่างด้านเชื้อชาติแต่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน 3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติ โดยต้องคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคลในการให้ข้อมูล 3.3 การนำไปใช้ ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ในการได้ข้อมูลตรงตามความต้องการ ไม่มีความเสี่ยงไม่เพิ่มค่าใช้จ่าย
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม มีความสำคัญในการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลซึ่งต้องคำนึงถึงความแตกต่างด้านเชื้อชาติด้วย

เรื่องที่ 7: National Comprehensive Cancer Network. (2005). Clinical practice Guideline in Oncology “Distress management”. Retrieved September 20, 2006, from www.nccn.org.

ขอบเขตและเป้าหมาย	เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็ง และส่งการดูแลได้อย่างเหมาะสม
บุคคลที่เกี่ยวข้อง	คณะทำงานที่สร้างแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย บุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยคือแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ไม่ได้ระบุว่ามีการนำความคิดเห็นและความชอบของผู้ป่วยมาพิจารณาด้วย
ความเข้มงวดในการสร้าง	มีการระบุเกณฑ์ในการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้ (ไม่น้อยกว่าระดับ 2A= ระดับคุณภาพที่รวบรวมจากประสิทธิผลการวิจัยทางคลินิก) แต่ไม่ได้ระบุการสืบค้น และระดับคุณภาพของหลักฐานแต่ละงาน เอกสารอ้างอิงส่วนมากเป็นเรื่องการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็ง
ความชัดเจนและการนำเสนอ	แนวปฏิบัติที่นำเสนอมีความจำเพาะเจาะจง มีการระบุทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ และมีเครื่องมือประกอบคือ เครื่องมือวัดความวิตกกังวล
การนำไปใช้	การประเมินและการใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวลด้วยแบบสอบถามและโปรไฟล์ความกังวล(0-10) โดยจัดระดับคะแนน ถ้าคะแนนต่ำกว่า 5 ให้การช่วยเหลือโดย 1. ให้ความชัดเจนเรื่องการวินิจฉัย การรักษา และผลข้างเคียงที่พบโดยแน่ใจว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจ 2. สร้างความไว้วางใจ 3. ให้การดูแลที่ต่อเนื่อง 4. การใช้ยาจัดการกับอาการ 5. การให้คำปรึกษาแบบรายกลุ่มหรือรายบุคคล ถ้าคะแนน ≥ 5 ส่งปรึกษาจิตเวชและสังคมสงเคราะห์ 6. ให้คำปรึกษาและสนับสนุนครอบครัว 7. การบำบัดด้วยวิธีผ่อนคลาย, สมาธิ, ศิลปะ, ดนตรี, ฟังเพลง 8. การออกกำลังกาย
ความมีอิสระในการสร้าง	สร้างจากกลุ่มบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และจากสถาบันต่างๆ
การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ	กระบวนการสร้างแนวปฏิบัติเป็นการสร้างโดยบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย และเป็นหน่วยงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับชาติ มีคุณภาพและความน่าเชื่อถือปานกลาง
ระดับงาน	แนวปฏิบัติทางคลินิก / ระดับ 5
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) 2. รูปแบบแนวปฏิบัติ มีความน่าเชื่อถือปานกลาง (scientific merit) 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (implementation potential) 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะมีลักษณะและกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกัน 3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติ ในการให้ข้อมูลที่ชัดเจนให้ผู้ป่วยเข้าใจ การสร้างความไว้วางใจ วิธีผ่อนคลายและให้ทีมสหสาขาช่วยดูแลในเรื่องการใช้ยา การให้คำปรึกษา และสังคมสงเคราะห์ 3.3 การนำไปใช้ทำให้ ผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากกว่าผลเสียในการได้รับการจัดการเมื่อมีความวิตกกังวล
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การประเมินความวิตกกังวล และให้การช่วยเหลือตามระดับของความวิตกกังวล และการมีทีมสหสาขาช่วยดูแล

เรื่องที่ 8: สุนีย์ สุธีวีระขจร.(2547). เปรียบเทียบผลของสัมผัสบำบัดกับดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา การให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

วัตถุประสงค์	เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสบำบัด ดนตรีบำบัด และกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม อายุ 21-60ปี ไม่เคยได้รับการผ่าตัดใดมาก่อน อ่านออกเขียนได้ ยินดีเข้าร่วมวิจัยและมีระดับคะแนนความวิตกกังวลแฟงตั้งแต่เปอร์เซนไทล์ที่ 50 ขึ้นไป มีจำนวน 18 ราย สุ่มอย่างง่ายกลุ่มละ 6 คน ได้รับการสัมผัสบำบัด ดนตรีบำบัด และได้รับการพยาบาลตามปกติ
สถานที่ทำวิจัย	รพ. มหาวิทยาลัยและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลในวันก่อนผ่าตัด กลุ่มสัมผัสบำบัด ได้รับการสัมผัสบำบัด 4 ครั้ง (หรือทุก 3 ชม. ยกเว้นเวลาหลับ) โดยจัดให้ 3 ครั้งในวันก่อนผ่าตัด และอีก 1 ครั้งในวันผ่าตัด ร่วมกับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด กลุ่มดนตรี ได้เลือกฟังดนตรีที่ชอบ 4 ครั้ง ร่วมกับการได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด และประเมินความวิตกกังวลอีกครั้งในตอนเช้าวันผ่าตัด
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	1. โปรแกรมสัมผัสบำบัด 2. โปรแกรมดนตรีบำบัด. 3. แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger แปลเป็นไทยโดยนิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโกภา และมาลี นิสสัยสุข มีค่าความเที่ยง 0.89
ผลการวิจัย	สัมผัสบำบัดและดนตรีบำบัดส่งผลให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่วิธีการบำบัดทั้ง 2 วิธีลดความวิตกกังวลได้ไม่แตกต่างกัน
คุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	การออกแบบการวิจัยมีความเหมาะสม กระบวนการวิจัย และผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และมีความน่าเชื่อถือปานกลาง เนื่องจากรูปแบบการวิจัยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง และจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีค่อนข้างน้อย
ระดับของงานวิจัย	การวิจัยเชิงทดลอง (RCT) / ระดับงานวิจัย 3
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) 2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือปานกลาง (scientific merit) 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (implementation potential) 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน 3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติ ไม่ขัดแย้งแบบการปฏิบัติเดิม สามารถนำไปประยุกต์เข้ากับงานประจำได้ 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง ผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากกว่าการปฏิบัติเดิมในการได้รับการช่วยเหลือเมื่อมีความวิตกกังวล
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การสัมผัสและดนตรีบำบัดร่วมกับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด มีผลในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

เรื่องที่ 9: Raupach, C. A. & Hiller, E. (2002). Information and support for women following the primary treatment of breast cancer. Health Expectation, 5, 289-301.

วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาความต้องการข้อมูล แหล่งสนับสนุนและความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการวินิจฉัยโรค 6 เดือนจนถึง 30 เดือน
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 217 คน (ส่วนมากอายุ 50-69 ปี (59%) และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด 97%)
สถานที่ทำวิจัย	รพ.ตติยภูมิ ในประเทศออสเตรเลีย
ระเบียบวิธีวิจัย	ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์และสัมภาษณ์ผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมในระยะ 6-30 เดือน
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบสอบถามที่อ้างอิงจาก “ Australia ‘s first National Breast Cancer Conference for women”
ผลการวิจัย	- 94% มีความต้องการข้อมูลมากหลังการรักษามะเร็งเต้านม และต้องการทราบถึงอาการการกลับเป็นซ้ำ โอกาสในการรักษา และความเสี่ยงของครอบครัวที่จะเป็นมะเร็งเต้านม - แหล่งของข้อมูลที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้มากที่สุดคือ ศัลยแพทย์, ทีวี, หนังสือพิมพ์ และหนังสือ - แหล่งให้การสนับสนุนข้อมูล มากที่สุดคือ ครอบครัว, เพื่อน และศัลยแพทย์ - ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากในข้อมูลที่ได้จากศัลยแพทย์ และทีมสุขภาพอื่นๆ แต่ได้รับข้อมูลและการสนับสนุนข้อมูล น้อยลงเมื่อเวลาผ่านไปเรื่อยๆ
คุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	การออกแบบการวิจัยและ กระบวนการวิจัยมีความเหมาะสม น่าเชื่อถือน้อยแต่กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากพอ และผลการวิจัยสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้
ระดับของงานวิจัย	การวิจัยเชิงสำรวจ (Cross-sectional survey) / ระดับ 6
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) 2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือน้อย (scientific merit) 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (implementation potential) 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะมีลักษณะและกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกัน อาจมีความแตกต่างด้านวัฒนธรรมแต่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน 3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติ ไม่ขัดแย้งแบบการปฏิบัติเดิม ในการให้ความรู้กับผู้ป่วยและการให้คำแนะนำกับครอบครัวและเพื่อน 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ในการให้การช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวล
การสรุปเพื่อนำไปใช้	ผู้ป่วยจะพึงพอใจมากในคำแนะนำจากทีมสุขภาพที่มีความต่อเนื่อง และอาจจัดแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อสิ่งพิมพ์ได้

เรื่องที่ 10: Tatrow, K.,Montgomey, G.H., Avellino, M., & Bovbjerg, D. H. (2004). Activity and sleep contribute to levels of anticipatory distress in breast surgery patients. Behavioral Medicine 30, 85-91.

วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายและการนอนหลับต่อระดับความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดเต้านม
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้หญิงที่เข้ารับการผ่าตัดเอาก้อนที่เต้านมออก (biopsy และ lumpectomy) จำนวน 124 ราย โดยที่ไม่รวมการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้านเนื่องจากรูปแบบการผ่าตัดและการใช้ยาระงับความรู้สึกมีความแตกต่างกัน
สถานที่ทำวิจัย	โรงเรียนแพทย์ในสหรัฐอเมริกา
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยเชิงสำรวจ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามขณะรอเข้ารับการผ่าตัด
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบวัดความวิตกกังวล (SV-POMS) แบบวัดการนอนหลับ (FACT-F version 4) และข้อคำถามเกี่ยวกับการออกกำลังกาย(จำนวนครั้ง, ระยะเวลา)
ผลการวิจัย	1.ผู้ที่มีการออกกำลังกายมากจะมีความวิตกกังวลน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อย 2.การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับปริมาณการนอนหลับแต่ไม่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ 3.ปริมาณการนอนหลับไม่มีผลต่อความวิตกกังวลนอกจากการนอนหลับที่มีคุณภาพ
คุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	การออกแบบการวิจัยและ กระบวนการวิจัยมีความเหมาะสม น่าเชื่อถือน้อย กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากพอ และผลการวิจัยสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 6
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) 2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือ (scientific merit) 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (implementation potential) 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะมีลักษณะและกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกัน อาจมีความแตกต่างด้านชนิดการทำผ่าตัดแต่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน 3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติ ไม่ยุ่งยาก ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายและการนอนหลับที่มีคุณภาพ 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง ผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากกว่าผลเสียในการนำมาใช้เพื่อใช้ลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และไม่เพิ่มค่าใช้จ่าย
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการออกกำลังกายและการนอนหลับที่มีคุณภาพก่อนการผ่าตัด

เรื่องที่ 11: สดส เกตุไธย. (2543). ผลของการรับรู้ข้อมูลแบบไม่รู้ตัวร่วมกับการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวและวิธีคิดเชิงบวกต่อความหวังตามแนวคิดของเฮอร์ทในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วัตถุประสงค์	ศึกษาเปรียบเทียบระดับความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และได้รับการผ่าตัดเต้านมออกเป็นครั้งแรกจำนวน 40 ราย
สถานที่ทำวิจัย	หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ รพ. มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพ
ระเบียบวิธีวิจัย	สุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 รายและกลุ่มควบคุม 20 ราย โดยที่กลุ่มทดลอง ได้รับเทป 2 ม้วนคือ เทปวิธีคิดเชิงบวกและเทปข้อมูลการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ร่วมกับคู่มือ 2 เล่ม คือ คู่มือการบริหารกายหลังการผ่าตัดเต้านม และคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับเทป 2 ม้วนคือ เทปเพลงและเทปข้อมูลการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ร่วมกับคู่มือ 2 เล่มที่เหมือนกับคู่มือที่ให้กลุ่มทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มฟังเทปทั้ง 2 ม้วนเป็นเวลา 1 เดือน เริ่มตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาใน รพ. สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินระดับความหวัง 3 ครั้งคือ ก่อนผ่าตัด, หลังผ่าตัดวันที่ 5 และหลังผ่าตัด 1 เดือน
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบวัดความหวังของ Herth Hope Index ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย มีค่าความเที่ยง 0.82 และมีการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ
ผลการวิจัย	1. คะแนนเฉลี่ยความหวังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ในวันที่ 5 และ 1 เดือนหลังผ่าตัด โดยที่ความหวังเพิ่มมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป 2. คะแนนเฉลี่ยความหวังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ในวันที่ 5 และ 1 เดือนหลังผ่าตัด แสดงว่าการเพิ่มความหวังทั้ง 2 วิธีคือการฟังเทปวิธีคิดเชิงบวกและเทปเพลง ร่วมกับข้อมูลการปฏิบัติตน สามารถเพิ่มความหวังให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดได้
คุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	การออกแบบการวิจัยมีความเหมาะสม กระบวนการวิจัย และผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และมีความน่าเชื่อถือมาก
ระดับของงานวิจัย	การวิจัยเชิงทดลอง /ระดับงานวิจัย 2
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) 2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือมาก (scientific merit) 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (implementation potential) 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกันกับผู้ป่วยที่จะนำมาใช้ 3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำวิธีคิดเชิงบวกไปแนะนำผู้ป่วย โดยไม่ขัดแย้งแบบการปฏิบัติเดิม 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ มากกว่าผลเสีย และไม่เพิ่มค่าใช้จ่ายจากการนำวิธีคิดเชิงบวกมาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลได้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การใช้วิธีการผ่อนคลาย ด้วยการฟังเทปวิธีคิดเชิงบวก หรือการฟังเพลง ร่วมกับการได้รับรู้ข้อมูลการปฏิบัติตนทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เกิดความหวังการรักษาโรคต่อไป

เรื่องที่ 12: สุนันทา ตั้งปณิธานดี. (2544). ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม.
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วยหญิงมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัดเต้านม จำนวน 40 ราย อายุไม่เกิน 60 ปี การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เริ่มทำในกลุ่มทดลอง 20 รายก่อน แล้วจึงตามด้วยกลุ่มควบคุม 20 ราย
สถานที่ทำวิจัย	หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ในสถาบันมะเร็ง แห่งหนึ่ง
ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษาจากผู้วิจัยที่เคยได้รับการอบรมในการให้คำปรึกษามาแล้วจำนวน 5 ครั้ง คือ วันแรกของการอยู่ รพ. หลังผ่าตัด 1 วัน, 2 วัน, 3 วันและ 4 วัน ร่วมกับการพยาบาลตามปกติคือการดูแลด้านร่างกาย โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ และคำแนะนำการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินความวิตกกังวล 2 ครั้งคือ ครั้งแรก ประเมินความวิตกกังวลแฝงและเผชิญในวันแรกของการอยู่ รพ. ครั้งที่ 2 ประเมินความวิตกกังวลเผชิญในวันที่ 6 ของการอยู่ รพ.
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบวัดความวิตกกังวลแฝงและเผชิญ (State-Trait Anxiety Inventory) ทดสอบความเที่ยง ได้ 0.92 และ 0.8 ตามลำดับ
ผลการวิจัย	ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับคำปรึกษารายบุคคลร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)
คุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	การออกแบบการวิจัยมีความเหมาะสม กระบวนการวิจัย และผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และมีความน่าเชื่อถือปานกลาง เนื่องจากการทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่มีจำนวนมากพอและสามารถนำผลวิจัยมาใช้ได้
ระดับของงานวิจัย	การวิจัยเชิงทดลอง /ระดับงานวิจัย 3
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) 2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือมาก (scientific merit) 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (implementation potential) 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่จะนำมาใช้ 3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติ ไม่ขัดแย้งแบบการปฏิบัติเดิม แต่พยาบาลต้องได้รับการฝึกอบรมเรื่องการให้คำปรึกษา 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ในการได้รับการช่วยเหลือเมื่อมีความวิตกกังวล
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การให้คำปรึกษา ร่วมกับการดูแลด้านร่างกาย โปรแกรมการฟื้นฟูร่างกายและคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองหลังผ่าตัด แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดช่วยให้ลดความวิตกกังวล

เรื่องที่ 13: Badger, T., Segrin, C., Dorros, S. M., Meek, P. & Lopez, A., M. (2007). Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Nursing Research*, 56(1), 44-53.

วัตถุประสงค์	เพื่อทดสอบว่าการดูแลด้านจิตสังคมโดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมจะช่วยลดความซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมรวมทั้งผู้ใกล้ชิดด้วย
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วยหญิงจำนวน 96 รายที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะโรค 1-3 ไม่มีความผิดปกติด้านจิตใจ และเป็นผู้ที่มีผู้ใกล้ชิดด้วยอีก 96 ราย และสุ่มแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่ใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมให้คำปรึกษา กลุ่มที่ใช้โทรศัพท์ติดตามการออกกำลังกาย และกลุ่มควบคุม
สถานที่ทำวิจัย	ศูนย์มะเร็ง, คลินิกมะเร็ง
ระเบียบวิธีวิจัย	ในกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มจะได้โปรแกรมเป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยในกลุ่มแรกได้รับการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมให้คำปรึกษาจากพยาบาลทุกสัปดาห์ กลุ่มที่ 2 ได้รับการโทรศัพท์ที่ติดตามให้ผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดได้มีการออกกำลังกายตามแนวทางการออกกำลังกายด้วยตนเอง และได้รับการโทรทุกสัปดาห์เพื่อติดตามการออกกำลังกายและสนับสนุนให้ออกกำลังกายต่อเนื่อง และกลุ่มควบคุมคือผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดจะได้รับข้อมูลที่เป็นเอกสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมให้อ่าน และได้รับการโทรศัพท์เพื่อทบทวนข้อมูลที่อ่านทุก 2 สัปดาห์ โดยไม่มีการให้คำปรึกษาหรือสนับสนุนให้ออกกำลังกาย ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ปัญหา จะถูกส่งต่อไปให้แพทย์ที่อยู่ใกล้บ้าน กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มจะได้รับการประเมินความซึมเศร้าและความวิตกกังวล 3 ครั้งคือ ครั้งแรกก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 6 สัปดาห์และครั้งที่ 3 ห่างจากครั้งแรก 10 สัปดาห์
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบวัดความซึมเศร้า (CES-D) ซึ่งมีค่าความเที่ยงมากกว่า 0.85 แบบวัดความวิตกกังวล มี 3 ชนิดคือ PANAS, SF-12 และ ICS
ผลการวิจัย	เมื่อเวลาผ่านไป ความวิตกกังวลและซึมเศร้าจะลดลงในทุกกลุ่ม และกลุ่มที่ได้รับการโทรศัพท์ติดตามให้คำปรึกษาและส่งเสริมการออกกำลังกายจะมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
คุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	การออกแบบการวิจัยมีความเหมาะสม กระบวนการวิจัย และผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และมีความน่าเชื่อถือมาก
ระดับของงานวิจัย	การวิจัยเชิงทดลอง /ระดับงานวิจัย 2
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) 2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือมาก (scientific merit) 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (implementation potential) 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่จะนำมาใช้ 3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติ ไม่ขัดแย้งแบบการปฏิบัติเดิม แต่พยาบาลต้องได้รับการฝึกอบรมเรื่องการให้คำปรึกษา 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง ผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากกว่าผลเสียในการได้รับการช่วยเหลือเมื่อมีความวิตกกังวลและไม่เพิ่มค่าใช้จ่าย
การสรุปเพื่อนำไปใช้	ก่อนเข้ารับผ่าตัด ควรมีการให้คำปรึกษา กับผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด ให้มีการระบายความรู้สึก และได้รับคำแนะนำ ช่วยเหลือ รวมทั้งการสนับสนุนให้มีการออกกำลังกาย

เรื่องที่ 14: Haun, M., Mainous, R. O. & Looney, S. W. (2001). Effect of music on anxiety of women awaiting breast biopsy. Behavioral Medicine, 27, 127- 132.

วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของดนตรีต่อความวิตกกังวลในหญิงที่รอเข้ารับการผ่าตัดชิ้นเนื้อเต้านม
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้หญิงที่รอเข้ารับการผ่าตัดชิ้นเนื้อเต้านม จำนวน 20 คน โดยการสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 10 คนและกลุ่มควบคุม 10 คน
สถานที่ทำวิจัย	ศูนย์การแพทย์แห่งหนึ่ง
ระเบียบวิธีวิจัย	ในขณะที่รอเข้ารับการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินความวิตกกังวล และบันทึกอัตราการเต้นชีพจร ระดับความดันโลหิต และอัตราการหายใจ ก่อนสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง จะได้ฟังเทปเพลง ฟอนคลาย (New age) ด้วยหูฟัง เพื่อป้องกันเสียงรบกวน เป็นเวลา 20 นาทีซึ่งผู้ป่วยสามารถเลือกฟังจนครบเวลาหรือฟังแล้วออกไปพูดคุยกับญาติก็ได้ หลังจากนั้นทำแบบสอบถามความวิตกกังวล และบันทึกอัตราการเต้นชีพจร ระดับความดันโลหิต และอัตราการหายใจ ก่อนเข้าห้องผ่าตัด ส่วนกลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติ และให้พูดคุยกับญาติได้ตลอด 20 นาที และทำแบบสอบถามร่วมกับบันทึกสัญญาณชีพเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบวัดความวิตกกังวล (STAI)
ผลการวิจัย	ระดับความวิตกกังวล อัตราการเต้นชีพจร ระดับความดันโลหิต และอัตราการหายใจของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยที่ระดับความวิตกกังวลและอัตราการหายใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
คุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	การออกแบบการวิจัยมีความเหมาะสม กระบวนการวิจัย และผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และมีความน่าเชื่อถือมาก
ระดับของงานวิจัย	การวิจัยเชิงทดลอง /ระดับงานวิจัย 2
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) 2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือมาก (scientific merit) 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (implementation potential) 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะมีลักษณะและกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกัน ถึงแม้วิธีการผ่าตัดแตกต่างกัน 3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติ เป็นวิธีการใหม่แต่ไม่ยุ่งยาก และต้องมีอุปกรณ์เพิ่มขึ้น 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ในการได้รับการช่วยเหลือให้ลดความวิตกกังวล แต่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มในการเตรียมเทปเพลง
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การให้การพยาบาลก่อนผ่าตัด โดยการนำดนตรีประเภทฟอนคลาย มาให้ผู้ป่วยได้รับฟังก่อนการเข้ารับการผ่าตัด

เรื่องที่ 15: Bruera, E., Sweeney, C., Willey, J., Palmer, L. J., Tolley, S., Rosales, M. & Ripamonti, C. (2003). Breast cancer perception of the helpfulness of a prompt sheet versus a general information sheet during outpatient consultation: a randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25(5), 412- 419.

วัตถุประสงค์	เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ถึงความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับจากเอกสารที่เป็นข้อคำถาม และเอกสารที่เป็นข้อมูลทั่วไป
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้หญิงที่วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และมารับการปรึกษาเป็นครั้งแรกที่คลินิกผู้ป่วยนอก อายุมากกว่า 18 ปี มีการรับรู้ปกติ จำนวน 60 คน และสุ่มเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 30 คน
สถานที่ทำวิจัย	ศูนย์รักษาโรคมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ประเทศสหรัฐอเมริกา
ระเบียบวิธีวิจัย	ในขณะรอเข้าคลินิก กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มโดยการเลือกหยิบซองที่บรรจุเอกสารทั้งสองชนิด แล้วให้กลุ่มตัวอย่างอ่านก่อนเข้าพบแพทย์ โดยเอกสารที่เป็นข้อคำถาม มี 22 ข้อคำถามเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษา และการพยากรณ์โรค และมีช่องว่างให้เพิ่มคำถามใหม่อีกได้ ส่วนกลุ่มที่ได้เอกสารข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลที่สรุปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ในเรื่องการวินิจฉัย, รักษา, เคมีบำบัด และฮอร์โมนรักษา และในขณะพบแพทย์มีการบันทึกเสียงไว้ เพื่อระยะเวลา, ชนิดและจำนวนข้อคำถามในการรับการรักษา และเมื่อออกจากคลินิก กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามวัดความพึงพอใจในการรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือ และมีการประเมินความพึงพอใจของแพทย์ในการให้คำปรึกษาและรวบรวมข้อมูลจากแพทย์
เครื่องมือที่ใช้	แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยและแพทย์
ผลการวิจัย	1. กลุ่มอ่านเอกสารข้อคำถามมีระดับคะแนนการรับรู้ถึงความช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มอ่านเอกสารข้อมูลทั่วไป 2. ความพึงพอใจในการรับการรักษา, พึงพอใจในการได้สื่อสารกับแพทย์ และพึงพอใจในการตอบของแพทย์สูงมากทั้งสองกลุ่ม 3. จำนวนข้อคำถามเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน 4. ความพึงพอใจของแพทย์และความเหมาะสมของระยะเวลาในการให้คำปรึกษาไม่แตกต่างกัน
คุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	การออกแบบการวิจัยมีความเหมาะสม กระบวนการวิจัย และผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และมีความน่าเชื่อถือมาก
ระดับหลักฐาน	การวิจัยเชิงทดลองและมีการสุ่ม (RCT) /ระดับงานวิจัย 2
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) 2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือมาก (scientific merit) 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (implementation potential) 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน ถึงแม้ลักษณะหน่วยงานแตกต่างกัน แต่กลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกัน 3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติ วิธีการไม่ยุ่งยาก ไม่ต้องใช้อุปกรณ์เพิ่ม 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ในการได้รับข้อมูลที่เป็นลักษณะข้อคำถามที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพได้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การมีข้อคำถามให้ผู้ป่วยได้เลือกถามที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพให้ดีขึ้น รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพด้วย

ภาคผนวก ข.

การประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี
 สถานภาพสมรส ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่า/แยก ☐ โสด
 สิทธิการรักษา.....อาชีพ.....
 รายได้ต่อเดือน.....☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ
 ระดับการศึกษา.....
 ประวัติการเข้ารับการผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี เคยทำผ่าตัด.....
 ประวัติการเจ็บป่วยด้านร่างกาย ☐ ไม่มี ☐ มี.....
 ประวัติการมีปัญหาด้านสุขภาพจิต/การใช้ยาทางจิตเวช ☐ ไม่มี ☐ มี.....

ภาคผนวก ข.1

แบบสอบถามความวิตกกังวล (Hospital Anxiety and Depression Scale)

อารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วย ถ้าผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยเข้าใจ
 สภาพอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้จะสามารถให้การช่วยเหลือและดูแลได้ดียิ่งขึ้น

แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่านขณะ
 เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย “✓” ในช่องที่ตรงหรือใกล้เคียง
 กับความรู้สึกของท่านมากที่สุดและกรุณาตอบทุกข้อ

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด

- () เป็นส่วนใหญ่
- () บ่อยครั้ง
- () เป็นบางครั้ง
- () ไม่เป็นเลย

2. ฉันมีความรู้สึกกลัวคล้ายกับว่ากำลังมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น

- () มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย
- () มีแต่ไม่มากนัก
- () มีเพียงเล็กน้อยและไม่ทำให้กังวลใจ
- () ไม่มีเลย

3. ฉันมีความคิดวิตกกังวล

- ()
- ()
- ()
- ()

4. ฉันสามารถทำตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย

- ()
- ()
- ()
- ()

5. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนท้อง

- ()
- ()
- ()
- ()

6. ฉันรู้สึกกระสับกระส่ายเหมือนกับจะอยู่นิ่งๆไม่ได้

- ()
- ()
- ()
- ()

7. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน

- ()
- ()
- ()
- ()

8. ขณะนี้นั้นมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับ

- () น้อย
- () ปานกลาง
- () มาก

การแปลผลจากการประเมินความวิตกกังวล

ข้อคำถาม ข้อ1-7 จะมีช่วงคะแนนของคำตอบตั้งแต่ 0 -3 คะแนน คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 21 คะแนน โดย

ข้อที่ 1, 2, 3, 6, 7 คำตอบจะมีช่วงคะแนนเรียงจาก 3, 2, 1 และ 0 คะแนน

ข้อที่ 4 และ 5 คำตอบจะมีช่วงคะแนนเรียงจาก 0, 1, 2 และ 3 คะแนน

การแปลผลจากคะแนนรวมที่ได้

- 1.คะแนนแบบวัดความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 0 – 7 คะแนน มีความวิตกกังวลปกติ
- 2.คะแนนแบบวัดความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 8 – 10 คะแนน มีความวิตกกังวลปานกลาง
- 3.คะแนนแบบวัดความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 11 – 21 คะแนน มีความวิตกกังวลมาก

คำถามข้อที่ 8 เป็นการประเมินที่ให้ผู้ป่วยเลือกระดับความวิตกกังวลของตนเอง เพื่อให้ประเมินต่อในแต่ละเวอร์

ภาคผนวก ข. 2

แบบประเมินสาเหตุความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

โปรดเลือกสาเหตุของความวิตกกังวลของท่าน โดยเขียนเครื่องหมาย “✓” ในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านคิดว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคที่ร้ายแรงจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน	☐	☐
2. ท่านไม่แน่ใจในผลดีของการผ่าตัด	☐	☐
3. ท่านยอมรับไม่ได้ที่จะต้องสูญเสียเต้านมเนื่องจากเป็นภาพลักษณ์ ของความเป็นหญิง	☐	☐
4. ท่านกลัวความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัด	☐	☐
5. ท่านกลัวการ.....	☐	☐
6. ท่านไม่ทราบว่าจะต้องทำ.....	☐	☐
7. ท่านกลัวการ.....	☐	☐
8. ท่านกลัวว่าจะ.....	☐	☐
9. ท่านกลัวว่าจะไม่.....	☐	☐
10. ท่านกลัวว่าจะมีปัญหา.....	☐	☐
11. การเข้ารับการผ่าตัด ทำให้ขาดรายได้	☐	☐
12. อื่นๆ.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

ภาคผนวก ก.

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษา การปฏิบัติตนก่อน-หลังผ่าตัด

มะเร็งเต้านมพบมากในสตรีไทยเป็นอันดับหนึ่งของโรคมะเร็งในสตรี(สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548; สถาบันวิทยามะเร็งศิริราช, 2548) สามารถรักษาได้ไม่ยาก ถ้าเป็นในระยะแรกๆ และยังไม่มีการแพร่กระจาย แต่หากปล่อยทิ้งไว้นานจนโรคลุกลามมากขึ้น การรักษาจะทำได้ยากขึ้น และต้องใช้วิธีการรักษาที่สลับซับซ้อนมากขึ้น (สุพัตรา แสงรุจิ, 2549)

สาเหตุ ส่วนมากมักไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง มีเพียง 21-50% ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Vogel, 2006) ที่มีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยง ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

1. เพศ ส่วนใหญ่พบในสตรี.....(สิโรจน์ กาญจนปัญญาผล, 2548)
2. อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ อัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามอายุ(Vogel, 2006) ซึ่งจะเพิ่มเป็น 2 เท่าของอายุที่เพิ่มขึ้นทุก10 ปี (สุรพงษ์ สุภากรณ์, 2547) อายุที่พบส่วนมากพบในช่วงอายุ 40-55 ปี (นรินทร์ วรวิทย์, 2550)
3. ปัจจัยด้านฮอร์โมนเพศ ได้แก่
 - 3.1. อายุที่เริ่มมีประจำเดือนและหมดประจำเดือน..... (พรชัย โอเจริญรัตน์, 2547)
 - 3.2. สตรีที่มีบุตรคนแรกหลังอายุ 35 ปี หรือ สตรีที่ไม่มีบุตร (Grimsey, 2003)
4. การมีประวัติครอบครัวที่เป็นมะเร็งเต้านม.....(สืบวงศ์ จุฑาทิสิทธิ์, 2547)
 - 4.1. มีญาติสายตรงอันดับแรก 1 คน เช่น พ่อ-แม่, พี่-น้อง หรือลูกเป็นมะเร็งเต้านมเมื่ออายุน้อยกว่า 40 ปี
 - 4.2. มีญาติสายตรงอันดับที่สอง เช่น ลุง, ป้า, น้า, อา หรือหลาน จำนวน2 คน เป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่เมื่ออายุน้อยกว่า 60 ปี
 - 4.3. การมีญาติสายตรงอันดับหนึ่งหรือสอง ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป เป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่
 - 4.4. การมีญาติสายตรงอันดับแรกเพียง1 คน แต่เป็นมะเร็งเต้านมทั้งสองข้าง
5. การมีประวัติเป็นโรคของเต้านม เช่น เคยเป็นซิสต์ เนื้องอกเต้านม หรือมะเร็งเต้านมมาก่อน..... (สุรพงษ์ สุภากรณ์, 2547)

ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้

1. การใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานอย่างสม่ำเสมอ..... (พรชัย โอเจริญรัตน์, 2547)
2. การใช้ฮอร์โมนทดแทนในสตรีวัยหมดประจำเดือน.....(Grimsey, 2003)
3. ภาวะอ้วนที่มีระดับ BMI > 30 มีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านม 2 เท่าของผู้ที่มีน้ำหนักปกติ (BMI= 18)(Chun et al, 2006)
4. การดื่มเหล้า(สุรพงษ์ สุภาภรณ์, 2547)
5. การออกกำลังกาย.....(พรชัย โอเจริญรัตน์, 2547)

อาการเริ่มต้นของมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นนั้นมักจะไม่มีอาการเจ็บ แต่อาจตรวจพบความผิดปกติเกิดขึ้นที่เต้านม ซึ่งอาจจะเป็นอาการเริ่มต้นของโรคมะเร็งเต้านม ดังนี้

1. มีก้อนที่เต้านม ง (สิริรัตน์ เตียวรัตน์ และคณะ, 2545)
2. มีการเปลี่ยนแปลงขนาด และรูปร่างของเต้านม
3. ผิวหนังบริเวณเต้านมมีการเปลี่ยนแปลง เช่น รอยบุ๋มย่น หดตัว หนาผิดปกติคล้ายผิวส้มหรือบางส่วนมีสะเก็ด
4. หัวนมมีการหดตัว ค้น หรือแดงผิดปกติ
5. มีเลือดหรือน้ำออกจากหัวนม(สิโรจน์ กาญจนปัญญาพล, 2548)
6. เจ็บเต้านม มะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ไม่เจ็บ นอกจากก้อนโตมากแล้ว พบว่าอาการเจ็บเต้านมได้..... (นิธิตา ศรีเกตุ, 2549)
7. คลำได้ก้อนที่รักแร้ เนื่องจากต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โต

ทำอย่างไรจึงจะทราบว่าเป็นมะเร็งเต้านม

1. การตรวจเต้านม(สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550)
 - 1.1 ตรวจเต้านมด้วยตนเอง
 - 1.2 การตรวจเต้านมโดยแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญ.....
2. การตรวจวินิจฉัยด้วยภาพ (i m a g i n g) ได้แก่ การตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์
3. การตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy) เป็นการตรวจโดยการ.....

ระยะของมะเร็งเต้านม

- ระยะ 0 เป็นระยะเริ่มต้นของเซลล์มะเร็ง ซึ่งยังไม่ลุกลาม คือพบเซลล์มะเร็งอยู่เฉพาะในท่อน้ำนม
- ระยะ 1 ก้อนมะเร็งมีเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 2 ซม. ลุกลามไปยังเนื้อเยื่อเต้านมข้างเคียง แต่ยังไม่ถึงต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้
- ระยะ 2 ก้อนมะเร็งมีขนาดระหว่าง 2-5 เซนติเมตร ซึ่งอาจจะลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองรักแร้หรือไม่ก็ได้ หรือมีขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร และลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้แล้ว แต่ยังไม่แพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น
- ระยะ 3 ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร และลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้แล้ว แต่ยังไม่แพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น
- ระยะ 4 มะเร็งแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น ๆ แล้ว เช่น กระดูก ปอด ตับ และสมอง เป็นต้น

เมื่อเป็นมะเร็งเต้านมแล้วจะมีชีวิตยาวนานเท่าใด

ระยะของโรคและอัตราการมีชีวิตรอด 5 ปี และ 10 ปีมีดังนี้ (Vogel et al, 2004)

ระยะของโรค	อัตราการมีชีวิตรอด 5 ปี (%)	อัตราการมีชีวิตรอด 10 ปี (%)
มะเร็งเต้านมระยะ 0	90-92	90
มะเร็งเต้านมระยะที่ 1	80-87	65
มะเร็งเต้านมระยะที่ 2	68-78	45
มะเร็งเต้านมระยะที่ 3	35-50	20-40
มะเร็งเต้านมระยะที่ 4	10-13	5

จุดประสงค์ของการผ่าตัด (อดุลย์ รัตนวิจิตรศิลป์และนิตย์ สุกะพงษ์, 2547)

1. เพื่อรักษาในกรณีที่พบมะเร็งเต้านมในระยะแรก
2. เพื่อควบคุมโรคให้อยู่เฉพาะบริเวณที่เกิดโรค
3. เพื่อให้ได้ข้อมูลในการบอกระยะของโรค และข้อมูลสำหรับวางแผนการรักษาต่อไป

วิธีการรักษามะเร็งเต้านม

การรักษามะเร็งเต้านมนั้นขึ้นอยู่กับ ระยะของโรค ความรุนแรง และปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย.....

ผลข้างเคียงของการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องดูแลหลังการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับแผลผ่าตัดและการจำกัดการใช้งานของแขนข้างที่ทำผ่าตัด ในผู้ป่วยอายุน้อยมักจะสามารถค่อยๆฟื้นฟูสภาพให้กลับมาเท่าก่อนการผ่าตัดได้ภายใน 2 สัปดาห์ แต่ในผู้สูงอายุมักใช้เวลานานขึ้น การบริบาลอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น ผลข้างเคียงของการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นมีดังนี้

1. หลังผ่าตัดวันแรกๆ อาจมีอาการปวด ชาแผลผ่าตัด หัวไหล่ และต้นแขนได้จาก.....
2. ภาวะแขนบวม พบได้..... (วิวัฒน์ ธีระพานิช, 2548).....
3. แผลติดเชื้อ พบได้..... (วิวัฒน์ ธีระพานิช, 2548) เกิดจากการ.....

การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังการผ่าตัดเต้านม

การเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด มีความจำเป็นที่จะช่วยให้เกิดความปลอดภัย และเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และเกิดความเข้าใจที่จะนำไปสู่การปฏิบัติตน เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งกายและใจพร้อมก่อนถึงวันรับการผ่าตัด อีกทั้งช่วยให้มีการฟื้นฟูสุขภาพภายหลังผ่าตัด และกลับสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติได้อย่างรวดเร็ว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป คำแนะนำที่พยาบาลจะอธิบายให้ผู้ป่วยได้รับทราบการปฏิบัติตนมีดังนี้

การปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด

1. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย
2. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ
1. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย
 - 1.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจ.....
 - 1.2 การบริหารการหายใจ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ(พยาบาลควรสาธิตให้ดู แล้วให้ผู้ป่วยลองฝึกทำ)
 - 1.3 การรับประทานอาหาร
 - 1.4 การทำความสะอาดร่างกาย
2. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ
 - 2.1 พยาบาลควรใช้เวลาในการให้ข้อมูล และให้ความต่อเนื่องในการให้ข้อมูล เกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัวก่อน-หลังการผ่าตัดให้ผู้ป่วยเข้าใจ
 - 2.2 การใช้วิธีการผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจ(ภาคผนวก จ)

การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

ระยะเวลาในการทำผ่าตัดประมาณ 2-3 ชั่วโมงเมื่อทำผ่าตัดเสร็จแล้ว จะอยู่ที่ห้องพักฟื้นอีก 1-2 ชั่วโมง โดยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากวิสัญญีพยาบาลเพื่อประเมินอาการ ความรู้สึกตัว และ ตรวจวัดสัญญาณชีพ จนผู้ป่วยรู้สึกตัว สัญญาณชีพปกติ จึงจะส่งกลับหอผู้ป่วยเดิม และจะได้รับการดูแลที่ใกล้ชิดจากพยาบาลที่หอผู้ป่วยต่อ ซึ่งคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดมีดังนี้

1. การจัดการกับความปวด
2. การดูแลแผลผ่าตัดและท่อระบายเลือด
3. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
 - 3.1 การบริหารการหายใจ
 - 3.2 การจัดท่านอน
 - 3.3 การออกกำลังกายบริหารข้อไหล่และข้อแขน

1. **การจัดการกับความปวด** ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดแผลให้แจ้งพยาบาลทราบเพื่อให้ยาแก้ปวด ซึ่งพยาบาลจะประเมินอาการปวด และให้การช่วยเหลือต่อไปโดยให้ระบุวาระดับอาการปวด ด้วยตัวเลข 0-10 ดังนี้



อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยบอกหมายเลขที่ตรงกับความรู้สึกปวดของผู้ป่วยมากที่สุด ถ้าคะแนนความปวดตั้งแต่ 4 ขึ้นไป พยาบาลจะให้ยาแก้ปวด ซึ่งในวันแรกอาจได้ยาฉีดแก้ปวด ฉีดเข้าทาง สายน้ำเกลือ หรือ ฉีดเข้ากล้ามเนื้อบริเวณสะโพก ยาจะออกฤทธิ์ประมาณ 30 นาทีหลังฉีด และออกฤทธิ์อยู่นาน 4-6 ชั่วโมง

นอกจากนี้ในกรณีที่มีอาการปวดน้อย (คะแนนปวดน้อยกว่า 4) สามารถลดความปวดได้ด้วยตนเอง โดยการใช้วิธี.....(พรพรรณ วานวิโรดม, พรทิพย์ พานิช เจริญวงศ์ และวริศรา ไตรรัตน์อภิชาติ, 2548)

2. **การดูแลแผลผ่าตัดและท่อระบายเลือด** หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดบริเวณต้นม และมีท่อระบายเลือดจากแผล.....

แผลผ่าตัดต้นมเป็นแผลที่สะอาด จึงไม่จำเป็นต้องเปิดทำแผลทุกวัน ถ้าแผลหายดีจะตัด

ใหม่ประมาณ 7-10 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ควรแกะแผล หรือเปิดแผลเอง ไม่ให้แผลเปียกน้ำ ถ้ามีเลือดซึมออกจากผ้าปิดแผล ควรแจ้งให้พยาบาลทราบ สำหรับท่อระบายเลือดและขูดมีไว้เพื่อระบายเลือดและน้ำเหลืองที่คั่งค้างในแผล ใน 1-2 วันแรกจะออกมากและมีสีแดงเข้ม หลังจากนั้นออกน้อยลงและสีจางลงเป็นน้ำเหลือง โดยจะคาบอยู่นี้ไว้ 7-14 วัน จนกว่าปริมาณน้ำเหลืองมีจำนวนไม่เพิ่มขึ้น หรือน้อยกว่า 40 ซีซีเป็นเวลา 2 วัน แพทย์จึงจะเอาสายออก ซึ่งพยาบาลจะดูแลแผลและท่อระบายให้เป็นระบบสุญญากาศเพื่อให้มีแรงดูดที่เพียงพอในการระบายเลือดและน้ำเหลืองป้องกันการคั่งค้างเลือดและน้ำเหลืองในบริเวณผ่าตัด และผู้ป่วยสามารถร่วมดูแลด้วยการระมัดระวังมิให้สายเลื่อนหลุด สายหักพังลงในขณะเปลี่ยนท่า การตรวจสอบว่าขูดระบายเลือดเป็นระบบสุญญากาศหรือไม่ ด้วยการสังเกตที่รอยพับบนที่อยู่ส่วนบนของขูดระบายจะต้องหดอยู่ตลอด (ดังรูป) ถ้ายืดขยายออกแสดงว่าขูดไม่เป็นระบบสุญญากาศควรแจ้งพยาบาลทราบ

รอยพับบนแสดง
ว่ามีแรงดูดเพียงพอ



3. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

- 3.1 การบริหารการหายใจ.....
- 3.2 การจัดท่านอนหลังการผ่าตัด.....
- 3.3 การออกกำลังกายบริหารข้อไหล่และข้อแขน.....

การแนะนำวิธีการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัด พร้อมทั้งสาธิตวิธีการปฏิบัติ เช่น การบริหารการหายใจ การไอที่มีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายบริหารข้อไหล่และข้อแขน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในแผนการรักษา ได้รับข้อมูลและฝึกทักษะที่ช่วยตัดสินใจให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด ทำให้ลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะก่อนผ่าตัดได้

ภาคผนวก ง.

การออกกำลังกายหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

การออกกำลังกายหลังผ่าตัดเต้านมที่จำเป็นคือการบริหารข้อไหล่และข้อแขน เป็นการบริหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากข้อไหล่ติดและแขนบวม ควรเริ่มทำใน 1-2 วันแรกหลังผ่าตัดโดยเริ่มทำช้าๆ ก่อน แล้วจึงค่อยๆ ทำเพิ่มขึ้น จนใช้แขนได้เหมือนก่อนผ่าตัด แนะนำให้ผู้ป่วยทำเป็นประจำทุกวันในเวลาเช้าและเย็น และให้ทำต่อเนื่องตลอดไป เพื่อเป็นแนวปฏิบัติในทางเดียวกันของหน่วยงานจึงได้นำคำแนะนำเรื่องออกกำลังกายหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมของอุบลรัตน์ ไชยมหาพฤกษ์ (2550) มีวิธีการบริหารทั้งหมด 7 ท่าดังนี้

ท่าที่ 1. ออกกำลังกายโดยการยกแขน

1. นอนหงาย ชันเข่า ใช้สองมือถือไม้พลอง หรือท่อพลาสติกโดยหันฝ่ามือเข้าหาตัว
2. ยกไม้พลองขึ้นช้าให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ จนรู้สึกตึงแขนข้างที่ผ่าตัด (ใช้แขนข้างปกติช่วย)
3. ค้างไว้ 5 วินาที (หรือนับในใจ 1...2...3...4...5)
4. ลดแขนลง ทำซ้ำอีก 10 ครั้ง

ท่าที่ 2 ท่าพับศอก

1. นอนหงายเอามือไว้ที่ท้ายทอย แขนแนบชิดใบหู
2. แยกศอกออกจากกันวางราบลงบนเตียง (หรือพื้น) เท่าที่ทำได้
3. ทำซ้ำ 5-7 ครั้ง
4. ทำนี้อาจต้องใช้เวลาหลายสัปดาห์จึงสามารถวางแขนแนบกับพื้นได้

ท่าที่ 3 ทำนั่งสไลด์แขน

1. นั่งชิดโต๊ะ หลังพิงพนักเก้าอี้
2. วางแขนข้างปกติบนโต๊ะ คว่ำมือ งอศอก
3. วางแขนข้างผ่าตัด คว่ำมือ เหยียดศอก
4. สไลด์แขนข้างผ่าตัดไปฝั่งตรงข้าม โดยไม่ขยับลำตัว
5. กลับสู่ท่าเตรียม ทำซ้ำ 10 ครั้ง

ท่าที่ 4 ทำนั้งดันสอกไปด้านหลัง

1. นั้ง ลำตัวตรง หลังไม่พึงพนกเก้าอี้
2. งอศอก วางแขนข้างลำตัว
3. ดันสอกไปข้างหลัง พยายามหนีบสอกเข้าหากันด้านหลังช้าๆ ไม่ยกไหล่
4. กลับสู่ท่าเตรียม ทำซ้ำ 10 ครั้ง

ท่าที่ 5 ทำนั้งเอนตัวไปด้านข้าง

1. นั้งประสานมือวางบนตัก
2. ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ เหยียดแขน
3. เอนลำตัวไปด้านขวาช้าๆ
4. กลับสู่ท่าเตรียม
5. เอนลำตัวไปด้านซ้าย ช้าๆ
6. ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง

ท่าที่ 6 ทำยืนหันหน้าเข้าหามุมห้อง

1. ยืนหันหน้าเข้ามุมห้อง ทำห่างจากมุมห้องประมาณ 10 นิ้ว
2. งอศอก วางแขนท่อนล่างแนบผนังห้อง ยกศอกสูงระดับไหล่ตั้งรูป
3. เลื่อนหน้าอกเข้าหามุมห้อง และไม่ขยับมือ
4. ค้างไว้ประมาณ 10 วินาที (หรือนับในใจ 1...2...3.....8...9...10)
5. กลับสู่ท่าเตรียม
6. ทำซ้ำ 10 ครั้ง

ท่าที่ 7 ทำไต่กำแพง

1. ยืนหันหน้าเข้าหากำแพง วางมือตั้งรูป
2. ใช้นิ้วค่อยๆ ไต่กำแพงให้สูงเท่าที่จะทำได้
3. ค้างไว้ 10 วินาที (นับในใจ 1...2...3.....8...9...10)
4. ลดแขนลงกลับสู่ท่าเตรียม
5. ทำซ้ำ 10 ครั้ง

การออกกำลังกายเพื่อบริหารข้อไหล่และข้อแขนเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัด ทำให้เกิดการดึงรั้งกล้ามเนื้อบริเวณที่ถูกผ่าตัด และถ้าผู้ป่วยไม่บริหารกล้ามเนื้อด้วยการออกกำลังกายจะมีผลให้ข้อไหล่ติดและแขนขยับได้ตามมา การสาธิตและแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกบริหารก่อนผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบริหารได้ดีหลังผ่าตัด

ภาคผนวก จ.

การคิดเชิงบวก(Positive thinking)

ช่วงระยะเวลาก่อนการผ่าตัดมะเร็งเต้านม เป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยส่วนมากเกิดความวิตกกังวลต่าง ๆ นานาได้ พยาบาลจึงควรให้คำแนะนำเรื่องวิธีคิดเชิงบวก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังในการเข้ารับการผ่าตัด และช่วยให้คลายความวิตกกังวลลง(สดใส เกตุไ নয়, 2543)

ความคิดเชิงบวกคืออะไร

การคิดเชิงบวก คือวิธีการ..... (สดใส เกตุไ নয়, 2548) และเป็นวิธีการคิดที่เปลี่ยนความเศร้าเป็นความสุข..... (นอร์แมน วินเซนค์ ฟิล, 2548).....

พลังแห่งการคิดเชิงบวก(ชัยวัฒน์ คุประตกุล, 2550)

การคิดเชิงบวกมีผลต่อร่างกาย มิใช่เพียงแต่เชิงจิตวิทยา หากมีผลต่อเชิงกายภาพด้วย เช่น....

การคิดเชิงบวกให้สำเร็จมีองค์ประกอบ(มิชิตา จำปาเทศ, 2549) คือ

1. ความเข้าใจว่าอะไรคือการคิดบวก
2. ความชำนาญในการเตือนตัวเองให้คิดบวก
3. พฤติกรรมที่น่าจะเป็นของคนคิดบวก
4. สภาพทั่วไปที่เอื้อต่อการคิดบวก

1. ความเข้าใจว่าอะไรคือการคิดบวก คือ.....

2. ความชำนาญในการเตือนตัวเองให้คิดบวก คือการมีสติ.....

3. พฤติกรรมที่น่าจะเป็นของคนคิดบวก ผู้ที่คิดเชิงบวกควรมีคำพูดและการกระทำที่เป็นบวกด้วย ตัวอย่างคำพูดเพื่อแนะนำให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นด้านบวก (สดใส เกตุไ নয়, 2548) เช่น

“ทุกวันฉันต้องมีความหวัง และเชื่อมั่นที่จะต่อสู้ เอาชนะกับการเจ็บป่วย”

“ฉันไม่ยอมให้การเจ็บป่วยครั้งนี้มาทำให้ชีวิตของฉันเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลง”

“ในชีวิตของฉันยังมีคนที่ฉันรัก และคนที่รักฉัน ฉันต้องกล้าหาญและต่อสู้กับโรคที่เผชิญให้ถึงที่สุด”

“.....”

“.....”
 “.....”
 “.....”

4. สภาพทั่วไปที่เอื้อต่อการคิดบวก ด้วยการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงเพียงพอ และอยู่ใน
 สภาพแวดล้อมที่มีคนรอบข้างคิดบวก ถ้าสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงพอ หรืออยู่.....

วิธีการฝึกคิดทางบวก

หัวใจสำคัญของการฝึกฝน คือ "ความตั้งใจ" เท่านั้นที่จะทำให้การฝึกหัดวิธีคิดเชิงบวก
 กลายเป็นผลสำเร็จได้ ซึ่งวิธีการฝึกหัดคิดทางบวกมีดังนี้(กองบรรณาธิการนิตยสารHealth &
 cuisine, 2546)

บันไดขั้นที่ 1: มองตัวเองว่าดี

การที่คนเราจะมองโลกหรือมองคนอื่นในแง่ดีได้ ต้องมาจากพื้นฐานที่การมองและเชื่อว่า
 ตัวเองดีเสียก่อน ขั้นตอนเพื่อการมองตัวเองว่าดี มีดังต่อไปนี้

1. หาข้อดีของตนเอง
2. เพิ่มความดี แม้จะรู้ว่าตนมีข้อดีในด้านใดบ้าง ก็ไม่ควร.....

บันไดขั้นที่ 2: มองคนอื่นว่าดี

เมื่อผ่านบันไดขั้นแรกมาแล้ว จะทำให้เริ่มตระหนักว่าคนทุกคนล้วนแต่ไม่สมบูรณ์ ย่อมมี

บันไดขั้นที่ 3: มองสิ่งที่เหลืออยู่ ไม่ใช่สิ่งที่ขาดหาย

เมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆขึ้น

บันไดขั้นที่ 4: หมั่นบอกตัวเอง

ความคิดจะเป็นบ่อเกิดของการกระทำ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องทำให้ความคิดที่ดีๆอยู่กับเรา
 ตลอดเวลา เช่น

บันไดขั้นที่ 5: ใช้ประโยชน์จากคำว่าขอบคุณ

เมื่อต้องพบเจอเรื่องร้าย จงยิ้มแล้วกล่าวคำว่าขอบคุณ เพราะนั่นคือ.....

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการคิดทางบวก จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้เสริมสร้างพลังความ
 เข้มแข็งให้จิตใจ และคลายความวิตกกังวลและมีการปรับตัวเพื่อเตรียมพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด
 และการเผชิญกับการเจ็บป่วยได้ในระยะต่อไป

ภาคผนวก จ.

เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อคลายความวิตกกังวล

ช่วงระยะเวลาก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นช่วงที่ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลมาก วิธีการผ่อนคลายจะช่วยคลายความวิตกกังวลที่มีอยู่ในระยะก่อนการผ่าตัดได้ ควรแนะนำผู้ป่วยให้เลือกใช้การผ่อนคลายตามความชอบ ซึ่งมีหลายวิธี ดังนี้

1. การฝึกการหายใจ
2. การฟังดนตรี
3. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
4. การสร้างจินตภาพ
5. การทำสมาธิ

1.การฝึกการหายใจ (สุพัตรา อุสาหะและคณะ, 2548)

โดยปกติเมื่อเกิดความเครียด หรือวิตกกังวล สัญญาณหนึ่งที่จะรู้สึกได้ง่ายคือ ลมหายใจที่เปลี่ยนไป จะรู้สึกหายใจติดขัด ไม่สม่ำเสมอ ลมหายใจเข้า-ออกไม่เป็นจังหวะ บางคนอาจหายใจตื้นถี่เร็ว บางคนหายใจไม่ทั่วท้อง หายใจไม่เต็มอึด และถอนหายใจบ่อยๆเป็นต้น การหายใจได้กับการหายใจสบายนั้นไม่เหมือนกัน เวลาหายใจสบาย คือช่วงที่หายใจช้าๆ และลึก มีจังหวะเข้า-ออกสม่ำเสมอ ใช้ปอดเต็มที่ เวลาหายใจเข้าท้องพองออก เวลาหายใจออกท้องแฟบ หรืออาจสังเกตอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ 50-70 ครั้งต่อนาที

วิธีการหายใจเพื่อผ่อนคลายนั้นฝึกได้ อาจฝึกด้วยการ.....

.....
การฝึกหายใจนี้ควรฝึกอย่างน้อยวันละ 40 ครั้ง

2. การฟังดนตรี

การฟังดนตรี เป็นกิจกรรมดนตรีบำบัด ที่ใช้ดนตรี เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ลดความกลัว ลดความตึงเครียด และลดความคิดที่ไม่สบายใจลง ซึ่งดนตรีมีหลายประเภท ควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบุคคล อารมณ์ และภาวะสุขภาพ (ศศิธร พุ่มดวง, 2548)

การเลือกดนตรีที่ช่วยลดความวิตกกังวล

1. ความชอบ(สุนีย์ สุธีวิระจร, 2547)
2. ลักษณะของดนตรี จังหวะของดนตรีที่เหมาะสมควรมีความเร็วของจังหวะประมาณ

60-80 ครั้งต่อนาที เท่ากับอัตราการเต้นของหัวใจมนุษย์ (สุนีย์ สุธีวีระขจร, 2547)

3. ความดังของเสียง เสียงไม่ควรดังมาก ควรใช้ประมาณ 45-50 เดซิเบล (ประมาณเสียงฝนตกระดับกลางๆ) นอกจากนี้การใช้หูฟังทำให้การฟังเพลงเป็นการส่วนตัวและไม่รบกวนผู้อื่น (ศศิธร พุ่มดวง, 2548)

ขั้นตอนการให้ผู้ป่วยฟังดนตรีเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวล

1. ก่อนฟังดนตรี ควรมีการประเมินผู้ป่วย.....
 2. การจัดสิ่งแวดล้อม โดยการเลือกสถานที่เงียบสงบ สบาย มีสิ่งรบกวนน้อยที่สุด
 3. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจวัตรที่จำเป็นให้เสร็จสิ้นก่อน.....
 4. อธิบายระยะเวลาในการฟังโดยปกติมักทำครั้งละ 20-30 นาที
 5. ให้ผู้ป่วยฟังเพลง โดยมีหูฟังให้ และให้เลือกเพลงที่ชอบ เช่น.....
 6. สังเกตพฤติกรรมขณะฟังดนตรี และประเมินผลโดยการสอบถาม.....
- ตัวอย่างรายชื่อเพลงไทยลูกทุ่งและเพลงไทยสากลที่ให้ผู้ผู้ป่วยเลือกฟังเพื่อลดความวิตกกังวล

ของสุนีย์ สุธีวีระขจร(2547)

เพลงไทยลูกทุ่ง

1. คิดถึงพี่ไหม (ฮอด โอภาส)
2. นกร้องนื่องช้า (รัชนิกร พันธุ์มณี)
3. น้ำตาจำเริญ (สุรพล สมบัติเจริญ)
4. ผู้เสียสละ (สายันต์ สัญญา)
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.

รายชื่อเพลงไทยสากล

1. น้ำในตา (อิทธิ พลางกูร)
2. ผิดไหมที่รักเธอ (แอม)
3. แพ้ใจ (ใหม่ เจริญปุระ)
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.

3. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (สุพัตรา อุสาทะและคณะ, 2548)

เป้าหมายของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อให้สามารถผ่อนคลายกล้ามเนื้อในสถานการณ์ต่างๆ ได้เมื่อต้องการ เนื่องจากเมื่อเกิดความวิตกกังวลกับผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด นอกจากอารมณ์ความรู้สึกแล้ว กล้ามเนื้อจะเกิดการเกร็งตึงบริเวณ คอ หลัง ศีรษะ และท้ายทอย รู้สึกหายใจไม่ทั่วท้อง การที่จะผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่เกร็งนั้นต้องเข้าใจในเบื้องต้นว่า ของ 2 อย่างที่ตรงข้ามกัน (การเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ) จะเกิดขึ้นพร้อมกันไม่ได้ ถ้าสามารถฝึกควบคุม ระบบกล้ามเนื้อได้ จะสามารถส่งผลไปที่อารมณ์ ความรู้สึก ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและลดความวิตกกังวลได้ ซึ่งการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นเรื่องที่สามารถฝึกได้ แต่ควรระมัดระวังเป็นพิเศษกับผู้ที่มีปัญหากระดูกกล้ามเนื้ออักเสบ และผู้ที่เป็โรคหัวใจ

การเตรียมตัวก่อนฝึก

1. สถานที่.....
2. ควรจัดทำ.....
3. ถอดรองเท้า

วิธีการฝึก

1. เกร็ง รับรู้ความรู้สึกเกร็ง
2. คลาย รับรู้ความรู้สึกคลาย

3. เกร็งเฉพาะที่
4. ระยะเวลาการเกร็งสั้นกว่าเวลาคลาย
5. ควรฝึกอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
6. ฝึกต่อเนื่องอย่างน้อย 8-10 ครั้ง

ในการฝึก ผู้ให้บริการ จะเป็นผู้ออกด้วยน้ำเสียงที่ไม่ดังหรือยานางเกินไป เป็นน้ำเสียงปกติคอยบอกทิศทางที่จะให้เกร็งและคลายกล้ามเนื้อโดยปกติจะให้เริ่ม.....

4. จินตภาพ

การสร้างจินตภาพ เป็นการแนะแนวทางให้บุคคลมีการเบี่ยงเบนความสนใจของตนเองไปจากสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลไปยังสิ่งที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่มีความสุขที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งอาจเป็นสถานที่หรือเหตุการณ์ที่บุคคลนั้นคิดขึ้นมาแล้วมีความสุข ซึ่งกระบวนการในการสร้างจินตภาพใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การได้กลิ่น และการรับรส บุคคลที่จะใช้การสร้างจินตภาพต้องมีความยินดีที่จะเข้าร่วม มีทัศนคติที่ดีต่อการฝึก และมีความเชื่อในผลของการสร้างจินตภาพจึงจะแสดงประโยชน์ ถ้าผู้ป่วยคาดหวังสูงต่อการฝึกจะมีความวิตกกังวล จิตใจไม่ผ่อนคลาย แต่กลับเครียดมากขึ้น จึงควรให้ปล่อยวางเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ซึ่งส่วนมากการฝึกจะเริ่มด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อน เพื่อเตรียมความพร้อมในการสร้างจินตภาพได้ดียิ่งขึ้น

ประโยชน์ของการสร้างจินตภาพ

การสร้างจินตภาพจะทำให้บุคคลมีการปรับตัวและตระหนักในตัวเอง สร้างประสบการณ์ที่สร้างสรรค์และสวยงาม สามารถลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ลดความปวดและความทุกข์ทรมาน และความวิตกกังวลก่อนและหลังการผ่าตัดได้

ขั้นตอนการปฏิบัติในการฝึกการสร้างจินตภาพ (อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2545)

1. เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย
2. การจัดสิ่งแวดล้อม โดยการ.....
3. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรที่จำเป็นให้เสร็จสิ้นก่อนการ.....
4. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยทราบความหมาย.....
5. แจ้งให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่าสามารถหยุดการสร้างจินตภาพได้ตลอดเวลา เมื่อ.....
6. ตามด้วยการสร้างจินตภาพด้วยน้ำเสียงเรียบ สงบ เยือกเย็น ให้ความเชื่อมั่น ไม่เร่งรีบ
7. ก่อนเสร็จสิ้นการปฏิบัติให้นับเลข 1-5 แล้วค่อยๆ ลืมตา
8. ประเมินผู้ป่วยด้วยการสังเกตพฤติกรรม.....

ตัวอย่างบทพูดในการสร้างจินตภาพ(อุบลรัตน์ ศีพร้อม, 2545)

ตัวอย่างบทพูดในการสร้างจินตภาพ จากงานวิจัยเรื่อง ผลการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 10 ท่าน แล้วปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยเริ่มจากการให้ผู้ผู้ป่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แล้วจึงตามด้วยการสร้างจินตภาพ

ดนตรี.....(บรรเลงนาน30วินาที)

ต่อไปนีขอให้นอนในท่าที่สบาย ปลดปล่อยแขนขาตามสบาย ขอให้ท่านขยับอยู่ในท่าที่สบายที่สุด แล้วค่อยๆหลับตาลงช้าๆ (.....5 วินาที)

สูดลมหายใจเข้าช้าๆ แล้วค่อยๆผ่อนลมหายใจออก ทุกครั้งที่หายใจออกให้รู้สึกถึงความผ่อนคลาย...ผ่อนคลาย..เริ่ม..หายใจเข้า...หายใจออก..หายใจเข้า...หายใจออก...หลังจากนั้นปล่อยให้ลมหายใจเป็นไปตามธรรมชาติคือช้าๆและสม่ำเสมอ(.....หยุด5 วินาที)

จากนี้ไป...ขอให้ท่านจินตนาการว่ากำลังเดินลงจากบันไดสูง 5 ชั้น พร้อมกับนับเลขถอยหลังในการเดินลงจากบันไดแต่ละชั้น ขณะเดินลงบันไดแต่ละชั้น ขอให้ระลึกถึงความตึงเครียดในร่างกาย ลดลงเรื่อยๆ ท่านเริ่มนับจากชั้นที่ 5 ท่านรู้สึกสบาย 4 ท่านรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นทีละน้อย 3 ท่านรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นอีก 2 ท่านรู้สึกสบายทั่วตัว 1 ท่านรู้สึกสดชื่นสบาย... ขณะนี้ความตึงเครียดในร่างกายของท่านลดลง ท่านผ่อนคลายมากขึ้น (หยุด 5 วินาที)

ต่อไปขอให้ท่านมุ่งความสนใจไปที่ใบหน้า.....

ต่อไป...ขอให้เลื่อนความสนใจไปที่บริเวณอก.....

ต่อไป...ขอให้ท่านจินตนาการว่ากำลังเดินเล่นในวันที่ท้องฟ้าสดใส

ต่อไป...ขอให้ท่านจินตนาการว่าท่านค่อยๆลุกขึ้นอย่างช้าๆ และก้าวเดินออกจากสวน พร้อมนำความรู้สึกสดชื่น สบาย และมีความสุขของท่านมาอยู่ที่ลมหายใจเข้า ลมหายใจออก ขอให้ท่านนับเลขถอยหลังจาก 5 แล้วค่อยๆลืมหาคืบขึ้น 5...4...3...2...1...ค่อยๆลืมหาคืบขึ้น (ดนตรีบรรเลงนาน 30 วินาที)

5. การทำสมาธิ (อนุสรณ์ วรมงคล, 2548)

การทำสมาธิ ทำให้จิตใจสงบเงียบ และขจัดสิ่งรบกวนออกไปจนเราสามารถเพ่งความคิดไปที่สิ่งหนึ่งสิ่งหนึ่ง เริ่มด้วยการหลับตา ควบคุมตัวเองด้วยการหายใจเข้า-ออกอย่างช้าๆ เป็นจังหวะ และคงที่ นั่งตัวตรง อย่าให้ไหล่ตก อาจเลือกนั่งเก้าอี้ที่มีพนักพิงหลัง ซึ่งจะทำให้รู้สึกสบายเมื่อต้อง.....

.....



ภาคผนวก ช.

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล
เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย “✓” หน้าข้อความที่ตรงกับความรู้สึของท่านมากที่สุด
ถ้ามีข้อเสนอแนะ ให้เขียนลงในช่องว่างที่จัดให้

ข้อคำถาม	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านคิดว่าท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับได้			
2. ท่านคิดว่าการพยาบาลที่ได้รับช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับท่านได้			
3. ท่านรู้สึกพอใจต่อการพยาบาลที่ท่านได้รับ			
4. ท่านคิดว่าการพยาบาลที่ท่านได้รับควรนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายอื่นๆ ได้			

ข้อเสนอแนะ.....

ภาคผนวก ข.

แบบประเมินความพึงพอใจของญาติ(สามี/คู่ครอง/ครอบครัว)หลังได้รับการดูแลตาม
แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย “✓” หน้าข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
ถ้ามีข้อเสนอแนะ ให้เขียนลงในช่องว่างที่จัดให้

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ☐ สามี ☐ บุตร ☐ เพื่อน ☐ ญาติระบุ.....

ข้อคำถาม	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านคิดว่าการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้			
2. ท่านคิดว่าการที่ท่านได้มีส่วนร่วมในการให้กำลังใจผู้ป่วยก่อนผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้			
3. ท่านรู้สึกพึงพอใจในการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับก่อนผ่าตัด			
4. ท่านคิดว่าการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับนี้ควรนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายอื่นๆ			

ข้อเสนอแนะ.....
.....
.....
.....

ภาคผนวก ณ.

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของ
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย “✓” หน้าข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
ถ้ามีข้อเสนอแนะ ให้เขียนลงในช่องว่างที่จัดให้

ข้อคำถาม	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัตินี้มีความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้			
2. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัตินี้สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้			
3. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัตินี้สามารถนำไปใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่มีความวิตกกังวล			
4. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัตินี้ช่วยให้คุณภาพของการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะก่อนผ่าตัดดีขึ้น			
5. ท่านมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัตินี้			

ข้อเสนอแนะ.....
.....
.....
.....

ภาคผนวก ๓.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์วิบูลย์ ภู่อ่าง พ.บ. ว.ว. ศัลยศาสตร์
นายแพทย์ระดับ 9 หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. นางสาวศศิ ไก่โนน พย.ม.
(วุฒิปริญญาบัตรการพยาบาลชั้นสูงสาขากายภาพบำบัดและศัลยกรรม)
พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 หน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด โรงพยาบาลศิริราช
3. นางสาวพัชณี ศรีสวัสดิ์ พย.ม.
พยาบาลประจำการระดับ 6 หอผู้ป่วย 84 ปีชั้น 3 ตก-ใต้ (ดูแลผู้ป่วยหญิงทางศัลยกรรม
ศีรษะ คอ และเต้านม) โรงพยาบาลศิริราช

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางเพียงฤทัย โรจน์ชีวิน
วัน เดือน ปี เกิด	14 มีนาคม 2512
สถานที่เกิด	จังหวัดสมุทรสาคร ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี พ.ศ. 2531- 2535: ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2536- 2538: ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2548- 2550: ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7
สถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2535- ปัจจุบัน: หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมุทรสาคร 1500 ถ.เอกชัย ต.มหาชัย อ.เมือง จ. สมุทรสาคร 74000 โทรศัพท์: 034-429333 ต่อ 7400
ที่อยู่	272 ถ. เดิมบาง ต.มหาชัย อ.เมือง จ. สมุทรสาคร 74000 โทรศัพท์: 034-837125, 089-1563664 E-mail: phiang_123@ hotmail.com